

МІЖНАРОДНИЙ ГУМАНІТАРНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
Факультет медицини та громадського здоров'я
Факультет стоматології та фармації

Лекції з дисципліни
“Основи психології”

Рекомендовано Вченою радою
Міжнародного гуманітарного університету,
Протокол №1 від 29.08.2022

Розробник: Гнідой І.М., к.м.н., доцент кафедри внутрішніх
хвороб та громадського здоров'я МГУ

Лекції призначені для вивчення основ психології здобувачами
вищої освіти в галузі медицини, стоматології та фармації



Міжнародний гуманітарний університет
Факультет медицини та громадського здоров'я
Факультет стоматології та фармації
Дисципліна «Основи психології»

**Клініко-психологічні аспекти пізнавальної
діяльності та емоційно-вольової сфери.
Свідомість, самосвідомість, їх рівні, стани
свідомості у хворого**

Доцент кафедри
внутрішніх хвороб МГУ
к.м.н. Гнідой І.М.

Клініко-психологічні аспекти пізнавальної діяльності та емоційно-вольової сфери.

Свідомість, самосвідомість,
їх рівні, стани свідомості у хворого



Вступ

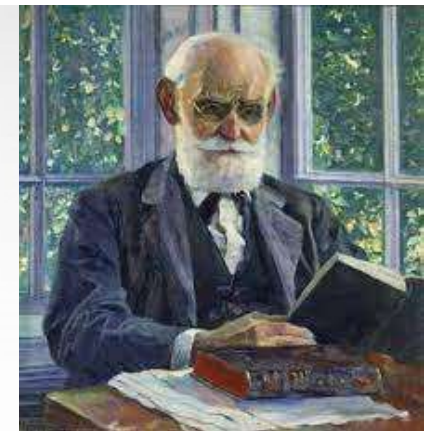


- Основними процесами, за допомогою яких людина сприймає і опрацьовує інформацію, що надходить ззовні і зсередини, **є відчуття, сприймання, відображення.**
- Відчуття і сприймання – джерело пізнання всіх наших знань про зовнішній світ і власне тіло. Сприймання і відчуття - основа для створення загальних уявлень і понять.
- Поняття про світ і про власне „я” у людини складається на основі відчуття і сприймань.



- У сучасній психологічній науці під відчуттям розуміють відображення властивостей предметів об'єктивного світу, що виникає про їх безпосередньому впливу на органи чуття і збудження нервових центрів кори великого мозку. За своїми фізіологічними механізмами відчуття є цілісним рефлексом, що об'єднує прямими і зворотними зв'язками периферичні і центральні відділи аналізатора. За аналізаторами їх поділяють на зорові, слухові, нюхові, смакові, дотикові, статичні, кінестетичні, температурні, больові, органічні (спраги, нудоти, голоду), вібраційні.
- Сприйняття – відображення у свідомості людини предметів та явищ в цілому, в сукупності їх властивостей, при безпосередній дії на органи чуття. Окрім класифікації сприйняття за аналізаторами (зорове, нюхове, тощо), виділяють сприйняття простору, часу, руху. Різні види сприйняття рідко існують окремо і звичайно комбінуються, утворюючи складні види сприйняття.

- Уміння вивчити стан відчуття і сприйняття в індивіда буде сприяти успішній діагностиці більшої частини нервово-психічних розладів.
- Фізіологічна основа відчуттів – складна діяльність органів чуття.
І.П.Павлов назвав цю діяльність аналізаторною, а системи складно організованих клітин, які безпосередньо здійснюють аналіз і синтез подразників, – аналізаторами.



- **Аналізатор має три відділи:** периферичний (рецепторний), передавальний (провідниковий) і центральний (мозковий).
- Периферичний (рецепторний) відділ аналізаторів складають органи чуття – око, вухо, ніс, шкіра, а також спеціальні рецепторні апарати, розміщені в органах травлення, дихання, серцево-судинній системі та ін.
- **Аналізатор є також системою із зворотним зв'язком**, який полягає у зміні функціонального стану рецепторів під впливом сигналів з відповідних відділів мозку. Після дії подразника на рецептор виникає рефлекторна перебудова всього аналізатора і наступне прийняття подразника змінюється внаслідок зміни діяльності аналізатора.



Будь-яке відчуття має певні якості, силу, тривалість. Якість відчуття - внутрішня його суть, що відрізняється від інших відчуттів (наприклад, звуки, запахи, форми, тощо). Сила відчуття визначається ступенем його прояву. Тривалість відчуття – це той час, упродовж якого в людини зберігається враження від даного конкретного відчуття.

- Залежно від місця подразника відчуття класифікують:

а) естероцептивні (обумовлені впливом подразників на рецептори – нервові закінчення – поверхні шкіри та слизових) – контактні і дистантні;

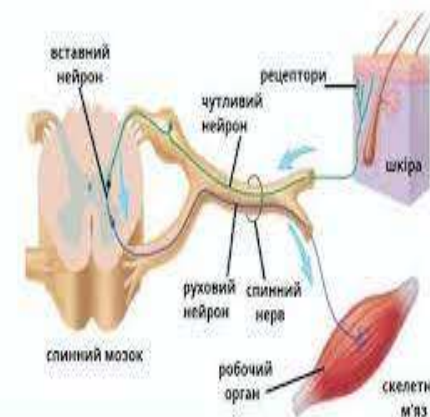
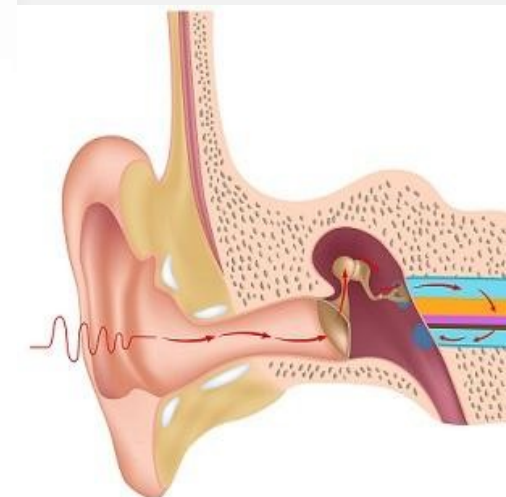
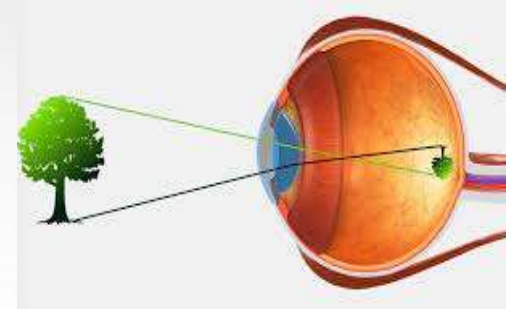
б) інтероцептивні (викликані впливом подразника на нервові закінчення, які іннервують внутрішні органи та розташовані в стінках дихальних шляхів, шлунково-кишкового тракту та інших органів);

в) проприоцептивні (пов'язані із сигналами, що виникають внаслідок подразнення рецепторів, які знаходяться в м'язах, сухожилках або суглобах).

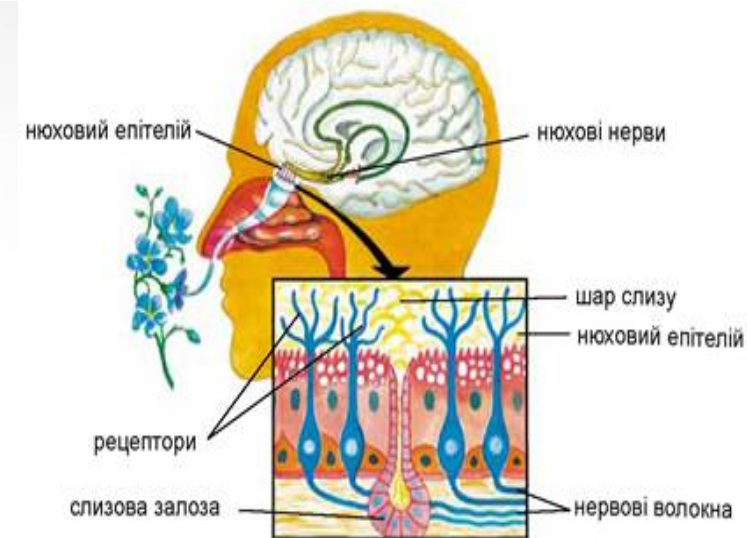
- Залежно від органів, де вони виникають:

а) зорові,
б) слухові,
в) шкірні (тактильні, температурні, больові),
г) нюхові,
д) рухові, або кінестетичні,
е) рівноваги.

- Зорові відчуття виникають в результаті дії променів світла на сітківку ока. Завдяки зоровим відчуттям людина пізнає освітленість, колір предметів, їх розміри, пропорції, конструкцію, обсяг, розміщення в просторі.
- Слухові відчуття. Велике значення в житті людини мають слухові відчуття, що виникають як результат дії звукових хвиль на кортіїв орган – рецепторний апарат слухового аналізатора у внутрішньому вусі людини. У скроневій частці мозку розміщена кіркова центральна частина слухового аналізатора. Людина може сприймати звуки з частотою коливання від 16 до 20 000 гц. На основі слухових відчуттів людина оволодіває мовою, за допомогою слуху контролює свою й чужу мову.
- Шкірні відчуття виникають внаслідок механічної і термічної дії на шкіру або слизові оболонки збудження, з яких передається на постцентральному закрутку головного мозку. Шкірні відчуття поділяють на тактильні (дотик, тиск, вібрація), температурні (холод, тепло), больові. Відчуття болю виникає під час подразнення чутливих нервових закінчень, розміщених у шкірі.

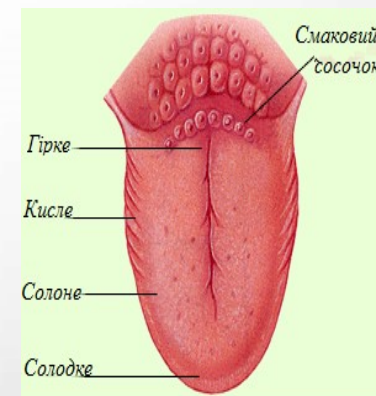


- Нюхові відчуття виникають при подразненні специфічних рецепторних клітин, розміщених у слизовій оболонці верхнього і середнього носових ходів. Подразниками рецепторних клітин є молекули пахучих речовин, що потрапляють у нюхову ділянку через ніс (під час їх вдихання), або через носоглотку в момент ковтання їжі. В останньому випадку нюхове відчуття поєднується зі смаковим, що виникає в результаті дії на смакові рецептори хімічних речовин.



Смакові рецептори містяться на поверхні язика, задній поверхні глотки, піднебіння та в надгортаннику. Відповідно до них класифікують відчуття солодкого, кислого, солоного, гіркого. Поєднання цих основних відчуттів може спричинитися й до інших.

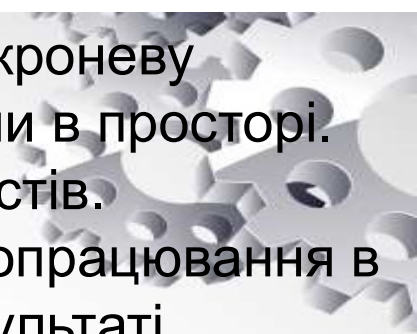
- Нюх і смак тісно пов'язані між собою, і якщо зовсім виключити нюх, то людині здаватиметься, що різна їжа має однаковий смак. Зниження нюху може спостерігатися при пухлинах лобових часток мозку, розлад нюху - при черепно-мозкових травмах, незалежно від локалізації їх.





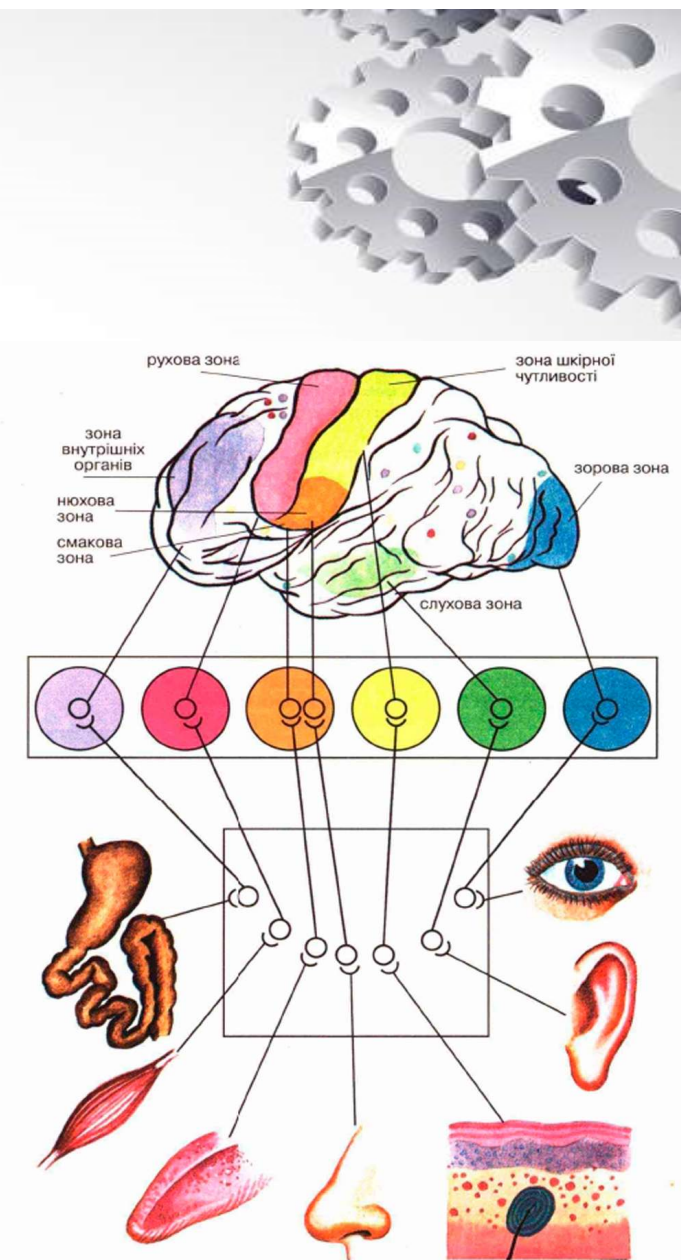
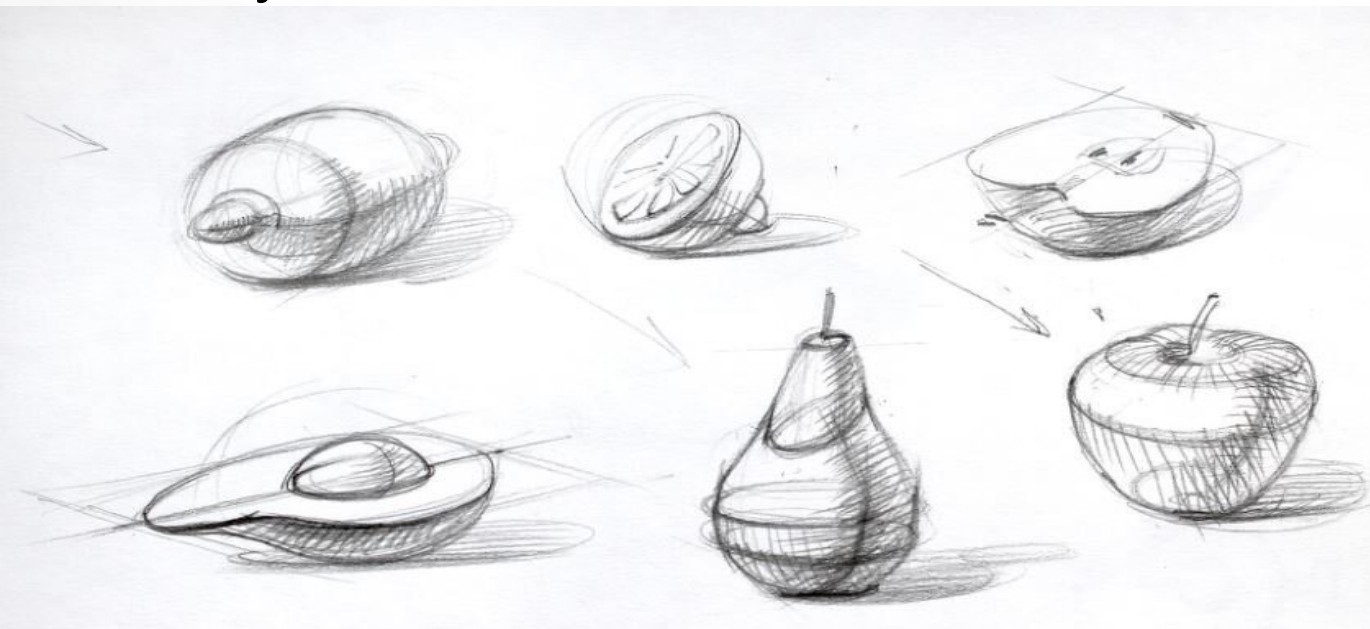
- **Рухові, або кінестетичні, відчуття характеризують положення і переміщення частин тіла в просторі, ґрунтуються на сигналах, які надходять від пропріорецепторів.** Рухові відчуття у поєднанні з шкірними, які мають місце при обмацуванні предметів руками, дають дотик, через нього людина пізнає розміри, твердість, форму та інші властивості предметів. Кора великого мозку здійснює високий аналіз і синтез сигналів від м'язів, сухожиль, внутрішніх органів. Діяльність людей зумовлює наявність специфічних людських особливостей у відчутті положення тіла в просторі, його пересування, в м'язово-суглобових рухах рук у процесі трудових дій, виразній мові.
- Артикуляційні рухи супроводжують і підсилюють диференційовані рухи руки, що пише; мовні рухи під час читання включають і м'язові відчуття від руху очей. Мовні кінестезії - відчуття положення і переміщення органів, що беруть участь у мовотворенні, є базальні компоненти другої сигнальної системи.





- Рецептором є вестибулярний апарат, який передає подразники у скроневу частину кори великого мозку, сигналізує про положення тіла людини в просторі. Це має особливе значення для пілотів, космонавтів, плавців, гімнастів. Інтероцептивні (органічні) відчуття виникають під час одержання і опрацювання в центральній нервовій системі інформації, що виникає в результаті збудження спеціалізованих нервових закінчень для сприймання сигналів про перебіг обмінних процесів у внутрішньому середовищі організму. До таких відчуттів належать відчуття голоду, спраги, нудоти, болю тощо. Існують певні закономірності, що характеризують відчуття:
- а) абсолютна чутливість органів чуття, тобто здатність людини відчувати незначні величини подразнення;
- б) поріг відчуття - мінімальна величина подразника, при якій виникає відчуття;
- в) адаптація - зміна чутливості аналізатора в результаті пристосування органів чуття до діючого подразника;
- г) сенсibiliзація - підвищення чутливості в результаті взаємодії відчуттів.

- Фізіологічну основу сприймання становить взаємодія різних аналізаторних систем або окремих частин одного й того самого аналізатора і утворення на основі цього умовних рефлексів на комплексні подразники, в результаті чого в людини виникає більш або менш складний образ предмета чи явища в цілому.



Сприймання не є простою сумою відчуттів, це складний психічний процес, до якого разом з відчуттями залучається і попередній досвід у вигляді знань, уявлень. Сприймання також пов'язане з мисленням, бо образи, що формуються в процесі сприймання, осмислюються, аналізуються, конкретизуються і узагальнюються через поняття, мислительні операції, судження і умовиводи.

І.С. Сеченов ділив процес сприймання на два послідовних етапи: загальний ефект зовнішнього імпульсу і реакцію детального бачення, тобто спочатку відбувається визначення якихось властивостей і ознак об'єкта, впізнавання його, деяке орієнтування в конкретних умовах реальності, що дає лише уривчасті, неповні знання. Для більш глибокого і повного пізнання потрібне сприймання як реакція детального бачення в процесі вивчення того чи іншого об'єкта.



Як у експериментах І.П.Павлова з умовних рефлексів. Собака спочатку отримує зовнішній імпульс(звук дзвіночка), а далі відбувається її реакція- вона задіює пам'ять і згадує, що після цього звуку їй дають їсти.





Сприймання поділяються на зорові, слухові, дотикові, рухові та інші відповідно до переважаючої ролі одного з аналізаторів, що беруть участь в акті сприймання. А коли в сприйманні бере участь система аналізаторів, виникають складні, комбіновані сприймання.

Властивості сприймання

цілісність

вибірковість

константність

осмисленість

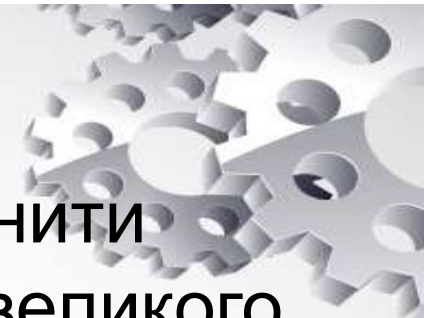
апперцепція

Цілісність



- Сприймання завжди цілісне. Будь-який предмет чи явище, що складається з різних частин, є комплексним подразником, але сприймається цілком у єдності всіх якостей і ознак. Це виникає умовнорефлекторно через існуючий попередній зв'язок між зоровими, слуховими, тактильними подразниками, які надходять від об'єктів. Вибірковість сприймання виявляється в наданні переваги одним об'єктам, явищам або їх властивостям перед іншими. Це визначається формою ставлення людини до об'єктів, предметів, зумовленого значущістю, інтересом, попереднім досвідом. Так, лікар, медична сестра, оглядаючи хворого, звернуть увагу на ознаки хвороби, виділивши їх з ряду інших.

Вибірковість і Константність



- Фізіологічне вибірковість сприймання можна пояснити переважанням одного з вогнищ збудження в корі великого мозку з одночасним гальмуванням решти її ділянок.
- Константність сприймання полягає у відносно більш чи менш довготривалій постійності окремих властивостей і якостей об'єктів незалежно від помічених нами змін, що відбулися з ними. Константність сприймання пояснюється дією цілої низки факторів, основне місце серед яких належить адаптації і вже наявним у людини уявленням про певний об'єкт. Так, білий колір сприймається нами як білий і при сонячному, і при електричному освітленні, хоча спектр електричного світла має більше червоно-жовтих променів.

Осмысленность и Апперцепция



- Осмысленность сприймання пов'язана з розумінням сутності об'єкта, що сприймається, з можливістю віднести його до певної групи, класу, узагальнити його в слові, помітити схожість із знайомими нам об'єктами.
- Апперцепція – залежність від попереднього досвіду, від загального змісту психічної діяльності людини та індивідуальних особливостей, а також від професії.
Художник, розглядаючи картину, звертає увагу не лише на зміст того, що зображено, а й на професійні деталі: барви, манеру написання картини, тощо.

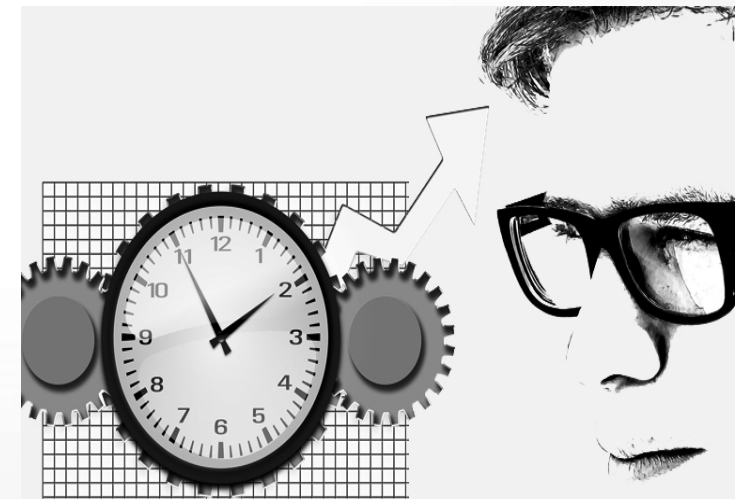
Спостереження і Спостережливість

- Спостереження – умисно сплановане і цілеспрямоване сприймання, обумовлене конкретним завданням. За словами голландського астронома М. Міннарта, від нас самих залежить прозріння – треба лише доторкнутися до своїх очей магічним жезлом під назвою „знай, на що дивитись”. Дійсний успіх спостережень визначається чіткою постановкою завдання. Фізіологічною основою спостережень служить різноманітність складностей взаємозв'язків першої і другої сигнальних систем. Часті вправи в спостереженні звичайно закінчуються розвитком спостережливості, яка не є природженою властивістю, а розвивається в процесі спостереження і визначається досвідом, знаннями і вміннями людини,
- Спостережливість – це здатність людини помічати в об'єктах, що спостерігаються, малопомітні, але в той же час важливі, суттєві для якої-небудь мети ознаки чи властивості. Для успішного розвитку спостережливості необхідні ясність і чіткість завдання спостереження, його систематичність, планування.
- Рівень розвитку сприймання залежить від того, наскільки потрібна функція сприймання для виконання відповідної діяльності. Серед складних форм сприймання виділяють сприймання часу, простору, руху.

Сприймання часу

- Сприймання часу – відображення тривалості, послідовності і швидкості подій або явищ реального світу. Основою процесу сприймання часу є умовні рефлексії. Проміжки часу, визначенню яких сприяють слухові, рухові відчуття, виробляються під впливом ритмічних процесів, що відбуваються в організмі людини. Ритмічне дихання, ритм режиму дня, навчальної і трудової діяльності сприяють виробленню рефлексу на час.

Тривалі проміжки часу сприймаються, з одного боку, у зв'язку з ритмом явищ у природі (зміна дня і ночі, температури тощо). Спостерігається і суб'єктивна оцінка тривалості часу, що може бути пов'язана із зацікавленістю і характером діяльності людини, а також із захворюванням. Так, у хворих з депресивним, пригніченим станом час минає дуже повільно.

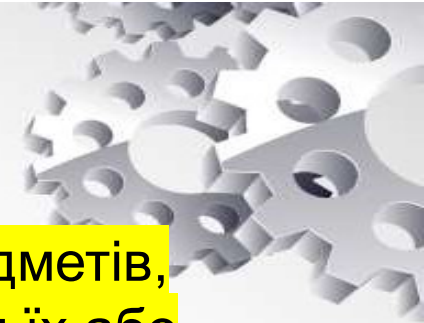


Сприймання простору



- Простір – це одна з основних форм існування матерії. Основою сприймання простору є пізнання непросторових властивостей об'єктів через зорові, вестибулярні, рухові і шкірні відчуття. У комплексі вони дають змогу зробити висновок про відношення тіла до вертикалі, про просторове положення і відстань до інших об'єктів. Сприймання простору не природжене, а виникає і розвивається у процесі життя. Чуттєві знання про простір не природжені, так само як і зорові відчуття взагалі. Зорове відображення простору виробляється поступово в процесі індивідуального розвитку, причому створення його має умовнорефлекторний характер.

Сприймання руху



- Сприймання руху – відображення просторового переміщення предметів, що визначається віддаленістю предметів, швидкістю переміщення їх або пересування самого спостерігача в просторі. У сприйманні руху беруть участь декілька аналізаторів, а особливе значення має переміщення зображення на сітківці ока, рух очей і голови в сторону переміщення предмета.
- Сприймання навіть у здорової людини не завжди дає нам адекватне відображення предметів об'єктивного світу. Прикладом цього можуть бути ілюзії, тобто спотворені відображення дійсності.
- Ілюзії можуть зустрічатися у практично здорових людей, але за певних умов – при поганому освітленні, стані втоми, чеканні.

Розвиток сприймання

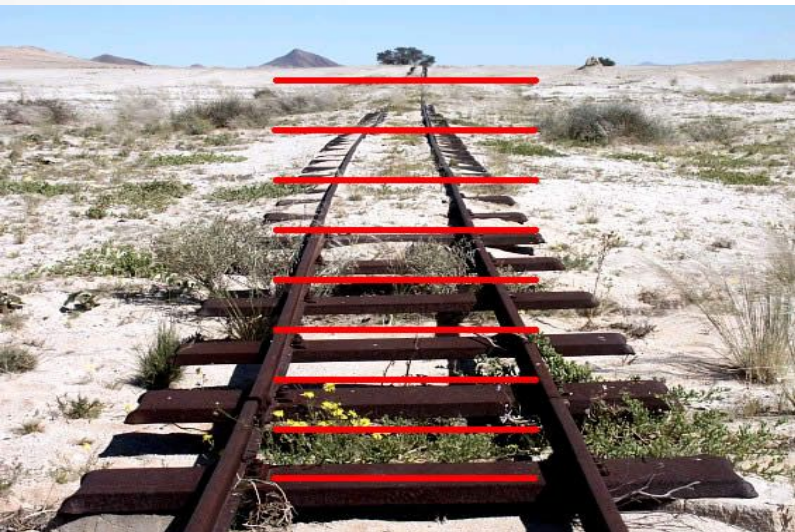


- **Сприймання починає розвиватися на основі відчуттів у перші ж місяці народження дитини.** Сприймання маленьких дітей характеризується виявом яскравих емоцій, особливо на барвисті предмети, що рухаються.
- Діти раннього віку (1-2 роки) орієнтуються в місцезнаходженні предметів, у них швидко вдосконалюється зорова оцінка невеликих відстаней. У ранньому дитинстві також швидко розвивається слухове сприймання, що дуже важливо для розвитку мови.
- Подальший розвиток зорових, рухових, слухових відчуттів відбувається в дошкільному віці. У дітей підвищуються точність і влучність рухів, збільшується швидкість утворення рухових навичок. Разом із руховими відчуттями розвиваються шкірні відчуття, зростає точність сприймання форми, розміру, фактури предмета при дотику.

