

**ЗВО «ВІДКРИТИЙ МІЖНАРОДНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
РОЗВИТКУ ЛЮДИНИ «УКРАЇНА»
ІНСТИТУТ СОЦІАЛЬНИХ ТЕХНОЛОГІЙ
КАФЕДРА ПСИХОЛОГІЇ**

А. М. Османова, Г. В. Хорунженко

КЛІНІЧНА ПСИХОЛОГІЯ

Навчальний посібник

**Київ
Університет «Україна»
2023**

УДК 159.97
К49

Рекомендовано до друку
Вченою радою Інституту соціальних технологій Відкритого
міжнародного університету розвитку людини «Україна»
(протокол № 3 від 06 лютого 2023 р.)

Рекомендовано до друку Науково-методичною радою Відкритого
міжнародного університету розвитку людини «Україна»
(протокол № 3 від 16 лютого 2023 р.)

Рецензенти:

Мілютіна К. Л., доктор психологічних наук, професор кафедри психології розвитку Київського національного університету імені Тараса Шевченка, професор;

Бегеца Л. Є., доктор психологічних наук, завідувачка кафедри психології Академії праці, соціальних відносин і туризму, доцент.

Укладачі:

Османова А. М., кандидат психологічних наук, завідувача кафедрою психології, Інститут соціальних технологій Відкритого міжнародного університету розвитку людини «Україна», доцент.

Хорунженко Г. В., старший викладач кафедри психології, спеціаліст 1 категорії.

А. М. Османова, Г. В. Хорунженко

К49 Клінічна психологія : навч. посіб. / Османова А. М., Хорунженко Г.В. — К.: Талком, 2023. — 228 с.

ISBN 978-966-388-663-3

DOI 10.36994/978-966-388-663-3-2023-228

У запропонованому посібнику стисло висвітлені основні положення з питань клінічної психології, що надає можливість формування уявлень про загальні закономірності порушень і відновлення психічної діяльності при різних патологічних станах і аномаліях особистості; розвитку в майбутніх фахівців навичок психологічного аналізу та клінічного мислення, психодіагностики, прямої і непрямой психотерапії, вирішення конфліктів для досягнення найбільшого ефекту при наданні психологічної допомоги та проведення психологічної профілактики.

Навчальний посібник розрахований передусім на викладачів і здобувачів освіти спеціальності 053 «Психологія» закладів вищої освіти. Може стати в нагоді здобувачам вищої освіти, клінічним і практичним психологам, а також усім, хто прагне збільшити обсяг своїх знань у цій галузі психології.

УДК 159.97

ISBN 978-966-388-663-3

DOI: <https://doi.org/10.36994/978-966-388-663-3-2023-228>

© А. М. Османова, Г.В. Хорунженко, 2023

© Університет «Україна», 2023

ЗМІСТ

ВСТУП	4
РОЗДІЛ I. Загальні теоретичні проблеми клінічної психології	7
Тема 1. Клінічна психологія як одна з основних галузей психологічної науки	7
Тема 2. Клінічні вияви психічної норми і патології	40
Тема 3. Клінічні вияви аномалії розвитку нервової системи	57
Тема 4. Основи нейропсихології	66
Тема 5. Психосоматичні розлади	87
РОЗДІЛ II. Основи психологічного впливу у клініці та деонтологічна робота психолога	103
Тема 6. Психологія хворого	103
Тема 7. Клінічні аспекти суїцидології	124
Тема 8. Основи психологічного впливу в клініці	136
Тема 9. Організаційні аспекти діяльності клінічного психолога та організація психотерапевтичної допомоги ...	172
ІНДИВІДУАЛЬНІ ЗАВДАННЯ	183
ТЕСТОВІ ЗАВДАННЯ З ДИСЦИПЛІНИ	185
СИТУАТИВНІ ЗАДАЧІ З КЛІНІЧНОЇ ПСИХОЛОГІЇ	204
ОРІЄНТОВНИЙ ПЕРЕЛІК ПИТАНЬ ДЛЯ ПІДСУМКОВОГО КОНТРОЛЮ	210
ГЛОСАРІЙ (ТЕРМІНОЛОГІЧНИЙ СЛОВНИК)	212
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ТА РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ	225

ВСТУП

Клінічна психологія — розділ психології на стику із психіатрією, що вивчає роль психіки у виникненні, проявах та перебігу хвороб людини і відновленні її здоров'я. Клінічна психологія «концентрується на інтелектуальних, емоційних, біологічних, психологічних, соціальних та поведінкових аспектах функціонування людини протягом життя, в різних культурах і на всіх соціоекономічних рівнях» (Карвасарський 2004, 155).

Клінічна психологія — галузь психології, що вивчає психологічні аспекти здоров'я та хвороби: психологію індивідуальних відмінностей, вплив психологічних чинників на стан здоров'я та перебіг хвороби, психологічні особливості переживання хвороби, неврозологію, біоетичні проблеми, проблеми психопрофілактики хвороб і збереження здоров'я, розробки психологічних аспектів реабілітації.

Предметом клінічної психології є вивчення механізмів та закономірностей виникнення стійких дезадаптивних станів. Знання, здобуті в результаті вивчення курсу «Клінічна психологія», дадуть можливість свідомого й більш функціонального впровадження у вітчизняну медичну та психологічну практику ефективних методик допомоги пацієнтам, що є основою подальшого поглиблення фахової спеціалізації психологів.

Міждисциплінарні зв'язки: дисципліна «Клінічна психологія» має міждисциплінарний характер на основі інтеграції наукових знань в галузі філософії, анатомії та фізіології нервової системи людини, загальної психології, соціальної психології, психодіагностики.

Метою викладання дисципліни є формування у здобувачів вищої освіти системи знань про вплив психічних факторів на розвиток хвороб, їх профілактику, вплив хвороби на психіку, вивчення психічних проявів різних хвороб у динаміці, вивчення характеру взаємовідносин хворих із медичним персоналом та оточуючим мікросередовищем, вивчення психологічних методів впливу на психіку людини в лікувальних та профілактичних цілях, вивчення психологічних методів обстеження в клініці.

Основними завданнями вивчення навчальної дисципліни «Клінічна психологія» є:

– ознайомлення з медико-правовими та етичними аспектами, які регулюють професійну діяльність клінічного психолога;

– ознайомлення з особливостями психіки хворої людини, медичного працівника та особливостями лікувальної взаємодії, розкриття поняття внутрішньої картини хвороби;

– засвоєння вмінь та навичок, необхідних для діяльності психолога-практика у сфері клінічної психології;

– оволодіння знаннями щодо надання психологічної допомоги хворим залежно від виду захворювання.

У результаті вивчення навчальної дисципліни здобувачі вищої освіти повинні:

Знати:

– історію світової і вітчизняної клінічної психології, її сучасний стан в Україні та перспективи подальшого розвитку;

– методи дослідження в клінічній психології;

– прикладні можливості клінічної психології та її профілактичну спрямованість;

– зв'язок соматичних і психічних явищ;

– структуру і функції психологічної служби в наданні допомоги населенню;

– розлади особистості;

– розлади поведінки та емоцій, які починаються в підлітковому віці;

– соціально-психологічні та клініко-психологічні аспекти суїциду;

– психосоматичні аспекти важкої соматичної патології;

– психологічні аспекти реабілітаційного підходу в медицині;

– актуальні проблеми клінічної психології.

Уміти:

– розв'язувати диференціально-діагностичні завдання;

– сформулювати у себе клінічний тип мислення, розуміння єдності людського організму та особистості;

– володіти навичками аналізу психічних якостей особистості, діагностики та корекції відхилень у психічному розвитку;

– знати психологічні особливості пацієнтів із різними захворюваннями і уміти налагодити з ними контакт.

Методи проведення занять: Л — лекції, Пр — практичні заняття, ДС — дискусія, ДБ — дебати, Т — тести, РЗ/К — розв’язування задач/кейсів, РМГ — робота в малих групах, МКР/КР — модульна контрольна робота/ контрольна робота, а також аналітична записка, аналітичне есе, аналіз власної діагностично-консультативно-терапевтичної діяльності тощо.

РОЗДІЛ 1

ЗАГАЛЬНІ ТЕОРЕТИЧНІ ПРОБЛЕМИ КЛІНІЧНОЇ ПСИХОЛОГІЇ

Тема 1. Клінічна психологія як одна із основних галузей психологічної науки

***Мета заняття** — ознайомити здобувачів із базовими поняттями навчальної дисципліни, провести історичний екскурс розвитку клінічної психології, розкрити її значення та взаємозв'язки з іншими дисциплінами, та визначити методи і засоби діагностики психічних відхилень. Розкрити психологію стосунків між пацієнтом та медичним працівником.*

Зміст заняття

1. Становлення та розвиток клінічної психології.
2. Методи і засоби діагностики психічних відхилень.
3. Психологія стосунків пацієнта та медичного працівника.

1. Становлення та розвиток клінічної психології

Загальна історія виникнення та розвитку клінічної психології

Взаємопроникнення медицини та психології ґрунтується на співвідношенні в житті людини біологічних і соціальних факторів, на зв'язку тілесних функцій із психічними. Ще **Гіппократ** (460–377 рр. до н. е.) підкреслював роль адаптаційних можливостей організму та важливість міжособистісних відносин, що складаються між лікарем і хворим. Саме цьому лікарю й філософу античності належить відомий вислів про те, що медику набагато важливіше знати, яка людина страждає на хворобу, ніж знати, яка хвороба є в людини. Але на практиці від розуміння необхідності глибокого вивчення психологічних аспектів клінічних феноменів до виникнення особливої галузі науки — клінічної психології — минуло чимало часу.

Сам термін «клінічна психологія» з'явився в 1896 р., коли американський психолог **Лайтнер Уїтмер** (Lighthner Witmer),

що навчався в Інституті експериментальної психології В. Вундта, після повернення з Лейпцига заснував першу в світі психологічну клініку при університеті штату Пенсільванія в США. Фактично ця клініка була психолого-педагогічним центром, в якому обстежувалися і проходили курс корекції діти з поганою успішністю та іншими проблемами в навчанні. Примітно те, що термін «клінічна» стосовно діяльності свого психолого-педагогічного центру Л. Уїтмер використав у вузькому значенні: він мав на увазі під ним особливий метод індивідуальної роботи з проблемними дітьми, в якому чільну роль відігравала діагностика їхніх інтелектуальних здібностей за допомогою спеціальних тестів. Унікальною особливістю клініко-психологічного методу Л. Уїтмер вважав можливість його застосування стосовно будь-яких людей — дорослих або дітей, які відхиляються від середніх показників психічного розвитку, тобто не вписуються в стандартні рамки освітніх та виховних програм.

Клінічна психологія Уїтмером — це особлива форма психодіагностики, психологічного консультування та психокорекції, орієнтовану на індивідуальні, нестандартні прояви психіки людини й пов'язані з ними відхилення в поведінці. У цьому вигляді вона й почала інтенсивно розвиватися в США, поступово поширюючись зі сфери шкільної освіти в область правосуддя (психологічні клініки стали з'являтися при судах, які розглядали справи за участю неповнолітніх) та охорони здоров'я (робота з розумово відсталими дітьми). З точки зору Уїтмера, корекція порушень у поведінці дітей, що мають відхилення від середньостатистичних показників психічного розвитку, повинна була полягати у створенні для них адекватного соціального середовища проживання в школі й удома.

Клінічна психологія Л. Уїтмера по суті стала широкою прикладною галуззю психології, основним завданням якої було тестування різних груп населення для вирішення певних приватних завдань: педагогічних, медичних, військових, виробничих тощо. Після Другої світової війни цей напрям став називатися «консультативною (прикладною) психологією», а клінічними психологами в США стали вважати тільки тих, хто працював у галузі охорони психічного здоров'я. При цьому нові клінічні

психологи відразу були поставлені перед вимогою чіткого поділу своїх функцій із психіатрами, оскільки тепер їхні сфери наукових та прикладних інтересів стали збігатися. Клінічні психологи США, на відміну від лікарів-психіатрів, вирішили визначити себе як вчених-практиків, що виконують на матеріалі клінічних випадків свої наукові загальнопсихологічні роботи.

На європейському континенті термін «клінічна психологія» не використовувався аж до середини ХХ ст. Вперше це словосполучення з'явилося в Європі в 1946 р. в назві книги німецького психолога **В. Гельпах** (W. Hellpach), в якій він розглядав зміни психіки й поведінки у хворих на соматичні захворювання. Відповідно, під клінічною психологією В. Гельпах розумів тільки психологію соматичних хворих. Цей термін логічно доповнював вже наявні в європейській науці поняття «медична психологія», «патологічна психологія» («патопсихологія») і «психопатологія», оскільки кожне з них відображало психологічні аспекти того чи іншого виду клінічної практики.

Так, під психопатологією розумілася допоміжна психіатрична дисципліна, завданням якої було експериментальне вивчення порушень психічних процесів у душевнохворих. Під впливом робіт німецького психіатра-теоретика **К. Ясперса** на початку ХХ ст. психопатологія розвинулася в самостійну наукову дисципліну, що вивчає складні психологічні взаємини в особистості душевнохворих, які науковець розглядав як «внутрішні причини» психічних хвороб. Ця внутрішня причина, вступаючи у взаємодію з «істинною зовнішньою причинністю» (біологічними факторами), визначала, на думку К. Ясперса, унікальність картини психічного розладу в конкретного пацієнта, вивчення якої дозволяло психіатру поставити точний діагноз і призначити адекватне лікування.

Поряд із психопатологією в рамках загальної психології на початку ХХ ст. виникає специфічна прикладна галузь знання — патологічна психологія. У її завдання входило вивчення «ненормальних» проявів психічної сфери з метою кращого пізнання психології «нормальних» людей. Розлади психіки, які спостерігаються в душевнохворих пацієнтів, розглядалися в патопсихології як природний експеримент, що дозволяє більш ясно зрозуміти

значення та місце відповідних феноменів психічного життя взагалі, побачити нові проблемні галузі психологічного знання й перевірити істинність тих чи інших психологічних теорій.

Застосування психологічних концепцій для вирішення різних лікувальних і дослідницьких завдань, що виникають в клініці, знайшло відображення в понятті «медична психологія». В однойменних роботах європейських психіатрів **Е. Кречмера** і **П. Жане** термін «медична» стосовно психології використовувався в основному значенні латинського прикметника *medicalis* — такий, що зцілює, приносить здоров'я, має цілющу силу. У цьому сенсі під медичної психологією розумілася або психотерапевтична практика, або біологічна інтерпретація психологічних концепцій особистості, метою якої була адаптація психологічних теорій до органічної парадигми, в якій працювали лікарі-психіатри, що, на думку Е. Кречмера, повинно було розширити світогляд лікаря й підвищити ефективність проведених лікувально-діагностичних заходів.

З усіх понять, що існували на початку ХХ ст., поняття «медична психологія» було найширшим за змістом та значенням, здатним охопити різноманітні сфери медичної діяльності з точки зору використання психології в лікувальних цілях. В цілому медична психологія розумілася як «психологія для медиків». Вона була покликана «доповнити» два інших базових предмета в процесі підготовки лікаря: патологічну анатомію та патологічну фізіологію, щоб «урівноважити» переважно біологічну орієнтацію медичної науки врахуванням психологічних факторів хвороб.

Розмаїття термінів вказує на те, що фактично клінічна психологія не була самостійною науковою дисципліною і часто навіть не розглядалася як одна з прикладних галузей психології: приставка «медична» насамперед орієнтувала на сприйняття її як різновиду медичного, а не власне психологічного знання. І для такого розуміння клінічної психології були вагомими історичні аргументи. Перші клініко-психологічні дослідження виникли саме в медицині — в рамках психіатрії та невропатології. Неабияка цікавість до психологічного аспекту природи людини й, врешті-решт, його поглиблене дослідження були

характерними для видатних представників медичної науки, багато з яких, як, наприклад, З. Фройд, К. Ясперс, В. Н. Бехтерев, В. Н. Мясищев, навіть стали засновниками окремих напрямків психологічної думки та нині є відомими радше як психологи, аніж як лікарі.

Лише в 70-і рр. XX ст. клінічна психологія набуває рис самостійної психологічної дисципліни прикладного характеру, яку розглядають ширше, ніж просто психологію в клініці чи психологія для медиків. Її виникнення в такій ролі стало результатом суперечливого розвитку двох паралельних течій у медицині та психології, витоки якого йдуть із XIX ст.

До кінця XIX ст. медицина й психологія перебували в тісній взаємодії, оскільки їх об'єднував не лише один об'єкт вивчення та практичного додатка видобутих знань — людина, а й загальна теоретична база: спекулятивно-філософські уявлення про людину й причини порушень у функціонуванні її духу та тіла.

Однак наприкінці XIX ст. зв'язок медицини та психології було суттєво підірвано через розквіт біології та зміщенням акцентів на матеріальні (анатомічні, мікробіологічні та біохімічні) основи виникнення та розвитку хвороб. У цей час у медичній науці виникає так звана «органічна парадигма», заснована на ідеях Луї Пастера про інфекційну природу хвороб і згодом доповнена теорією клітинної патології Вірхова. Органічна парадигма характеризується абсолютизацією ідеї суворої закономірності перебігу хвороби під впливом об'єктивних, матеріально зумовлених механізмів (збудник або порушення клітинних функцій) і трактуванням будь-якої хвороби незалежно від впливів самої особистості та середовища навколо неї. У цій парадигмі психологія могла бути корисною лише при розгляді порушень психічної діяльності в ролі певного підручного, несамостійного інструменту клініко-діагностичної діяльності лікаря. У такому вигляді — як приватна сфера психіатричної практики — клінічна психологія і зародилася наприкінці XIX ст.

Піонерами залучення психології до вирішення клінічних питань і перетворення її з філософської на природничо-наукову сферу знання стали французькі психіатри та невропатологи: Т. Рібо, І. Тен, Ж.-М. Шарко та його учні А. Біне, П. Жане

та ін. Клінічна психологія (її називали тоді «дослідницькою психологією») розглядалася як особливий напрямок емпіричних досліджень лікаря-психіатра чи невропатолога, спрямований на аналіз виниклих через хворобу, гіпноз або наркотики змін до психічної діяльності. Необхідність цих емпіричних досліджень була пов'язана з органічною парадигмою, в якій важливу роль відігравало вміння лікаря розпізнавати симптоми захворювання. У результаті проведення психологічних досліджень лікарі отримували інформацію про різноманітні прояви психічної діяльності в умовах психіатричної клініки, які можна було систематизувати й потім використовувати в діагностичних цілях.

«Дослідницька психологія» в клініці почала розвиватися ще до того, як В. Вундт відкрив експериментально-психологічну лабораторію в 1875 році. Під неординарним, з точки зору психології а психіатрії, досвідом у клініці розумілися природні (психічна хвороба або паранормальні психічні феномени — телепатія, ясновидіння тощо) або штучні (гіпноз або вживання наркотиків) зміни нормального психічного стану. Хвороба вважалася «найнадійнішим методом» дослідження психіки, нестачу якого — повільна швидкість протікання — можна було компенсувати за рахунок застосування гіпнозу або психоактивних речовин. Ще одним методом «дослідницької психології» стало дослідження «виняткових випадків». Найчастіше в цій якості виявлялися виняткові інтелектуальні здібності людей-вундеркіндів.

Таким чином, спочатку клінічна («дослідницька») психологія розвивалася як складова частина психіатрії та неврології, що є необхідною для дослідницько-діагностичної діяльності лікаря. На відміну від загальної психології, яка в той час була частиною філософії, клінічна психологія прагнула відповісти на потреби психіатричної клініки, — як емпіричне знання, засноване на даних спостережень, а потім і експериментів, а не на теоретичних міркуваннях.

Довгий час клінічна (як така, що виникла в клініці) та загальна (як частина філософії) психології були конкурентними між собою дисциплінами. Клінічна психологія орієнтувалася на об'єктивні дані, одержувані в ході застосування спершу дослідів, а потім формалізованих експериментальних технік — тестів.

Філософськи ж орієнтована загальна психологія скептично ставилася до можливості дослідження психіки природничими способами, вважаючи, що душу неможливо адекватно пізнати без вивчення суб'єктивних переживань і самозв'язів. До речі, засновник експериментальної загальної психології В. Вундт вважав природний експеримент не основним, а допоміжним психологічним методом, здатним розкрити лише найпростіші психічні процеси, але далеко не всі феномени людської душі. Головною експериментальною методикою вивчення психіки у В. Вундта була інтроспекція (самоспостереження) і наступна інтерпретація усних самозв'язів випробуваного з боку експериментатора, а не формалізоване зовнішнє спостереження протікання психічних процесів у випробуваного. Тому експериментальна психологія В. Вундта скоріше має герменевтичний (герменевтика — спосіб тлумачення чого-небудь), а не природничий характер. Проте захоплення філософією позитивізму в кінцевому рахунку призвело загальну психологію до необхідності підтвердження філософських концепцій психіки експериментальними методами подібно до природничо-наукових дисциплін (якою до того часу вже була психіатрія). Як результат, у науковому полі утворилися дві різні експериментальні психології — клінічна (на базі медичних факультетів) і загальна (на базі філософських факультетів). Якщо загальна психологія була орієнтована на обслуговування наукових і практичних інтересів фізіології та психіатрії та мала матеріалістичний ухил, то клінічна — мала на меті емпіричного дослідження передумови нематеріальної за своєю сутністю психічної субстанції.

Основною розділовою лінією двох течій психологічної науки стало розуміння психіки або як функції мозку, або як особливої духовної субстанції, діяльність якої тільки лише відбивається в мозкових процесах. Другим розпізнавальним критерієм стало розуміння психології як переважно діагностичної або емпіричної дисципліни. Другий критерій розрізнення з'явився на світ після того, як німецький психіатр Е. Крепелін адаптував нозологічний принцип Л. Пастера, що виник в органічній парадигмі медицини для потреб психіатричної клініки. Утворена нозологічна класифікація душевних хвороб за формулою

«етіологія (джерело хвороби) => клініка (прояв хвороби в наборі специфічних для джерела хвороби ознак — симптомів) => перебіг (динаміка симптомів у ході розвитку захворювання) => прогноз (передбачення подальшого розвитку та результату психічного захворювання)» відводила психології роль одного зі засобів отримання формальних критеріїв порушення психічної діяльності та постановки діагнозу.

Джерелом психічної хвороби в біологічно орієнтованій психіатрії може бути тільки порушення так званого «матеріального субстрату» психічного, оскільки психіка розглядається як функція мозку. Таким чином, від психології очікувалося створення формальних «експериментально-психологічних схем», за допомогою яких можна було б упізнати (діагностувати) клінічні прояви певної психічної хвороби. У цьому сенсі «дослідницька психологія» і ставала клінічною — інструментом постановки психіатричного діагнозу, формалізованим способом визначення психічних і поведінкових розладів. У такій ролі вона з успіхом могла застосовуватися не лише в цілях лікарсько-діагностичного, а й педагогічного процесу. Так клінічна психологія, що розвинулася в рамках психіатрії, остаточно оформилася у всього лише «об'єктивний експериментальний метод» розпізнавання душевних хвороб. Однак у середовищі самих психіатрів виникли серйозні розбіжності щодо методологічної обґрунтованості самої психологічної діагностики психічних хвороб, внаслідок чого роль експериментально-психологічних досліджень в клінічній практиці була зведена до мінімуму.

До початку ХХ ст. загальна психологія також стала розвиватися в рамках природничої парадигми, що трактує психіку як властивості високоорганізованої матерії. Зміна методологічних підстав призвела до розвитку самостійних, а не пов'язаних лише з клінічними завданнями експериментальних досліджень порушень психіки та поведінки, в результаті чого з'явилася теоретична можливість виокремлення клінічної психології як складової частини психологічної, а не психіатричної науки. Причому як галузь психологічної науки така клінічна психологія припиняла бути всього лише допоміжним інструментом лікаря в психіатричній практиці. З метою відме-

жування цієї нової галузі від вузькоклінічних експериментально-психологічних досліджень, а також із ідеологічних міркувань для її позначення на території колишнього СРСР довгий час використовувався термін «патопсихологія».

Трактування терміну «патопсихологія» науковиці Б. В. Зейгарник дещо відрізняється від того, що розуміють під терміном «патологічна психологія» (abnormal psychology) в західній науці. В англomовних країнах патологічною психологією називають вивчення психологічними методами різних відхилень психічної діяльності в клінічних цілях. По суті це поняття виступає синонімом сучасної клінічної психології, а почасти використовується для позначення психологічних теорій виникнення психічних розладів. Як впливає з англomовного енциклопедичного керівництва із психології під редакцією М. Айзенка, патологічна психологія виступає методологічною альтернативою біологічно орієнтованої психіатрії щодо підходів до визначення психічних розладів, бачення ролі та оцінки взаємодії біологічних, психологічних і соціальних чинників у їх виникненні.

Б. В. Зейгарник використовувала термін «патопсихологія» у значенні, якого йому надавав німецький психіатр Г. Мюнстерберг, що запропонував розглядати психічні порушення як прискорення або гальмування нормальної психічної діяльності. На думку Г. Мюнстерберга, патопсихологія може досліджувати порушення психіки тими ж методами й постулювати ті самі закономірності, що й у загальній психології. Тому в трактуванні Б. В. Зейгарник патопсихологія представлена як розділ загальної психології, який займається дослідженням закономірностей розладу психічної діяльності й властивостей особистості перш за все для вирішення загальнотеоретичних питань психологічної науки. А це, в свою чергу, може принести практичну користь не тільки психіатрії, а й іншим галузям знання (у тому числі педагогіці), доповнюючи й розвиваючи їх внутрішні уявлення про причини розвитку відхилень і шляхи їх корекції.

Таке специфічне розуміння патопсихології в радянській науці породило суперечності в поглядах щодо мети, предмету, завдання та ролі цієї дисципліни. Обмеженість предмету патопсихології тільки областю психічних порушень не дозволяла

цій дисципліні вирішувати ніякі інші прикладні завдання, крім діагностичних (у медицині або в педагогіці). Визначення її як розділу теоретичної психології не дозволяло включати в предмет і завдання патопсихології багато які клінічні питання, такі, наприклад, як використання психологічних методів впливу в лікувальних і корекційних цілях, дослідження психологічних факторів у розвитку хвороб, ролі та значення системи стосунків, що складаються між людиною з порушеною психікою та оточенням, тощо.

В усьому світі становленню клінічної психології як самостійної психологічної дисципліни суттєво сприяли зміни в загальній теорії медицини, що відбулися в першій половині ХХ ст. Під впливом концепції Г. Сельє про роль адаптаційно-захисних механізмів у виникненні хвороб, було звернено увагу саме на можливу етіологічну роль психологічних факторів не тільки в психіатрії, але й у соматичній медицині. У школі З. Фрейда були розкриті психогенні причини різних психічних розладів. У дослідженнях І. Павлова було виявлено вплив типів нервової системи на характер протікання різних соматичних процесів. Роботи У. Кеннона розкрили вплив сильних емоцій та стресу на фізіологічні процеси в шлунково-кишковому тракті й на вегетативні функції. У дослідженнях цього психолога організм людини представлявся як динамічна система різноманітних внутрішніх і зовнішніх факторів, що їх опосередковує психічна діяльність мозку (наприклад, У. Кеннон експериментально показав, що відчуття голоду викликає скорочення шлунку). При такому трактуванні людського організму медицина та психологія знову ставали взаємозалежними, що зрештою і призвело до необхідності виникнення міждисциплінарної та окремої (від психіатрії та загальної психології) сфери психологічної науки, в якій інтегровані всі попередні лінії розвитку клінічної психології, відокремлені від вузькомедичних сфер цього знання.

Отже, в *історії виникнення та становлення клінічної психології* можна умовно виокремити *декілька етапів*.

1. Витоки клінічної психології проглядаються в роботах психіатрів наприкінці ХІХ ст. (Е. Крепелін, Е. Кречмер, І. Брайер, З. Фрейд, Ж.-М. Шарко, П. Жане та інші науковці). Поміт-

но їх прагнення з природничо-наукових позицій зрозуміти природу психічної патології, описати її феноменологію і специфічні відмінності від норми. Клінічна психологія складалася, об'єднуючи кращі традиції класичної психіатрії з новаторськими тенденціями до експериментування, відкриттям унікальних можливостей гіпнозу як методу проникнення в несвідоме.

2. На даному етапі спостерігається проникнення експериментального методу в психіатрію та психологію (В. Вундт, Г. Ебінгауз, Е. Тітченер та інші науковці). При великих психіатричних клініках наприкінці ХІХ ст. почали організовуватися психологічні лабораторії: В. Вундта в Німеччині (1879), П. Жане у Франції (1890), В. М. Бехтерева в Казані (1885) й надалі в Санкт-Петербурзі, С. С. Корсакова в Москві (1886), В. Ф. Чижа в Тарту, І. А. Сікорського в Києві, П. І. Ковалевського в Харкові. Низку лабораторій було організовано в США та Англії.

3. Вивчення індивідуальних відмінностей (Ф. Гальтон, Дж. Кеттелл в Англії; А. Біне, Ф. Симон у Франції), у зв'язку із чим почалося застосування тестів при дослідженні психічних хворих. По закінченні Другої світової війни в західній клінічній психології відбувається зміщення інтересу з тестування інтелекту на індивідуальні особливості. Зростає застосування проєктивних методик у клініці для глибшого, тонкого розуміння несвідомих тенденцій особистості та їх психологічного сенсу.

4. З 1960-х рр. у клінічній психології формується «антипсихіатричний» напрям, для якого характерним є проникнення в цю галузь знань гуманістичних ідей. Психотерапія стає основною формою професійної діяльності психолога в клініці.

Поняття «клініка» починає включати широкий спектр міжособистісних проблем, конфліктів, екзистенційних проблем. Відбувається розширення меж клінічної психології. Виникає соціальна психіатрія, що сприяє прискореному поширенню позалікарняних форм ведення пацієнта, у тому числі групової, сімейної психотерапії, психологічного консультування. Домінує екологічний підхід, орієнтований на активацію потенційних резервів і механізмів виживання, що сприяють гармонійній взаємодії людини із соціумом.

5. Практичне значення вітчизняної клінічної психології значною мірою базується на фундаменті праць В. М. Бехтерева, Л. С. Виготського, Б. В. Зейгарник, О. Р. Лурії, В. І. Мясіщева та інших науковців.

Сучасні тенденції клінічної психології

Діяльність сучасних клінічних психологів вийшла за межі клінічної медицини. Сьогодні в медицині відбувся перехід до психології психічних проблем особистості, групи. Знання та методи клінічної психології використовують у неспецифічній (первинній) профілактиці, спрямованій на включення «культури здоров'я» в свідомість людей, на широку пропаганду психологічно обґрунтованих способів боротьби зі шкідливими для здоров'я навичками й звичками.

Проводиться профілактична робота з використанням різних форм психологічної корекції з дітьми та підлітками з аномаліями розвитку, з особами з підвищеним ризиком захворюваності на психосоматичні недуги, з такими, що мають прикордонні психічні розлади, з алко- та наркозалежними. Функції клінічних психологів ускладнюються, сфера їх діяльності інтенсивно розширюється. Соціальний запит на клінічну психологію, її внесок в охорону здоров'я за рахунок тісного зв'язку медицини із психологічними факторами зумовили важливість і масштабність цієї психологічної дисципліни. У США фахівці з клінічної психології становлять 60% усіх членів національної асоціації психологів.

Клінічна психологія активно впроваджується в роботу соматичних клінік, також створюється психологія тілесності (психосоматика). Підіймаються проблеми, що стосуються ролі сім'ї в дисгармонійному розвитку дитини, дозрівання ґрунту для багатьох недуг, зокрема психосоматичних і прикордонних розладів, з метою попередження небезпек і розробки заходів їх профілактики.

Клінічна психологія розглядає психічний синдром як новоутворення, що впливає на життєдіяльність людини в цілому, що ускладнює адаптаційні можливості. Також ця сфера знань стимулює розробку більш складного, комплексного підходу до регулювання змін, корекції та відновлення структур психічної сфери.

Клінічна психологія продовжує займатися дослідженнями проблеми норми, її типології, критеріїв, диференційної діагностики, виявленням конституційно детермінованих варіацій шляхом нейропсихологічного підходу, а також аналізом психопатичних і акцентуйованих особистостей тощо.

Тенденція до синтезу та побудови загальних принципів, розробка загальних закономірностей і категорій, які об'єднують різні галузі клінічної психології, допомагають побудувати загальну теорію відхилень, змін, порушень із метою відновлення психічної діяльності при різноманітних видах патології та аномаліях розвитку.

Предмет клінічної психології

Клінічна психологія є наукою широкого профілю, що має міжгалузовий характер і бере участь у вирішенні комплексу задач у системі охорони здоров'я, освіти та соціальної допомоги населенню. Робота клінічного психолога спрямована на підвищення психологічних ресурсів та адаптаційних можливостей людини, гармонізацію психічного розвитку, охорону здоров'я, профілактику та подолання недуг, психологічну реабілітацію.

Предмет клінічної психології як науково-практичної дисципліни:

- психічні прояви різних розладів;
- роль психіки у виникненні, перебігу та запобігання розладів;
- вплив різних розладів на психіку;
- порушення розвитку психіки;
- розробка принципів і методів дослідження в клініці;
- психотерапія, проведення та розробка методів;
- створення психологічних методів впливу на психіку людини в лікувальних і профілактичних цілях.

Клінічні психологи займаються дослідженням загальнопсихологічних проблем, охоплюють питання визначення норми й патології, виявлення співвідношення соціального та біологічного в людині в ролі свідомого й несвідомого, а також вирішують проблеми розвитку та розпаду психіки.

Розділи клінічної психології та споріднені з нею галузі знань

Патопсихологія та клінічна психопатологія

Патопсихологія займається питаннями порушень психіки людини, розладами адекватного сприйняття світу через ураження центральної нервової системи. Патопсихологія вивчає закономірності розпаду психічних процесів при різних розладах, а також фактори, що сприяють створенню ефективних корекційних методів лікування.

В практичні завдання патопсихології входить аналіз структури психічних розладів, встановлення ступеню зниження психічних функцій, диференціальна діагностика, вивчення особливостей особистості та дослідження ефективності терапевтичних впливів.

Важливо не плутати патопсихологію, що розглядає психічну сферу людини з точки зору методів психології, і психопатологію, тобто розгляд психіки людини з точки зору нозології та психіатрії. Клінічна психопатологія досліджує, виявляє, описує та систематизує прояви порушених психічних функцій, патопсихологія ж розкриває психологічними методами характер перебігу та особливості структури психічних процесів, що призводять до спостережуваних у клініці розладів.

Засновниками патопсихології на колишньому радянському просторі вважаються Б. В. Зейгарник і С. Я. Рубінштейн.

Нейропсихологія

Нейропсихологія — велика наукова дисципліна, що досліджує роль мозку і центральної нервової системи у психічних процесах, зачіпає питання психіатрії та неврології, а також філософії свідомості, когнітивної науки й штучних нейрональних мереж.

Радянська школа нейропсихології (О. Р. Лурія, Л. С. Выготський) займалася в основному дослідженням причинно-наслідкових відносин між ураженнями мозку, їх локалізацією та змінами в психічних процесах. У її завдання входило вивчення порушених психічних функцій у результаті пошкодження головного мозку, дослідження локалізації вогнища

ураження й питань відновлення порушених психічних функцій, а також розробка теоретичних і методологічних проблем загальної та клінічної психології.

Психосоматика

Психосоматика досліджує проблеми хворих соматичними розладами, у походженні й перебігу яких велику роль відіграє психологічний фактор. У сферу психосоматики входять питання, пов'язані з онкологічними та іншими важкими захворюваннями (повідомлення про діагноз, психологічна допомога, підготовка до операції, реабілітація тощо) та психосоматичними розладами (при переживанні гострої та хронічної психічної травми; проблеми, що включають симптоми ішемічної хвороби серця, виразкової хвороби, гіпертонічний розлад, нейродерміти, псоріаз та бронхіальну астму).

Клінічна психологія та психологічна корекція

Психологічна корекція, або психокорекція, пов'язана з особливостями допомоги хворій людині. У її межах відбувається розробка психологічних основ психотерапії, психологічна реабілітація як системна медико-психологічна діяльність, спрямована на відновлення особистого соціального статусу шляхом різних медичних, психологічних, соціальних і педагогічних заходів, підіймаються питання психогігієни як науки про збереження й підтримання психічного здоров'я, здійснюється психопрофілактика, або сукупність заходів щодо попередження психічних розладів, а також медико-психологічна експертиза працездатності.

Клінічна психологія і психіатрія

Хоча клінічні психологи і психіатри поділяють загальну фундаментальну задачу — лікування психічних розладів, їхні підготовка, погляди й методології часто суттєво відрізняються. Можливо, найбільш важливою відмінністю є те, що психіатри — це медичні лікарі з як мінімум 4–5 роками медичної підготовки й ще кількома роками інтернатури, протягом якої вони найчастіше можуть обрати вузьку спеціалізацію (наприклад,

робота з дітьми або інвалідами). Наслідком цього є те, що психіатри, як правило, використовують медичну модель для оцінки психологічних проблем (тобто клієнтів вони розглядають як пацієнтів зі захворюваннями), а лікування їх часто ґрунтується на застосуванні психотропних препаратів як головного методу з досягнення лікувального ефекту (хоча багато хто із психіатрів застосовують у своїй діяльності й психотерапію). Їх медична підготовка дозволяє їм повною мірою використовувати все медичне оснащення сучасної клініки.

Клінічні психологи ж, як правило, не прописують медикаменти. У зворотному ж випадку їм необхідно пройти додаткову спеціальну підготовку. Значна частина клінічних психологів співпрацюють із психіатрами, щоб забезпечити всі свої терапевтичні потреби.

2. Методи і засоби діагностики психічних відхилень

У клінічній психології використовується безліч методів, що дозволяють диференціювати й класифікувати різні варіанти норми та патології. Вибір методики залежить від завдання, що стоїть перед психологом, психічного стану хворого, за можливості — згоди пацієнта, ступеня складності психічного порушення.

Підходи до вивчення особистості та діагностики

Уперше терміни для визначення двох основних підходів до вивчення особистості запропонував Гордон Оллпорт.

Номотетичний підхід полягає в порівнянні індивідів із певного погляду. За ним підходом особистісні риси релевантні для всіх і необхідно з'ясувати, яку ділянку кривої розподілу посідає показник певної людини. Недоліком номотетичного підходу є те, що, даючи концептуальне та емпіричне розуміння певного виміру особистості, він не дає змоги підійти до розуміння окремої людини.

Ідеографічний підхід полягає у вивченні одного індивіда без зіставлення його даних із іншими. При аналізі окремої особистості слід використовувати терміни і поняття, що підходять саме для неї. Такий опис особистості можна отримати за

допомогою різних джерел: самоопису, описів інших осіб, а також певних об'єктивних вимірів самої особистості. Ідеографічний підхід вимагає інтенсивного вивчення окремого випадку. Він спрямований на всебічне емпатичне розуміння унікального складу особистості окремої людини. Проте пояснення унікального випадку може бути недостатньо для виявлення загальних законів.

Ідеотетичний підхід (Дж. Т. Ламіел, 1981) пропонує використання ідеографічних методів для опису особистості та номотетичних — для її дослідження. Більшість психологів дотримується номотетичного підходу, однак теоретики особистості завжди прихильно ставилися до ідеографічного. Ідеографічною методологією часто користуються й клінічні психологи, і саме на цій основі вони наповнили психологію великою кількістю цікавих гіпотез.

Обсерваційні методи діагностики

Спостереження (у психології) — *метод вивчення психічних особливостей індивідів на основі фіксації проявів їх поведінки*, це спосіб збору інформації шляхом безпосереднього, цілеспрямованого і систематичного сприйняття і реєстрації **зовнішніх проявів психіки** (дій, вчинків, поведінки особистості) в різних ситуаціях. При спостереженні психолог збирає інформацію, **не втручаючись у ситуацію**.

Предметом спостереження є прояви об'єкту, *доступні для фіксації*, тобто — поведінка особистості в різних її зовнішніх виявах, в якій реалізуються усвідомлювані та неусвідомлювані психічні стани, переживання, прагнення.

Спостереження використовується тоді, коли втручання експериментатора може *порушити процес взаємодії людини з середовищем*, коли треба отримати цілісну картину подій і відобразити поведінку індивідів у всій повноті.

Одноразового спостереження за якимось явищем у поведінці та діяльності особистості недостатньо для того, щоб робити висновки про її індивідуально-психологічні особливості. Для уникнення випадкових суджень, потрібні кількаразові спостереження тих чи інших морально-психологічних особливостей у різних умовах і на різноманітному матеріалі.

Окрім зовнішнього спостереження, можливим є також і самоспостереження.

Інтроспекція (від лат. Intro — всередині + skoreo — дивлюся) — метод дослідження психологічних процесів, що спирається на спостереження *власних психічних процесів*, без використання яких-небудь інструментів або явних вимірювальних еталонів. В даний час, по мірі розширення інтроспективного методу стали виявлятися його великі проблеми, і він був замінений методом *самоспостереження*.

Самоспостереження (один із різновидів спостереження) — спостереження людини за своїми переживаннями (власними психічними явищами) та за зовнішніми проявами своїх психічних явищ. Пізнання власної психіки при цьому завжди здійснюється в якійсь мірі опосередковано через спостереження зовнішньої діяльності. Він є одним із специфічних методів, вживаних тільки в психології.

На відміну від методу інтроспекції використання даних самоспостереження передбачає звернення до фактів свідомості як до «сирого матеріалу», а не як до відомостей про закономірні зв'язки і причинні відносини.

Ретроспективне спостереження — згадування про перебіг досліджуваного психічного явища після того, як воно відбулося.

Основні недоліки самоспостереження:

1) спостерігати свої переживання дуже важко, бо вони або змінюються під впливом спостереження, або зовсім припиняються;

2) дуже важко уникнути суб'єктивізму, бо наше сприйняття має суб'єктивне забарвлення;

3) важко виразити деякі відтінки своїх переживань.

Експеримент як діагностичний метод

У деяких випадках можливим і доречним може виявитися **експеримент**. *На відміну від спостереження*, він є активним способом пізнання реальності, припускає планомірне втручання психодіагноста в досліджувану ситуацію (маніпулювання чинниками, реєстрація відповідних змін у стані й поведінці досліджуваного) та управління нею.

Психологічний експеримент — це *дослід*, що проводиться в доцільно вибраних або штучно створених умовах, які забезпечують активний прояв психічних явищ, що вивчаються, з метою отримання нових наукових знань, встановлення закономірних зв'язків між явищами *через цілеспрямоване втручання дослідника в життєдіяльність випробуваного*. Він припускає організовану дослідником взаємодію між досліджуваним (або групою) та експериментальною ситуацією для встановлення закономірностей цієї взаємодії.

Основне завдання психологічного експерименту, згідно С. Л. Рубінштейну, полягає в тому, щоб зробити доступними для об'єктивного зовнішнього спостереження істотні особливості внутрішнього психічного процесу.

Користуючись експериментом у психології, треба мати на увазі, що всяке втручання експериментатора, в цілях вивчення психічних явищ, разом із тим виявляється і засобом корисної або шкідливої дії на досліджуваного. Особливо це треба враховувати при вивченні психології дитини, що накладає обмеження на використання експерименту.

Діалогічні методи психодіагностики. Бесіда

У психології широко застосовують **метод опитування**, коли потрібно з'ясувати рівень розуміння досліджуваним якихось завдань, життєвих ситуацій, понять (природознавчих, технічних, соціальних) у навчанні та практичній діяльності, чи коли *потрібна інформація* про інтереси, погляди, почуття, мотиви діяльності та поведінки особистості.

Опитування — це *метод збору первинної інформації*, заснований на *безпосередній* (бесіда, інтерв'ю) або *опосередкованій* (анкета) взаємодії дослідника й опитуваного. Це описовий метод, при якому випробовувані відповідають на серію питань або висловлюються з приводу набору тверджень на задану тему.

Найбільш поширеною формою усного опитування і такою, що може використовуватися, зокрема, з метою діагностування психічних розладів, є **бесіда**, яка найчастіше проводиться у формі запитань-відповідей.

Бесіда (очне опитування) — це *цілеспрямована розмова з досліджуваним* з метою з'ясування уявлення або розуміння

ним явищ природи та суспільства, наукових питань, взаємозалежностей, причин та наслідків, переконань, ідеалів, ідейної спрямованості. Поставлені запитання мають бути чіткими й зрозумілими, спрямованими на психологічні явища. У бесіді важливо отримати не лише *відповіді-констатації* (запитання типу «що це таке?»), але й *пояснення, мотивації* (відповідей на питання «чому?», «як?»).

Роль психолога у процесі проведення бесіди

1) зміст бесіди повністю визначається психологом, якому належить активна роль в її організації і проведенні, він повинен домагатися повних та зрозумілих відповідей на поставлені питання (керована бесіда);

2) психолог створює умови для того, щоб опитуваний міг взяти ініціативу розмови на себе (*слабко керована бесіда*). **Уміння взяти ініціативу** — цінний діагностичний показник.

Бесіда займає особливе місце серед засобів діяльності психолога, може використовуватися як основний і як додатковий метод. Як додатковий метод її включають в структуру експерименту на початковому і на завершальному етапі.

Праксиметричні методи

Праксиметричні методи (*грец.* прахіс — дія) — це група психологічних методів, націлених на вивчення дій та діяльності суб'єктів. Це методи аналізу процесів і продуктів життєдіяльності.

Продуктами діяльності можуть бути щоденникові записи, архівні матеріали, художні тексти тощо. Цей метод відомий також як «**аналіз продуктів діяльності**», «**архівне дослідження**» або «**архівний метод**».

Праксиметричний метод або **метод АПД** використовується для перевірки гіпотез за допомогою раніше отриманої інформації, зібраної з іншою метою або ту, що входить у загальнодоступну базу даних. АПД ґрунтується на тому, що у *результатах роботи людини* виявляються її знання, вміння та навички, здібності, уважність і спостережливість, риси характеру, особливості психіки. *Продукти діяльності* дають змогу побачити

в них найрізноманітніші психічні якості та властивості особистості, рівень їх розвитку.

У клінічній психології такий метод використовується при аналізі текстів, малюнків і виробів пацієнтів. Прикладом використання праксиметричного методу в нейропсихології можна назвати дослідження О. Р. Лурії, засноване на вивченні та інтерпретації щоденникових записів і малюнків людини, що перенесла травму кори лівої півкулі головного мозку. Результати цього дослідження опубліковані у роботі «Втрачений і повернутий світ» («Потерянный и возвращенный мир», 1971).

Різні продукти творчості випробовуваних — **результати певного виду діяльності** (архівні матеріали, документи, щоденники, креслення, варіанти ескізів, малюнків, вірші, різні вироби, шкільні твори, фотографії тощо).

Аналіз деяких продуктів діяльності, наприклад, малюнків, листів — можна віднести до *проективних технік*.

Контент-аналіз — метод *систематичного вивчення матеріалу*, при якому якісна інформація розподіляється по заздалегідь підготовлених певних категоріях, дослідник при цьому виокремлює одиниці змісту й аналізує отримані дані (напр., *слів, прийнятих як ключові*) і *підрахунку частоти їх вживання*. *Стандартними одиницями* при аналізі тексту тут є: слово (термін, символ); думка або закінчена думка; тема; персонаж; автор; цілісне повідомлення.

Біографічний метод — метод, в ході якого вивчаються особливості життєвого шляху однієї особистості або групи людей. Його предметом є життєвий шлях — історія особистості як суб'єкта діяльності. Його суть — у збиранні й аналізі матеріалів біографічного характеру, що розкривають деякі психологічні особливості людини та їх розвиток. Сюди відносяться: встановлення конкретних біографічних даних, аналіз щоденників, листів, збирання й зіставлення спогадів інших людей про досліджувану особу.

Цей метод, використовуючи матеріали щодо особливостей життя людини, розвитку її особистості, аналіз важливих подій у дитинстві, допомагає *реконструювати риси особистості та особливості психіки людини*.

Психофізіологічні методи

Методи психофізіологічних досліджень — це комплекс методів, використовуваних для вивчення фізіологічного забезпечення психічних процесів.

У фізіологічній активності клітин, тканин і органів особливе місце займає електрична складова. Електричні потенціали відображають фізико-хімічні наслідки обміну речовин, які супроводжують всі основні життєві процеси, і тому є виключно надійними, універсальними і точними показниками перебігу будь-яких фізіологічних процесів. Однаковість потенціалів дії в нервовій клітині, нервовому волокні, м'язовій клітці говорить про універсальність цих показників. Точність електричних показників, тобто їх тимчасова й динамічна відповідність фізіологічним процесам, заснована на швидких фізико-хімічних механізмах генерації потенціалів, що є невід'ємним компонентом фізіологічних процесів у нервовій або м'язовій структурі.

Електричні показники фізіологічної активності є зручними для їх технічної реєстрації. Більшу частину цих показників можна реєструвати, ніяк не втручаючись у процеси, що вивчаються.