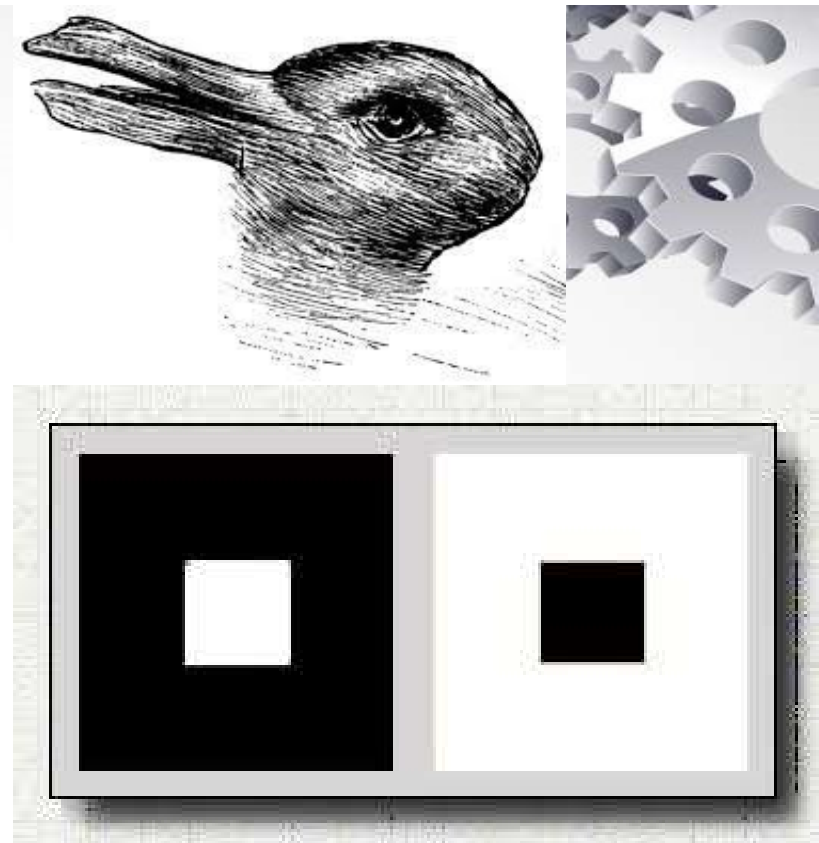
- Діти дошкільного віку набагато точніше і повніше, ніж діти раннього віку, відображають предмети і явища, які вони сприймають. Вони чіткіше розрізняють предмети за величиною, формою, а також просторові і часові відношення між явищами. Це пов'язано з розвитком їхньої орієнтувально-дослідницької діяльності. Дитина виробляє вміння організовувати і контролювати своє сприймання відповідно до поставлених завдань і вимог. У неї розвивається свідоме і цілеспрямоване спостереження. Після більш ретельного вивчення навколишньої дійсності стають детальнішими і багатшими за змістом.
- Велике значення в розвитку сприймання у дітей мають ігри, спостереження і екскурсії, образотворча діяльність. Гра примушує дитину більш точно і свідомо сприймати особливості різних предметів. Конструювання, малювання, ліплення привчають до ретельнішого розглядання і вивчення предметів. Разом із зоровим сприйманням у дитини розвивається слухове і дотикове сприймання. Велике значення в розвитку сприймання звуків мають заняття з музики і розвитку мови. Діти 2-3 років плутають окремі звуки, деякі з них пропускають, бо сприймання звуків у них іще недосконале. У дошкільному віці дитина вже добре розрізняє елементи усного мовлення і правильно вимовляє звуки рідної мови.

Ілюзії

- Слід зазначити, що сприймання навіть здорової людини не завжди дає нам адекватне відображення предметів об'єктивного світу. Прикладом цього можуть бути ілюзії, тобто помилкове, неточне, викривлене відображення дійсності. Основою ілюзій можуть бути фізіологічні закони, закони вищої нервової діяльності. **Ілюзії виникають під впливом установок людини.** До таких належать, наприклад, ілюзії перспективи. Відомо, що розміщені на різній відстані предмети однакового розміру здаються різними, тобто ті з них, що знаходяться далі, сприймаються меншими.



- Особливе значення для виникнення ілюзій має фон. Помилки у сприйманні виникають внаслідок певних сподівань або стомлення людини. Спостерігачеві, який сподівається побачити певний предмет, з появою предмета, лише схожого на очікуваний, може помилково здатися, що це саме той, на який він чекав, наприклад, куц може здатися людиною. Темний предмет здається меншим, ніж світлий того самого розміру. Якщо розглядати одночасно білий квадрат на чорному фоні і чорний квадрат такого самого розміру на білому фоні, то останній здаватиметься меншим за перший.



- На органи чуття людини одночасно діє безліч різноманітних подразників. Але не всі вони безпосередньо відтворюються у її свідомості. Відбувається неначе відбір тієї інформації, що становить інтерес і має важливе значення для людини. Решта сприймається як другорядне, нечітке або взагалі не помічається. Вибірковий, цілеспрямований характер психічної діяльності складає сутність уваги.

Біль



- Серед відчуттів особливе місце посідає біль – суб'єктивно тяжке, часом нестерпне відчуття, що виникає в результаті дії дуже сильних і руйнівних подразників. Спостереження свідчать про те, що больові відчуття узагальнюються і опрацьовуються другою сигнальною системою, внаслідок чого скарги хворого є для лікаря одним із показників наявності патологічного процесу в організмі, його характеру і місця ураження.
- При одночасних і послідовних больових подразненнях виникає взаємодія больових відчуттів. Виявляється це як у пригніченні слабого болю сильним (слабкий біль у руці підсилює зубний біль), так і в маскуванні одного болю болем іншого характеру.

У ставленні до болю мають значення суспільно-моральна установка особистості, свідомий і організований характер її поведінки.



- Відомі чотири основних типи ставлення до болю (А.К. Сангайло).
- 1 тип: поріг болю низький – загальна чутливість до болю є високою. Поріг межі витривалості настає скоро – низька витривалість больового відчуття.
- 2 тип: поріг болю низький – загальна чутливість до болю є високою. Поріг межі витривалості до болю високий – витривалість до больового відчуття велика, больове відчуття легко переноситься. Інтервал витривалості достатній.
- 3 тип: поріг болю високий – чутливість до болю є невисокою. Інтервал витривалості є малим – відчуття болю виникає пізно, переноситься погано, розрив між порогом болю і витривалістю є малим.
- 4 тип: поріг болю високий – загальна чутливість є невисокою. Інтервал витривалості достатній – витривалість больового відчуття є доброю.



- Реакція людини на больові відчуття залежить від особливостей нервової системи, виховання, психологічної настроєності. При сильному емоційному збудженні біль притупляється. Зусиллям волі хворий може перенести увагу на важливу для нього діяльність, це може зменшити або утамувати біль.
- Залежно від характеру больового відчуття і його локалізації, крім суб'єктивних відчуттів болю, спостерігається зміна функцій різних органів і систем: змінюються ритм скорочень серця, артеріальний тиск, формуються різні емоційні і вегетативні реакції.
- Уважне спостереження за поведінкою хворого під час больових відчуттів може допомогти у визначенні діагнозу. Хворий, щоб ослабити або припинити больові відчуття, набуває вимушеного положення. Наприклад, при сухому плевриті больові відчуття зменшуються, якщо лягти на хворий бік; при інфаркті міокарда хворий намагається лежати нерухомо; при нирковій кольці хворий не може знайти собі місця, весь час міняє положення.
- Больові відчуття супроводжуються відчуттям невдоволення і страждання. Сильний хронічний біль виснажує людину, спричинює пригнічення вольових функцій, виникнення суїцидальних думок. Тому такі хворі не повинні залишатися без уваги. Іноді піклуванням, увагою можна розвіяти побоювання хворого, допомогти перебороти біль, навіяти терпляче ставлення до болю.

Особливості сприйняття хворої людини



- **Наявність хвороби змінює психологічні компоненти відчуття і сприймання.** Передусім, змінюється поріг відчуття і вибірковість сприймання. Хвора людина починає насторожено прислуховуватись до своїх відчуттів, звертає увагу на ті відчуття, на які раніше не звертала увага.
- Будь-яка хвороба призводить до загальної астенизації організму. Внаслідок цього поріг відчуття знижується, і звичайні подразники стають надсильними (гіперестезія). З цієї причини хворі не переносять яскравого світла, шуму, запахів, перепадів атмосферного тиску і температури тощо.
- При важких станах, котрі супроводжуються оглушенням, може розвинутих загальна гіперестезія, і звичайні подразники хворий не буде сприймати.
- **Ураження одних аналізаторів індукує компенсаторну функцію інших.** Так, відомо, що у сліпих значно покращується діяльність слухових, дотикових і кінестетичних аналізаторів. Інколи у сліпих розвивається „шосте відчуття бар'єра”, і вони досить добре обходять перешкоди.



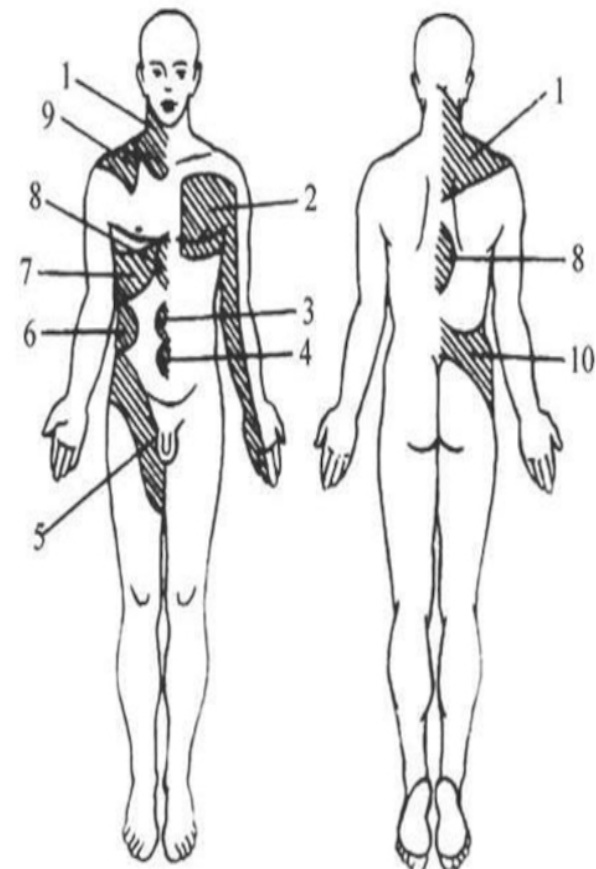
- Біль змінює емоційний стан людини. Так, різкі болі в ділянці серця здатні викликати панічний страх смерті, боязливість перед рухом. Нерідко такого хворого заспокоїти словами неможливо. Скільки разів у нього серцевий напад, стільки разів він суб'єктивно „помирає”.
- Між сприйманням, усвідомленням, емоціями і хворобою є прямий і зворотній зв'язок. Наприклад, підвищення артеріального тиску викликає відчуття головного болю. Усвідомлення людиною факту, що в неї високий артеріальний тиск, викликає емоцію страху перед можливою гіпертонічною хворобою і її вірогідними наслідками. Ці тривожні переживання посилюють спазми судин і сприяють ще більшому підвищенню артеріального тиску. Замикається дефектне коло: підвищений артеріальний тиск викликає тривогу і страх, а негативні емоції підтримують і навіть посилюють артеріальну гіпертензію.
- Сприймання тривалого сильного болю викликає складні переживання зміни внутрішнього комфорту із страхом і тривогою за своє здоров'я. Потім у астеноїзованої людини розвивається озлоблення, до якого приєднується депресія, котра пізніше переростає у відчай.

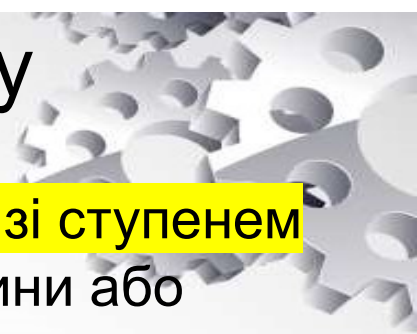


- Тоніка болів не завжди співпадає з локалізацією патологічного процесу. Прикладом цього може бути біль або гіперестезія в зонах Захар'їна-Геда.
- Лікар повинен пояснити хворому причину атипового болю і необхідність лікувати причину, тобто захворювання, яке викликало біль.
- Наприклад, у жінки загострився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

Зони Захар'їна - Геда

- 1 – бронхи, легені;
- 2 - серце;
- 3 - шлунок;
- 4 – сечовий міхур;
- 5 - сечівник;
- 6 - нирка;
- 7 і 9 - печінка;
- 8 – шлунок і підшлункова залоза;
- 10 – сечо -статева система.





Психологія, що з однієї хвороби породжує нову

- Психологічне сприймання фізичного дефекту не завжди співпадає зі ступенем його небезпеки. Наприклад, спотворюючий рубець на обличчі дівчини або молодшої жінки, який, в принципі, не шкодить здоров'ю, приносить багато душевних мук. Це ж саме стосується плоскостопості, яка не дозволяє дівчині носити модельне взуття на високих каблуках. Вимушене мовчання, обумовлене загостренням хронічного ларингіту, суб'єктивно важко переноситься жінками. Психологами встановлено: якщо жінка нічим не зайнята і вимушена систематично мовчати більше 20 хвилин, у неї може розвинутих невротичний стан.
- Таким чином, хвороба змінює кількісні і якісні характеристики сфери відчуття і сприймання. Між відчуттям і сприйманням з однієї сторони і хворобою, з іншої сторони, існує прямий і зворотній зв'язок. Хвороба змінює відчуття і сприймання, а змінена перцепція впливає на перебіг захворювання. Порушення відчуття і сприймання залежить не лише від анатомо-фізіологічних змін, викликаних хворобою, але і від стану психіки. Медик повинен завжди про це пам'ятати.

Особливості світогляду хворого



- Хвороба змінює практично усі характеристики уваги. Передусім хвороба суттєво змінює якість життя і спектр інтересів. Хворий мимоволі починає фіксувати увагу і думки навколо захворювання. Внаслідок астенизації, викликані хворобою, об'єм уваги зменшується, а тому хвора людина не завжди здатна чітко сконцентруватись на інструкціях лікаря.
- З іншого боку, у більшості хворих різко загострюється одностороння увага до явищ і процесів, пов'язаних з хворобою і лікуванням. Хворі практично інтуїтивно відчують ступінь компетентності і якість уваги лікаря
- Якщо хворі з тривожно-помисловими рисами характеру фіксують і концентрують свою увагу на найменших змінах свого стану, то хворі гіпертичного складу характеру не звертають увагу не лише на початкові прояви хвороби, але і на явні ознаки її. Внаслідок цього хворий починає лікуватись пізно, коли хвороба справила значну руйнівну дію на організм і здоров'я.

- Надмірна фіксація уваги на неприємних відчуттях і страх перед можливим захворюванням можуть стати причиною егогенії, тобто самонавіювання хвороби. Егогенія частіше розвивається у людей з тривожно-помисловими рисами характеру, образним типом сприймання і гіпертрофованою уявою. Інколи егогенія розвивається у студентів-медиків, які теоретично вивчають симптоми захворювань, але не мають практичного досвіду лікарської діяльності. Надмірна одностороння увага може обумовлювати односторонність сприймання та осмислення ситуації.
- Так, в одному із медичних вузів був проведений такий експеримент. Студентам різних курсів після проходження певних дисциплін демонстрували відомий портрет Мони Лізи і просили висловити свою думку щодо стану здоров'я цієї молодшої жінки. В результаті виявилось, що студенти, які вивчили ожиріння, відмітили у Мони Лізи явну схильність до повноти. Частина студентів, які здали залік з ендокринології, знайшли ознаки гіпертрофії щитовидної залози. А деякі студенти, котрі вивчили психіатрію, запідозрили, що її „незрозуміла і блаженна посмішка” свідчить про те, що Мона Ліза могла бути інтелектуально недорозвинutoю.



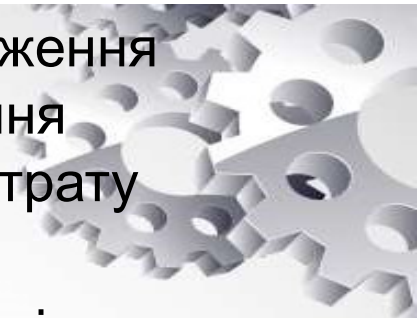
Синестезія



- Одночасне відчуття (синестезія) полягає в тому, що будь-який подразник, діючи на відповідний орган чуття, поза волею суб'єкта, викликає не лише відчуття, специфічне для певного органа чуття, а водночас ще й додаткове відчуття або уявлення, характерне для іншого органа чуття. Найпоширенішим виявом синестезії є так званий кольоровий слух, за умови якого звук разом із слуховим відчуттям викликає і кольорове зображення. Кольоровий слух спостерігався у композиторів М.А. Римського-Корсакова, О.М. Скрябіна, М.К. Чюрльоніса.
- І.М. Сеченов писав про те, що однією з необхідних умов нормальної психічної діяльності людини є відомий мінімум подразників, що надходять у мозок від органів чуття. Пізніше це підтвердилося клінічно: якщо людина не одержує необхідної кількості подразників у зв'язку з патологією органів чуття, то вона засипає або поринає в забуття і нічого з того, що відбувалося з нею в цей проміжок часу, не пам'ятає.

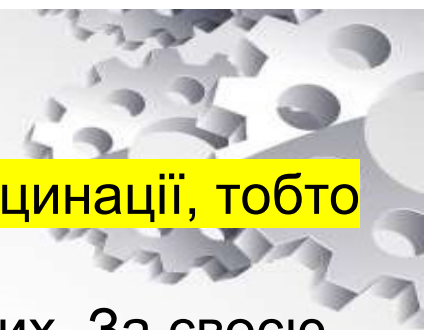


- Вплив обмеження кількості подразників (сенсорна ізоляція) на психічний стан людини вивчався експериментальне на тваринах і на людях.
- В умовах сенсорної ізоляції у людини можуть виникати незвичайні психічні стани, які спочатку мають функціональний, оборотний характер. Особливо складно проходить одночасно слухова і зорова ізоляція людей з високим інтелектом. Про це свідчать спостереження органів міліції. Психічний стан, що виникає у цих людей (вчених, учителів, лікарів), викликає поведінку як при божевіллі: порушуються пам'ять, мислення, емоційна регуляція, виникає панічний страх. У такому стані людина може підписати будь-який документ, навіть такий, який за змістом не відповідає реальності. Ці індивідуальні стани співробітники міліції практично не враховують.
- За умови значного збільшення терміну ізоляції ці функціональні зміни переходять у патологічні – виникають нервово-психічні захворювання (неврози і психози).



- Серед різноманітних порушень відчуттів часто спостерігається зниження поверхневої чутливості – гіпестезія, що виникає за умови підвищення порогу больових відчуттів. На практиці можна спостерігати повну втрату больової чутливості – анестезію.
- До протилежних явищ належить підвищена чутливість до подразників, що діють на органи чуття, – гіпестезія.
- Іноді паралельно із зміною больової чутливості порушується температурна чутливість, коли хворі не відчують дотику гарячих предметів і, як наслідок, часто дістають опіки.
- Парестезія – відчуття заніміння, поколювання, печія, „повзання мурашок”, що виникають спонтанно. Вони зумовлені порушенням нервових провідників.
- Тяжке і болюче відчуття, локалізоване хворим на якій-небудь ділянці поверхні тіла або у внутрішніх органах, що виникає при відсутності змін у тканинах і органах (натягування, печія), називається сенестопатією.
- До розладів відчуттів належить і свербіж – видозмінене больове відчуття, що викликає потребу почухувати певні ділянки шкіри і слизових оболонок.

Патології сприймання



- Патологією сприймання є деякі психічні ілюзії, і насамперед - галюцинації, тобто сприймання без реального об'єкта. Так, хворі можуть сприймати найрізноманітніші зорові, слухові та інші образи аж до фантастичних. За своєю формою галюцинації часто нагадують ілюзії. Проте якщо ілюзорне викривлення дійсності виникає внаслідок дії зовнішніх подразників на наші органи чуття, то галюцинації з'являються без будь-яких зовнішніх подразників, тобто об'єкта сприймання немає.
- Галюцинації – це яскраві чуттєві переживання бачених і не бачених предметів і явищ. При справжніх галюцинаціях хворі проєктують галюцинаторний образ у просторі. Цей образ рухається, має рельєф, і хворі дивуються, чому ніхто з оточуючих не бачить того, що бачать вони.
- Парейдолії – це зорові ілюзії фантастичного змісту, що виникають, як правило, коли людина розглядає хмари, плями на стіні, малюнок на шпалерах. Від ілюзій парейдолії відрізняються тим, що тут наявні елементи фантазії, яка не виходить за межі плями. Парейдолії виникають при різних психічних захворюваннях, але можуть спостерігатися і в здорових людей внаслідок перевтоми, у стані тривоги.

Дереалізація

- Дереалізація – розлади психічної діяльності, що виявляються у важкому відчутті нереальності, оманливості, непричетності хворого до оточуючого. При дереалізації предмети, явища природи, люди сприймаються як неіснуючі, неприродні, штучні, змінені, дивні, невиразні, нерельєфні. Голоси і звуки – глухі, чужі, нереальні. Незнайомі предмети і люди, ніколи не бачені явища сприймаються як уже знайомі, а все знайоме здається зовсім незнайомим. Плин часу сприймається хворим як зупинений, застиглий, або здається дуже швидким, в інших випадках – сповільненим.



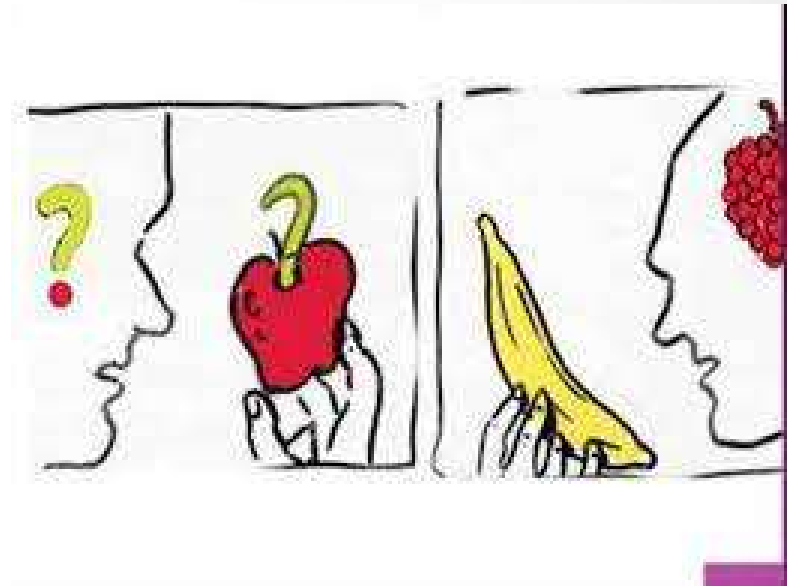
Типи дереалізаційних розладів



- До дереалізаційних розладів відносять зокрема особливий вид здорових ілюзій, при яких суттєво змінюється сприйняття форми і розмірів об'єктів.
- До них належать:
- Мікропсія – розлад сприйняття у вигляді зменшення розмірів оточуючих предметів.
- Макропсія – розлад сприйняття у вигляді збільшення розмірів оточуючих предметів.
- Порропсія – розлад сприйняття у вигляді зміни відстані, що відділяє предмет від хворого при незмінних розмірах самого об'єкту.
- Дисмегалопсія – розлад сприйняття у вигляді зміни подовження, розширення, скошення, перекручування навколо осі оточуючих предметів.
- Із розладів, що торкаються сприйняття власного тіла або його частин, виділяється група деперсоналізаційних розладів.
- Деперсоналізація – викривлення сприйняття власної особистості в цілому, окремих якостей, а також частини тіла.
- Деперсоналізацію (аутометаморфопсію) поділяють на парціальну і тотальну. При парціальній порушується сприйняття окремих частин тіла, при тотальній – всього тіла.

Агнозія

- Агнозія – порушення процесів упізнавання предметів і явищ при збереженні свідомості і функції органів чуття.
- Спостерігається слухова, зорова, смакова, больова, нюхова, тактильна агнозія.
- Зорова агнозія характеризується неможливістю впізнавання предметів та їхніх зображень, невпізнаванням добре знайомих облич, порушенням здатності орієнтуватися у просторі.
- Слухова агнозія проявляється нездатністю розрізняти звуки мови, впізнавати предмети за характерними для них звуками.
- Агнозія спостерігається при ураженні певних відділів кори великого мозку.



Методи вивчення порушень

- Сферу відчуттів і сприймань вивчають за допомогою спостереження, ітраспекції, опитування та використання різних приладів. Для вивчення зору і зорових сприймань застосовують спеціальні таблиці, технічні засоби. На екрані тахістоскопа можна демонструвати зображення об'єктів протягом дуже короткого часу (до 0,001 с), він дає змогу визначити сповільненість процесу сприймання, недоступність або викривленість обмеженого у часі сприймання. Для вивчення слухових, шкірних, вестибулярних сприймань використовують аудіометр, циркуль Вебера, амометр та ін. Для дослідження еіереогнозу (обмацування предмета при виключенні зору) слід мати різні предмети: іграшкові моделі машинок, тварин, господарських предметів тощо. Порушення відчуття кольору досліджують за атласом Є. Б. Рабкіна або спеціальним приладом – спектрсаномалоскопом. Можуть стати в пригоді і повідомлення медичних працівників про помічені зміни чутливості до світла і звуків, зміни смакових сприймань, появу патологічних галюцинацій. Останні іноді мають загрозливий характер, і хворий може стати небезпечним для себе і оточуючих. Хворі іноді намагаються приховати наявність галюцинацій, але уважне спостереження дасть змогу виявити їх. У хворих із зоровими галюцинаціями погляд спрямований в одну точку, вони наче вдивляються в неіснуючий об'єкт. При слухових галюцинаціях хворі прислухаються, вступають у розмову з „голосами”. При нюхових галюцинаціях хворі приносять або затискують ніс.

Дослідження відчуттів і сприйняття



- Вивчення психічних процесів відчуття і сприймання має велике практичне значення. Так, професійний підбір осіб, придатних до цілого ряду професій, можливий тільки після визначення необхідного рівня їх розвитку. У хворих патологічні зміни відчуттів і сприймань є важливою діагностичною ознакою, яка дає змогу стежити за перебігом захворювання.
- Лікар повинен уміти оцінювати психічний стан хворого і пам'ятати, що і галюцинації, і псевдогалюцинації супроводжуються почуттям страху, розгубленістю. Такі хворі потребують особливого нагляду і допомоги.

Дякую за увагу!





Міжнародний гуманітарний університет
Факультет медицини та громадського здоров'я
Факультет стоматології та фармації
Дисципліна «Основи психології»

**Психологія діагностичного процесу,
взаємовідносини „лікар-хворий”,
„медсестра-хворий”, контакти з рідними
хворого**

Доцент кафедри
внутрішніх хвороб МГУ
к.м.н. Гнідой І.М.

«Психологія діагностичного процесу, взаємовідносини „лікар-хворий”, „медсестра-хворий”, контакти з рідними хворого. Психологічні основи спілкування у лікувальному процесі: комунікативна компетентність, функції спілкування. Роль психологічних особливостей лікаря і медичної сестри, „ідеальний лікар” та „ідеальна медична сестра”. Медична деонтологія»

Необхідність комунікації

Вочевидь специфіка праці медичного працівника включає в себе необхідність оволодіння навичками спілкування для якісної взаємодії з пацієнтом. Від мистецтва спілкування багато в чому залежать результати лікування.

Спілкування - специфічна форма взаємодії людини з іншими людьми як членами суспільства і реалізації соціальних відносин (стосунків). Це одна з базових категорій психологічної науки. Спілкування є найважливішою частиною індивідуальної форми буття людини.

Саме тому є важливим розуміти, з яких компонентів складається спілкування, які основні види спілкування розрізняються, а також, які засоби можна використати задля досягнення максимальної комунікативної ефективності та збереження позитивного психологічного клімату в сфері спілкування.

Визначення терміну “спілкування”

Спілкування - це багатоплановий процес розвитку контактів між людьми, породжений потребами спільної діяльності. Через спілкування людина формує свої стосунки з іншими людьми. Спілкування є умовою, без якої фактично неможливо пізнання дійсності, воно є обов'язковим компонентом тих видів діяльності, що передбачають взаємодію людей.

Хворобливе зниження природної людської потреби у спілкуванні з реальними людьми у психології називається аутизмом. В процесі спілкування людина задовольняє одну з найважливіших соціальних потреб – **потребу в самоствердженні.**

Спілкування в найбільш стислому вигляді можна визначити як складний процес взаємодії двох або більше людей, які знаходяться між собою в процесі інформаційного обміну

Перехід від загального до суттєвого

В єдиному процесі спілкуванні виділяють три компоненти:

- перцептивний — **взаємосприйняття;**
- комунікативний - передача інформації;
- інтерактивний — взаємодія.

З точки зору єдності цих компонентів спілкування виступає як спосіб організації спільної діяльності та взаємостосунків осіб, задіяних в ньому.

Саме завдяки спілкуванню, нерозривно зв'язаному з діяльністю, людина залучається до життя суспільства, опановує досвід, накопичений людством, набуває індивідуальності.

У спілкуванні виділяються такі ланки: мета, зміст і засоби.

Мета спілкування - це те, заради чого у людини виникає цей вид активності. Метою спілкування може бути передача й одержання об'єктивних знань про світ і навчання, виховання; погодження дій людей у їх спільній діяльності; налагодження і з'ясування особистих та ділових взаємостосунків, задоволення нематеріальних потреб.

Зміст спілкування - це інформація, яка в міжособистих контактах передається від одного учасника спілкування до іншого. Люди обмінюються один з одним різною інформацією, знаннями, життєвим досвідом, здібностями, уміннями та навиками.

Крім того, за допомогою спілкування можуть передаватися дані про емоційні стани.

Така інформація служить засобом міжособової надбудови.

Засоби спілкування - це різні варіанти кодування, передачі, переробки та розшифрування інформації, яка передається в процесі спілкування. Інформація може передаватися за допомогою прямих тілесних контактів (торкання руки тощо), через органи відчуттів (спостереження за людиною з боку). Важливими засобами спілкування є мова та інші знакові системи, письменність у її різних видах і формах

Функції спілкування

Функції спілкування досить різноманітні, але основними слід вважати такі:

- ☐ інформаційно-комунікативна (обмін інформацією);
- ☐ регуляційно-комунікативна (міжособистісна взаємодія);
- ☐ афективно-комунікативна (розуміння людьми один одного);
- ☐ соціальні (управління і контроль спілкування);
- ☐ психологічні (функції емоційного задоволення від спілкування та самоактуалізації особи).

Під час здійснення інформаційно-комунікативної функції обмін інформацією можливий, якщо всі учасники спілкування наділені єдиною інформаційною системою кодування. Але, навіть знаючи значення одних і тих же слів, люди не завжди розуміють їх однаково; причиною є соціальні, політичні, освітні, вікові та інші особливості.

Регуляційно-комунікативна функція, або міжособове сприйняття, називається також перцептивною стороною спілкування і складається з таких процесів: ідентифікації, рефлексії, стереотипізації.

Ідентифікація - це спосіб розуміння іншої людини через свідоме чи несвідоме уподібнення до неї. Термін “ідентифікація” буквально означає уподібнення себе іншому.

Особливості мислення при здійсненні ідентифікаційної функції

Ідентифікація тісно пов'язана з іншим, близьким за змістом явищем - емпатією. Емпатія - особливий доброзичливий спосіб розуміння іншої людини, співчуття і співпереживання (навіть за відсутності згоди), поважне ставлення до права співбесідника на будь-яку думку.

Рефлексія - це логічна форма пізнання індивідуальних особливостей (власних та інших людей). Іноді їй буває властива схильність до викривленого розуміння особливостей інших людей на основі стереотипізації, коли за однією-двома рисами людину зараховують до певного стереотипу і приписують їй набір якостей, притаманних цьому стереотипу.

Інакше кажучи, стереотипізація - це класифікація форм поведінки та інтерпретація їх причин шляхом віднесення до вже відомих (або до таких, що здаються відомими) явищ, тобто відповідних до існуючих стереотипів.

Ефекти

Досягнення бажаного результату спілкування можливе, якщо в процесі міжособистого сприйняття враховуються наступні ефекти:

а) ефект “ореолу” проявляється в тому, що початкове ставлення до якогось одного окремого боку особи узагальнюється на весь образ людини, а потім загальне враження про людину переноситься на оцінку його окремих якостей. Якщо загальне враження про людину сприятливе, то її позитивні риси переоцінюються, а недоліки або не помічаються, або виправляються.