До найбільш широко використовуваних методів відносяться реєстрація імпульсної активності нервових клітин, реєстрація електричної активності шкіри, електроенцефалографія, електроокулографія, електроміографія й електрокардіографія. Останнім часом у психофізіологію впроваджується новий метод реєстрації електричної активності мозку — магнітоенцефалографія та ізотопний метод (позитронно-емісійна томографія).

Анамнестичний метод

Анамнестичний метод (від грец. *anamnesis* — спогад) — це метод діагностики, за допомогою якого отримують сукупність відомостей про розвиток хвороби, умови життя, перенесені захворювання та ін., що збираються з метою їх використання для постановки діагнозу, прогнозу, лікування, розробки рекомендацій та профілактики. Такий метод, зокрема, може бути використано й для діагностування психічних відхилень — зазвичай у поєднанні з іншими психодіагностичними методами.

Основним же способом роботи з людиною, що потребує допомоги клінічного психолога, найчастіше виступає **психотерапія**. В загальному вигляді, як відомо, вона представляє собою набір технік і методик, які застосовує психотерапевт для стимуляції змін психоемоційного стану людини, її поведінки та комунікативних патернів, поліпшення її самопочуття, а також здатності до адаптації в соціумі. Психотерапія може проводитися як в індивідуальному порядку, так і в групах.

Існує безліч різних напрямків психотерапії: психодинамічна психотерапія, когнітивно-поведінкова психотерапія, гуманістична психотерапія, гештальт-психотерапія та багато інших; в останні десятиліття також спостерігається виокремлення трансперсональних видів психотерапії, поступове визнання отримує і НЛП-психотерапія (нейролінгвістичне програмування).

3. Психологія стосунків пацієнта та медичного працівника

Для того, щоб комплексно розкрити питання психології стосунків, що вибудовуються між пацієнтом і медичним працівником, доцільно спершу розглянути загальне поняття та властивості спілкування.

Спілкування — це складний багатоплановий процес встановлення й розвитку контактів між людьми, що виникає у зв'язку з потребами спільної діяльності й включає в себе: обмін інформацією, вироблення єдиної стратегії взаємодії, сприйняття й розуміння іншої людини.

Виокремлюють три рівні спілкування.

Внутрішньоособистісне — уявне спілкування людини з самою собою, коли вона виробляє якісь плани, розвиває ідеї, готується до спілкування з будь-ким тощо.

Міжособистісне — спілкування між двома та більше людьми.

Громадське — спілкування людини з великою аудиторією.

Людину, що адресує інформацію іншій людині, називають **комунікатором**, а того, хто цю інформацію приймає, — **реципієнтом**.

Спілкування має комунікативний, інтерактивний та перцептивний аспекти.

Комунікативний (передача інформації). Спілкування включає в себе обмін інформацією між учасниками спільної діяльності, який може бути охарактеризовано як комунікативний бік спілкування. Одним із найважливіших засобів здійснення такого процесу є мовлення.

Інтерактивний (взаємодія). Обмін у процесі мови не тільки словами, а й діями, вчинками. Здійснюючи розрахунок у каси універмагу, покупець і продавець спілкуються навіть у тому випадку, якщо жоден із них не промовляє жодного слова: покупець вручає касиру відібрану покупку і гроші, продавець вибиває чек і відраховує решту.

Перцептивний (взаємосприйняття). Дуже важливо, наприклад, чи сприймає один із партнерів зі спілкування іншого як вартого довіри, розумного, тямущого, підготовленого або ж заздалегідь передбачає, що той нічого не зрозуміє і ні в чому з того, що йому повідомлено, не розбереться.

Існує єдність спільної діяльності та спілкування. У спільній діяльності людина повинна, за необхідності, об'єднуватися з іншими людьми, спілкуватися з ними, встановлювати контакт, домагатися взаєморозуміння, отримувати належну інформацію й повідомляти відповідну тощо. В такому випадку спілкування виступає як сторона, частина діяльності, як найважливіший її інформативний аспект, як комунікація. У спілкуванні людина постійно вчиться відокремлювати істотне від несуттєвого, необхідне від випадкового.

Значення — це змістова сторона знака як елемента, що визначає характер пізнання навколишньої дійсності. Подібно до того, як знаряддя опосередковує трудову діяльність людей, знаки опосередковують їх пізнавальну діяльність і спілкування.

Завдяки спілкуванню за допомогою мови відображення світу в мозку окремої людини постійно поповнюється тим, що відбувається або знайшло своє відображення в мозку інших людей, відбувається обмін думками, передача інформації.

Мовлення — це вербальна комунікація. Слова можуть бути вимовлені вголос, про себе, написані або ж замінені у глухих

людей особливими жестами, виступаючими носіями значень — так звана дактилологія, де кожна буква позначається рухами пальців, і жестова мова, де жест замінює ціле слово або групу.

Емоційне ставлення, що супроводжує мовне висловлювання, утворює особливий, невербальний аспект обміну інформацією, особливу, невербальну комунікацію, що є також дуже важливою.

До засобів невербальної комунікації належать жести, міміка, інтонації, паузи, поза, сміх, сльози тощо. Вони утворюють знакову систему, що доповнює і підсилює, а іноді й замінює засоби вербальної комунікації — слова.

Міміка не завжди повідомляє те, що людина говорить. Іноді все тіло бере участь в передачі інформації, наприклад хода людини. Вона може демонструвати спокій та гармонію, гнів або навпаки стриманість, страх. Можна отримати багато інформації за виразом обличчя, міміки, жестів. Погляд людини доповнює те, що не сказано словами, жестами, і часто саме погляд найточніше передає значення фрази, крім того виразний погляд здатний передати сенс не тільки сказаного, але й також недоговореного або невисловленого. У деяких випадках поглядом можна сказати більше, ніж словами. У мові жестів велику роль відіграють руки, вони можуть передавати емоційний стан.

Засоби невербальної комунікації є таким самим продуктом суспільного розвитку, як і мова слів, і можуть не збігатися в різних національних культурах.

У різних вікових групах для здійснення невербальної комунікації обираються різні засоби. Істотно важливе значення для посилення дії вербальної комунікації має просторове розміщення людей, що спілкуються.

Вербальне і невербальне спілкування може існувати водночас. Наприклад, бесіду може супроводжувати усмішка, жести, плач тощо. Взагалі, сприйняття повідомлення значною мірою залежить від невербального спілкування.

Спілкування, як міжособистісна взаємодія, являє собою *сукупність зв'язків і взаємовпливів людей*, що складаються в процесі їх спільної діяльності.

Велика роль в міжособистісній взаємодії належить соціальним нормам. Засвоєні соціальні норми використовуються

як критерії, за допомогою яких ведеться порівняння власної та чужої поведінки.

Соціальна роль — це відносно стійкий шаблон поведінки, вироблений у конкретному суспільстві для виконання певної об'єктивної соціальної функції, для реалізації певного соціального статусу.

Соціальний статус — це сукупність прав і обов'язків людини, зумовлених її положенням у певній соціальній системі та ієрархії громадських відносин. Соціальний статус пов'язаний із системою соціальних очікувань.

Одна й та сама людина, як правило, виконує різні ролі, входячи в різні ситуації спілкування.

Учасники спілкування прагнуть реконструювати в свідомості внутрішній світ одне одного, зрозуміти почуття, мотиви поведінки, ставлення до значущих об'єктів.

С. Л. Рубінштейн писав: «У повсякденному житті, спілкуючись з людьми, ми орієнтуємося на їхню поведінку, оскільки ми немовби «читаємо», тобто розшифровуємо, значення їх зовнішніх даних і розкриваємо сенс тексту в контексті, що має внутрішній психологічний план. Це «читання» протікає побіжно, оскільки в процесі спілкування з оточуючими у нас виробляється певний більш-менш автоматично функціональний психологічний підтекст до їхньої поведінки».

Ідентифікація — це спосіб розуміння іншої людини через усвідомлене чи несвідоме уподібнення її характеристикам самого суб'єкта.

У ситуаціях взаємодії люди роблять припущення про внутрішній стан, наміри, думки, мотиви й почуття іншої людини на основі спроби поставити себе на її місце.

Рефлексія — це усвідомлення з боку суб'єкта того, як його сприймає партнер за спілкуванням.

Зрозуміти іншого означає, зокрема, усвідомити його ставлення до себе як до суб'єкта сприйняття. Людина, відображаючи когось іншого, відбиває і себе в «дзеркалі» його сприйняття.

У процесах спілкування ідентифікація і рефлексія виступають в єдності. Якби кожна людина завжди мала повну, науково обґрунтовану інформацію про тих, із ким вона вступає

в спілкування, вона могла би будувати тактику взаємодії з ними з безпомилковою точністю. Однак у повсякденному житті суб'єкт, як правило, не має подібної точної інформації, що змушує його приписувати іншим причини їх дій і вчинків.

Причинне пояснення вчинків іншої людини шляхом приписування їй певних почуттів, намірів, думок і мотивів поведінки носить назву каузальної атрибуції або причинної інтерпретації.

Наприклад, помилкова причинна інтерпретація з боку медичної сестри вчинків пацієнта ускладнює, а іноді й взагалі унеможлиблює нормальну взаємодію.

Каузальна атрибуція здійснюється найчастіше несвідомо — або на основі приписування іншій людині тих мотивів або почуттів, які сам суб'єкт, як він вважає, виявив би в аналогічній ситуації. Або шляхом віднесення партнера за спілкуванням до певної категорії осіб, щодо якої вироблено деякі стереотипні уявлення.

Стереотипізація — це класифікація форм поведінки та інтерпретація (іноді без будь-яких підстав) їх причин шляхом віднесення до вже відомих або удавано відомих явищ, відповідних соціальним стереотипам.

Стереотип — це сформований образ людини, яким користуються як штампом.

Проте знання, з яких складаються стереотипи, можуть бути не тільки сумнівними, а й зовсім помилковими, поряд із правильними висновками можуть виявитися глибоко неправильні. Тим часом сформовані на їх основі стереотипи міжособистісного сприйняття часто використовуються як нібито виврені еталони розуміння інших людей.

Спілкування з необхідністю передбачає рефлексію. На підставі цієї інформації людина безперервно коригує свою поведінку, перебудовуючи систему своїх дій і засобів мовної комунікації, щоб бути правильно зрозумілою і досягти належного результату. Сигнали, одержувані при сприйнятті поведінки співрозмовника, стають підставою для корекції подальших дій і висловлювань суб'єкта.

У деяких ситуаціях виявляється антагонізм позицій, що іноді обертається взаємною ворожістю — виникає міжособистісний

конфлікт. Причиною виникнення конфліктів є не подолані смислові бар'єри в спілкуванні, що перешкоджають налагодженню взаємодії.

Змістовний бар'єр у спілкуванні — це розбіжність смислів висловленої вимоги, прохання, наказу для партнерів у спілкуванні, що створює перешкоду для їх взаєморозуміння й взаємодії.

Подолання смислових бар'єрів виявляється можливим, якщо медичний працівник знає і бере до уваги психологію хворого, враховує його інтереси і переконання, вікові особливості, минулий досвід, зважає на його перспективи й труднощі.

Як і будь-яка галузь психології, що має практичне призначення, психологія роботи з хворими може зустріти опір.

Подекуди доводиться зустрічатися з «психологічною сліпотою» медичних працівників, коли психологічних явищ взагалі не помічають, абсолютно не цікавляться ними. Багато хто схильний розглядати людину, в кращому випадку, в світлі його рефлексорної діяльності, крізь призму вегетативної нервової системи, не вірять у важливість емоційних проявів, у можливість їх патогенетичного впливу.

З психічними факторами доводиться рахуватися всюди, й особливо в практиці лікувальної діяльності. Сама психологія присутня скрізь.

Існують різні причини опору, з яким часто доводиться зустрічатися стосовно питань психології в роботі з хворими.

Варто підкреслити деякі *тенденції в психологічному аспекті спілкування медичного працівника та пацієнта*.

1. Підготовка лікарів (і медсестер) у всьому світі перш за все заснована на вивченні фізичної хімії, патології та анатомії. Однак недостатність тільки цих знань стала очевидною, і в багатьох країнах намагаються змінити таке становище, включаючи вивчення психології, психіатрії і психотерапії в число обов'язкових предметів при підготовці медичних працівників.

2. Як істотне варто розглядати все, що може привернути увагу візуально, на звук, дотик, у сфері емпатичного чуття.

3. Варто враховувати досить поширену думку людей щодо того, що до лікаря слід звертатися тільки в тому випадку, якщо скарги фізично відчутні.

4. Про фізичні явища говорити значно легше, ніж про психологічні.

5. Виросла роль технічних засобів, що сприяє формуванню механічного підходу як у персоналу з лікування, так і в самих хворих, переоцінці значення фізичних, технічних даних і результатів.

6. Брак часу, перевантаженість роботою медичних працівників заважає більш поглиблено займатися хворими, використовуючи також і психологічні методи.

7. Певна усталена традиція виконання роботи чинить свій вплив і на погляди лікарів. Хворому, що має певні скарги, намагаються допомогти, перш за все прагнучи виявити фізичні недуги — натомість психічним симптомам надається набагато менше значення, ніж соматичним.

8. Для відповідного застосування психології на практиці кожному лікарю, кожній сестрі необхідно постійно вдосконалювати свої знання із психології та психіатрії. Однак інтерес до підвищення кваліфікації в цьому напрямку багато де все ще незначний.

9. Поряд зі світоглядом і підготовкою лікаря в його діяльності велике значення мають і особливості його власної особистості. Несприятливо впливають на установки особистості лікаря або сестри психічні розлади, потрясіння, невирішені конфлікти, переживання тощо.

Часто виявляється недостатньо і пасивних психологічних знань: популярні цитати із психологічних джерел, дають певне психологічне пояснення явищам, але, незважаючи на це, на практиці медичні працівники не завжди нездатні зрозуміти своїх хворих.

Варто додати, що й саме соматичне захворювання діє на психіку людини, викликаючи різні побоювання й страхи, які, в свою чергу, можуть погіршити перебіг основного захворювання, стан хворого. Серце, печінка та інші органи, хворіють не ізольовано, хвороба завжди зачіпає весь організм у цілому.

Бажливим завданням є уважне ставлення до всіх тих психічних процесів, які відбуваються у хворих, до їх переживань, до реакцій, до пов'язаної із хворобою поведінки, до лікувальних заходів, які необхідно проводити.

Психологічні особливості пацієнта в умовах лікувальних взаємовідносин і взаємодії приходять в зіткнення із психологічними особливостями медичного працівника. Крім того, особами, залученими в контакт із пацієнтом можуть бути: лікар, психолог, медична сестра, соціальний працівник.

У лікувальній діяльності формується особливий зв'язок, особливі відносини між медичними працівниками та пацієнтами. Утворюється, за словами І. Харді, зв'язок «лікар, сестра, хворий». Лікування в багатьох нюансах пов'язане із психологічними й емоційними факторами. Отже, як зауважував Харді, відносини між лікарем і хворим є основою будь-якої лікувальної діяльності.

Метою ж контактів між пацієнтом і медичним працівником є медична допомога, яку один із учасників спілкування надає іншому. Відносини між лікарем і пацієнтом обумовлені в певній мірі і умовами, в яких ведеться лікувальна діяльність. Виходячи з основної мети лікувальної взаємодії, можна припустити неоднозначність важливості контактів між медичним працівником і пацієнтом. Проте зацікавленість у такій взаємодії наявна не лише з боку пацієнта. Медичний працівник має бути не меншою мірою зацікавлений у наданні допомоги хворому, адже така діяльність є його професією.

Для того, щоб процес взаємин пацієнта і медичного працівника був ефективним, необхідно вивчати психологічні аспекти такої взаємодії. Для медичної психології цікаві мотиви та цінності лікаря, його уявлення про ідеального пацієнта, а також певні очікування самого пацієнта щодо процесу діагностики, лікування, профілактики та реабілітації, поведінки лікаря або медичної сестри.

Надзвичайно важливою є комунікативна компетентність. Під цим терміном розуміють здатність встановлювати й підтримувати необхідні контакти з іншими людьми. Цей процес передбачає досягнення взаєморозуміння між партнерами за спілкуванням, краще розуміння ситуації та предмету спілкування.

Комунікативна компетентність може розглядатися також як система внутрішніх ресурсів, необхідних для побудови ефективного спілкування в певному діапазоні ситуацій між-

собистісної взаємодії. Варто зазначити, що комунікативна компетентність є професійно значущою характеристикою лікаря і медичної сестри. Однак, незважаючи на те, що в умовах клініки пацієнт змушений звертатися за допомогою до лікаря, комунікативна компетентність важлива і для самого хворого. Все це важливо, тому що некомпетентність в спілкуванні хоча б однієї зі сторін у процесі спілкування здатна порушити діагностичний і лікувальний процес, завадити отриманню бажаних результатів. А невміння пацієнта налагодити контакт із медичним працівником є настільки ж негативним, як і небажання медичного працівника встановити ефективний контакт із будь-яким пацієнтом.

Однак викладене вище не дозволяє зняти відповідальність за ефективну взаємодію з пацієнтом із самого медичного працівника.

При хорошому контакті з лікарем пацієнт швидше одужує, а лікування, що застосовується, має кращий ефект, набагато менше побічних ефектів та ускладнень.

Доцільно розглянути традиційно різноманітні *види спілкування* та *особливості їх прояву в сфері медичної допомоги*.

1. **«Контакт масок»** — це формальне спілкування. Відсутнє прагнення зрозуміти й враховувати особливості особистості співрозмовника. Використовуються звичні маски (ввічливості, чемності, скромності, співчуття та ін.) Набір виразів обличчя, жестів, стандартних фраз, що дозволяють приховати справжні емоції, ставлення до співрозмовника.

В рамках діагностичної та лікувальної взаємодії такий вид спілкування проявляється у випадках малої зацікавленості лікаря або пацієнта в результатах взаємодії. Це може відбуватися, наприклад, при проведенні обов'язкового профілактичного огляду, в якому пацієнт відчуває себе несамотійним, а лікар — не має необхідних даних для проведення об'єктивного та всебічного обстеження й винесення обґрунтованого висновку.

2. **Примітивне спілкування.** Оцінюють іншу людину, як об'єкт, що є потрібним або ж заважає. Так, якщо людина потрібна — то з нею активно вступають у контакт, якщо заважає — відштовхують її.

Подібний вид спілкування може зустрічатися в рамках маніпулятивного спілкування лікаря й пацієнта у випадках, коли метою звернення до лікаря стає отримання будь-яких дивідендів. Наприклад, лікарняного листа, довідки, формального експертного висновку тощо. З іншого боку, формування примітивного виду спілкування може відбуватися за бажанням лікаря — у випадках, коли пацієнт виявляється людиною, від якої може залежати благополуччя лікаря (наприклад, керівник). Інтерес учасника контакту в подібних випадках зникає одразу вслід за отриманням бажаного результату.

3. Формально-рольове спілкування. Регламентованими виявляються і зміст, і засоби спілкування, і замість знання особистості співрозмовника обходяться знанням його соціальної ролі.

Подібний вибір виду спілкування з боку лікаря може бути обумовлений професійної перевантаженням. Наприклад у дільничного лікаря на прийомі.

4. Ділове спілкування. Спілкування, що враховує особливості особистості, характеру, віку, настрою співрозмовника при націленості на інтереси справи, а не на можливі особистісні розбіжності.

При спілкуванні лікаря з пацієнтом такий вид взаємодії стає нерівним. Лікар розглядає проблеми хворого з позиції власних знань і він схильний директивно приймати рішення без узгодження з іншим учасником спілкування й зацікавленою особою.

5. Духовне міжособистісне спілкування. Передбачає можливість торкнутися в бесіді будь-якої теми, поділитися значним спектром особистих проблем кожного з учасників спілкування.

Безпосередньо діагностична та лікувальна взаємодія зазвичай не передбачає такого контакту, зокрема, в силу професійної спрямованості очікувань медичного працівника.

6. Маніпулятивне спілкування. Так само, як і примітивне, воно спрямоване на отримання вигоди від співрозмовника з використанням спеціальних прийомів.

Багатьом може бути відомий маніпулятивний прийом, який називають «іпохондризація пацієнта». Суть його полягає в подачі висновку лікаря про стан здоров'я пацієнта в руслі явного перебільшення тяжкості виявлених розладів. Метою

такої маніпуляції може бути: 1) зниження очікувань пацієнта щодо успішності лікування у зв'язку з тим, що медичний працівник бажає уникнути відповідальності в разі несподіваного погіршення здоров'я пацієнта; 2) демонстрація необхідності додаткових і більш кваліфікованих впливів з боку медичного працівника з метою отримання винагороди.

Взаємодія між пацієнтом і лікарем не відбувається за детально визначеною універсальною інструкцією. Під впливом різних обставин вона може будуватися по-різному. Проте безперечним є те, що *гарні стосунки пацієнта й медичного працівника сприяють більшій ефективності лікування*. І навпаки — позитивні результати лікування покращують взаємодію між пацієнтом і медичним працівником.

Багато фахівців вважають, що необхідно поступово з процесу спілкування і лексики вивести такі поняття як «хворий», замінивши поняттям пацієнт, з огляду на те що саме поняття «хворий» несе певне психологічне навантаження, насамперед негативне. А звернення до хворих людей на кшталт: «Як ваші справи, хворий?», застосовувати неприпустимо, і необхідно намагатися повсюдно замінювати їх зверненнями на ім'я, тим паче, що саме ім'я для людини, його вимовлення та звучання є психологічно комфортним.

Важливо враховувати, що часто різного роду скарги пацієнтів на виниклі проблеми етичного характеру свідчать про відсутність необхідних психологічних знань, а також практики відповідного спілкування з пацієнтами в медичних працівників.

Питання для обговорення:

1. Становлення та розвиток клінічної психології.
2. Теорія культурно-історичного розвитку Л.С. Виготського.
3. Дослідження Б.В. Зейгарник і О.Р. Лурія та їх роль в розвитку клінічної психології.
4. Галузі та напрями клінічної психології.
5. Теоретичні та практичні задачі клінічної психології.
6. Методи клінічної психології.
7. Методики у клінічній психології.
8. Етика в клінічній психології

Завдання для самостійної роботи

Назва теми	Вид завдання
І. Загальні теоретичні проблеми клінічної психології	
Тема 1. Клінічна психологія як одна із основних галузей психологічної науки 1. Основні теоретичні підходи в клінічній психології: – Психоаналітичний підхід. – Екзистенційно-гуманістичний підхід. – Поведінковий підхід. – Когнітивний підхід. – Соціокультурний підхід. 2. Сучасний стан клінічної психології в Україні. Підготовка клінічних психологів.	*Створити мультимедійну презентацію з теми заняття. *Підготуватися до семінарського заняття, законспектувавши на вибір рекомендовані до теми літературні джерела.

Тема 2. Клінічні вияви психічної норми і патології

Мета заняття — мати уявлення про основні діагностичні принципи-альтернативи; знати зміст і особливості принципу хвороба — особистість, зміст і особливості принципу нозос — патос, зміст і особливості принципів реакція — стан — розвиток, психотичне — непсихотичне, екзогенне — ендогенне — психогенне — особистісне, дефект — одужання — хроніфікація, адаптація — дезадаптація, компенсація — декомпенсація, негативне — позитивне, особливості проведення діагностики в психіатрії, основні етапи діагностичного процесу.

Зміст заняття

1. Принципи розмежування психологічних феноменів і психопатологічних симптомів.

2. Діагностичні принципи-альтернативи.

1. Принципи розмежування психологічних феноменів і психопатологічних симптомів

Клінічна психологія — це наука, яка вивчає психологічні особливості людей, що страждають на різноманітні захворювання. Отже, природно, що однією з її найбільш значущих теоретичних і практичних проблем є діагностична. Суть її полягає у виробленні об'єктивних та достовірних критеріїв діагностики психічних станів людини і кваліфікації їх як психологічних феноменів або психопатологічних симптомів.

На сьогоднішній день виокремлюють кілька **основних принципів розмежування психологічних феноменів і психопатологічних феноменів**, що базуються на феноменологічному підході до оцінки норми і патології.

1. Принцип Курта Шнайдера. Стверджує, що психічною хворобою (психопатологічний симптом) може бути визначена лише та, що може бути практично доведена, як така.

2. Принцип «презумпції психічної норми». Ніхто не може бути визнаний психічно хворим, доти не буде встановлено діагноз хвороби.

3. Феноменологічні принципи:

а) **принцип розуміння:** потрібно відокремлювати психологічні феномени від психопатологічних синдромів на основі розуміння пацієнта;

б) **принцип утримання від судження:** формуючи певне судження, в період дослідження потрібно абстрагуватися від попереднього оцінювання;

в) **принцип неупередженості:** недопущення особистісного суб'єктивного ставлення до пацієнта;

г) **принцип точності;**

д) **принцип контекстуальності:** прояв поведінки треба розглядати в контексті ситуації.

Доцільно розглянути й проаналізувати наведені принципи детальніше.

Принцип Курта Шнайдера передбачає, що психічною хворобою (психопатологічний симптом) може бути визнана лише та, що може бути практично доведена, як така. Існує лише один

спосіб доведення (не менш об'єктивний, ніж в інших науках). Це докази за допомогою законів логіки — науки про закони правильного мислення, або науки про закони, яким підпорядковується правильне мислення. Коментуючи наведений принцип Шнайдера, деякі автори стверджують, що необхідно поряд із критерієм доказовості (достовірності), впровадити ще один критерій із області логіки — критерій вірогідності.

Доказ наявності психічного розладу відповідно до принципу Курта Шнайдера базується на «двох логіках»: оцінці логіки поведінки й поясненні цієї поведінки з боку випробуваного та логіці доказу. У доказі зазвичай розрізняють тезу, аргумент і форму доказу. В області клінічної психології та психіатрії це виглядає так. Теза: обстежуваний психічно хворий; аргумент (аргументи): наприклад, його мислення є алогічним, наявна маячня; форма доказу: доводиться, чому його мислення діагност вважає алогічним, на підставі яких критеріїв ми можемо розцінювати наявні висловлювання як маячні тощо.

Ще одним принципом, є принцип **«презумпції психічної нормальності»**. Суть його полягає в тому, що ніхто не може бути визнаним психічно хворим до того, як поставлено діагноз захворювання, або ніхто не зобов'язаний доводити відсутність у себе психічного захворювання. У відповідності з цим принципом людина споконвічно для всіх є психічно здоровою, доки не доведене протилежне, й ніхто не має права вимагати від неї підтвердження цього, подекуди навіть очевидного, факту.

Принцип розуміння, як уже згадувалося вище, використовується як протиставлення принципу пояснення, широко представленого в ортодоксальній психіатрії і заснованому на критерії зрозумілості або незрозумілості для нас (сторонніх спостерігачів) поведінки людини, її здатності чинити правильно й виключати безглузді висловлювання та дії. У рамках феноменологічного підходу критерій зрозумілості переходить в русло розуміння й згоди діагноста з логічним трактуванням власних переживань і реакцій на них.

Наприклад, якщо для ортодоксального психіатра базою для діагностики буде виступати «безглуздий характер висловлювань і умовиводів хворого», то для феноменологічно орієн-

тованого діагноста істотним, поряд із іншими параметрами, буде аналіз розуміння, тлумачення з боку людини суті її висловлювань. Отже, без оцінки суб'єктивного значення слів і думок неможливо говорити про генезу «помилкового» переконання, характерного для маячні. Без розуміння суб'єктивності переживання людини можна зробити висновок про їх обґрунтованість і логічність.

Принцип утримання від судження. В діагностичному плані його можна було б модифікувати в принцип утримання від передчасного судження. Його суть полягає в тому, що в період феноменологічного дослідження необхідно відволіктися, абстрагуватися від симптоматичного мислення, не намагатися укладати спостережувані феномени в рамки нозології, а намагатися лише глибоко відчувати, пізнати. Слід зазначити, що таке все одно не означає повного прийняття переживань людини і виключення аналізу його стану.

Два наступних принципи феноменологічного підходу до діагностики можуть бути позначені як **принципи неупередженості та точності опису**, а також **принцип контекстуальності**.

Принцип неупередженості опису клінічного феномену полягає у вимозі виключити будь-які особистісні (властиві діагносту) суб'єктивні відчуття та упередження, спрямовані на висловлювання обстежуваного, уникнути суб'єктивної їх переробки на підставі власного життєвого досвіду, моральних установок та інших оціночних категорій.

Принцип точності опису вимагає ретельності у доборі слів та термінів для опису спостережуваного стану людини.

Особливо важливим в описі стає контекстуальність спостережуваного феномену, тобто його опис у контексті часу й простору — створення своєрідних «фігури та фону».

Принцип контекстуальності передбачає, що феномен не існує ізольовано, а є частиною загального сприйняття та розуміння з боку людини навколишнього світу й самої себе. Таким чином, контекст дозволяє визначити характер, особливості спостережуваного феномена. Психіатричні історії хвороби рясніють виразами типу: «у хворого сумний, скорботний вираз обличчя», «пацієнт поводиться неадекватно, грубий із медичним персоналом,

гнівливий», «хворий переоцінює свої здібності». Найчастіше лікарі наводять таке як «доказ» наявності психопатологічної симптоматики, дезадаптивних, хворобливих проявів. Проте ці обґрунтування втрачають вагу в зв'язку з тим, що наводяться ізольовано поза контекстом ситуації, що викликала психічні феномени. Сумний, скорботний вираз обличчя в палаті психіатричної лікарні — має особливий відтінок і може бути розцінений як нормальна реакція людини на госпіталізацію, а сумний, скорботний вираз обличчя, наприклад, при бажаній зустрічі після розлуки з коханою людиною несе інше смислове навантаження. Грубість людини при люб'язному зверненні радше за все є неадекватною, а грубість пацієнта, насильно поміщеного в психіатричний стаціонар може бути цілком адекватною. Аналіз переоцінки випробовуваного власних здібностей потребує експериментального й документального підтвердження. Нерідкими в традиційних історіях хвороби є також і перебільшення, які можуть призводити до непорозумінь при їх інтерпретації.

2. Діагностичні принципи-альтернативи

Внаслідок природних труднощів, що стоять на шляху діагностичного процесу, був розроблений набір принципів-альтернатив. У його основі закладені принципи феноменологічного підходу в психології та психіатрії — кожне цілісне індивідуальне психічне переживання людини (феномен) повинне розглядатися як багатозначне, тобто не може бути оцінено як безперечно хворобливий симптом, або ж нормальний, адекватний прояв психіки. Передбачається, що таке дозволить розуміти й пояснювати переживання як й категоріях психопатологічних, так і психологічних.

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

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

Далі доцільно розглянути детальніше найвідоміші діагностичні принципи-альтернативи й проаналізовані клінічні параметри, що дозволяють робити обирати один із альтернативних критеріїв оцінки психічної діяльності.

Хвороба-особа

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

Особливо яскраво альтернатива «хвороба-особа» може бути продемонстрована на прикладі такого феномену як переконаність в чому-небудь, яку можна представити у вигляді альтернативи марення-світогляд, марення-забобон. Як відомо, марення — це помилковий висновок, що не піддається корекції і що виникає на хворобливій основі. Проте, поширене визначення марення натрапляє на серйозні складнощі при проведенні диференціації між маренням та іншими ідеями, думками, висновками, що не піддаються корекції. Наприклад, релігійна ідея в представленні атеїста може бути визнана помилковою

і такою, що не піддається корекції, тобто атеїстові не переко-нати віруючого. Чи виходить з цього факту, що віра — це марення? Критерій хворобливої основи в такому випадку нічого не дає для диференціації, оскільки незрозуміло як визначити хворобливу основу, якщо ще не вироблений діагностичний пошук, не з'ясовано чи є симптоми хвороби. З іншого боку, близьким за значенням до наведеного вище визначення слід визнати дефініцію світогляду. Світогляд — система принципів, поглядів, цінностей, ідеалів і переконань, що визначають напрям діяльності і ставлення до діяльності окремої людини, соціальної групи або суспільства в цілому.

Сучасна психіатрія впровадила нове визначення марення. Марення — це помилкова, непохитна упевненість в чому-небудь, не дивлячись на безперечні й очевидні докази та свідоч-тва протилежного, якщо ця упевненість не властива іншим членам даної культури або субкультури. Найбільш істотною в даному визначенні є не традиційна оцінка марення як помилкового висновку, а вказівка на значущість етнокультурного аналізу. Отже, хворобливою подібна упевненість буде визна-на лише в разі неспростовних доказів, або тоді, коли для мікросоціального середовища, вихідцем із якого є обстежува-ний, подібне переконання є чужорідним.

Особливо складною є диференціація в рамках альтернати-ви «марення-забобон». Основним опорним пунктом тут також повинен стати етнокультурний підхід. Якщо певний забобон є типовим для конкретного мікросоціуму, то переконаність не може стати основою для діагностики психопатологічного сим-птому. Необхідно буде шукати інші психічні феномени й дово-дити їх психопатологічний характер. Тобто для того, щоб із високою вірогідністю віднести переконаність в чому-небудь до маревних ідей, необхідно оцінити її як унікальне й суб'єктив-не явище, що не знаходить аналогів у субкультурі аналізова-ної людини. Наприклад, переконаність людини в тому, що її погане самопочуття пов'язане з «наведенням порчі» частіше трактується в нашому культурному середовищі на теперіш-ньому історичному етапі як забобон, а не як симптом, оскільки переконання в можливості «наводити порчу» є досить типовою

світоглядною установкою. В той же час переконаність людини в тому, що подібне погане самопочуття і навіть хвороба обумовлені тим, що на вулиці повз неї проїхали три машини червоного кольору неможливо обґрунтувати традиційними віруваннями і внаслідок цього високо вірогідною є оцінка їх із точки зору психопатологічних позицій.

Деякі десятиліття тому переконаність людини в тому, що вона знаходиться під впливом «енергетичних вампірів» психіатри тлумачили б як маревну, сьогодні — вона найчастіше трактується як світоглядна установка.

Нозос-патос

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

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

Здоров'я => Передхвороба => Психічна хвороба => Психоз
Норма => Передпатологія => Патологія

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

Два наведені спектри відображають сучасні уявлення про характер взаємозв'язку норми і здоров'я. Поняття здорової діяльності, здорового самопочуття, здорової поведінки значно

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

До нозосу відносять хворобливі процеси й стани, такі як шизофренія, біполярний афективний розлад, інволюційні, судинні, інфекційні та інші психози: до патосу — насамперед, розлади особистості (психопатії), аномалії розвитку.

Реакція-стан-розвиток

Альтернатива «реакція-стан-розвиток» є також важливою при феноменологічному аналізі психологічного стану обстежуваного. Вона дозволяє ввести в цей аналіз параметри стимул-реакції і реакції, зовнішнього і внутрішнього. При цьому оцінка психологічного феномену будується на підставі оцінки конгруентності або не конгруентності наведених параметрів. Цей принцип-альтернатива, також як інші, використовує багатовимірний підхід, що дозволяє коректно підійти до відповіді на багато діагностичних питань. Наприклад, як можна оцінити в традиційних загальномедичних категоріях хвороби-здоров'я таке спостереження: у дитини на тлі підвищеної температури, викликаной інфекційним захворюванням, виник вперше в житті розгорнутий судомний напад, який згодом протягом півроку не повторювався. Чи дозволено назвати стан дитини

хворобливим, діагностувати епілепсію і відповісти на запитання: здорова вона або хвора, потрібним або ж ні є призначення антиконвульсантів.

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

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

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

Психотичне-непсихотичне

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

Принцип «психотичне-непсихотичне» оцінює такий психічний параметр як рівень психічних розладів, своєрідну глибину та вираженість психопатологічної картини захворювання. У соматичній медицині подібний критерій відсутній, оскільки відсутня необхідність оцінки соціально значущих сторін діяльності людини. Присутній лише параметр тягара хвороби, вірогідність летального кінця або хроніфікації та інвалідизації. У психіатрії тягар розладів може бути проаналізований двояко. З одного боку, його можна оцінити з позиції уявлення про психічне здоров'я — стан повного фізичного й душевного комфорту та благополуччя, і тоді тягар розладу визначатиметься суб'єктивно. З іншого боку, його можна трактувати з позиції поняття про соціально шкідливий вплив, до якого може призвести психічне захворювання (у крайньому вираженні — до загрози життю оточуючих і своєму власному), що зумовлює «об'єктивний» підхід. Внаслідок цього психотичний рівень розладу психічної діяльності у всіх випадках оцінюється як стан «важчий», ніж непсихотичний.

Психоз, за визначенням фон Фейхтершдебена, — це психічний стан, для якого характерним є важке порушення психічних функцій, контакту з реальною дійсністю, дезорганізацією діяльності, що призводить, зазвичай, до асоціальної поведінки і грубого порушення критики.

Під *непсихотичним рівнем* розуміють симптоми та синдроми, що їх супроводжують критика, адекватна оцінка довколишньої дійсності, коли хворий не змішує власні хворобливі суб'єктивні відчуття й фантазії з об'єктивною реальністю, а поведінка знаходиться в межах соціально прийнятих норм.

Виходячи з прийнятих дефініцій рівнів психічних розладів, до *психотичного* рівня зараховуються такі симптоми та синдроми, як галюцинації, маревні ідеї, розлади свідомості, розірваність і незв'язність мислення, амбівалентність та інші. До *непсихотичного* — астеничний, фобійний синдроми, розлади уваги та ін. Проте, і при оцінці рівня психічного розладу також, як і в інших випадках, необхідний феноменологічний підхід, що враховує принципи «розуміння», «контекстуальності», оскільки переважну більшість психопатологічних симптомів

можуть трактуватися альтернативно і за певних умов можуть бути віднесені або до психотичного, або до непсихотичного рівня. Навіть, здавалося б, однозначно психотичний галюцинаторний синдром може розцінюватися як непсихотичний, якщо будуть відсутні критерії психотичного розладу — некритичність, груба дезорганізація діяльності й втрата контакту з реальною дійсністю. В цьому відношенні є показовим приклад депресивного розладу, який може бути характерним як для непсихотичного, так і психотичного рівнів порушень психіки. Депресивний синдром оцінюється як психотичний на підставі приєднання до нього кататимних маревних ідей (самозвинувачення, самоприниження) і суїцидальних намірів, що не піддаються корекції.

Особливі складнощі виникають при аналізі рівня негативних психічних розладів (аутизму, абулії, деменції, змін особистості та деяких інших). Пов'язано це, з одного боку, з малою теоретичною розробленістю характеру самосвідомості й повноти критичної оцінки при них, з іншого — з їхніми негативними психопатологічними властивостями. У зв'язку з цими перешкодами було запропоновано, разом із психотичним і непсихотичним рівнями психічних розладів, виокремити третій рівень, умовно позначений дефіцитарним.

Екзогенне-ендогенне-психогенне

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

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

До *екзогенного* типу психічного реагування належать психічні реакції, стани та розвиток, що виникають унаслідок орга-

нічних уражень головного мозку. Під органічними причинами в медичній науці прийнято розуміти будь-які нефункціональні (непсихогенні) причини, що безпосередньо впливають на головний мозок людини. До них відносяться черепно-мозкові травми, судинні та інфекційні захворювання головного мозку, пухлини, а також інтоксикації.

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

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

Деякі психопатологічні синдроми не укладаються в жоден із трьох вище наведених традиційно виокремлюваних типів психічного реагування. Внаслідок цього, запропоновано виокремлювати поряд із екзогенним, психогенним і ендогенним, особистісний тип психічного реагування. У нього слід включати, передусім, істеричний та іпохондричний симптомокомплекс, а також деякі симптоми однозначного соціального звучання (наприклад, копроталія, клептоманія, піроманія і деякі інші). Не викликає сумнівів той факт, що істеричний та іпохондричний синдроми не можуть бути тільки викликані ендогенними або екзогенними чинниками. Вони є проявом соціально опосередкованого відношення до дійсності й власного місця в суспільстві. Їх можна позначити, як особистісні реакції на соціально значущі події або зміни свого статусу. Неможливо собі пояснити їх виникнення іншими механізмами, наприклад, біологічним (що підтверджується їх відсутністю при моделюванні психічних феноменів на тваринах). Проблематично відносити їх і до психогенного типу психічного реагування, оскільки принципове значення в їх виникненні мають не особливості психотравмівного впливу, а особистісні характеристики пацієнта. Якщо порівняти істеричний та іпохондричний симптомокомплекс з іншими, які часто ставляться в один ряд із ними (синдром нав'язливостей, фобійний, депресивний), то безперечними

є їхні різючі відмінності. Синдром нав'язливостей, фобійний або депресивний синдроми можуть виникати як внаслідок особистісних, так і інших механізмів (екзогенного, ендогенного, психогенного). Істеричний та іпохондричний синдроми ніяк не здатні формуватися поза особистісним типом реагування.

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

Дефект-одужання-хроніфікація

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

Дефектом у психіатрії прийнято позначати тривале й безповоротне порушення будь-якої психічної функції (наприклад, «когнітивний дефект»), загального розвитку психічних здібностей («розумовий дефект») або характерного образу мислення, поведінки, які властиві для окремої особистості. Дефект, в такому контексті, може бути природженим або набутиим. Проте, як правило, термін «дефект» на сьогоднішній час у психіатричній науці й практиці вживається стосовно набутих психічних розладів і зумовлений перенесеним психічним захворюванням. Наприклад, «шизофренічним дефектом» називається стійкий стан, що включає негативні психопатологічні симптомокомплекси, які виникли після зникнення гострих психотичних проявів.

Найбільш істотною характеристикою дефекту виступають саме розлади з негативною симптоматикою, оскільки в резиду-

альному періоді психозу або при інших психічних розладах можлива поява продуктивних психопатологічних феноменів, наприклад, психопатизації, і тоді стан позначатиметься не дефектом, а змінами особистості.

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

Адаптація-деадаптація, компенсація-декомпенсація

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

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

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

Два наведені параметри є близькими за суттю, проте мають деякі відмінні риси. Так, при адаптації відбувається, так би мовити, «примирення» з новим хворобливим статусом, пристосування до нього, вироблення позитивного, нормального, ставлення до наявних розладів, «співіснування» із психопатологічними симптомами. При компенсації ж відбувається заміщення втрачених психічних функцій іншими прийнятними для особистості та організму, тобто не упокорювання (як при адаптації), а активне подолання хворобливих змін.

У психіатричній практиці адаптація виглядає так: пацієнт нормально працює, проживає в сім'ї, вважається у своєму оточенні «психічно здоровим», проте при цьому він може відчувати на собі дію галюцинаторних образів, щодо яких у нього зберігається критика, і які не позначаються на його поведінці, що часто спостерігається при синдромі вербального галюцинозу. Натомість при компенсації людина, наприклад, з олігофренією заміщає «розумовий дефект» тим, що реалізує себе, працюючи

на доступному його рівні. При психопатії компенсація може бути досягнута за рахунок вибору такої сфери діяльності, в якій базові риси характеру людини задіяні повною мірою (наприклад, робота епілептоїдного психопата бухгалтером).

Негативне-позитивне

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

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

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

Якщо до позитивних можна віднести більшість відомих і яскравих психопатологічних симптомокомплексів, то негативними розладами є лише декілька, менш яскраві, в порівнянні з позитивними, симптоми й синдроми. До останніх відносяться аутизм, апатія, абулія, амнестичні розлади, деменція, зміни особистості й деякі інші.

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

Питання для обговорення:

1. Принципи розрізнення психологічних феноменів та психопатологічних симптомів.
2. Діагностичні принципи-альтернативи.
3. Хвороба–особистість.
4. Нозос–патос.
5. Реакція–стан–розвиток.
6. Психотичне–непсихотичне.
7. Екзогенне–психогенне–ендогенне.
8. Дефект–одужання–хроніфікація.
9. Адаптація–дезадаптація.
10. Компенсація–декомпенсація.
11. Негативне–позитивне.

Завдання для самостійної роботи

Назва теми	Вид завдання
І. Загальні теоретичні проблеми клінічної психології	
<i>Клінічні вияви психічної норми і патології</i>	
1. Поняття психічного здоров'я.	*Створити мультимедійну презентацію з теми заняття. *Підготуватися до семінарського заняття, законспектувавши на вибір рекомендовані до теми літературні джерела.
2. Критерії психічного здоров'я.	
3. Проблема психічної норми.	
4. Фактор, симптом, синдром, нозологія.	
5. Класифікація психічних розладів: МКБ-10, DSM-4, ICDH.	

Тема 3. Клінічні вияви аномалії розвитку нервової системи

***Мета заняття** — ознайомити з основними аномаліями розвитку нервової системи.*

Зміст заняття

1. Аномалії та вади розвитку головного й спинного мозку.
2. Вади розвитку черепних нервів.

1. Аномалії та вади розвитку головного і спинного мозку

Базові загальні особливості аномалій та вад розвитку головного та спинного мозку можна окреслити так:

- 1) такі дефекти можуть виникати на початку або наприкінці внутрішньоутробного розвитку;
- 2) типові симптоми включають розумову відсталість, параліч, нетримання сечі або втрату чутливості в деяких частинах тіла;
- 3) діагноз ставиться на основі комп'ютерної томографії та магнітно-резонансної томографії;
- 4) деякі дефекти можна усунути шляхом хірургічного втручання, але пошкодження головного або спинного мозку зазвичай незворотні.

З багатьох можливих дефектів головного й спинного мозку так звані вади розвитку нервової трубки розвиваються протягом перших тижнів вагітності. Інші, наприклад, поренцефалія і гідроаненцефалія, розвиваються на більш пізніх термінах вагітності. Значна кількість вад розвитку головного і спинного мозку призводять до видимих аномалій голови або спини.

Симптоми ураження головного або спинного мозку можуть розвинутиися, якщо дефект зачіпає тканини головного або спинного мозку. Ураження головного мозку може бути фатальним або призвести до інвалідності легкого або важкого ступеня, яка може включати розумову відсталість, судомні напади та параліч. Пошкодження спинного мозку може призвести до паралічу, нетримання сечі й втрати чутливості в ділянці тіла, до якої доходять нерви, що знаходяться нижче рівня дефекту

(місця пошкоджень спинного мозку). Комп'ютерна томографія (КТ) та магнітно-резонансна томографія (МРТ) можуть виявити вади розвитку головного та спинного мозку, показуючи зображення внутрішніх структур цих органів.

Деякі дефекти, наприклад, ті, які викликають видимі отвори або набряки, можна виправити шляхом хірургічного втручання. Незважаючи на те, що зазвичай дефект через ураження головного або спинного мозку є незворотнім, хірургічне втручання може запобігти подальшим ускладненням і поліпшити його функціональність. В результаті своєчасного хірургічного втручання розвиток деяких дітей майже відповідає нормі.

Загальний перелік вад розвитку головного та спинного мозку

I. Порушення дроблення: голопрозенцефалія (порушення нормального поділу переднього мозку ембріона на дві гемісфери) — зумовлює виникнення різних вад розвитку черепа мозкового та лицевого;

II. Порушення міграції та утворення борозен:

а) лісенцефалія (агірія) — відсутність звивин;

б) пахігірія — наявність широких основних звивин із відсутністю вторинних;

в) полімікрогірія — наявність окрім основних звивин множинних псевдозвивин;

г) нейрональна гетеротопія — порушення або зупинка міграції нейробластів, що зумовлює аномальне накопичення нейронів в атипових місцях.

III. Порушення проліферації:

а) шизенцефалія — наявність симетричних аномальних порожнин та щілин;

б) мікронцефалія (маленький мозок до 900 г);

в) мегаленцефалія (великий мозок до 1600–2850 г);

г) гемімегаленцефалія.

IV. Порушення комісурації (утворення спайок):

а) агенезія мозолистого тіла;

б) агенезія прозорої перетинки.

V. Гідроаненцефалія.

V. Синдром Денді-Уоккера — мальформація структури задньої черепної ямки з кістозним розширенням IV шлуночка і гіпоплазією або аплазією мозочка.

VI. Арахноїдальні кісти.

VII. Краніорахішизис випинання мозку або (та) його оболонок через вроджений дефект черепа. Частота цієї вади складає приблизно 1 до 5 000–10000 новонароджених:

- а) менінгоцеле;
- б) менінгоенцефалоцеле;
- в) менінгоенцефалоцистоцеле.

VIII. Краніостеноз (передчасне зарощення швів черепа).

Частота вади розвитку — 1 до 1900:

- а) скафоцефалія (синостоз сагітального шва);
- б) тригоцефалія (синостоз лобного шва);
- в) лобна плагіоцефалія (синостоз коронарного синуса);
- г) потилична плагіоцефалія (синостоз ламбдоподібного шва);
- д) вежеподібний череп (зародження декількох швів черепа).

Клінічна картина *вад розвитку головного мозку* різноманітна і залежить від виду та вираженості тієї чи іншої вади. Однак до *загальних симптомів* слід віднести:

- а) відставання в психомоторному розвитку (нерідко грубі психічні розлади, рухові та чутливі порушення);
- б) фармакорезистентні форми епілепсії;
- в) тазові порушення;
- г) поєднання з аномаліями інших органів та систем.

Клінічна картина *вад розвитку хребта та спинного мозку* різноманітна, однак *найбільш типовими їх проявами* є:

- а) неврологічний дефіцит, що прогресує (нижній парапарез, порушення чутливості в нижніх кінцівках, тазові порушення);
- б) синдром «фіксованого спинного мозку», гідроцефалії;
- в) ортопедичні деформації хребта;
- г) шкірні стигми, що вказують на дизрафію.

Основні особливості вад розвитку нервової трубки:

– вади розвитку нервової трубки можуть призвести до пошкодження нерва, порушення пізнавальної функції, паралічу та смерті;

- діагноз ґрунтується на аналізі крові, аналізі амніотичної рідини та УЗД і може бути поставлений до народження;
- фолат (фолієва кислота), який вживають до зачаття і в першому триместрі, може допомогти запобігти цим дефектам;
- щоб усунути вади розвитку нервової трубки, необхідно хірургічне втручання.

Головний і спинний мозок розвивається як канавка, яка складається, щоб стати трубкою (нервова трубка). Шари тканин, які утворюються з цієї трубки, зазвичай стають головним і спинним мозком, а також тканинами, які їх покривають, в тому числі частиною хребта і мозковими оболонками. Іноді розвиток нервової трубки порушується, що може вплинути на головний мозок, спинний мозок і мозкові оболонки. У найбільш важкій формі вади розвитку нервової трубки тканина головного мозку може не розвинутися (аненцефалія); цей дефект фатальний. Інший тип дефекту розвивається, якщо нервова трубка не може закритися повністю й залишається відкритим каналом. У найлегшому ступені дефект відкритого каналу може вплинути тільки на кістки. Наприклад, при прихованому розщепленні дужки хребця (що означає приховане розщеплення хребта надвоє) кістковий хребет не закривається, але спинний мозок і мозкові оболонки залишаються недоторканими. Ця поширена аномалія не викликає ніяких симптомів. Іноді розвивається менінгоцеле, при якому мозкові оболонки та інші тканини, зокрема тканини головного мозку (менінгоенцефалоцеле) або тканини спинного мозку (менінгоміелоцеле), можуть виступати з отвору. Іноді мозкові оболонки не задіяні, коли тканини виходять з головного мозку (енцефалоцеле) або спинного мозку (міелоцеле). Пошкодження тканин головного або спинного мозку більш імовірно, коли тканини виступають, ніж коли не виступають.

Ущелина хребта. Дефект хребта

При ущелині хребта порушується формування кісток хребта (хребців). Ущелина хребта може бути різного ступеня тяжкості. При одній формі, яка називається прихована дизрафія спинного мозку, порушується формування одного або декількох хребців, при цьому також можуть бути уражені спин-

ний мозок і шари його навколишньої тканини (мозкові оболонки). Єдиним симптомом може бути пучок волосся, ямочка або пігментована ділянку на шкірі над дефектом. При менінгоцеле мозкові оболонки виступають через неповністю сформований хребець, в результаті чого під шкірою утворюється шишка, заповнена рідиною. Найбільш важкий тип — менінгомієлоцеле, при якому виступає спинний мозок. Уражена ділянка виглядає шорсткою та червоною, і в немовляти, радше за все, будуть мати місце тяжкі порушення.

При прихованій дизрафії спинного мозку діти народжуються з видимими аномаліями на нижній частині спини. До них відносяться родимі плями, надмірно пігментовані ділянки (гемангіоми і палаючий невус), пучки волосся, отвори в шкірі (дермальний синус) або невеликі шишечки (пухлини). Спинний мозок може бути з'єднаний із поверхнею, де він може піддатися контакту з бактеріями, що значно збільшує ризик розвитку менінгіту. З ростом дитини нерви спинного мозку можуть пошкоджуватися. Або на спинному мозку може утворитися жирова пухлина (ліпома), що також може призвести до ураження нерву. Таким чином, у новонароджених із подібними аномаліями необхідному обстеженню підлягають м'які тканини за допомогою ультразвукового дослідження або МРТ.

Найчастіше до вад розвитку нервової трубки призводять генетичні чинники. Дефект часто розвивається, перш ніж мати дізнається про те, що вона вагітна. Більшість симптомів, пов'язаних із вадами розвитку нервової трубки, є результатом ураження головного або спинного мозку. Менінгоенцефалоцеле і менінгомієлоцеле призводять до важкої форми інвалідності. До них відносяться водянка головного мозку (гідроцефалія), порушення пізнавальної функції, параліч із аномаліями кісток і суглобів, зниження чутливості шкіри, а також проблеми з кишечником і сечовипусканням.

Багато які вади нервової трубки можна виявити до народження. Про дефект нервової трубки у плода може свідчити високий рівень альфа-фетопротейну в жіночій крові або амніотичної рідини (скринінг вагітних жінок). Ультразвукове дослідження, виконане на пізніх термінах вагітності, може показати дефект

або характерні аномалії. Фолієва кислота, яку жінка вживає до вагітності і протягом перших 3 місяців вагітності, може зменшити ризик виникнення вад розвитку нервової трубки на 50%. Тому жінкам дітородного віку рекомендується вживати фолієву кислоту, якщо вони вважають, що можуть завагітніти. Вади розвитку нервової трубки зазвичай закриваються шляхом хірургічного втручання.

Гідроцефалія

Гідроцефалія — це накопичення зайвої рідини у звичайних відкритих порожнинах у головному мозку (шлуночках), що зазвичай призводить до збільшення розміру голови і проблем розвитку.

Основні особливості гідроцефалії:

- гідроцефалія виникає, коли рідина у звичайних порожнинах головного мозку (шлуночках) не може витекти;
- типові симптоми включають аномально велику голову й аномалії розвитку;
- діагноз ставиться на основі КТ, ультразвукового дослідження або МРТ;
- необхідним є хірургічне втручання, щоб ввести дренаж (шунт) у головний мозок.

Рідина навколо головного мозку (спинномозкова рідина) виробляється в порожнинах всередині головного мозку, які називаються шлуночками. Необхідним є стікання рідини в іншу область, де вона всмоктується в кров. Якщо рідина не може витікати, розвивається гідроцефалія (водянка головного мозку). Гідроцефалія часто збільшує тиск у шлуночках, що призводить до стиснення головного мозку. Багато які стани, наприклад, вроджена вада, кровотеча в головному мозку (часто пов'язано з недоношеністю) або пухлини головного мозку, можуть блокувати дренаж і викликати гідроцефалію.

Аномально велика голова може бути симптомом невиліковної гідроцефалії. Типові порушення в розвитку дитини, КТ, ультразвукове дослідження або МРТ голови підтверджують діагноз, а також виражають ступінь стиснення головного мозку.

Мета лікування полягає в тому, щоб підтримувати в нормі тиск у головному мозку. Постійний альтернативний дренаж (шунт) для спинномозкової рідини зменшує тиск і об'єм рідини всередині головного мозку. Лікар вводить шунт у шлуночки головного мозку й проводить його під шкірою від голови до іншого місця, зазвичай у черевну порожнину (вентрикулоперитонеальний шунт). Шунт містить клапан, який дозволяє рідині витікати з головного мозку, якщо тиск стає занадто високим. Незважаючи на те, що деякі діти з віком можуть обійтися без шунта, шунти рідко видаляють. Іноді гідроцефалію можевилікувати хірургічний отвір між третім і четвертим шлуночками (вентрикулостомія).

При необхідності тиск у головному мозку можна тимчасово зменшити за допомогою багаторазових спинномозкових пункцій (люмбальних пункцій), до тих пір, поки не буде встановлено шунт.

У деяких дітей із гідроцефалією може розвинутися нормальний інтелект. Інші, особливо ті, в яких гідроцефалія розвивається на ранньому терміні вагітності, — розумово відсталі або мають порушення пізнавальної функції.

Мікроцефалія

Мікроцефалія — це захворювання, яке супроводжує така помітна ознака, як аномально маленький розмір голови.

Часто голова маленька, тому що мозок маленький і розвинений аномально. Таким чином, новонароджені з цією патологією мають симптоми пошкодження головного мозку.

Мікроцефалію можуть викликати різні розлади, в тому числі такі:

- хромосомні та генетичні аномалії;
- інші вади розвитку головного мозку;
- спадкові порушення обміну речовин;
- брак кисню до або під час пологів;
- вплив деяких лікарських препаратів або токсинів до народження;
- серйозна недостатність харчування;

- важкі проблеми метаболізму, які розвиваються до або під час пологів (такі як гіпоглікемія або гіпотиреоз);
- інфекції (наприклад, краснуха, цитомегаловірус, сифіліс або, можливо, вірус Зика).

Мікроцефалія діагностується під час вимірювання окружності голови в ході стандартного огляду новонародженого. Лікарі оцінюють дитину та батьків для пошуку можливих причин мікроцефалії, а потім проводять аналізи для виявлення ймовірних причин, які вони підозрюють.

Симптоми ураження головного мозку лікують. Деякі захворювання, що викликають мікроцефалію, можна лікувати.

2. Вади розвитку черепних нервів

Процес мієлінізації черепних нервів насамперед відбувається в рухових волокнах і лише потім це стається зі змішаними й чутливими нервовими провідниками. Винятком є лише волокна вестибулярної частини VIII пари, які до моменту народження бувають майже повністю мієлінізовані. У віці 1–1,5 років майже всі нервові волокна черепних нервів повністю мієлінізовані. Остаточне формування Гассерового вузла трійникового нерву відбувається до 7 років, язикоглоткового і блукаючого нервів — ще пізніше. У новонароджених у рухових черепних нервах нерідко виявляють скупчення гангліозних клітин спинального типу, які після 4-літнього віку поступово зникають.

З віком, по мірі зростання голови, збільшуються довжина й діаметр стовбурів черепних нервів. Їх потовщення частково відбувається за рахунок збільшення кількості з'єднувальної тканини в епіневрії та ендоневрії. У старечому віці кількість з'єднувальної тканини в ендоневрії меншає, а в епіневрії, навпаки, збільшується. Загалом вікові зміни черепних нервів підкорюються закономірностям вікової перебудови нервів.

Особливістю протікання процесів старіння в нервовій системі (і черепних нервах зокрема) є те, що попередники нервових кліток припиняють ділення в кінці ембріонального або на самому початку постембріонального періоду. Внаслідок цього

кількість нервових кліток протягом життя організму тільки знижується. Існують експериментальні дані про те, що кількість нейронів у старих людей зменшується на 25%, знижується концентрація нервових закінчень, а також нейромедіаторів у різних органах. Вікові зміни з боку черепних нервів повністю корелюють із процесом старіння, протікають у всіх структурах нервової системи.

Аномалії та вади розвитку черепних нервів тісно пов'язані із вродженими вадами ЦНС і є наслідком порушення одного або декількох основних процесів розвитку мозку: утворення нервової трубки, розділення її краніального відділу на парні утворення, міграція і диференціювання нервових клітинних елементів. Так, порушення розвитку ствольових відділів представляють гіпоплазію або аплазію ядерних груп (наприклад, окорухових або блокових нервів). Порушення в розвитку Варолієвого моста призводять до природжених вад розвитку трійникового, лицьового і присінково-завиткового нервів із відповідною клінічною картиною.

Порушення розвитку довгастого мозку перебувають в стадії подальшого вивчення. Однак, відомо, що при осередкових ектопіях і аплазіях ядер спостерігаються природжені порушення язикоглоткового, блукаючого, додаткового і під'язикового нервів із відповідною симптоматикою.

При вроджених порушеннях розвитку відомі гіпоплазія та аплазія ядер черепних нервів, одностороння відсутність майже всіх черепних нервів.

Питання для обговорення:

1. Етіологічні та епідеміологічні аспекти вроджених вад розвитку.
2. Основні етапи онтогенезу головного мозку, класифікаційна система аномалій.
3. Вроджені дефекти хребта і спинного мозку.

Завдання для самостійної роботи

Назва теми	Вид завдання
І. Загальні теоретичні проблеми клінічної психології	
Тема 2. Клінічні вияви аномалій розвитку нервової системи	
1. Аномалії та вади розвитку головного й спинного мозку.	*Підготувати мультимедійну презентацію.
2. Вроджені форми ураження рухової сфери (ДЦП).	*Підготуватися до семінарського заняття, законспектувавши на вибір рекомендовані до теми літературні джерела.
3. Вади розвитку черепних нервів.	

Тема 4. Основи нейропсихології

Мета заняття — провести історичний екскурс становлення неврології та нейропсихології як самостійної науки. Ознайомитися з предметом, завданнями, основними поняттями та напрямками нейропсихології.

Зміст заняття

1. Історія становлення неврології та нейропсихології як науки.
2. Вклад Л.С. Виготського та О.Р. Лурії в розвиток нейропсихології.
3. Напрями сучасної нейропсихології. Теоретичне і практичне значення.
4. Основні поняття в нейропсихології.
5. Категорії функції, відображення, інформації, активності.

1. Історія становлення неврології та етапи розвитку неврологічних досліджень

У зв'язку зі зростанням рівня неврологічних захворювань, що супроводжуються порушенням з боку вищих психічних функцій, доцільно вивчати такий предмет, як **нейропсихологія**. І перш за все, як базис, її основні поняття, напрямки та історичні етапи розвитку.

Як одна з фундаментальних наук про мозок, нейропсихологія, поряд із нейрофізіологією, вносить величезний внесок у вирішення найскладніших завдань відношень мозку і психіки людини.

Як самостійний розділ біологічної психології, що має свою теорію, методологію пошуку і методи дослідження, нейропсихологія вивчає мозкові механізми складної психічної діяльності, співвідносячи уявлення про структурну і системну організацію вищих психічних функцій, психологічних процесів і емоційної регуляції поведінки людини з даними про будову і функціональну організацію різних відділів великих півкуль головного мозку. І в цьому нейропсихологія відіграє надзвичайно важливе значення для розвитку суміжних психологічних, медичних і педагогічних дисциплін: загальної та диференціальної психології, психології індивідуальних відмінностей, психодіагностики, неврології, нейрохірургії, психіатрії та дефектології. До сучасних міждисциплінарних зв'язків нейропсихології безсумнівно слід додати теорію систем, теорію інформації і розпізнавання образів, комп'ютерні науки та ін.

Розвиваючись на стику клінічної неврології та психології, нейропсихологія забезпечує психологічними методами діагностику локальних уражень головного мозку і цим істотно доповнює загальне клінічне обстеження хворих переважно в нейрохірургічній, неврологічній і психіатричній клініках. Тому є всі підстави для виділення клінічної нейропсихології, яка стає все більш необхідною і значущою для організації комплексного і високоефективного обстеження хворих у клініці судинної, травматичної та онкологічної патології мозку, нейроніфекцій і епілепсії, в практиці дефектології та медичної педагогіки.

Багато проявів порушень функцій нервової системи були відомі з давніх часів. Однак можна сказати, що до середини XIX ст. відбувалося лише накопичення емпіричних відомостей про нервову систему і її захворювання, на базі яких склалися умови для створення та подальшого розвитку розділу науки, що отримав назву *неврології*.

Датою народження неврології як самостійної клінічної дисципліни прийнято вважати *1860 рік*, коли в містечку Сальпет-

риєр під Парижем у знову відбудованій лікарні, що була клінічною базою медичного факультету Паризького університету, відкрилося перше в світі неврологічне відділення, керівником якого був призначений 36-річний лікар *Жан Мартен Шарко* (Charcot J.M., 1824–1893).

Ним було багато зроблено для вивчення клінічних проявів і патоморфологічної картини практично всіх відомих на той час захворювань нервової системи, деякі нозологічні форми неврологічної патології були описані вперше. У процесі вивчення неврологічних захворювань Ж. Шарко, як це тоді було прийнято, спирався на установки Джованні Морганьї (Morgagni G., 1682–1771), викладені в його праці «Про місцезнаходження і причини хвороби, які виявляються шляхом розсічення». Ж. Шарко був упевнений, що кожне неврологічне захворювання, крім неврозів, повинно мати характерний для нього морфологічний (наука про будову організмів) субстрат. Провідним у розвитку нової клінічної дисципліни зізнавався клініко-морфологічний підхід.

У 1869 і 1871 р. Ж. Шарко і його співробітник А. Жоффруа (Joffroy A., 1844–1909) описали невідомі раніше захворювання: розсіяний склероз і бічний аміотрофічний склероз. У 1874 р. Ж. Шарко видав курс лекцій «Хвороби нервової системи», в 1879 р. — книгу «Про локалізації хвороб мозку», перше керівництво по топічній діагностики захворювань нервової системи. У першому розділі цієї книги він писав: «Головний мозок не є органу однорідного. Це є скоріше асоціація або, якщо хочете, федерація, складена з різних органів. З кожним із них пов'язані особливі властивості, відправлення і здібності». Топічної діагностики захворювань нервової системи він засновував головним чином на зіставленні результатів клінічних спостережень і проведених ним же патологоанатомічних і гістологічних досліджень. Ця ж ідея детально розглядалася в книзі Ж. Шарко і його учня і співробітника Ж. Пітра (Pitres J., 1848–1928) «Критика доктрини локалізації рухів у півкулях мозку» (1883).

Ним були описані дифтерійний параліч м'якого піднебіння (1862), «душевна сліпота» (1882), невральна амиотрофія (спільно з Марі П., 1886), артропатії при сухотке спинного мозга, гіпертрофічний шийний пахіменінгіт, облітеруючий ендартеріїт, тремор

при тиреотоксикозі і параплегії (прояв хронічної тиреотоксичної міопатії), синдром каротидного синуса, виявлено ураження передніх рогів спинного мозку при поліомієліті. Багато уваги Ж. Шарко приділяв розвитку вчення про неврозах, перш за все істерії, лікування її навіюванням під гіпнозом, іншими методами.

У 1866 р. німецький невролог В. Грізінгер (Griesinger W., 1817–1868) створив клініку нервових хвороб на базі Берлінського госпіталю Шаріте, в 70-х роках XIX ст. — клініки нервових хвороб у німецьких містах Граці і Гейдельберзі. У 1882 р. П. Флексиг (Flechsig P., 1848–1929) відкрив неврологічну клініку в м. Лейпцигу, а в 1886 р. А. Пік (Pick A., 1851–1924) організував подібну клініку при Празькому університеті.

В 30-х роках XIX ст. були вперше виявлені й описані нервові клітини (Еренберг Х., Шванн Т., Пуркінє Я.Е.). Про існування нервових волокон на той час знали вже близько 50 років. У 60-х роках XIX ст. встановлено, що нервові волокна є відростками нервових клітин (німецький нейрогістології Дейтерса О., російський лікар Кожевников А. та ін.).

У 1865 р. була опублікована робота О. Дейтерса (Deiters O., 1834–1863), в якій він диференціював осьовоциліндричний і прото плазматичні відростки нервової клітини, які в подальшому стали називатися аксоном, або нейритах, і дендритами.

У 1872 р. французький гістолог Л. Ранв'є (Ranvier L., 1835–1922) описав ділянки стоншування мієлінізованих нервових волокон, що отримали назву *перехоплень Ранв'є*.

В кінці XIX ст. були описані багато провідні шляхи спинного і головного мозку [Голль Ф. (Holl F., 1829–1904), Форель А. (Forel A., 1848–1931), Говерс У. (Gowers W., 1845–1915), Флексиг П. (Flechsig P., 1847–1929), Бехтерєв В.М. (1859–1927), Даркшевіч Л.О. (1858–1925)], проєкційні, комісуральні й асоціативні зв'язки між великими півкулями [німецький лікар Мейнерта Т. (Meunert T., 1833–1892)].

У 1874 р. київський морфолог В.А. Бец (1833–1934) описав у корі великих півкуль великі пірамідні клітини.

У 1882 році був сформульований закон Белла-Мажанді, згідно з яким передні спинномозкові корінці складають рухові волокна, а задні — чутливі.

Лише до 80-х років XIX ст. багато в чому завдяки працям іспанського нейрогістолога Сантьяго Рамон-і-Кахалю (S. Ramon y Cajal, 1852–1934) з'явилася достовірна інформація про нервову клітину як структурну одиницю нервової тканини, ним же був встановлений закон динамічної поляризації нервової клітини, згідно з яким нервовий імпульс переміщується по нервовій клітині завжди в одному напрямку: дендрит-тіло клітини-аксон.

У 1891 році німецьким морфологом і фізіологом В. Вальдеєром (Waldeyer W., 1836–1921) нервова клітина була названа нейроном і сформульована нейронна теорія будови нервової тканини. Ця теорія мала принципове значення для розуміння будови і фізіології нервової системи.

У 1893 р. німецький нейрогістолог В. Хис (His W., 1831–1904) виявив нейробласти і встановив, що нервова тканина розвивається з ектодермального зародкового листка.

У XIX ст. йшла боротьба між прихильниками локалізаціонізму — залежно окремих функцій мозку від певних його структур (Галль Ф. та ін.) і екіпотенціалізму (Ж. Флуранс та ін.), які визнавали забезпечення неврологічних і психічних функцій у рівній мірі всією масою мозкової тканини. У 1861 р. французький лікар **П. Брока** (Broca P., 1824–1880), в 1874 р. німецький **К. Верніке** (Wernicke C., 1848–1905) встановили залежність від ураження певних областей кори лівої великої півкулі окремих варіантів порушення мови — моторної і сенсорної афазії, відповідно.

У 1870 р. німецькі дослідники Г. Фрітч (Fritsch G., 1838–1927) і Е. Гітциг (Hitzig E., 1838–1907) і в 1884 р. англійський невролог Х. Джексон (Jackson H., 1834–1911) виявили, що подразнення деяких ділянок кори веде до розвитку локальних судом у певних відділах протилежної половини тіла. Таким чином, у другій половині XIX ст. все більше визнання отримували прихильники локалізаціонізму. Це сприяло розвитку топічної діагностики захворювань нервової системи.

Паралельно з успіхами в розвитку вчення про морфологію нервової системи розроблялися методи обстеження неврологічних хворих. У 1871–1872 рр. німецькі неврологи К. Вестфаль (Westphal C., 1833–1890) і В. Ерб (Erb W., 1840–1921)

описали колінний рефлекс і сперечалися про його походження: Вестфаль вважав, що має справу з безпосередньою реакцією м'язи на роздратування, а Ерб визнавав цей феномен істинним рефлексом, що має свою рефлекторну дугу; в 1881 р. англійський лікар У. Говерс (Gowers W., 1845–1915) описав клонус надколінка, а француз Ш. Броун-Секар (Brown-Sequard Ch., 1818–1894) — клонус стопи. У 1882 р. лікар Обухівської лікарні Санкт-Петербурга В.М. Керніга (1840–1917) опублікував статтю «Про одну маловідому ознаку запалення м'якої мозкової оболонки», в якій описав один із основних менингеальних симптомів, відомий із тих пір у всьому світі, як симптом Керніга. У 1889 р. німецькими неврологами К. Верніке (Wernicke C., 1848–1905) і Л. Манном (Mann L., 1866–1903) була описана поза, характерна для хворих із центральним гемипарезом, — поза Верніке-Манна.

З 1896 р. став відомий патологічний симптом, описаний французьким неврологом Ж. Бабинським (Babinski J.). У 1885 році американський лікар Дж. Корнінг (Corning J., 1855–1923) вперше справив поперековий прокол, в 1891 р. поперекова пункція була зроблена з діагностичною метою в Німеччині Г. Квінке (Quincke H., 1842–1922). У 1895 р. Л. Ліхтгейм (Lichtheim L., 1845–1915), провівши поперековий прокол хворому епідемічним гнійним менингітом, виявив характерні для цього захворювання зміни в цереброспинальній рідині.

У 1895 р. були виявлені рентгенівські промені (промені Рентгена В.К. — Rontgen W.C., 1845–1923), а через рік вже була створена апаратура, що дозволяє отримати перші рентгенограми, зокрема рентгенограми черепа (краніограмми) і хребта (спонділограмми). Тоді рентгенівський апарат був придбаний для неврологічної клініки Військово-медичної академії (Санкт-Петербург), і керівник цієї клініки В.М. Бехтерев висловився про те, що в перспективі, якщо вдасться створити рентгенконтрастний рідина, то, вводячи її в судинну систему, можна буде отримувати рентгенограми судин мозку — ангіограми.

Засновником російської невропатології визнається Олексій Якович Кожевников (1836–1902). Після закінчення медичного факультету Московського університету він захистив

дисертацію, присвячену функції блукаючого нерва, на ступінь доктора медицини і був відряджений на 2 роки для стажування в провідні медичні установи Західної Європи. Навчався він, зокрема, і в клініці Ж. Шарко, де займався клінічною неврологією та нейрогістологією. Повернувшись до Москви, Кожевников працював на кафедрі спеціальної патології і терапії, а з 1870 р. став її керівником.

15 вересня 1869 р. А.Я. Кожевников відкрив перше в Росії неврологічне відділення на 20 ліжок у Новоекатеринінської лікарні, цим відділенням надалі довгий час керував співробітник Кожевникова Г.І. Россолимо (1860–1928). З 1884 р. це відділення було клінічною базою кафедри нервових хвороб медичного факультету Московського університету. З 1870 р. неврологічне відділення відкрилося і в Староекатеринінської лікарні (нині Моніка). З 1881 р. ним керував В.К. Рот (1848–1916), а з 1893 р. П.А. Преображенський (1864–1916), який окреслив синдром оклюзії передньої спінальної артерії.

Засновником створеної в Москві 1910 р. на кафедрі нервових хвороб медичного факультету Вищих жіночих курсів був учень А.Я. Кожевникова — Л.С. Мінор. Л.С. Мінор описав синдроми гематомієлії та епіконуса спинного мозку, вивчав спадковий тремор, спинну сухотку.

Створенням казанської гілки московської школи невропатологів із 1892 р. займався учень А.Я. Кожевникова Осипович Даркшевіч (1858–1925), який разом із В.М. Бехтерева в 1893 р. заснував Казанське неврологічне суспільство і журнал «Неврологічний вісник», який видавався в Казані. Він описав одне з ядер задньої спайки мозку (ядро Даркшевича), створив тритомний «Курс нервових хвороб». У той час у Казані організувалася нейрохірургічна служба, роботу якої забезпечували як хірурги (Розумовський В.І., Вишневецький А.В.), так і невропатологи, котрі опановують методами нейрохірургії (Емдін П.І. та ін.).

Від московської школи невропатологів принципово відрізняється петербурзька школа. Вона зародилася на базі створеної в 1857 р. І.М. Балінським кафедри душевних хвороб Медико-хірургічної академії. Нервові хвороби на цій кафедрі став викладати, пройшовши стажування в клініці Шарко І.П. Мер-

жеєвський (1838–1908). Однак справжнім засновником петербурзької неврологічної школи слід визнати Володимира Михайловича Бехтерева (1857–1927), який був випускником Медико-хірургічної академії, перетвореної в 1881 р. у Військово-медичну академію; керувати кафедрою душевних і нервових хвороб Бехтерев став із 1893 р. У 1901–1907 рр. В.М. Бехтерев випустив 7 томів керівництва по нейрофізіології «Основи вчення про функції мозку». У 1907 р. ним був створений Психоневрологічний інститут, який представляв собою групу науково-дослідних інститутів і клінічних установ (Педологічний інститут, Нейрохірургічна й Епілептична клініки, Експериментально-клінічний інститут по вивченню алкоголізму та ін.), на базі яких були відкриті навчальні курси, незабаром переросли у великий заклад освіти.

Робота в психоневрологічному інституті і в клініці Військово-медичної академії дозволила В.М. Бехтереву написати такі твори, як «Психіка і мозок», «Об'єктивна психологія» в 2 томах, «Гіпноз, навіювання і психотерапія», «Нервові хвороби в окремих спостереженнях», «Загальна діагностика хвороб нервової системи» і ін.

У 1921 р. В.М. Бехтерев створив і очолив Інститут по вивченню мозку і психічної діяльності. Тоді ж за його ініціативою була організована Психоневрологічна академія, що об'єднувала до 15 науково-дослідних інститутів і клінік, які займалися лікуванням хворих і вивченням багатьох актуальних медичних та соціологічних проблем.

Розвитку неврології багато в чому сприяли роботи великих вітчизняних нейрофізіологів, зокрема творця книг «Рефлекси головного мозку» і «Елементи думки» І.М. Сеченова, а також засновника вчення про умовні рефлекси І.П. Павлова. Проблеми нейрофізіології надалі розвивали А.А. Ухтомський, Л.А. Орбелі, Н.А. Бернштейн, П.К. Анохін та ін. Вдосконаленню неврологічних знань багато в чому сприяли невропатолог і нейрогенетик С.Н. Давиденков, фахівець із нейроінфекції М.С. Маргуліс, а також спеціалізувалися по нейроонкології невропатологи І.Я. Роздольський, В.В. Крамер, М.Ю. Рапопорт.

Сучасні неврологи спираються на вже сформовану теоретичну базу, результати власних наукових досліджень і клінічний

досвід, сучасні технічні можливості вивчення нервової системи в нормі і при її ураженнях. Розвитку неврології сприяють успіхи багатьох наук, зокрема фізики, хімії, технічних дисциплін. В даний час здійснюється подальше вдосконалення діагностики хвороб і травматичних уражень нервової системи, розширюється діапазон можливостей їх розпізнавання, лікування і профілактики.

Успіхи психології, нейрофізіології і медицини (неврології і нейрохірургії) почала 20 століття підготували ґрунт для нової дисципліни-нейропсихології.

2. Вклад Л. С. Виготського та О. Р. Лурії в розвиток нейропсихології

Засновниками вітчизняної нейропсихології по праву називають Л. С. Виготського, який заклав теоретичні та експериментальні основи цієї науки ще в 20–30-х рр. і його учня і дослідника О. Р. Лурію (1902–1977).

Роботи Л.С. Виготського в нейропсихології стали продовженням його загальнопсихологічних досліджень. На підставі вивчення різних форм психічної діяльності йому вдалося сформулювати основні положення:

- про розвиток вищих психічних функцій;
- про смислову і системну будову свідомості.

На підставі робіт Л. С. Виготського були сформульовані такі принципи:

Принцип локалізації вищих психічних функцій людини; принцип «екстракортикальної» організації психічних процесів (за допомогою знарядь, знаків, мови).

Методологічні основи нейропсихології складають такі постулати:

- про матеріалістичне розуміння всіх психічних явищ;
- про суспільно-історичну обумовленість людської психіки;
- про принципи значущості соціальних факторів для формування психічних функцій;
- про опосередкований характер психічних процесів і провідну роль мови в їх організації;

– про залежність психічних процесів від способів їх формування.

Людина — це організм, в той же час, людина — це особистість. Вивчаючи людину на рівні організму, можна виділити ряд підрівнів. Так, на нейрофізіологічному рівні аналізу досліджується біоелектрична активність різних ділянок мозку. Це рівень окремих клітин і їх функцій. На цьому рівні ми ніколи не пояснимо причин нашого сприйняття, того, «чому людина щось бачить або чує». Для того, щоб пояснити процеси сприйняття, треба зробити предметом аналізу популяції клітин, нейронні ансамблі, і це вже психофізіологічний рівень.

На наступному, нейропсихологічному рівні, ми вивчаємо цілі мозкові структури, зіставляємо ураження певної структури з характером порушення, що виникають в цьому випадку. Якщо ж ми говоримо про людину як особистість, а не сукупність деяких психічних проявів, ми переходимо до розгляду надіндивідуальних категорій. З точки зору змін особистості, людину розглядають патопсихологія, психопатологія, психіатрія. І, нарешті, людина сама по собі, одна, не може бути особистістю. Особистістю вона стає тільки в спілкуванні, коли інші люди говорять про неї: вона особистість (або не особистість). Це вже соціальний рівень, на якому людина розглядається як ланка великої соціальної структури.

Патологія на цьому рівні проявляється у відхиленні. Що стосується меж нейропсихології, то нейропсихологія, природно, не може вивчати особистість, тому що особистість людини не зводиться до психічних процесів. Оперуючи в нейропсихологічній діагностиці такою категорією, як емоційно-особистісні порушення, ми торкаємося частини сфери буття людини: свідомості, емоцій. Це спроба наукового аналізу: науковий аналіз може бути спрямований на вивчення елементів цілого; на основі дослідження частин робляться спроби побудови моделі цілого.

Сучасна нейропсихологія розвивається, в основному, двома шляхами: Вітчизняна нейропсихологія, створена працями Л.С. Виготського, О.Р. Лурії, триває їх учнями. Традиційна західна нейропсихологія, найбільш яскраві представники — Р. Рейтан, Д. Бенсон, Х. Екаен, О. Зангвілл.

У західній нейропсихології чільною є формула, відповідно до якої поведінка в цілому забезпечується роботою мозку.

У вітчизняній нейропсихології мова йде не про поведінку, а про конкретні психічні функції. О.Р. Лурія зумів показати на клінічному матеріалі, що кожна психічна функція може бути пов'язана з роботою різних ділянок мозку, які організуються в систему; ця система і забезпечує роботу тієї чи іншої психічної функції. Так що лурієвська нейропсихологія займається не просто вивченням співвідношення роботи мозку з поведінкою в цілому, а тим, яку роль кожна окрема ділянка мозку грає в забезпеченні тієї чи іншої психічної функції. Мається на увазі, що кожна ділянка мозку відповідає за щось своє, і це «своє» Лурія визначив як *«нейропсихологічний фактор»*. Мета вітчизняної нейропсихології – знайти всі ці фактори, описати всі функції різних ділянок мозку, зрозуміти, як мозок забезпечує психічні функції.

Західна нейропсихологія, як і психологія в цілому, зросла і сформувалася на тестології. Для постановки того чи іншого діагнозу проводиться обстеження по ряду тестів. Кількісні показники виконання тестових завдань порівнюються зі статистичними нормами, і на підставі цього зіставлення ставиться діагноз. У будь-якій західній клініці, де проводиться нейропсихологічне обстеження, використовується жорсткий набір тестових методик, обстеження за якими проводиться від А до Я. Після обстеження всі кількісні дані по набору методик виписуються і зіставляються з локалізацією ураження. На підставі такого кількісного зіставлення і робиться висновок про те, як пов'язана конкретна структура мозку з порушенням тієї чи іншої психічної функції.

Вітчизняна нейропсихологія виходить з іншого принципу: принципу якісного аналізу спостережуваного дефекту, симптому. Спочатку з'ясовується, що, як, і чому виявилось порушенням. А коли це з'ясовано, вже можна давати кількісну оцінку. Кількісна оцінка в даному випадку характеризує ступінь вираженості дефекту. Наприклад, один хворий зробив у даному тесті, скажімо, дві помилки, а інший — п'ять, а й той, і інший однаково не впоралися з тестом. Той факт, що перший робить

мало помилок, а другий — багато, — говорить про ступінь вираженості конкретного порушення. Тому нейропсихологічне обстеження у вітчизняній нейропсихології — це не суворе дотримання набору методик, а творча, індивідуальна робота з кожним хворим. Так що лурієвські методи обстеження, — Лурія називають в цьому сенсі «романтиком нейропсихології», — особіно стоять серед інших нейропсихологічних методів.

3. Напрями сучасної нейропсихології. Теоретичне і практичне значення

Найбільш популярне і загальне визначення нейропсихології — це наука про зв'язок роботи мозку і психіки, мозку і поведінки людини.

Нейропсихологія — галузь психологічної науки, що вивчає мозкову організацію психічних процесів.

Головне завдання нейропсихології — проблема мозкової організації вищих психічних функцій.

Клінічна нейропсихологія — вивчає нейропсихологічні синдроми, що виникають при ураженні певної ділянки мозку і зіставленні їх із загальною клінічною картиною. В рамках клінічної нейропсихології основна увага звернена на таке: інтенсивно вивчаються нові синдроми, обумовлені ураженням правої півкулі, глибинних відділів мозку, порушення міжпівкульна взаємодії досліджується специфіка синдромів, що визначається віком хворих вивчається специфіка синдромів, пов'язана з характером ураження.

Експериментальна нейропсихологія — експериментальне вивчення різних форм порушень психічних процесів при локальних порушеннях мозку і інших захворювань ЦНС.

Реабілітаційний напрямок присвячений відновленню вищих психічних функцій, порушених внаслідок локальних уражень мозку. Дитяча нейропсихологія вивчає специфіку порушення психічних функцій у дітей при локальних ураженнях мозку.

Нейропсихологія похилого віку вивчає специфіку порушення у похилому віці.

Нейропсихологія індивідуальних відмінностей — вивчення мозкової організації психічних процесів і станів у здорових осіб на основі теоретичних і методичних досягнень нейропсихології. У нейропсихології індивідуальних відмінностей склалося два напрямки. Перший — вивчення особливостей формування психічних функцій в онтогенезі з позиції нейропсихології, тобто розгляд різних етапів розвитку психічних функцій як результату не тільки соціальних впливів, а й дозрівання відповідних мозкових структур. Другий — це дослідження індивідуальних особливостей психіки дорослих людей у контексті міжпівкульної асиметрії та міжпівкульної взаємодії, аналіз латеральної організації мозку як нейропсихологічної основи типології індивідуальних психологічних відмінностей.

Нейропсихологія пограничних станів — вивчає особливості нейропсихологічних синдромів хворих із невротичними станами, захворювання мозку пов'язані з опроміненням, оцінка динаміки цих станів, зокрема для аналізу зміни вищих психічних функцій під впливом психофармакологічних препаратів.

Йде експансія нейропсихології в самі різні галузі медицини. Найостанніші дослідження, які проводяться західними, американськими нейропсихологами — це нейропсихологічні дослідження СНІДу тощо. Зміни, які відбуваються в психіці людини внаслідок найрізноманітніших хвороб, стають об'єктом дослідження нейропсихолога.

Інший основний напрямок — це **реабілітація**. Будь-які захворювання, починаючи від органічних уражень мозку і кінчаючи соматичними, можуть зашкодити роботі мозку, а якщо мозок працює неповноцінно, це означає, що у людини спостерігається дефіцит поведінки. Роботу порушених (в результаті пошкодження мозкових структур) психічних функцій не завжди можна відновити до колишнього рівня, але можна намагатися це зробити за рахунок інших мозкових структур.

Дитяча нейропсихологія — це теж один із перспективних напрямків. Відповідні дослідження дітей на кожному віковому етапі дозволяють будувати структури навчання з урахуванням нейропсихологічних даних.

Нарешті, *соціальна нейропсихологія* займається соціальною адаптацією людей. Візьмемо, наприклад, людину, який втратила пам'ять. Як їй адаптуватися до життя? Розробляється ряд прийомів: починаючи від медальйона, де написані її ім'я й адресу, і закінчуючи виробленням конкретних навичок запам'ятовування. Зараз дуже активно ведуться дослідження в області патології пам'яті. З'ясовується, що хворі з так званим синдромом корсаковского можуть заучувати, зберігати в пам'яті певний матеріал. А раз так, є деś та сама шпаринка, через яку амнезиків можна відновлювати.

4. Основні поняття в нейропсихології

Нейропсихологія — це галузь психологічної науки, що склалася на стику психології, медицини (нейрохірургії, неврології) та фізіології, що вивчає мозкові механізми вищих психічних функцій, процеси, стани, а також особистість в цілому на матеріалі локальних уражень головного мозку.

Розглянемо детальніше основні поняття нейропсихології та терміни, якими послуговується така галузь наукового знання.

Нейропсихологічний симптом — порушення психічної функції (як елементарної, так і вищої), що виникає внаслідок локального ураження головного мозку (або внаслідок інших патологічних причин, що призводять до локальних змін у роботі мозку).

Первинні нейропсихологічні симптоми — порушення психічних функцій, безпосередньо пов'язані з локальним органічним ураженням головного мозку під впливом біологічного фактора.

Вторинні нейропсихологічні симптоми — порушення психічних функцій, що виникають як системний наслідок первинних нейропсихологічних симптомів.

Нейропсихологічний синдром — закономірне поєднання нейропсихологічних симптомів, пов'язане з ураженням (порушенням або випаданням) певного фактора (або кількох чинників).

Синдромний аналіз — це аналіз нейропсихологічних синдромів із метою виявлення загальної підстави (фактора), що

пояснює походження різних нейропсихологічних симптомів; вивчення якісної специфіки порушень різних психічних функцій, пов'язаних із ураженням (порушенням або випаданням) певного фактора; якісна кваліфікація нейропсихологічних симптомів. Синонімом синдромного аналізу є термін «факторний аналіз».

Нейропсихологічний фактор — це фізіологічне поняття, воно окреслює структурно-функціональну одиницю роботи мозку (мозкову структуру), для якої характерним є певний принцип фізіологічної діяльності, порушення якої веде до появи нейропсихологічного синдрому.

Функціональна система — динамічна сукупність різних органів і систем (аферентних і еферентних механізмів (ланок)), що формується з метою досягнення пристосувального (корисного) для організму результату. Це фізіологічне поняття, запозичене з концепції функціональних систем П. К. Анохіна, що використовується для пояснення фізіологічної основи вищих психічних функцій. Різні за змістом вищі психічні функції (гностичні, мнестичні, інтелектуальні та ін.) забезпечуються за рахунок різних функціональних систем.

Вищі психічні функції — це складні психічні процеси, що формуються в життєвій діяльності, соціальні за своїм походженням, опосередковані за психологічною будовою і довільні за способом свого здійснення (Л. С. Виготський).

Нейропсихологічна локалізація — це віднесення вищих психічних функцій до конкретних мозкових структур.

Локалізація вищої психічної функції (мозкова організація вищої психічної функції) — центральне поняття теорії системної динамічної локалізації вищих психічних функцій, що пояснює зв'язок мозку із психікою як співвідношення різних ланок (аспектів) психічної функції з різними нейропсихологічними факторами (тобто принципами, властивими роботі тієї чи іншої мозкової структури — корковою або підкорковою).

Мозкові механізми вищої психічної функції (морфологічна основа психічної функції) — сукупність морфологічних структур (зон, ділянок) у корі великих півкуль і в підкоркових утвореннях та фізіологічних процесів, що протікають

у них, які входять у єдину функціональну систему і складають підґрунтя для здійснення конкретної психічної діяльності.

Поліфункціональність мозкових структур — здатність мозкових структур (і перш за все асоціативних зон кори великих півкуль) перебудовувати свої функції під впливом нових аферентних впливів, внаслідок чого відбувається внутрішньосистемна й міжсистемна перебудова уражених функціональних систем, вищих психічних функцій, порушених внаслідок локальних уражень головного мозку.

Нейропсихологічна діагностика — дослідження хворих із локальними ураженнями головного мозку за допомогою клінічних нейропсихологічних методів з метою встановлення місця ураження мозку (тобто постановки топічного діагнозу).

Норма функції — поняття, на якому базується нейропсихологічна діагностика порушень вищих психічних функцій; показники реалізації функції (в психологічних одиницях продуктивності, обсягу, швидкості тощо), які характеризують середні значення в конкретній популяції (тобто такі показники, що є характерними для більшості здорових людей).

Міжпівкульна асиметрія мозку — нерівноцінність, якісна відмінність того «внеску», який роблять ліва й права півкулі мозку в кожную психічну функцію; відмінності в мозковій організації вищих психічних функцій у лівій і правій півкулях мозку.

Функціональна специфічність великих півкуль — висвітлює специфіку переробки інформації та мозкової організації функцій, притаманна лівій і правій півкулям мозку й визначається згідно з інтегральними півкульними закономірностями.

Міжпівкульна взаємодія — особливий механізм об'єднання лівої та правої півкуль мозку в єдину інтегративну цілісно функціональну систему, що формується під впливом факторів як генетики, так і середовища.

Вузький локалізаціонізм — нейропсихологічний напрямок, в якому психологічні функції розглядаються як цілісні й неподільні на складові частини психічні здібності і які реалізуються за рахунок роботи вузько локалізованих ділянок кори головного мозку.

Антилокалізаціонізм — напрям нейропсихологічних досліджень, в якому визнається, що мозок являє собою єдине та недиференційоване ціле, робота якого в рівній мірі зумовлює функціонування всіх психічних процесів.

Еклектична концепція — напрям нейропсихологічних досліджень, згідно з яким локалізувати в певних ділянках можна лише елементарні сенсорні або моторні функції. Однак вищі психічні функції пов'язані з усім мозком рівномірно.

Симультанність (в психології) [*лат. simul — в один і той же час*] — практична одночасність протікання будь-яких психічних процесів із урахуванням їх згорнутості й автоматизованості. Наприклад, симультанним є смислове сприйняття усного мовлення рідною та іноземною мовою для перекладача-синхроніста. Якщо людина недостатньо володіє іноземною мовою, процес смислового сприйняття й перекладу іноземної мови стає розгорнутим (сукцесивним). При деяких психопатологіях (наприклад, афазії, акалькулія, амузії та ін.) в основі всіх порушень лежить розпад симультанного аналізу та синтезу.

Сукцесивність (у психології) [*англ. successive — наступний, такий, що йде один за одним*] — розгорнута послідовність протікання будь-якого процесу. Наприклад, мова або рух руки представляють собою сукцесивний процес. Однак при деяких видах патологій (наприклад, персеверація) сукцесивний процес може порушуватися, й тоді у хворого спостерігаються збої при перемиканні від одного руху до іншого, виявляються інертність, мовні труднощі тощо.

Кора великих півкуль головного мозку або кора головного мозку (*лат. cortex cerebri*) — структура головного мозку, шар сірої речовини товщиною 1,3–4,5 мм, розташований по периферії півкуль великого мозку та покриває їх.

Архітектоніка кори головного мозку — це вчення про особливості морфологічної структури різних областей кори. Цитоархітектоніка вивчає особливості клітин кори, міелоархітектоніка — особливості різних ділянок кори щодо м'якушевих нервових волокон.

Конвексимальна кора — поверхня головного мозку, прилегла до лобових, тім'яним, скроневих і потиличних кісток че-

репа. Тобто розташована ззовні, вона забезпечує роботу третього блоку й пов'язана з руховими механізмами.

Базальна кора — поверхня мозку, прилегла до основи черепа.

Медійна кора — серединна площина (поверхня) мозку.

Первинні зони — ділянки кори головного мозку, куди безпосередньо надходять нервові імпульси (роздратування, сигнали) від усіх органів чуття людини. Знаходяться як на поверхні тіла (зір, слух, нюх тощо), так і всередині нього (рецептори болю, тиску та ін.). У цих первинних зонах відбувається обробка всієї інформації, що забезпечує, зокрема, і прийняття первинних рішень — це або рефлекторна відповідь (наприклад, вилучання руки при опіку), або передача цієї інформації в лобові частки для прийняття осмисленого рішення, (як вчинити, побачивши знайому людину). Це може бути також поєднання рефлекторної відповіді плюс осмислена реакція надалі на подію, що відбулася.

Вторинні поля, або периферійні зони аналізаторів пов'язані з окремими органами тільки через первинні поля. Вони слугують для узагальнення й подальшої обробки інформації, що надходить. Окремі відчуття синтезуються в них у комплекси, що зумовлюють процеси сприйняття. При ураженні вторинних полів зберігається здатність бачити предмети, чути звуки, але людина їх не впізнає, не пам'ятає їх значення.

Третинні поля знаходяться в задній половині кори — на кордонах її тім'яних, скроневих і потиличних областей та в передній половині — в передніх частинах лобових областей. Тут відбуваються процеси вищого аналізу та синтезу. У теоретичних полях на основі синтезу всіх аферентних роздратувань із урахуванням слідів колишніх подразнень виробляються цілі та завдання поведінки. Згідно з ними відбувається програмування рухової діяльності.

Існують різні відгалуження практичної роботи в сфері нейропсихології, які, втім, є тісно взаємопов'язаними.

Клінічна нейропсихологія — вивчає загальне структурування головного мозку, причини порушення діяльності.

Експериментальна нейропсихологія — охоплює дослідження, крім психологічних механізмів, також емоційної сфери, рухових і когнітивних функцій.

Реабілітаційна нейропсихологія — розглядає динаміку відновлення психічних процесів у нейрохірургічних хворих.

Психофізіологічна нейропсихологія — відповідає за дослідження психічних процесів за допомогою об'єктивних методів, які використовують для аналізу фізіологічні показники.

Психофізіологія локальних уражень мозку (як один із інструментів вирішення питань нейропсихології) — дозволяє простежити окремі аспекти порушень.

Нейропсихологія норми та індивідуальних відмінностей — простежує зміни нейропсихологічного фону у здорових людей.

Чітких кордонів між зазначеними напрямками нейропсихологічних досліджень і практики немає, а новий методичний арсенал і теоретичні висновки, народжені в рамках одного з них, стають надбанням також і інших.