б) ефект “проектування” проявляється в тому, що іншій людині приписується за аналогією з собою власні якості та емоційні стани. При цьому людина, сприймаючи та оцінюючи іншу людину, схильна керуватись логікою: “усі люди подібні до мене” або “інші протилежні мені”.

В повсякденному житті, зазвичай, люди, не знаючи справжніх причин поведінки іншої людини, починають приписувати один одному причини поведінки. Таке приписування причин поведінки іншої людині її особистісним якостям без врахування ситуаційних чинників називається каузальною атрибуцією.

Каузальна (лат. *causa* — причина) атрибуція (лат. *attributio* — приписування) — інтерпретація необхідної суб'єкту інформації шляхом приписування партнеру по взаємодії можливих почуттів, причин і мотивів поведінки.



Особливості міжособистісного сприйняття

На сприйняття іншого впливає і настрій того, хто сприймає.

Відомий той факт, що за позитивного емоційного ставлення до сюжету картини запам'ятовується зазвичай удвічі більше деталей, ніж за негативного. Значить, правомірним є висновок: щоб перше враження про незнайому людину було повнішим і точнішим, важливо позитивно «налаштуватись» на неї.

Великий вплив на міжособистісне сприйняття здійснює зовнішній вигляд людини.

Наприклад, уміння зі смаком одягатися може значно скорегувати фізичні вади, і, навпаки, позбавлений смаку одяг може зіпсувати природну привабливість людини.

Одяг людини впливає не лише на тих, з ким вона спілкується, а й на неї саму. Якщо людина гарно і зручно вдягнена, то це додає їй упевненості. Одяг впливає також на виступ доповідача.

Справляти позитивне враження, досягати популярності в групі можна лише в тому випадку, коли зовнішній вигляд людини, її поведінка і манери відповідають уявленням і неписаним правилам певної групи.

Людина, зацікавлена краще орієнтуватися в особливостях своїх стосунків з оточуючими, повинна постійно шукати навколо себе різні ознаки, які свідчать про істинні наслідки її поведінки. Особливо мають цікавити реакції інших людей на її вчинки в конкретних ситуаціях.

Для того, щоб бути успішним, спілкування обов'язково передбачає зворотній зв'язок - одержання суб'єктом інформації про результати взаємодії.

Повідомляючи про щось іншій людині, наказуючи або звертаючись з проханням чи запитанням, індивід весь час одержує необхідну інформацію про ефективність свого звернення до неї.

Види спілкування формуються залежно від різних цілей взаємодій людей і можуть бути такими: ділове, дружнє, сімейне, життєве, побутове. Спілкування на рівні випадкового спільного перебування (спілкування заради спілкування) називається фатичним.

Таблиця різноманітності форм спілкування надана для загального ознайомлення. Запам'ятовувати не потрібно

Засоби передачі інформації

Засоби передачі інформації – це прийоми, завдяки яким спілкування набуває ефективності. До засобів спілкування належать:

1. Мова - система слів, висловів та правил їх з'єднання в осмисленні висловлення, що використовуються для спілкування.
2. Інтонація - емоційна виразність, яка здатна надавати різного смислу одній і тій же фразі.
3. Міміка, поза, погляд співбесідника можуть посилювати, доповнювати або заперечувати, відхиляти смисл фрази.
4. Жести як засоби спілкування можуть бути як загальноприйнятими, тобто мати закріплені за ними значення, або експресивними, так і служити для більшої виразності мовлення.
5. Відстань, на якій спілкуються співбесідники (проксемика), залежить від культурних, національних традицій, від ступеня довіри співбесіднику.

В процедурі спілкування виділяють такі етапи:

1. Потреба у спілкуванні (необхідність повідомити або узнати інформацію, вплинути на співбесідника тощо) спонукає людину вступити до контакту з іншими людьми.
2. Орієнтування в цілях спілкування, в ситуації спілкування.
3. Орієнтування в особистості співбесідника.
4. Планування змісту свого спілкування, людина уявляє собі (як правило, несвідомо), що саме скаже.
5. Несвідомо (інколи свідомо) людина вибирає конкретні засоби, стиль мовлення, фрази, якими користуватиметься, вирішуватиме як говоритиме, як вестиме себе.
6. Сприйняття і оцінка відповідної реакції співбесідника, контроль ефективності спілкування на основі установа зворотного зв'язку.
7. Коректування напрямку, стилю, методів спілкування.

Якщо будь-яка з ланок акту спілкування порушена, то тому, хто говорить, не вдається добитися очікуваних результатів спілкування - воно виявиться неефективним.

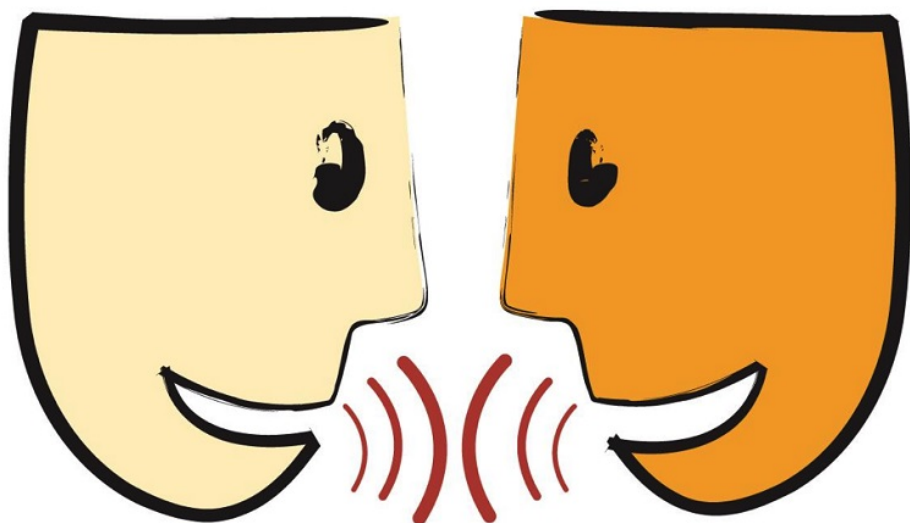


Уміння спілкуватися ефективно називають “соціальним інтелектом”, “практично-психологічним розумом”, “комунікативною компетентністю”, “комунікабельністю”.

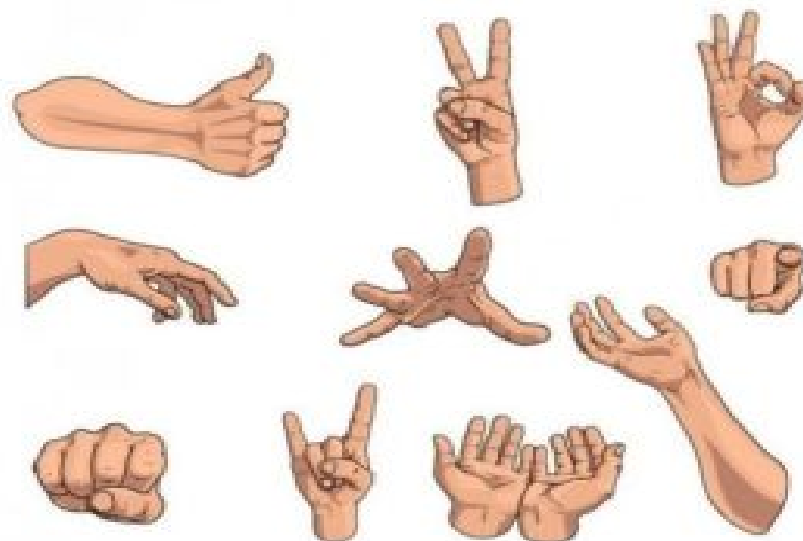


Способи передачі інформації

вербальний (мовленевий)



невербальний (немовленевий)



Вербальний спосіб передачі інформації

Мовлення - особлива і найбільш досконала форма спілкування, властива тільки людині.

Мовлення виконує дві основні функції - комунікативну та сигніфікативну.

Комунікативна функція полягає в тому, що в процесі спілкування між людьми здійснюється обмін інформацією, емоціями, ідеями, можуть бути виражені симпатія і антипатія.

Сигніфікативна функція - це позначення за допомогою мовлення певних предметів і явищ. Цим мова людини відрізняється від мови тварин, яка виражає в звуках лише афективний стан, але не означає певних предметів.

Розрізняють такі види мовлення: внутрішнє і зовнішнє.

Зовнішнє мовлення поділяють на письмове і усне

У письмовому мовленні умови спілкування опосередковані текстом, використовуються письмові знаки. Таке мовлення більш концентроване і більш змістовне, ніж розмовне. Письмове мовлення з'являється пізніше, ніж усне, і формується на його основі.

Усне мовлення поділяють на діалогічне та монологічне.

Діалогічне мовлення підтримується взаємними репліками співбесідників і має назву розмовного (бесіда лікаря і хворого).

Монологічне мовлення - частіше над усе заздалегідь підготовлений обсяг інформації (лекція, доповідь, виступ тощо). Монологічне мовлення потребує завершеності думки, суворості логіки та послідовності, і тому важче діалогічного, яке формується і коректується в процесі бесіди.

Невербальний спосіб передачі інформації

Невербальне спілкування - це система знаків і символів (жестикуляція, міміка, пантоміміка, тембр голосу, діапазон, тональність, плач, сміх, паузи, темп мовлення), яка заміняє чи доповнює вербальне спілкування.

Для установлення нормальних взаємостосунків між людьми велике значення має культура спілкування, яка передбачає наявність таких рис у поведінці, як терпимість (толерантність), доброзичливість, повага до людей, чуйність і щирість.

Відкрите спілкування - бажання і вміння висловити повно свою точку зору і готовність врахувати позиції інших. Закрите спілкування - небажання або невміння висловити зрозуміло свою точку зору, своє ставлення, наявну інформацію.

Використання закритих комунікацій виправдане у випадках:

1. Якщо є значна розбіжність між ступенями предметної компетентності і безглуздо витрачати час і сили на підняття компетентності "низької сторони";

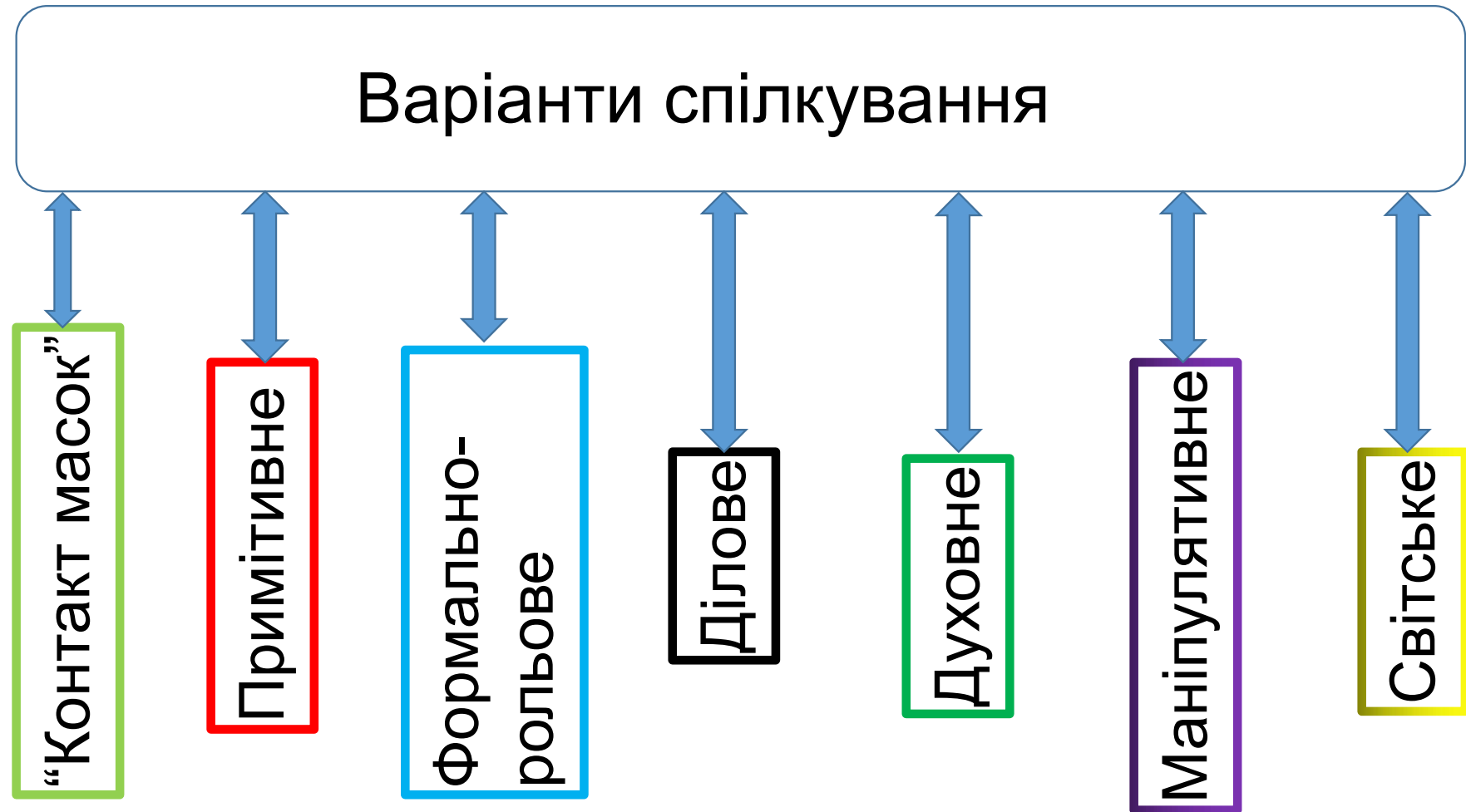
2. В конфліктних умовах розкриття своїх почуттів, планів противнику недоцільно.

Відкриті комунікації ефективні, якщо є порівнянність, але не тотожність предметних позицій (обмін думками, задумками).

"Однобічне випитування" - напівзакрита комунікація, за якої людина намагається з'ясувати позиції іншої людини, і в той же час не розкриває своєї позиції.

"Істеричне пред'явлення проблеми" - людина відкрито висловлює свої почуття, проблеми, обставини, не цікавлячись тим, чи бажає інша людина "увійти в чужі обставини", слухати "виливання".

Виділяють багато варіантів спілкування.



1. “Контакт масок” - формальне спілкування, коли немає прагнення зрозуміти і враховувати особливості особи, використовуються звичні маски (ввічливості, розбіжності, суворості, байдужості, скромності, співчутливості тощо) - набір висловлень особи, жестів, стандартних фраз, що дозволяють приховати справжні емоції ставлення до співбесідника.

2. Примітивне спілкування, коли іншу людину оцінюють як об’єкт, потрібний або такий, що заважає: якщо потрібний - активно вступають в контакт, якщо заважає - відштовхнуть або відреагують агресивними, брутальними репліками.

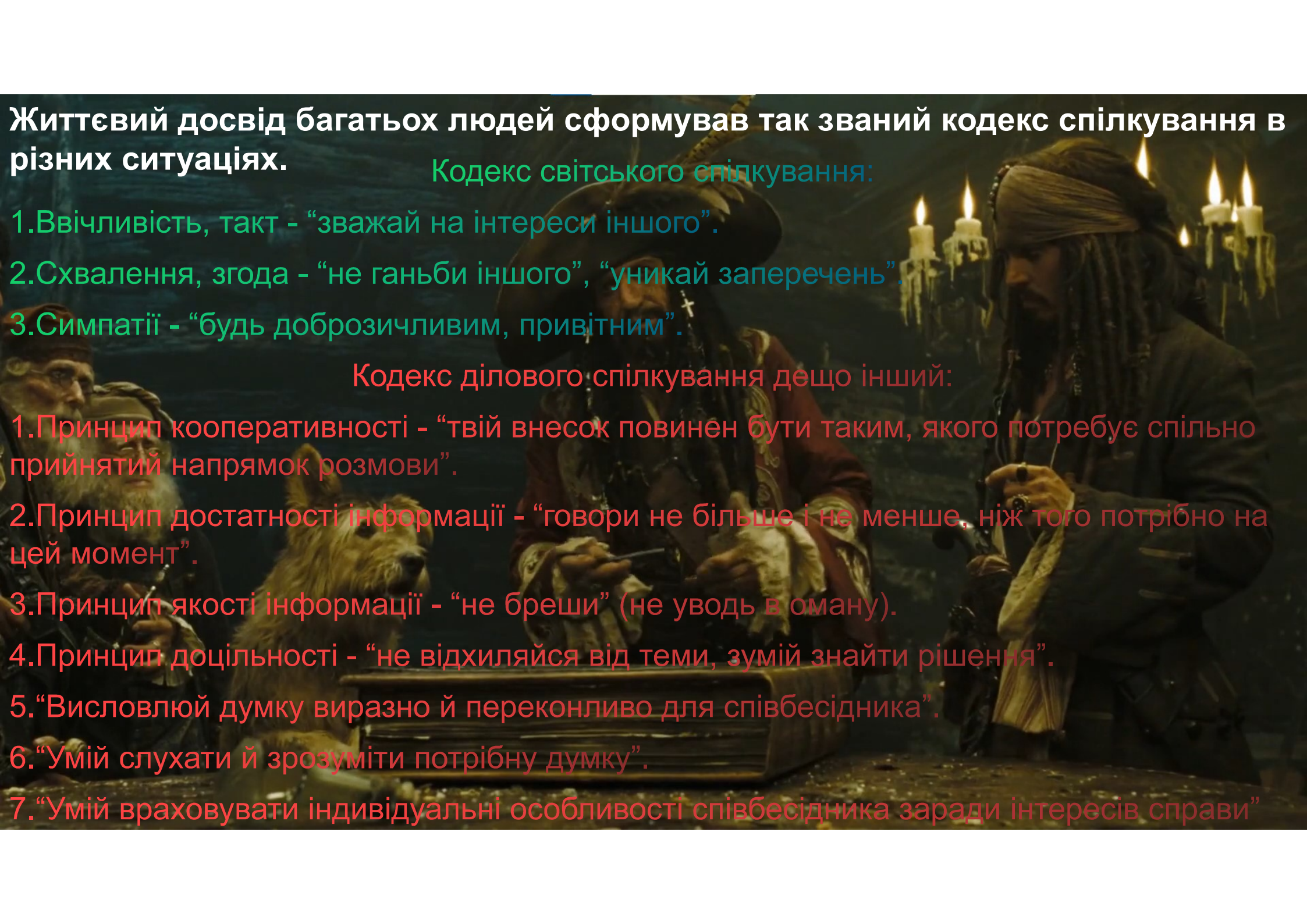
3. Формально-рольове спілкування, коли регламентовані і зміст, і засоби спілкування і замість знання особи співбесідника обходяться знанням його соціальної ролі.

4. Ділове спілкування, коли враховують особливості особи, характеру, віку, настрою співбесідника, але інтереси справи більш значущі, ніж можливі індивідуальні розбіжності.

5.Духовне, міжособисте спілкування друзів, коли можна порушити будь-яку тему і не обов'язково звертатися за допомогою до слів, товариш зрозуміє вас і по виразу обличчя, рухах, інтонаціях. Таке спілкування можливе тоді, коли кожен учасник має образ співбесідника, знає його особистість, може передбачити його реакції, інтереси, переконання, ставлення.

6.Маніпулятивне спілкування спрямоване на здобування вигоди від співбесідника, використовуючи прийоми (лестощі, залякування, “замилування очей”, обман, демонстрація доброти тощо) залежно від індивідуальних особливостей співбесідника.

7.Світське спілкування. Суть світського спілкування полягає в його безпредметності, тобто люди говорять не те, що думають, а те що належить говорити в подібних випадках. Це спілкування закрите тому, що точки зору людей на це чи інше питання не мають ніякого значення і не визначають характеру комунікацій.



Життєвий досвід багатьох людей сформував так званий кодекс спілкування в різних ситуаціях.

Кодекс світського спілкування:

1. Ввічливість, такт - “зважай на інтереси іншого”.
2. Схвалення, згода - “не ганьби іншого”, “уникай заперечень”.
3. Симпатії - “будь доброзичливим, привітним”.

Кодекс ділового спілкування дещо інший:

1. Принцип кооперативності - “твій внесок повинен бути таким, якого потребує спільно прийнятий напрямок розмови”.
2. Принцип достатності інформації - “говори не більше і не менше, ніж того потрібно на цей момент”.
3. Принцип якості інформації - “не бреш” (не уводь в оману).
4. Принцип доцільності - “не відхиляйся від теми, зумій знайти рішення”.
5. “Висловлюй думку виразно й переконливо для співбесідника”.
6. “Умій слухати й зрозуміти потрібну думку”.
7. “Умій враховувати індивідуальні особливості співбесідника заради інтересів справи”

Тактика спілкування - реалізація в конкретній ситуації комунікативної статті на основі володіння технікою та знаннями правил спілкування. Техніка спілкування - сукупність конкретних комунікативних умінь говорити й уміння слухати.

Досягненню бажаного ефекту спілкування сприяє емпатія - здатність емоційно сприймати іншу людину, проникнути в її внутрішній світ, прийняти її з усіма думками і почуттями.

Здатність до емоційного відображення у різних людей неоднакова. Виділяють три рівня розвитку:

1-й рівень - найнижчий, звертаючись до співбесідника, людина проявляє своєрідну сліпоту до стану, переживань, намірів співбесідника.

2-й рівень - в процесі спілкування у людини виникають уривкові уявлення про переживання іншої людини.

3-й рівень - його характеризує уміння одразу увійти в стан іншої людини не лише в окремих ситуаціях, а й протягом усього процесу взаємодії з ним.

Розвиток спілкування

З моменту народження дитини дорослі спонукають її до спілкування. Потреба в спілкуванні розвивається в дітей поетапно. Дитина різноманітними способами привертає увагу дорослих іще до того, як почне говорити.

При правильних методах виховання дитина від спілкування, яке полягало у прагненні уваги дорослих, переходить до співробітництва з ними.

Співробітництво полягає в тому, що дорослі допомагають виконати дитині дію, привертають її увагу до предметів, керують діями малюка.

Потреба до спілкування створює основу до виникнення наслідування звуків людської мови. Під кінець другого місяця діти у відповідь на звернені до них слова починають агукати, а у віці п'яти–шести місяців у них виникає лепет. Перші слова дитина звичайно вимовляє приблизно в один рік. До півтора року діти вимовляють близько 50 слів. Ці слова означають те, що дитині здається важливим (дай, мама, тато, молоко тощо)

Стадії розвитку потреби дитини у спілкуванні (за М.І. Лісіною):

- 1) потреба в увазі та доброзичливості дорослого (перше півріччя життя);
- 2) у співробітництві (ранній дошкільний вік);
- 3) у зацікавленості дорослого запитами дитини (молодший та середній дошкільний вік);
- 4) у взаєморозумінні та співпереживанні (старший дошкільний вік).



Конфлікти

У спілкуванні між людьми відбувається обмін досвідом, знанням, навичками, тобто взаємозбагачення їх. У професійній діяльності в різних сферах життя виявляються відмінності між людьми, різниця в оцінках, поглядах, інтересах, емоціях, діях.

В діяльності лікарів особливо велике значення в спілкуванні з хворими має вміння співпереживати і співчувати, вселяти хворому віру у власні сили, оптимізм.

Добре, коли діалог між лікарем і хворим перебігає в рамках щирої і доброзичливої зацікавленості обох сторін і спрямований на досягнення спільної мети – збереження здоров'я. Але часом буває інакше.

Частіше усього джерелом конфлікту є обоє: і лікар, і пацієнт. В силу хвороби пацієнт певною мірою втрачає самокритичність, не стримує своїх емоцій, висуває надмірні вимоги і необґрунтовані звинувачення до медичного персоналу. Спілкування лікаря з такими хворими вимагає особливого такту, толерантності, витримки та вміння.

Розглядаючи проблеми спілкування, слід звернути увагу на певні типові ситуації лікарського спілкування на різних етапах лікувально-діагностичного процесу.

Спілкування як довірчий діалог зазвичай потребує певних умов.

Не можна здійснювати консультації чи розглядати справи хворого в коридорі, між іншими справами. Подібні вчинки викликають неповагу і втрату довіри до лікаря

Розмовляти з пацієнтом, родичами і близькими йому людьми найкраще наодинці, бажано в окремій кімнаті. Вести бесіду слід не кваплячись, відключившись від інших справ, уважно, не перебиваючи вислуховувати співбесідника.

Безумовно найважливішим засобом спілкування є мова. Слід намагатися уникати банальних фраз, не зловживати медичними термінами, що можуть бути невірно витлумаченими і викликати тривогу у пацієнта.

Професійна діяльність лікаря проходить також в безпосередньому спілкуванні з колегами, середнім медичним персоналом та іншими співробітниками.

Таке спілкування часто відбувається на очах у хворих, що за власними спостереженнями часто складають напрочуд вірне судження про особистість лікуючого лікаря. На основі своїх спостережень за міжособовими стосунками, що складаються в колективі медичних працівників, хворі визначають статус кожного його члена і дають йому оцінку.



Вплив на соціально-психологічний клімат

Одним із важливих показників соціально-психологічного клімату в колективі є конфліктні ситуації, конфліктність або соціально-психологічне напруження в колективі, яке негативно відбивається на всіх аспектах його життєдіяльності.

Психічне напруження – це психічний стан, обумовлений передбаченням несприятливого для суб'єкта розвитку подій, що супроводжується відчуттям тривоги, страху, дискомфорту.

Конфлікт (від лат. Conflictus - зіткнення) – це зіткнення протилежно спрямованих цілей, інтересів, позицій, поглядів або думок опонентів чи суб'єктів взаємодії.

На соціально-психологічний клімат великий вплив мають міжособистісні стосунки, суб'єктивний характер яких виявляється у сумісності людей.

Вважається, що, на відміну від морального, психологічний клімат формується в результаті неформальних міжособистісних стосунків. Однак не слід применшувати значення формалізованих стосунків, що утворюються всередині групи людей.

Володіючи широкою гамою характерних властивостей (типологічні особливості характеру, експансивність, екстра- та інтровертність, статеві і вікові відмінності тощо), людина може позитивно або негативно впливати на оточуючих, роблячи певний внесок в основу психологічного клімату.

Особистість, яка приносить у колектив доброту і розуміння, має здатність до емпатії, і багато інших позитивних якостей, безумовно, буде сприяти оптимізації трудової і соціальної діяльності. І навпаки.

Психологічні особливості управління конфліктом.

У рамках функціонального аналізу конфлікти доцільно розглядати поетапно з позиції їх виникнення, динаміки розвитку, функціонального значення і доцільності.

Розглядаючи динаміку конфлікту, можна виділити певні стадії:

- ☐ 1) виникнення об'єктивної конфліктної ситуації;
- ☐ 2) усвідомлення її;
- ☐ 3) здійснення конфліктної поведінки;
- ☐ 4) розв'язання конфлікту.



Виникнення конфлікту

На етапі виникнення конфлікти поділяють на стихійні і заплановані.

До запланованих конфліктів удаються свідомо з метою зняття напруги, яка виникає в результаті протиборства між окремими особистостями, групою і особистістю, групою і суспільством, між групами в одній організації. При цьому можуть переслідуватися особисті, групові або суспільні цілі.

Запланований конфлікт розцінюється як виправданий, коли досягається поставлена мета, і невинуватий, коли результат є негативним.

До ознак класифікації конфліктів можна також віднести:

- 1) часова ознака (нетривалі, тривалі і затяжні);
- 2) можливість управління (керовані й некеровані);
- 3) обсяги конфліктів (локальний або широкий);
- 4) наслідки (позитивні чи негативні);
- 5) сила впливу на учасників (наскільки зачіпає статус особистості).

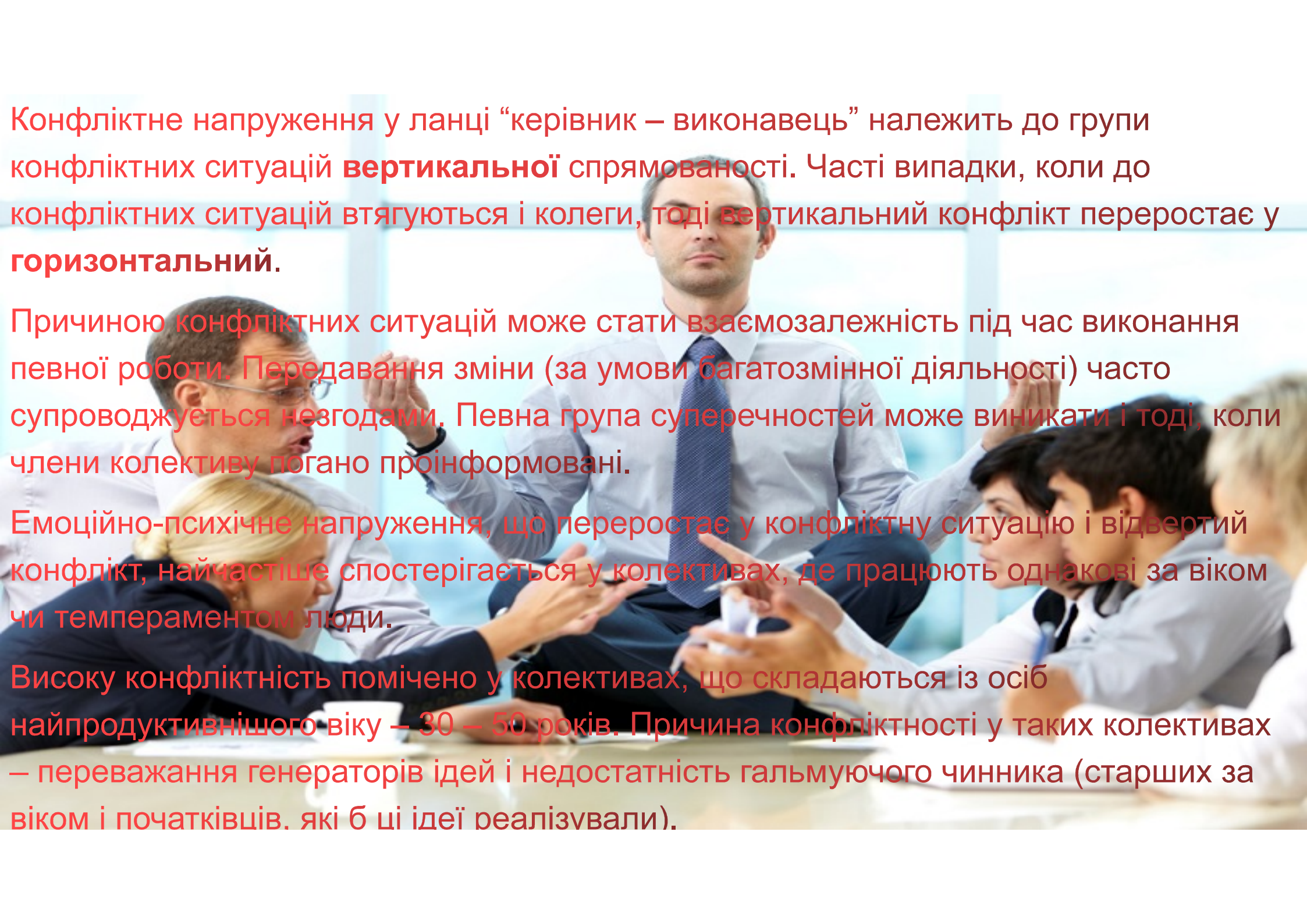
Суттєве практичне значення має поділ конфліктів за результатами “корисності”. Враховуючи це, виділяють конфлікти конструктивні, стабілізуючі та деструктивні.

Конструктивні та стабілізуючі конфлікти відіграють інтегративну роль в оптимізації організаційної структури персоналу. Відомо, що за певних умов конфлікт об'єднує людей, стимулює ефективний вихід із становища, що склалося.

У деструктивних міжособистісних конфліктах один із опонентів використовує морально засуджувані методи боротьби, намагається психологічно “придушити” партнера, дискредитує його в очах оточуючих. Цей прийом завжди викликає гнів, шалений опір і призводить до негативних, часто руйнівних дій.

Основною ознакою для класифікації конфліктів за М. Дейчем є співвідношення між об'єктивним станом справ та тим станом, який реально склався у конфліктуючих сторін. М. Дейч виділяє шість типів конфлікту:

1. "Реальний конфлікт" - це конфлікт, який об'єктивно існує та адекватно сприймається.
2. "Випадковий конфлікт" - залежить від обставин, що можуть змінюватися, але ці обставини не усвідомлюються конфліктуючими сторонами.
3. "Зміщений конфлікт" - реальний конфлікт, за яким приховується інший конфлікт, що є справжнім чинником конфліктної ситуації.
4. "Помилково дописаний конфлікт" - конфлікт, що помилково тлумачиться.
5. "Латентний конфлікт" - має відбутися, але не відбувається тому, що усвідомлюється.
6. "Хибний конфлікт" - у цьому випадку реальних підстав для конфлікту не існує, об'єктивно його немає, але він виникає у свідомості конфліктуючих сторін через помилкове сприймання та розуміння ситуації.



Конфліктне напруження у ланці “керівник – виконавець” належить до групи конфліктних ситуацій **вертикальної** спрямованості. Часті випадки, коли до конфліктних ситуацій втягуються і колеги, тоді вертикальний конфлікт переростає у **горизонтальний**.

Причиною конфліктних ситуацій може стати взаємозалежність під час виконання певної роботи. Передавання зміни (за умови багатозмінної діяльності) часто супроводжується незгодами. Певна група суперечностей може виникати і тоді, коли члени колективу погано проінформовані.

Емоційно-психічне напруження, що переростає у конфліктну ситуацію і відвертий конфлікт, найчастіше спостерігається у колективах, де працюють однакові за віком чи темпераментом люди.

Високу конфліктність помічено у колективах, що складаються із осіб найпродуктивнішого віку – 30 – 50 років. Причина конфліктності у таких колективах – переважання генераторів ідей і недостатність гальмуючого чинника (старших за віком і початківців, які б ці ідеї реалізовували).

Причини конфлікту

Причини конфлікту умовно можна поділити на три групи відповідно до особистості, що стала його збудником:

1) Працівник



2) Керівник



3) Обидві сторони



I група

Причини, що знаходяться у властивостях об'єкта управління (виконавець, група виконавців). До них належать:

- усталений консерватизм, відсталість поглядів, суджень співробітників;
- різний підхід членів колективу до оцінки норм, інтересів, цінностей;
- наявність у колективі акцентуйованих особистостей і відсутність належного розуміння їх стану іншими співробітниками;
- відсутність регламентуючих і нормативних документів щодо організації трудового процесу;
- низька загальна і виробнича культура;
- незадовільна професійна підготовка;
- наявність негативних неформальних лідерів або осіб, що негативно впливають на колектив;
- підбір однотипних за темпераментом людей;
- безпосередня психологічна несумісність співробітників.

II група

До цієї групи входять причини, що закладені в стилі керівництва і обумовлені негативними якостями особистості керівника. Це:

- відсутність елементарних знань з психології;
- низька загальна культура керівника;
- низька компетентність у питаннях теорії і практики управління;
- низький або надвисокий рівень товариськості керівника;
- відсутність рис лідера;
- низькі моральні якості;
- невідповідність способів реалізації керуючих дій соціально-психологічним сподіванням працівників;
- вияв негативних якостей керівника (запальність, нестриманість, необов'язковість тощо);
- низька професійна підготовка;
- невідповідність цілей, що стоять перед колективом, завданням, які вирішують працівники.

III група

Це причини, що виявляються в основних формах взаємовідносин конфліктуючих сил:

- невідповідність вимог колективу можливостям працівника в період первинної трудової адаптації;
- намагання придумати будь-який конфлікт;
- неузгодженість цілей, функцій, обов'язків, прав співробітників за рівнями управління;
- перенос особистих взаємин на службові (симпатії та антипатії тощо);
- наявність взаємовиключних цілей у мікроколективах;
- недостатність інформаційного забезпечення;
- низький рівень виховної роботи.

Конфліктна ситуація – це ще не конфлікт. Потрібен інцидент, що перетворив би її у відвертий конфлікт. Сила інциденту залежить від багатьох причин.

До загальних превентивних заходів конфліктних ситуацій в колективах належать:

- 1) усунення психологічних бар'єрів у взаємовідносинах співробітників, визначення об'єктивних причин протиборства;
- 2) аргументація мотивів переконання груп, що протистоять;
- 3) внесення змін у структуру системи винагородження, створення умов для визначення помилок, зміна структур, функцій, прав, обов'язків, правил за умови виникнення перших ознак напруження.

Залежно від змісту конфліктної ситуації, конструктивності конфлікту і ефективності управління ним наслідки можуть бути **функціональними** або **дисфункціональними** з відповідними передумовами формування майбутніх

Способи управління конфліктною ситуацією

Способи управління конфліктною ситуацією умовно поділяють на структурні та міжособистісні.

Структурний спосіб управління службовим конфліктом має кілька методичних підходів, які можна розглядати з позицій превентивних заходів. Наприклад, пояснюють співробітнику, чого від нього чекають, по можливості добирають критерії обсягу і якості роботи, визначають повноваження, встановлюють систему винагород і загально-організаційних заходів, спрямованих на досягнення мети (для кожного працівника і для групи осіб окремо). Всіляко підвищується престиж мети, що об'єднує людей.

К. Томас та Р. Кілмен виділяють п'ять основних стилів поведінки у конфліктних ситуаціях, що спираються на власний стиль, стиль інших учасників конфлікту, а також на сам конфлікт.

П'ять основних стилів поведінки у конфліктних ситуаціях за дослідженнями К. Томаса та Р. Кілмена:

1. Стиль конкуренції. Він може бути ефективним тоді, коли ви наділені певною владою; ви знаєте, що ваше рішення чи підхід у даній ситуації правильні, і маєте можливість наполягати на них.
2. Стиль уникання. Його можна використовувати тоді, коли зачеплена проблема, не важлива для вас, коли ви не хочете витратити сили на її рішення або коли відчуваєте, що перебуваєте у безнадійному становищі. Стиль уникання може стати придатним у спілкуванні з „тяжкою” особистістю.
3. Стиль пристосування. Його можна використати, коли результат справи надзвичайно важливий для іншої людини і несуттєвий для вас. Цей стиль корисний також і в тих ситуаціях, коли ви не можете отримати верх, оскільки інша людина наділена більшою владою; таким чином ви йдете на поступки і угамовуєтесь з тим, чого хоче опонент.

4. Стиль співробітництва вимагає певних зусиль. Обидві сторони повинні затратити на це час, повинні вміти пояснити свої бажання, висловити свої потреби, вислухати один одного, а потім виробити альтернативні варіанти розв'язання проблеми. Відсутність хоча б одного з цих елементів робить цей підхід неефективним.

Стиль співробітництва серед інших стилів є найважчим, зате він допомагає знайти рішення, яке більше задовольняє обидві сторони у складних конфліктних ситуаціях.

5. Стиль компромісу. Компроміс досягається на більш поверховому рівні, порівняно із співробітництвом; ви поступаєтесь у чомусь, інша людина теж у чомусь поступається, і в результаті ви можете дійти згоди. Стиль компромісу найефективніший у тих випадках, коли ви та інша людина хочете одного й того самого, але знаєте, що тим часом це є для вас нездійсненним.

Стадії перебігу конфлікту

Конфлікти, незважаючи на свою специфіку та різноманітність, мають в цілому загальні стадії перебігу:

- стадію потенційного формування суперечливих інтересів, цінностей, норм;
- стадію переходу потенційного конфлікту в реальній чи стадію усвідомлення учасниками конфлікту своїх правильних чи хибних інтересів;
- стадію конфліктних дій;
- стадію зняття чи розв'язання конфлікту.

У міжособистісному вирішенні конфліктних ситуацій часто втрачається об'єктивність у сприйнятті опонентів. Викривлене сприйняття конфлікту призводить до реальної загрози потрапити до пастки власної упередженості. Не слід вбачати в опоненті лише ворожість, не помічаючи позитивних його якостей.

Висновок

Знаючи класифікацію, основні причини виникнення і структуру конфлікту, доцільно для ефективнішого управління ним сформулювати модель процесу розгортання конфліктної взаємодії. На кожному етапі можна застосувати перевірені практикою методи, за допомогою яких вдається запобігти розвитку конфлікту або розв'язати його з конструктивними наслідками.

Недооцінювати або ігнорувати конфлікт у повсякденній діяльності не слід. Краще конфліктувати свідомо, спрямовуючи події на конструктивний вихід. Сам по собі конфлікт, як зіткнення різних позицій, поглядів, думок не завжди призводить до негативних наслідків.

Як казали Великі:
"Discussio mater veritas est" (Сократ)
або
"У конфлікті народжується істина"



Дякую за увагу!



Міжнародний гуманітарний університет
Факультет медицини та громадського здоров'я
Факультет стоматології та фармації
Дисципліна «Основи психології»

**Основні вимоги до особистості медичних
працівників. Психологічні типи лікарів.
Особливості професій, при яких розвивається
професійна деформація. Ознаки професійної
деформації „синдром вигорання”**

Доцент кафедри
внутрішніх хвороб МГУ
к.м.н. Гнідой І.М.

Основні вимоги до особистості медичних працівників.

Психологічні типи лікарів. Професіограма лікаря загальної практики. Поняття про професійну деформацію. Особливості професій, при яких розвивається професійна деформація.

Ознаки професійної деформації „синдром вигорання”. Шляхи його попередження. Спілкування в медичному середовищі, умови створення здорового психологічного клімату. Особливості спілкування між лікарями, лікар-медсестра

Чому людина обирає професію лікаря

Молоді люди, що обирають для себе медичну професію, керуються різними мотивуваннями.

Певна частина приходить у професію внаслідок свідомої і глибокої зацікавленості, маючи ґрунтовні знання з біологічних і природничих наук. Частину приваблює престижність і запотребованість професії, інші обирають цю професію, беручи за приклад професію батьків або інших значущих для них людей.

Доволі багато є й таких, хто сам пережив важке захворювання або стикався у своїх рідних і прийшов до рішення якомога більше дізнатись про людський організм і хвороби і допомагати стражденим.

Ті, що у виборі професії керувались переважно співчуттям – а таких є більшість – тісніше стикаючись з медичним середовищем переживають певне розчарування.

Стосунки між лікарем та пацієнтом

Передумовою виникнення позитивних психологічних стосунків і довіри між медичними працівниками і хворими є без сумніву також і кваліфікованість, досвід і високий професіоналізм лікаря.

Але фаховий рівень є лише інструментом, більша чи менша ефективність якого залежить від інших сторін особистості лікаря. Існуюча донедавна вузька спеціалізація несе із собою небезпеку звуженого, або **мозаїчного погляду** лікаря на хворого.

Медична психологія і теорія вищої нервової діяльності можуть допомогти вирівняти ці негативні сторони спеціалізації завдяки своєму загальному синтетичному розумінню особистості хворого і його організму в зв'язку з оточуючим середовищем.

Довіра

Довіра до лікаря – це динамічне позитивне ставлення хворого до лікаря, що виражає зумовлене попереднім досвідом очікування наявності у лікаря здібностей, засобів і бажання найкращим чином допомогти хворому.

Для вияву довіри має значення також перше враження, що виникає у хворого при зустрічі з лікарем, його актуальна міміка, жестикуляція, тон голосу, вирази, що витікають із попередньої ситуації і не мають стосунку до хворого, а також і зовнішній вигляд

Для вияву довіри має значення також перше враження, що виникає у хворого при зустрічі з лікарем, його актуальна міміка, жестикуляція, тон голосу, вирази, що витікають із попередньої ситуації і не мають стосунку до хворого, а також і зовнішній вигляд

Довіра до лікаря також залежить від етичної сторони лікаря. Якщо у хворого складається враження, що медичний працівник є тим, що називають «непорядною людиною», то останній може втратити авторитет в очах хворого.

Лікар очима хворого

Деякі передумови для створення певних взаємостосунків між лікарем і хворим діють ще перед тим, як вони вступають у безпосередній контакт. **Слід зауважити, що хворий, який приходить до лікаря, часто знає про нього більше, ніж лікар про хворого.** Має значення репутація служби охорони здоров'я взагалі і того медичного закладу, куди звертається хворий, зокрема.

Напруженість, незадоволення і обурення хворого, котрий змушений був добиратись до лікаря манівцями або незручним транспортом, довго чекати своєї черги у приймальні, іноді служить механізмом генералізації афекту, який неадекватно проявиться при зустрічі з лікарем чи медичною сестрою необґрунтованою ворожістю до них.

ОЧІКУВАННЯ

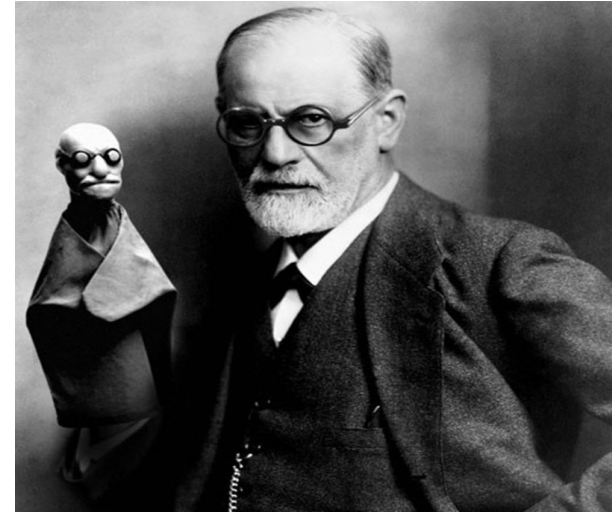


РЕАЛЬНІСТЬ



Концепія З.Фрейда

Теоретичні основи в галузі взаєностосунків між лікарем і хворим розробляв зокрема З.Фрейд в своїй концепції «перенесення» («трансферу»). За цією концепцією лікар підсвідомо нагадує хворому якусь емоційно значущу особу із його дитинства, наприклад, матір чи батька.



Залежно від того, які враження і ставлення переважали колись в стосунках хворого з цією особою, в актуальному ставленні до лікаря виявлятиметься тенденція або позитивна (почуття любові, довіри) або негативна (ворожість, страх).

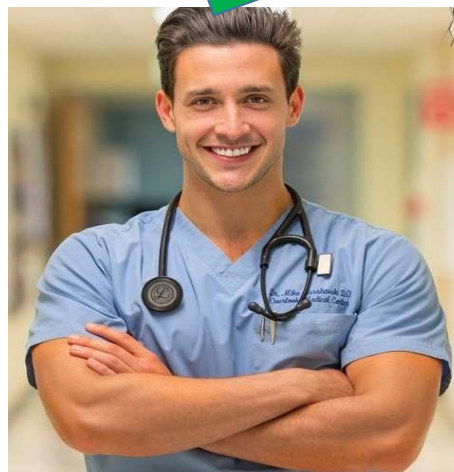
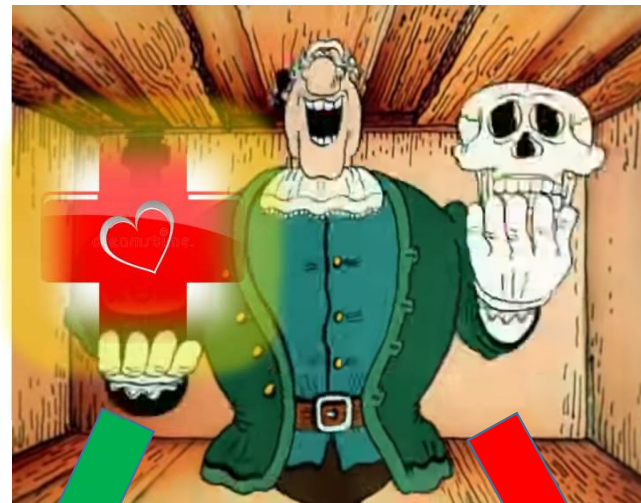
У протилежному напрямку діє «контрперенесення» («антитрансфер»). І не лише при взаєностосунках медичного персоналу і хворого, але і при кожному новому контакті між людьми має сенс подумати про те, чому хтось, кого ми вочевидь бачимо вперше в житті, викликає в нас доволі відчутні почуття симпатії або антипатії, кого з нашого минулого вони чимось нагадують.

Якщо ми матимемо на увазі такий «відбиток минулого», це допоможе нам більш реально зрозуміти і виправити ситуації, пов'язані із ставленням до інших людей.

Естетична сторона

Слід нагадати також про можливість дії «перенесення естетичного стереотипу». Привабливі люди скоріше викликають симпатію і довіру, що традиційно виражається в дитячих казках, де уявлення про красу пов'язується з добрими якостями, а потворність – із злом.

Не зважаючи на те, що таке уявлення є безпідставним, підсвідомо воно може впливати досить потужно: зовні симпатичний хворий викликає у лікаря більше симпатії, навіть якщо він насправді потребує меншої допомоги, ніж хворий, що викликає своїм виглядом антипатію. Так само і лікар, що впливає естетично позитивно, викликає більше довіри.



Емпатія

Емпатія – це властивість, що має значення для зав'язування корисних і ефективних терапевтичних стосунків. Це здатність до співпереживання з хворим, проникнення через його поверхневі прояви до почуттів, потреб і інтересів («я знаю, як ти себе відчуваєш»). Емпатію слід відрізняти від симпатії, тобто позитивного емоційного ставлення. Емпатія по суті є процесом емоційно нейтральним, її можна застосовувати як з користю (допомога хворому), так і на шкоду (маніпулятивне спілкування).

Однією з передумов для розвитку позитивних стосунків є надання хворому можливості «психологічної вентиляції», тобто, можливості вільної розповіді про його переживання, проблеми, скарги, турботи і занепокоєння. І навіть якщо лікар має обмежений час для цього, він не повинен показувати. Що дуже зайнятий. Лікар має «резонувати на висловлювання хворого». Якщо хворому не надається можливість психологічної вентиляції, він часто скаржиться, що лікар «взагалі мене не вислухав», «діяв, мов робот», і іноді йде від нього з почуттям, що не був обстежений по всіх правилах, хоча насправді фізикальний огляд був зроблений в належній мірі. З боку хворого при цьому проявляється незадоволення, що ним знехтували як особистістю.

Психологічні проблеми

Практична психологічна проблема виникає тоді, коли лікар помічає, що взаєностосунки між ним і хворим перебігають несприятливо. Тоді лікареві не залишається нічого іншого, як поводитись стримано, терпляче, не піддаватись на провокації і не провокувати самому, намагатись спокоєм і розумінням завоювати довіру хворого. Таким чином створюється корекційний досвід, тобто негативні прояви хворого коригуються за допомогою власних позитивних проявів, наприклад, терплячістю, тактом і толерантністю. Нажаль, часто лікар не намагається вирішити проблему, а натомість починає виказувати агресію у відповідь.

Лікар повинен стримувати власні «природні» негативні реакції і навчати підлеглий медичний персонал стриманості і самовладанню, більш глибоким знанням взаємозв'язків і значення корекційного досвіду.

Правильний підхід до роботи медика і морально-етична основа вибору професії

Нерідко побутує думка, що професіоналізм медичного працівника, його фахова обізнаність вже самі по собі включають деонтологію (вчення про особисте належне в поведінці індивіда) і етику (наука про мораль як суспільне належне в поведінці і стосунках людей). Однак, це не завжди так.

Соціально-психологічною основою ефективного етико-деонтологічного виховання має бути формування і розвиток відповідної мотиваційно-потребової сфери у медичних працівників. Це означає, що такі необхідні їм моральні якості як співпереживання і милосердя повинні приноситись не ззовні, а стати внутрішнім духовним змістом, моральним кредо, людини, що проявляється в усіх її вчинках і повсякденній поведінці. Формування таких потреб – справа важка і тривала, що вимагає такту, вміння, терпіння і індивідуального підходу. Саме тому важливим аспектом вибору медичної професії є професійна орієнтація, дослідження психологічних якостей особистості, спрямованості і мотиваційної сфери, знайомство з омріяною професією «зсередини» (стажування старшокласників в якості помічників медичного персоналу).

Лікарський обов'язок

Лікарський обов'язок передбачає кваліфіковане і безумовне виконання кожним лікарем своїх професійних зобов'язань, що передбачені нормами морально-етичного і правового регулювання медичної діяльності. Це відображено в Конституції, Законі про охорону здоров'я, відомчих інструкціях, положеннях і правилах. В лікарський обов'язок входить також зобов'язання збереження лікарської таємниці. Зараз поняття лікарської таємниці (конфіденційність, обов'язок зберігати мовчання про факти, котрі стали відомими в зв'язку з виконанням своїх професійних обов'язків) розповсюджується також і на інших медичних працівників, залучених до лікувально-діагностичного процесу.

Метою лікарської таємниці є : а) збереження довіри хворого до лікаря; б) охорона законних прав громадян; в) охорона законних прав медичних працівників.

Лікарська відповідальність

Лікарська відповідальність ґрунтується на особливостях лікарської діяльності: взаємної довіри пацієнта і лікаря. Побутує невірна думка про те, що лікарі взагалі не мають нести відповідальність за несприятливі результати лікування, навіть якщо вони пов'язані з професійними упущеннями. Прибічники цієї думки вважали, що головним суддею для лікаря є його власне сумління, Дійсно, бували випадки, тяжких драм і навіть самогубств лікарів, що припустились фатальної помилки, яка призвела до смерті пацієнта. Однак, думка про те, що лікар не підлягає юридичній відповідальності за будь-які недоліки в своїй роботі є по суті невірною і відкинута більшістю законодавств в світі. По-перше, діяльність лікаря, як і будь-якого іншого спеціаліста, має регламентуватись законом. По-друге, хоча абсолютна більшість лікарів любить свою професію, чесно і сумлінно ставляться до своїх обов'язків, зустрічаються і такі, що внаслідок халатного ставлення до хворих. А іноді і професійної неспроможності, заслуговують на покарання не лише моральне, а й адміністративне, а іноді – і карне.

Класифікація дій лікаря, що привели до негативних наслідків

Усі дії лікарів, що призвели до несприятливих наслідків, більшість судових медиків і юристів поділяють на три групи:

- 1) нещасні випадки,
- 2) лікарські помилки,
- 3) професійні злочини та упущення, що караються законом.

Основним критерієм для віднесення дії до тієї чи іншої категорії є ознака правильності чи неправильності, а також причина.

Нещасний випадок

Під нещасним випадком в медичній практиці слід розуміти несприятливий результат лікарського втручання, пов'язаний з випадковими обставинами, котрі лікар не міг передбачити і попередити (напр., алергічна реакція на препарат, який приймався раніше і побічних дій не давав).

Лікарські помилки і професійні злочини та упущення, що караються законом пов'язані з неправильними діями медичного персоналу, що не відповідають загальноприйнятим у медицині правилам. Різниця між ними полягає по суті в причинах і умовах їх виникнення.

Лікарська помилка

Лікарська помилка пов'язана з об'єктивними умовами і обставинами, що пом'якшують провину лікаря (невірна діагностика і тактика при атиповій клініці хвороби, відсутність умов для проведення повноцінного обстеження і лікування тощо). Тобто основною рисою лікарської помилки є добросовісні дії лікаря, його намагання надати допомогу хворому, хоча дії ці виявились помилковими. Існує багато класифікацій лікарських помилок, наведемо одну з них. За класифікацією І.Ф.Крилова лікарські помилки поділяються на : 1) діагностичні (не розпізнання або помилкове розпізнання хвороби); 2) тактичні (невірно визначені показання для операції або консервативного лікування); 3) технічні (невірне використання медичної техніки, медикаментів, діагностичних засобів). Слід включити сюди також групу деонтологічних помилок, котрі можуть опосередковувати перші три групи помилок, а також призводити до ятрогенних захворювань.

Професіна деформація

Кожна професія може сприяти розвитку людини і вдосконалювати її особистісні якості на користь суспільству. Але також професія може деформувати характер людини. Деформації можуть бути предметом для жартів і анекдотів (розсіяність науковця) або бути предметом іронії, сарказму і критики (бюрократизм можновладця).

Схильність до професійної деформації особливо часто спостерігається у певних професіях, представники яких наділені важко контрольованою і важко обмежуваною владою. Від рішень і волі цих людей залежить гідність, свобода, і навіть здоров'я і життя інших людей, як це буває, наприклад, у вчителів, суддів, військових, працівників органів правопорядку. Лікар також наділений певною владою над хворими, тому він також зазнає небезпеки професійної деформації.

Розвиток професійної деформації

Професійна деформація розвивається, як правило, поступово із професійної адаптації. Професійна адаптація є необхідною для медичного працівника. У лікарів, медичних сестер, допоміжного персоналу, котрі на початках своєї професійної діяльності бурхливо переживають усі події, що мають важкий психологічний вплив, такі як страждання, операції, кровотечі. В суворих драматичних ситуаціях, коли життя хворого є під загрозою, лікар поступово навчається аналізувати і оцінювати ситуацію, приймати рішення і діяти.

Студенти-медики після декількох годин або днів відвідування секційного залу долають психічне потрясіння, що виникло у них під час першого відвідування, і розпочинають ділове вивчення анатомії. Хоча емоційна опірність певною мірою потрібна і корисна, у свідомості лікарів і медичних працівників назавжди повинна зберегтися здатність розуміти хворого як людину, котра страждає, і з повагою ставитись до мертвого тіла. Це є необхідною складовою частиною не лише загальнолюдського, а й професійного рівня лікаря.

Прояви психологічної деформації

Професійними деформаціями є поведінка і вислови медичних працівників, що виявляють черствість до хворих в такій мірі, що межує з бездушністю і цинізмом. Наприклад, коли лікар і медична сестра не вважають за потрібне відділити хоча б ширмою ліжко хворого, що помирає в палаті на двадцять пацієнтів або коли лікарі при обході дискутують біля ліжка пацієнта про несприятливий прогноз його хвороби. Особистість хворого не можна розглядати як незручний додаток до хворого органу, який лікар має обстежити.

Проявами професійної деформації медиків на більш високому, інституціональному рівні, є побудова лікарень з палатами на кільканадцять пацієнтів, що звичайно полегшує роботу медичного персоналу, але дискримінує хворих. «Жахливим є перебування в палаті, де один їсть, інший – стогне, третій випорожнюється, а четвертий помирає» (В.Вондрачек, цит. за Р.Конечний, М.Боухал).

Професійна деформація проявляється також в своєрідному професійному жаргоні, що часто використовується в присутності пацієнта. Ознакою професійної деформації є також нехтування узагальненими в суспільстві правилами спілкування з хворими, звертання до них на прізвище або взагалі «хворий». Іноді лікар диференціює своїх хворих лише за діагнозами («хто у нас там, пневмонія?»), і вони усі здаються йому на одне обличчя.

Підсвідоме відчуття влади над людиною, котра шукала і досі шукає у лікаря допомоги, залишили в психології лікарів пережитки, що мають іноді кастовий характер («не розпитуйте, це моя справа – лікувати..., проходите, наступний... вас багато, а я один, я не можу розірватись...»).

В наш час така нетактовна, а іноді брутальна, поведінка лікаря може скласти позитивне враження поваги і авторитетності хіба що на дуже наївних і примітивних пацієнтів, а у більшості викличе відразу і недовіру. Тому необхідно слідкувати за тим, щоб підсвідомий і безконтрольний розвиток професійної деформації не став одним із факторів ятрогенного ураження хворих.

Ятрогенне ураження- це погіршення психологічного чи фізичного стану хворого, випадково спричинене діями медика.



Синдром емоційного вигорання у медичних працівників

Існує класифікація професій за «критерієм складності і шкідливості» діяльності за А.С.Шафрановою:

1. Професії вищого типу – за ознакою необхідності постійної позаурочної роботи над предметом і собою (освіта, мистецтво, медицина);
2. Професії середнього (ремісничого) типу – потребують роботи лише над предметом;
3. Професії нижчого типу – після навчання не потребують роботи ні над собою, ані над предметом.



Синдром емоційного вигорання (СЕВ)

Звернення до проблеми емоційної дезадаптації професіоналів (внаслідок нестерпних емоційних перевантажень) відбулось в сфері психології праці після появи результатів дослідження так званого «синдрому емоційного вигорання» як специфічного професійного захворювання осіб, що працюють і системі «людина – людина» (психологів, психіатрів, вчителів, священників т.ін.).

Термін «емоційне вигорання» введений американським психологом Х.Дж.Фрейденбергером в 1974 р. для характеристики психологічного стану здорових людей, що знаходяться в інтенсивному і тісному спілкуванні з клієнтами (пацієнтами) в емоційно перевантаженій атмосфері при наданні професійної допомоги і визначається наступним симптомокомплексом: почуття емоційного виснаження, знемоги, дегуманізація, деперсоналізація, тенденція розвивати негативне ставлення до клієнтів (пацієнтів), негативне само сприйняття в професійному плані

Основні симптоми СЕВ:

- втома, змученість, виснаженість (після активної професійної діяльності);
- психосоматичні проблеми (коливання артеріального тиску, головний біль, розлади травної та серцево-судинної систем, неврологічні розлади);
- безсоння;
- негативна налаштованість до пацієнтів (замість раніше існуючих позитивних взаємостосунків);
- негативна налаштованість до виконуваної діяльності (замість присутньої раніше «це – справа усього мого життя»);
- стереотипізація особистісної установки, стандартизація в спілкуванні, схематизація діяльності, ригідність мисленнєвих операцій;
- агресивні тенденції (гнів і дратівливість стосовно колег і пацієнтів);
- функціональне негативне ставлення до себе;
- тривожні стани;
- песимізм, депресія, відчуття марності подій, що відбуваються;
- почуття провини.

Вигорання лікаря

Природно віднести професію лікаря до професій вищого типу, позаяк існує необхідність постійної рефлексії на змісті предмету своєї діяльності. Крім того, лікар на рівні емоційного переживання постійно має справу із смертю.