5. Категорії функції, відображення, інформації, активності

Значущість проблеми повноцінного розвитку людини в контексті локалізації психічних функцій пов'язана з тим, що вчення про системну організації діяльності мозку є основою вирішення найважливіших питань педагогіки, медицини та психології. Складність і багатогранність цієї проблеми вимагає, щоб її розробка проводилася в багатьох напрямках, синтезуючи досягнення всіх суміжних наук, які враховують як конкретно-методичну, так і загальнотеоретичну специфіку дослідження психічних явищ. Тому предметна сфера дослідження зв'язку матеріального органічного субстрату й ідеального психічного містить поняття, які традиційно використовуються в анатомії центральної нервової системи і фізіології вищої нервової діяльності, теорії інформації та теорії систем, загальної та експериментальної психології, психофізіології та патології аналізаторних апаратів, загальної патопсихології, спеціальній педагогіці, філософії та низці інших галузей. Із загальнотеоретичної точки зору *відношення між мозком як матеріальним джерелом психіки та ідеальними за змістом психічними процесами може бути пояснено за допомогою чотирьох категорій.*

Категорія функції

Психіка є функцією, діяльністю мозку, спрямованою на підтримання безперервного пристосувального процесу організму до зовнішньої природного й фізичного середовища, а людини як особистості — до життя в середовищі соціальному, причому регуляторний і творчий компоненти такої діяльності є лише фрагментами більш загального процесу — життєзабезпечення. Морфологічна єдність мозку — це форма просторово-часової організації системи, яка сама, маючи за генеральну функціональну мету адаптацію, є органічним елементом більш загальної системи — всього організму.

Категорія відображення

Будь-психічний акт є результатом відображення в мозку стану зовнішнього або внутрішнього середовища організму. Між об'єктами та явищами зовнішнього або внутрішнього «фізіологічного» світу, що об'єктивно мають певні кількісні та якісні характеристики, а також їх представлення в психіці від конкретного образу до абстрактної ідеї, здійснюється багатоступінчастий процес відтворення в матеріальних носіях (від периферійного рецепторного апарату до еволюційно й онтогенетично пізніх шарів кори великих півкуль) особливостей об'єктів, що взаємодіють із організмом, у вигляді багаторазового перекодування їх інформаційних еквівалентів.

Категорія інформації

Всі психічні процеси є інформативними за своєю природою, причому отримання інформації (аферентація) та її обробка в мозку (від елементарного сенсорного ефекту до понятійного мислення з його прагматичним і аксіологічним аспектами) призводить до підвищення впорядкованості психічної діяльності, а рухова й поведінкова активність, реалізована через інформаційні еферентні потоки, активно реорганізує середу або пристосовує до неї організм. Психічні процеси виконують функцію управління, зменшуючи ентропійність, а засвоєння інформації та її прояв назовні через поведінку супроводжують багатоступінчасті перетворення. Ці процеси зачіпають як оперативну

інформацію, так і ту, що зберігається в довготривалій пам'яті. Власне людським і вищим аспектом інформаційних відносин є знакове опосередкування всього зовнішнього середовища, що припускає наявність значення і цінності для індивіда тієї чи іншої стимуляції, а також включення її в смисловий контекст предметної, практичної поведінки.

Категорія інформації в нейропсихології має також ще один аспект. Вона являє собою певну організацію станів її носія — мозку, яка забезпечує можливість регулювати функції органів системи (організму), в якій відбуваються інформаційні процеси.

Категорія активності

Будь-який психічний процес є своєрідно активним, що призводить до його явного або опосередкованого втілення в реальній дії, або в поведінковому акті. Феноменологічно — це те, що «оживляє» організм і може бути зовні або інтроспективно спостережуваним. Сама по собі така психічна активність не існує без мозкової фізіологічної основи, що бере початок від загальних обмінних процесів. Їхній енергетичний компонент, своєю чергою, надходить із зовнішнього середовища, перетворюється й розподіляється, на власне виконавчому етапі, на потоки, які обслуговують соматичні та психічні функції організму.

Очевидно, що жодна із вказаних вище категорій окремо, так само як і їх інтеграція, не може зв'язати психіку з її матеріальним носієм. Вони є різними сторонами діалектично багатогранного, еволюційно мінливого, але цілісного процесу вищих форм життя в просторово-часовому континуумі.

Питання для обговорення:

1. Історія становлення неврології та нейропсихології як науки.
2. Вклад Л.С. Виготського та О.Р. Лурії в розвиток нейропсихології.
3. Етапи розвитку неврологічних досліджень.
4. Школа Лурії.
5. Еклектична школа.
6. Експериментальна нейропсихологія.
7. Нейропсихологія дитячого віку.

Завдання для самостійної роботи

Назва теми	Вид завдання
І. Загальні теоретичні проблеми клінічної психології	
Тема 3. Основи нейропсихології 1. Теорія системної динамічної локалізації вищих психічних функцій. 2. Вищі психічні функції. Визначення та характеристика поняття. 3. Нейропсихологічний симптом. Нейропсихологічний синдром. 4. Первинні та вторинні нейропсихологічні симптоми. 5. Нейропсихологічний фактор.	*Підготувати мультимедійну презентацію. *Підготуватися до семінарського заняття, законспектувавши на вибір рекомендовані до теми літературні джерела.

Тема 5. Психосоматичні розлади

Мета заняття — знати основні закономірності взаємодії психічної і соматичної складової в організмі людини.

Зміст заняття

1. Психосоматичні розлади
2. Психіатрія консультування-взаємодії

1. Психосоматичні розлади

Фізіологічні основи виникнення психосоматичних розладів

Психосоматичні розлади (від грец. *psyche* — душа, *soma* — тіло) — це порушення функцій внутрішніх органів і систем, виникнення й розвиток яких передусім пов'язані з нервово-психічними факторами, переживанням гострої чи хронічної психологічної травми, специфічними особливостями емоційного реагування особистості.

Соматичне та психічне, хоча і є якісно відмінними явищами, але реально репрезентують лише різні сторони єдиної людини. Відривати ці сторони одну від однієї, досліджуючи проблеми хвороби, є принципово неправильним. Представники як психології, психіатрії, так і соматичної медицини поділяють

думку про те, що при деяких розладах існує поєднання як психоемоційних, так і соматичних порушень. Соматичні порушення, виникнення яких пов'язане із психоемоційними порушеннями, уперше назвав «психосоматичними» у 1818 р. німецький лікар Йоганн Хайнрот. Пізніше, в 1922 р., Максиміліан Якобі вводить термін «соматопсихічне», щоб підкреслити домінування тілесного чинника у виникненні деяких нервово-психічних захворювань.

Зміни в психосоматичній регуляції закладають підґрунтя виникнення психосоматичних захворювань, або психосоматизмів. Узагальнено механізм формування психосоматизмів можна уявити таким чином: психічний стресовий фактор викликає афективне напруження, що активізує нейроендокринну й вегетативну нервову систему з подальшими змінами в судинній системі та внутрішніх органах. Первинно такі зміни мають функціональний характер, проте за умови тривалого й частого повторення вони можуть стати органічними, незворотними.

Психосоматизми та психосоматичні розлади, що лежать у їхній основі, умовно розподіляють на такі групи:

1) органічні психосоматичні захворювання (психосоматизми): у їх розвитку провідну роль відіграють психогенні компоненти. В основі лежить первинно тілесна реакція на конфліктне переживання, пов'язана з морфологічно встановленими патологічними змінами в органах. Відповідна спадкова схильність може впливати на вибір органу. Перші прояви психосоматизмів виникають у будь-якому віці, але частіше вони починають фіксуватися вже в ранній юності в осіб із виразними і постійними особистісними характеристиками. Хвороба набуває хронічного чи рецидивного характеру, і вирішальним поштовхом до виникнення чергових загострень є психічний стрес, тобто, етіопатогенез власне психосоматичних розладів значною мірою, особливо на ранніх етапах захворювання, пов'язаний із психологічно значимими для особистості подразниками з навколишнього середовища. Однак, функціональні порушення внутрішніх органів на пізніших етапах хвороби приводять до їхньої деструкції, тобто, органічних змін і захворювання набу-

ває рис типово соматичного, фізичного страждання. Зазвичай до такої групи відносять сім класичних психосоматичних захворювань: есенціальна гіпертонія, бронхіальна астма, виразкова хвороба дванадцятипалої кишки і шлунку, неспецифічний виразковий коліт, нейродерміт, ревматоїдний артрит і гіпертиреоїдний синдром (за Францом Александером, 1968);

2) психосоматичні функціональні розлади: *вегетативні неврози*. Такі «соматизовані» форми неврозів іноді називають системними, «неврозами органів» або вегетоневрозами. На відміну від психогенної конверсії, окремі симптоми тут не мають специфічного символічного значення, а є неспецифічним наслідком тілесного (фізіологічного) супроводу емоцій чи психічних станів. Зокрема, деякі варіанти ендогенних і невротичних депресій часто імітують соматичне захворювання, «маскуються» під нього. Такі депресії прийнято називати «маскованими» чи соматизованими депресіями. До групи функціональних психосоматичних синдромів часто також відносять і деякі психофізіологічні захворювання — мігрень і низку інших подібних хвороб;

3) психосоматичні розлади, пов'язані з властивостями емоційно-особистісного реагування та поведінки: *схильність до травм та інших саморуйнівних видів поведінки, (алкоголізм, наркоманія, куріння, переїдання з ожирінням і інші)*. Такі розлади виникають у зв'язку з особливостями особистості та її переживаннями, що призводить до поведінки, результатом якої є порушення здоров'я. Наприклад, схильність до травм характерна для особистостей, схильних до неуважності, недбалості, квапливості, метушні. Підвищене споживання їжі чи алкоголю деколи можна тлумачити як уявний індикатор престижу, соціальної позиції чи як компенсацію невдоволення;

4) конверсійні симптоми: *символічне вираження невротичного або психологічного, конфлікту*. Їх прикладами є істеричні паралічі, психогенна сліпота або глухота, блювота, больові відчуття. Усі вони — первинні психічні феномени. Тіло тут служить, наче сценою символічного вираження суперечливих почуттів хворого, які придушені й витіснені в несвідоме.

Дослідження психологічних механізмів і факторів виникнення й перебігу хвороб, пошук зв'язків між характером

психічного стресового фактору та ураженням певних органів і систем складають підґрунтя психосоматичного напряду в зціленні людей. Уявлення про тісний взаємозв'язок фізичного самопочуття людини з її психічним, передусім емоційним, станом є одним із найважливіших компонентів сучасної медицини та клінічної психології.

Поняття неврозу. Основні теорії неврозів

Невроз (від грец. *neurosis*: *neuron* — волокно, *неве*) — це загальне поняття, що об'єднує групу захворювань функціональних розладів нервової системи на тлі психічного перенапруження. Поняття «невроз» впровадив у медицину в 1776 р. шотландський лікар Вільям Куллен. Такі розлади психічної діяльності виникають як реакція на психотравмівний фактор і проявляються головним чином вираженою зміною характеру емоційного реагування, вегетативними і нерідко ендокринними порушеннями. Сьогодні неврози повсюдно визнаються одними з найпоширеніших захворювань.

Засновник психоаналізу *З. Фройд* одним із перших намагався пояснити механізм виникнення неврозів. На його думку, така проблема — родом із дитинства, як і більшість інших психологічних проблем людини. Причиною неврозів є особливого роду конфлікт між «Ід» («Воно»), «Его» («Я») і «Супер-Его» («Над-Я»). Нереалізовані бажання дитини переходять у несвідоме («Ід») під тиском надсвідомого («Супер-Его»). Дослідник вважав, що незадоволений потяг дівчинки до батька, а хлопчика — до матері через багато років проявляється шляхом нервових захворювань. Відтак, причини неврозів Фройд шукав у тих сферах, де виявляється несвідоме. Він вивчав сновидіння, дії хворих у стані гіпнозу, вільні асоціації, технічні помилки, обмовки. Після виявлення причини неврозу пацієнтові залишалося усвідомити її. Таким чином, психоаналітик виявляв таємні, приховані бажання людини, що, своєю чергою, повинна була вивести такі бажання з області несвідомого до області своєї свідомості.

К. Хорні, продовжуючи традиції психоаналізу, витоки неврозів бачила в ранньому дитинстві, розглядаючи такий недуг як захисну реакцію дитини на несприятливу дійсність соціальних

факторів (наприклад, приниження, байдужість чи агресія з боку батьків). З метою захисту від негативного соціуму або для соціальної адаптації в навколишній реальності в дитини формують три *способи несвідомої реакції*:

1) *рух до людей*: намагання задовольнити потребу в любові, прийнятті, схваленні та захисті шляхом спроб відповідати бажанням людей, догоджати, готовності жертвувати власними інтересами, що формує в дитини мазохістську установку;

2) *рух проти людей*: прагнення йти проти бажань людей, при цьому формується жага необмеженої влади, переваги над ближнім, потреба бути успішним, сильним, визнаним, найкращим серед усіх за будь-яку ціну. В такому разі формується садистська установка;

3) *рух від людей*: прагнення уникати бажань інших людей, суспільних настанов, аби не бути їм підпорядкованим. Такий захист формує потребу у відчуженні, відокремленні від навколишньої спільноти, жагу самостійності, незалежності, свободи, досягнення якої здається можливим за рахунок встановлення дистанції у стосунках із оточуючими. Проявляється у відлюдництві, виборі видів діяльності, пов'язаних із усамітненням. Розвивається людиноненависництво.

Такі почуття не допускаються у свідомість і відходять у несвідоме. Будь-який невротик за різних обставин завжди має змішаний тип особистості, що містить усі три невротичні тенденції. Проте одна з тенденцій, що в дитинстві знаходила найбільшого схвалення, є домінантною, тому умовно розрізняють «підлеглих», «агресивних» та «відокремлених» невротиків.

Тенденція, що домінує, визначає мотивацію будь-якого вчинку. Від можливості її реалізації залежить ймовірність реалізації двох інших. Саме така внутрішньоособистісна конструкція невротика є запорукою відчуття цільності власної особи.

Ще один видатний неофрейдист *Е. Фромм* стверджував, що невроз виникає в тих людей, будучи дорослими, залишаються психологічно прив'язаними до особи одного з батьків. Материнська любов до дитини є безумовною, тобто, мати любить дитя просто за його існування, натомість нічого не потребуючи. Батько ж любить дитину умовною любов'ю, тобто, на певних умовах.

Його любов потрібно заслужити. Він вибагливий, вимагає від дитини, щоб вона добре виконувала свої обов'язки, а стала, подорослішавши, схожа на нього. Таким чином, науковець вважав, що без виконання певних умов любов батька є неможливою.

Психічно здорова людина, за Фроммом, врівноважити своє сприйняття впливу батька та матері. По мірі дорослішання звільнюється від звичної для дитячого віку залежності від батьків, гармонійно поєднуючи в собі риси кожного з них при формуванні власної особистості. Дослідник вважав, що людина зі «свідомістю батька» — дисциплінована, незалежна, однак при цьому нелюдяна та зла.

Для особи, прив'язаної до матері, характерними є істерії, депресії, алкоголізм; до батька — маніакальний невроз, що ґрунтується на манії величчя та виявляється у хвастошах, завищеній самооцінці.

Психогеничний підхід Володимира Мясіщева висвітлює думку про те, що невроз має психогенну природу. Для психогенії характерним є зв'язок психотравми з особистістю людини, що страждає від такого недугу, й не здатна самостійно адекватно розв'язати психотравмівну ситуацію. Виникнення неврозу так чи інакше пов'язане з патогенною ситуацією та переживаннями особистості, з основними найсильнішими та найглибшими її прагненнями, представляючи собою афективну реакцію на некомфортні обставини. Спостерігається певна відповідність між змінами психотравмівної ситуації та динамікою стану хворого.

На думку *А. Адлера*, невроз — це природний, логічний розвиток індивідуума, порівняно неактивного, що егоцентрично прагне до переваги і тому має затримку в розвитку соціального інтересу, що ми спостерігаємо постійно при найбільш пасивних, розпечених стилях життя.

К. Г. Юнг розглядає невроз як зупинку на шляху саморозвитку особистості, як невдалу спробу гармонізувати несвідому і свідому сфери існування, тобто віднайти свою Самість. Для розуміння характеру й природи неврозу потрібно з'ясувати, які потреби не задоволено, з якими життєвими задачами людина не може впоратися.

Представники *біхевіоризму* (Дж. Вольпе, А. Лазарус, Л. Халл, Ф. Скіннер та ін.) заперечували невроз як самостійне явище, а визнавали лише невротичні симптоми, як наслідок неправильного навчання, виховання, травматичного особистого досвіду. Невроз, за їхніми уявленнями, є комплекс неадекватних умовних рефлексів, які поступово генералізуються й з'являються у відповідь на будь-який загрозливий стимул.

К. Роджерс розглядав невроз як результат неможливості самоактуалізації, як результат відчуження людини від самої себе і від світу.

Невроз у *транзакційному аналізі* (Е. Берн) — це психічне порушення, виникле через невідповідність, незбалансованість у функціонуванні его-станів Дитини, Батька й Вихователя.

Із точки зору *гештальттерапії*, (Ф. Перлз, П. Гудмен) невроз є наслідком несвідомого психологічного конфлікту.

Невроз у *психодрамі* (Я. Морено) тлумачиться як психічний недуг, пов'язаний із порушеннями рольового розвитку. Причинами таких порушень можуть бути спадковість, відсутність внутрішньої безпеки, зовнішні умови.

Причини виникнення неврозів

Причиною неврозів є психічна травматизація особистості. Психотравмівна ситуація справляє патогенний вплив за наявності певних умов, насамперед — особливостей особистості. Провідними серед цих особливостей є гіперактуалізація несприятливих впливів та/або подій та надання їм надмірної біологічної або соціальної значущості.

Розкриваючи питання причин неврозів, виокремлюють три основні групи умов, що сприяють або перешкоджають розвитку неврозів: біологічні, соціальні та психогенні.

Біологічні умови розвитку неврозу:

- спадкова схильність: окремі невротичні стани (наприклад, панічний синдром) частіше зустрічаються у представників однієї генеалогічної лінії;
- стать (невроз рідше виникає у чоловіків);
- вік (невроз частіше розвивається в пубертатному і клімактеричному періодах);

- конституціональні особливості людини (до неврозів більш схильні астеніки);
- перенесені і поточні захворювання, що знижують резистентність організму.

Соціальні умови розвитку неврозу:

- особливості професійної діяльності (наприклад, інформаційні перевантаження, одноманітність трудових операцій);
- несприятливе сімейне становище;
- незадовільні побутові умови;
- особливості сексуального виховання та ін.;
- незручне робоче місце або транспорт.

Психогенні умови розвитку неврозу:

- особистісні властивості (індивідуальний спосіб мислення, сприйняття, поведінки і реагування на впливи у даної людини);
- психічні травми в дитинстві;
- психотравмівні ситуації (наприклад, важка хвороба або втрата близьких, службові чи навчальні труднощі й деякі інші). На формування неврозу безпосередньо впливає не лише реакція особистості на патогенний вплив, але й більш чи менш тривалий процес аналізу (у клініці це позначають терміном «ідеаторна переробка») ситуації, її наслідків, який здійснює людина, а також боязнь неможливості пристосуватися до обставин, що склалися.

Види та клінічні прояви неврозів

Традиційно виокремлюють *три основні форми неврозів*:

- неврастенію;
- істеричний невроз;
- невроз нав'язливих станів.

Для **неврастенії** характерними є дратівливість, слабкість нервової системи, часті головні болі. Спостерігається ослаблення уваги і психічна стомлюваність. Стосовно змін особистості немає характерних тенденцій, спостерігається патогенність і зниження вольових якостей. Погіршується зосередженість уваги, що призводить до розладу працездатності, такий же ефект спостерігається й при підвищеній стомлюваності. При неврастенії нерідко виявляються порушення сну та сексуальної сфери.

Істерія, що розвивається в результаті психічної травми, виявляється в рухових розладах (паралічі та ін.), порушеннях мовлення, сенсорних розладах (приміром, істерична сліпота, втрата нюху і слуху, гіперстезія та гіпостезія), вегетативних розладах (кишкова непрохідність, здуття живота, істерична блювота, анорексія), психічних порушеннях (психогенна амнезія, підвищена сугестивність). Особистість, що страждає на істерією, має неадекватно завищений рівень домагань, їй властиві егоцентризм, пихатість, претензійність і конфліктність.

Невроз нав'язливих станів — це найважча форма неврозу. Формується в результаті психотравмівної ситуації. При неврозі нав'язливих станів людина проявляє боязкість і невпевненість у собі. Проявляються нав'язливі сумніви, ідеї, дії, страхи. Характерною є патологічна інертність нервових процесів у людей із яскраво вираженою орієнтацією на другу сигнальну систему.

Клінічні прояви неврозів діляться на дві групи — *психічні* та *соматичні*.

До *психічних* симптомів відноситься емоційне напруження, що проявляється у вигляді нав'язливих думок і дій, а також непередбачуваність до стресових ситуацій, через що є великий ризик зациклення на чомусь або з'являється замкнутість. Швидка стомлюваність, хронічна втома, поява різкої чутливості до перепадів температури, яскравого світла, голосного звуку та ін., поява комплексів і почуття неповноцінності, сильна дратівливість — так само відносяться до психічних симптомів неврозу. Найявні сильні душевні переживання.

Соматичними симптомами є поява тремтіння в руках, різкі головні болі, болі в серці, в області живота, м'язовий та суглобовий біль без видимих на те причин. Також часті запаморочення, потемніння в очах, поява пітливості, поява проблем із травною системою, порушення статевої здатності, порушення сну.

2. Психіатрія консультування-взаємодії

На початку 70-х рр. XX ст. наукові дослідження та клінічна практика, засновані на сучасних підходах, сприяли підвищенню інтересу до психосоматичної медицини, яка на той час

переживала кризу. В 70-і роки на зміну переважної біомедичної моделі, в рамках якої не було місця соціальному, психологічному, біхевіоральному, приходить біопсихосоціальна модель, яку вперше запропонував Енгель в 1977 р., вона синтезувала досягнення психосоматичної медицини і передбачає значущість біологічних, психологічних і соціальних факторів у розвитку, перебіг та наслідки фізичних і психічних розладів.

Три взаємопов'язаних аспекти на ту мить стали вирішальними у визначенні психосоматики. Отже, *психосоматику* можна визначити, як:

- 1) наукову дисципліну, що вивчає співвідношення біологічних, психологічних і соціальних факторів у нормі та патології;
- 2) це зібрання постулатів, що містять в собі холістичний підхід у клінічній практиці;
- 3) це дисципліна, яка включає в себе психіатрію консультування-взаємодії (consultation-liaison psychiatry) — ПКВ.

Психіатрія консультування-взаємодії (ПКВ) довгий час вважалася особливою галуззю психіатричної практики, яка розвинулася як одне з відгалужень психосоматичної медицини. Цей напрямок виник у Німеччині та Австрії в 20–30-х рр. XX ст. і потім успішно розвивався в США, де на його розвиток значною мірою вплинула психобіологічна школа психіатрії, яку заснував Адольф Майер. У його підході, який він назвав психобіологією, підкреслювалося значення вивчення біографії пацієнта як засобу розуміння особистості в цілому. Психобіологія вивчала людини як індивідуума в нормі та патології. З цього логічно випливає, що з такою холістичної точки зору загальна медична практика й психіатрія швидше повинні бути об'єднані, ніж роз'єднані. Подібна інтеграція передбачає розвиток психіатричних відділень в лікарнях широкого профілю і співробітництво між психіатрами та фахівцями іншого профілю в лікуванні як фізично, так і психологічно зумовлених розладів.

У 20–30-х рр. у США з'являються перші психіатричні відділення в лікарнях широкого профілю. Одне з таких найбільш значущих відділень, засноване в Університеті Колорадо, було названо «Відділення психіатричної взаємодії». Ймовірно, звідси й бере свій початок термін «психіатрична взаємодія».

Пацієнти таких відділень становили той контингент, який використовувався для навчальних цілей і включався в дослідницькі роботи. Діяльність такого роду можна розглядати як застосування психосоматичних підходів у клінічній практиці. Подібні відділення були відкриті в більшості університетських клінік для виконання **трьох завдань**:

1. Дати можливість лікарям і здобувачам освіти ознайомитися з кожним пацієнтом, незалежно від того, на що він скаржиться і чим хворіє, і розумно застосовувати психіатричний підхід, для того щоб покращити стан пацієнта і допомогти йому розібратися в своїх проблемах — будь то соматичні або особистісні, або і ті, й інші.

2. Визнати психологію складовою частиною професійного мислення лікарів і здобувачів освіти в усіх галузях медицини.

3. Довести до свідомості лікарів і здобувачів освіти потребу в доступній концепції особистості та соціального функціонування.

У 1973 р. польський психолог Збігнев Липовскі визначив ПКВ як галузь клінічної психіатрії, яка містить в собі клінічну, навчальну й дослідницьку діяльність психіатрів і пов'язаних із ними професіоналів в області психічного здоров'я в неспіхатричних підрозділах лікарні широкого профілю. У цьому визначенні вкладено **два взаємопов'язаних аспекти**.

1. **Консультавання** — забезпечує експертну діагностичну думку й пораду, як вести лікування пацієнта, враховуючи його психічний стан і поведінку. Таке консультавання проводиться на прохання фахівця-непсихіатра.

2. **Взаємодія** — означає зв'язок груп фахівців із метою ефективного співробітництва.

Таким чином, ПКВ виникла в результаті злиття психобіології та психосоматики, тобто двох концептуальних напрямів, які відстоюють холистичну точку зору на людину й співробітництво між психіатрією та загальною медициною. Такого висновку дійшов Липовскі й на цій підставі визначив ПКВ як субспеціалізацію психіатрії, що має справу з клінічною сферою діяльності, навчанням та дослідницькою роботою в неспіхатричних установах охорони здоров'я.

Клінічна діяльність включає в себе *консультування, взаємодію та терапію*. Психіатричне консультування лікарів-непсихіатрів — це наріжний камінь клінічної діяльності психіатра в сфері консультування-взаємодії.

Розрізняють *три основних типи психіатричного та психологічного консультування в медичних установах широкого профілю*:

- консультування, **орієнтоване на пацієнта**, — в центрі уваги перебуває пацієнт;
- консультування, **орієнтоване на консультованого**, — в центрі уваги стоять проблеми консультованого (яким може бути не пацієнт) і їх обговорюють без присутності пацієнта;
- консультування, **орієнтоване на ситуацію**, — в центрі уваги знаходиться взаємозв'язок між пацієнтом і членами медичного колективу, за рахунок якого відбувається лікування й догляд за пацієнтом.

Стрижнем роботи із взаємодії в цілому є тісний контакт між ключовими фігурами в клінічній сфері: пацієнтами, сім'ями, лікарями, психологами, медсестрами, соціальними працівниками, адміністраторами та іншими особами, що надають допомогу пацієнтові. Взаємодія за допомогою такого контакту називається консультуванням-взаємодією. Важливим завданням психіатра тут є потреба бути експертом у психологічних і соціальних параметрах хвороби, йому необхідно мати додаткові знання щодо різних характеристик на стику психіатрії та інших медичних дисциплін.

Прихильники взаємодії стверджують, що таке консультування сприяє більш швидкому отриманню даних для історії хвороби, допомагає запобігти кризі в палаті, що виникла через конфлікти між пацієнтами та персоналом або неспокійну поведінку пацієнта, дозволяє консультанту проводити навчання із психосоціальним і психіатричним аспектам допомоги пацієнту. І навпаки, опоненти такої інтенсивної взаємодії стверджують, що така робота вимагає багато часу й зусиль. Консультант може легко перетворитися на свого роду мандрівного проповідника, який мало що може дати для лікування та догляду за пацієнтом. А крім того, персонал може вирішити, що

вторгається в чужу діяльність. Дійсно, взаємодія вимагає людських ресурсів і мотивації. Але така робота є необхідною, тому що тільки служба консультування-взаємодії може значно поліпшити діагностику й лікування та знизити витрати (наприклад, зменшити термін перебування пацієнта в лікарні).

Консультування-взаємодія може відбуватися за потреби втручання й допомоги під час кризи або у формі короткої психотерапії біля ліжка хворого.

Подібним до консультації-взаємодії є поняття «**психосоматична служба взаємодії**», особливо поширених у низці європейських країн. Використовуються *три моделі організації роботи*:

1) консультаційна модель: консультації проводяться тільки на прохання, консультант зазвичай дає письмовий висновок на підставі власного огляду пацієнта;

2) модель взаємодії як такої: консультації проводяться незалежно від або додатково до спеціального прохання. Консультант принаймні один раз на тиждень бере участь в обходах, у лікарських конференціях, іноді може призначати терапію всередині відділення або спостерігати за діяльністю лікаря та його помічників в інтеграції психологічних і соціальних аспектів у лікуванні;

3) модель психосоматичної робочої групи: усередині соматичного відділення група фахівців, які часто володіють двома спеціальностями — психосоматична медицина й психотерапія, працюють як підрозділ.

Важливою функцією ПКВ є навчання. Існують клінічні проблеми на стику психіатрії та загальної медицини, про які спеціаліст в області консультування-взаємодії повинен знати і зобов'язаний вміти їх вирішувати. Оскільки ПКВ охоплює знання про комплексну взаємодію психологічних, соціальних і біологічних факторів, які у великій мірі визначають перебіг і результат широкого кола захворювань, то підготовка спеціаліста в цій галузі набуває особливої значущості.

Розташування та методи психіатричної практики вплинули на, так би мовити, «ремедикалізацію» психіатрії. Психіатрична допомога перемістилася в підрозділи лікарень широкого профілю, що дозволило психіатру в такому разі застосовувати

великий спектр лікувальних підходів до пацієнтів різного віку з незліченними клінічними проблемами. Психіатри лікарні широкого профілю, використовуючи й соматичне, і психологічне лікування, можуть працювати паралельно з колегами інших спеціальностей, що дає великі можливості для інтеграції біологічних, психологічних і соціальних факторів в охороні здоров'я.

Зв'язки між психіатрією та іншими медичними спеціальностями із плином часу стали очевидними. Консультування в галузі психіатричних розладів і вироблення стратегії для лікування фізично хворого, навчання персоналу й розвиток системи допомоги з боку експерта, неминуче потребує надання особливої уваги багатьом факторам психобіологічних, а також психосоціальних аспектів охорони здоров'я, — все це виходить за межі традиційної психіатрії.

Безперечно важливою функцією ПКВ є наукове дослідження на стику психіатрії та загальної медицини. Взаємодія тут виступає як клінічне застосування психосоматичної медицини. Можливості для досліджень в ПКВ — фактично безмежні, оскільки вони охоплюють майже всі галузі клінічної медицини.

На дослідження в області ПКВ впливають не лише економічні та політичні зміни, а й наукові досягнення, зокрема, нові біомедичні технології та методологічні досягнення в діагностиці та лікуванні. Психіатри в сфері консультування-взаємодії все ширше залучаються до таких досліджень, які можна окреслити як клінічні психосоматичні. Варто розуміти, що психосоматичні дослідження спрямовані на ймовірно етіологічну роль різних психологічних змінних хвороби, наприклад, таких як рак або коронарна хвороба серця. Психіатри в сфері консультування-взаємодії досліджують психосоціальні та психіатричні наслідки вже наявної фізичної хвороби та її лікування.

Найбільш значущими сферами досліджень консультування-взаємодії є діагностика, механізми захворювання, біологічне лікування, дослідження в області служб здоров'я, психосоціальне лікування фізичних розладів.

Особливу складність представляють пацієнти із психіатричним розладом, вираженим спершу як соматичні симптоми — **соматизація**. Цей термін виник відносно нещодавно для

опису пацієнтів із соматичними скаргами, що не мають органічної основи. Фактори, що сприяють соматизації, є дуже різноманітними — починаючи з біологічних, проходячи через психологічні й сягаючи соціальних і культурних. Цей термін зараз використовується для опису широкого кола процесів, що змушують пацієнтів шукати медичну допомогу з приводу тілесних симптомів, які, нерідко, неправильно віднесені до органічних захворювань. Всесвітня організація охорони здоров'я звернула увагу на необхідність розуміння соматизованих симптомів, які повинні розглядатися як найважливіший, вирішальний, чинник в ефективності медичної допомоги в установах широкого профілю, оскільки там соматичні прояви психічних хвороб є нормою. Це вимагає того, щоб психіатри займалися дослідженням хворих із неорганічними розладами в медичних установах широкого профілю.

Психічні розлади — це *важлива соціальна проблема*, й очевидним є тісний зв'язок між соціальними факторами й багатьма психічними розладами.

У вересні 1988 р. в Марбурзі була обрана робоча група, названа «Європейська робоча група консультування-взаємодії із психіатрії та психосоматики в лікарнях широкого профілю». Основною її метою є співробітництво в клінічних та дослідницьких програмах, для того щоб покращити психологічну й психіатричну допомогу в медичних установах широкого профілю.

Питання для обговорення:

1. Роль стресу у виникненні психосоматичних розладів.
2. Історичний підхід і теорії виникнення психосоматичних розладів.
3. Основні теорії психосоматичних співвідношень.
4. Складові психосоматичних розладів.
5. Роль емоційного стресу в етіопатогенезі психосоматичних захворювань.
6. Механізми психологічного захисту особистості.
7. Діагностичні критерії та «маски» прихованих депресій.
8. Психосоматози.
9. Особистість хворого на цукровий діабет (ЦД).

Завдання для самостійного вивчення

Назва теми	Вид завдання
I. Загальні теоретичні проблеми клінічної психології	
Теми 4. Психосоматичні розлади 1. Основні сучасні концепції взаємодії психіки і соми. 2. Роль стресу у виникненні психосоматичних розладів. 3. Психологічні і соматичні компоненти стресу. 4. Стадії адаптаційного синдрому. 5. Поняття адаптації та дезадаптації. Порушення адаптації, дистрес. 6. Теорії психосоматичних співвідношень. 7. Проблема соматизованих депресій, їх основні клінічні прояви. 8. Психосоматичні розлади при захворюваннях різних органів та систем організму людини.	*Підготувати мультимедійну презентацію. *Підготуватися до семінарського заняття, законспектувавши на вибір рекомендовані до теми літературні джерела.

РОЗДІЛ II

ОСНОВИ ПСИХОЛОГІЧНОГО ВПЛИВУ У КЛІНІЦІ ТА ДЕОНТОЛОГІЧНА РОБОТА ПСИХОЛОГА

Тема 6. Психологія хворого

Мета заняття — уміти трактувати поняття «внутрішня картина хвороби», уміти визначати типи реакцій хворих на своє захворювання та володіти методами психокорекції патологічних типів реагування на своє захворювання у пацієнтів.

Зміст заняття

1. Психічне реагування на захворювання та психологія соматичного хворого.
2. Психологічні особливості хворих із різними соматичними захворюваннями.

1. Психічне реагування на захворювання та психологія соматичного хворого

Поняття об'єктивної важкості та внутрішньої картини хвороби

Вважається, що тип реагування на соматичне захворювання пов'язаний насамперед із оцінкою його **важкості** з боку самої людини, що страждає на нього. При цьому можна говорити про існування феномена «**об'єктивної важкості хвороби**» і «**суб'єктивної важкості хвороби**».

Терміни «об'єктивна» і «суб'єктивна» **важкість** хвороби є досить умовними. Оцінка **важкості** захворювання залежить від соціокультурних особливостей, рівня розвитку медицини.

Для терапевта очевидно, що рак шлунку важче гастриту; для психіатра безсумнівно, що шизофренія важче неврозу. Однак більш значущою є суб'єктивна оцінка пацієнта ступеню **важкості** своєї хвороби.

Суб'єктивне ставлення до захворювання називають також «внутрішньої картиною хвороби» (О. Р. Лурія), «концепцією хвороби», «нозогнозією».

Ставлення до хвороби містить в собі когнітивний, емоційний та поведінковий компоненти.

1. Когнітивний компонент включає знання про хворобу, її усвідомлення, розуміння її ролі та впливу на долю хворого.

2. Емоційний компонент — це відчуття і переживання хвороби і всієї ситуації з нею пов'язаної.

3. Поведінковий компонент включає пов'язані з хворобою реакції, що сприяють адаптації або дезадаптації щодо неї та вироблення певної стратегії поведінки в життєвих ситуаціях у зв'язку з хворобою (прийняття ролі хворого, активна боротьба з хворобою, ігнорування, песимістичні установки тощо).

Значення хвороби в сприйнятті хворого може як перебільшуватися, так і применшатися, аж до повного заперечення хвороби як такої.

Масштаб переживання хвороби

При адекватному типі реагування (**нормонозогнозія**) хворі правильно оцінюють свій стан і перспективи, їх оцінка співпадає з оцінкою лікаря.

При **гіпернозогнозії** хворі схильні до **паніки**, переоцінюють значущість окремих симптомів і хвороби в цілому.

При **гіпонозогнозії** ознаки захворювання недооцінюються.

При **диснозогнозії** у хворих спостерігаються спотворення сприйняття і **заперечення** наявності хвороби та її симптомів з метою дисимуляції або через страх її наслідків. Анозогнозія — повне заперечення хвороби як такої; типовою є для хворих на алкоголізм і онкологічні захворювання.

На **вироблення суб'єктивного ставлення** до тієї чи іншої хвороби впливають, як правило, багато факторів. В тому числі:

- 1) імовірність летального результату;
- 2) імовірність інвалідизації та хроніфікації;
- 3) больова характеристика хвороби;

- 4) необхідність радикального або паліативного лікування, його вартість;
- 5) вплив хвороби на можливість підтримувати колишній рівень спілкування;
- 6) соціальна значущість хвороби й традиційне ставлення до хворих у мікросоціумі;
- 7) вплив хвороби на сімейну та сексуальну сфери;
- 8) вплив хвороби на сферу розваг та інтересів.

Крім того, в кожному конкретному випадку ставлення до хвороби залежить від низки соціально-конституціональних та індивідуально-психологічних особливостей людини.

Під соціально-конституціональними параметрами розуміють вплив на концепцію хвороби статі, віку та професії людини. Під індивідуально-психологічними — властивості темпераменту, особливості характеру та якостей особистості.

Вплив соціально-конституціональних факторів на концепцію хвороби

Стать

Із хворобою часто пов'язані такі неприємні явища, як біль, обмеження рухливості, пошкодження (або навіть втрата) окремих органів тощо. Чоловіки й жінки не завжди однаково реагують на ці явища, що й зумовлює деякі гендерні відмінності при формуванні типу реагування на хворобу.

До особливостей, які мають кореляції зі статтю людини, можна віднести відомі факти про те, що зазвичай жінки краще переносять больові відчуття, стани тривалої обмеженості або повне знерухомлення.

Цей факт може бути пов'язаний як із психофізіологічними особливостями статі, так і з психологічними градаціями ролі жінки й чоловіка в певних суспільствах і культурах (наприклад, ставлення до пологів та ін.).

Спостереження в травматологічній клініці показують, що коли пацієнтові доводиться перебувати у вимушеній позі протягом декількох місяців, то чоловіки значно гірше, ніж жінки, емоційно переносять тривалий період обмеження рухливості.

Вік

Відомо, що для кожної вікової групи існує свій реєстр тяжкості захворювань — своєрідний розподіл хвороб за соціально-психологічною значущістю й *важкістю*.

Для *дітей, підлітків і молоді* найбільш важкими в психологічному відношенні виявляються хвороби, які змінюють зовнішній вигляд людини, робить її непривабливою. Таким чином, найбільш важкі психологічні реакції можуть викликати хвороби, що не носять з медичної точки зору загрози для життя. Наприклад, алергічні та інші шкірні реакції, опіки, травми та операції, що залишають візуально помітні наслідки.

Дисморфоманія — це помилкова переконаність людини (частіше дівчата) в наявності у неї каліцтва, патологічного зовнішнього недоліку.

Така хибна впевненість поширюється, зокрема, на оцінку повноти або диспропорцій тіла, риси обличчя тощо.

Особи *зрілого віку* психологічно більш важко реагуватимуть на хронічні захворювання й такі, що інвалідизують. Це пов'язано також із системою цінностей і відображає потреби людини в благополуччі, незалежності, самостійності та ін.

Також підвищену значущість для зрілих людей мають хвороби, що можуть викликати відчуття сорому за себе, наприклад, такі як венеричні та психічні захворювання. Психологічна реакція на них пов'язана не із загрозою для здоров'я, а з переживаннями щодо того, як зміниться соціальний статус і авторитет у тому разі, якщо про такі недуги стане відомо оточуючим.

Для *літніх і старих* людей найбільш значущими є хвороби, які можуть спричинити смерть. Інфаркт, інсульт, злоякісні пухлини страшні для них не тим, що можуть призводити до втрати працездатності, а тим, що асоціюються зі смертю.

Професія

Людина, особливо зрілого віку, дуже часто оцінює тяжкість хвороби, виходячи з впливу симптомів захворювання на її теперішню й майбутню працездатність. Особливо значущою є професійно зумовлена цінність того чи іншого органу.

Наприклад, оперний співак може психологічно більш важко ставитися до ангіни або бронхіту, ніж до гастриту й виразки

шлунку. Це пов'язано з тим, наскільки істотно впливають симптоми хвороби на якість виконання професійних обов'язків.

Для спортсмена або іншої людини, зайнятою активною фізичною працею, підвищено значущим може виявитися швидше остеохондроз хребта, ніж депресія, а для людини творчої професії — навпаки.

Цілком імовірно, що машиніст баштового крану буде гостріше переживати гіпертонічну хворобу і церебральний атеросклероз із симптомом запаморочення, ніж представники «сидячих» наземних професій.

Вплив індивідуально-психологічних чинників на концепцію хвороби

Темперамент

Темперамент — це біологічно зумовлені індивідуальні особливості людини, що визначають динамічну та емоційну сторони її психічної діяльності й поведінки.

Нерідко поріг больової чутливості корелює з рівнем емоційності. В рамках чотирьох типів темпераменту більш низькі больові пороги у холерика і меланхоліка, в порівнянні з сангвініком і флегматиком.

В той же час вважається, що екстраверти й інтроверти по-різному реагують на біль. На думку Айзенка, екстраверти сприймають всі рівні стимуляції (в тому числі больові) менш інтенсивно, ніж інтроверти.

Розглядаючи параметр загальної рухової активності, логічно припустити, що обмеження рухливості або знерухомлення через хворобу можуть служити психологічною фрустрацією для осіб, руховий режим яких орієнтований на швидкість дій, схильність до інтенсивних фізичних навантажень, — це передусім холерики й сангвініки.

Характер

Характер — це сукупність відносно стійких індивідуальних особливостей особистості, які складаються та виявляються в діяльності й спілкуванні та викликають типові способи поведінки.

Характерологічно зумовлене суб'єктивне ставлення до хвороби формується головним чином у процесі сімейного виховання. В рамках «стоїчної» традиції виховання дитини постійно заохочується поведінка, спрямована на самостійне подолання поганого самопочуття. Протилежна їй «іпохондрична» сімейна традиція націлена на формування надзвичайно уважного, ретельного ставлення до здоров'я. У сім'ї дитина звикає при щонайменшій зміні самопочуття звертати власну увагу і увагу оточуючих на хворобливі симптоми.

До найважчих хвороб у конкретній родині можуть відноситися не «об'єктивно» важкі, а ті, від яких найчастіше страждали члени сім'ї.

Особистість

Серед особистісних особливостей, що впливають на формування суб'єктивного ставлення до хвороби, в першу чергу варто відзначити світогляд і філософську позицію щодо сенсу життя і життя після смерті. Психологічні реакції на захворювання відрізняються також у глибоко віруючих людей і воєвничих атеїстів. Подекуди перші можуть сприйняти важкі хвороби психологічно відносно комфортно, в той час як другі більш схильні до паніки, образи та відчаю в подібній ситуації.

Установка щодо походження захворювань, пов'язана з моральністю поведінки, може сприяти тлумаченню хвороби як кари, випробування, розплати за гріхи свої або своїх пращурів і т. ін. Людина може вважати, що мусить кардинально змінити свою поведінку, спокутувати провини, замолити гріхи.

Інший світоглядної установкою є уявлення про хвороби як наслідки спадкових або середовищних причин: хвороба як неминучість, збіг обставин, фатальна помилка.

Дехто схильний трактувати майже всі недуги з точки зору спадково-конституціональних факторів. Однак існує і протилежна тенденція, яка повністю заперечує значення спадковості і пояснює виникнення хвороб виключно зовнішніми факторами і поведінкою людини.

Позиція «сам винен» зазвичай пов'язана з інтернальним «локусом контролю» людини, а «винна спадковість» — з екстернальним.

Також подекуди трапляються й такі погляди на захворювання, що базується на містичному підході до процесів патогенезу: хвороба внаслідок заздрощів, ревнощів. В рамках такого підходу джерела хвороб бачаться в упередженому ставленні оточуючих до людини. Процес виникнення хвороб розглядається як екстраполяція «негативної енергії» на реципієнта.

До числа особистісних параметрів, важливих для розуміння психічного реагування на хворобу, відноситься так звана «антиципаційна спроможність».

Антиципаційна спроможність — це здатність хворого передбачати хід подій, передбачити поведінку оточуючих і власні реакції на перебіг хвороби.

До антиципаційної спроможності відноситься здатність побудови програми власних дій, наприклад, в разі появи тяжкої хвороби, яка може змінити звичайний життєвий стереотип, призвести до інвалідності або смерті. Пацієнт, що володіє антиципаційною спроможністю, створює кілька програм і готує себе до всіх.

Якщо пацієнт не виробляє антиципаційної програми, націлюється лише на один — бажаний — результат подій, то реальний факт хвороби може стати для нього серйозною психічною травмою і викликати неадекватний тип психологічного реагування на хворобу аж до психозу.

Рівень освіченості та культури людини також впливає на оцінку суб'єктивної важкості хвороби. Особливо це стосується рівня медичної освіченості й культури. Причому негативними в психологічному відношенні виявляються будь-які крайнощі: як низька медична культура, так і висока, які з однаковою ймовірністю здатні викликати психологічно важкі реакції. В одному випадку, це буде пов'язано з недоліком, в іншому — з надлишком інформації про хвороби, їх об'єктивної тяжкості, перебіг і результати.

Типи психологічного реагування на хворобу

У клінічній психології типологію реагування на захворювання можна представити на основі оцінки впливу трьох чинників (А. Е. Личко і Н. Я. Івановим):

- 1) природи самого соматичного захворювання;

2) типу особистості, в якому найважливішу складову частину визначає тип акцентуації характеру;

3) ставлення до цього захворювання в референтній для хворого групі.

Схожі типи реагування об'єднані в блоки.

Перший блок включає типи ставлення до хвороби, при яких соціальна адаптація істотно не порушується (гармонійний, ергопатичний та анозогнозичний типи).

У другий блок входять типи реагування, що призводять до психічної дезадаптації переважно з антрапсихічною спрямованістю (іпохондричний, тривожний, меланхолійний та апатичний). Емоційно-афективна сфера ставлень у хворих із такими типами реагування клінічно проявляється в дезадаптивній поведінці: реакціях за типом дратівливої слабкості, тривожному, пригніченому стані, «відходом» у хворобу, відмову від боротьби — «капітуляції» перед захворюванням і т. ін.

Третій блок включає типи реагування з порушенням психічної адаптації за інтерпсихичним варіантом, яке найбільшою мірою залежить від преморбідних особливостей особистості хворих (егоцентричний, неврастенічний, obsесивно-фобічний, сенситивний, ейфорійний, паранояльний). Хворі з цими типами ставлення до хвороби при різних емоційно-афективних реакціях на захворювання також характеризуються дезадаптивною поведінкою, що призводить до порушення їх соціального функціонування.

Типи реагування на хворобу без порушення соціальної адаптації

Гармонійний

Твереза оцінка свого стану без схильності перебільшувати його важкість і без підстав бачити все в похмурому світлі, але й без недооцінки важкості хвороби. Прагнення у всьому активно сприяти успіху лікування. Небажання обтяжувати інших проблемами догляду за собою. У разі несприятливого прогнозу в сенсі інвалідизації — переключення інтересів на ті сфери життя, які залишаються доступними хворому.

При гармонійному типі психічного реагування важливим є реалізм у сприйнятті симптомів і розумінні об'єктивної тяжкості захворювання. При цьому пацієнт намагається спиратися в своїх реакціях на відомі науці (медицині) факти про можливості лікування від конкретної хвороби, про походження симптомів і т. ін.

Ергопатичний

«Відхід від хвороби в роботу». При об'єктивній важкості хвороби й страждань хворі намагаються будь-що продовжувати роботу. Трудяться з жорстокістю, з іще більшим завзяттям, ніж до хвороби, роботі віддають весь час, намагаються лікуватися і піддаватися обстеженням так, щоб це не заважало роботі. Намагаються не піддаватися хворобі, активно переборювати себе, долають нездужання й болі. Їхня позиція полягає в тому, що немає такого захворювання, якого не можна було б подолати самотужки. Такі пацієнти часто є принциповими супротивниками ліків.

Анозогнозичний

Активне відкидання думок про хворобу, про можливі її наслідки.

Невизнання себе хворим. Заперечення очевидного в проявах хвороби, приписування їх випадковим обставинам або іншим несерйозним захворюванням. Відмова від обстеження та лікування. Бажання «обійтися своїми засобами».

Анозогнозія зустрічається досить часто. Вона може відображати внутрішнє неприйняття статусу хворого, небажання рахуватися з реальним станом речей. З іншого боку, за цим може стояти омана людини з приводу значущості ознак хвороби. Активне невизнання себе хворим зустрічається, наприклад, при алкоголізмі, оскільки сприяє ухиленню від лікування.

Типи реагування на хворобу з порушенням соціальної адаптації за інтрапсихічним варіантом

Іпохондричний

Зосередження на суб'єктивних хворобливих та інших неприємних відчуттях. Прагнення постійно розповідати про них

оточуючим. Переоцінка дійсних і вишукування неіснуючих хвороб і страждань. Перебільшення побічної дії ліків. Поєднання бажання лікуватися з відсутністю віри в успіх. Вимоги ретельного обстеження в поєднанні з острахом шкоди й болючості діагностичних процедур.

Пацієнт із іпохондричним типом реагування схильний до егоцентризму. При розмові з будь-якою людиною звертає увагу співрозмовника на незвичайність і важкість наявних у нього хворобливих ознак. Іпохондрик відчуває полегшення, якщо співрозмовник ставиться до нього співчутливо. З'являється схильність до деталізації свого самопочуття при описі його лікарям або іншим слухачам. Мотивом докладного викладу власних скарг є страх упустити щось важливе, суттєве для розуміння його стану і правильної діагностики. Негативну реакцію іпохондрика викликає недовіра до його скарг з боку оточуючих, їх закиди в симуляції та перебільшенні важкості розладу.

Тривожний

Безперервне занепокоєння і недовірливість щодо несприятливого перебігу хвороби, нав'язливі побоювання стосовно можливих ускладнень, неефективності й навіть небезпеки лікування. Пошук нових способів лікування, жага додаткової інформації про хворобу, можливі ускладнення, методи терапії, безперервний пошук медичних «авторитетів».

На відміну від іпохондриків, тривожних хворих більше цікавлять об'єктивні дані про хворобу, ніж власні відчуття. Тому вони вважають за краще більше слухати висловлювання інших, ніж без кінця пред'являти свої скарги. Настрій тривожний, пригнічений. Тривожний тип психічного реагування на захворювання є одним із найбільш поширених. Виникають побоювання, що хвороба надовго й суттєво змінить звичний стереотип життя. Проявом тривоги може бути підвищений інтерес пацієнта до медичної літератури, прискіпливість до медичного персоналу, націленість на повторну перевірку одержуваних від лікарів відомостей про хвороби.

Меланхолійний, або депресивний

Пригнічений хворобою, відсутність віри в одужання, у можливе поліпшення, в ефект лікування. Активні депресив-

ні висловлювання аж до суїцидальних думок. Песимістичний погляд на все навколишнє. Невіра в успіх лікування навіть при сприятливих об'єктивних даних.

Меланхолійний, або депресивний тип реагування на хворобу нерідко виникає через наявну в пацієнта негативну інформацію про неможливість лікування від недуги. Нерідко він зустрічається у медичних працівників через їхні різноманітні знання, отримані в процесі навчання і практики. Націленість на найгірший результат, песимістична оцінка майбутнього призводять інколи хворих до суїцидальних намірів.

Апатичний

Апатія в повному розумінні — це повна байдужість до своєї долі, до результату хвороби, до результатів лікування. Пасивне підпорядкування процедурам і лікуванню тільки при наполегливому спонуканні ззовні. Втрата інтересу до всього, що раніше хвилювало.

Власне апатичний тип, тобто із повною втратою інтересу до всього, в соматичної клініці зустрічається вкрай рідко. Тому подібне психічне реагування найчастіше доречно позначити як гіпопатичне. Зазвичай байдужість зумовлено депресією та фіксацією на власному стані. Суттєво знижується інтерес і активність в усіх сторонах життя за винятком здоров'я.

Типи реагування на хворобу з порушенням соціальної адаптації за інтерпсихічним варіантом

Егоцентричний

«Відхід у хворобу», виставляння напоказ оточуючим своїх страждань і переживань з метою повністю заволодіти їхньою увагою. Вимога виняткової. Розмови оточуючих швидко переводяться на себе. В інших людях, що також потребують уваги й піклування, бачать «конкурентів» і ставляться до них неприязно. Постійне бажання показати своє особливе становище, свою винятковість щодо хвороби.

«Втеча у хворобу» нерідко використовується хворими для докорів і шантажу оточуючих. Скарги описуються дуже барвисто, у супроводі манірної жестикуляції та вираженої міміки.

Емоції пацієнта носять гротескний характер. Оскільки основним мотивом поведінки людини стає залучення до власної персони уваги оточуючих, егоцентричний тип реагування іноді називають істеричним.

Неврастенічний, або астенічний

Поведінка за типом «дратівливої слабкості». Спалахи роздратування, особливо при болях, при неприємних відчуттях, при невдачах лікування, при несприятливих даних обстеження. Роздратування нерідко виливається на першого-ліпшого, а завершується нерідко каяттям і сльозами. Непереносимість больових відчуттів, нетерплячість, нездатність чекати полегшення. В подальшому — співчуття з приводу заподіяного занепокоєння і нестриманості.

Неврастенічний, або астенічний, тип реагування є найбільш поширеною та неспецифічною відповіддю організму й особистості на захворювання. Його основою є підвищена дратівливість у відповідь як на фізичні явища (яскраве світло, гучні звуки, різкі запахи), так і на ставлення оточуючих. Пацієнт стає примхливим, вибагливим. Він шукає ласки, участі, заспокоєння. Схильний до вираження гніву, якщо його очікування щодо поведінки оточуючих не виправдовуються.

Обсесивно-фобійний, або дисфорійний

Тривожність, яка перш за все стосується побоювань не реальних, а малоймовірних ускладнень, невдач лікування, поганого результату, а також можливих (але теж малообґрунтованих) невдач у житті, роботі, сімейній ситуації у зв'язку із хворобою. Уявні побоювання хвилюють більше від реальних. Захистом від тривоги стають прикмети та ритуали.

Пацієнт стає забобонним. Він надає особливого значення дрібницям, які перетворюються для нього на своєрідні знамення. Невротичні ритуали пов'язані з підвищеною тривожністю пацієнта і носять захисний характер.

Сенситивний

Надмірна заклопотаність пацієнта щодо можливого несприятливого враження, яке може справити на оточуючих

інформація про його хворобу. Побойовання, що його стануть уникати, вважати неповноцінним, зневажливо ставитися, розпускати плітки про причини й природу захворювання. Боязнь стати тягарем для близьких і очікування недоброзичливого ставлення з їхнього боку у зв'язку з хворобою.

Основою сенситивного ставлення до хвороби є рефлексивний стиль мислення, орієнтація на думку й оцінку оточуючих. У зв'язку з цим істотними стають не власні хворобливі або неприємні відчуття внаслідок хвороби, а передбачувана реакція на інформацію про хворобу з боку референтної групи. Такі хворі нерідко на шкоду своєму здоров'ю соромляться звертатися до лікаря або медичної сестри навіть у випадках загрози для життя. Відзначаються боязкість, сором'язливість, підвищена скромність таких пацієнтів.

Ейфорійний

Необґрунтовано підвищений настрій, нерідко награний. Нехтування, легковажне ставлення до хвороби й лікування. Надія на те, що «все само собою обійдеться». Бажання отримувати від життя все, не дивлячись на хворобу. Легкість порушень режиму, незважаючи на те, що ці порушення можуть несприятливо позначатися на перебігу хвороби. Хворий стає нагано балакучий, метушливий.

Подібне реагування може носити захисний характер або відображати характерологічні особливості людини.

Паранояльний

Впевненість у тому, що хвороба є результатом чийогось злого умислу. Крайня підозрілість до ліків і процедур. Прагнення приписувати можливі ускладнення лікування або побічні дії ліків недбалості або злому наміру лікарів і персоналу.

Паранояльний (в цьому контексті — маячноподібний) тип реагування відображає містичну світоглядну позицію хворого, що вбачає таємний сенс його хвороби й причин її виникнення. Такий тип реагування виникає переважно на базі особистісних особливостей.

Для паранояльного синдрому характерним є поступове формування систематизованого марення, емоційно насиченого

і до певної міри правдоподібного, позбавленого явних безглуз-
дих значень. За змістом це найчастіше марення винахідництва,
ревнощів, фізичної вади тощо. Як правило, такий синдром дуже
стійкий.

Також виокремлюють такі *типи внутрішньої картини хвороби* (Р. Конечний, М. Боухал — 1976):

- **нормальна (адекватна)** — хворий реально оцінює свій стан; ставлення відповідає об'єктивній дійсності: без перебільшення або недооцінки; небажання обтяжувати оточуючих проблемами догляду за собою, перемикання на доступні сфери діяльності;
- **зневажлива** — хворий недооцінює важкість стану;
- **заперечення** — людина заперечує факт захворювання;
- **нозофобна** — у хворого перебільшене побоювання за своє здоров'я та розуміння цього перебільшення, але подолати своїх побоювань він не може;
- **іпохондрична** — людина занурюється, «йде» в хворобу;
- **нозофільна** — хворий отримує задоволення від того, що хвороба звільняє його від якихось обов'язків;
- **утилітарна (рентна)** — хворий отримує певну вигоду від хвороби, матеріальну або моральну.

Традиційне розуміння хвороби пов'язують із негативною її стороною. Однак подекуди існує і позитивна сторона захворювання. Завдання лікаря — шукати її та показати хворому. Це часто допомагає налагодити потрібний психотерапевтичний контакт і підбадьорює пацієнта.

«Переваги» хвороби зрозумілі в місцях позбавлення волі. Але й у повсякденному житті хвороба може «зняти» з хворого необхідність приймати важливі рішення по службі або в побуті, звільнитися від тих чи інших труднощів, давати певні переваги (психологічні, соціальні) перед іншими людьми, подекуди може виявитися компенсацією почуття неповноцінності.

Існують класифікації типів реакції на хворобу, які враховують соціальні наслідки захворювання. Збігнев Ліповскі висловлював думку (1983), згідно з якою психосоціальні реакції

на хворобу складаються з *реакцій на інформацію про захворювання, емоційних реакцій* (тривог, горе, депресія, сором, відчуття провини тощо) та *реакцій подолання хвороби*.

Науковець підкреслив, що реакції на інформацію про захворювання залежать від «характеру значущості» хвороби для людини:

1) **хвороба-погроза** або **хвороба-виклик**: типи реакцій — протидія, тривога, відхід або боротьба (іноді паранояльна);

2) **хвороба-втрата**: типи реакцій — депресія або іпохондрія, розгубленість, горе, спроба привернути до себе увагу, порушення режиму;

3) **хвороба-виграш** або **хвороба-позбавлення**: типи реакцій — байдужість, життєрадісність, порушення режиму, ворожість стосовно до лікаря;

4) **хвороба-покарання**: типи реакції — пригніченості, сорому, гніву.

Завдання лікаря — оптимальна корекція моделі хвороби, корекція «масштабу переживань».

Переживання хвороби в часі

У переживаннях і ставленні людини до своєї хвороби в динаміці можна спостерігати такі етапи.

1. **Передмедична фаза** — триває до початку спілкування з лікарем, з'являються перші ознаки хвороби, й людина приймає рішення про звернення по медичну допомогу.

2. **Фаза ломки життєвого стереотипу** — перехід у таку стадію хвороби, коли хворий стає ізольованим від роботи, а часто і від сім'ї при госпіталізації. У нього немає впевненості в характері й прогнозі свого захворювання, і він сповнений сумнівів і тривог.

3. **Фаза адаптації до хвороби** — знижується почуття напруженості й безвиході, тому що гострі симптоми хвороби поступово зменшуються, хворий вже пристосувався до факту захворювання.

4. **Фаза «капітуляції»** — хворий примиряється з долею, не робить активних зусиль до пошуку нових методів лікування й розуміє обмеженість можливостей. Він стає байдужим або похмурим.

5. Фаза формування компенсаторних механізмів пристосування до життя, установки на отримання будь-яких матеріальних чи інших вигод від хвороби (рентні установки).

2. Психологічні особливості хворих із різними соматичними захворюваннями

Загальні принципи вибору хворою людиною тих чи інших типів психічного реагування на захворювання, закономірності формування ставлення до хвороби поєднуються в клініці зі специфічними особливостями психічного стану пацієнтів, у яких виникли хвороби. Можна говорити про вплив самої хвороби на характер реагування на її появу, перебіг, успішність лікування та результат. При цьому типовість реакції на захворювання залежить від *параметрів хвороби* в такій же мірі, як і від *індивідуально-психологічних особливостей людини*.

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 й невротичні реакції, хворі стійко фіксують свою увагу на соматичних відчуттях.

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

При *церебральному атеросклерозі* хворі стають вразливими, необґрунтовано 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 реагування з переживаннями страху і внутрішньої тривоги. Часто проявляється роздратованість, образливість, стомлюваність. Нерідко хворі вступають у конфлікт вдома та в лікарнях із персоналом. У багатьох пацієнтів розвивається патологічна впевненість в онкозахворюванні.

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

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

Синдром Іценка-Кушинга характеризується іпохондричним, істеричним сприйняттям захворювання. 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 спостерігається іпохондричне, істеричне реагування на захворювання.

Шкірно-венерологічні захворювання. Хворим притаманні відчуття сором'язливості, скутості, особливо з висипанням на відкритих частинах тіла. Хворі усамітнюються, стають дратівливими, неврівноваженими. Особливо важко переносять хворобу молоді люди, у яких формуються думки про власну неповноцінність. Венеричні захворювання мають глибоко психотравматичний

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 наркоманія є 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 в міжособистісних стосунках. З метою компенсації їх, одні бажають викликати задоволення та ейфорію, інші — розслабитися, вживаючи алкоголь чи наркотики. Поступово настає алкогольна деградація особистості, для якої характерні гидливість, хвалькуватість, вульгаризація поведінки, цілковите звуження соціальних інтересів, повна трудова та сімейна дезадаптація, втрата усіх значущих раніше зв'язків та інтересів, егоцентризм, втрата почуття совісті, а також вищих емоцій та вольових якостей, відсутність критичного ставлення до того, що відбувається. Спостерігається поступове зниження інтелекту.

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

Психологія хворих, що помирають

Психологічні особливості помираючих хворих входять до предмета вивчення *танатології* — науки про вмирання. Нині прийнято виокремлювати 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 в різних спеціалістів, використовує будь-які методи лікування.

2. Стадія протесту: «Чому саме я? У мене ж ще стільки справ» і т. ін. Хворий та його рідні часто звертаються до лікарів із 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 відтермінування. У цьому періоді відбувається сприйняття істини й 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 уже готовий прийняти смерть, закінчив усі свої земні турботи, заглибився в себе.

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

Нейропсихологічні особливості людей із хронічними захворюваннями

Іноді хвороба заходить так далеко, що людина стає повністю залежною 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») призводять до різкого обмеження можливості повернення до нормальних, здорових адаптивних стереотипів. Відбувається неусвідомлена перебудова центральної нервової

системи і низки функцій внутрішніх органів. Формується «установка на хворобу» чи «воля до хвороби», що призводить до фізіологічної трансформації функціональних порушень внутрішніх органів у незворотні, органічні. Найважчим 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, спадковість, 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 й 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, настає замкнутість, тривожність. Часто виникають надмірні емоційні реакції на зміни болю, на різні негативні психологічні впливи у вигляді розгубленості, тривоги, страху, відчаю, різких афективних спалахів. Більшість таких хворих вразливі, навіювані й насторожені. Проявляються підсвідомі психологічні захисні механізми особистості. Часто домінують стійкі іпохондричні ідеї. Зміни характеру часто заважають чи ускладнюють одужання, призводять до інвалідності, створюють конфлікти в 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 цієї особи;

– досягнення зацікавленості в підвищенні вольових здібностей, спрямованих на повноцінне, здорове життя.

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

Питання для обговорення:

1. Особливості психіки хворих у терапевтичній клініці.
2. Особливості психіки хірургічного та онкологічного хворого в залежності від етапу лікування.
3. Психологічні зміни у хворих при ендокринній патології.
4. Особливості психіки хворих при інфекційних захворюваннях.
5. Зміни психіки хворих при вадах розвитку та пошкодження обличчя та тіла.
6. Психологічні зміни особистості вагітних жінок у залежності від триместру вагітності та психічні розлади періоду вагітності та пологів.
7. Особливості психіки хворих дітей та осіб похилого віку.

Завдання для самостійного вивчення

Назва теми	Вид завдання
II. Основи психологічного впливу у клініці та деонтологічна робота психолог	
Тема 6. Психологія хворого	
1. Психологія хворого при інфаркті міокарда.	*Підготувати мультимедійну презентацію з теми заняття. *Підготуватися до семінарського заняття, законспектувавши на вибір рекомендовані до теми літературні джерела.
2. Психологія хворого при гіпертонічній хворобі.	
3. Психологія жінки в період вагітності.	
4. Психологія жінки після пологів.	
5. Психологія жінки при гінекологічних захворюваннях.	
6. Особливості психіки хворої дитини.	

Тема 7. Клінічні аспекти суїцидології

Мета заняття — уміти розпізнати різні варіанти девіантної поведінки та знати основні принципи надання психологічної допомоги пацієнтам із суїцидальними тенденціями.

Зміст заняття

1. Теорія самогубства.
2. Проблематика суїцидальної поведінки.

1. Теорія самогубства

Суїцид (англ. *suicide* — самогубство) — акт самогубства, який чинить людина в стані сильного душевного розладу або під впливом психічного захворювання.

Ситуації, коли смерть заподіюється особою, яка не може віддавати собі звіт у своїх діях чи керувати ними, а також у результаті необережності суб'єкта, відносять не до самогубств, а до нещасних випадків.

Основні концепції, що пояснюють суїцидальну поведінку, можна умовно розділити на **три групи**: соціологічну, психопатологічну та соціально-психологічну.

У рамках **соціологічного підходу** декларується зв'язок між суїцидальною поведінкою і соціальними умовами. В основі подібних поглядів лежить вчення Е. Дюркгейма про «аномії» — порушення в ціннісно-нормативній системі суспільства. Дюркгейм відзначав, що кількість самогубств у суспільстві визначають «колективні уявлення» як особливі фактори соціального життя, які визначають індивідуальне бачення світу (цінності, моральні норми). Наприклад, колективний зв'язок, згуртованість суспільства в цьому сенсі затримують самогубства. Коли згуртованість суспільства слабшає, індивід відходить від соціального життя й ставить свої особисті цілі вище від прагнення до загального блага, що може стати причиною рішення піти з життя.

На самогубства, почасти, впливає **політична ситуація**, у тому числі війни. У 1866 р., коли вибухнула війна між Ав-

стрією та Італією, число самогубств в обох країнах знизилося на 14%. Та ж тенденція спостерігалася і під час Другої світової. Навпаки, в мирний час армія є благодатним соціальним середовищем для самогубств, ймовірно, в силу атмосфери самозречення і знеособлення. Для всіх європейських країн встановлено, що схильність до самогубства у військових значно інтенсивніше, ніж у цивільних осіб того ж віку.

Відомо, що *економічні кризи* мають здатність посилювати схильність до самогубства.

Сучасні дослідники самогубства як соціального явища виокремлюють як важливий фактор розвитку *релігійної свідомості* суспільства. Віра, особливо іслам, істотно знижує ймовірність суїцидальної поведінки. У релігійній етиці самогубство розцінюється як важкий гріх, що накладає моральну заборону на суїцидальну поведінку віруючої людини. У християнських державах сьогодні спостерігається лібералізація суспільного ставлення до самогубств. Усе більш серйозно обговорюється можливість еутаназії — добровільного відходу з життя за допомогою лікаря. У 2002 р. в Голландії (вперше в історії людства) прийнятий закон, що регулює еутаназію.

Істотним є *сімейний вплив*. Так, наявність самогубств в історії сім'ї підвищує ризик виникнення суїциду. Крім того, особистісні особливості батьків, наприклад депресивність, можуть виступати фактором суїцидальної динаміки.

Психопатологічний підхід розглядає суїцид як прояв гострих або хронічних психічних розладів. Траплялися, але виявилися безуспішними спроби виділення самогубств в окрему нозологічну одиницю — суїцидоманію. Дещо схожу позицію висловлює погляд на суїцидальну поведінку як прикордонний стан. А. Є. Личко пише: «Суїцидальна поведінка у підлітків — це в основному проблема прикордонної психіатрії, тобто галузі вивчення психопатій і непсихотичних реактивних станів на тлі акцентуації характеру».

У цілому статистично достовірного зв'язку між суїцидальною поведінкою і конкретними психічними розладами не виявлено. Тим не менш, для деяких патологічних станів і розладів суїцидальний ризик вище, наприклад для гострого психотичного

стану та для депресії. Депресія найбільш часто згадується у зв'язку із суїцидами, що визначає необхідність її пильного розгляду.

В діагностичному сенсі термін «депресія» позначає афективні порушення, присутні в широкому спектрі нозологічних одиниць з різною етіологією та клінічними проявами. Депресія переживається суб'єктивно як стан пригніченості, безнадії, безпорадності, провини. У конкретної людини не менше двох тижнів повинні виявлятися три і більше його ознаки:

- зниження інтересів або задоволення від діяльності, зазвичай приємної;
- відсутність реакції на діяльність (події), які в нормі її викликають;
- пробудження вранці за два (або більше) години до звичайного часу;
- зовні виражена психомоторна загальмованість або ажитация;
- помітне зниження (підвищення) апетиту;
- зниження ваги;
- помітне зниження лібідо;
- зниження енергії;
- підвищена стомлюваність.

Додатково до соматичних називаються психологічні ознаки: зниження самооцінки; безпричинне відчуття самоосуду; надмірне й неадекватне відчуття провини; повторювані думки про смерть, суїцидальна поведінка; нерішучість. Іншим частим симптомом є порушення ясності або ефективності мислення, іноді настільки виражене, що може бути прийнято навіть за органічну деменцію. Депресивний стан, таким чином, крім суб'єктивно поганого настрою має виражені соматичні прояви, знижену самооцінку, порушення мислення.

Більшість науковців вважають, що суїцидальні дії можуть здійснювати як особи з психічними захворюваннями, так і здорові люди. У першому випадку мова повинна йти про прояви патології, що вимагає переважно медичного втручання. У другому випадку можна говорити про відхилення практично здорової людини у відповідь на психотравматичну ситуацію, що передбачає надання термінової соціально-психологічної допомоги.

Соціально-психологічні концепції пояснюють суїцидальну поведінку соціально-психологічними чи індивідуальними факторами. Перш за все, самогубства пов'язуються з втратою сенсу життя. В. Франкл вказував, що пов'язана з цим екзистенційна тривога переживається як жах перед безнадією, відчуття порожнечі й безглуздості, страх провини й осуду.

Низки дослідників розцінюють суїцидальну поведінку як наслідок соціально-психологічної дезадаптації особистості в умовах мікросоціального конфлікту.

Соціально-психологічна дезадаптація, як невідповідність організму і середовища, може виявлятися в різному ступені і в різних формах. Розрізняють психологічну дезадаптацію, що лімітує (непатологічна) та таку, що трансформує (патологічна) пристосувальний процес. Кожна з цих форм може бути парциальною (частковою) і тотальною (загальною).

Поява патологічних форм адаптації є характерною для прикордонних розладів, при яких найбільш схильні до зриву ціннісно-орієнтаційна та комунікативна діяльність при загальному зниженні інтенсивності та пластичності процесу пристосування. Психотичні розлади являють собою глобальну дезадаптацію з переходом на якісно новий рівень патологічного реагування.

Об'єктивні причини і суб'єктивні переживання можуть не відповідати одна одній. Дезадаптація — лише одна з умов можливого суїциду. Виокремлюють predisposиційну і суїцидальну фази соціально-психологічної дезадаптації, що веде до суїциду. Predisposиції (наявність дезадаптації) не служать прямою детермінантою суїцидальної поведінки. Вирішальне значення для переходу її в суїцидальну фазу має конфлікт, який переживає особистість. Конфлікт може носити міжособистісний або внутрішньоособистісний характер. Розв'язання конфлікту залежить від системи резервних адаптаційних механізмів. Конфлікт, що перевищує поріг дезадаптації особистості, є кризовим.

У рамках соціально-психологічного підходу також широко представлені роботи, які вивчають зв'язок між особистісними особливостями і суїцидальною поведінкою.

Виокремлюють три основні властивості, характерні для суїцидента:

- 1) підвищена напруженість потреб;

2) підвищена потреба в емоційній близькості при надзвичайно високій значущості стосунків;

3) низька фрустраційна толерантність і слабка здатність до компенсацій.

Отже, для суїцидента характерними є як занижена самооцінка, так і висока потреба в самореалізації. Це зазвичай чутлива, емпатійна людина зі зниженою здатністю переносити біль. Її відрізняють висока тривожність і песимізм, тенденція до самозвинувачення та схильність до звуженого (дихотомічного) мислення. Також відзначаються труднощі вольового зусилля і тенденція відходу від вирішення проблем.

Основні чинники ризику суїцидальної поведінки особистості:

- попередні спроби суїциду (цієї людини);
- сімейна історія суїциду;
- кризова ситуація (невиліковна хвороба, смерть близької людини, безробіття і фінансові проблеми, розлучення);
- сімейний фактор (депресивність батьків, дитячі травми, хронічні конфлікти, дисгармонічне виховання);
- емоційні порушення (перш за все депресія);
- психічні захворювання (алкоголізм, наркоманія, шизофренія);
- соціальне моделювання (демонстрація суїциду ЗМІ, їх зображення в літературних творах — «ефект Вертера»).

Крім того, виокремлюються такі групи ризику: молодь, люди похилого віку, сексуальні меншини, військовослужбовці, ветерани воєн і військових конфліктів, лікарі та представники деяких інших професій.

2. Проблематика суїцидальної поведінки

Суїцидальна поведінка — це різні форми активності людей, що зумовлені прагненням позбавити себе життя і слугують засобом розв'язання особистісної кризи, яка виникла при зіткненні особистості з перешкодою на шляху задоволення її найважливіших потреб. На тлі гострого емоційного стану криза досягає такої інтенсивності, що людина не може знайти правильного виходу зі сформованої ситуації. Вона втрачає сенс життя.

Зазвичай самогубство розглядається як феномен соціально-психологічної дезадаптації особистості в умовах мікросоціальних конфліктів.

Розрізняють спробу самогубства (парасуїцид) і реалізоване самогубство. Інколи стверджують, що невдала спроба самогубства свідчить, що наміри були несерйозними. Проте не варто розраховувати на таке пояснення, адже в багатьох випадках може відбутися повторна спроба.

Наводять такі **критерії ризику потенційних самовбивць**:

– одинокі чоловіки (розлучені й такі, що при цьому не мають близьких друзів) старше 40 років;

– особи, що живуть самі;

– алкоголіки;

– люди, що пережили велику втрату;

– люди похилого віку, що мають соматичні захворювання.

Виокремлюють **основні умови, що можуть сприяти самогубству**:

– депресія;

– дезорієнтація з галюцинаціями й маренням;

– прагнення повернути собі контроль за оточенням у певних обставинах (наприклад, невиліковно хвора людина може намагатися здійснити самогубство з метою взяти під контроль час своєї смерті);

– залежність від інших і значна незадоволеність таким становищем.

Суїцидальна поведінка має **внутрішні та зовнішні форми** свого прояву.

Внутрішніми формами суїцидальної поведінки є:

Антивітальні переживання — роздуми про відсутність цінності життя, що виражаються у формулюваннях типу: «жити не варто», «не живеш, а існуєш», де ще немає чітких уявлень про власну смерть, а є заперечення життя.

Пасивні суїцидальні думки характеризуються уявленнями, фантазіями на тему своєї смерті, але не на тему позбавлення себе життя як довільної активності. Прикладом може бути висловлювання: «добре було б померти», «заснути і не прокинутися» та ін.

Суїцидальні задуми — це активні форми прояву суїцидальності, тобто тенденція до самогубства, глибина якої наростає паралельно ступеню розробки плану її реалізації. Продумуються способи суїциду, час та метод.

Суїцидальні наміри передбачують приєднання до задуму рішення та вольового компоненту, що спонукає до безпосередньо переходу у зовнішню поведінку.

Пресуїцид. Період від виникнення суїцидальних думок до спроб їх реалізації називають *пресуїцидальним*. Його тривалість може варіювати від хвилин («гострий пре суїцид») до місяців («хронічний пресуїцид»).

Зовнішні форми суїцидальної поведінки включають в себе суїцидальні спроби та завершений суїцид.

Суїцидальні спроби — це цілеспрямоване оперування засобами позбавлення себе життя, яке не закінчилось смертю.

Має місце і *постсуїцид* (у випадку суїцидальних спроб) — це результат таких складових, як конфліктна ситуація, що привела до спроби самогубства, сам суїцидальний акт із його психічними та соматичними компонентами, особливості переривання суїциду та подальші реанімаційні заходи, соматичні наслідки і ускладнена, нова ситуація, що склалася після спроби, а також особистісне ставлення до неї.

Існують три *основні ознаки суїцидальної поведінки*:

– прихований гнів: гнів приховують, видаючи за інші почуття, він спрямований всередину себе, похований, але наявність його можна помітити, можливі причини: тяжка втрата, положення справ не поліпшується, ніхто не може допомогти, немає ніякої надії;

– людину охоплює почуття безпорадності;

– відхід із життя, в силу його крайню важливість, краще відкласти на деякий час, спокійно все обдумати і т. ін.

Типологія суїцидів

Суїциди поділяються на **три основні групи**: *істинні, демонстративні і приховані*.

Істинний суїцид, що спрямовується бажанням померти, не буває спонтанним, хоча іноді і виглядає досить несподіваним.

Такому суїциду завжди передують пригнічений настрій, депресивний стан або просто думки про відхід із життя. Причому оточуючі такого стану людини можуть не помічати. Іншою особливістю істинного суїциду є роздуми і переживання з приводу сенсу життя.

Демонстративний суїцид не пов'язаний із бажанням померти, а є способом звернути увагу на свої проблеми, покликати на допомогу, вести діалог. Це може бути і спроба своєрідного шантажу. Смертельний результат у даному випадку є наслідком фатальною випадковістю.

Прихований суїцид (непряме самогубство) — вид суїцидальної поведінки, що не відповідає її ознаками в строгому сенсі, але має ту ж спрямованість і результат. Це дії, що супроводжуються високою ймовірністю летального результату. Більшою мірою ця поведінка націлена на ризик, на гру зі смертю, ніж на відхід із життя. Такі люди обирають не відкритий відхід із життя «за власним бажанням», а так зване суїцидально зумовлену поведінку. Це і ризикована їзда на автомобілі, і заняття екстремальними видами спорту або небезпечним бізнесом, і добровільні поїздки в гарячі точки, і вживання сильних наркотиків, і самоізоляція.

Діагностика суїцидальної поведінки має ґрунтуватися на точній оцінці ступеня бажання смерті. Наприклад, самопорізи бритвою в області передпліччя можуть бути віднесені:

а) до числа справжніх суїцидальних спроб, якщо кінцевою метою була смерть від крововтрати;

б) до розряду демонстративно-шантажних замахів, якщо метою було продемонструвати оточуючим намір померти;

в) до самоушкодження, якщо мета обмежувалася бажанням випробувати фізичний біль чи посилити стан наркотичного сп'яніння шляхом крововтрати;

г) до нещасних випадків, якщо, наприклад, за маревними міркуваннями самопорізи мали на меті «випустити з крові бісів».

Суїцидальна поведінка, як правило, супроводжується стресогенним характером життєвої ситуації і фрустрацією провідних потреб. Для суїцидента характерні: нестерпність страждань, пошук виходу із ситуації, переживання безнадійності

ситуації і власної безпорадності, аутоагресія, амбівалентне ставлення особистості до суїциду, спотворення сприймають реальності — заикленість на проблемі, «тунельний зір». Все це призводить до звуження вибору до втечі в «суїцид». При цьому суїцидальна поведінка, як правило, відповідає загальному стилю життя й особистісним установкам.

Вікові особливості суїцидальної поведінки

Вік істотно впливає на особливості суїцидальної поведінки. Наприклад, кризові періоди життя, такі, як юність або початок старості, характеризуються підвищенням суїцидальної готовності.

Суїцидальна поведінка в дитячому віці носить характер ситуаційно-особистісних реакцій, тобто пов'язана власне не з самим бажанням померти, а з прагненням уникнути стресових ситуацій або покарання. Більшість дослідників відзначає, що суїцидальна поведінка у дітей до 13 років — рідкісне явище, і тільки з 14–15-річного віку суїцидальна активність різко зростає, досягаючи максимуму до 16–19 років.

Більшість авторів вважають, що концепція смерті у дитини наближається до адекватної лише до 11–14 років, після чого дитина може по-справжньому усвідомлювати реальність і незворотність смерті. Маленька дитина швидше фантазує з приводу смерті, погано розуміючи відмінності між живим і померлим. І тільки ближче до підліткового віку смерть починає сприйматися як реальне явище, хоч і заперечується, здається малоюмовірною для себе. Отже, терміни «суїцид» і «суїцидальна поведінка» в строгому сенсі для раннього віку є малоприйнятними.

Мотиви, якими діти пояснюють свою поведінку, здаються несерйозними і швидкоплинними. Для дітей у цілому характерні вразливість, сугестивність, низька критичність до своєї поведінки, коливання настрою, імпульсивність, здатність яскраво відчувати і переживати. Самогубство в дитячому віці зумовлюється гнівом, страхом, бажанням покарати себе або інших. Нерідко суїцидальна поведінка поєднується з іншими поведінковими проблемами, наприклад прогулами школи або конфліктами.

Виникненню суїцидальної поведінки також сприяють тривожні і депресивні стани. Ознаками депресії у дітей можуть бути: сум, невластиве дітям безсилля, порушення сну та апетиту, зниження ваги й соматичні скарги, страх невдачі і зниження інтересу до навчання, почуття неповноцінності або покинутості, надмірна самокритичність, замкнутість, занепокоєння, агресивність і низька стійкість до фрустрації.

Дещо іншу картину суїцидальної поведінки ми спостерігаємо в підлітковому віці. Серед підлітків спроби самогубства зустрічаються значно частіше, ніж у дітей, причому лише деякі з них досягають своєї мети. Частота закінчених суїцидів підлітків не перевищує 1% від усіх суїцидальних дій. Суїцидальна поведінка в цьому віці частіше має демонстративний характер, в тому числі — шантажу. У підлітків також дещо зростає роль психічних розладів, наприклад депресії. До «дитячих» ознак депресії приєднуються почуття нудьги і втоми, фіксація уваги на дрібницях, схильність до бунту і непослух. Про депресію можуть віщувати також зловживання алкоголем і наркотиками.

У цілому можна говорити про значний вплив на суїцидальну поведінку підлітків міжособистісних стосунків із однолітками та батьками. Іншим надзвичайно важливим фактором, виступає вплив підліткової субкультури.

Після 14 років суїцидальна поведінка проявляється приблизно однаково часто і у дівчат і у хлопців. У юнацькому віці суїцидальна поведінка нерідко пов'язана з інтимно-особистісними відносинами, наприклад нещасною любов'ю. Ступінь депресії часто є показником серйозності суїцидальної загрози.

Дослідження показали, що найбільша кількість завершених самогубств відбувається в період від 40 до 65 років. Рівень самогубств вище серед чоловіків. Типовими стресорами зрілого віку є ситуація розлучення, втрата близької людини, звільнення з роботи, фінансова криза, смерть у родині.

Літній вік стикається з такими серйозними соціально-психологічними проблемами, як самотність, закінчення професійної діяльності, втрата можливостей, відокремлення від сім'ї та друзів тощо. Депресія у літніх людей характеризується почуттям втоми, фатальності та безнадії. Безнадія проявляється

в стійкому бажанні померти. У силу низки причин літній вік є одним із найбільш схильних до суїцидальної поведінки.

Суїцидальна мотивація

Зовнішні та внутрішні умови сприяють виникненню суїцидальної поведінки, але не є його основними причинами. У дійсності «запускають» суїцид внутрішні мотиви.

Нерідко суїцидальна мотивація має форму емоційного відгуку на кризову ситуацію. У різних ситуаціях можуть діяти різні мотиви суїцидальної поведінки: протест, помста, заклик про допомогу, уникнути страждання, самопокарання, відмова від існування.

Стресові ситуації актуалізують індивідуально забарвлені надцінні переживання (індивідуальні смисли), які можуть носити як стійко-особистісний, так і ситуаційний характер.

Виокремлюють шість *типів непатологічних реакцій* у дорослих людей із суїцидальною поведінкою:

- емоційний дисбаланс (наявність негативних афектів);
- песимізм (все погано, ситуація не має виходу, в майбутньому немає нічого хорошого);
- негативний баланс (раціональне занадто критично «підведення життєвих підсумків»);
- демобілізація (відмова від контактів і діяльності через почуття самотності і знехтуванням);
- опозиція (агресивна позиція із звинуваченнями на адресу оточуючих, що переходить в аутоагресивних, частіше демонстративну);
- дезорганізація (стан тривоги з вираженими соматовегетативними порушеннями).

Нерідко підкреслюється тісний зв'язок між суїцидом і любовним потягом. Смерть у цьому випадку може мати особливий сенс для люблячої людини — можливість возз'єднатися з коханим після смерті або знайти ту любов, на яку він марно сподівався за життя. При пристрасної закоханості суїцидальну поведінку є спробою відновити втрачений контроль над собою, зняти нестерпне напруження.

Сейр, аналізуючи почуття, що стоять за суїцидальними діями, виокремив чотири *основні причини самогубства*:

- **ізоляція** (почуття, що тебе ніхто не розуміє, тобою ніхто не цікавиться);
- **безпорадність** (відчуття, що ти не можеш контролювати життя, все залежить не від тебе);
- **безнадійність** (коли майбутнє не віщує нічого хорошого);
- **почуття власної незначущості** (уражене почуття власної гідності, низька самооцінка, переживання некомпетентності, сором за себе).

Психоаналітичні дослідження дозволяють розмежувати свідомі і несвідомі детермінанти суїцидальності.

Питання для обговорення:

1. Історико-філософські погляди на природу суїциду.
2. Соціально-психологічні теорії суїциду.
3. Особливості суїцидальної поведінки.
4. Фактори, що сприяють виникненню суїцидних намірів.
5. Пояснення суїциду.
6. Самогубства в різних вікових групах. Діти. Підлітки і молодь. Літні.
7. Терапія і суїцид.

Завдання для самостійного вивчення

Назва теми	Вид завдання
II. Основи психологічного впливу у клініці та деонтологічна робота психолог	
Тема 7. Клінічні аспекти суїцидології	
1. Ставлення до суїциду в різних релігіях світу.	*Підготувати мультимедійну презентацію з теми заняття.
2. Аутоагресивна поведінка.	*Підготуватися до семінарського заняття, законспектувавши на вибір рекомендовані до теми літературні джерела.
3. Вплив алкоголізму на суїцидальність.	
4. Методи роботи з демонстративно-шантажним суїцидом.	

Тема 8. Основи психологічного впливу в клініці

Мета заняття — *уміти визначити показання та проти-показання для надання психотерапевтичної допомоги пацієнтам.*

Зміст заняття

1. Основні поняття психологічного впливу в клініці.
2. Особливості психологічного консультування при різних клінічних проявах.

1. Основні поняття психологічного впливу в клініці

Психологічний вплив у клініці здійснюється в цілях лікування, профілактики й реабілітації та спрямований на досягнення, перш за все, певних психологічних змін у когнітивній, емоційній та поведінковій сферах.

Доречно розглянути співвідношення таких понять, як психотерапія і психотерапевтичне втручання, психологічний і клініко-психологічне втручання, психологічна корекція, психологічне консультування.

Визначення психотерапії. Єдиного визначення психотерапії не існує. Це пов'язано з прагненням представників різноманітних напрямків та шкіл, заснованих на різних теоретичних підходах, дати власне визначення психотерапії, відповідне поглядам авторів.

Акцентуючи увагу на **лікувальному характері психотерапевтичного впливу**, наводять такі визначення. Психотерапія — це:

- система лікувальних впливів на психіку і через психіку на організм людини;
- специфічна ефективна форма впливу на психіку людини з метою забезпечення і збереження її здоров'я;
- процес лікувального впливу на психіку хворого або на групу хворих, що поєднує лікування та виховання.

Підкреслюючи, перш за все, **психологічні аспекти психотерапевтичного впливу**, стверджують, що психотерапія — це:

– особливий вид міжособистісної взаємодії, при якому пацієнтам надається професійна допомога психологічними засобами при вирішенні проблем і труднощів психологічного характеру;

– засіб, що використовує вербальні методики і міжособистісні взаємини з метою допомогти людині в модифікації відносин і поведінки, які інтелектуально, соціально або емоційно є негативними;

– тривала міжособистісна взаємодія між двома або більше людьми, один із яких спеціалізувався по корекції людських взаємин;

– персоналізаційна техніка, яка представляє собою щось середнє між технікою планованих змін відносин, почуттів і поведінки людини, і пізнавальним процесом, який, на відміну від будь-якого іншого, ставить людину віч-на-віч із її внутрішніми конфліктами і суперечностями.

Спроба об'єднати обидва ці підходи знаходить відображення у визначенні психотерапії, яке запропонував науковець Кратохвиль: «Психотерапія є цілеспрямоване впорядкування порушеної діяльності організму психологічними засобами».

При цьому поняття «лікувальний, психотерапевтичний вплив» (втручання, інтервенція) необхідним чином входить практично в усі, найрізноманітніші визначення психотерапії.

Психологічне втручання. Психологія і медицина застосовують різні види втручань (інтервенцій). Перре і Бауманн поділяють всі види інтервенцій, які використовуються в медицині, на чотири групи: медикаментозні (фармакотерапія), хірургічні (хірургія), фізичні (фізіотерапія) і психологічні (психотерапія).

Психологічні інтервенції, в свою чергу, діляться на педагого-психологічні (педагогічна психологія); трудові та організаційно-психологічні (психологія праці та організаційна психологія) та клініко-психологічні (клінічна психологія).

Інтервенції в медицині

1. Медикаментозні (фармакотерапія).
2. Хірургічні (хірургія).
3. Фізичні (фізіотерапія).
4. Психологічні (психотерапія).

Психологічні інтервенції

1. Педаго-психологічні (сфера педагогічної практики — педагогічна та вікова психологія)

2. Організаційно-психологічні (сфера організації праці — психологія праці та організаційна психологія).

3. Клініко-психологічні (сфера клінічної практики — клінічна психологія).

Психологічні інтервенції в клінічній області (в медицині) позначаються як клініко-психологічні інтервенції і становлять сутність психотерапевтичного втручання, тобто психотерапії. Психотерапевтичне втручання або психотерапевтична інтервенція — це вид (тип, форма) психотерапевтичного впливу, який характеризується певними цілями і відповідним цим цілям вибором засобів впливу — методів. Термін «психотерапевтичне втручання» може позначати конкретний психотерапевтичний прийом, наприклад, роз'яснення, уточнення, стимуляція, вербалізація, інтерпретація, конфронтація, навчання, тренінг, поради, а також більш загальну стратегію поведінки психотерапевта, яка тісно пов'язана з теоретичною орієнтацією. Однак функції клініко-психологічних втручань в клініці не обмежуються лише психотерапією.

З точки зору М. Перре і У. Бауманна, характер клініко-психологічних інтервенцій характеризують: 1) вибір засобів (методів); 2) функції (розвиток, профілактика, лікування, реабілітація); 3) цільова орієнтація процесу на досягнення змін; 4) теоретична база, в ролі якої виступає теоретична психологія; 5) емпірична перевірка; 6) професійні дії.

Методи клініко-психологічних інтервенцій — це психологічні засоби роботи в клініці, які обирає психотерапевт. Вони можуть бути вербальними або невербальними, орієнтованими більшою мірою на когнітивні, емоційні чи поведінкові аспекти і реалізуються в контексті взаємин і взаємодій між пацієнтом або пацієнтами (тими, хто потребує допомоги) і психотерапевтом (тим, хто цю допомогу надає). Однак психологічні засоби впливу можуть бути спрямовані не тільки на зміну психічних процесів і станів, але й опосередковано, на зміну стану організму. Типовими психологічними засобами є бесіда, тренування (вправи) або міжособистісні взаємини як фактор впливу.

Можна навести кілька прикладів різних підходів до класифікації методів психотерапії.

1.
 - Гіпнотерапія;
 - Навіювання і самонавіювання;
 - Аутогенне тренування;
 - Раціональна психотерапія;
 - Колективна та групова психотерапія;
 - Наркопсихотерапія.
2.
 - Підтримувальна психотерапія;
 - Перенавчальна психотерапія;
 - Реконструктивна психотерапія.
3.
 - Особистісно-орієнтована психотерапія;
 - Суггестивна психотерапія;
 - Поведінкова психотерапія.
4.
 - Симптомо-центровані методи;
 - Особистісно-центровані методи;
 - Соціо-центровані методи.
5.
 - Методи, спрямовані на розуміння та подолання проблем;
 - Методи, спрямовані на розуміння себе, свої мотиви, цінності, цілі, прагнення.
6.
 - Методи, спрямовані на придушення емоцій;
 - Методи, спрямовані на вираження емоцій.
7.
 - Механістичні методи;
 - Гуманістичні методи.
8.
 - Методи, пов'язані з ідентифікацією;
 - Методи, пов'язані зі створенням умов;
 - Методи, пов'язані з проникненням у сутність.
9.
 - Динамічна психотерапія;

- Поведінкова психотерапія;
- Дослідна психотерапія.

Функції клініко-психологічних інтервенцій полягають у профілактиці, лікуванні (терапії), реабілітації та розвитку. Клініко-психологічна інтервенція, здійснювана з метою терапії (і реабілітації), є психотерапевтичної інтервенцією і відповідає терміну «психотерапія».

Психологічні втручання, які не є власне психотерапевтичними, грають важливу роль також у *профілактиці* і *реабілітації*.

Провідна роль клініко-психологічних втручань у ***психопрофілактиці***, профілактиці нервово-психічних і психосоматичних захворювань, полягає у виявленні контингентів ризику і в розробці відповідних профілактичних заходів, роботі з особами, які мають різноманітні труднощі і проблеми психологічного характеру, кризовими особистісними і травматичними стресовими ситуаціями, з особами, що характеризуються прогностично несприятливими особистісними особливостями (низькою самооцінкою, високим рівнем тривоги, ригідністю, підвищеною чутливістю до стресу, низькою фрустраційною толерантністю), що підвищують ризик виникнення нервово-психічних і психосоматичних розладів. Клініко-психологічні втручання відіграють важливу роль і в профілактиці соматичних захворювань. Профілактичні заходи, як правило, вимагають від людини більш чіткого, ніж зазвичай, контролю за своїм фізичним і психічним станом, дотримання певного режиму праці та відпочинку, відмови від шкідливих звичок, часткової зміни звичних стереотипів поведінки, підтримання того, що називається здоровим способом життя. Необхідним буває регулярне застосування фармакологічних засобів, проведення певних лікувально-профілактичних процедур. Формування мотивації й активної залученості людини в профілактику з урахуванням її особистісних особливостей і схильності до того чи іншого захворювання також передбачає клініко-психологічні втручання.

Клініко-психологічні втручання з метою ***реабілітації*** спрямовані на відновлення (збереження) особистісного і соціального статусу хворого. При нервово-психічних захворюваннях,

які характеризуються досить вираженими особистісними порушеннями, клініко-психологічні втручання відіграють надзвичайно важливу роль, виконуючи, по суті справи, функцію психотерапії. При важких хронічних хворобах виникає безліч проблем психологічного і соціально-психологічного характеру, що вимагають використання клініко-психологічного втручання. Психологічні та соціально-психологічні наслідки хронічного захворювання змінюють звичний спосіб життя людини. Так само як і в профілактиці та лікуванні, успішність реабілітаційних заходів багато в чому залежить від активності самого пацієнта й наявності адекватної мотивації. Крім «особистісного блоку», клініко-психологічні втручання відіграють важливу роль у реабілітації пацієнтів із порушеннями психічних функцій (пам'яті, уваги, мови, моторики).

Функція особистісного розвитку, з одного боку, для клініко-психологічних інтервенцій є вторинною, додатковою. З іншого боку, психологічне консультування в клініці сприяє новому баченню себе й своїх проблем і конфліктів, емоцій і особливостей поведінки. Надалі це може призвести до певних змін у когнітивній, емоційній та поведінковій сферах і сприяти подальшому розвитку особистості.

Цілі клініко-психологічних інтервенцій відображають орієнтацію на досягнення певних змін. Вони визначають загальну стратегію дій. Клініко-психологічні інтервенції можуть бути спрямовані як на більш загальні, віддалені цілі (відновлення повноцінного особистісного функціонування, гармонізацію особистості, розвиток особистісних ресурсів), так і на конкретні ближчі цілі (подолання страху виступу перед аудиторією, тренування пам'яті або уваги, розвиток певних комунікативних навичок). Однак при цьому завжди психологічні засоби впливу повинні чітко відповідати цілям впливу, які визначають також і загальну стратегію дій.