Вона може виступати для нього у трьох формах: 1) реальна (безуспішність реанімаційних заходів, смерть під час операції тощо); 2) потенційна (коли від результатів діяльності лікаря, від його професіоналізму залежать здоров'я, а часто і життя людини), смерть як потенційна загроза завжди присутня в діяльності лікаря і викликає потужне емоційне напруження; 3) фантомна (у вигляді скарг на стан здоров'я іпохондричного пацієнта, взаємостосунки з родичами тяжкохворих). Емоційна опірність, про яку згадувалось вище, дозволяє частково не включати свої почуття в ситуацію, але це вдається далеко не завжди.

Можна виділити три типи факторів, що відіграють роль у СЕВ у лікарів:

1. **Соціальні фактори:** а) невизнання істинних заслуг лікаря; б) обмеження права на свободу вибору; в) невідповідність морально-етичних вимог до професії і реальної ситуації на робочому місці; г) обмеження активності професійного росту; д) приниження соціального статусу професії (зокрема, матеріального плану); е) особисті, сімейно-побутові проблеми.

2. **Особистісний фактор.** Вигоряння часто зазнають ті, хто первинно орієнтований на служіння іншим, хто свідомо обрав професію з певним емоційним відношенням, орієнтованим на інших людей. **Співчутливий, захоплений лікар-ідеаліст, орієнтований на інших, при недостатній раціональності, невмінні критично оцінити несприятливі фактори та низькій стійкості до стресорів медичної професії може стати носієм швидко прогресуючого СЕВ.** Не виключений швидкий розвиток СЕВ при неможливості за короткий строк досягти бажаних результатів у професіоналів з фанатичною відданістю справі, орієнтованих на досягнення, схильних до лідерства, авторитарності, низького ступінню емпатії, і реагуючих на стрес агресією, що поступається місцем апатії.

3. **Фактор середовища** (місця роботи). Величезне значення мають стосунки з колегами в колективі, те, складається чи ні ситуація «спільної справи», активного спільного рішення професійних задач в рамках гуманістичного ціннісного підходу. Колектив (нерідко - включаючи адміністрацію) може знижувати мотивацію діяльності своїм загальним негативним чи байдужим ставленням до неї. Крім того, умови роботи можуть не сприяти успішному виконанню задач: переповнені палати, відсутність медикаментів, низька загальна матеріально-технічна база, напружений робочий графік тощо.

Наслідки СЕВ у лікаря

Через наростаючі симптоми СЕВ лікар поступово втрачає авторитет у пацієнтів і колег, припускається лікарських помилок і сам втрачає віру у себе як професіонала. Не почувавши здорового оптимізму лікаря, а почувавши натомість його роздратування і втому, пацієнт втрачає довіру до лікаря. При тривозі, неспокої і невпевненості, що викликані СЕВ, лікар втрачає здатність до правдивого і щирого викладення інформації про стан здоров'я пацієнта, він або надмірно обереігає психіку пацієнта і не дає йому належної інформації, або навпаки приголомшує його її надлишком. Оскільки слово лікаря несе в собі великий сугестивний заряд для пацієнта, зрозуміло, що професіонал з СЕВ, котрий переживає почуття марності, безнадії і провини, неминуче передаватиме ці почуття своїм пацієнтам у слові, інтонації, емоційних реакціях.

Лікар, що втратив зміст власної психічної реальності, припиняє звертатись до такого змісту в інших людях, знецінюючи і дегуманізуючи таким чином як себе, так і їх.

Синдром хронічної втоми

За характеристикою проявів СЕВ має багато спільного з іншим станом, що також набув широкого розповсюдження серед представників медичної професії – синдромом хронічної втоми. Ці два синдроми є змістовими характеристиками професійної деформації і, всупереч зовнішній подібності симптомів, мають значні відмінності. СХВ пов'язаний з первинним прийняттям готових форм знань про світ, себе і інших людей; фантомізацією лікарської свідомості і придбанням функціонального підходу до іншої людини (ставлення як до об'єкта), а також , і до себе. СЕВ більш властивий професіоналам, що первинно мають великий творчий потенціал, орієнтовані на іншу людину, фанатично віддані своїй справі.

Профілактика СЕВ

Профілактикою СЕВ є збереження принципів психогігієни медичного працівника. Правильно організованим має бути робоче місце, раціонально спланований робочий час. На жаль, лікар часто сам викликає у себе стан перевтоми, відмовляючись від відпочинку після чергування чи беручи на себе додаткове навантаження. Без достатнього відпочинку знижується опірність організму, виникають психічні зриви та психосоматичні розлади. Наявність у лікаря хобі, позапрофесійних інтересів, можливостей активного проведення дозвілля також зменшують ризик розвитку СЕВ. Отже, велике значення для профілактики СЕВ мають два види методів: мобілізуючі і спрямовані на відновлення і відпочинок. Хоча значення перших є велике, але вирішальну роль в профілактиці СХВ і СЕВ грають відновлювальні методи. Нервові напруження в діяльності лікаря присутні майже завжди і є одним з найбільш енергомістких процесів.

До способів нервово-психічної релаксації слід віднести м'язову релаксацію за Е.Джекобсоном, котрий включає в себе не лише процес зняття м'язового тонусу, але й досягнення людиною нервово-психічного стану, протилежного за своїм характером до активності. Часто в цю систему включають також метод аутогенного тренування.

Попередження вигоряння полягає в активних і пасивних методах.

Активні: оволодіння ситуацією шляхом її перетворення; подолання емоційного дистресу шляхом зміни власного ставлення до ситуації.

Пасивні: відмова від будь-яких спроб вплинути на обумовлені ситуацією складнощі, відхід від них і від ситуації.

До способів попередження емоційного вигоряння відносять також: планомірне рішення проблем, шлях прямої конфронтації, дистанціювання (зміна масштабів того, що відбувається в сторону зменшення), самовладання, пошук соціальної підтримки, прийняття відповідальності за те, що відбувається, позитивне переформулювання (пошук позитивного і тому, що відбувається).

Тому доступність психологічного консультування і введення в штат медичних установ спеціально навчених медичних психологів є важливим психопрофілактичним заходом в системі попередження СХВ і СЕВ у медичних працівників.

Питання

1. Основні мотиви вибору професії медичного працівника. Значення професійної орієнтації у виборі професії.
2. Важливі професійні та морально-етичні якості лікаря.
3. Поняття медичної деонтології.
4. Визначення понять «лікарський обов'язок» і «лікарська таємниця».
5. Лікарські помилки: причини і види.
6. Поняття про професійну деформацію.
7. Особливості професій, при яких розвивається професійна деформація.
8. Синдром вигоряння: ознаки, шляхи попередження.
9. Синдром хронічної втоми: ознаки, шляхи попередження.
10. Умови створення здорового психологічного клімату в медичному середовищі.

Дякую за увагу!



Міжнародний гуманітарний університет
Факультет медицини та громадського здоров'я
Факультет стоматології та фармації
Дисципліна «Основи психології»

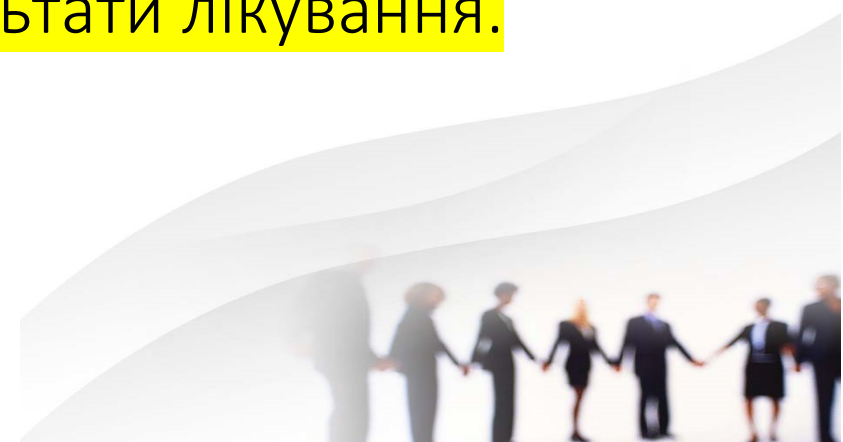
**Психологічні особливості етапів діагностичного
процесу. Інформування хворого про діагноз.
Значення психологічної установки хворого**

Доцент кафедри
внутрішніх хвороб МГУ
к.м.н. Гнідой І.М.

Психологічні особливості етапів діагностичного процесу. Інформування хворого про діагноз. Значення психологічної установки хворого. Конфлікти в медичному середовищі, їх різновиди. Способи вирішення та попередження конфліктів



- Жодна професія не є настільки тісно пов'язаною з долею людини, як професія лікаря. Вочевидь специфіка праці лікаря, який нерідко виконує і роль педагога і вихователя, має бути врахована і при обранні професії, і під час підготовки молодого спеціаліста, що поряд з оволодінням фаховими знаннями та навичками обов'язково має включати вдосконалення культури поведінки та культури спілкування, оскільки професійна діяльність лікаря починається саме зі спілкування з пацієнтом. Від мистецтва спілкування багато в чому залежать результати лікування.



- Спілкування - специфічна форма взаємодії людини з іншими людьми як членами суспільства і реалізації соціальних відносин (стосунків).
- Це одна з базових категорій психологічної науки.
- За своїм значенням для теоретичних, експериментальних та прикладних досліджень проблема спілкування не поступається перед проблемами діяльності, особи, свідомості та ряду інших фундаментальних проблем психології.
- Спілкування є найважливішою частиною індивідуальної форми буття людини.
- Важко знайти такі психічні явища, властиві людині, які б так чи інакше не були включені до процесу спілкування.



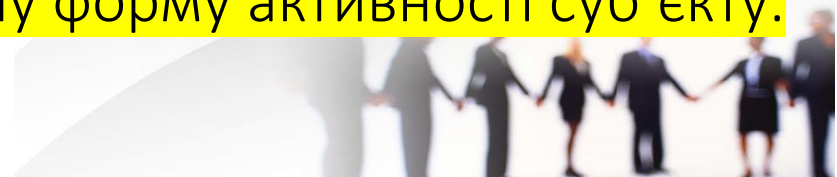
Спілкування - це багатоплановий процес розвитку контактів між людьми, породжений потребами спільної діяльності.

Через спілкування людина формує свої стосунки з іншими людьми. Спілкування є умовою, без якої фактично неможливо пізнання дійсності, воно є обов'язковим компонентом тих видів діяльності, що передбачають взаємодію людей.

- Спілкування включає в себе численні духовні та матеріальні форми життєдіяльності людини і є її потребою. Ця потреба пояснюється насамперед соціальною природою людини. Хворобливе зниження природної людської потреби у спілкуванні з реальними людьми у психології називається аутизмом.
- В процесі спілкування людина задовольняє одну з найважливіших соціальних потреб – потребу в самоствердженні. Людина прагне посісти суспільно значуще місце в групі за рахунок власних чеснот чи досягнень або ж – за рахунок своїх вад, хвороби і знедоленості.



- Цілковито виключити спілкування у людському співтоваристві неможливо, тому що будь-яка поведінка в присутності іншої людини вже являє собою певну комунікацію. Воно може здійснюватися навіть мимоволі – за допомогою міміки, жестів, ходи, ритму подиху тощо.
- В єдиному процесі спілкування виділяють три компоненти:
 - перцептивний – взаємосприйняття;
 - комунікативний - передача інформації;
 - інтерактивний – взаємодія.
- З точки зору єдності цих компонентів спілкування виступає як спосіб організації спільної діяльності та взаємовідносин осіб, задіяних в ньому.
- В процесі спілкування, цієї специфічної форми взаємодії людини з іншими людьми, відбувається взаємний обмін інформацією, уявленнями, ідеями, життєвим досвідом, інтересами, почуттями тощо.
- Спілкування являє собою самостійну і специфічну форму активності суб'єкту. Її результат - стосунки з людьми.



- У спілкуванні виділяються такі ланки: мета, зміст і засоби.
- Мета спілкування - це те, заради чого у людини виникає цей вид активності. Метою спілкування може бути передача й одержання об'єктивних знань про світ і навчання, виховання; погодження дій людей у їх спільній діяльності; налагодження і з'ясування особистих та ділових взаємостосунків, задоволення потреби інтелектуального росту, морального розвитку, соціальних, культурних, пізнавальних, творчих, естетичних та інших потреб.



- Зміст спілкування - це інформація, яка в міжособистих контактах передається від одного учасника спілкування до іншого. Людське спілкування багатопредметне і різноманітне. Люди обмінюються один з одним різною інформацією, знаннями, життєвим досвідом, здібностями, вміннями та навиками. Крім того, за допомогою спілкування можуть передаватися дані про емоційні стани (радість, гнів, сум, страждання тощо).
- Засоби спілкування - це різні варіанти кодування, передачі, переробки та розшифрування інформації, яка передається в процесі спілкування. Наприклад, інформація може передаватися за допомогою прямих тілесних контактів (торкання руки тощо), через органи відчуттів (спостереження за людиною з боку). Важливими засобами спілкування є мова та інші знакові системи, письменність у її різних видах і формах (тексти, схеми, малюнки, креслення), технічні засоби запису, зберігання й передачі інформації (радіо- та відеотехніка).



- Функції спілкування досить різноманітні, але основними слід вважати такі:

- інформаційно-комунікативна (обмін інформацією);
- регуляційно-комунікативна (міжособистісна взаємодія);
- афективно-комунікативна (розуміння людьми один одного);
- соціальні (управління і контроль спілкування);
- психологічні (функції емоційного задоволення від спілкування та самоактуалізації особи).



Інформаційно-комунікативна функція

- Під час здійснення інформаційно-комунікативної функції обмін інформацією можливий, якщо всі учасники спілкування наділені єдиною інформаційною системою кодування. Але, навіть знаючи значення одних і тих же слів, люди не завжди розуміють їх однаково; причиною є соціальні, політичні, освітні, вікові та інші особливості. Інакше кажучи, в умовах людської комунікації можуть виникати цілком специфічні комунікативні бар'єри соціального й психологічного характеру.
- Цю функцію не можна розглядати як простий “рух інформації” - комунікативний вплив є не що інше, як психологічний вплив однієї людини на іншу.



Регуляційно-комунікативна функція

- Регуляційно-комунікативна функція, або міжособове сприйняття, називається також перцептивною стороною спілкування і складається з таких процесів: *ідентифікації, рефлексії, стереотипізації*.
- Ідентифікація - це спосіб розуміння іншої людини через свідоме чи несвідоме уподібнення до неї. Термін “ідентифікація” буквально означає уподібнення себе іншому. В реальних ситуаціях взаємодії люди користуються таким прийомом, коли припущення про внутрішній стан партнера по спілкуванню будується на основі спроби поставити себе на його місце. Таким чином, ідентифікація являє собою механізм пізнання і розуміння іншої людини.
- Ідентифікація тісно пов'язана з іншим, близьким за змістом явищем - емпатією. Емпатія - особливий доброзичливий спосіб розуміння іншої людини, співчуття і співпереживання (навіть за відсутності згоди), поважне ставлення до права співбесідника на будь-яку думку.



Рефлексія і стереотипізація

- Рефлексія - це логічна форма пізнання індивідуальних особливостей (власних та інших людей). Іноді їй буває властива схильність до викривленого розуміння особливостей інших людей на основі стереотипізації, коли за однією-двома рисами людину зараховують до певного стереотипу і приписують їй набір якостей, притаманних цьому стереотипу.
- Стереотипізація - це класифікація форм поведінки та інтерпретація їх причин шляхом віднесення до вже відомих (або до таких, що здаються відомими) явищ, тобто відповідних до існуючих стереотипів.
- Несвідоме структурування особистості іншої людини проявляється в тому, що логічно об'єднуються в цілісний образ тільки суворо певні риси особистості і тоді будь-яке поняття, котре не вписується в цей образ, відкидається.



Досягнення бажаного результату спілкування можливе, якщо в процесі міжособистого сприйняття враховуються наступні ефекти:

а) ефект “ореолу” проявляється в тому, що початкове ставлення до якогось одного окремого боку особи узагальнюється на весь образ людини, а потім загальне враження про людину переноситься на оцінку його окремих якостей. Якщо загальне враження про людину сприятливе, то її позитивні риси переоцінюються, а недоліки або не помічаються, або виправляються. І навпаки, якщо загальне враження про людину негативне, то навіть благородні її вчинки не помічаються, або тлумачаться неправильно як своєкорисливі.

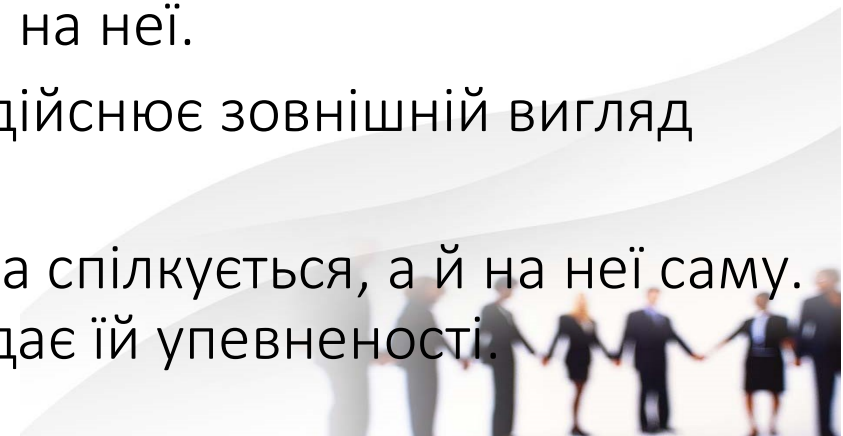


ефект “проектування”

б) ефект “проектування” проявляється в тому, що іншій людині приписується за аналогією з собою власні якості та емоційні стани. При цьому людина, сприймаючи та оцінюючи іншу людину, схильна керуватись логікою: “усі люди подібні до мене” або “інші протилежні мені”. Вперта людина з підозрою схильна бачити аналогічні якості у партнера по спілкуванню, навіть якщо їх об’єктивно немає. Чуйна, щира, чесна людина, навпаки, може сприймати незнайомця через “рожеві окуляри” і помилятися. Тому, якщо хтось скаржитися, які, буцімто, усі навколо жорстокі, жадібні, нечесні, не виключено, що він судить по собі.



- В повсякденному житті, зазвичай, люди, не знаючи справжніх причин поведінки іншої людини, починають приписувати один одному причини поведінки. Таке приписування причин поведінки іншій людині її особистісним якостям без врахування ситуаційних чинників називається каузальною атрибуцією.
- На сприйняття іншого впливає і настрій того, хто сприймає. Якщо він сумний (наприклад, через погане самопочуття), у першому враженні про іншу людину можуть переважати негативні почуття. Відомий той факт, що за позитивного емоційного ставлення до сюжету картини запам'ятовується зазвичай удвічі більше деталей, ніж за негативного. Значить, правомірним є висновок: щоб перше враження про незнайому людину було повнішим і точнішим, важливо позитивно «налаштуватись» на неї.
- Великий вплив на міжособистісне сприйняття здійснює зовнішній вигляд людини.
- Одяг людини впливає не лише на тих, з ким вона спілкується, а й на неї саму. Якщо людина гарно і зручно вдягнена, то це додає їй упевненості.



- Людина, зацікавлена краще орієнтуватися в особливостях своїх стосунків з оточуючими, повинна постійно шукати навколо себе різні ознаки, які свідчать про істинні наслідки її поведінки. Особливо мають цікавити реакції інших людей на її вчинки в конкретних ситуаціях. Збираючи подібну інформацію від різних людей, одержуєш можливість побачити себе ніби в різних «дзеркалах». Таким чином, можна дізнатися про щось нове, що допоможе краще і ясніше побачити самого себе. Забезпечення інших зворотнім зв'язком - відомостями про те, які почуття і думки викликає у нас їх поведінка - може підвищувати взаємну довіру
- Управління спілкуванням передбачає вміння вибрати спосіб і вид спілкування, адекватні життєвій ситуації, і відповідним чином коректувати їх. Функція контролю - оцінка результату спілкування - тісно пов'язана з функцією емоційного задоволення від спілкування.



Зворотній зв'язок

- Для того, щоб бути успішним, спілкування обов'язково передбачає **зворотній зв'язок** - одержання суб'єктом інформації про результати взаємодії. Повідомляючи про щось іншій людині, наказуючи або звертаючись з проханням чи запитанням, індивід весь час одержує необхідну інформацію про ефективність свого звернення до неї. Роль зворотного зв'язку у спілкуванні особливо виразно усвідомлюється, якщо така можливість виявляється в силу будь-яких причин блокованою. Якщо неможливо сприйняти співбесідника зорovo, збіднюється жестикуляція, виникає скутість рухів. Взагалі сприйняття співбесідника або слухача під час спілкування виступає важливою умовою налагодження взаєморозуміння. Таким чином, **зворотний зв'язок у процесах міжособистого сприйняття виконує функцію контролю і сприяє саморегуляції.**

Види спілкування

- Види спілкування формуються залежно від різних цілей взаємодій людей і можуть бути такими:

ділове
дружнє
сімейне
життєве
побутове

- Спілкування на рівні випадкового спільного перебування (спілкування заради спілкування) називається фатичним.



Засоби передачі інформації

- Засоби передачі інформації – це прийоми, завдяки яким спілкування набуває ефективності. До засобів спілкування належать:

1. Мова - система слів, висловів та правил їх з'єднання в осмисленні висловлення, що використовуються для спілкування. Слова і правила їх вживання одні для усіх, хто говорить цією мовою, це робить можливим спілкування за допомогою мови, якщо я говорю “стіл”, я впевнений, що будь-хто з моїх співбесідників поєднує з цим словом ті ж поняття, що і я. Це об'єктивне соціальне значення слова можна назвати знаком мови. Але об'єктивне значення слова переломлюється для людини через призму його власної діяльності і утворює уже свій особистий, “суб'єктивний” смисл - тому не завжди ми правильно розуміємо один одного.



2. Інтенація - емоційна виразність, яка здатна надавати різного смислу одній і тій же фразі.

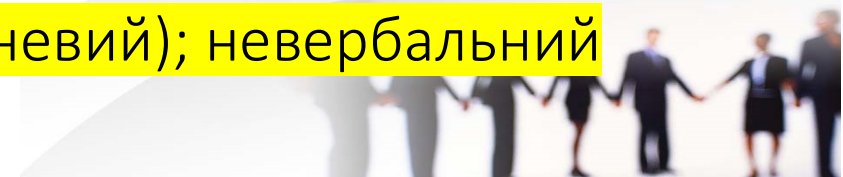
3. Міміка, поза, погляд співбесідника можуть посилювати, доповнювати або заперечувати, відхиляти смисл фрази.

4. Жести як засоби спілкування можуть бути як загальноприйнятими, тобто мати закріплені за ними значення, або експресивними, так і служити для більшої виразності мовлення.

5. Відстань, на якій спілкуються співбесідники (проксе́міка), залежить від культурних, національних традицій, від ступеня довіри співбесіднику.

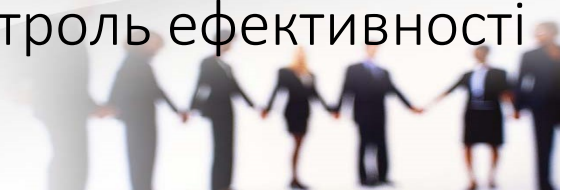
Якщо будь-яка з ланок акту спілкування порушена, то тому, хто говорить, не удається добитися очікуваних результатів спілкування - воно виявиться неефективним. Уміння спілкуватися ефективно називають "соціальним інтелектом", "практично-психологічним розумом", "комунікативною компетентністю", "комунікабельністю".

Способи передачі інформації: вербальний (мовленевий); невербальний (немовленевий).



Етапи спілкування

- В процедурі спілкування виділяють такі етапи:
 1. Потреба у спілкуванні (необхідність повідомити або узнати інформацію, вплинути на співбесідника тощо) спонукає людину вступити до контакту з іншими людьми.
 2. Орієнтування в цілях спілкування, в ситуації спілкування.
 3. Орієнтування в особистості співбесідника.
 4. Планування змісту свого спілкування, людина уявляє собі (як правило, несвідомо), що саме скаже.
 5. Несвідомо (інколи свідомо) людина вибирає конкретні засоби, стиль мовлення, фрази, якими користуватиметься, вирішуватиме як говоритиме, як вестиме себе.
 6. Сприйняття і оцінка відповідної реакції співбесідника, контроль ефективності спілкування на основі установаження зворотного зв'язку.
 7. Коректування напрямку, стилю, методів спілкування.



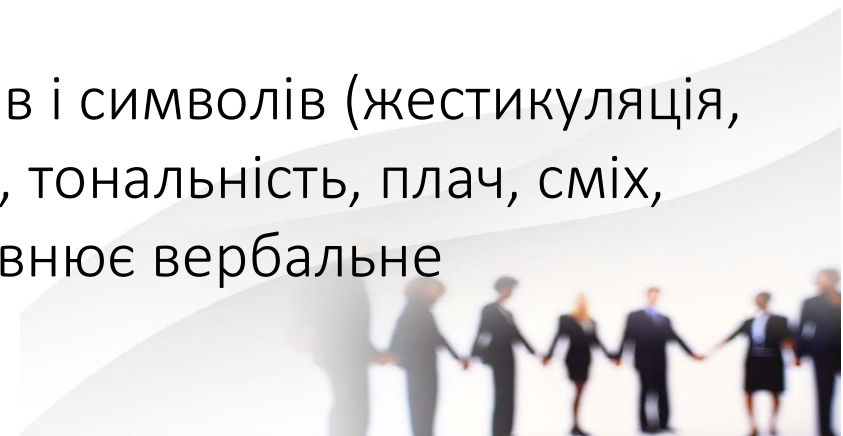
Мовлення

- Мовлення - особлива і найбільш досконала форма спілкування, властива тільки людині.
- Мовлення виконує дві основні функції - комунікативну та сигніфікативну.
- Комунікативна функція полягає в тому, що в процесі спілкування між людьми здійснюється обмін інформацією, емоціями, ідеями, можуть бути виражені симпатія і антипатія.
- Сигніфікативна функція - це позначення за допомогою мовлення певних предметів і явищ. Цим мова людини відрізняється від мови тварин, яка виражає в звуках лише афективний стан, але не означає певних предметів.



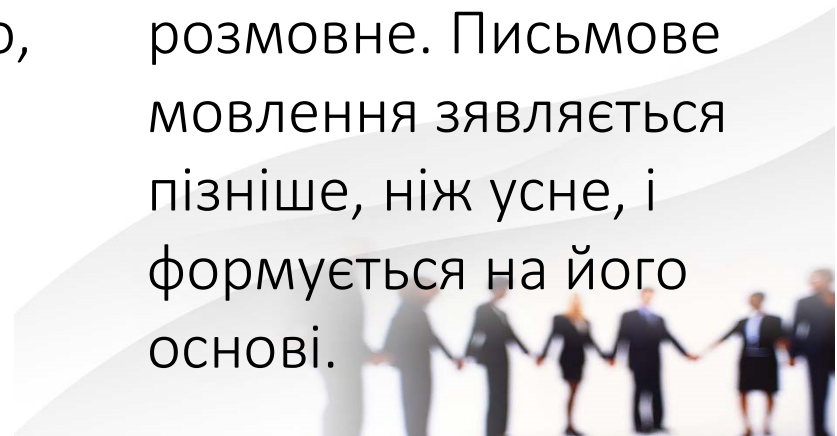
Види мовлення

- Розрізняють такі види мовлення: внутрішнє і зовнішнє. Зовнішнє мовлення поділяють на письмове і усне, а усне - на монологічне і діалогічне. Усі види мовлення тісно взаємодіють один з одним. Загальним для усіх видів мовлення є вимов слів - вголос або подумки. Однак кожен з видів мовлення має свої специфічні особливості. Коли людина вимовляє будь-що про себе, то відбувається внутрішня промова.
- Невербальне спілкування - це система знаків і символів (жестикуляція, міміка, пантоміміка, тембр голосу, діапазон, тональність, плач, сміх, паузи, темп мовлення), яка заміняє чи доповнює вербальне спілкування.



Види зовнішнього мовлення

- Почуте мовлення, яке кимсь промовляється, називається усним мовленням. В усному мовленні спілкування обмежене умовами простору й часу. Як правило, співбесідники добре бачать один одного, або знаходяться на такій відстані, що можуть почути сказані слова, що відбивається на характері мовлення. У разі змінення умов, наприклад, при розмові по телефону, характеристики мовлення, як правило, змінюються, воно стає більш коротким, менш ґрунтовним і т.д. Значно змінюється характер мовного спілкування при теле- і радіомовленні, коли між слухаючим і тим, хто говорить, немає зворотного зв'язку.
- У письмовому мовленні умови спілкування опосередковані текстом, використовуються письмові знаки. Таке мовлення більш концентроване і більш змістовне, ніж розмовне. Письмове мовлення з'являється пізніше, ніж усне, і формується на його основі.



Види усого мовлення

- Монологічне мовлення - частіше над усе заздалегідь підготовлений обсяг інформації (лекція, доповідь, виступ тощо). Монологічне мовлення потребує завершеної думки, суворої логіки та послідовності, і тому важче діалогічного, яке формується і коректується в процесі бесіди.
- Діалогічне мовлення підтримується взаємними репліками співбесідників і має назву розмовного (бесіда лікаря і хворого).



- Для установлення нормальних взаємостосунків між людьми велике значення має культура спілкування, яка передбачає наявність таких рис у поведінці, як терпимість (толерантність), доброзичливість, повага до людей, чуйність і щирість.
- Про культуру спілкування можна судити по умінню людей володіти власними емоціями, стримувати їх, а також по спробах корегувати негативні риси власної вдачі. Здатність співвідносити свою поведінку з конкретними обставинами, відчуття міри у взаєминах - запорука нормальних взаємостосунків.
- Відкрите спілкування - бажання і уміння висловити повно свою точку зору і готовність врахувати позиції інших.
- Закрите спілкування - небажання або невміння висловити зрозуміло свою точку зору, своє ставлення, наявну інформацію.



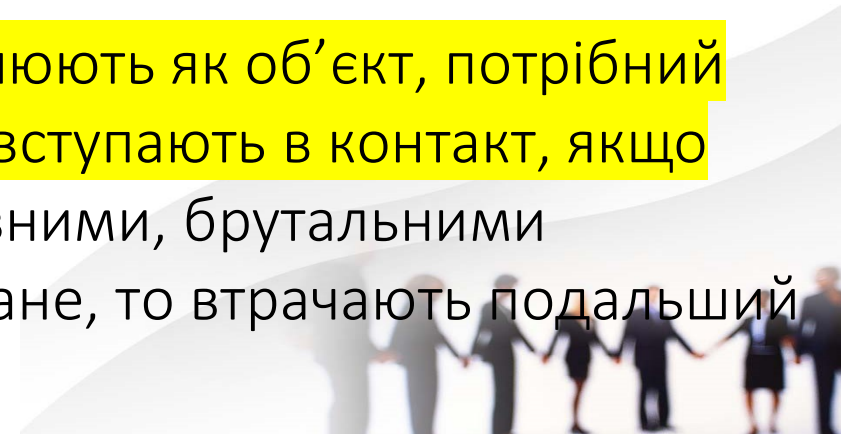
- Використання закритих комунікацій виправдане у випадках:

1. Якщо є значна розбіжність між ступенями предметної компетентності і безглуздо витратити час і сили на підняття компетентності "низької сторони";
2. В конфліктних умовах розкриття своїх почуттів, планів противнику недоцільно. Відкриті комунікації ефективні, якщо є порівнянність, але не тотожність предметних позицій (обмін думками, задумками). "Однобічне випитування" - напівзакрита комунікація, за якої людина намагається зясувати позиції іншої людини, і в той же час не розкриває своєї позиції. "Істеричне пред'явлення проблеми" - людина відкрито висловлює свої почуття, проблеми, обставини, не цікавлячись тим, чи бажає інша людина "увійти в чужі обставини", слухати "виливання".