Теоретична обґрунтованість клініко-психологічних інтервенцій полягає в тому, що вони спираються на певні теорії наукової психології. Будь-яка область медичних втручань ґрунтується на знаннях про *норму і патології*. У науково обґрунтованій психотерапевтичній системі **концепція норми** — це уявлення

про здорову особистість, **концепція патології** — це розуміння виникнення особистісних порушень (зокрема, походження невротичних розладів), що розглядається в рамках відповідних подань про норму.

Цілі і завдання психотерапії, механізми її лікувальної дії, стадії, тактики й стратегії психотерапевта, конкретні техніки зазвичай розглядаються на моделі невротичних розладів.

Теоретичні уявлення, що розкривають психологічний зміст понять «норма» і «патологія», визначають цілі і завдання, характер і специфіку психотерапевтичних впливів. Так, у рамках **психодинамічного підходу** як основної детермінанти особистісного розвитку та поведінки людини розглядаються несвідомі психічні процеси, а особистісні розлади і невроз розуміють як наслідок конфлікту між несвідомим і свідомістю. У цьому випадку основною метою психотерапії є досягнення усвідомлення цього конфлікту і власного несвідомого. Представники **поведінкового напрямку** фокусують увагу на поведінці. Здорова особистість характеризується адаптивною поведінкою, а невроз або особистісні розлади розглядаються як результат неадаптивної поведінки, що сформувалися в результаті неправильного навчання. З цього випливає, що метою психологічного втручання є навчіння або перенавчання, тобто заміна неадаптивних форм поведінки на адаптивні. **Гуманістичний напрям** у ролі основної людської потреби розглядає потребу в самореалізації і самоактуалізації. Невроз є наслідком неможливості самоактуалізації, блокування цієї потреби, що пов'язано з недостатнім саморозумінням і прийняттям себе, недостатньою цілісністю й адекватністю «Я-концепції». Тут мета психологічного втручання — створення умов, в яких можливо пережити новий емоційний досвід, що сприяє прийняттю себе та забезпечує самоактуалізацію.

Емпірична перевірка (евалуація) клініко-психологічних інтервенцій пов'язана з вивченням їх ефективності. Відповісти на запитання про ефективність того чи іншого методу психотерапії можуть наукові дослідження, що проведені на репрезентативній вибірці і відповідають певним вимогам.

Професійні дії — ще одна характеристика клініко-психологічних інтервенцій. Діяльність має відбуватися в професійних

рамках. Її здійснюють підготовлені в галузі клінічної психології та психотерапії лікарі, психологи та соціальні працівники.

Психологічна корекція. Це спрямований психологічний вплив на певні психологічні структури з метою забезпечення повноцінного розвитку й функціонування індивіда.

Якщо психологічний фактор при тому чи іншому захворюванні виступає як один із етіологічних, то його корекція в значній мірі збігається зі змістом психотерапії — одного з компонентів лікувального процесу. Визначити загальну схему співвідношення психологічної корекції і психотерапії поза конкретної нозології практично неможливо. Значення психологічного фактора в етіопатогенезі того чи іншого захворювання обумовлює спрямованість методів психологічної корекції на рішення власне лікувальних (психотерапевтичних) завдань і дозволяє розглядати методи психологічної корекції як методи психотерапії.

Отже, завдання психологічної корекції можуть істотно варіювати від спрямованості на профілактику основного захворювання і виниклих невротичних розладів при соматичній патології до реабілітації, а також практично повної ідентичності завданням психотерапії при неврозах.

Вимагають розмежування поняття «клініко-психологічна корекція» і «клініко-психологічне втручання» з поняттям «психотерапія»: психотерапія є однією з функцій або однією з цілей психологічної корекції або психологічного втручання в клініці.

Психологічне консультування. У найзагальнішому вигляді під консультуванням розуміють професійну допомогу людині або групі людей у пошуку шляхів вирішення або вирішенні певної важкої або проблемної ситуації, яка широко використовується в різних сферах людської практики. Всі види консультування, як правило, включають і психологічні, і соціально-психологічні аспекти, пов'язані з міжособистісними стосунками, груповою динамікою, психологічними аспектами управління. Власне психологічне консультування традиційно розглядається як процес, спрямований на допомогу людині у вирішенні (пошуку шляхів вирішення) проблем і труднощів психологічного характеру. Існують три основні підходи до психологічного

консультування: а) **проблемно-орієнтоване консультування**, що фокусується на аналізі сутності та зовнішніх причин проблеми, пошуку шляхів її вирішення; б) **особистісно-орієнтоване консультування**, спрямоване на аналіз індивідуальних, особистісних причин виникнення проблемних і конфліктних ситуацій і шляхів запобігання їх у майбутньому; в) **консультування, орієнтоване на виявлення ресурсів** для вирішення проблеми. Особистісно-орієнтоване консультування за своєю спрямованістю близьке до психотерапії.

І психотерапія, і психологічне консультування: а) використовують психологічні засоби впливу; б) виконують функції розвитку й профілактики (а іноді — і лікування, і реабілітації); в) мають на меті досягнення позитивних змін у когнітивній, емоційній та поведінковій сферах; г) містять у ролі своєї наукової основи психологічні теорії; д) потребують емпіричної перевірки ефективності; е) здійснюються в професійних рамках.

Відмінності між психотерапією і психологічним консультуванням, за Нельсоном-Джоунсом, полягають у тому, що психотерапія робить акцент на особистісній зміні, а консультування — на допомозі людині в кращому використанні власних ресурсів і поліпшенні якості життя. На відміну від психотерапії, велика частина інформації, отриманої в консультуванні, виявляється у свідомості пацієнта в інтервалах між заняттями та в періоди, коли людина намагається допомогти собі сама після консультування.

Подібно психотерапії психологічне консультування може мати в своїй основі різні теоретичні підходи (психодинамічний, поведінковий, гуманістичний). Незалежно від теоретичної орієнтації, **основними завданнями психологічного консультування є:** 1) емоційна підтримка і увага до переживань клієнта; 2) розширення свідомості і підвищення психологічної компетентності; 3) зміна ставлення до проблеми; 4) підвищення стресової і кризової толерантності; 5) розвиток реалістичності і плюралістичного світогляду; 6) підвищення відповідальності пацієнта і вироблення готовності до творчого освоєння світу.

Загальні фактори психологічного впливу в клініці: 1) звернення до сфери емоційних відносин; 2) саморозуміння, що приймається пацієнтом і психотерапевтом; 3) надання й отримання

інформації; 4) зміцнення віри хворого в одужання; 5) накопичення позитивного досвіду; 6) полегшення виходу емоцій.

Названі фактори по суті збігаються з механізмами лікувальної дії психотерапії і відображають когнітивні (2, 3), емоційні (1, 4, 5, 6) та поведінкові (5) процеси, що сприяють успішності психотерапії та в певній мірі представлені практично у всіх психотерапевтичних системах.

Загальні елементи стилю та стратегій поведінки психотерапевтів: 1) цільова орієнтація на досягнення позитивних змін; 2) увага до взаємин «пацієнт-психотерапевт»; 3) поєднання принципів «там-і-тоді» і «тут-і-тепер» (тобто використання в ході психотерапії як матеріалу, пов'язаного з історією життя пацієнта, так і з актуальною поведінкою і міжособистісною взаємодією пацієнта в процесі психотерапії).

Загальна послідовність процесу психотерапії (найбільш чітко проглядається в рамках психотерапевтичних напрямків, орієнтованих на особистісні зміни):

- 1) встановлення оптимального контакту, залучення пацієнта до співпраці, створення мотивації до психотерапії;
- 2) прояснення причин і механізмів формування симптомів, виникнення емоційних і поведінкових порушень;
- 3) визначення «психотерапевтичних мішеней»;
- 4) застосування конкретних методів і технік, що спрямовані на досягнення змін (когнітивних, емоційних, поведінкових) і призводять надалі до редукції симптоматики;
- 5) закріплення досягнутих результатів;
- 6) закінчення курсу психотерапії (попередження можливої залежності від психотерапевта).

Загальні фактори психотерапії:

- 1) хороші відносини й співробітництво між психотерапевтом і пацієнтом як вихідна передумова, на якій будується психотерапія;
- 2) ослаблення напруги на початковій стадії, засноване на готовності пацієнта обговорювати свою проблему з особою, від якої він сподівається отримати допомогу;
- 3) пізнавальне навчання за рахунок інформації від психотерапевта;

4) оперативна модифікація поведінки за рахунок схвалення або несхвалення з боку психотерапевта і повторюваного корективного емоційного досвіду в стосунках із лікарем;

5) придбання соціальних навичок на моделі психотерапевта;

6) явне або приховане переконання і навіювання;

7) засвоєння або тренування більш адаптивних способів поведінки за умови емоційної підтримки з боку психотерапевта.

Інтердисциплінарний характер психотерапії. Психотерапія як система, що використовує в цілях лікувальних впливів психологічні засоби, є точкою перетину низки областей знань: медицини, психології, соціології, педагогіки та ін. Інтердисциплінарність як поняття отримала особливого поширення у зв'язку з науково-технічним прогресом, коли стали швидко розвиваються прикордонні дисципліни й водночас відбувалася диференціація областей науки, що спираються на різні традиційні дисципліни (їх способи підходу до проблеми і методи). *Специфіка психотерапії полягає в тому, що її об'єктом і одночасно інструментом є одне з найбільш складних утворень — людська психіка. У зв'язку зі складністю об'єкта психотерапії виникає необхідність включення і використання досягнень, методів і способів роботи з інших областей науки.*

Психотерапія, будучи сферою компетенції медицини, заснована на психологічних методах впливу (клініко-психологічних втручань). Саме тому психотерапія стає точкою перетину медицини, психології (загальної, клінічної, соціальної, вікової, психології особистості та ін.), соціології, педагогіки та ін. Як лікувальний метод психотерапія тісно пов'язана з усіма іншими клінічними дисциплінами. Психотерапевтичні методи вирішують як власне лікувальні, так і лікувально-профілактичні та лікувально-реабілітаційні завдання. Сучасне розуміння хвороби як біопсихосоціального явища веде до визнання психотерапевтичних завдань практично у всіх клінічних дисциплінах.

З огляду на включення в психотерапію все більшого числа спеціальних конкретних прийомів, розширюються її зв'язки з мистецтвом, музикою, лінгвістикою та іншими областями знань із урахуванням значення їх досягнень для вдосконалення психотерапевтичного процесу. Інтеграція психотерапії в медици-

ну здійснюється і через сімейних лікарів, лікарів різних спеціальностей — невропатологів, кардіологів, онкологів та ін.

Особистісний підхід у психотерапії. Особистісний підхід — це підхід до людини як до цілісної особистості з урахуванням її багатогранності й усіх індивідуальних особливостей.

Особистісний підхід у психотерапії реалізується в *трьох основних напрямках*:

1) вивчення особистості хворого, закономірностей її розвитку і специфіки порушень з метою оптимізації психотерапевтичних впливів;

2) облік особистісних особливостей при використанні будь-яких психотерапевтичних методів;

3) орієнтація психотерапевтичного процесу на особистісні зміни (у відповідних психотерапевтичних напрямках).

Неодмінним є вивчення особистості пацієнта, закономірностей її розвитку і специфіки порушень з метою оптимізації психотерапевтичних впливів, для чого потрібні знання основ клінічної психології. Реалізація особистісного підходу в психотерапії передбачає детальне вивчення особистості хворого, особливостей його емоційного реагування, мотивації, особливостей поведінки та їх трансформації в процесі захворювання. Як модель трансформації особистісних особливостей може розглядатися невроз із основними його стадіями. Виділяють первинні, вторинні і третинні особистісні утворення. Первинні пов'язані переважно з темпераментом. Вторинні визначаються порушеннями значущих відносин пацієнта. Третинні є посилення цих рис — при тяжкому перебігу неврозу і невротичний розвиток — до ступеня характерологічних акцентуацій і психопатичних особливостей, багато в чому визначають поведінку людини і його адаптацію. При первинних особистісних розладах істотну роль відіграють біологічні методи лікування, а корекція вторинних особистісних порушень вимагає вже проведення особистісно-орієнтованої психотерапії. Корекція третинних особистісних розладів, що виявляються в поведінковій сфері, найбільш конструктивно протікає, якщо особистісно-орієнтована психотерапія доповнюється різними варіантами поведінкового тренінгу.

Показання до психотерапії. Комплексний підхід у лікуванні різних захворювань враховує наявність в етіопатогенезі

трьох факторів (біологічного, психологічного та соціального) і зумовлює необхідність корекційних впливів, спрямованих на кожен із них. Показання до психотерапії визначаються роллю психологічного чинника в етіопатогенезі хвороби та наслідками перенесеного раніше чи поточного захворювання.

Найбільш істотним показанням до психотерапевтичної роботи з конкретним пацієнтом є роль психологічного фактора у виникненні та перебігу хвороби. Що більш виражена психогенна природа захворювання, то більш адекватним і необхідним стає застосування психотерапевтичних методів. Показання до психотерапії також зумовлені можливими наслідками захворювання. Вони можуть бути пов'язані з клінічними, психологічними та соціально-психологічними проблемами. У кожному конкретному випадку показання до психотерапії залежать не лише від нозологічної приналежності, а й індивідуально-психологічних особливостей пацієнта, в тому числі, його мотивації до участі в психотерапевтичній роботі.

2. Особливості психологічного консультування при різних клінічних проявах

Психологічне консультування — це сукупність процедур, спрямованих на допомогу людині в розв'язанні проблем і прийнятті рішень. Це професійне ставлення кваліфікованого консультанта до клієнта, яке зазвичай представлено як контакт моделі «особистість-особистість», хоча подекуди в ньому беруть участь більш ніж дві людини.

Консультування має на меті допомогти клієнтові зрозуміти події у його життєвому просторі та усвідомлено досягти поставлених цілей на підставі свідомого вибору або ж допомогти при розв'язуванні проблем емоційного та міжособистісного характеру. Воно неодмінно застосовується й під час надання клінічної психологічної допомоги.

Психологічне консультування передбачає виконання таких функцій:

- допомогти людині зробити вибір та діяти на власний розсуд;
- допомогти навчитися нової поведінки;

- сприяти розвитку особистості;
- у консультуванні акцентується відповідальність клієнта, тобто визнається, що незалежна, відповідальна людина здатна у відповідних обставинах приймати самостійні рішення, а консультант створює умови, що заохочують волюву поведінку клієнта;
- основою консультування є «консультативна взаємодія» між клієнтом і консультантом, що ґрунтується на філософії клієнт-центрованої терапії.

Як специфічні властивості психологічного консультування, на відміну від психотерапії:

- консультування орієнтовано на психічно здорову особистість. Це люди, що мають у повсякденному житті психологічні труднощі й проблеми, скарги невротичного характеру, а також люди, що почуваються добре, проте ставлять перед собою мету подальшого розвитку особистості;
- консультування зорієнтовано на здорові сторони особистості незалежно від ступеня порушення; така орієнтація заснована на вірі в те, що людина може змінюватися, обирати життя, що задовольняє її, знаходити способи використання своїх здібностей, навіть якщо вони незначні через неадекватні установки та почуття, сповільнене дозрівання, культурну депривацію, нестачу фінансів, хвороби, інвалідність, похилий вік;
- консультування частіше орієнтовано на теперішнє та майбутнє клієнта;
- консультування зазвичай орієнтовано на короткочасну допомогу (до 15 зустрічей);
- консультування орієнтовано на проблеми, що виникають у взаємодії особистості та середовища;
- у консультуванні акцентується ціннісна участь консультанта, хоча й відкидається нав'язування цінностей клієнтам;
- консультування спрямовано на зміну поведінки та розвиток особистості клієнта.

Як провідні функції психологічного консультанта визначають:

- будування відносин із людиною, що потребує допомоги, на взаємній довірі;

- виявлення альтернатив саморозуміння й способів діяльності клієнтів;
- безпосереднє «входження» в життєві обставини особи та її відносин зі значущими для неї людьми;
- створення навколо клієнтів здорового психологічного клімату;
- постійне вдосконалювання процесу консультування.

Під **процедурами психологічного консультування** розуміють групи об'єднаних за цільовим призначенням прийомів ведення психологічного консультування, за допомогою яких вирішується одне з приватних завдань психологічного консультування. Від продуманості процедур психологічного консультування безпосередньо залежить його результативність.

На першому етапі психологічного консультування, як правило, не виокремлюються й не застосовуються жодні спеціальні процедури. Відбувається зустріч із клієнтом, загальне, емоційно-позитивне налаштування клієнта на проведення консультації, зняття психологічних бар'єрів спілкування психолога-консультанта з клієнтом.

Часто люди, що потребують психологічної консультації, мають психологічні бар'єри та комплекси, що перешкоджають нормальному спілкуванню. Особливо сильно негативна дія подібних бар'єрів і комплексів проявляється в незнайомій обстановці, наприклад, при першій зустрічі із психологом-консультантом, в очікуванні непростой розмови про свої глибоко особисті проблеми. Для нейтралізації можливої негативної дії такого явища використовується *на другому етапі* роботи процедура **зняття психологічних бар'єрів**. При її застосуванні психолог-консультант за допомогою спеціальних дій і прийомів заспокоює клієнта (пацієнта), створює для нього ситуацію психологічної безпеки, розкріпачує його, вселяє в нього впевненість, викликає довіру до себе.

На третьому етапі психологічного консультування активно працює процедура так званого **емпатичного слухання**, а також процедури активізації мислення та пам'яті клієнта (пацієнта), процедури підкріплення, прояснення його думки й психодіагностичні процедури. Процедура емпатичного слу-

хання включає в себе два взаємозалежних компоненти: *емпатію* і *слухання*, які в цьому випадку взаємно одне одного доповнюють. *Слухання* полягає в тому, що, відмовившись на певний час від власних думок і переживань, психолог-консультант повністю зосереджує свою увагу на клієнті (пацієнті), на тому, що він говорить. Під час емпатичного слухання психолог-консультант, вживаючись в образ клієнта (пацієнта), переживаючи й відчуваючи його слова, психологічно оцінює та намагається зрозуміти людину в її власному образі.

Процедурою *активізації мислення і пам'яті клієнта (пацієнта)* називається система прийомів, в результаті застосування якої активізуються, стаючи продуктивнішими, когнітивні процеси людини, зокрема її пам'ять і мислення, пов'язані з обговорюваною проблемою, з пошуком її оптимального практичного вирішення. Клієнт у результаті застосування такої процедури починає точніше й повніше згадувати події, факти, що мають відношення до його проблеми, відкриває для самого себе й психолога-консультанта, який уважно слухає його, те, що раніше було приховано від свідомості.

На *четвертому етапі* проведення психологічного консультування можуть використовуватися такі процедури: *переконання, роз'яснення, пошук взаємоприйняттого рішення, уточнення деталей, конкретизація*. Всі ці процедури пов'язані з доведенням до свідомості клієнта тих порад і практичних рекомендацій, які разом із ним виробляє психолог-консультант, а також на мотивування клієнта до усвідомлення певних висновків та виконання рішень.

На *п'ятому, заключному етапі* процедури, що використовувалися на четвертому етапі стосуються насамперед оцінок очікуваної ефективності практичного виконання з боку людини, що потребує допомоги, тих порад, які він отримав від консультанта. Тут спеціальною є процедура *зміцнення у клієнта впевненості* в тому, що його проблему обов'язково буде вирішено, а також готовність одразу ж після завершення консультації приступити до практичного її розв'язування. На цьому етапі також можуть застосовуватися прийоми *переконання, навіювання, емоційно-позитивного стимулювання* тощо.

Спеціальні проблеми консультування

Перешкоджати консультативній роботі можуть спеціальні проблеми, які практичний психолог повинен враховувати, вибудовуючи робочий процес.

Консультування тривожних клієнтів

Тривожність займає одне з найважливіших місць як у нормальній психодинаміці, так і у психопатології, тобто у виникненні різноманітних симптомів порушення психіки. Тривожність попереджає про небезпеку, загрозу і в такому сенсі має не меншу цінність, ніж біль. Тривожність — це сигнал не лише попередження, а також і оберігання від конфліктів, тому він активує механізми психологічного захисту.

Тривожність проявляється на трьох рівнях:

- 1) нейроендокринному (продукція адреналіну — епінефрін);
- 2) психічному (невизначені побоювання);
- 3) соматичному або моторно-вісцеральному (фізіологічні реакції різних систем організму на збільшення продукції епінефрину):
 - дерматологічні реакції (шкірні подразнення);
 - реакції серцево-судинної системи (тахікардія, збільшення систолічного дихання);
 - реакція травного тракту (пригнічена діяльність слинних залоз — сухість у роті, неприємний присмак, діарея, анорексія та ін.);
 - реакція дихальної системи (прискорене дихання, задишка, гіпервентиляція);
 - генітально-уринальні реакції (часте сечевиділення, порушення менструації, болі в області таза, фригідність, імпотенція);
 - вазомоторні реакції (потовиділення, почервоніння);
 - реакції скелетно-м'язової системи (головні болі, болі в потилиці, артралгії).

Кожна людина, особливо в стресових ситуаціях, може відчувати тривожність. Проте для більшості людей таке явище є тимчасовим, яке вони долають. У консультуванні доводиться стикатися з клієнтами, для яких тривожність є болісним хро-

нічним станом, що нерідко існує у супроводі неприємних фізичних відчуттів.

Психологічно такий клієнт відчуває, що з ним відбувається щось не те, але не може конкретизувати свої негаразди й не знає, коли та де з ним знову відбудеться така трагедія.

Однією з найчастіших «масок» тривожності є *перейменування*, що виявляється у вираженні стану тривожності за допомогою сторонніх фраз а образів. Про таке явище можуть віщувати й *соматичні симптоми*, примітним є те, що вони «не обов'язково виникають унаслідок тривожності — часто вони просто заміщують тривожність». Різноманітні *нав'язливі дії* можуть віщувати про тривожність конфліктної життєвої ситуації. Тривожність нерідко приховується за *іншими емоціями*, наприклад, агресивністю або небалакучістю; це може усвідомлюватися або ні. У тому разі, коли «маскуванням» тривожності виступає *балакучість*, консультант крізь призму власних почуттів повинен проаналізувати мотиви балакучості, маючи на увазі, що у повсякденному житті клієнт так само надокучає оточуючим порожніми розмовами, намагаючись і сховати свою тривожність, і втекти від неї. Інколи тривожність виявляється у регулярному *перебиванні*. Деякі клієнти розповідають про особисті проблеми настільки *демонстративно відверто*, що це виглядає неприродно. Таке підкреслене випинання тривожності, як правило, є проявом ворожості. Трапляються випадки, коли тривожність призводить до *спротиву* з боку клієнта стосовно сторонніх намагань йому допомогти. Опираючись, клієнт намагається контролювати свою відкритість, висловлювати лише «цензуровані» думки й почуття, якомога сильніше приховувати свою індивідуальність, пригнічувати свої почуття щодо консультанта. Зауваження консультанта повинні, навпаки, звертати увагу клієнта на те, яким чином він уникає тривожності. Інколи клієнт відчуває та проявляє *ворожість* до консультанта, починаючи розмовляти в саркастичній формі, або ж здійснюючи спроби по-дружньому зблизитися з ним.

Також людина може намагатися уникнути неприємного впливу тривожності за допомогою різних засобів — механізмів психологічного захисту (витіснення (витіснення + зміщення;

витіснення + конверсія; регресія), проекція, інтроекція, раціоналізація, інтелектуалізація, компенсація, реактивне формування, заперечування, зміщення, які вперше описали Зигмунд та Анна Фройд. Вони функціонують автоматично, на підсвідомому рівні. Використання захисних механізмів для зменшення тривожності не є патологією, доки не стає перебільшеним і не починає спотворювати розуміння реальності й обмежувати гнучкість поведінки.

Необхідно, щоб консультант не робив поспішних висновків і не нав'язував передчасно універсальні, на його думку, поради, а обов'язково дав співбесіднику можливість виказати все, що його турбує.

Консультування при реакціях страху та фобіях

Страх має біологічну значущість, оскільки береже від багатьох небезпек. Без почуття страху ми були б надто вразливими.

У психологічному консультуванні стикаються з двома типами страхів — нормальним, що вважають природною реакцією, і патологічним, що зазвичай називають фобією.

Варто допомогти людині зрозуміти сенс події, що викликала відчуття страху, розібратися, в якому ступені її реагування на подію на цю подію є виправданим та адекватним.

Науковці дійшли висновків, що страх середнього ступеня корисний, оскільки готує людину до зіткнення з реальними загрозами небезпеки та майбутніми обмеженнями. Відповідно, не треба допомагати клієнтам повністю позбуватися страху, а також не варто приховувати інформацію, що, як здається, може налякати. Консультант повинен допомогти клієнтові конструктивно використати свій страх.

Підґрунтя патологічних страхів складає глибоко прихована тривожність. Сутність механізму формування фобій полягає у зміщенні тривожності від первинної ситуації або об'єкта, що викликали неспокій, на іншу ситуацію або об'єкт. Таке зміщення відбувається внаслідок нерозв'язаних внутрішніх конфліктів.

За однією й тою самою фобією в різних людей можуть стояти різні конфлікти. Зміст фобій сильно залежить від індивідуальної історії життя.

Стрижнем невротичної поведінки з переважанням фобій є старання уникнення тривоги, прагнення обійти конфлікт, що породив її. Подекуди люди можуть спокійно говорити про свій страх, але заперечувати існування внутрішніх конфліктів, що є його причиною.

У консультуванні подекуди доводиться поступатися клієнтам і не торкатися неприємних тем, аби не завдати їх страждань. Проте така тактика не дозволяє сподіватися на успіх у корекції фобій. Психологу важливо розібратися, яку вторинну вигоду клієнт вилучає зі своєї «боязкої» поведінки.

Консультування вороже налаштованих та агресивних клієнтів

Причини такої поведінки клієнтів та реакція консультанта на неї можуть бути різними. Часто клієнту варто повідомити, що він здається злим. Не варто дивитися на нього з насмішкою або зневагою, адже ворожість завжди варто тлумачити серйозно.

Причини озлобленості кожного клієнта приховані в його життєвих обставинах. Протягом життя, особливо в дитинстві, формується індивідуальний «стиль ворожості», тобто через що людина злиться, як накопичується й виражається злість. Подекуди психолог у конкретний момент безпосередньо замінює певну людину або ситуацію з минулого життя й таким чином приймає агресію клієнта на себе.

Інколи злість приховує тривожність. У таких випадках необхідно допомогти клієнтові розібратися в його справжніх почуттях і в такий спосіб трансформувати ворожість. Коли на ворожість клієнта не відповідають недоброзичливістю, врешті-решт збільшується взаєморозуміння, співробітництво в досягненні спільних цілей.

Існує велика різниця між озлобленістю та прямими образами на адресу психолога. До образ консультанта у жодному разі не повинен залишатися толерантним, вони шкодять також і самому клієнтові. Подекуди варто, не конкретизуючи своєї позиції, просто дати клієнтові можливість повніше поділитися своїми переживаннями.

Серед психічно хворих людей реальну загрозу для консультанта представляють лише деякі — такі, що страждають на параноїдну шизофренію, манію, органічні порушення психіки. Однак при виникненні небезпечної ситуації консультант повинен спокійно сказати клієнтові, що агресивна поведінка є неприпустимою, і в разі необхідності буде застосовано дисциплінарні міри.

Часто в консультуванні зустрічається прихована ворожість. Варто допомогти клієнтові вербалізувати свої переживання, відкрито виразити їх, тому що будь-які невиражені емоції, особливо негативні, дезорганізують логічне мислення та поведінку, сприяють виникненню психосоматичних симптомів і ускладнюють процес консультування.

Консультування «невмотивованих» клієнтів

Подекуди люди потрапляють до консультанта не за власною волею та заперечують роль психолога, яку нав'язують інші особи. Консультант не завжди може відмовитися від роботи з таким клієнтом, адже зобов'язаний спробувати надати допомогу. У таких випадках, коли неможливо змінити обставини, варто відмовитися від своїх установок, задіяти так звану терапію реальністю. Тобто допомогти потрібно бодай чимось, адже навіть така допомога, що була реальною в таких умовах, може виявитися досить ефективною.

Треба поставитися до такої людини з розумінням і продемонструвати, що психолог не зацікавлений насильно працювати на її благо. Можна конструктивно, серйозно пояснити суть і можливості консультування. Якщо не прагнути допомогти клієнтові будь-якою ціною та особливо проти його волі, можливо, почне змінюватися мотивація клієнта та знайдуться передумови для виникнення продуктивного консультативного контакту.

Особливості консультування клієнтів, що плачуть

Сльози провокують спогади про складні ситуації та повернення до них. Часто психологічні консультанти намагаються втримати співбесідника від плачу й спрямовують на це частину своїх зусиль. Проте важливо розуміти, що психолог не є причиною сліз клієнта, оскільки не є причиною його життєвих труднощів.

Коли помітно, що клієнт може почати плакати, варто зберегти спокій, зачекати, доки він опанує себе. Проте часто дозволити плакати — краще, ніж відчувати обов'язок заспокоїти.

Основною причиною сліз під час консультування є, звичайно ж, тягар проблем клієнта, його пригніченість. Проте викликати сльози можуть також почуття злості, фрустрації, а подекуди й радості.

Консультант повинен надати клієнтові можливість спокійно плакати в його присутності. Проте не варто виражати надмірне співпереживання, намагатися втішити, тому що таке може надати недоречної інтимності відносинам між клієнтом і психологом.

Консультування істеричних особистостей

Істерична особистість відрізняється переважанням потреби подобатися оточуючим і прагненням подолати страх, що не вдається привернути увагу. Це проявляється в постійній активності, драматизації, брехливості, провокативній поведінці, в незрілій та нереалістичній залежності від інших. Істеричні особливості формуються в ранньому віці.

Нерідко такі клієнти представляють себе в ролі безсилої й залежної істоти, що прагне піклування з боку сильної фігури консультанта. Вони схильні до фантазування, при цьому самі вірять у свої ж вигадки. Їхній поведінці властива регресія у поєднанні з заперечуванням, що дозволяє не віддавати собі звіт у змісті власного поведіння.

Часто виникає протиріччя між висловленими бажаннями й почуттями та змістом наявних симптомів. Це викликає у консультанта підозри щодо нещирості та симуляції співбесідника. Розібратися в ситуації консультанту допомагає його інтуїція, яку не варто ігнорувати.

Консультування обсесивних особистостей

Обсесія — це постійне повторювання небажаної, нав'язливої думки, якої неможливо позбутися вольовим зусиллям. *Компульсія* — це повторюване нав'язливе спонукання до виконання якої-небудь дії. Серія нав'язливих дій зазвичай має ритуальний характер. Здійснювання нав'язливості дозволяє людині уникнути нападів тривожності.

Визначають три *основні прояви obsесійно-компульсивного синдрому*:

- 1) нав'язливість не обумовлено жодними раціональними потребами;
- 2) здійснення нав'язливості в силу її неприродності викликає дискомфорт та (або) соматичні порушення;
- 3) людина розуміє паталогічність нав'язливих думок та вчинків, проте не може їм перешкодити.

Типові *особливості стилю obsесійно-компульсивної особистості* такі:

- когнітивна ригідність — обґрунтування погляду на життя негнучкими, формальними соціальними установками, або явно догматичний стиль мислення;
- прихильність до напруженої активної діяльності без послаблення та відпочинку;
- невпевненість у прийнятих рішеннях, відкладання рішень через боязкість помилитися;
- постійна стурбованість, що без неї робота не може бути виконана належним чином;
- викривлення дійсності, що проявляється в крайній стурбованості з приводу непередбачуваних подій, наприклад, хвороби.

Консультанту необхідно розібратися в особливостях obsесійної особистості, щоб уникнути помилок у роботі з таким клієнтом і розуміти власні реакції при зустрічі з ним.

Важливий неусвідомлюваний внутрішній конфлікт obsесійної особистості — це боротьба між послухом і непослухом, між бажанням догоджати й прагненням опиратися авторитетам.

Багато obsесійних клієнтів бере участь у консультуванні лише фізично, але не психологічно. У таких випадках консультант може відверто запитувати клієнта про його думки під час мовчання, спонукати до розмови. Obsесійна особистість докладає великих зусиль, щоб приховати свої емоційні труднощі, але таким чином лише демонструє їх. З метою розкриття витісненого матеріалу obsесійного клієнта, інколи варто дослідити його сни. Також можуть допомогти малюкові тести замість завдання розповідати про свої проблеми словами. Клієнт може

розгубитися, коли йому не дозволяють користуватися заздалегідь підготованими текстами або дотримуватися встановленого порядку запитань-відповідей, оскільки спонтанність провокує тривожність. Щоб спонукати клієнта до безпосередності, природності, раптовості в розмові, консультант сам не повинен послуговуватися допоміжними засобами на кшталт записів та ін.

В роботі з obsесійними клієнтами консультант, по-перше, повинен допомогти йому виразити спонуки, від яких він захищається; по-друге, сам консультант повинен стати людиною, придатною для експериментування, щоб клієнт не міг потренуватися в зав'язуванні вільних від субординації відносин. Якщо реакції консультанта на obsесійну особистість адекватні, психологічним захистом клієнта виступає злість. Консультант повинен дозволити спірозмовнику виразити свої почуття. Реальне консультування починається тоді, коли стає можливим пов'язати злість із причинами, які її викликали, та розкрити підстави специфічного стилю спілкування людини.

Консультування при параноїдальних розладах

Суть параноїдальних розладів — підозрівання оточуючих у зловмисності. Тому параноїк витрачає багато часу на виявлення «ворогів», що стежать за ним, підслуховують його розмови. Може проявлятися манія величчя — приписуються собі непомічені таланти й здібності.

Психодинамічно параноїк хоч і бажає близькості з іншими людьми, боїться виявитися обдуреним. Це слугує головною причиною недовірливості. Тим самим параноїк, побоюючись бути відкинутим, сам відштовхує своєю ворожістю.

Консультант, зустрівшись із параноїчним клієнтом, повинен бути готовий до його недовірливості й ворожості. Робота з параноїдними клієнтами повинна передбачати певну дистанцію, оскільки надто швидко або надмірно глибоке «вторгнення» викликає в них неприязнь.

Консультант повинен пам'ятати, що дискусії недоречні, адже параноїк не вдається до мови логіки, а натомість користується параноїдальними метафорами. Психолог має розуміти, що стикнувся не з манією, яку треба усунути, а з людиною, що її породила.

Консультування шизоїдних особистостей

Контури *шизоїдної особистості* — однієї з найскладніших у консультуванні — можна окреслити за *основними симптомами шизофренії*:

1) *афективність*: порушується емоційна сфера, емоційне життя стає бідним. Нерідко емоційні реакції є неадекватними, тобто емоційне переживання не співпадає зі змістом думки;

2) *асоціативність*: втрата логічної послідовності думок. На основі вільно виниклих асоціацій відбувається перескакування з однієї думки на іншу. Спосіб мислення здається дивним і хаотичним, відповіді на запитання бувають абсолютно неадекватними. Деколи асоціативні порушення можуть бути ледве помітними;

3) *аутизм*: мислення шизоїда вкрай суб'єктивне та егоцентричне. Він здається зануреним у мрії та фантазії, які поступово підміняють реальність. Нерідко словам надається особливого змісту, і консультанту важко зрозуміти, про що каже клієнт. Такий індивідуальний словник вказує на аутичність мислення;

4) *амбівалентність*: притаманна особистості постійна двоїстість. Людина сповнена суперечливих почуттів, установок і поглядів щодо оточуючих та своїх життєвих умов.

Шизоїдні особистості відчувають багато труднощів у стосунках із іншими людьми. Вони недовірливі, бояться близькості, уникають емоційних проявів у міжособистісних відносинах. При цьому балансують на межі переживання безглуздості життя. Виникнення установки на уникнення близькості нерідко пояснюється неналежним доглядом та емоційно бідного спілкування з дитиною з боку батьків. Недоступність реальних відносин шизоїдна особистість компенсує в уяві, наділяючи себе величчю. Нерідко намагається зробити так, щоб оточуючі відчули почуття провини. У той же час такі люди можуть відчувати залежність від інших, вважаючи, що не є спроможними піклуватися про себе та влаштувати власне життя. Почуття безсилля — одна з причин регресії до примітивних форм прилаштування до оточення. З іншого боку, шизоїдній особистості болісно почуватися залежною, адже це ранило її гордість.

Консультанту варто розуміти ступінь ізольованості такого клієнта. Перший контакт повинен бути інтелектуалізованим, адже безпосереднє проникнення в особисте емоційне життя може налякати. Варто враховувати протиріччя між бажанням клієнта бути з людьми й страхом перед оточуючим. Не можна поспішати у встановленні близького контакту, але й не варто залишатися нейтральним, віддалятися від співрозмовника.

Коли клієнти кажуть, що консультант ще більше заплутав їхні проблеми, це не проста констатація факту, а радше психологічна маніпуляція. У консультанта провокується почуття провини в надії, що він розлютиться, і тоді клієнт отримує підтвердження неефективності його роботи. Взагалі шизоїдна особистість у консультуванні — це виклик консультанту або психотерапевту, проте й один із найкращих уроків у психологічній практиці.

Консультування при алкоголізмі

Існує багато визначень алкоголізму. Одні, вважають, що алкоголізм можна діагностувати, коли вживання алкоголю порушує здоров'я й стає необхідним для підтримання нормальної активності. Інші відносять його до особистісних порушень, що проявляються у фізичній і психічній залежності. Треті називають алкоголізмом вживання алкоголю, що тягне за собою проблеми у відносинах із членами родини, родичами, друзями, колегами, суперечливі дії при неможливості кинути пити.

Психологічні причини алкоголізму вбачають у спробах розв'язати особисті проблеми за допомогою одного із найдоступніших засобів — алкоголю. Оскільки спиртні напої дійсно допомагають тимчасово зменшити емоційне напруження, вживання алкоголю може стати звичним засобом зняття стресів. Поступово для досягнення бажаного результату потрібні дедалі більші дози. Зі збільшенням кількості алкоголю й частоти його вживання виникають типові розлади: мислення стає обмеженим, сповільнюються фізичні реакції, псуються відносини з людьми. Найчастіше алкоголічна особистість є емоційно незрілою, залежною від інших і пасивною.

Вибір способів конкретної допомоги алкоголіку залежить від обізнаності консультанта в проблемі алкоголізму, від його

погляду на етіологію такого недугу та на особистість алкоголіка. Відсутність співчуття не дозволить встановити з клієнтом продуктивний консультативний контакт.

Консультант повинен враховувати деструктивність алкоголіка стосовно самого себе. Психолог має не лише пояснити зміст теперішніх дій клієнта, але й передбачити його поведінку після завершення консультування. Передбачення, засноване на реаліях життя клієнта, надає йому певну точку відліку — коли багато з того, про що казав консультант, почне здійснюватися, клієнт зможе спокійніше подивитися на своє минуле без надмірної озлобленості й провини. Подібна тактика консультанта набагато ефективніша від моралізування.

У роботі з алкоголіком консультант повинен враховувати таке:

- консультування може відбуватися лише тоді, коли клієнт не п'є, інакше допомогти буде неможливо;

- контакт із клієнтом-алкоголіком досить амбівалентний, оскільки залежність від консультанта поєднується з ворожістю, маніпулятивним ставленням до нього. Консультанту доводиться посилювати залежність клієнта від себе, замінюючи нею залежність від алкоголю, яку алкоголік схильний заперечувати. Він думає, що може контролювати як своє п'янство, так і життя загалом, хоча в дійсності все навпаки;

- консультант зобов'язаний розібратися в своїх реакціях контрпереносу стосовно клієнта. У роботі з алкоголіком нерідко виникає почуття безнадійності, оскільки здається, що вкладені зусилля марні. Консультант повинен чітко розуміти, що він не здатен зупинити п'янство алкоголіка. Він може лише допомогти йому прагнути до тверезості. Клієнт повинен власними зусиллями повністю звільнитися від п'янства. Розуміючи дійсність, консультант має встановити припустимі межі вчинків клієнта й умови, при дотриманні яких консультування є можливим.

Напевно, найкращих результатів у допомозі алкоголікам досяг розповсюджений у всьому світі рух «анонімні алкоголіки». Відбувається викриття й робота над страхом перед самим собою. Принцип такого згуртування полягає в тому, що допомога не нав'язується, людина має звернутися та приєднатися

за власним бажанням. На таке найчастіше штовхає гостра криза, яку відчув алкоголік. Члени утвореної групи повинні відверто виражати й обговорювати свої найглибші та найважчі почуття. Важливим є фактор відсутності засудження, оскільки ніхто не прагне здаватися кращим від іншого.

Така програма покликана допомогти людині віднайти сенс життя, поновити міжособистісні контакти. Впізнаючи в інших ті самі проблеми, легше поводитися схожим способом, а також глибше зазирнути в себе. Суттєвою є та обставина, що член групи не п'є, допомагаючи іншим, відчуваючи відповідальність за ближчого, докладаючи зусиль заради нього. Зміцнюючи інших, він сам набирається сил.

Консультування клієнтів із психосоматичними розладами

У наш час науковці схилиються до концепції багатофакторного патогенезу психосоматичних (алекситимних) порушень і пояснюють їх не особистісною структурою, а специфічними захворюваннями психологічними, генетичними та соціальними факторами.

Подекуди психосоматичні скарги людини здаються безпідставними. Проте за такими скаргами приховано не вигадані, а реальні конфлікти. Психосоматичним клієнтам властива толерантність до несприятливих стосунків, що можна пояснити придушенням ворожості, агресивності, злоби й, відповідно, звичкою терпіти неприйнятне. При цьому насправді вони дуже чутливі до будь-яких проявів озлобленості в собі та інших, що може виявлятися, врешті-решт, у фізичних негативних проявах.

Важливим завданням консультанта є допомогти психосоматичному клієнтові виявити, бодай частково, приховану озлобленість. Навіть не отримуючи одразу змістовних відповідей, психолог повинен продовжувати запитувати клієнта про різні аспекти його життя.

Консультант повинен не лише допомогти клієнтові усвідомити свою озлобленість, але й вказати, як вона впливає на поведінку. Одні психосоматичні клієнти поведуться підкреслено привітно, з усім погоджуються, і важко повірити в їхню ворожість. Інші щиро не відчувають недоброзичливості навколо

себе. При виникненні суперечки миттєво відступають. Можуть вдаватися до раціоналізації та казати самому собі, ніби конфліктні сторони жартують. Деякі схильні виражати свою злість, проте змінюють її дійсний об'єкт.

Консультант повинен не лише допомогти клієнтові розпізнати в собі злобу, але й спонукати його до відреагування в процесі консультування. Тому не дивно, якщо в разі успішної роботи заміником дійсного об'єкту ворожості клієнта тимчасово стає консультант.

Варто враховувати невміння клієнта вербалізувати свої внутрішні переживання, ідентифікувати свої дійсні почуття.

Важливо застосовувати процедури консультування, спрямовані на підтримку. Клієнта також варто підготувати до вербалізації своїх переживань. Для цього можна використати приклади емоційних слів і фантазій, аналіз різноманітних емоційних ситуацій, переведення висновків клієнта на диференційовану мову емоцій.

Консультування осіб із депресією та суїцидними намірами

Депресія передусім проявляється в суттєвому змінненні настрою. Людина стає сумною, похмурою, над нею беруть гору думки про невдале життя й гостре почуття провини. Вона втрачає смак до життя й здатність долати труднощі, втрачає інтерес до речей, які раніше приваблювали. Сповільнюється як рухова активність, так і перебіг процесів мислення.

Якщо депресія не є значною, то людина ще може продовжувати працювати, виконувати повсякденні завдання, проте все це припиняє приносити їй задоволення. При загостренні депресії втрачається будь-яка активність. Людина стає байдужа до всього. Все навколо вони бачить у «темному світі». При депресії людина відчувається нічого не вартою, невдахою. Примітним є те, що у стані депресії людина вважає свої сприйняття світу єдино правильним, а періоди життя без депресії здаються їй ілюзією. Інколи скарги на порушення різних систем організму «маскують» депресію (випадки так званої «маскованої депресії»).

Консультанту варто розуміти, що депресія викривляє розуміння минулого. Той, хто переживає депресію, часто шукає

контактів із іншими людьми, проте нерідко його пригнічений настрій зумовлює невдачі у міжособистісних відносинах. Він відчуває безсилля й безнадійність, страждає мовчки, часто злиться при цьому на себе та на інших. Водночас стає залежним від думки інших людей, особливо близьких.

Навіювати депресивній людині, що все буде добре, й не треба звертати увагу на дрібниці, всіляко підбадьорювати її — радше шкідливо, ніж корисно, оскільки це озлоблює і лише загострює депресію.

Передусім треба встановити, чи спостерігаються прояви психотичного захворювання, невротичної депресії або ж нормальна реакція на трагічні події. Інколи консультант приймає симптоми депресії за перевтому, фізичне або психічне збіднення й рекомендує більше відпочивати, спати, вживати вітаміни, поїхати до санаторію і т. ін. Однак при депресії цього може виявитися замало.

Консультант повинен підтримати клієнта й допомогти йому в психологічному поясненні труднощів. Сам факт, що консультант готовий боротися з депресією, зміцнює надію клієнта і нейтралізує відчай. З метою відновити віру клієнта в себе, варто звертати його увагу на ті сфери, в яких він компетентний, на його наявні досягнення. Важливо мобілізувати агресивні спонуки клієнт атак, щоб він міг успішніше боротися з життєвими випробуваннями.

Психолог повинен часто зустрічатися з депресивним клієнтом, особливо в разі гострої депресії. У процесі консультування необхідно долати залежність клієнта й спонукати його до активнішої ролі з кожною наступною зустріччю.

У випадках депресії подекуди використовується медикаментозне лікування за допомогою антидепресантів. Призначення лікування й дозування — справа лікарів, але психолог повинен знати, чи вживає його клієнт ліки та яка сила їхнього впливу. Консультант повинен знати про біологічну та психологічну схильність деяких людей до депресивних реакцій у важких життєвих ситуаціях. Депресія, особливо така, що виникла в силу зовнішніх чинників, зникає при змінненні життєвих умов.

Варто пам'ятати, що слабовиражена депресія може перерости в гостру із *суїцидними намірами*. Проблема полягає, як

правило, не в приховуванні таких намірів, а в тому, що їх ніхто не чує, коли людина про них говорить.

Амбівалентність потенційного самовбивці ускладнює розпізнання дійсних намірів.

Консультант повинен проаналізувати власні установки й почуття щодо самогубства, в роботі не варто їх приховувати.

Бесіда про почуття, що підштовхують до самогубства, зменшують ймовірність реалізації спонукань. До того ж у відкритому спокійному обговоренні клієнт бачить, що такі думки можуть бути сприйняті та зрозумілі з боку іншої людини. Засновник логотерапії Віктор Франкл пропонує оцінювати замість імовірності самогубства величину життєвого потенціалу й запитувати клієнта не про причини небажання жити, а про сенс життя для нього.

Існують певні *правила роботи з клієнтами, що мають наміри суїциду*:

- з такими клієнтами потрібно частіше зустрічатися;
- консультант має звертати увагу суїцидного клієнта на позитивні аспекти в його житті. Необхідно спрямувати клієнта на пошуки ресурсів для подолання важкого етапу життя;
- дізнавшись про наміри клієнта здійснити самогубство, не варто панікувати, намагаючись відволікти його яким-небудь заняттям і вдатися до моралізування. Така тактика лише переконує клієнта в тому, що його ніхто не розуміє;
- фахівець повинен долучити до роботи з клієнтом між консультативними зустрічами значущих для нього людей;
- клієнт повинен мати можливість у будь-який час зателефонувати консультанту, щоб той міг контролювати його емоційний стан;
- при високій імовірності суїциду варто застосовувати міри обережності й запобігання — попередити близьких, обговорити питання госпіталізації. Незважаючи на заперечення клієнта, консультанту краще довіритися власній інтуїції та врахувати небезпечні ознаки в поведінці клієнта;
- консультант не повинен дозволяти клієнтові маніпулювати собою через погрози самогубством;

– консультант зобов'язаний не забувати, що він не Бог і не завжди спроможний запобігти суїциду. Найбільшу відповідальність за свої дії несе сам клієнт;

– консультант зобов'язаний детально, в письмовій формі, документувати свої дії, щоб у разі нещасного випадку він міг довести собі та іншим, що діяв професійно та вжив усіх заходів для уникнення катастрофи.

Для психологів, що працюють із потенційними самоубивцями, і для тих, хто страждає через самогубство клієнта, розроблено такі рекомендації:

1) світоглядні установки:

– фахівець не може нести відповідальність за те, що каже та робить пацієнт поза стінами терапевтичного кабінету;

– самогубство інколи відбувається всупереч турботливому ставленню;

– не можна запобігти суїциду, якщо клієнт дійсно прийняв рішення;

2) тактика при консультуванні клієнтів із суїцидними намірами:

– необхідною є пильність і готовність до невдачі;

– у ризикованих ситуаціях обов'язково треба консультуватися з колегами;

– необхідно обговорити з колегами самогубство клієнта як можливий варіант його виходу з кризи. Варто пам'ятати, що роль консультанта полягає в тому, щоб застерегти клієнта від самогубства й допомогти йому знайти інші способи подолання проблеми;

3) як реагувати на самогубство клієнта:

– треба виходити з того, що самогубство всім завдає болю;

– консультант набуває великого досвіду;

– не треба дивуватися пригніченому настрою, почуттям провини й злоби;

4) подолання наслідків самогубства клієнта:

– туга — природна реакція, і всі переживають однаково;

– варто говорити й переживати, але без зайвого самозвинувачування;

- треба дозволити собі вимовитися з колегами, друзями, в сім'ї;
- варто пам'ятати річницю трагічного випадку, щоб не бути захопленим зненавцяка.

Особливості бесіди з людиною, що помирає

Ставлення до смерті впливає на спосіб життя. Важко прийняти думку, що смерть може надавати позитивний вплив на життя, тому що ми зазвичай дивимося на неї як на абсолютне зло. Проте якщо відмовитися від думки про власну смертність, життя відразу втратить свою інтенсивність.

Невиліковна хвороба невідворотно наближає реальність смерті. Вона суттєво змінює людське життя, й на цьому тлі, як не парадоксально, нерідко з'являються ознаки «зростання» особистості.

Бесіди із хворими на рак дозволили науковцям узагальнити *психологію людини із наближенням смерті*:

- заново оцінюються пріоритети життя, втрачають значення безглузді дрібниці;
- виникає почуття звільнення — не робиться те, чого не хочеться робити, тобто втрачають свою силу повинності;
- посилюється поточна хвилина відчуття життя;
- загострюється значущість елементарних життєвих подій (наприклад, зміна пір року, дощ, музика, аромат та ін.);
- спілкування з близькими людьми стає глибшим;
- зменшується страх бути відкинутим, зростає бажання ризикувати.

Всі ці зміни свідчать про збільшення чутливості невиліковно хворої людини, що висуває конкретні вимоги до тих, хто знаходиться поруч із нею, — до близьких, лікарів, психологів. У хворого виникають дуже важливі для нього запитання, які він ставить оточуючим. У розмові з пацієнтом про смерть необхідно відчувати свою відповідальність за її перебіг, за відчуття, які вона викликає та на які рішення спонукає. Перш за все доречно порадити йому привести в порядок життєві справи (останні бажання, заповіт і т. ін.). Деякі люди не схильні думати

про завершення своїх земних справ, тому що їм здається, що вирішення подібних проблем відкриває двері смерті. З ними можна обговорити проблему страху перед смертю.

Питання про відвертість із невиліковно хворим є одним із найважчих. Одні стверджують, що пацієнтові треба сказати всю правду, інші наголошують на необхідності дбайливого ставлення до важко хворого й нічого не говорять йому про смерть, що наближається, треті вважають, що варто поводитися так, як хоче пацієнт. Звичайно, хворий має право знати правду про свій реальний стан, і нікому не дозволено узурпувати його право, проте не варто забувати, що «право знати» аж ніяк не є тотожним «обов'язку знати».

Свобода пацієнта буде реальною лише при орієнтації на його бажання володіти справжнім знанням. Важко хвора людина може й не бажати знати що-небудь конкретне про наближення смерті, й оточуючі зобов'язані поважати його вибір. Дуже часто знання того, що скоро настане смерть, не полегшує стану хворого, і тоді навіть краще, якщо він менше знає. Інколи вимагаючи повної інформації, пацієнт не цілком уявляє свою реакцію на жорстоку правду. Буває неважко помітити, що його вимога носить радше формальний характер, і він зовсім не бажає отримати точну відповідь, оскільки це позбавляє його надії.

Послідовність реакцій невиліковно хворих людей на близьку смерть описують таким чином:

1) *заперечення*: при відвідуванні різних лікарів пацієнти насамперед сподіваються на заперечення діагнозу. Дійсний стан речей ховається як від сім'ї, так і від себе. Заперечення дає можливість побачити неіснуючий шанс, робить людину сліпою до будь-яких ознак смертельної небезпеки;

2) *злоба* — найчастіше виражається запитаннями: «Чому я?», «Чому зараз?» і т. ін.;

3) *компроміс*: прагнуть як би відкласти вирок долі, змінюючи свою поведінку, спосіб життя, відмовляючись від різних задовольень, і т. ін.;

4) *депресія*: зрозумівши неминучість свого становища, поступово втрачають інтерес до навколишнього світу, відчувають смуток, тугу;

5) адаптація: примирення як готовність спокійно зустріти смерть.

Особливості перебігу стадій у різних людей суттєво відрізняється. Через усі ці стадії проходять також і члени сім'ї, дізнавшись про невиліковну хворобу близької людини.

За допомогою заперечення створюється ілюзія, що все йде добре. Однак заперечення в жодному разі не означає, що пацієнт дійсно не знає про наближення смерті. Радше можна думати, що він обирає незнання або, інакше кажучи, воліє залишатися в невіданні. На несвідомому рівні пацієнт відчуває, якою ситуація є насправді, але схильний ігнорувати її.

Слід зазначити, що використання заперечення буває успішним, коли ніхто з оточуючих не використовує цей механізм захисту. Коли ж люди, що поряд, починають говорити про те, що все буде добре і пацієнт одужає, тривожність у нього збільшується, й часто такі «ігри» близьких стають ознакою повної безнадії його стану.

Людина, що вмирає, здатна зрозуміти своє становище й нерідко хоче поговорити про свою хворобу та наближення смерті, але тільки з тими, хто вислуховує її без поверхневих спроб втішити. Тому консультанту або лікарю варто вміти кваліфіковано розібратися в бажаннях пацієнта й у пов'язаних зі смертю фантазіях і страхах. Він, по суті, здатний спонукати невиліковно хворої людини відчувати життя до останньої миті.

Перед смертю люди часто вважають за краще більше говорити, ніж вислуховувати відвідувачів. Мова вмираючих нерідко буває символічною. Для кращого її розуміння необхідно розшифровувати зміст використовуваних символів. Зазвичай показовими є жести хворого, розповіді та спогади, якими він ділиться. Перебування з ним вимагає простої людської чуйності, яку потрібно проявити.

Персоналу, який працює із людиною, що помирає, та її близькими, теж необхідна суттєва допомога. Важливим є усвідомлене примирення з почуттями провини та безсилля.

Питання для обговорення

1. Особливості клінічної і психологічної інтервенції.
2. Клініко-психологічна інтервенція та її методи.
3. Визначення поняття психотерапії та загальна її характеристика.
4. Моделі психотерапії (за Ст. Ледером).
5. Визначення поняття та загальна характеристика психокорекції.
6. Психодіагностичний супровід психотерапії та психокорекції.

Завдання для самостійної роботи

Назва теми	Вид завдання
II. Основи психологічного впливу у клініці та деонтологічна робота психолог	
Тема 8. Основи психологічного впливу в клініці	
1. Концепція удосконалення комплексної медичної і психологічної допомоги.	*Підготувати мультимедійну презентацію з теми заняття. *Підготуватися до семінарського заняття, законспектувавши на вибір рекомендовані до теми літературні джерела.
2. Основні напрями психотерапії застосовуються в клінічних умовах.	

Тема 9. Організаційні аспекти діяльності клінічного психолога та організація психотерапевтичної допомоги

***Мета заняття** — ознайомити із загальними принципами організації медико-психологічної допомоги.*

Зміст заняття

1. Загальні принципи організації медико-психологічної допомоги.
2. Робота клінічного психолога в закладах психіатричної допомоги психотерапевтичного профілю.

1. Загальні принципи організації медико-психологічної допомоги

Лікувально-реабілітаційний процес у наш час все частіше забезпечується за рахунок участі клінічних психологів у роботі лікувально-профілактичних установ. Збільшення числа клінічних психологів у психіатричній і психотерапевтичній практиці стало результатом зростання впливу сучасної біопсихосоціальної концепції охорони здоров'я. Посади клінічних психологів вводять в штати установ або підрозділів, які надають психіатричну і психотерапевтичну допомогу, щоб клінічний психолог працював у тісному співробітництві або з лікарем-психіатром, або з лікарем-психотерапевтом. Ця практика виправдовує, оскільки сама психологічна допомога орієнтована на роботу з пацієнтами, що страждають на психічні розлади, в тому числі й такі, що їх зумовлює соматична патологія.

Клінічних психологів, що знаходяться на одній території обслуговування (району, міста, області, краю, республіки), як правило, включають в систему охорони психічного здоров'я (психіатрія, психотерапія, наркологія, сексологія, кризова допомога), не утворюючи самостійної служби.

Основні підходи до організації медико-психологічної допомоги в цілому відповідають використуванню при наданні психіатричної та психотерапевтичної допомоги.

Принцип наближення психологічної допомоги до населення реалізується за рахунок впровадження посад клінічних психологів у психотерапевтичних кабінетах лікувально-профілактичних установ різного профілю, спеціалізованих центрах, психотерапевтичних відділеннях багатопрофільних лікарень.

Принцип системності забезпечується через включення клінічних психологів у бригади фахівців, які надають психіатричну і психотерапевтичну допомогу.

Принцип безперервності передбачає участь клінічного психолога у веденні пацієнта на всіх етапах лікувально-діагностичного процесу і проявляється в реалізації різних медико-реабілітаційних заходів.

Системотворчим фактором участі клінічного психолога в діяльності лікувального профілактичного закладу є розташування його робочого місця в установах (центрах) і підрозділах психотерапевтичної служби — психотерапевтичний кабінет, психотерапевтичне відділення, психотерапевтичний центр, в позалікарняних установах психіатричної та наркологічної служб, психоневрологічний і наркологічний диспансери, психіатричний і наркологічний стаціонари, підрозділи кризової служби. Робоче місце (лабораторія, кабінет) клінічного психолога організовується також в інших установах і підрозділах — кабінетах психологічної підтримки медико-санітарних частин, кабінетах соціально-психологічної допомоги, психологічних консультаціях, психотерапевтичних клубах і клубах колишніх пацієнтів, психотерапевтичних студіях.

У становленні клінічної психології як спеціальності з власними науковими, організаційними і методичними підходами велику роль зіграло її визнання в професійних (психотерапевтичних і психіатричних) спільнотах. Клінічна психологія сьогодні — це психологічна спеціальність, пов'язана із психіатрією, психотерапією, нейрореабілітацією, відновним навчанням. Її формування відбувається на кордонах медицини з іншими прикладними областями психології, корекційної педагогікою та психолінгвістики.

Сучасні дослідження показують, що практично у всіх областях медицини можна виокремити психологічний аспект

етіопатогенезу для забезпечення ефективного лікування при всіх захворюваннях. Клінічна психологія пройшла шлях від визнання її в ролі допоміжної для лікаря дисципліни до визнання її як важливої складової всієї комплексної медичної допомоги, що включає унікальні можливості діагностики, лікування й профілактики.

Із формуванням клінічної психології як цілісної наукової та практичної дисципліни, що в рівній мірі оперує знаннями для психологічного вивчення особистості хворої людини і психологічної допомоги, стає все більш ясним її значення на всіх етапах профілактики, лікування та реабілітації.

Розвиток психології в охороні здоров'я відповідає її завданням у конкретних соціальних і культурних умовах.

В усьому цивілізованому світі на правовому рівні закріплено розвиток гуманного ставлення суспільства і держави до психічно хворої людини, що фактично сприяє інтеграції психології в охорону здоров'я.

Концепція вдосконалення комплексної медичної і психологічної допомоги включає в себе:

- розробку освітніх стандартів і вимог до підготовки клінічних психологів;
- визначення системи освітніх установ, які проводять базову підготовку й післядипломне навчання клінічних психологів;
- забезпечення умов взаємодії клінічних психологів із іншими фахівцями, які надають психотерапевтичну, психіатричну, наркологічну, кризову, сексологічну і логопедичну допомогу;
- оснащення робочих місць клінічного психолога;
- технологічну єдність і спадкоємність діяльності клінічного психолога в структурі медичної допомоги.

Розробка бригадної моделі надання психіатричної та психотерапевтичної допомоги, заснованої на принципах організації терапевтичного середовища, терапевтичної спільноти і більш сучасних їх форм на основі концепції «терапевтичного поля» дозволила не тільки впровадити в загальномедичну практику психотерапевтичну й психіатричну допомогу, але також наблизити психологічну і соціальну роботу до населення за рахунок

створення в психоневрологічних диспансерах, поліклініках і багатопрофільних лікарнях психотерапевтичних кабінетів.

В охороні здоров'я активно освоюються нові форми організації психотерапевтичної допомоги. Збільшується кількість психотерапевтичних відділень в багатопрофільних лікарнях і в психіатричних стаціонарах. Багато з цих відділень стають базою для підготовки лікарів-психотерапевтів, клінічних психологів та інших фахівців, що беруть участь в наданні психотерапевтичної допомоги. Ознакою інтеграції психотерапевтичної допомоги в різні галузі медичної практики є розширення спектра стаціонарних підрозділів лікарень, що використовують психотерапію в лікуванні невротичних і психосоматичних розладів.

2. Робота клінічного психолога в закладах психіатричної допомоги психотерапевтичного профілю

Основними напрямками роботи клінічного психолога є психодіагностика, психокорекція та участь в психотерапевтичному процесі.

Психотерапевтична допомога має етапну організацію, відповідно до якої дещо відрізняються і завдання її психологічного забезпечення, які в цілому відповідають цілям і напрямкам роботи клінічного психолога в системі психіатричної допомоги.

Найбільш поширеною моделлю психотерапевтичної допомоги пацієнтам із неврозами та іншими непсихотическими психічними розладами є психотерапевтичний кабінет первинної ланки медичної допомоги — поліклініки.

Психологічна допомога, що надається в поліклініках, має свої особливості, до яких відносяться:

- необхідність швидкого встановлення контакту між лікарем і пацієнтом;
- використання короткострокової та інтенсивної психотерапевтичної допомоги з переважанням раціональної психотерапії і непрямого навіювання;
- поєднання психотерапії з іншими видами лікування;
- переважною частиною пацієнтів є такі, що мають психосоматичні розлади і непсихотичні форми депресивних розладів.

Зі збільшенням числа підготовлених психотерапевтів і визнанням важливості ролі психотерапевтичного кабінету поліклініки як одного з основних елементів у структурі психотерапевтичної служби значно розширюється спектр використовуваних психотерапевтичних методів, розвиваються бригадні технології надання психотерапевтичної допомоги. До завдань психологічного забезпечення роботи психотерапевтичного кабінету поліклініки відноситься і поглиблене психодіагностичне обстеження пацієнтів з метою забезпечення диференціальної клінічної діагностики, особливо у випадках так званої експрес-діагностики.

Подібні завдання можуть виконувати психотерапевтичні кабінети медико-санітарної частини промислового підприємства, стаціонарів гастроентерологічного, кардіологічного, пульмонологічного профілю, відділення ВІЛ-інфекції, венерологічного стаціонару, а також психотерапевтичні кабінети багатопрофільних лікарень. Важливу роль при наданні психотерапевтичної допомоги виконує психотерапевтичний кабінет психоневрологічного диспансеру. При схожості функцій психотерапевтичних кабінетів різних лікувально-профілактичних установ такі кабінети психоневрологічних диспансерів проводять лікування пацієнтів із більш важкими психічними розладами, в тому числі пацієнтів із прикордонною патологією, що супроводжується більш вираженими, ніж у пацієнтів поліклінік, психопатологічними розладами. Відповідно до цього, збільшується частка психодіагностичного напрямку роботи клінічного психолога в порівнянні з часткою психокорекційних заходів і психологічного забезпечення лікувально-діагностичного процесу, який стає простішим із більш поглибленою професійно-психологічною підготовкою лікаря-психотерапевта і соціального працівника.

Наступна ланка психотерапевтичної допомоги — в стаціонарних і напівстаціонарних психотерапевтичних відділеннях, у тому числі спеціалізованих стаціонарних відділеннях для лікування неврозів. Такі відділення можуть створюватися на базі багатопрофільних і психіатричних лікарень, стаціонарів, психоневрологічних диспансерів. Їх завданням є проведення інтенсивної психотерапії пацієнтів із хронічними важкими формами невротичних розладів, непсихотическими психічними розлада-

ми при органічних захворюваннях головного мозку, пацієнтів, для яких повсякденне соціальне оточення є умовою декомпенсації та емоційного стресу настільки, що це ускладнює або робить майже неможливою їх амбулаторну психотерапію. Домінують в такому відділенні особистісно-орієнтовані методи, зокрема, особистісно-орієнтована (реконструктивна) психотерапія. Передбачається значна інтенсифікація лікувального процесу в порівнянні з тим, який здійснюється амбулаторно. Перебування пацієнта у відділенні протягом дня або частини дня дозволяє організувати розпорядок роботи відділення таким чином, що практично всі проведені заходи носять психотерапевтичний характер. При цьому нерідко стирається межа між соціотерапевтичними й власне психотерапевтичним впливом, мотивація спонукання пацієнтів до участі в психотерапії зумовлена ефективністю специфічних і неспецифічних заходів. У відділеннях використовуються різні види групової психотерапії, в проведенні якої психолог бере навіть більш активну участь, ніж лікар-психотерапевт. Найважливішою специфікою діяльності сучасного психотерапевтичного відділення стає проведення комбінованого лікування, переважно заснованого на методах психотерапії, організація психотерапевтичної середовища і психотерапевтичного спільноти, створення інтеграційних психотерапевтичних програм на основі бригадної взаємодії та моделі «терапевтичного поля». Психотерапевтичні відділення, створювані в лікувально-профілактичних установах, розрізняються за специфікою контингенту пацієнтів.

В ролі особливої ланки психотерапевтичної допомоги виступають так звані психотерапевтичні центри. Ці установи здійснюють різноманітні види психотерапевтичної допомоги, мають кабінети, які спеціалізуються на проведенні більш складних видів психотерапії (амбулаторної, груповий, сімейної, допомоги дітям та підліткам), а також денні стаціонари і стаціонарні психотерапевтичні відділення. Такі установи координують психотерапевтичну і психологічну роботу на певній території і створюють передумови для адекватного застосування всього комплексу психотерапевтичних методів і психологічних втручань. У структурі психотерапевтичних центрів створюються клініко-психоло-

гічні підрозділи, які крім здійснення консультативної функції набувають функції методичного координатора роботи клінічних психологів мережі психотерапевтичних кабінетів.

Взаємодія клінічного психолога і лікаря-психотерапевта при проведенні психотерапії

Подальші перспективи розвитку психотерапевтичної допомоги відкриваються за умови залучення клінічного психолога до проведення психотерапевтичних заходів у рамках бригадної моделі надання психотерапевтичної допомоги.

На характер взаємодії лікаря та психолога в рамках психотерапевтичного процесу впливають спрямованість та цілі психотерапії.

Спрямованість психотерапії

У найзагальнішому сенсі психотерапія лікаря і психолога спрямована на особистість пацієнта й саме через особистість опосередковується вся система взаємодії. Однак специфікою клінічної (лікарської) психотерапії може бути не просто спрямованість на особистість взагалі, а робота з тими особистісними механізмами, які так чи інакше зумовлені патологічним станом. Лікаря цікавить, які особистісні процеси включені в механізм хвороби й одужання і як реагує особистість на хворобливі прояви. Особистісний аспект інтересів лікаря в психотерапії концентрується на взаємовпливі особистості та хвороби, особистості й тілесних (психічних і соціальних) проявів хвороби.

Клінічного психолога в такій площині аспект особистість–хвороба цікавити не може, оскільки в рамках психологічної парадигми будь-які клінічні феномени психологізуються. Наприклад, яких страждань в разі захворювання переживає людина, як вона проявляє себе з урахуванням наявної хвороби, як вона в цьому випадку будує свої відносини з іншими людьми. Зокрема, це відбувається тому, що в світогляді психолога хвороба існує як якась абстракція, не підкріплена клінічним баченням пацієнта й клінічним мисленням. Можна припустити, що основою психологічної психотерапії є особистість людини і можливість її реалізації або, іншими словами, психоло-

гів більшою мірою цікавлять прояви особистості і соціуму. З цієї, психологічної, точки зору на психотерапію, хворобливі механізми також мають значення, але, очевидно, носять характер контексту.

Не існує класифікації психологічних проблем, труднощів і конфліктів, порівнянної з медичної класифікацією. Більшість психологів, працюючи зі своїми клієнтами, орієнтуються головним чином на чотири сфери, які породжують психологічні проблеми: сферу сімейних відносин, професійну, сферу мікро- і макровідносин.

Цілі психотерапії

Відзначаючи специфіку спрямованості клінічної (лікарської) і психологічної психотерапії, можна виділити для розгляду і більш приватні питання.

Лікар, плануючи процес психотерапії, не може відмовитися від клінічного бачення хворого: анамнез — клінічний стан — діагноз — терапія — прогноз. При такому підході до дослідження випадку вся лікарська психотерапія вже виявляється клінічної. Актуалізується і значимість контрактних взаємин лікар-пацієнт. Контракт укладається з поправкою на реальні можливості психотерапії по відношенню до конкретної клінічної картині. Спільними мішенями клінічної (лікарської) психотерапії стають специфіка внутрішньої картини хвороби і механізми участі особистості в симптомоутворенні.

Клінічний психолог менше цікавиться історією виникнення та походження існуючих патологічних проявів. Для психолога основним є питання: як при наявності певних умов реалізуються різні функції або їх система? Його бачення пацієнта (клієнта) охоплює лише «поперечний зріз» проявів всіх можливостей людини при тому чи іншому стані психічного й фізичного здоров'я. Мішенню роботи психолога стають механізми відтворення проблем у різних площинах функціонування особистості, механізми реалізації людських можливостей.

Отже, метою клінічної (лікарської) психотерапії є одужання людини, метою загальної психологічної психотерапії — найбільш повна реалізація її можливостей.

Організація роботи клінічного психолога в психотерапевтичних підрозділах

Психотерапевтичний кабінет є основним структурним підрозділом у системі психотерапевтичної служби та основною формою організації психотерапевтичної допомоги. Психотерапевтичні кабінети створюються в територіальних поліклініках, в спеціалізованих центрах гастроентерологічного, кардіологічного, пульмонологічного та іншого профілю, а також у багатопрофільних лікарнях. До завдань психотерапевтичного кабінету в територіальній поліклініці входять: проведення консультативної допомоги пацієнтам, спрямованим дільничними лікарями-терапевтами та іншими лікарями-спеціалістами; відбір хворих для психотерапії в умовах поліклініки; лікування пацієнтів із неускладненими формами неврозів, іншими непсихотичними станами, психічними і психосоматичними захворюваннями в ході здійснення індивідуалізованих комплексних терапевтичних і реабілітаційних програм; спрямування хворих для лікування в психоневрологічний диспансер чи інший спеціалізований заклад, що надає психіатричну й психотерапевтичну допомогу.

Прийом веде лікар-психотерапевт, який здійснює загальне керівництво роботою кабінету, залучаючи клінічного психолога і фахівця з соціальної роботи для психологічного обстеження пацієнта і проведення психотерапевтичних і соціотерапевтичних заходів. Психотерапевтичний кабінет забезпечений технічними засобами для проведення необхідних діагностичних і терапевтичних заходів.

Оформлення спеціально обладнаних приміщень передбачає врахування особливостей контингенту пацієнтів, забезпечення сприятливого психологічного впливу елементів дизайну, створення невимушеної атмосфери, затишку й комфорту. Психотерапевтичний кабінет розташовується в декількох приміщеннях, просторово віддалених від інших приміщень на території лікувально-профілактичного закладу, в структурі якого розгортається психотерапевтична служба. У кабінеті психотерапевта, в якому починається спілкування з пацієнтом, заповнюється первинна і інша медична документація.

Необхідність поділу кабінету на приміщення для прийому й приміщення для проведення психотерапевтичної роботи стає більш очевидною при орієнтації на сучасні гуманістичні варіанти психотерапії, що припускають партнерські взаємини між пацієнтом і психотерапевтом. Це особливо важливо на початкових етапах лікування, коли вирішується питання про вибір моделі психотерапії і стилю поведінки лікаря. Наявність окремого приміщення для проведення групових занять відбиває тенденцію сучасної психотерапії, спрямованої на поєднання різних методів і форм впливу на пацієнтів, а в умовах поліклініки сприяє також інтенсифікації лікувального процесу.

Організація роботи кабінету в певній мірі залежить від прийнятого загального порядку діяльності лікувально-профілактичного закладу, в структуру якого входить кабінет. Найбільш частою організаційною формою руху пацієнтів є листи самозапису або талонна система. У деяких випадках запис здійснюється за телефоном. З етичних міркувань, а також з метою забезпечення анонімного звернення кабінетах створюється окрема від загальної реєстратури картотека амбулаторних карт.

Спеціалізовану допомогу надають психотерапевтичні кабінети, створені на базі профільних лікувально-профілактичних установ. Для роботи в таких кабінетах потрібна відповідна додаткова підготовка лікарів-психотерапевтів.

Ґрунтуючись на бригадній моделі надання психотерапевтичної допомоги, загальне керівництво діяльністю кабінету здійснює лікар-психотерапевт, проте при роботі із психічно здоровими особами та на етапі одужання пацієнта його куратором стає клінічний психолог.

Основним контингентом психотерапевтичних відділень є пацієнти, для яких їх звичайне соціальне оточення є постійним психотравмівним фактором.

Питання для обговорення

1. Загальні принципи організації медико-психологічної допомоги.
2. Робота клінічного психолога в закладах психіатричної допомоги та психотерапевтичного профілю.

3. Особливості організації роботи в медичних закладах паліативної медицини, інфекційних клініках і нейрореабілітації.

4. Особливості організації роботи клінічного психолога в медичних закладах загально хірургічного та терапевтичного профілю.

Завдання для самостійної роботи

Назва теми	Вид завдання
II. Основи психологічного впливу у клініці та деонтологічна робота психолог	
<i>Тема 9. Організаційні аспекти діяльності клінічного психолога та організація психотерапевтичної допомоги</i>	
1. Особливості організації психотерапевтичної допомоги хворим алкоголізмом, наркоманією та граничними з неврозами станом.	*Підготувати мультимедійну презентацію з теми заняття.
2. Етико-деонтологічні аспекти психотерапевтичної допомоги.	*Підготуватися до семінарського заняття, законспектувавши на вибір рекомендовані до теми літературні джерела.

ІНДИВІДУАЛЬНІ ЗАВДАННЯ

1) Індивідуальні завдання з навчальної дисципліни «Клінічної психології» передбачають підготовку доповідей на теми:

1. Поведінка прихильності в нормі та патології.
2. Психічні захворювання і стигматизація.
3. Сімейна психотерапія в системі лікування та профілактики нервово-психічних розладів.
4. Сучасні підходи до терапії психосоматичних розладів.
5. Вплив батьківського ставлення на соціально-психологічну адаптацію підлітків із обмеженими можливостями здоров'я.
6. Взаємозв'язок пристосованості в сфері здоров'я і механізмів психологічних захистів у людей, які ведуть здоровий спосіб життя.
7. Взаємозв'язок здатності до емпатії та стилю спілкування у медичних працівників.
8. Специфіка механізмів психологічних захистів у пацієнтів із різними психосоматичними розладами.
9. Роль особистісних особливостей у формуванні типу психологічного реагування на соматичні захворювання.
10. Психологічні особливості осіб, залежних від комп'ютерних ігор.
11. Соціально-психологічні особливості осіб із комп'ютерною залежністю.
12. Роль алекситимії у формуванні психосоматичних захворювань.
13. Психологічні особливості хворих із захворюваннями серця.
14. Психологічні особливості хворих при психосоматичних захворюваннях (при неспецифічному виразковому коліті, гіпертонічній хворобі, бронхіальній астмі).
15. Особливості психології хворого з ендокринною патологією.
16. Психологічні особливості хірургічних хворих.
17. Психологічні особливості урологічних хворих.
18. Психологічні особливості опікових хворих.
19. Психологічні особливості онкологічних хворих.

20. Психологічні особливості інфекційних хворих.
 21. Психологічні особливості хворих на ВІЛ.
 22. Особливості психології хворих при мозкових інфекціях.
 23. Психологічні особливості хворих на туберкульоз.
 24. Психологічні особливості жінки у період вагітності.
 25. Психологічні особливості жінки у післяпологовий період.
 26. Медико-психологічні аспекти у клініці дитячих захворювань.
 27. Психологічні особливості хворих при гінекологічних захворюваннях.
 28. Психологічні особливості людей з порушенням зору.
 29. Психологічні особливості людей з порушенням слуху.
 30. Психологічні особливості хворих зі шкіряними хворобами та пошкодженнями обличчя.
 31. Психологічні особливості пацієнтів, що вдаються до пластичної хірургії.
 32. Особливості психічного розвитку при дитячому церебральному паралічі.
 33. Психологічні особливості хворих із різними ступенями олігофренії.
 34. Психологічні проблеми при гострих психотичних станах.
 35. Психологічні особливості осіб із ПТСР.
 36. Психологічні особливості хворих на алкоголізм.
 37. Психологія хворого на шизофренію.
 38. Психологія хворого на епілепсію.
 39. Зміни психічної діяльності у літніх людей.
 40. Хвороби відомих людей.
- 2) Складання каталогу мультимедійних презентацій із тем навчальних занять.
- 3) Складання каталогу навчальних та художніх фільмів відповідно до тем із навчальної дисципліни.

ТЕСТОВІ ЗАВДАННЯ З ДИСЦИПЛІНИ

1. Кому належить термін «клінічна психологія»?

- а) Кречмеру;
- б) Жане;
- в) Уїтмеру;
- г) Фрейду.

2. Кого можна вважати за родоначальника нейропсихології?

- а) Прибрама;
- б) Лейбніца;
- в) Коха;
- г) Галля.

3. Засновником нейропсихологічної школи є:

- а) Трауготт;
- б) Корнілов;
- в) Павлов;
- г) Лурія.

4. Клінічна психологія робить значний вплив на розвиток таких галузей медицини, крім:

- а) психіатрії;
- б) травматології;
- в) неврології;
- г) нейрохірургії.

5. Теоретичні і практичні проблеми якої спеціальності не можуть розроблятися без клінічної психології:

- а) фітотерапії;
- б) фізіотерапії;
- в) психотерапії;
- г) променевої терапії.

6. Ким був запропонований термін «біоетика»?

- а) Доссе;
- б) Хайдеггером;

- в) Поттером;
- г) Юдіним.

7. Клінічна психологія робить значний вплив на розвиток загальнотеоретичних питань психології, окрім:

- а) аналізу компонентів, що входять до складу психічних процесів;
- б) вивчення співвідношення розвитку і розпаду психіки;
- в) розробки філософсько-психологічних проблем;
- г) встановлення ролі особового компоненту в структурі різних форм психічної діяльності.

8. Яка етична модель в клінічній психології отримала найбільший розвиток в останній чверті ХХ ст.?

- а) модель Гіппократа;
- б) біоетика;
- в) деонтологічна модель;
- г) модель Парацельса.

9. Який принцип у клінічній психології може конкретизуватися як етіологія і патогенез психопатологічних розладів?

- а) принцип єдності свідомості і діяльності;
- б) принцип розвитку;
- в) принцип особового підходу;
- г) принцип структурної.

10. Хто ввів термін «деонтологія»?

- а) Декарт;
- б) Спіноза;
- в) Бентам;
- г) Бубер.

11. До перших спроб локалізувати вищі психічні функції в корі головного мозку відносяться роботи:

- а) Галена;
- б) Галля;
- в) Клейста;
- г) Лурія.

12. Автором культурно-історичної теорії розвитку вищих психічних функцій є:

- а) Сеченов;
- б) Бехтерев;
- в) Виготський;
- г) всі три.

13. Інструментом виділення нейропсихологічного чинника є:

- а) сукупність фізіологічних досліджень;
- б) клінічна бесіда хворим або випробуванням;
- в) синдромний аналіз;
- г) математична процедура.

14. Порушення контролю за виконання власної поведінки в основному пов'язане з:

- а) патологією лобових долей;
- б) пошкодженням глибоких структур мозку;
- в) порушенням роботи тім'яно-потиличних відділів;
- г) скроневою патологією.

15. Буквену коректурну пробу для дослідження уваги запропонував:

- а) Шульте;
- б) Векслер;
- в) Бурдон;
- г) Біне.

16. У класичній психосоматиці виділяють три групи розладів, окрім:

- а) конверсійних розладів;
- б) «органних неврозів»;
- в) психосоматичних захворювань у вузькому сенсі слова;
- г) вегетозів.

17. Представником антропологічного напрямку в психосоматиці є:

- а) Поллок;

- б) Стоквіс;
- в) Віткововер;
- г) Вайзеккер.

18. Термін «психосоматика» в медицину ввів:

- а) Гіппократ;
- б) Райх;
- в) Хайнрот;
- г) Гроддек.

19. Творцем кортико-вісцеральної патології, як одного з напрямків психосоматики, є:

- а) Павлов;
- б) Анохін;
- в) Биків;
- г) Симонов.

20. Сучасна біопсихосоціальна модель хвороби розроблена:

- а) Карасу;
- б) Екськюлем;
- в) Енгелем;
- г) Любаном-Плоцца.

21. Автором концепції «профілю особистості» в психосоматичній медицині є:

- а) Александер;
- б) Віткововер;
- в) Данбар;
- г) Поллак.

22. Конверсійні розлади, що поклали початок психоаналітичному напрямку в психосоматиці, були описані:

- а) Александером;
- б) Желліффе;
- в) Фрейдом;
- г) Адлером.

23. Термін «алекситимія» ввів:

- а) Елліс;
- б) Карасу;
- в) Сифнеос;
- г) Розенман.

24. Концепцію «органних неврозів» розробив:

- а) Вітковер;
- б) Енгель;
- в) Френч;
- г) Дойч.

25. Вид психічного дизонтогенезу, при якому спостерігається повернення функції на попередній віковий рівень, як тимчасового, так і стійкого характеру:

- а) ретардація;
- б) регресія;
- в) розпад;
- г) асинхронія.

26. Вид психічного дизонтогенезу, при якому спостерігається сильна дезорганізація або випадання функції:

- а) розпад;
- б) регресія;
- в) асинхронія;
- г) ретардація.

27. Вид психічного дизонтогенезу, при якому наголошується запізнювання або припинення психічного розвитку:

- а) асинхронія;
- б) розпад;
- в) ретардація;
- г) регресія.

28. Соціально-обумовлений вид непатологічних відхилень в психічному розвитку:

- а) соціальна депривація;

- б) патохарактерологічне формування особи особистості;
- в) педагогічна занедбаність;
- г) межова психопатія.

29. До соціально обумовлених видів патологічних порушень онтогенезу відноситься:

- а) педагогічна занедбаність;
- б) патохарактерологічне формування особистості;
- в) акцентуація характеру;
- г) межова психопатія.

30. Загальне психічне недорозвинення, це:

- а) психопатія;
- б) олігофренія;
- в) акцентуація характеру;
- г) педагогічна занедбаність.

31. Тотальність ураження психічних функцій характерна для:

- а) олігофренії;
- б) педагогічній занедбаності;
- в) затримки психічного розвитку;
- г) психопатії.

32. Синдроми тимчасового відставання розвитку психіки в цілому або окремих її функцій позначаються терміном:

- а) педагогічна занедбаність;
- б) психопатія;
- в) затримка психічного розвитку;
- г) олігофренія.

33. Аномалія характеру, неправильний, патологічний розвиток, характеризуються дисгармонією в емоційній і вольовій сферах, це:

- а) затримка психічного розвитку;
- б) олігофренія;
- в) психопатія;
- г) акцентуація характеру.

34. Реактивні стани, які виявляються переважно порушенням поведінки і ведуть до соціально-психологічної дезадаптації, називаються:

- а) патохарактерологічні реакції;
- б) характерологічні реакції;
- в) адаптивні реакції;
- г) невротичні реакції.

35. Непатологічні порушення поведінки, які виявляються тільки в певних ситуаціях, не ведуть до дезадаптації особистості і не супроводжується соматовегетативними порушеннями, називаються:

- а) адаптивні реакції;
- б) характерологічні реакції;
- в) патохарактерологічні реакції;
- г) невротичні реакції.

36. Становлення незрілої особистості у дітей і підлітків у патологічному, аномальному напрямку під впливом хронічних патогенних дій негативних соціально-психологічних чинників, це:

- а) психопатія;
- б) патохарактерологічна реакція;
- в) психогенне патологічне формування особистості;
- г) акцентуація характеру.

37. Патологічні стани, що характеризуються дисгармонійною психічного складу, особистості тотальністю і вираженістю розладів, що протидіють повноцінній соціальній адаптації суб'єкта, це:

- а) патохарактерологічні реакції;
- б) психопатії;
- в) психогенні патологічні формування особистості;
- г) акцентуація характеру.

38. Порушення поведінки, які кваліфікуються на основі правових норм, позначаються як:

- а) саморуйнуюча поведінка;

- б) делінквентна поведінка;
- в) кримінальна поведінка;
- г) аддиктивна поведінка.

39. *Порушення поведінки, які кваліфікуються на основі морально-етичних норм, позначаються як:*

- а) делінквентна поведінка;
- б) кримінальна поведінка;
- в) компульсивна поведінка;
- г) саморуйнуюча поведінка.

40. *Форма поведінки, що відхиляється, що характеризується прагненням до відходу від реальності шляхом штучної зміни свого психічного стану за допомогою прийому деяких речовин або фіксація на певних видах діяльності, це:*

- а) компульсивна поведінка;
- б) адиктивна поведінка;
- в) делінквентна поведінка;
- г) саморуйнуюча поведінка.

41. *У найменшій мірі суть психотерапії в сучасному її розуміння розкриває поняття:*

- а) психологічне втручання;
- б) психологічна корекція;
- в) навіювання;
- г) клініко-психологічна інтервенція.

42. *Якщо невроз — це наслідок конфлікту між несвідомим і свідомістю, то психотерапія буде спрямована на:*

- а) перенавчання;
- б) усвідомлення;
- в) інтеграцію досвіду;
- г) розпізнавання помилкових стереотипів мислення.

43. *Комунікативна компетентність лікаря підвищується з розвитком такої якості, як:*

- а) ригідність;
- б) агресивність;

в) здатність до емпатії;

г) тривожність.

44. Афіліація — це:

а) здібність до співчуття, співпереживання;

б) прагнення людини бути в товаристві інших людей;

в) потреба в досягненнях;

г) схильність відчувати емоцію тривоги.

45. Емпатія — це:

а) здібність до співчуття, співпереживання, співчуття;

б) схильність до підвищеного настрою;

в) схильність переживати почуття провини;

г) потреба в емоційній підтримці з боку навколишніх людей.

46. Комунікативна компетентність лікаря знижується під впливом таких властивостей:

а) емпатія;

б) підвищена тривожність;

в) упевненість поведінки;

г) сенситивність.

47. Комунікативний бар'єр у взаєминах може бути пов'язаний із високим рівнем:

а) сенситивності до відчуження;

б) сприйняття соціальної підтримки;

в) агресивності;

г) депресивності.

48. Тривога — це емоція:

а) пов'язана з переживанням поточних неприємностей і невдач;

б) спрямована в майбутнє, пов'язана з передбаченням можливих невдач;

в) пов'язана з переживанням минулих образ і втрат;

г) супроводжуюча переживання будь-якої негативної події.

49. Синдром емоційного вигорання — є наслідком:

а) невпевненості в собі і підвищеній відповідальності;

- б) надмірній вразливості;
- в) професійній некомпетентності;
- г) критики з боку старших.

50. Професійна адаптація полягає в:

- а) вироблення практичних навичок;
- б) підвищенні рівня знань;
- в) встановленні емоційної дистанції з хворими;
- г) вдосконаленні професіоналізму, встановленні адекватної емоційної дистанції з хворими, формуванні індивідуального лікарського «іміджу».

51. Скорочення психологічної дистанції з хворим допустимо:

- а) при тривалому спілкуванні з пацієнтом;
- б) у взаєминах із агресивним пацієнтом;
- в) у ситуаціях, коли виникає загроза життю хворого;
- г) за наявності взаємної симпатії між лікарем і хворим.

52. Перше враження хворого про лікаря:

- а) складається в перших 18 секунд знайомства;
- б) формується протягом першої зустрічі лікаря і хворого;
- в) складається поступово, у міру того, як вони краще дізнаються один одного;
- г) нестійкий і швидко коригується під впливом інших вражень.

53. Відчуття психологічного контакту дає елемент невербального спілкування:

- а) погляд в очі;
- б) жест привітання;
- в) поворот корпусу тіла і голови у бік хворого;
- г) кивок головою.

54. У професійному спілкуванні лікаря з хворими переважні пози:

- а) симетричні;
- б) природні симетричні;

- в) природні асиметричні закриті;
- г) природні асиметричні відкриті

55. Активна жестикуляція хворого найчастіше пов'язана з:

- а) асенізацією хворого;
- б) високим рівнем тривоги;
- в) іпохондричними переживаннями;
- г) поведінкою симуляції.

56. Для депресивного хворого характерний:

- а) бліде маскоподібне обличчя;
- б) багата виразна міміка обличчя;
- в) асиметрія в мімічних реакціях;
- г) міміка скорботи.

57. Прискорена мова частіше характеризує:

- а) депресивного пацієнта;
- б) хворого з іпохондричними переживаннями;
- в) тривожного пацієнта;
- г) осіб, що демонструють поведінку симуляції.

58. Гучна мова частіше наголошується у:

- а) осіб астено-невротичного типу;
- б) хворих із елементами нав'язливості;
- в) хворих із іпохондричними переживаннями;
- г) пацієнтів у гіпоманіакальному стані.

59. Протягом фази орієнтації лікар:

- а) спостерігає невербальна поведінка хворого;
- б) вирішує, які лабораторні обстеження слід призначити хворому;
- в) формулює ряд гіпотез (визначає зону пошуку);
- г) ставить діагноз.

60. У процесі фази аргументації лікар має підстави для:

- а) постановки діагнозу;
- б) постановки попереднього діагнозу;

- в) визначення прогнозу;
- г) повідомлення діагнозу і прогнозу хворому.

61. Проекція — це:

- а) приписування хворим лікареві власних негативних рис;
- б) проектування в ситуацію взаємин із лікарем найбільш значимих психічних травм дитячого віку;
- в) перенос хворим на лікаря минулого досвіду взаємин із значимими людьми;
- г) перенос хворим на лікаря дитячих фантазій і мрінь.

62. В результаті поєднання позитивного переносу і позитивного контрпереносу у взаєминах лікар-хворий:

- а) підвищується вірогідність виникнення неформальних взаємовідносин між ними;
- б) підвищується точність діагностики й ефективність терапії;
- в) підвищується вірогідність швидкого одужання пацієнта;
- г) підвищується вірогідність ускладнень і рецидивів.

63. Основне завдання лікаря у фазі коректування:

- а) встановлення емоційного контакту з хворим;
- б) надання емоційної підтримки хворому;
- в) повідомлення точного діагнозу хворого;
- г) повідомлення прогнозу захворювання.

64. Адаптація пацієнта до умов стаціонару триває приблизно:

- а) близько 5 днів;
- б) близько 2 тижнів;
- в) перші два дні госпіталізації;
- г) 15 днів.

65. Ліки, призначені лікарем, залишаються невикористаними:

- а) як мінімум у 20% випадків;
- б) у половині випадків;
- в) у 60% випадків;
- г) у край рідко.

66. Ефект «плацебо» — це:

- а) ефективність фармакологічно нейтральних «лікарських форм»;
- б) відсутність очікуваної дії лікарського препарату;
- в) поява протилежного очікуваному дії лікарського препарату;
- г) посилення очікуваної дії лікарського препарату.

67. Поведінка агравації характеризується:

- а) свідомим зображенням симптомів відсутнього захворювання;
- б) зменшенням симптомів хвороби;
- в) перебільшенням симптомів хвороби;
- г) неусвідомленням симптомів хвороби.

68. У структурі внутрішньої картини хвороби виділяють такі основні компоненти:

- а) сенситивний і емоційний;
- б) емоційний і раціональний;
- в) емоційний, раціональний і мотиваційний;
- г) сенситивний, емоційний, раціональний і мотиваційний.

69. Адаптивні механізми, спрямовані на редуцію патогенної емоційної напруги напруження, оберігаючи від хворобливих відчуттів і спогадів, а також від подальшого розвитку психологічних і фізіологічних порушень, називають:

- а) копінг-механізмами;
- б) механізмами психологічного захисту;
- в) компенсаторними психологічними механізмами;
- г) адаптивними психологічними реакціями.

70. Захист від загрозливого об'єкту шляхом ототожнення з ним називають:

- а) проєкцією;
- б) витісненням;
- в) ідентифікацією;
- г) раціоналізацією.

71. За найбільш продуктивні копінг-стратегіями хворих вважаються:

- а) співпраця й активний пошук підтримки;
- б) емоційну розрядку і відвернення;
- в) відвернення й альтруїзм;
- г) альтруїзм і оптимізм.

72. Дисимуляція — це:

- а) свідоме зображення симптомів неіснуючого захворювання;
- б) свідоме приховування симптомів хвороби;
- в) свідоме перебільшення симптомів хвороби;
- г) свідоме зменшення симптомів захворювання.

73. Анозогнозія — це:

- а) свідоме приховування симптомів хвороби;
- б) несвідома реакція: неусвідомлення хвороби;
- в) свідоме зменшення симптомів захворювання;
- г) «відхід у хворобу».

74. Іпохондрія — це:

- а) хворобливо перебільшений неспокій за своє здоров'я;
- б) страх перед соціальними наслідками хвороби;
- в) небажання видужувати;
- г) отримання вигоди із захворювання.

75. Симуляція — це:

- а) свідоме зображення симптомів неіснуючого захворювання;
- б) свідоме приховування симптомів хвороби;
- в) прагматичне ставлення до захворювання з прагненням отримати з нього яку-небудь вигоду;
- г) страх перед хворобою.

76. До «важких» відносяться пацієнти, що мають:

- а) епілептоїдні риси;
- б) депресивні риси з суїцидальною настроєністю;
- в) гіпертимні риси;
- г) астено-невротичні риси.

77. Лікар як хворий — це:

- а) вдячний пацієнт, що полегшує працю лікаря, що лікує;

- б) такий же, як і решта всіх пацієнтів;
- в) «найважчий» і «нетиповіший» хворий;
- г) «найтиповіший» хворий.

78. Владна, авторитарна модель стосунків лікар — хворий із фіксованою структурою і жорстким розподілом ролей — це модель:

- а) керівництво;
- б) партнерства;
- в) керівництво-партнерство;
- г) модель контракту.

79. Партнерська модель взаємин лікар — хворий широко використовується в:

- а) клініці внутрішніх хвороб;
- б) акушерстві і гінекології;
- в) психіатрії і неврології;
- г) психотерапії.

80. Кому належить розробка теорії діяльності?

- а) Басову;
- б) Нечаєву;
- в) Леонтьєву;
- г) Бернштейну.

81. «Коло Пейпеса» в основному описує циркуляцію емоційних процесів:

- а) між тім'яною і скроневою корою;
- б) від зорового аналізатора до третинних полів;
- в) усередині лімбічної системи;
- г) між ретикулярною формацією і лобовою корою.

82. Типовими порушеннями мислення при епілепсії є всі вказані, окрім:

- а) сповільненості;
- б) важкорухливості;
- в) актуалізації малозначимих «латентних» ознак;
- г) в'язкості.

83. До методів дослідження в медичній психології належать всі, за винятком одного:

- а) патопсихологічне дослідження;
- б) клінічне інтерв'ювання;
- в) тестування індивідуально-психологічних особливостей;
- г) аліментарно-кофеїнове розгальмування.

84. Метод отримання інформації про індивідуально-психологічні властивості особистості, а також спосіб психологічного впливу на людину:

- а) клінічне інтерв'ю;
- б) психологічний тренінг;
- в) патопсихологічний експеримент;
- г) оцінка психологічних особливостей.

85. Країна, в якій була заснована перша в світі психологічна клініка з проблем клінічної психології:

- а) США;
- б) Англія;
- в) Франція;
- г) Україна;

86. Емоційно-вольові розлади, порушення структури та ієрархії мотивів, неадекватність самооцінки та рівня домагань, порушення мислення у вигляді «відносного афективного недоумства», порушення прогнозування та опори на минулий досвід входять у структуру:

- а) шизофренічного симптомокомплексу;
- б) невротичного симптомокомплексу;
- в) психопатичного симптомокомплексу;
- г) органічного симптомокомплексу.