Види спілкування:

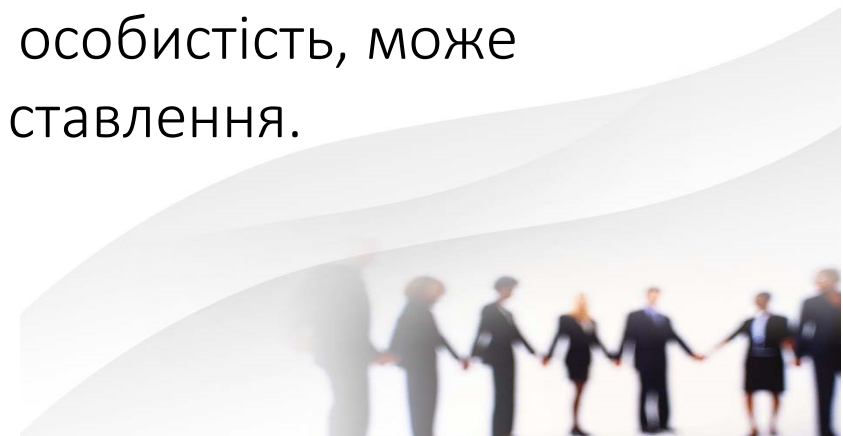
1. “Контакт масок” - формальне спілкування, коли немає прагнення зрозуміти і врахувати особливості особи, використовуються звичні маски (ввічливості, розбіжності, суворості, байдужості, скромності, співчутливості тощо) - набір висловлень особи, жестів, стандартних фраз, що дозволяють приховати справжні емоції ставлення до співбесідника. В місті контакт масок навіть необхідний в деяких ситуаціях, щоб люди “не чепали” один одного без потреби, щоб “відгородитися” від співбесідника.
2. Примітивне спілкування, коли іншу людину оцінюють як об’єкт, потрібний або такий, що заважає: якщо потрібний - активно вступають в контакт, якщо заважає - відштовхнуть або відреагують агресивними, брутальними репліками. Якщо від співбесідника одержали бажане, то втрачають подальший інтерес до нього і не приховують цього.



3. Формально-рольове спілкування, коли регламентовані і зміст, і засоби спілкування і замість знання особи співбесідника обходяться знанням його соціальної ролі.

4. Ділове спілкування, коли враховують особливості особи, характеру, віку, настрою співбесідника, але інтереси справи більш значущі, ніж можливі індивідуальні розбіжності.

5. Духовне, міжособисте спілкування друзів, коли можна порушити будь-яку тему і не обов'язково звертатися за допомогою до слів, товариш зрозуміє вас і по виразу обличчя, рухах, інтонаціях. Таке спілкування можливе тоді, коли кожен учасник має образ співбесідника, знає його особистість, може передбачити його реакції, інтереси, переконання, ставлення.



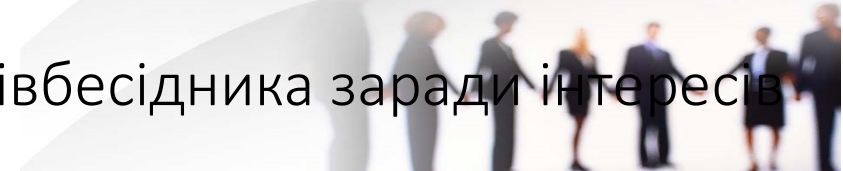
6. Маніпулятивне спілкування спрямоване на здобування вигоди від співбесідника, використовуючи прийоми (лестощі, залякування, “замилування очей”, обман, демонстрація доброти тощо) залежно від індивідуальних особливостей співбесідника.

7. Світське спілкування. Суть світського спілкування полягає в його безпредметності, тобто люди говорять не те, що думають, а те що належить говорити в подібних випадках. Це спілкування закрите тому, що точки зору людей на це чи інше питання не мають ніякого значення і не визначають характеру комунікацій.



Життєвий досвід багатьох людей сформував так званий кодекс спілкування в різних ситуаціях. Деякі приклади наводимо нижче.

- Кодекс світського спілкування:
 1. Ввічливість, такт - “зважай на інтереси іншого”.
 2. Схвалення, згода - “не ганьби іншого”, “уникай заперечень”.
 3. Симпатії - “будь доброзичливим, привітним”.
- Кодекс ділового спілкування дещо інший:
 1. **Принцип кооперативності** - “твій внесок повинен бути таким, якого потребує спільно прийнятий напрямок розмови”.
 2. Принцип достатності інформації - “говори не більше і не менше, ніж того потрібно на цей момент”.
 3. Принцип якості інформації - “не бреш” (не уводь в оману).
 4. Принцип доцільності - “не відхиляйся від теми, зумій знайти рішення”.
 5. “Висловлюй думку виразно й переконливо для співбесідника”.
 6. “Уміє слухати й зрозуміти потрібну думку”.
 7. “Уміє враховувати індивідуальні особливості співбесідника заради інтересів справи”.



- Якщо один співбесідник орієнтується на принцип ввічливості, а інший - на принцип кооперативності, вони можуть потрапити в безглузду, неефективну комунікацію. Значить, правила спілкування повинні бути узгодженими і дотримуваними обома учасниками.
- Тактика спілкування - реалізація в конкретній ситуації комунікативної статті на основі володіння технікою та знаннями правил спілкування.
- Техніка спілкування - сукупність конкретних комунікативних умінь говорити й уміння слухати.



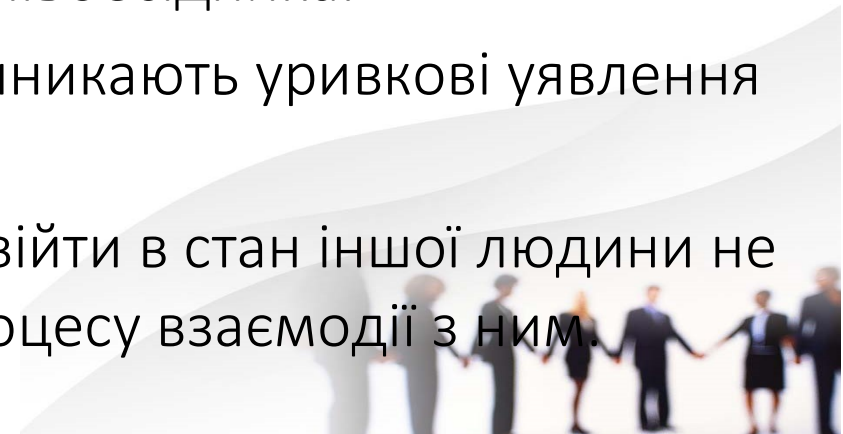
Емпатія

- Досягненню бажаного ефекту спілкування сприяє емпатія - здатність емоційно сприймати іншу людину, проникнути в її внутрішній світ, прийняти її з усіма думками і почуттями. Здатність до емоційного відображення у різних людей неоднакова.
- Виділяють три рівня розвитку:

Перший рівень - найнижчий, звертаючись до співбесідника, людина проявляє своєрідну сліпоту до стану, переживань, намірів співбесідника.

Другий рівень - в процесі спілкування у людини виникають уривкові уявлення про переживання іншої людини.

Третій рівень - його характеризує вміння одразу увійти в стан іншої людини не лише в окремих ситуаціях, а й протягом усього процесу взаємодії з ним.



Професійна діяльність лікаря і навички поведінки у колективі

- Професійна діяльність лікаря проходить також в безпосередньому спілкуванні з колегами, середнім медичним персоналом та іншими співробітниками.
- Одним із важливих показників соціально-психологічного клімату в колективі є конфліктні ситуації, конфліктність або соціально-психологічне напруження в колективі, яке негативно відбивається на всіх аспектах його життєдіяльності.



- Психічне напруження – це психічний стан, обумовлений передбаченням несприятливого для суб'єкта розвитку подій, що супроводжується відчуттям тривоги, страху, дискомфорту.
- Конфлікт (від лат. Conflictus - зіткнення) – це зіткнення протилежно спрямованих цілей, інтересів, позицій, поглядів або думок опонентів чи суб'єктів взаємодії. На соціально-психологічний клімат великий вплив мають міжособистісні стосунки, суб'єктивний характер яких виявляється у сумісності людей. Сумісність характеризується оптимальним поєднанням якостей людей у процесі спільної діяльності, що сприяє її успішному виконанню. Гармонійне поєднання фізичних якостей людей, що виконують певну спільну діяльність, свідчить про фізичну сумісність. Запорукою психофізіологічної сумісності є властивості нервової системи, а також особливості аналізаторних систем.



Психологічні особливості управління конфліктом.

- Теорія управління стверджує, що за наявності 30% незадоволених або критично настроєних осіб у колективі починається дезорганізація, а за наявності 50% настає криза, що породжує конфлікт.
- У рамках функціонального аналізу конфлікти доцільно розглядати поетапно з позиції їх виникнення, динаміки розвитку, функціонального значення і доцільності.
- Розглядаючи динаміку конфлікту, можна виділити певні стадії:
 - [?] виникнення об'єктивної конфліктної ситуації;
 - [?] усвідомлення її;
 - [?] здійснення конфліктної поведінки;
 - [?] розв'язання конфлікту.

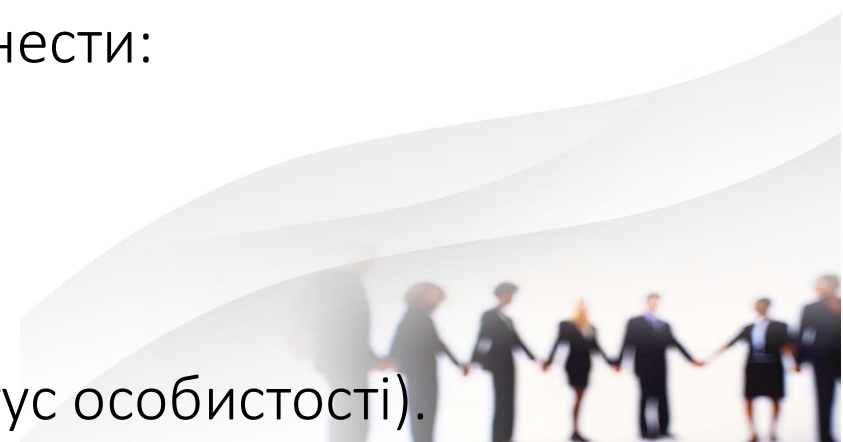


На етапі виникнення конфлікти поділяють на стихійні і заплановані.

- До запланованих конфліктів удаються свідомо з метою зняття напруги, яка виникає в результаті протиборства між окремими особистостями, групою і особистістю, групою і суспільством, між групами в одній організації. При цьому можуть переслідуватися особисті, групові або суспільні цілі.
- Запланований конфлікт розцінюється як виправданий, коли досягається поставлена мета, і невиправданий, коли результат є негативним.

До ознак класифікації конфліктів можна також віднести:

- часова ознака (нетривалі, тривалі і затяжні);
- можливість управління (керовані й некеровані);
- обсяги конфліктів (локальний або широкий);
- наслідки (позитивні чи негативні);
- сила впливу на учасників (наскільки зачіпає статус особистості).



Суттєве практичне значення має поділ конфліктів за результатами “корисності”. Враховуючи це, виділяють конфлікти конструктивні, стабілізуючі та деструктивні.

Конструктивні



Стабілізуючі



Деструктивні



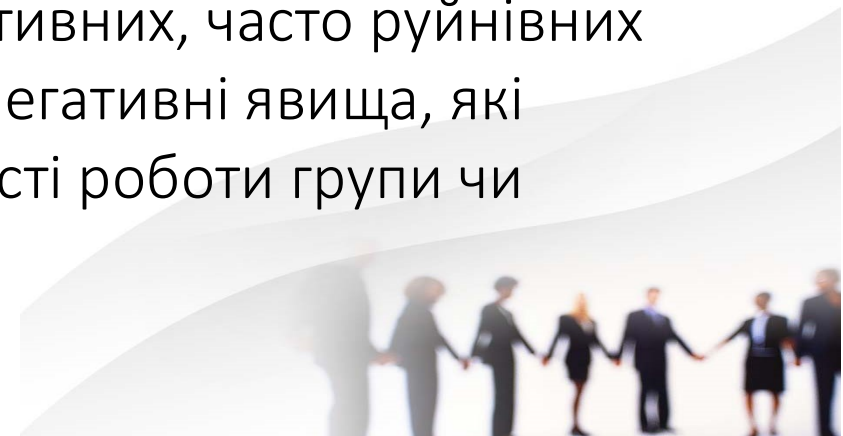
Конструктивні та стабілізуючі конфлікти

- Конструктивні та стабілізуючі конфлікти відіграють інтегративну роль в оптимізації організаційної структури персоналу. Відомо, що за певних умов конфлікт об'єднує людей, стимулює ефективний вихід із становища, що склалося. Прикладом конструктивного конфлікту можуть бути суперечності у творчих колективах, що ґрунтуються на предметно-пізнавальній діяльності, коли одну мету досягають різними шляхами.
- Конструктивні ділові конфлікти (інтелектуальні та наукові) свідчать про зацікавленість людей у загальній справі. Конструктивний конфлікт навіть здатний зробити позитивний вплив на розвиток особистості, стимулюючи раніше сховані можливості особистості.



Деструктивні конфлікти

- У деструктивних міжособистісних конфліктах один із опонентів використовує морально засуджувані методи боротьби, намагається психологічно “придушити” партнера, дискредитує його в очах оточуючих. Цей прийом завжди викликає гнів, шалений опір. У такій ситуації розраховувати на швидке вирішення конфлікту не доводиться.
- Деструктивні конфлікти призводять до негативних, часто руйнівних дій, що іноді переростають у плітку та інші негативні явища, які призводять до різкого зниження ефективності роботи групи чи організації



- Основною ознакою для класифікації конфліктів за М. Дейчем є співвідношення між об'єктивним станом справ та тим станом, який реально склався у конфліктуючих сторін. М. Дейч виділяє шість типів конфлікту:
1. "Реальний конфлікт" - це конфлікт, який об'єктивно існує та адекватно сприймається.
 2. "Випадковий конфлікт" - залежить від обставин, що можуть змінюватися, але ці обставини не усвідомлюються конфліктуючими сторонами.
 3. "Зміщений конфлікт" - реальний конфлікт, за яким приховується інший конфлікт, що є справжнім чинником конфліктної ситуації.
 4. "Помилково дописаний конфлікт" - конфлікт, що помилково тлумачиться.
 5. "Латентний конфлікт" - має відбутися, але не відбувається тому, що усвідомлюється.
 6. "Хибний конфлікт" - у цьому випадку реальних підстав для конфлікту не існує, об'єктивно його немає, але він виникає у свідомості конфліктуючих сторін через помилкове сприймання та розуміння ситуації.

Дякую за увагу!





Міжнародний гуманітарний університет
Факультет медицини та громадського здоров'я
Факультет стоматології та фармації
Дисципліна «Основи психології»

Психосоматичні взаємозв'язки. Вплив психологічних факторів на перебіг соматичних розладів

Доцент кафедри
внутрішніх хвороб МГУ
к.м.н. Гнідой І.М.

Психосоматичні взаємозв'язки.

Вплив психологічних факторів на перебіг
соматичних розладів.

Поняття адаптації та дезадаптації.

Класифікація психосоматичних розладів.

Теорії психосоматичних взаємовідношень.

Механізми психологічного захисту особистості.

Принципи профілактики психосоматичних розладів.



Існує переконання, що весь емоційний та психологічний біль відбивається різними захворюваннями організму, та називають таке явище психосоматикою.

Що таке психосоматика?

Колись вважалося, що психосоматичні розлади (далі - психосоматика) - це окрема група розладів, при яких стрес і психологічний стрес призводять до хвороби з психосоматики. Прикладами були виразкова хвороба, артрит і дерматит. Тепер визнано, що причини психосоматики можуть мати соціальні, психологічні та поведінкові аспекти, а також фізичні органічні особливості.

Всесвітня організація охорони здоров'я визначає психосоматичну медицину як «дослідження біологічних, психологічних і соціальних змінних у стані здоров'я та хвороби»

Причини психосоматичних хвороб:

- генетика
- нерегулярні біологічні стани
- вплив стресу
- сімейні обставини

Три основні категорії психосоматичних захворювань:

Людина страждає психічним і фізичним захворюванням, симптоми і лікування якого ускладнюють один одного.

Людина, що страждає на психічні розлади у зв'язку із захворюванням і лікуванням.

Людина з психічним захворюванням відчуває один або кілька фізичних симптомів.



Дослідження показують, що фізичні розлади, пов'язані з психічним стресом, виникають через гіперактивність нервових імпульсів, що посиляються від мозку до інших частин тіла, що може викликати секрецію адреналіну в кров, що призводить до стану тривоги. Цей стан може бути викликано різними життєвими факторами.

Наступні причини психосоматичних іхвороб можуть підвищувати ймовірність виникнення соматичних симптомів у людей.

генетика: у декількох дослідженнях стверджується, що певні генетичні відхилення у людини можуть безпосередньо викликати цей стан.

нерегулярні біологічні стани: зміна метаболізму глюкози, рівнів амінокислот в сироватці та т. д. Може викликати психосоматичний розлад.

вплив стресу: люди, які переживають стресові події, такі як травми, жорстоке поводження, часті хвороби, страх, депресія, гнів, почуття провини, незахищеність та інші складні ситуації, також схильні до цього розладу.

сімейні обставини: відсутність батьків, поведінка батьків стосовно дитини й труднощі у відносинах також є основними причинами психосоматичних розладів.

Психологія та хвороби пов'язані безпосередньо, тому психосоматичні хвороби, що виникають у результаті стресу, можуть включати гіпертонію, респіраторні захворювання, шлунково-кишкові розлади, мігрень і головні болі напруги, серцеві болі та інші.

Найкраще це проілюстровано на прикладі хвороби серця, яка викликається багатьма факторами. До них належать:

- вроджені біологічні фактори: вік, стать і генетичні особливості, які збільшують ймовірність серцевого нападу;
- фізіологічні чинники: підвищений артеріальний тиск, куріння, вживання алкоголю та підвищений рівень холестерину в крові;
- психологічні та соціальні фактори: включаючи депресію, тривогу і певні форми стресу, які пов'язані з ризиком серцевого нападу або підвищеним шансом смерті після цього.

Стрес може викликати тривогу або депресивні розлади, які можуть призвести до прискореного серцебиття та збільшення ймовірності нерегулярних серцевих скорочень, що може бути фатальним після серцевого нападу.

Відсутність соціальної підтримки - у вигляді близької людини, з якою можна поділитися усіма труднощами або проблемами - також сприяє збільшенню ймовірності подальших серцевих нападів.

Таким чином, сучасний погляд на психосоматичні механізми включає роль стресу, депресії та відсутності соціальної підтримки поряд з біологічними факторами в причинах або результаті хвороби. Відносна важливість екологічного стресу варіюється в різних умовах.

Основні категорії психосоматичних розладів

Є три основні категорії психосоматики хвороб.

У першому випадку людина страждає психічним і фізичним захворюванням, симптоми та лікування якого ускладнюють один одного.

До другої категорії відносяться люди, які страждають психічними розладами у зв'язку з захворюванням і лікуванням. Наприклад, пацієнти відчують себе пригніченими через те, що вони хворі на рак і проходять лікування від нього.

Третій вид називається соматоформним розладом. Це стан, при якому людина з психічним захворюванням відчуває один або кілька фізичних симптомів, навіть якщо у неї немає будь-якого пов'язаного з ним захворювання.

Іпохондрія: це стан, при якому людина вважає незначний фізичний симптом серйозним захворюванням. Наприклад, перетворення тимчасової проблеми з метеоризмом на запалення кишківника психосоматично та на рак товстої кишки.

Конверсійний розлад: коли у людини, яка не страждає на будь-яке захворювання, виникають неврологічні симптоми, такі як проблеми з мовою психосоматика, судомми та інші, які впливають на рухи та почуття.

Соматизований розлад: тут людина відчуває часті головні болі та діарею, яка не пов'язана з серйозним захворюванням.

Дисморфічний розлад тіла: людина відчуває стрес через зовнішній вигляд свого тіла, наприклад набряки психосоматика, зморшки та ожиріння. Тут людина сильно страждає на анорексію.

Больовий розлад: тут людина відчуває сильний біль у будь-якій частині тіла, яка може тривати від шести місяців до одного року без будь-якої фізичної причини - наприклад, мігрень, головні болі напруги, болю в спині й т. д.

Фактори ризику психосоматичних розладів

Психологічні чинники можуть певною мірою змінити стан здоров'я, наприклад:

Діабет: пацієнти з діабетом 2 типу більш сприйнятливі до гіпертонії, пов'язаної зі стресом. Ті ж стресові фактори гіпертонії посилюють діабетичний стан.

Психологічні причини захворювань

Деякі захворювання виникають через психічну напругу, наприклад:

Рак: дослідження показали, що психологічний стрес може вплинути на здатність пухлини рости та поширюватися, тим самим погіршуючи стан раку.

Онкологічні захворювання з психосоматики свідчать про старі образи, які ви затамували глибоко в собі. До психологічних причин захворювань відносяться почуття неприязні, ненависті, докори сумління, якась таємниця або горе, які ви сховали глибоко в собі.

Новоутворення, кісти, пухлини психосоматика - утримання в собі старих образ і потрясінь, накопичення їх в одному місці свого тіла провокує появу злоякісної або навіть доброякісної пухлини з психосоматики.

Рак психосоматика - це стара затаєна образа на когось або щось, почуття помсти за яку, буквально "пожирає" тіло. Глибока незагоєна душевна рана, яка провокує внутрішній конфлікт із собою та навколишнім світом. Сильні переживання на цьому ґрунті можуть викликати як рак серця, так й інші його види, наприклад рак нирки.

Гіпертонія: негативний емоційний стан, часті стреси та соціальні чинники, такі як економічний статус і життєві події, мають непряний зв'язок із рівнем артеріального тиску.

Хвороби серця: дослідження показали, що розвиток ішемічної хвороби серця може бути пов'язаний з депресією, занепокоєнням і стресом.

Хвороби по жіночому з психосоматики (ерозія, молочниця, запалення матки, інфекційні захворювання) виникають тоді, коли жінка щось не приймає в собі, наприклад свою зовнішність, характер або поведінку. Хвороби жіночих статевих органів можуть бути пов'язані з незадовільними відносинами з чоловіком або з уникненням і запереченням чоловіків в принципі.

Проблеми з диханням: емоційний стрес є основним чинником розвитку бронхіальної астми.

Проблеми з кишківником: утворення виразкової хвороби пов'язане зі стресовими життєвими подіями людини, наприклад:

понос психосоматика - сильне занепокоєння та страх, відчуття ненадійності, боязнь прийняти майбутні події через страх, саме тому психосоматика цього захворювання кишківника часто проявляється перед важливими подіями;

метеоризм (здуття живота) психосоматика - відбувається через неможливість людиною "переварити" якісь події. Психосоматика шлунка має схожі причини: нездатність "перетравлювати" або "засвоювати" нові ідеї та події. Страх і неспокій з цього приводу відразу позначаються на здоров'ї шлунка.

Алергія. Згідно психосоматики, алергія виникає у тих, хто відмовляється приймати щось у своєму житті. Алергія з психосоматикою - це заперечення своєї сили. Психосоматика алергії - негативні емоції, накопичуючись всередині, призводять організм до заперечення якогось зовнішнього явища.

Шкірні хвороби (псоріаз психосоматика, опік психосоматика, прищі, вугрі). Шкіра є зовнішнім покривом тіла людини, який призначений для захисту внутрішніх органів від прямих зовнішніх впливів. Тому наша підсвідомість асоціює цей орган як захист індивідуальності. Поява хвороб шкіри та дерматологічних проблем свідчить про наявність психосоматичних проблем.

Психосоматика хвороби нирок (біль в нирках з психосоматики, запалення нирок, кольки в нирках) виникає у тих, хто у своєму житті часто терпіли критику, розчарування, можливо були зганьблені чим-небудь. Пам'ятаючи про всі свої невдачі такі люди, часто замикаються в собі та живуть власними невдачами, що й призводить до захворювань нирок.

Як лікується психосоматичний біль та інші соматичні симптоми?

Людям з соматичними больовими симптомами можуть допомогти кілька методів лікування, в тому числі:

- когнітивно-поведінкова терапія;
- ліки, наприклад, антидепресанти;
- майнд - фулнесс терапія;
- допомога психіатра або психотерапевта;
- регулярний контакт з лікарем.

Профілактика психосоматичних захворювань

Стратегії зниження стресу та управління ним можуть допомогти запобігти або зменшити соматичні симптоми. Зокрема йдеться про:

- Бути реалістичним в тому, що індивід может контролювати, а що ні.
- Регулярно займатись спортом.
- Здоровий сон.
- Вести щоденник, щоб краще розуміти думки та почуття.
- Обмежити вживання алкоголю, уникати куріння.
- Підтримувати здорову дієту та вагу.
- Медитувати або практикувати прогресивне розслаблення м'язів.
- Шукати підтримки у близьких.
- Встановити обмеження, щоб знизити тиск на індивіда.

“...індивідум - це складна динамічна система, що знаходиться у стані нестійкої рівноваги і реагує на всі зміни як в навколишньому середовищі, так і всередині самої системи. А при захворюванні, тобто порушенні гомеостазу, порушуються і чисельні аспекти всієї системи. Згадуючи психологічні чи фізіологічні процеси, мають на увазі різний підхід до одного і того ж явища. Саме ж явище неподільне. Отже, у цьому значенні немає ні соматичної, ні психогенної хвороби, а є просто хвороба” (матеріали ВООЗ).

Психосоматика - напрям сучасної медицини, що вивчає вплив психічних, передусім особистісних чинників, на виникнення соматичних захворювань, психологічні механізми перебігу хвороб, зв'язки між характером психічного стресора та ураженням певних органів і систем. Комітет експертів ВООЗ із психосоматики свідчить, що не менш ніж 50% стаціонарних ліжок у світі займають пацієнти з психосоматичною патологією.

Вихідним пунктом психосоматичного процесу є певний психічний стан або зміна станів, які викликають фізіологічну реакцію організму. Найбільш вираженою ця реакція буває при емоційних відхиленнях та афектах, наприклад, при радості, гніві, страху. Деякі автори говорять про "мову органів": "вхопило за серце", "це розриває серце", "впав камінь з серця", "стислося серце", "що в тебе на серці", "він безсердечний", "добре, м'яке серце"... .

Був проведений ряд експериментів, що виявляли соматичну реакцію на психічні емоційні процеси. Голлман "звинуватив" групу здорових студентів медичного факультету в недбайливому ставленні до навчання. У тих, хто реагував на це зауваження, він визначав частіше пульсу, підвищення артеріального тиску (АТ), хвилинного об'єму крові. Пфейффер і Вольф спостерігали підвищення АТ групи здорових осіб під час дискусії про їх емоційні проблеми. Інші автори знаходили підвищення рівня холестеринів в крові під час екзаменів і т.д,

Однак є психосоматичні реакції, що не мають вираженого емоційного компоненту. Наприклад, вид лимона, тобто прямий подразник, що діє на органи чуттів, викликає слиновиділення. Але слиновиділення відбувається також при одному лише уявленні лимона. Обидва ці процеси відбуваються в функціональних структурах 1-ї сигнальної системи. Але вихідним пунктом може бути дія і через 2-гу сигнальну систему - словесне описання лимона, що вторинно викликає уявлення про нього. (Якщо студентам на лекції словесно описати розрізаний лимон, слиновиділення буде позитивним у 95-100% учасників).

В проведених прикладах ми маємо справу з результатами умовності: прямі подразники, уявлення та словесне описання викликають відповідні умовні рефлекси.

Фізіологічні реакції психічних процесів можуть відбуватися в різних областях та системах організму:

А) зміни з боку серцево-судинної системи; почастищення серцебиття, зміна АТ, в основному, підвищення його; звуження або розширення судин (збліднення чи почервоніння шкіри).

Крім звичайної реєстрації зміни пульсу та АТ, застосовують плетизмографію для реєстрації зміни кровопостачання;

Б) зміни дихання: затримка, уповільнення або почастішання дихальних рухів (реєструється на пневмографі);

В) реакції травного тракту: посилена моторика шлунку, схильність до блювоти, підвищена перистальтика кишківника з прискореним пересуванням вмісту та можливою схильністю до проносів; уповільнена моторика з пригніченням шлунково-кишкової активності та закрепамми. Підвищена секреція слини, або, навпаки, знижене слиновиділення з відчуттям сухості в роті. Але при виникненні слиновиділення відносну малу участь приймає емоційний компонент, який значно більше виражений при виникненні шлункових реакцій, як це підкреслює Барклі: "Шлунок є одним з найбільш чутливих органів тіла та реагує на всі емоції".

Г) сексуальні реакції. Готовність до їх виникнення залежить від розвитку і стану гормональної готовності, однак психічні процеси при цьому грають роль важливого пускового механізму. При виді сексуального партнера або при фізичному контакті з ним відбувається ерекція статевого члена, набухання клітора та секреція в генітальній області, поруч з іншими нейровегетативними супутніми явищами, такими, як зміни дихання, кровообігу та м'язового тону. При більш сильному сексуальному тонусі для виникнення цих реакцій достатньо лише уявлення про сексуального партнера чи сексуальної дії.

Д) мимовільні м'язові реакції, як наприклад, тремор (тремтіння), які можна зобразити графічно, або зміни м'язового напруження, які можна зафіксувати за допомогою електроміографії.

Є) пітливість (особливо долонь) є загальновідомою реакцією при емоційних відхиленнях. Вона грає суттєву роль в зміні шкірно-гальванічної реакції (ШГР), що реєструється психогальванометром.

Вихідним пунктом є певний стан організму, що викликає психічну реакцію. Прикладом може бути почуття голоду, що призводить до відчуття невдоволення, напруги, втоми, але також - і до фізичної активності, що спрямована на насичення. На фізіологічному рівні мова йде про вплив гіпоглікемії на клітини ЦНС. Іншим прикладом може служити почуття спраги.

Стрес і психосоматичні розлади

Ланг навів безперечний факт збільшення кількості хворих на гіпертонію в період блокади Ленінграду німецькими фашистами під час другої світової війни. Горват (Чехословаччина) знайшов гіпертонію у 11% телефоністок.