87. Оцінка ефективності психологічних способів впливу на людину включає всі з нижче перерахованих за винятком одного:

- а) критерій ступеня симптоматичного поліпшення;
- б) критерій ступеня усвідомлення психологічних механізмів хвороби;
- в) критерій ступеня зміни порушених відносин особливості;
- г) критерій ступеня покращення партнерських (сексуальних) відносин.

88. Психічний процес, який забезпечує відображення у свідомості оживання образів, які були сприйняті в минулому, називається:

- а) уявлення;
- б) мислення;
- в) психіка;
- г) пам'ять.

89. До кількісних розладів відчуттів відносяться:

- а) гіперстезія, гіпостезія, анестезія;
- б) парестезії, сенестопатія, синестезії;
- в) галюцинації;
- г) синестезії.

90. До якісних розладів відчуттів відносяться:

- а) гіперстезія, гіпостезія, анестезія;
- б) галюцинації;
- в) парестезії, сенестопатія, синестезії;
- г) ілюзії.

91. До розладів сприйняття належать:

- а) ілюзії;
- б) галюцинації;
- в) психосенсорні розлади;
- г) всі відповіді вірні.

92. Хибне сприйняття оточуючих предметів і явищ реального світу називають:

- а) ілюзії;
- б) галюцинації;
- в) психосенсорні розлади;
- г) деперсоналізація.

93. Який вид ілюзії виникає у людини, яка знаходиться в потязі і через вікно спостерігає за рухом іншого потяга?

- а) фізичні ілюзії;
- б) фізіологічні ілюзії;
- в) психічні ілюзії;
- г) афективні ілюзії.

94. Неприємне відчуття, яке пов'язане з реальним або потенційним пошкодженням тканин, називається:

- а) страхом;
- б) болем;
- в) жахом;
- г) панікою.

95. Як називається порушення пам'яті, яке супроводжується її послабленням?

- а) гіпермнезія;
- б) гіпомнезія;
- в) амнезія;
- г) пам'ять.

96. Який психічний процес і як порушений у хворого, якщо він не здатен достовірно викласти анамнестичні дані, забуває приймати ліки, плутає і не виконує лікарські рекомендації?

- а) ослаблення пам'яті;
- б) ослаблення мислення;
- в) розлади мислення;
- г) розлади волі.

97. Що таке амнезія?

- а) посилення пам'яті на певні відрізки часу;
- б) зниження пам'яті на певні відрізки часу;
- в) зниження пам'яті;
- г) втрата пам'яті на певні відрізки часу.

98. Які з порушень уваги є найбільш поширеними?

- а) підвищене виснаження уваги;
- б) порушення концентрації уваги;
- в) відволікання уваги;
- г) все вірно.

100. Як називається порушення всіх основних параметрів уваги при психічному навантаженні в результаті патологічної втоми?

- а) підвищене виснаження уваги;
- б) порушення концентрації уваги;
- в) відволікання уваги;
- г) інертність уваги.

101. Здатність встановлювати і підтримувати необхідні контакти з іншими людьми, зокрема, в умовах лікувальної взаємодії, називається:

- а) інтерактивною толерантністю;
- б) інтерактивною компетентністю;
- в) комунікативною можливістю;
- г) комунікативною толерантністю.

102. Виділяють всі наведені нижче типи психологічної установки в процесі лікувального взаємодії, за винятком:

- а) позитивного;
- б) негативного;
- в) адекватного;
- г) кататимного.

103. У поняття «ідеальний пацієнт» лікар, як правило, включає всі нижченаведені характеристики за винятком однієї:

- а) віра і відсутність сумнівів у силах та вміннях лікаря, який лікує;
- б) готовність беззаперечно виконувати призначення;
- в) вміння стисло і чітко висловлювати проблему і скарги;
- г) гарна поінформованість в медичних питаннях.

104. Пацієнти з невротичними розладами в образ «ідеального лікаря» не схильні включати таку якість, як:

- а) почуття гумору;
- б) компетентність;
- в) розум;
- г) уважність.

105. Індивідуальне цілісне психічне переживання у процесі діагностики психічних розладів називається:

- а) феноменом;
- б) синдромом;
- в) симптомом;
- г) симптомокомплексом.

СИТУАТИВНІ ЗАДАЧІ З КЛІНІЧНОЇ ПСИХОЛОГІЇ

Клінічна задача № 1

Чоловік 48-ми років, з 20 років зловживає спиртними напоями. Зі слів дружини останні 10 років змінився характер: став грубим, не дбає про сім'ю, про дітей, старих батьків. Часто змінює місця роботи у зв'язку з тим, що порушує трудову дисципліну і конфліктує з начальством. Знизилися професійні знання і навички.

Опишіть, яка форма аномального розвитку у хворого?

Клінічна задача № 2

Школяр 14 років, напередодні річної контрольної роботи з алгебри, за результат якої дуже переживав, так як не зміг підготуватися через виступи на змаганнях із волейболу, відчув нездужання, загальну слабкість, біль у всьому тілі без чіткої локалізації.

Яка форма психологічного захисту спостерігається у школяра?

Клінічна задача № 3

Хвора Л., 54 роки, звернулася до лікаря зі скаргами на головний біль, подразливість, постійне відчуття втоми, зменшення ваги. Погіршення стану відбулося після смерті чоловіка, коли втратила інтерес до улюбленої справи, виникли труднощі, пов'язані з засинанням, вставанням вранці, погіршення апетиту, знизився настрій, стало неможливим сконцентруватися або прийняти рішення. Хвора втратила інтерес до свого зовнішнього вигляду, сенс життя.

1. Зміни якої із психічних сфер спостерігається у хворої?
2. Медико-психологічна тактика?

Клінічна задача № 4

У медико-психологічний центр звернувся чоловік С., 18 р., зі скаргами на підвищену стомлюваність, головний біль. Хворий активно рухається, швидко відповідає на питання, постійно

відволікає увагу на речі, які знаходяться в кабінеті, говорить про них. Пацієнт стежить за всім, що відбувається навколо, втручається в сторонні розмови.

1. Яка психічна функція змінена?
2. Які експериментально-психологічні методики дослідження необхідно використовувати?
3. Медико-психологічна тактика?

Клінічна задача № 5

У медико-психологічний центр звернулася жінка С., 29 р., зі скаргами на м'язову слабкість, припинення менструального циклу, зниження ваги в результаті розлади апетиту. Вона регулярно вживає велику кількість їжі, після чого викликає у себе блювання. Це розглядалося її чоловіком і батьком як непомірне марнотратство. Жінка відчуває провину перед своїм чоловіком і донькою в силу того, що завдає їм матеріальну шкоду.

1. Які експериментально-психологічні методики дослідження необхідно використовувати?
2. Медико-психологічна тактика?
3. Як Ви вважаєте, чи є правильною терапевтична стратегія парадоксальної інтервенції — викидати їжу в унітаз? Прокоментуйте.

Клінічна задача № 6

У медико-психологічний центр звернувся чоловік, 43 р., зі скаргами на страх і порушення в контактах: може пересуватися лише в межах своєї квартири; в магазинах, на мостах, в транспорті і на великій висоті впадає в стан паніки, тому уникає таких ситуацій. Коли він знаходиться в своїй квартирі, найчастіше в вечірні часи, проявляються серцеві напади, які супроводжуються утрудненням дихання і страхом смерті. Часто внутрішні нав'язливості штовхають його зробити щось погане, вбити когось, або поранити. На великій висоті у нього іноді виникає бажання стрибнути вниз.

1. Розлади яких психічних функцій у хворого?
2. Які експериментально-психологічні методики дослідження необхідно використовувати? Медико-психологічна тактика?

Клінічна задача № 7

На прийом до лікаря звернувся хворий зі скаргами на погане самопочуття, біль в області серця, утруднене дихання. Хворий висловлює тривогу і стурбованість з приводу болючих відчуттів, недовірливість у відношенні до несприятливого перебігу захворювання, невпевненість в ефективності лікування і небезпеки для життя. Хворий відвідав велику кількість фахівців, випробував різні методи лікування, але жоден із них не приніс очікуваного поліпшення самопочуття. Хворий намагається уважно вислуховувати інформацію лікаря про свій стан здоров'я, результати лабораторних досліджень, висновки фахівців.

1. Яка внутрішня картина захворювання, тип ставлення до хвороби?
2. Які експериментально-психологічні методики дослідження необхідно використовувати?
3. Медико-психологічна тактика?

Клінічна задача № 8

До лікаря звернувся хворий зі скаргами на головний біль, повзання мурашок по шкірі, періодичні болі в різних частинах тіла, серцебиття, запаморочення, запори, нудоту, порушення сну. Хворий фіксований на власних неприємних відчуттях, намагається постійно розповідати про них. Настирливий, вимагає уваги лікаря до свого стану, детального обстеження, боїться шкідливості і хворобливості процедур.

1. Який тип психологічного реагування на хворобу?
2. Які експериментально-психологічні методики дослідження необхідно використовувати?
3. Медико-психологічна тактика?

Клінічна задача № 9

На прийом до лікаря звернувся хворий зі скаргами на погане самопочуття, біль в області серця, утруднене дихання. Опис скарг хворим супроводжується манірною жестикуляцією і виразною мімікою, емоційним забарвленням. Хворий висловлює побоювання, що у нього рідкісне і невиліковне захворювання. Хворий потребує виняткового занепокоєння і уваги

з боку рідних і близьких. Постійно намагається показати свій особливий стан, свою неповторність щодо хвороби.

1. Який тип психологічного реагування на хворобу?
2. Які експериментально-психологічні методики дослідження необхідно використовувати?
3. Медико-психологічна тактика?

Клінічна задача № 10

На прийом до лікаря звернувся хворий зі скаргами на погане самопочуття, біль в області серця, утруднене дихання. Хворий висловлює тривогу і стурбованість з приводу болючих відчуттів, недовірливість по відношенню до несприятливого перебігу захворювання, невпевненість в ефективності лікування і небезпеки для життя. Хворий відвідав велику кількість фахівців, випробував різні методи лікування, але жоден із них не приніс очікуваного поліпшення самопочуття. Хворий постійно вибачається перед лікарем, несміливий, сором'язливий, надмірно стурбований можливим несприятливим враженням, яке може виправити на оточуючих його хвороба. Боїться стати тягарем для близьких через хворобу.

1. Який тип психологічного реагування на хворобу?
2. Які експериментально-психологічні методики дослідження необхідно використовувати?
3. Медико-психологічна тактика?

Клінічна задача № 11

Дитина 7 років несподівано відчула загальне нездужання, нежить, кашель. Напередодні в класі відбулась сварка між нею та іншими дітьми. Увечері у дитини температура піднялася до 39°. Мама хворої повідомила, що дитина довго не засинала, стала дратівливою, тривожною і пригніченою. На піку температури з'явився страх, стала бачити в кутку кімнати якихось тварин і намагалася втекти від них. Після прийому ліків, що знижують температуру, страх, тривога і бачення зникли.

1. Визначити зміст проблеми (психологічний діагноз).
2. Надати практичні психологічні рекомендації щодо необхідної роботи з клієнтом.

Клінічна задача № 12

У молодій людини 28 років у дитинстві був виявлений сколіоз. Після цього за порадою лікаря почав займатися плаванням, проте прагнув до навантажень, що значно перевищують рекомендовані. Завдяки наполегливим багаторічним тренуванням домогся значних спортивних результатів.

Як називається ця форма психологічного реагування на фізичний недолік?

Клінічна задача № 13

Лікар стоматолог із 20 річним стажем роботи, після чергової конфліктної ситуації в колективі став дратівливим, негативістичним, часто спізнюється на роботу, говорить про своє бажання перекваліфікуватися, швидко втомлюється, став багато курити, випивати.

Для якого синдрому характерні ці симптоми? Які методи допомоги Ви можете запропонувати?

Клінічна задача № 14

Дівчина, 17 років. Проживає в неповній сім'ї (мати і молодший брат). Мати за фахом лікар-стоматолог, авторитарна, жорстка в вихованні, вимоглива. Дівчинка в 13 років стала дуже конфліктною, дратівливою, вперше спробувала алкоголь, знизилася шкільна успішність, погіршилися стосунки з однокласниками. Дівчина неодноразово погрожувала матері самогубством. В анамнезі 3 суїцидальних спроби: 2 рази робила розрізи в області поверхневих вен передпліччя, один раз намагалася стрибнути з балкона 4 поверху. Стала йти з дому на тривалий термін, зловживає міцними спиртними напоями. Напередодні госпіталізації була конфліктна, вела себе непослідовно, загрожувала матері суїцидом. У стані алкогольного сп'яніння разом з подругою прийшла в приймальне відділення психіатричної клініки, вимагала негайної госпіталізації. Об'єктивно: свідомість ясна. У контакт з лікарем вступає охоче. Багатомовність. Тримається демонстративно, жести театральні. Висловлювання незрілі. Грубих порушень пам'яті, інтелекту не виявлено. Негативно налаштована по відношенню до матері.

Судження про суїцидальні спроби легковажні. Істинність суїцидальних намірів заперечує, «хотіла полякати маму». Критика до свого стану відсутня.

Які обставини обтяжують ситуацію?

Яка може бути подальша робота з такою пацієнткою?

Клінічна задача № 15

Дівчина, 17 років. З анамнезу: спадковість обтяжена алкоголізмом обох батьків. Вихованням дитини не займалися. У школі вчилася погано, дублювала 1 і 3 класи. Закінчила 9 класів загальноосвітньої школи, далі ніде не вчилася, в даний час працює продавцем. Госпіталізована вперше в зв'язку з суїцидальною спробою. У стані алкогольного сп'яніння на тлі конфлікту з батьками поводитися неадекватно, розбила у будинку вікно, розкидала речі і меблі по квартирі, наносила порізи на передпліччя, загрожувала нанести собі порізи в області шиї. За словами дівчини, батьки відреагували таким чином: «сказали, що не хочуть мене бачити, забирайся з дому!». Також (з її слів) вона піддається побоям з боку батька і старшого брата, а мати, перебуваючи в стані алкогольного сп'яніння, примушувала її порізати вени. При об'єктивному дослідженні виявлена нестійкість емоційної сфери, слабкість вольової регуляції, дівчина легко афектує. Критика до свого стану і поведінки знижена.

Які обставини обтяжують ситуацію?

Яка може бути подальша робота з такою пацієнткою?

ОРІЄНТОВНИЙ ПЕРЕЛІК ПИТАНЬ ДЛЯ ПІДСУМКОВОГО КОНТРОЛЮ

1. Історія становлення та розвитку клінічної психології.
2. Предмет клінічної психології.
3. Зв'язок клінічної психології з іншими науками.
4. Завдання та принципи психологічного дослідження у клініці.
5. Клінічна бесіда як метод дослідження
6. Поняття здоров'я. Критерії здоров'я.
7. Поняття хвороби.
8. Патопсихологія як розділ клінічної психології.
9. Психічна норма та патологія.
10. Співвіднесення психічного та психологічного здоров'я.
11. Моделі хвороби.
12. Вплив хвороби на психіку людини (патогенний, психогенний, соматогенний).
13. Поняття та структура внутрішньої картини хвороби.
14. Вікові особливості внутрішньої картини хвороби.
15. Вплив статі, темпераменту, характеру на внутрішню картину хвороби.
16. Типи реагування на хворобу.
17. Етапи формування ставлення до хвороби.
18. Адаптаційні механізми особистості
19. Поняття стресу.
20. Психічна травма: поняття, чинники розвитку, типи.
21. Поняття симптому, синдрому, нозології.
22. Класифікація психічних розладів: МКБ-10, DSM-4, ICDH.
23. Розлади сенсорно-перцептивної сфери.
24. Розлади пам'яті.
25. Порушення мислення та інтелекту.
26. Порушення уваги.
27. Емоційні розлади.
28. Психологія діагностичного процесу.
29. Основні етапи переживання хвороби у часі.
30. Внутрішня (аутопластична) картина хвороби.
31. Поведінкові реакції на хворобу.
32. Хворий та ліки.
33. Основні моделі побудови взаємостосунків «лікар-хворий» (керівництво, партнерство, контрактна модель).

34. Психологічні вимоги до особистості лікаря.
35. Загальні принципи організації медико-психологічної допомоги.
36. Робота клінічного психолога у закладах, що надають психіатричну допомогу.
37. Робота клінічного психолога у закладах, що надають психотерапевтичну допомогу. Взаємодія клінічного психолога і лікаря-психотерапевта при проведенні психотерапії.
38. Особливості організації роботи клінічного психолога у медичних закладах іншого профілю.
39. Роль клінічного психолога у загальній системі надання медичної допомоги.
40. Етичні засади діяльності клінічного психолога.
41. Розвиток психосоматичної медицини за кордоном.
42. Проблема психосоматичних відношень у вітчизняній медицині.
43. Клінічна психологія у клініці внутрішніх захворювань.
44. Клінічна психологія у хірургії.
45. Психологічні особливості інфекційних хворих.
46. Медико-психологічні аспекти в акушерстві, педіатрії та гінекології.
47. Психологія хворих із дефектами органів чуття та аномаліями розвитку.
48. Клінічна психологія у клініці психічних захворювань.
49. Поняття психосоматичних розладів.
50. Класифікація психосоматичних розладів.
51. Психофізіологічні моделі виникнення психосоматичних розладів.
52. Психодинамічні моделі виникнення психосоматичних розладів.
53. Соціопсихосоматичні моделі виникнення психосоматичних розладів.
54. Системно-теоретичні моделі виникнення психосоматичних розладів.
55. Психологічні передумови та профіль особистості хворих із серцево-судинними захворюваннями.
56. Образ «ідеального» лікаря для пацієнта.
57. Образ «ідеального» пацієнта для лікаря.
58. Професійна деформація лікаря.
59. Синдром «емоційного вигорання» у медичних працівників.
60. Методики встановлення психологічного контакту лікаря з пацієнтом.

ГЛОСАРІЙ (ТЕРМІНОЛОГІЧНИЙ СЛОВНИК)

Абазія — порушення здатності ходити при збереженні здатності виконання рухів, складових ходьби: хворий може вчиняти відповідні дії — в потрібному обсязі і з достатньою силою — лежачи. Найчастіше зустрічається при істерії, при рухових розладах нижніх кінцівок і розладі рівноваги. Часто супроводжується астетією. Згідно З. Фрейда — Спеціальне порушення однієї конкретної функції моторного апарату.

Абстиненція — стан, що виникає від припинення дії алкоголю або наркотиків при раптовому перерві в їх прийомі. Клінічна картина і перебіг абстиненції залежить від природи наркотичної речовини, її дози і тривалості вживання. Характерні прояви: головний біль, запаморочення, сухість у роті, тахікардія, іноді нудота, пригнічений настрій, часто в супроводі самозвинувачення і каяття, різкою фізичної слабкості, підвищеної сугестивності, потреби в наркотику тощо. Можливі безсоння, лякливність, тривожність, суїцидальні тенденції, розвиток алкогольної епілепсії.

Абулія — патологічне порушення психічної регуляції дій — синдром психопатологічний, який виражається млявістю, порушенням вольового імпульсу, відсутністю бажань і спонукань до діяльності, нездатністю прийняти рішення і виконати правильну дію, хоча необхідність його усвідомлюється).

Автоагресія (аутоагресія) — вид агресивної поведінки — агресивні дії, спрямовані на самого себе (самозвинувачення, нанесення собі тяжких тілесних ушкоджень, самоприпинення, суїцидну поведінку).

Агравация — перебільшення і посилення ступеня вираженості, тяжкості синдрому(-ів) дійсно існуючої хвороби. До агравациї схильні люди з акцентуацією істероїдною або ті, хто страждає на психопатичні захворювання, а також літні люди з вираженими змінами психіки.

Агнозія — стан, при якому мозок не може розшифрувати інформацію, що надходить від нормально функціонуючих рецепторів; порушення різних видів сприйняття, що виникають

при ураженні головного мозку. Розрізняють агнозію: зорову (нездатність дізнатися предмети за їхніми зображеннями при збереженні достатньої гостроти зору); тактильну (проявляється у вигляді астерсогнозії (нездатності впізнання предметів навпомацки), соматоagnoзія (порушенні впізнання частин власного тіла, порушення уявлення про схему тіла)), слухові агнозії (проявляються в порушенні фонематичного слуху, здатності впізнавати знайомі мелодії, звуки, шуми при збереженні елементарних форм слуху).

Аграматизми — лексико-семантичні порушення мови.

Аграфія — порушення письмової мови.

Агресивність — стійка риса особистості; готовність до агресивної поведінки (прагнення до наступальності, насильницьким діям, спрямованим на заподіяння шкоди або на знищення об'єкта).

Адаптація — пристосування людини до зовнішнього середовища (акомодація) і пристосування зовнішнього середовища до себе (асиміляція).

Адаптивність — **неадаптивність** — стан активності; характеристика тенденції відповідності або невідповідності між цілями і досягнутими результатами активності людини. Активність виражається в узгодженні, а неадаптивність — в неузгодженості цілей і результатів. Варіанти адаптивності: гомеостатичний (досягнення рівноваги), гедоністичний (налагодження рівноваги), прагматичний (практична користь, успіх та ін.). Неадаптивність розглядається як особливий мотив, направляючий розвиток особистості та проявляється в надситуативній активності у специфічній привабливості дій із заздальгідь не вирішеним результатом. Такий потяг входить до складу складних форм мотивації: у сфері пізнання — кордон між відомим і невідомим; у сфері творчості — межа між можливим і неможливим; у сфері ризику — між благополуччям і загрозою існуванню; у сфері гри — між уявою і реальністю; у сфері довірчих контактів — між відкритістю людям і захищеністю від них, та ін.

Акцентуація — домінування психічного властивості або системи психічних властивостей.

Алекситимія — нездатність суб'єкта називати емоції, пережиті ним самим або іншими, тобто переводити їх у вербальний план.

Алексія — порушення читання, розлад здатності читання — невміння прочитати текст, незважаючи на грамотність, або нездатність опанувати процесом читання.

Алкоголізм — екзогенне психічне захворювання, яке при постійному або рецидивуючому перебігу призводить до формування прогресивного органічного психосиндрому та алкогольної деградації особистості.

Амбівалентність — психічний стан суперечливих бажань, почуттів, відносин.

Аменція — порушення діяльності свідомості, що характеризується повною втратою орієнтування у зовнішньому світі, коли втрачається свідомість самого себе і порушується запам'ятовування нової інформації; руховим збудженням; галюцинаціями; відсутністю спогадів про цей стан, коли воно проходить; **аментивно** (божевільне) затьмарення свідомості характеризується розгубленістю з афектом подиву та інкогеренцією і проявляється в неможливості в цілому сприймати події, що відбуваються.

Амнезія — порушення пам'яті, виражене частковою втратою здатності зберігати в пам'яті; втрата здатності до фіксації або відтворення інформації (від декількох днів до декількох років). **Ретроградна амнезія** характеризується нездатністю згадати події, що передували захворюванню або травмі головного мозку. **Антероградна амнезія** проявляється в обставинах, коли через деякий час після того, як людина приходить до тями, вона не запам'ятовує події, що відбуваються з нею. **Фіксаційна амнезія** означає неможливість запам'ятовування поточної інформації. **Антероградна амнезія** — забуваються події, що сталися після травми. Після відновлення свідомості хворий повноцінно відповідає питанням лікаря, знає інформацію себе, може описати лікування, але з часом ці факти стираються. **Конградна амнезія**. На відміну від попередніх, пацієнт не згадає пік захворювання. Її можна порівняти з гострою лихоманкою або комою, коли пацієнт не має можливості сприймати інформацію з навколишнього світу. **Фіксаційна амнезія**. У більшості випадків ретрог-

радна втрата пам'яті виникає через черепно-мозкові травми. Протягом атероградної пацієнт не може відтворити події, що виникають у сьогоденні. Ця патологія і перетворюється на фіксаційну, оскільки у пам'яті не відкладаються спогади, що виникають у часі. Один з найважчих випадків фіксаційної амнезії — це коли пацієнт не пам'ятає ім'я лікаря, останній прийом ліків, їжі, чи ходив він у туалет. **Регресуюча та прогресуюча амнезія** — це типи захворювання, які характеризуються швидкістю втрати пам'яті. Прогресуюча амнезія відрізняється від усіх попередніх тим, що крім втрати поточних спогадів, пізніше настає повна амнезія на події, що були в минулому. Це імена дітей, онуків, до якої школи ходили, яку освіту здобували. **Посттравматична амнезія** — це різні порушення пам'яті, які виникають внаслідок черепно-мозкової травми чи хірургічних операцій на головному мозку. **Алкогольні розлади пам'яті** викликані тим, що організму бракує корисних вітамінів і мікроелементів для повноцінного функціонування. Спочатку захворювання виглядає безневинно, людина перебрала на святі й нічого не пам'ятає. **Амнезія захисна** — порушення пам'яті, притаманні в вигляді забування (витіснень) неприємного, травмуючого минулого.

Апатія — емоційна пасивність, байдужість, спрощення почуттів, байдужість до навколишніх подій, ослаблення спонукань і інтересів.

Апраксія — порушення довільних цілеспрямованих дій, неможливість здійснювати цілеспрямовані рухи при нормальному функціонуванні інтелекту і рухової й сенсорної систем.

Астезія — порушення здатності стояти, викликане порушенням координації м'язів тіла при великих ураженнях лобових часток і мозолистого тіла головного мозку.

Астенія — слабкість нервової системи, що виявляється в підвищеній стомлюваності, зниженому порозі сприйняття, крайньої нестійкості настрою, порушеннях сну, в результаті різних захворювання.

Афазія — розпад раніше сформованої мови при порушеннях у центральному ланці її аналізатора.

Афект — короточасне сильне душевне хвилювання, яке супроводжується не тільки емоційною реакцією, але і порушенням всієї психічної діяльності.

Біль — психічний стан, що виникає в результаті надсильних або руйнівних впливів на організм при загрозі його існуванню або цілісності.

Вегетодістонія (вегетоневроз) — невроз вегетативної нервової системи.

Вербигірація — безглузде, нерідко ритмічне повторення одних і тих же слів, рідше — фраз або їх уривків.

Вигода вторинна (від хвороби): 1) використання інстинктом самозбереження і «Я» ситуації хвороби для придбання певних переваг — матеріальних чи психологічних; 2) реальні можливі переваги та привілеї, придбані хворим унаслідок патогенних симптомів або хвороби.

Вищі психічні функції — довільні психічні процеси пізнання, самоконтролю та саморегуляції поведінки і діяльності; складні, прижиттєво формуються, соціальні за походженням системні психічні процеси (довільна увага, довільна пам'ять, логічне мислення та ін.). До вищих психічних функцій відносять читання, письмо, лічба.

Відчуженість — зміна сприйняття того, що відбувається, та виражається в фрагментарності, непослідовності відображення подій.

Внутрішня картина хвороби (ВКХ) — «вся маса відчуттів, не тільки місцевих болючих, але і загальне самопочуття, уявлення про свою хворобу, її причини» (О. Р. Лурія).

Внутрішня модель хвороби — уявлення самого хворого про особливості клініки, перебігу захворювання своїх соціальних, біологічних і психологічних можливостей (Р. М. Войтенко).

Галюцинації — поява при патології головного мозку психічних образів предметів і явищ, об'єктивно неіснуючих тут і зараз зовні, але відчутних як відображення реальних.

Гебефренія — один із підтипів шизофренії, який проявляється в безглуздій поведінці, розірваності мислення і химерній мові. Вчинки хворих відрізняються придуркуватістю, театральною манірністю; можливі галюцинації. Поєднання в поведінці хворих карикатурної вишуканості з дурнуватою веселістю — одна з найхарактерніших рис гебефренії.

Гіперестезія — підвищення чутливості до діючих на органи чуття фізичних стимулів, проявляється в появі надмірно сильних суб'єктивних відчуттів без зміни їх модальності.

Гіперкінези — мимовільні рухи при патологічно високому тонусі м'язової системи.

Дебільність — найлегша ступінь психічного недорозвинення. Хворі здібні до шкільного і професійного навчання в спеціальних закладах. Запас слів незначний, яскраво виражена сугестивність. Події навколишньої життя сприймають вкрай однобічно. Можуть жити самостійно, часто мають потребу в керівництві і підтримці.

Декомпенсація — загострення психопатичних рис, супроводжуване зазвичай порушеннями поведінки і соціальною дезадаптацією.

Делірій (ілюзорно-галюцинаційне затьмарення свідомості) характеризується порушенням свідомості, перекрученням відображення дійсності; супроводжується галюцинаціями, маренням, руховим збудженням. Виникає найчастіше на вищій стадії деяких інфекційних захворювань і після травм, що викликають органічні ураження головного мозку, при алкоголізмі, деяких психічних захворюваннях..

Деменція — (від лат. dementia — слабоумство) — слабоумство як наслідок недорозвинення або атрофії вищих психічних функцій. Деменція первинна — недорозвиненість інтелекту від спадкоємної хвороби, уроджених факторів, що ушкоджують, або прикросів раннього періоду розвитку дитини. Деменція вторинна — наслідок атрофії психічних функцій через відсутність вправи, емоційного підкріплення або від впливу постійних факторів, що ушкоджують, соціальних, вікових, лікарських, хворобливих. Залежно від характеру факторів, що ушкоджують і дегенерують, розрізняють деменцію сенільну (старечу), алкогольну, епілептичну, посттравматичну та ін.

Деперсоналізація — зміна самосвідомості індивіда, при якому втрачаються психологічні та поведінкові особливості, характерні для нього як для особистості, відчуття втрати свого «Я», болісне переживання відсутності емоційної залученості у відносини з близькими, до роботи тощо.

Депресія — афективний стан, характерний негативним емоційним фоном, змінами мотиваційної сфери, когнітивних уявлень і загальної пасивності поведінки.

Депривація — позбавлення можливості задовольняти значущі потреби достатньою мірою впродовж тривалого часу.

Дереалізація — порушення сприйняття часу і простору; порушення сприйняття, при якому зовнішній світ сприймається як нереальний.

Дизонтогенез — порушення нормального розвитку у дитячому віці, коли морфофункціональні системи організму ще не досягли зрілості.

Дисграфія — порушення письма, супроводжуване заміною букв, пропусками, перестановками букв і складів, злиттям слів.

Дисоціація — порушення зв'язності психічних процесів.

Диссимуляція — поведінка, пов'язана з установкою на приховування, затушовування хвороби, її симптомів або окремих проявів.

Дистрес — негативний вплив стресів і стресових ситуацій на діяльність аж до її повного руйнування.

Діагноз психологічний — кінцевий результат діяльності психолога, спрямований на опис і з'ясування сутності індивідуально-психологічних особливостей особистості з метою оцінки їх актуального стану, прогнозу подальшого розвитку та розробки рекомендацій, що визначаються завданням обстеження.

Діагноз — визначення природи хвороби і стану хворого на базі його всебічного медичного обстеження.

Ейфорія — радісний, веселий настрій, стан благодушності та безтурботності, невластиве об'єктивним обставинам, не має об'єктивних причин появи і досить стійкий.

Експектації — система очікувань або вимог щодо норм використання індивідом соціальних ролей. Дві сторони експектацій: право очікувати від оточуючих поведінки, відповідної їх рольовій позиції; обов'язок поводитися відповідно очікуванням інших людей. Експектацій розпорядчі визначають належний характер виконання ролі; експектації визначають імовірнісний характер виконання цієї ролі з урахуванням індивідуальних особливостей «виконавця» і конкретної ситуації.

Епілепсія — хронічно протікає психічне захворювання, викликане ураженням центральної нервової системи, що виявляється різними пароксизмальними (припадок) станами і досить частими змінами особистості.

Епілептичний статус — патологічний стан, при якому судомні напади відбуваються підряд, один за одним, без прояснення свідомості в період між ними.

Етіопатогенез — причини походження (етіологія) і механізми (патогенез) хвороби, порушення здоров'я, норми розвитку.

Іатрогенії (ятрогенія) — помилкові чи неадекватні дії медичного працівника, як несвідомі, так і свідомі, що призвели до виникнення захворювання, ускладнення або смерті пацієнта. Ятрогенні наслідки з'являються внаслідок будь-якої дії, в тому числі, словесної, будь-якого медичного працівника під час здійснення ним лікувальних, діагностичних або профілактичних заходів.

Ідіотія — найбільш важка форма олігофренії. Мова у хворих відсутня, вони видають лише нечленороздільні звуки; емоційні реакції виражаються в почутті задоволення або незадоволення; часто спостерігається нетримання сечі і калу; відсутні і не виробляються найпростіші навички самообслуговування.

Ілюзії — спотворення сприйняття реально існуючих предметів і явищ.

Імбецильність — середній ступінь олігофренії. Хворі оволодівають мовою, але вона бідна словами і недорікувата. Емоційні реакції значно розширені. Здатні до самообслуговування, освоюють найпростіші види ручної праці.

Імпульсивність — риса характеру, що виражається в схильності діяти без достатнього свідомого контролю, під впливом зовнішніх обставин або емоційних переживань.

Інфантилізм — запізнюється дозрівання, недорозвинення, виразне домінуюче присутність в більш зрілому віці ранніх дитячих проявів.

Іпохондрія — хворобливий стан або захворювання, характерне надмірною увагою до свого здоров'я, страхом перед невиліковними хворобами, схильністю перебільшувати хворобливі явища і приписувати собі неіснуючі важкі недуги.

Істеричний невроз — невроз, що виявляється поліморфними функціональними психічними, соматичними неврологічними розладами і характеризується великою сугестивністю і самонавіюванням хворих.

Клінічна психологія — область медичної психології, що вивчає психічні фактори походження та перебігу хвороб, вплив хвороб на особистість, психологічні аспекти цілющих впливів.

Кома (від грецького «кома» — це глибокий сон) загрозливий для життя стан, який характеризується повною втратою свідомості, з тотальною втратою сприйняття оточуючого середовища і самого себе з більш або менш вираженими неврологічними, вегетативними, соматичними порушеннями, ареактивний стан при якому пробудження суб'єкту на даний момент неможливе.

Компенсація — тимчасове пом'якшення психопатичних особливостей за рахунок зміни «мікросередовища» (сімейного, трудового) на таке, де ці особливості не заважають щонайкраще пристосуватися; перебудова системних зв'язків організму й особистості, що дозволяє заповнити недолік тієї чи іншої структури, функції.

Конфабуляції — несвідома вигадка малоймовірних сюжетів, іноді фантастичних подій, учасником яких нібито була психічно хвора людина.

Криптомнезії — пам'ять, в якій немає меж між тим, що з людиною реально відбувалося, і тим, що вона колись чула, бачила у зв'язку з подіями, які стосуються інших людей, але помилково зараховує їх до себе, заповнюючи прогалини в пам'яті (криптомнезії перекладається як «прихована пам'ять»).

Локус контролю — позиція самооцінки; локалізація причин, якими суб'єкт пояснює власну поведінку і поведінку людей. *Екстерналія* локус: людина оцінює себе, погодившись з думкою значущих для нього людей, і звинувачує їх (або сформовані обставини) у разі особистих невдач; *інтернальний* локус контролю — людина вважає тільки себе відповідальним за свої дії, в кінцевому рахунку за свою долю.

Маніакально-депресивний психоз — ендогенне захворювання, що протікає у вигляді нападів або фаз із афективними розладами, світлими проміжками між нападами, тобто по-

вним відновленням психічного здоров'я та відсутністю зміни особистості, незалежно від кількості перенесених нападів.

Меланхолія — хворобливий стан, що виявляється в пригніченому настрої, сповільненості рухів і ускладненому перебігу думок.

Мутизм — німота при збереженій внутрішній і письмовій мові.

Нав'язливі дії — мимовільні, симптоматичні і патологічні акти, скоєних всупереч бажанню, нерідко — всупереч стримуючим зусиллям.

Нав'язливі стани (обсесії) — такого роду переживання, коли у людини поза його волею виникають якісь думки, страхи, потяги, дії, сумніви (наприклад, нав'язливе миття рук, страх перед числом «3» тощо).

Неврастенія — невроз, що виявляється підвищеною збудливістю в поєднанні з швидкою стомлюваністю і виснаженістю. Виникає переважно при довгостроково діючих психотравматичні факторах. Супроводжується фізичним виснаженням. Симптоматика включає: стан дратівливої слабкості, характерне поєднанням підвищеної збудливості, швидкої виснаженості й стомлюваності, поганою переносимістю сильних подразників; лабільність емоцій, нестійкий настрій (частіше знижений, пригнічений); підвищена дратівливість, стомлюваність, сльозливість; іноді поява тривоги або страху, нетерпимість, розлади сну, головні болі, сексуальні порушення, різноманітні порушення вегетативної нервової системи.

Невроз нав'язливих станів — невроз, що виявляється нав'язливими страхами, уявленнями, сумнівами.

Невроз — психогенне нервово-психічний розлад, який виникає в результаті нерозв'язного внутрішнього конфлікту між потребами і можливостями їх задоволення і проявляється в специфічних клінічних симптомах, у тому числі соматичних розладах, при відсутності психотичних явищ болісно зміненої свідомості.

Нейропсихологія — розділ клінічної психології, що вивчає мозкові механізми вищих психічних функцій на матеріалі локальних уражень головного мозку.

Норма — окремо взятий критерій або система показників (нормативів) необхідного стану, орієнтир бажаного напрямку процесу, які відповідають знанням суспільства і задовольняють його потреби.

Обнубіляція — легка ступінь оглушення (спостерігається при інтоксикації, черепно-мозкових та інших травмах).

Олігофренія — група хворобливих станів, що характеризуються вродженим або набутим у ранньому дитинстві (до 3 років) недорозвиненням психіки з переважанням інтелектуального дефекту, який протягом подальшого життя не наростає; недорозвинення емоційності, моторики, сприйняття, уваги.

Онейроїд — затьмарення свідомості з напливом мимоволі виникаючих фантастичних маячних уявлень у вигляді закінчених за змістом картин, розташованих у певній послідовності.

Парамнезії (псевдоремінісценції, конфабуляції, кріптомнезії) — помилкові спогади; обмани пам'яті.

Парез — часткова втрата рухових функцій, обмеження сили, обсягу, амплітуди рухів.

Парестезії — елементарні хворобливі відчуття від органів (мурашки, печіння, оніміння та інші симптоми).

Пароксизм — загострення, посилення якогось хворобливого процесу, іноді набирає форму припадку, наступаючого раптово; гостра форма переживання якоїсь емоції (розпач, лютя, жах та ін.).

Патологія (психічна) — емоційний дискомфорт людини, причина якого криється в морфофункціональному порушенні біологічного механізму регуляції її психічної діяльності.

Патопсихологічний експеримент — штучне створення умов, які виявлятимуть ті чи інші особливості психічної діяльності людини в її патології.

Патопсихологія — розділ медичної психології, що вивчає закономірності розладу психічної діяльності і властивостей особистості при хворобі.

Персеверація — мимовільне, настирливо повторюване циклічне повторення або наполегливе відтворення якоїсь дії, руху, уявлення, ідеї, думки чи переживання — часто всупереч свідомому наміру.

Псевдоремінісценції — пригадування дійсно відбуваються з людиною подій, але в іншому часі або місці.

Психічна адаптація — самореалізація в соціальній дійсності індивідуальності людини, її нахилів та здібностей, що дозволяють асимілювати соціальне оточення.

Психоз — глибокий розлад психіки, пов'язаний зі спотворенням відображення дійсності у свідомості й самосвідомості (затьмарення, марення, галюцинації), що призводить до повної соціальної дезадаптації особистості.

Психологічний захист — несвідомі психічні процеси, спрямовані на захист свідомості від внутрішніх конфліктів, від протиріч між бажаним і дійсним, від дистресу.

Психопатії — патологія характеру, при якій у суб'єкта спостерігається практично незворотна вираженість властивостей, що перешкоджає його адекватній адаптації в соціальному середовищі.

Психосоматичний розлад — порушення функцій внутрішніх органів і систем, поява і розвиток яких найбільшою мірою пов'язане з нервово-психічними чинниками, переживанням гострої або хронічної травми, специфічними особливостями емоційного реагування особистості.

Реабілітація — комплекс медичних, юридичних, психологічних та інших заходів, спрямованих на відновлення або компенсацію порушених функцій організму і працездатності хворих та інвалідів; відновлення нормальної життєдіяльності та працездатності хворого або інваліда, що досягається різними методами лікування та застосуванням інших спеціальних заходів.

Регрес — тимчасове повернення до більш ранніх онтогенетичних етапів розвитку, до соціально незрілих форм психічного реагування.

Ретардація — запізнювання або призупинення психічного розвитку.

Рефлексія — важливий механізм продуктивного мислення; особлива організація процесу розуміння того, що відбувається в широкому системному контексті (що включає оцінку ситуації і дій, знаходження прийомів і операцій вирішення завдань); процес самоаналізу та активного осмислення стану

і дій індивіда та інших людей, включених у вирішення завдань. Може здійснюватися як у внутрішньому плані, так і в зовнішньому.

Ригідність — неготовність до діяльності, ускладненість, аж до повної нездатності, у зміні наміченої суб'єктом програми діяльності в умовах, що вимагають її перебудови, згідно з новими ситуаційними вимогами.

Симптом — характерні прояви, ознаки психічних або органічних порушень і захворювань, що свідчать про зміну звичайного або нормального функціонування організму.

Синдром — симптоми, пов'язані в єдиний симптомокомплекс порушення функції; патогенетично обумовлена спільність симптомів, ознак психічних розладів, внутрішньо взаємообумовлених, взаємопов'язаних.

Старече слабоумство — психічна хвороба, зумовлена атрофією головного мозку; проявляється поступово наростаючим розпадом психічної діяльності до ступеня тотального слабоумства з втратою особливостей особистості хворого і розвитком старечого маразму.

Сутінковий стан свідомості — концентричне звуження свідомості хворого, з усього різноманітного зовнішнього світу він сприймає лише якусь частину явищ і предметів.

Фрустрація — емоційний стан блокованих потреб; психологічний стан, що виникає при розчаруванні, нездійсненні якої-небудь значущої для людини мети, потреби.

Хвороба — порушення біо-соціо-психологічного гомеостазу індивіда внаслідок патологічного процесу, що призводить до обмеження життєдіяльності.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ТА РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Вітенко І. С. Загальна та медична психологія : підручник для студентів медичних вузів. Київ : Здоров'я, 1994. 294 с.
2. Гальчук О. Я. Клінічна психологія : навч. посіб. для студ. вищ. навч. закладів. Київ : Атіка, 2012. 216 с.
3. Галецька І., Сосновський Т. Психологія здоров'я: теорія та практика. Львів: Видавничий центр ЛНУ імені Івана Франка, 2006. 338 с.
4. Герман Дж. Психологічна травма та шлях до видуження: наслідки насильства — від знущань у сім'ї до політичного терору. Львів : Видавництво Старого Лева, 2019. 424 с.
5. Горбунова В. В. та ін. Соціально-психологічна підтримка адаптації ветеранів АТО: посібник для ведучих груп : навчальний посібник. Львів : Інститут психічного здоров'я Українського католицького університету, 2016. 91 с.
6. Гоян І. М. Методи діагностики психічного розвитку дітей. Івано-Франківськ : Симфонія форте, 2014. 652 с.
7. Коробіцина М. Б. Психологічна діагностика психічних розладів та розладів поведінки у дорослих та відповідні реабілітаційні заходи. Одеса: «Астропринт», 2005. 82 с.
8. Коцан І. Я. Психологія здоров'я людини. Луцьк : РВВ «Вежа» ВНУ ім. Лесі Українки, 2009. 316с.
9. Курило В. О. Клінічна медична психологія : підручник. Магнолія, 2020. 348 с.
10. Максименко С. Д. Медична психологія. Вінниця: Нова Книга, 2008. 520 с.
11. Майстренко Т.М. Особливості роботи над професійно-орієнтованим завданням з курсу «Клінічна психологія» / За ред. О. Л. Музики. Навчальний посібник. Житомир, 2010. 587 с.
12. Мартинюк І. А. Патопсихологія : навч. посіб. Київ : Центр учбової літератури, 2008. 208 с.
13. Мельник А. П. Патопсихологія та спецпрактикум з клінічної психодіагностики. Луцьк : Іванюк В.П., 2013. 68 с.

14. Методичні вказівки та завдання для проведення екзамену з фаху з дисциплін освітньої програми підготовки фахівця ступеня «бакалавр» спеціальності 053 «Психологія» для денної та заочної форм навчання. Укладачі: Османова А. М., Хорунженко Г. В. Київ: Відкритий міжнародний університет розвитку людини «Україна», 2023. 77 с.

15. Мілютіна К. Л., Максимова Н. Ю., Піскун В. М. Основи дитячої патопсихології. Київ : Перун, 1996. 454 с.

16. Мілютіна К. Л., Максимова Н. Ю., Піскун В. М. Патопсихологія підліткового віку. Київ : Главник, 2008. 55 с.

17. Москалець В. П. Психічне вигорання — реальність чи вигадка? *Практична психологія та соціальна робота*. 2012. № 1. С. 58–65.

18. Мюллер М. Якщо ви пережили психотравмуючу подію / пер. з англ. Д.Бусько, наук. ред. К.Явна (Серія «Сам собі психотерапевт»). Львів : Вид-во УКУ : Свічадо, 2014. 120 с.

19. Никоненко Ю. П. Клінічна психологія : навч. посіб. Київ : КНТ, 2016. 369 с.

20. Османова А. М., Хорунженко Г. В. Патопсихологія: навчально-методичний посібник. К.: Талком, 2022. 188 с.

21. Психогенні психічні розлади : навч.-метод. посіб. / Л. О. Герасименко, А. М. Скрипніков, Р. І. Ісаков. Київ : ВСв «Медицина», 2021. 208 с.

22. Психолого-корекційний практикум травм війни : навч. посіб. / І. Сулятицький, К. Островська, В. Осьодло та ін. Львів, 2019. 396 с.

23. Практична психосоматика: діагностичні шкали : навч. посіб. / за заг. ред. О. О. Чабана, О. О. Хаустової. Київ : ВНТУ, 2018. 108 с.

24. Римша С. В., Рациборинська-Полякова Н. В. Пропедевтика психіатрії з основами загальної психології, патопсихології та психопатології : навч. посіб. Магнолія, 2020. 520 с.

25. Сакевич В. І. та ін. Посібник для практичних занять з анатомії та фізіології з основами патології. Київ : Здоров'я, 2003. 532 с.

26. Співак Л. М., Османова А. М. Психодіагностика в клінічній психології : навч. посіб. Київ : Талком, 2023. 155 с.

27. Терлецька Л. Г. Психічне здоров'я особистості. Технологія самоаналізу : Монографія. Київ : Видавничо-поліграфічний центр «Київський університет», 2003. 150 с.

28. Федонюк Я. І. Анатомія та фізіологія з патологією. Тернопіль : Укрмедкнига, 2016. С. 197–205, 207–232, 247–252.

29. Ханецька Н. В. Психосоматика : теоретико-практичний посібник для студентів вищих навчальних закладів. Хмельницький, 2019. 123 с.

30. Чабан О. С. Психосоматична медицина (аспекти діагностики та лікування). К., 2004. 96 с.

31. МКХ 10 — Міжнародна обробка хвороб 10-го перегляду. Клас 5 URL: <http://kod.poltavalk.com.ua/mkhh-10-am/66-klas-5-rozklady-psykhiky-ta-povedinky-f00-f99>.

32. Протокол з діагностики та терапії ПТСР NICE [Електронний ресурс] URL: <http://ipz.org.ua/index.php/vydavnytstvo/94-knyhy-3/190-protokoly-z-diahnostyky-ta-terapii-ptsr-nice-2>.

33. Синапсис діагностичних критеріїв DSM-V та протоколів NICE для діагностики та лікування основних психічних розладів у дітей та підлітків. URL : <https://www.nice.org.uk/guidance/cg28>.

34. Уніфікований клінічний протокол первинної вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної психології. Депресія. URL : http://moz.gov.ua/docfiles/dn_20141225_1003dod.pdf

Навчальне видання

Аліме Маметівна **ОСМАНОВА**
Галина Володимирівна **ХОРУНЖЕНКО**

КЛІНІЧНА ПСИХОЛОГІЯ

Навчальний посібник

Навчальний посібник
для студентів спеціальностей «Психологія»,
«Соціальна робота», «Спеціальна освіта»

Ілюстрація: Антоніо Де Переда. Алегорія марнославства.

Літературне редагування — *Лопоносова Н. П.*
Комп'ютерне верстання — *Думанецька С. С.*
Дизайн обкладинки — *Бабинець Н. А.*

Підписано до друку 30.06.2023 р.
Формат 60х84/16. Ум. друк. арк. 13,25.
Наклад 300 прим. Зам. № ...

Видавець і виготовлювач Університет «Україна».
03115, м. Київ, вул. Львівська, 23,
тел./факс (044) 424-40-69, 424-56-26
E-mail: ukraine.vdk@email.ua
Свідоцтво суб'єкта видавничої справи ДК № 405 від 06.04.2001.