Г.Сельє, автор теорії стресу, характеризує діалектику стресу наступними словами: "Мета фактично не в тому, щоб уникати стресу. Стрес є складовою частиною самого життя. Це є природний побічний продукт будь-якої нашої діяльності, уникати стресу було б так само невірно, як відмовлятися від їжі, від фізичних рухів або ж від кохання. Для того, щоб найбільш повно проявити себе, необхідно спочатку визначити свій оптимальний стресовий рівень і у відповідності з ним використовувати свою адаптаційну енергію в тій мірі і в тому напрямку, котрий найкращим чином відповідає природженому влаштуванню думки і тіла". Дослідження стресу показали, що повний відпочинок не виявляє доброї дії на організм і окремі органи. Стрес в помірних дозах є необхідним для життя. Крім того, вимушена бездіяльність може викликати більший стрес, ніж нормальна діяльність.

Шкідливі психічні фактори зустрічаються практично завжди в соціально-психологічній області сучасної цивілізації. Звідси назва "хвороби цивілізації", значна частина яких відноситься до психосоматозів.

Отже, діяльність органів і систем безпосередньо пов'язана з діяльністю психіки людини. Тіло і душа - це єдине ціле. Тому патологічний процес, викликаючи зміну функціонування внутрішніх органів, обов'язково призводить до зміни психічної діяльності і навпаки.

Згідно дослідження ВООЗ, психічні порушення у 4 з 10 випадків в країнах ринкової економіки призводять до інвалідності. В Україні в сумарній втраті працездатності при всіх захворюваннях частка психоневрологічних захворювань складає 10,5%.

Пацієнти з психічними розладами часто (до 75% випадків) звертаються за допомогою до лікарів первинної ланки. Але, згідно з міжнародними даними, ці лікарі лише в 10 - 30% випадків встановлюють діагноз депресії, яка є найпоширенішим психічним порушенням.

Отже, саме життя обумовлює необхідність інтегрування психології та психіатрії в практику лікарів первинної ланки охорони здоров'я.

Численні дослідження показали, що між соматичними та психічними захворюваннями є чіткий і не випадковий взаємозв'язок. Тому окремо аналізувати особливості клініки соматичних та психічних порушень, очевидно, недоцільно.

Будь-яке захворювання, навіть якщо воно не супроводжується виразними змінами мозкової діяльності, обов'язково змінює психіку хворого та його поведінку у зв'язку з появою нових, відсутніх до хвороби форм реагування пацієнта на цю хворобу. Мова йде про вплив страху, хвилювання, турботи хворого за наслідки і кінцевий результат захворювання.

Ряд соматичних захворювань мають психопатологічні прояви. Деякі медикаментозні засоби, особливо при їх тривалому застосуванні, можуть мати побічні ефекти з боку психіки від легкої астенії до психотичних станів.

Не викликає сумніву і той факт, що більше 1/3 хворих, які звертаються до лікаря з соматичними скаргами, є по суті практично здоровими особами, які потребують лише корекції емоційного стану.

Психосоматична медицина являє собою підхід до вирішення медичних проблем, основою якого є врахування комплексності соматопсихосоціальної взаємодії при оцінці механізмів виникнення, особливостей перебігу та терапії захворювань.

Необхідно звернути увагу на такий психосоматичний аспект, недостатньо висвітлений у вітчизняній літературі, як взаємодії в системах хворий - лікар, хворий - його сім'я, лікар - сім'я хворого.

Пацієнт, незалежно від віку, легко чи тяжкохворий, який орган у нього ушкоджений, повинен бути впевнений, що зустріне лікаря, який відповідно до потреб приділить увагу його проблемам - біологічним, духовним і соціальним. Цю проблему може вирішити, наприклад, лікар сімейний.

Не кожна довготривала хвороба або втрата працездатності, чи вона психічного, чи фізичного характеру, має своїм наслідком "хронічну хворобливу поведінку".

Під цим поняттям ми розуміємо той випадок, коли суб'єктивне відчуття хвороби пацієнтом, отже і подальша поведінка, не відповідає даним медичного огляду. Це означає, що пацієнти поведуться так, ніби вони хворі тяжче, ніж визнано лікарем.

Хвора людина особливо потребує спілкування, її переживання і відносини можуть змінитися через хворобливий стан, що часто виражається мовою тіла, Сімейний лікар повинен бути перекладачем таких очевидних симптомів. Це вимагає планомірного оформлення цих стосунків. Тому необхідно створити особливий домашній клімат, який забезпечує особисту індивідуально спрямовану допомогу. Під час діагностичної фази треба враховувати симптом, причому не тільки на органічному, але й на афектному рівні.

Пацієнт підтверджує свою довіру до лікаря тим, що пропонує йому свої скарги, не соромлячись, при цьому він повинен знайти можливість сформулювати свої проблеми. Сімейний лікар повинен співчутливо ставитись до скарг пацієнта і сприймати їх не тільки як медичне буття, але й як психічну та соціальну причину проблем хвороби, перевіряти та брати їх до відома. Так між лікарем і пацієнтом виникають справжні партнерські двосторонні стосунки.

Діяльність серця тісно пов'язана з чуттєвим життям.

Біль - це суб'єктивне відчуття, яке виходить за межі власного сприйняття. Втручання з психологічною підтримкою для пацієнтів з гострим інфарктом міокарда ефективно тільки тоді, коли ступінь стресу високий. Цей ефект дає більший шанс вижити, якщо минув рік після пережитого інфаркту. У пацієнтів без істотного дистресу ефекту немає. У пацієнта з диспулсом і без психосоціального втручання через 5 років виявлено підвищення смертності.

Під загрозою розвитку інфаркту знаходяться люди честолюбні, орієнтовані на змагання і роботу, чия поведінка позначена агресивністю, суперництвом. Сімейний лікар повинен роз'яснити, що ця поведінка шкодить здоров'ю, що куріння, алкоголь теж негативно впливають на роботу серця. Біль - це суб'єктивне відчуття, яке виходить за межі власного сприйняття. Втручання з психологічною підтримкою для пацієнтів з гострим інфарктом міокарда ефективно тільки тоді, коли ступінь стресу високий. Цей ефект дає більший шанс вижити, якщо минув рік після пережитого інфаркту. У пацієнтів без істотного дистресу ефекту немає. У пацієнта з диспулсом і без психосоціального втручання через 5 років виявлено підвищення смертності.

Під загрозою розвитку інфаркту знаходяться люди честолюбні, орієнтовані на змагання і роботу, чия поведінка позначена агресивністю, суперництвом. Сімейний лікар повинен роз'яснити, що ця поведінка шкодить здоров'ю, що куріння, алкоголь теж негативно впливають на роботу серця.

Але бувають випадки, коли хворий не може виконати ці поради. Тоді ефективними є заняття спортом під керівництвом лікаря (коронарні групи), комбінування елементів групової терапії з аутотренінгом.

В наш неспокійний час багато людей отримує стреси. Основні симптоми при цьому такі: серцебиття, біль в грудях, задуха. Особливості травматичного стресу - труднощі в спілкуванні.

Багаторічний досвід медичних досліджень показує, що 90 % людей, що перенесли травматичний стрес, потребують психологічної або психіатричної допомоги.

Умовно можна виділити 3 клінічні форми розладів: невротична реакція; афективно-шокова та інші форми дезадаптивного характеру.

З клінічних порушень типовими є: порушення сну (40%), головний біль (35 %), почуття важкості в голові (27 %), тривога (85 %), тремор рук (15 %), почуття психічного дискомфорту (34 %), тахікардія (17 %).

При обстеженні такого хворого лікар повинен вибрати оптимальне співвідношення між фармакотерапевтичним та психотерапевтичним методами корекції.

Основною умовою в адаптації травмованої особистості до умов звичайного життя є її включення до взаємодії з іншими людьми. Близькі люди, як правило, створюють захисну оболонку навколо людини, яка перенесла травму, їй це край необхідно. Питання про надання психотерапевтичної допомоги стає з особливою гостротою в тих випадках, коли травмована людина не має підтримки ззовні, особливо близьких людей.

Якщо простежити динаміку захворювань ендокринної системи, то можна помітити зв'язок між початком патології захворювання і психічною травмою. В результаті нервового напруження виникає можливість реалізації в поведінці раніше сформованої емоційно насиченої установки. Нейтралізувати патогенну напругу можна при створенні іншої установки, більш широкої в змістовному відношенні, в рамках якої протиріччя між першочерговим прагненням і перешкодою усувається.

Для того, щоб навчити пацієнтів конструктивно розв'язувати стресові ситуації, потрібно навчити їх повірити в здатність свого організму справитися з психічно травмуючими ситуаціями різного ступеня патогенності.

Власне, в зв'язку з підвищенням рівня психосоматичних розладів розвиток психічної культури, як складової частини культури загальнолюдської, має велике значення.

Відомо, що стрес переживається не тільки в момент події, але і в віддалений період. Напруга впливає на пацієнта, на захисну систему його організму.

Психотерапія хворих на виразку шлунка, дванадцятипалої кишки має свої особливості. Невротичний стан хворих є не тільки причиною патологічного процесу, але й супутником, й наслідком.

Терапевтичне можна спробувати усунути захворювання шляхом дієтичного харчування. Але дуже важливу роль відіграють депресивні настої пацієнта. Тому потрібні консультації з лікарем, підтримуючі психотерапевтичні бесіди. Агресивність прискорює проходження їжі через шлунок, страх або сильні емоції уповільнюють його за рахунок пилороспазму. Під впливом страху, депресивних думок знижується секреція соляної кислоти, перистальтика і кровопостачання шлунка. Конфліктні ситуації підвищують шлункову секрецію і, затакуючись, спричиняють зміни слизової оболонки. Змінена таким чином слизова особливо вразлива.

Таким чином, щоб швидше вийти з важкого психічного стану, потрібна консультація лікаря-медичного психолога.

Розрізнення психосоматичних та соматопсихічних процесів в певній мірі є штучним. Обидва ці процеси відбуваються у взаємозв'язку, часто в формі зворотнього зв'язку. Зворотній зв'язок може бути:

А) негативним: наприклад, почуття голоду викликає діяльність, результатом якої є насичення і відновлення внутрішньої фізіологічної рівноваги.

Б) позитивним: відчуття страху викликає прискорення серцебиття, що в свою чергу, наводить на думку про ураження серця, сприяє посиленню страху та подальшому посиленню неприємних відчуттів в ділянці серця. Це спостерігається тоді, коли процес іде на межі норми і патології, або це просто патологічний процес.

Крім різноманітних короткотривалих психосоматичних реакцій, що з'являються в напружених життєвих ситуаціях (наприклад, тахікардія у закоханого чи відсутність апетиту при смутку), виділяють ще 4 великі групи розладів іншої якості:

Конверсійні симптоми (лат. *conversio* - сходження) - символічний вираз невротичного (психологічного) конфлікту, їх приклади - це істеричні паралічі, психогенна сліпота (амавроз) або глухонімота (сурдомутизм) , блювота, больові відчуття. Всі вони - первинні психічні феномени без тканинної участі організму. Тіло тут служить якби сценою символічного виразу суперечливих відчуттів хворого, які пригнічені і витіснені в несвідоме.

Психосоматичні функціональні синдроми виникають частіше також при неврозах. Такі "соматизовані" форми неврозів іноді називають "неврозами органів", системними неврозами або вегетоневрозами. На відміну від психогенної конверсії, окремі симптоми тут не мають специфічного символічного значення, а є неспецифічним наслідком тілесного (фізіологічного) супроводу емоцій чи інших подібних до них психічних станів. Зокрема, деякі варіанти ендогенних депресій часто імітують яке-небудь соматичне захворювання, "маскуються" під нього. Такі депресії прийнято називати "маскованими", ларвованими або соматизованими депресіями.

До групи функціональних психосоматичних синдромів часто також відносять і деякі психофізіологічні захворювання (психосоматози) - в їх основі лежить первинно тілесна реакція на конфліктне переживання, пов'язана з патологічними змінами в органах (ці зміни поступово переходять з функціональних (зворотніх) в морфологічні (незворотні). Відповідна спадкова схильність може впливати на вибір органа. Перші прояви психосоматозів виникають в будь-якому віці, але частіше вони починають фіксуватися уже в ранній юності у осіб з певними і постійними особистісними характеристиками. Після маніфестації захворювання набуває хронічного або рецидивуючого перебігу і вирішальним провокуючим фактором виникнення чергових загострень для хворого є психічний стрес.

Іншими словами, етіопатогенез власне психосоматичних розладів в значній мірі, особливо на ранніх стадіях захворювання, пов'язаний з психологічно значимими для особистості психологічними подразниками з оточуючого середовища. Однак функціональні зрушення, що виникають паралельно з боку внутрішніх органів на більш пізніх етапах, призводять до їх деструкції, тобто до органічних змін, і захворювання набуває рис типового соматичного, фізичного страждання.

Історично до цієї групи відноситься сім класичних психосоматичних захворювань:

- есенціальна гіпертонія;
- бронхіальна астма;
- виразкова хвороба шлунка і 12-палої кишки;
- неспецифічний виразковий коліт;
- нейродерміт;
- ревматоїдний артрит;
- гіпертіреоїдний синдром ("чікагська сімка" по Р. Alexander, 1968).

Психосоматичні розлади, пов'язані з особливостями емоційно-особистісного реагування і поведінки - схильність до травм і інших видів саморуйнівної поведінки (вживання алкоголю, наркотиків, тютюну, переїдання з послідуочим ожирінням та ін.)

Існує ряд психодинамічних концепції, що пояснюють психосоматичні захворювання.

1. Конверсійна модель

Конверсійна модель була висунута спочатку Зігмундом Фрейдом в 1985 році в його роботі "Студії істерії", пізніше була сформульована нова концепція відповідно до тріб-теорії. Дана модель пояснює здійснення певних тілесних симптомів в ділянці довільної нервової системи (напр., істеричний параліч) як результат і вираз внутрішньопсихічного конфлікту. Ядром конфлікту є бажання, яке походить як правило, з едіпальної фази розвитку лібідо. Це явище, феномен отримало назву конверсія (від лат. *conversio* - сходження). Вибір симптомів відбувається не випадково, вони символічно виказують вид лежачого в основі конфлікту і даний конфлікт вирішується через розбудову симптому (первинна вигода від хвороби).

2. Теорія Ф. Александера (конфліктів, специфічних для певної хвороби) . Теорія, розроблена Ф.Александром в 40-х роках XX ст., є ще по сьогодні найкраще розробленою й найбільш завершеною. Дана теорія виходить з того, що в основі кожного психосоматичного розладу, а також неврозів, лежить далеко ідучий несвідомий емоційний конфлікт. Даний конфлікт заключається в зіткненні двох потреб або потреби і її заборони. Ні в якому разі потребі не буде поступок; коли блокована потреба буде виконуватися при неврозі у фантазіях, у випадку вегетативного (психосоматичного) розладу потреба виконуватися не буде; нерозряджена емоційна напруга спричиняє хронічні вегетативні зміни. Форма цих змін залежить від того, які потреби не виконуються. Якщо це, головним чином, акти агресії, то згідно теорії Ф.Александера, формується тривале збудження симпатичної нервової системи, наприклад, як у випадку з хворими на гіпертонію, коли пригальмоване агресивне напруження спочатку призводить до перманентного підвищеного тиску, що, в свою чергу, призводить до гіпертонії. Іншими хворобами, які пояснюються подібною симптоматичною активацією, є перш за все мігрень і ревматоїдний артрит. Якщо ж на передній план будуть виступати пасивно-регресивні бажання як наслідок турботи та доглянутості, які будуть блокуватися, то це перш за все призведе до парасимпатичного збудження, наслідком чого може бути пептична виразка, виразковий коліт чи астма. Яка з хвороб розвивається всередині обох великих категорій, залежить, згідно даної теорії, від спеціального основного конфлікту (специфіка конфлікту, але також і від того, як мотивована фізіологічна сила, тобто блокована потреба власне буде проявлятися).

3. Концепції алекситимії, або "pensee operateire" .

Визначення, поняття "pensee operateire" розвивалося паризькою психосоматичною школою (пов'язано з іменами Маггу, М'уран, Файн, Девід, Самі-Алі). Це поняття розвивалося на основі роботи з психосоматичними хворими і вперше було винесено для обговорення широким загалом на психоаналітичному конгресі в 1962р. Терміном "pensee operateire" позначається первинно-процесуальне архаїчне мислення, затримане (фіксоване) на конкретному та актуальному (Stephanos 1981). Термін алекситимія, який був введений кількома роками пізніше американськими психіатрами Неміах та Сіфнеос, описує феномен, тісно споріднений з (pensee operateire). Ця нещасна словесна конструкція означає нездатність сприйняти або виразити власні почуття. Особистості з алекситимією характеризуються автоматично-механістичним мисленням, збідненим світом фантазій (який виражається в висловлених банальних мріях), неможливість висловити свої почуття (замість цього спостерігається багатослівне описання соматичних симптомів), слабке навчання переносу та контрпереносу під час психоаналітичної сесії.

Інші теорії

Поруч з теорією Ф.Александера, згідно якої існують специфічні конфлікти, які ведуть до розвитку психосоматичних захворювань і визначають специфічний "вибір" (ураження) органа, розвиваються ще 2 найбільш відомі концепції специфічності:

А) концепція специфіки особистості: Дана концепція, яка в принципі повертає нас до античного вчення про типи характерів та до захворювань, характерних для даних типів, отримала більш точне формулювання і емпіричне обґрунтування американською лікаркою Flanders Dunbar (1943). За допомогою спостережень та інтерв'ю вона описала певні типи особистості, у яких певні захворювання можуть особливо часто зустрічатися; наприклад, типовими хворими на ІХС є витривалі, орієнтовані на успіх особи, що намагаються досягнути поставленої мети або типово імпульсивні, погано володіючи собою особистості, схильні до травм та нещасних випадків.

Концепція хвороб, специфічних для певних особистостей, збереглася до сьогодні і лежить в основі всіх спроб знайти типовий профіль особистості для хворих мігренню, гіпертонією або колітом; до сьогодні це нікому не вдалося (можливо винятком є грудна жаба і особливо інфаркт міокарда, який статистично достовірно частіше виникає у певного типу особистості, який визначається через певний характерний для даної особистості тип поведінки).

Б) теорія специфічності поведінки, яка була розроблена Grace I Graham (1952), говорить про те, що певні ситуації, пов'язані з особистими змінними, призводить до певних відношень (або поведінки), до ситуації (напр., я не хочу мати з ним ніякої справи), які знову викликають типові соматичні симптоми.

Психосоматична медицина (психосоматика) - це психіатрично-терапевтична галузь медицини, яка займається лише тими соматичними захворюваннями, які можна трактувати як результат теперішніх або минулих психологічних (емоційних) конфліктів.

Інше визначення: психосоматика - це психіатрично-терапевтичне (чи психіатрично-інтерністське) вчення про відношення між тілом і душею (Roche: Medizinlexikon). В сучасній медицині ці відносини десятиріччями якщо не ігнорувались, то їм не надавалось належної уваги.

Сучасна медицина розвивається завдяки новітнім технічним досягненням як медицина органів. На передній план виступають тілесні, соматичні недуги.

Психосоматика в жодному разі не означає надання меншої уваги тілесним недугам, не протиставляє тілесні недуги душевним, а навпаки – акцентує значення душевних, психічних конфліктів в ґенезі тілесних недуг.

Будь-яку патологію можна (і слід) розглядати з різних перспектив:

1. Соматична перспектива: пацієнт має соматичні скарги; можна виявити патологічні зміни та порушення функцій певних органів; психічні симптоми не грають суттєвої ролі.

Лікування захворювання однозначно спрямоване на органічні зміни в органах та системах.

2. Психічна перспектива: пацієнт має психіатричні скарги; можна виявити патологічні зміни і порушення з боку психіки; органічні симптоми (тобто симптоми ураження певних органів і систем) не грають суттєвої ролі.

Лікування однозначно спрямоване на подолання психіатричної симптоматики.

3.Психосоматична перспектива:

а) пацієнт скаржиться на тілесні недуги, але не можна виявити органічних порушень органів та систем. Психічні симптоми пригнічені.

Лікування мусить бути спрямоване на розкриття психічних (психіатричних) симптомів.

б) пацієнт скаржиться на тілесні недуги (надає велику кількість соматичних скарг), можна виявити патологічні зміни в певних органах, психічні симптоми пригнічені.

Лікування мусить бути спрямоване на органічні зміни і мусить розкривати психічні взаємозв'язки.

Психосоматичні захворювання - це фізичні захворювання або порушення, причиною виникнення яких є афективна (емоційна) напруга (конфлікти, невдоволення, гнів, страх, тривога й ін.). Психологічні чинники відіграють роль і при інших захворюваннях: мігренях, ендокринних розладах, злоякісних новоутвореннях. Проте варто розрізняти справжні психосоматози, виникнення яких визначається психічними чинниками і профілактика яких повинна бути спрямована насамперед на їхнє усунення і корекцію (психотерапія і психофармакологія), та інші захворювання, на динаміку яких психічні і поведінкові фактори роблять істотний вплив, змінюючи неспецифічну резистентність організму, але при цьому не є першопричиною їх виникнення.

З позицій нейрофізіології в емоційних процесах задіяні як центральні (таламус, лімбічна система, структури активації і винагород), так і периферичні структури (катехоламіни, гормони кори надниркових залоз, вегетативна нервова система). Надмірні за силою чи тривалістю подразники змінюють функціональний стан ЦНС і периферичної нервової системи (А.І.Введенський і І.П.Павлов). При цьому порушується умовно- рефлексорна діяльність, утрачається диференціація умовних рефлексів. У гострій формі можливий зрив у бік збудження або гальмування. Так можуть виникати функціональні порушення і так називані “*locus minoris resistentiae*”. Існує зворотній зв'язок (індукція або редукція конфлікту); система постійного зворотного зв'язку визначає можливість терапевтичного впливу.

Патогенетичні механізми психосоматичних захворювань

Шкідливі чинники, що є стресовими для конкретного організму, викликають перенапруження адаптаційних процесів у корі мозку. Там на тлі загальних динамічних зрушень виникають ніби функціональні вогнища застійного збудження і гальмування, пов'язані з патологічно фіксованими негативними емоціями у відповідь на явний чи прихований від свідомості стрес-фактор.

Залежно від онтогенезу хворого та перенесених ним захворювань місця найбільшої патології у кожному окремому випадку є різними. Отже, гострий або хронічний психічний стрес-фактор викликає еволюційно запізнену біологічну адаптацію. Виникає емоційне напруження, яке активізує нейроендокринну та ВНС. Змінюється судинна система внутрішніх органів. Спочатку зміни мають функціональний, зворотній характер, але при тривалому і частому повторенні вони стають органічними, незворотними.

Патогенез соматичних захворювань не може бути пояснений дією одного чинника: вони перебувають у складній взаємодії і мають власну ієрархію у кожному окремому випадку.

Виникає питання, чому в одних випадках при нервових розладах в майбутньому може виникати захворювання судинної системи, в інших - виразкова хвороба, а в третіх - порушення ендокринної діяльності тощо. Багато дослідників пояснюють цю “вибірковість” тим, що ушкоджений орган (чи система) перебував у передпатологічному стані. ‘Нервовий удар’ лише сприяє завершенню формування патології “*locus inoris resistentiae*” - “місця найменшого опору”. “Вибір органу” зумовлений також характером стресору. Зокрема, для виникнення психосоматичного захворювання значущими є такі психологічні чинники.

●Бронхіальна астма. Серед рис особистості відзначають істеричні, іпохондричні, тривожні. Психоаналітики вбачають у симптомі бронхоспазму символічне відбиття внутрішнього конфлікту особистості між потребою у ніжності і страхом перед нею. Головного значення у розвитку астми надають пригніченню матір'ю емоційних проявів дитини у ранньому дитинстві - крику, плачу та ін. Батьківські сім'ї таких хворих відрізняються стриманістю у проявах емоцій; батьки прагнули контролювати та забороняти ініціативу своїх дітей, блокувати несанкційовані емоційні прояви (ніжність, гнів). Напади астми сильнішають, коли хворий змушений боротися із почуттям гніву до тих авторитетних осіб, хто відмовляє йому у бажаній любові.

- Гіпертонічна хвороба. Типовим є внутрішньоособистісний конфлікт між агресивними імпульсами та потребою в залежності від значущих осіб, а також “перфекціонізм” - завищений рівень забаганок із прагненням досягти високих соціальної мети і стандартів суспільного життя. Ці риси призводять до хронічного стресу і підвищеної готовності до психосоматичного реагування. Серед рис характеру домінують інтроверсія, емоційна лабільність, істероїдність. В етіології хвороби значна роль належить конфліктові, напруженій боротьбі, оскільки ця група осіб гірше адаптується до стресових ситуацій, створюються при зміні життєвих стереотипів.

- Ішемічна хвороба серця та інфаркт міокарда. Безпосередньо перед захворюванням хворим притаманні виразний перфекціонізм, мотивація на досягнення високої соціальної мети. Такі люди відзначаються високою квапливістю у справах, нетерплячістю, відчуттям нестачі часу, почуттям високої відповідальності, азартністю. Такий тип характеру отримав назву «стрес-коронарний профіль», «тип А» чи «сізифів тип», що відображає прагнення утримувати себе у стані безперервного емоційного напруження і конкуренції. Характерними є «занурення у роботу», на все інше просто не вистачає часу: це пояснюється тим, що у ситуаціях, орієнтованих на досягнення вищої мети, у таких людей справи йдуть краще, ніж у сім'ї чи при спілкуванні з друзями.

●Виразкова хвороба шлунка та 12-палої кишки. В преморбіді відзначаються пригнічена потреба залежності і прагнення споживати любов і турботу. Варіантами є: а) «тиранічний пацієнт», що вирізняється внутрішньою залежністю від оточення і водночас – страхом перед цією залежністю. Як реакція гіперкомпенсації в поведінці визначається прагнення до тиранічного пригнічення оточуючих зі спалахом агресії в разі невдач. Деякі з цих хворих мають схильність до алкоголізації; б)хворі з патологічними рисами («неврозом») характеру, схильні «розсіювати» агресивне напруження на оточуючих: глузують з них, висловлюють постійне незадоволення, буркочуть і т. ін. Це спричиняє негативне ставлення до них інших осіб. Така реакція ще більше спонукає хворого проявити агресію, формуючи «хибне коло».

●Цукровий діабет. Виділяють 3 психологічні механізми, що сприяють хворобі: а) внутрішньоособистісні конфлікти і потреба любові компенсаторно задовольняються актом харчування за формулою «їжа – любов». Високий апетит і схильність до ожиріння призводять до стабільної гіперглікемії, яка в кінцевому результаті функціонально ослаблює секреторну діяльність островців Лангерганса підшлункової залози; б) як наслідок ідентифікації харчів із любов'ю, знищення (блокування) любові спричиняє переживання стану голоду, що посилюється незалежно від вживання їжі. Формується «голодний» метаболізм, який відповідає метаболізму хворого на діабет; в) неусвідомлені побоювання, що трапляються протягом всього життя, призводять до постійного реагування за типом «уникнення-боротьба», що супроводжується гіперглікемією. Оскільки психологічна напруга адекватно не реалізується, діабет може розвинути з початкової гіперглікемії.

●Виразковий коліт та хвороба Крона. Серед етіологічних чинників дискутують щодо бактеріальної, вірусної та імунологічної теорії. Але головною психологічною проблемою особистості є алекситимія (від лат. «а»- відсутність, «lexis»- слово, «thimos»- емоції) – обмежена здатність сприймати власні відчуття, особливо тривогу, адекватно виражати їх словами, експресивно їх передавати. Виявлені риси інфантильності, схильність до депресивних реакцій як наслідки пригнічення агресивних імпульсів та емоцій. Алекситимія властива певною мірою усім соматичним хворим, більше - чоловікам і загалом визначає пасивно-оборонний стиль поведінки хворих у стресових ситуаціях.

●Ожиріння. Якість та кількість їжі, що вживається, може бути індикатором психосоціальної позиції. У народів, які багато страждали на голод, їжа відігравала роль нагороди, її надмірна кількість була ознакою благополуччя і престижу. Прагнення до ожиріння є підсвідомим «нарощуванням» захисних споруд навколо «Я» і може бути захистом від небажаного шлюбу, невдач у соціальних стосунках. Воно часто спостерігається у людей із незадоволеною потребою у самовиявленні або як компенсація невдалого сімейного життя.

Таким чином, в психологічних механізмах психосоматичних захворювань пролягають передумови хроніфікації хвороби, недостатнього ефекту традиційної фармакотерапії, зв'язку рецидивів із душевним станом людини.

В цих випадках виразної й тривалої ремісії можна досягти лише застосовуючи у комплексі терапевтичних заходів і психотерапію, спрямовану на розв'язання особистісних конфліктів, і гармонізацію внутрішнього світу людини.

Поняття про внутрішній конфлікт. Типи конфліктів

Психічний конфлікт – одночасне існування протилежно спрямованих і несумісних одна з одною тенденцій (потягів, бажань) у свідомості людини, між окремими людьми чи групами. Протікає з гострими протилежно забарвленими емоціями і є джерелом психічної травматизації. Має кілька типів:

- Внутрішньоособистісний (внутрішньопсихічний) конфлікт – зіткнення приблизно рівних за силою, але протилежно спрямованих мотивів, потреб, потягів та ін. Нерозв'язаний конфлікт (як і стрес, який неможливо усунути) кінець кінцем народжує капітуляцію, відмову від пошукової поведінки, спричиняє розвиток психосоматичних захворювань. Такі хворі традиційно звертаються до терапевтів загального профілю, відмовляючись визнавати у себе психологічні проблеми. Психіатри при цьому часто діагностують депресію.

● Міжоособистісний (ситуаційний) конфлікт- конфлікт особи із зовнішньою ситуацією чи людьми. Часто є чинником розвитку психогенних хвороб. Конфліктна ситуація занурює людину в емоційний стрес. За умов надто сильної або тривалої психотравми це може призвести до:

- а) активації антистресорних систем організму з досягненням повної резистентності і формуванням витривалості до стресору;
- б) розвитку неврозу;
- в) розвитку соматовегетативних розладів з виходом у психосоматоз;
- г) розвитку неврозу разом із значними соматовегетативними розладами.

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

- зв'язок із психотравмуючою ситуацією;
- наявність мотиву захворювання (патогенетичного) ;
- відображення в клінічних проявах преморбідних рис особистості;
- залежність ефекту лікування від розв'язання психотравмуючої ситуації.

Незважаючи на присутність у клініці неврозів і психосоматозів однакових компонентів - психогенного і біологічного - їх співвідношення є різними. При неврозах головна роль належить психогенному чинникові і додаткова - факторам ризику; при психосоматичних захворюваннях специфіка хвороби визначається біологічними чинниками, а психогенні фактори відіграють ініціюючу роль.

Оскільки в усій системі хибних зв'язків, які спричиняють формування психогенних захворювань, вирішальне значення має «емоційна гіпертензія», ефективною профілактикою є спрямування емоційної домінанти у безконфліктну корисну діяльність із будь-якою позитивною метою. Нераціональним і патогенним є прагнення стримати емоції, настільки ж шкідлива звичка вільного випуску будь-яких емоцій на зовні. Слід «розряджати» емоції методами, корисними для постраждалого і водночас нешкідливими для оточуючих. «Необхідне виховання емоцій, які ... як фізіологічний феномен так само піддаються вихованню і тренуванню, як і наші м'язи» (А.П.Анохін).

В останні роки всі недоліки "чистої" органної медицини проглядаються все чіткіше, і тому в багатьох лікарів з'являється цілком зрозумілі острахи і непевність, коли вони зіштовхуються з психічною стороною хвороби.

Лікар, який застосовує в своїй практиці психосоматичні підходи, концентрується не тільки на тілесні, соматичні недуги, він приймає до уваги також духовні та соціальні фактори, тобто він враховує по можливості всі хвороботворні фактори з соціального оточення пацієнта в діагностиці та лікуванні.

Психосоматика в жодному разі не означає надання меншої уваги тілесним недугам, не протиставляє тілесні недуги душевним, а навпаки – акцентує значення душевних, психічних конфліктів в ґенезі тілесних недуг.

Розділення психосоматичних і соматопсихічних процесів безперечно є дещо штучним. Обидва ці процеси проходять взаємопов'язане, дуже часто у формі зворотного зв'язку. Наприклад - почуття голоду викликає діяльність, результатом якої є насичення і відновлення внутрішньої фізіологічної рівноваги - мова йде про негативний (пригнічувальний) зворотний зв'язок. Проте, коли процес проходить вже на межі з патологією, або саме в області патології, наприклад, відчуття страху викликає тахікардію, що в свою чергу наводить на думку про ураження серця та сприяє збільшенню страху і подальшому посиленню неприємних відчуттів в ділянці серця, йдеться вже про позитивний посилюючий зв'язок. Характер психосоматичної реактивності значною мірою є індивідуально обумовленим.

Підсумовуючи дану тему, можна сказати, що психосоматози (психічно обумовлені соматичні порушення) є фізичними захворюваннями або порушеннями, в патогенезі яких важливу роль відіграють психічні фактори (особливості характеру і темпераменту, особливості нейрофізіологічних процесів, особливості реагування на конфлікти, напруженість, незадоволення, душевні страждання і т.п.). В загальному вважають, що механізм виникнення психосоматозів наступний: психічний стресовий фактор викликає афективне напруження. Афект розглядається як міст між психічною і соматичною областями. При стримуванні афекту, коли моторні і вегетативні прояви повністю або частково блоковані, активується нейроендокринна система і проходять зміни в судинах і внутрішніх органах. Спочатку ці зміни носять функціональний характер, проте, при більшій тривалості і частому їх повторенні можуть стати органічними і незворотними.

Результати наших досліджень (Вітенко І.С. 1999р.) показали, що лікарю для встановлення та з'ясування системокомплексу, який призводить до психосоматичних захворювань слід з'ясовувати, перш за все, чинники, які призводять до переживань особистості, а в наступному і до розвитку хвороби. З'ясовано, що це насамперед переживання, пов'язані з:

а)хворобою (ефективність та перспективи лікування);

б)сім'єю (конфлікти в родині з приводу взаємовідносин, дітей, дітей і батьків) та сексуальними відносинами (дисгармонія, імпотенція, фригідність);

в)навчанням та працею (відданість мотивації інтересу, низькі показники успішності та ін.);

г)соціальною ситуацією в мікро- та макрооточенні суспільства (нестабільність, пов'язана з економікою, національними відносинами і т.д.).

Лікар ніколи не повинен забувати підтверджену практикою істину, що лікувати треба не хворобу, а хворого як єдину психосоматичну взаємовпливаючу систему.

Дякую за увагу!



Міжнародний гуманітарний університет
Факультет медицини та громадського здоров'я
Факультет стоматології та фармації
Дисципліна «Основи психології»

**Психологічні аспекти залежної поведінки.
Суїцидальна поведінка, профілактика і раннє
розпізнавання суїцидальних тенденцій.
Психологічні аспекти умирання та смерті**

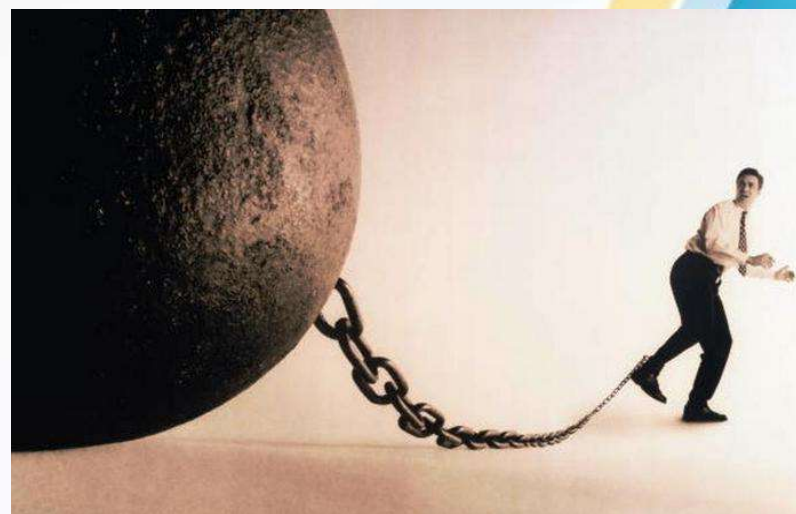
Доцент кафедри
внутрішніх хвороб МГУ
к.м.н. Гнідой І.М.

Психологічні аспекти залежної поведінки. Суїцидальна поведінка, профілактика і раннє розпізнавання суїцидальних тенденцій. Психологічні аспекти умирання та смерті. Евтаназія

АНТІСУЇЦИД.



При залежній (аддиктивній) поведінці психологічний механізм, маючи звичайно розбіжності в деталях, загалом має багато спільних рис. Розрізняють залежність від прийому психоактивних речовин (алкогольна, тютюнова, амфетамінова, опіїдна залежність, зловживання «легкими» наркотиками і летючими токсичними речовинами т.ін.) та uzалежнення від певних видів діяльності (надцінні захоплення, зокрема, інтернет-залежність, патологічна азартна гра).



- Проблемою це стає тоді, коли захоплення переростає в залежність. Набуває над цінного відтінку, стає домінуючим в свідомості, віддаляє особистість від нормальної діяльності, соціальної активності, звужує або взагалі усуває спілкування. Коло інтересів uzалежненого звужується до настирливих думок про предмет uzалежнення, нічого з того, що раніше приносило радість і пробуджувало інтерес не може зрівнятись з предметом uzалежнення.
- Такі люди поступово можуть втрачати професійну кваліфікацію і соціальні зв'язки, опиняються в маргінальних прошарках суспільства, часто втягуються в кримінальні ситуації.
- Хоча в сучасних класифікаціях психічних розладів зловживання психоактивними речовинами і патологічна азартна гра розміщені в різних діагностичних категоріях, психологічні механізми мають багато спільного.



- Зазвичай первинним поштовхом буває прагнення самоствердження у молодих людей, підкреслене бажання незалежності при відсутності або недостатності вольових якостей, самоконтролю і критичності до себе.
- Локус контролю у більшості узалежнених первинно зміщений назовні: в усіх своїх негараздах вони схильні звинувачувати інших або фатальний збіг обставин, так само і успіхи вони пояснюють щасливим випадком.
- В дитинстві ці люди часто є надмірно залежними від батьків чи компанії, прагнучи обірвати цю залежність, вони обирають іншу.
- Тому лікування узалежнених є настільки важким і тривалим і потребує не лише позбавлення надходження в організм психоактивної речовини або відлучення від над цінної діяльності, але і глибинної переробки патологічних психологічних механізмів, які роблять особистість вразливою до узалежнення.

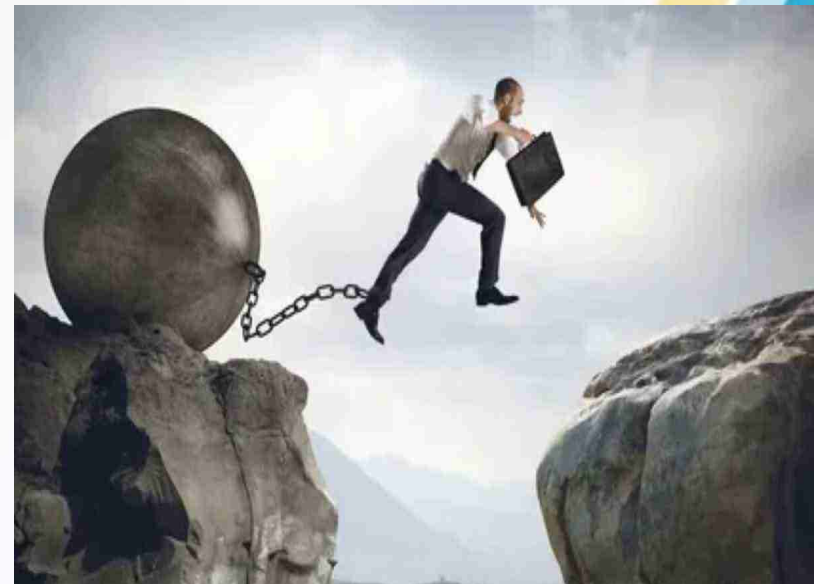
- Частим захисним механізмом uzалежнених є раціоналізація.
- Картаючись докорами сумління, вони часто вмовляють самі себе, що це «тимчасово», «я можу це покинути в будь-який момент», тощо, хоча в глибині душі кожен визнає, що приймає речовини чи займається над цінною діяльністю тому, що це – єдине.
- Що для нього залишилось приємним, а до усього іншого інтересу немає.
- Внутрішня мотивація uzалеженого до звільнення від залежності є великим позитивним чинником для успішного лікування і реабілітації.
- Дуже позитивним моментом є виважена, терпляча позиція сім'ї uzалеженого, прагнення допомогти позбутись шкідливої звички.

Часто, декларуючи вголос бажання позбавити чоловіка від пияцтва чи тяги до азартних ігор, члени сім'ї підсвідомо намагаються утримати status quo, оскільки отримують від цього певний психологічний зиск. Скажімо, жінка звикла бути в ролі «нещасної жертви» чоловіка-пияка, отримуючи від цього мазохістичне задоволення своєю довготерплячістю і звитяжними намаганнями «зберегти сім'ю», з позбавленням чоловіка від пияцтва вона також втратить роль «відчайдушної героїні», в якій вже звикла бути (можливо ще за часів виховання в батьківській сім'ї). Тому, говорячи про сім'ї узалежнених, ми часто вживаємо термін **«співзалежність»**, не у вузькому сенсі узалежнення речовинами чи діяльністю інших членів сім'ї (хоча це також не рідкість), а у сенсі, що зазвичай хронічне вживання психоактивних речовин або зловживання певними видами діяльності підсвідомо підтримуються іншими членами сім'ї задля збереження нехай хиткої, але рівноваги патологічної системи, в яку перетворюється сім'я узалежненого (як приклад, можна навести короткий витяг з бесіди системного терапевта з матір'ю Інтернет-залежного юнака: «Уявімо собі, що на завтра Ваш син втратив цікавість до інтернету. Що тоді відбуватиметься?». На це мати відповіла тривалою мовчанкою, а потім невпевнено сказала: «Спочатку я радітиму... Потім ми будемо весь час сваритися. А відтак він піде з дому...»).

- Значною медико-психологічною проблемою сьогодення є зростаюча кількість самогубств в різних вікових групах і соціальних прошарках людей. Причому на зростання кількості самогубств суттєво не впливає економічний розвиток країни. Багато людей у кризові періоди свого життя обмірковують самогубство, а деякі – здійснюють свої наміри. Згідно з даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) щорічно від самогубств гине більш як 600 тис. осіб. Для багатьох країн світу суїцид став однією з гострих соціальних проблем.
- Самогубство є складною формою поведінки, на яку впливають психологічні, соціальні. Ідейно-філософські, біологічні, геокоосмічні та інші чинники.
- Різні аспекти цього явища зумовлюють його дослідження з загальнопсихологічної, патопсихологічної, психопатологічної, соціально-психологічної, психодіагностичної, психокорекційної, психолого-педагогічної, психолого-вікової позицій.

- **Суїцид (самогубство)** – навмисне само ушкодження з метою спричинення собі смерті.
- Не будь-яка ауто агресивна поведінка (поведінка, спрямована на нанесення собі шкоди) є суїцидальною, так само, як і не всі випадки, коли людина заподіює собі смерть, можна вважати суїцидом (це може бути нещасний випадок, результат галюцинаторних чи маячних переживань тощо).

Отже, ауто агресивна поведінка – це специфічна форма особистісної активності, спрямована на завдання шкоди своєму соматичному або психічному здоров'ю.



З огляду на специфіку дій індивіда розрізняють такі види ауто агресивної поведінки:

1)суїцидальна поведінка – усвідомлені дії, метою яких є позбавлення себе життя;

2)суїцидальні еквіваленти – неусвідомлені дії та умисні вчинки, які призводять до фізичного (психічного) саморуйнування або самознищення, хоча на це не розраховані;

3)несуїцидальна аутоагресивна поведінка: різні форми навмисних самоушкоджень, метою яких не є смерть або вчинення яких не є небезпечним для життя.

Парасуїцидальна поведінка

- Французький філософ, соціолог Еміль Дюркгейм відрізняв самогубство від спроби самогубства, трактуючи її як припинення самовбивчого акту до настання смерті. За його словами, до суїциду подібні вчинки людей, які ризикують власним життям, віддаються небезпечним заняттям, ризикованим видам спорту, пов'язаним із грою зі смертю, надмірно виснажують себе роботою, недбало ставляться до свого здоров'я, зловживають алкоголем, тютюном, наркотиками, сексом, нехтують безпеками тощо.
- Від власне суїциду така поведінка (іноді її називають парасуїцидальною) відрізняється тим, що не пов'язана з мотивацією, що спрямовує кожен вчинок на смертельний фінал.

Парасуїцидальна поведінка може бути вмотивована по-різному і за різними критеріями вирізняють такі її види:

- неусвідомлюваний суїцид (глибинне підсвідоме бажання смерті, що не постає у свідомості суб'єкта як мотив, але спонукає його до ризикованої активності;
- **ризикована гра і ризикована** безпечність, що часто поєднується з прийомом алкоголю, наркотиків, психоделічних препаратів;
- психопатологічний і афективно-невропатичний суїцид

Серед самогубств, скоєних психічно **хворими людьми** виокремлюють чотири види:

1. Маніакальне самогубство - під впливом галюцинацій чи маячних ідей.
2. Самогубство меланхоліків – під впливом глибокої депресії.
3. Самогубство під впливом нав'язливих ідей.
4. Автоматичне (імпульсивне) самогубство – раціонально не мотивоване.

Суїцид **психічно здорової людини** реалізується як вибір нею смерті для досягнення мети за адекватної свідомості і афективно-невротичного стану, що не досягає патологічного рівня. **Американські вчені Н.Фарбероу і Р. Літман визначили такі типи суїцидальної поведінки психічно здорових людей:**

Суїцид **психічно здорової людини** реалізується як вибір нею смерті для досягнення мети за адекватної свідомості і афективно-невротичного стану, що не досягає патологічного рівня. Американські вчені Н.Фарбероу і Р. Літман визначили такі типи суїцидальної поведінки психічно здорових людей:

1) **демонстрація свого дистресу іншим без бажання вмерти.** На цей тип припадає приблизно **30%** усіх суїцидальних актів. Мета демонстрації дистресу без бажання померти реалізується як підсвідоме прагнення вплинути на інших, привернути увагу до своїх проблем, викликати співчуття, налякати, застерегти. Сюди можна віднести більшість самогубств дітей та підлітків. Якщо наміри вплинути на інших усвідомлюються і визнаються суб'єктом, поведінку називають демонстративно-шантажною.

- 2) Суїцид із вираженим амбівалентним (суперечливим, роздвоєним) ставленням до смерті та сподіванням на шанс чи долю в останньому кроці. Суб'єкт, який скоює такий вчинок, визнає нестерпним свій стан розгублення і відчаю, хоча зберігає слабку надію на інший спосіб вирішення проблеми. Амбівалентність спричинює підсвідомий вибір «легкого» самогубства, яке можуть помітити і припинити інші. Незавершені суїциди дають рецидиви, здійснюються повторно, аж до летального завершення. Серед суїцидентів, які так діють, прагнення до смерті може бути тривалим і сталим, короткочасним, але рецидивуючим, миттєвим, імпульсивним, рецидивним;
- 3) **Наявність справжнього наміру вбити себе.** Особи, які готуються до суїциду, виявляють свої наміри відповідними висловлюваннями (відвертими або маскованими), ретельно убезпечуються від того, що могло б завадити здійсненню задуму.

Форми суїцидальної поведінки

Виокремлюють внутрішню (психічну) і зовнішню (дієву) форми суїцидальної поведінки. До внутрішніх форм суїцидальної поведінки відносять:

- суїцидальні думки - міркування суб'єкта про відсутність цінності і сенсу життя, обґрунтування доцільності власної смерті, обмірковування способів, засобів самогубства;
- суїцидальні задуми (пов'язують уявний суїцид із реальним) і являють собою мисленнєві операції. В яких формується суїцидальний намір, обирається спосіб, визначаються засоби і час скоєння самогубства;
- суїцидальні наміри (утворюються із задумів і вольового рішення, що безпосередньо спонукає до дії) – мотиваційний феномен, який пов'язує внутрішньо-психічну і зовнішньодієву складові вчинку.

- Усі ці феномени виникають та розгортаються у внутрішній сфері особистості, і тому важко піддаються виявленню без використання спеціальних методик.
- Зовнішні форми суїцидальної поведінки включають в себе суїцидальні спроби і завершені суїциди.
- Суїцидальна спроба – цілеспрямоване оперування засобами самогубства, яке внаслідок певних причин не закінчується смертю
- Особи, яким не вдався суїцид, здебільшого кажуть, що шкодують про скоєне. Але частота самогубств серед них протягом наступних 12 місяців після спроби приблизно в 100 разів перевищує середню.



До найпоширеніших психічних особливостей, які сприяють суїцидальності, належать:

- емоційна в'язкість – зосередження на певному емоційному стані, панування цього стану. Це називають невротичним за циклюванням – постійне внутрішнє повторення переживань, пов'язаних із неприємними подіями;
- дратівливість, вразливість, висока конфліктність, вибуховість;
- слабкий особистісний психічний захист, зокрема недостатній опір емоційним навантаженням;
- неадекватна самооцінка (може бути завищеною або заниженою);
- гіпертрофована потреба самореалізації, невпевненість у собі, прагнення досягти високого статусу і визнання поєднуються з усвідомленням відсутності необхідних для цього підстав;
- симбіотичність, потреба в розумінні і підтримці, розвинута емпатійність. Незадоволена потреба може зумовити фрустраційне невдоволення, невропатичну тугу;
- слабкий вольовий контроль, утрудненість вольових зусиль при прийнятті рішень, несаможиттєвість;
- низька активність, що суперечить свідомим настановам суб'єкта і спонукає його вважати себе «нікчемною»;
- песимізм – інтегрований прояв депресивних переживань, станів;
- схильність до самозвинувачень;
- високий рівень тривожності;
- особистісна незрілість, інфантильність. Властива інфантильним особам імпульсивність зумовлює високу ймовірність суїцидальних дій.

- В емоційній сфері суїцидентів виокремлюють:
 - високий рівень ситуативної і особистісної тривожності;
 - переживання тривоги, пригніченості, безпорадності, безнадії;
 - гіперболізоване почуття провини, страх;
 - самозвинувачення і відчай у зв'язку з невинністю того, що сталося;
 - стурбованість, неспокій, незадоволення, злість, гнів;
 - гетероагресія (спрямована на інших) та ауто агресивні афекти.
- Важливою передумовою для прояву суїцидальної активності є збіг таких чинників:
 - сприятливий щодо суїцидальності перебіг біологічних і психічних процесів, що спричиняють високий рівень особистісної схильності до суїциду;
 - тяжкі, конфліктні, кризові життєві колізії;
 - життєві події, що власне спонукають до самогубства

Виділяють наступні типи особистісного смислу суїцидальної мотивації:

1. Протестні форми суїцидальної поведінки. Мета: негативно вплинути на значущих для суїцидента осіб (групи), які вороже ставляться до нього. Суб'єкт передбачає, що карою для кривдників буде каяття, муки сумління, моральні терзання і громадський осуд. Цей тип суїцидальної активності ґрунтується на високій самооцінці, трансформації гетеро агресії в ауто агресію.
2. Самогубство-заклик. Покликане активізувати допомогу, втручання з метою радикальної зміни ситуації.
3. Уникнення покарання або страждання. Цей тип самогубства зустрічається у невиліковно хворих, особливо самотніх людей похилого віку, а також у людей, що дізнались про наявність у них хвороби з поганим прогнозом і вирішили не чекати болі і страждань.

4.Самопокарання. Виступає протестом у внутрішньому плані особистості, внутрішнім конфліктом між «Я-суддя» і «Я-підсудний».

5.Самогубство-відмова. Зовнішньо неспровоковане екзистенційне небажання жити, часто є імпульсивним і не до кінця усвідомленим самим суїцидентом. Людина втрачає інтерес до життя і не вбачає в ньому цінності.

- Щодо тендерного співвідношення, то для жінок більш властиві самогубства протестної форми, часто вони носять незавершений демонстративно-шантажний характер, переважаючий психотип жінок-потенційних суїциденток – нейротичний екстраверт. Інші види самогубств більш властиві чоловікам, найбільш розповсюджений психотип – стабільний інтроверт.

Серед факторів суїцидальності неповнолітніх виокремлюють наступні:

- нерозуміння, неприйняття неповнолітнього значущими іншими, що викликає переживання образи, самотності, відчуження;
- смерть, розлучення, втеча з сім'ї когось із батьків, що породжує відчай, розпач, образу;
- зневага, вражене самолюбство, наслідком чого є злість, образа, ненависть, агресія, прагнення помсти;
- приниження, знущання, що провокує ненависть, злість. Відразу до себе;
- небажання визнати свою неправоту. Провину, попросити вибачення як наслідок дії хворобливих егоїстичних емоцій;
- любовно-сексуальні ексцеси, невдачі, вагітність, зрада;
- погрози, шантаж, примушування, насильство і залякування;
- навіювання некрофільства, самознищення через засоби масової інформації.

Багаторічні дослідження особливостей різних груп людей, що намагались вчинити самогубство, виявили певні характеристики, пов'язані із суїцидальною поведінкою:

- 1) демографічні,
- 2) медичні,
- 3) інші характеристики.

Знання цих факторів необхідне для оцінки ризику суїцидальної поведінки.

1) Соціально-демографічні фактори:

- Стать. Чоловіча (рівень суїцидів у чоловіків у три-чотири рази вищий, ніж у жінок, у жінок приблизно втричі вищий рівень суїцидальних спроб).
- Вік 45-65 років. До груп високого ризику відносяться також підлітки (12-24 роки), чоловіки 20-30 років, обидві статі старші 60 років. Максимальна кількість суїцидальних спроб у віковому діапазоні 25-29 років.
- Сімейний статус – неодружені, розведені, овдовілі, бездітні і самотні.
- Освіта і професійний статус – безробітні, а також особи із вищою освітою і високим професійним статусом. Особливо ризикові професії: військові, лікарі – насамперед, психіатри і анестезіологи.

2) Медичні фактори:

- Психіатрична патологія: депресія; алкогольна і наркотична залежності; шизофренія; розлади особистості.
- Соматична патологія – важкі хронічні прогресуючі захворювання: онкологічні і органів кровотворення; серцево-судинні (ІХС); органів дихання (астма, туберкульоз); вроджені і набуті вродливості; втрата фізіологічних функцій (зору, слуху, здатності рухатись, статевої функції); ВІЛ-інфекція; стан після важких операцій; стани після трансплантації донорських органів і тканин.

3) Інші фактори

- Біографічні фактори:
 - Гомосексуальна орієнтація (підлітки обох статей, дорослі чоловіки);
 - Суїцидальна поведінка родичів, близьких, друзів, інших значущих осіб (релігійні лідери, кумири поп-культури тощо).
- Ситуаційні фактори:
 - 1)смерть близької людини, особливо одного з подружжя;
 - 2)розлучення;
 - 3)втрата роботи;
 - 4)вихід на пенсію;
 - 5)вимушена соціальна ізоляція, особливо від сім'ї і друзів (еміграція, вимушене переселення, ув'язнення);
 - 6)сексуальне насильство;
 - 7)небажана вагітність (у підлітків);
 - 8)«втрата обличчя» (ганьба, приниження – у підлітків)

До поведінкових індикаторів суїцидального ризику відносять:

- зловживання психоактивними речовинами, алкоголем;
- ескейп-реакції (втеча з дому, уникання);
- самоізолювання від інших людей і життя;
- різке зниження повсякденної активності;
- зміна звичок, наприклад, незвична недбалість у зовнішньому вигляді;
- переважання в розмовах, читанні тематики смерті і самогубства;
- часте прослуховування жалобної чи сумної музики;
- «приведення справ у порядок (оформлення заповіту, листи до родичів і друзів, погашення боргових зобов'язань, роздарювання особистих речей).

Можна виділити певні «ресурси», що допоможуть уникнути кризисної суїцидальної ситуації

1) Внутрішні ресурси, тобто «сильні сторони» людини, котрі є основою її життєвої стійкості і збільшують вірогідність позитивного подолання кризи.

2) Зовнішні ресурси або обставини, котрі мають вплив на індивіда і опосередковано допомагають йому.

Внутрішні ресурси:

- інстинкт самозбереження;
- інтелект;
- соціальний досвід;
- комунікативний потенціал;
- позитивний досвід вирішення проблем.

Зовнішні ресурси:

- підтримка сім'ї і друзів;
- стабільна робота;
- релігійність;
- стає матеріальне становище;
- медична допомога;
- індивідуальна психотерапевтична програма.

Психологічні аспекти помирання і смерті

- На жаль, перед деякими хворобами медицина залишається безсилою і кожен медичний працівник рано чи пізно стикається з проблемою помирання і смерті. В минулому “душевну втіху” помираючим хворим надавали священники. Нині цей обов’язок розповсюджується також на лікарів, медсестер, психологів.
- Типові реакції на небезпеку чи близькість смерті:
 - а) покора і спокійне прийняття невідворотного;
 - б) пасивна капітуляція, що проявляється в апатії і байдужості;
 - в) втеча в звичайні балачки і спогади;
 - г) втеча в фантазії про безсмертя;
 - д) компенсаторна діяльність корисна (завершення роботи, подорож) або шкідлива (зловживання токсичними речовинами, сексуальні ексцеси).

- Е.Кеблер-Росс виділяє наступні фази хронічного смертельного захворювання:
 - А) усвідомлення наявності важкої хвороби;
 - В) внутрішнє заперечення небезпеки;
 - С) роздратування і гнів (за схемою “Чому я?”);
 - Д) депресія з суїцидальними думками і спробами, частіше спонтанними;
 - Е) домовленість – строк в уявленні відкладається (“фаза угод”);
 - Ф) активне примирення із смертю, хоча зберігається певна надія;
 - Г) якщо надія зникає – пасивна капітуляція, втрата інтересу до оточуючого.
- Фази можуть бути більш чи менш вираженими, повторюватись, в залежності від ходу хвороби і лікування.

- Медичні працівники прагнуть полегшити стан невиліковного хворого симптоматичним, паліативним лікуванням, незначними маніпуляціями, що можуть мати сприятливий вплив як плацебо.
- Слід дотримуватись принципу доброго догляду і намагатись зменшити фізичний дискомфорт.
- Слід уникати маніпуляцій, що самі по собі болючі чи неприємні.
- Слід намагатись переключити увагу хворого на більш приємні чи цікаві враження або спогади.
- Забезпечити належний контакт з близькими.
- В розмовах з хворим бажаний партнерський, не авторитарний стиль, “вміння слухати”, навички подолання складних і неприємних елементів контакту.

Медицина і смерть

- Наука про вмирання і смерть називається **танатологія**. Психологія клінічної смерті ґрунтується на спірних і ненадійних свідченнях. Деякі люди, що були виведені із стану клінічної смерті, розповідають, що бачили світло. Що ставало все більш яскравим, котре одночасно лякало в притягувало їх. Це світіння, що не піддається описанню, позбавляло їх будь-яких думок і переживань. Повернення до життя сприймалось ними як хворобливе явище.
- В новому зв'язку проявляється проблема евтаназії (в перекладі з грецької – «щаслива смерть»).



Активна евтаназія

Активна евтаназія – це зумисне умертвіння задля припинення страждань за вимогою помираючого чи без неї. Правовий порядок забороняє це, активна евтаназія розглядається як вбивство. Щоправда в деяких високорозвинених країнах дискутується питання про легалізацію активної евтаназії. Історія знає трагічні приклади знищення 40 000 психічно хворих в нацистській Німеччині, відносно недавні справи «медсестер-вбивць» і «доктора Смерть».

Пасивна евтаназія

Пасивна евтаназія – це обмеження чи виключення особливо складних лікувальних методів, котрі могли б продовжити життя ціною подальших страждань, але не врятувати його. Йдеться про скорочення дистаназії («поганого вмирання»). На відміну від активної евтаназії, яку називають «методом наповненого шприцу», це – «метод відкладеного шприцу». Не зважаючи на те, що і пасивна евтаназія може бути проблематичною, вирішальною тут є «мораль даної ситуації», за якою лікар оцінить з точки зору інтересів і стану хворого і реальних лікувальних можливостей усі «за» і «проти». Це в свою чергу накладає на лікаря ще більший моральний обов'язок, який може ставати тягарем сумнівів і докорів сумління.

- З точки зору сучасної етики еутаназія в медицині взагалі неприпустима. Вона суперечить лікарському обов'язку, його гуманістичному змісту. В будь-якому випадку, лікар не може сприяти смерті. Крім того, реалізація еутаназії на практиці відкриває шлях для карних злочинів. І де гарантія того, що лікар, вдавшись до еутаназії, не припускається лікарської помилки?
- Багаторічний досвід роботи в реанімаційних відділеннях показує, що хворий, навіть найтяжчий, допоки він в свідомості, не прагне помирати (навіть коли під впливом болю він закликає смерть). Сучасний рівень медицини може забезпечити хворому стан, при котрому він не страждатиме. І тому лікар, в силу свого професійного обов'язку, повинен до самого кінця робити усе можливе, щоб попередити смерть, продовжити життя хворого. В будь-якому випадку, хворий не має страждати від болю, спраги, нестачі повітря чи інших тяжких відчуттів, почувати психічне напруження чи неспокій. Сучасні лікарські середники дають можливість позбавити його від таких відчуттів.

Продовження функціонування мозку

Іншою важливою проблемою реаніματοлогії і танатології є продовження строків гаданої чи клінічної смерті, розробка заходів по реанімації головного мозку. Затримана смерть – це поняття, що виникло із нових умов лікування і догляду. Апарати керованого дихання і штучного кровообігу, штучна нирка, електричні стимулятори функцій здатні підтримувати діяльність організму протягом місяців і років, часто за відсутності діяльності кори головного мозку. При припиненні цих штучних заходів життя зазвичай швидко припиняється. Тривала ішемія – аноксія мозку у реанімованих хворих призводить до втрати інтегральної функції головного мозку, насамперед, кори великих півкуль. Тому проблема захисту мозку має ґрунтовний деонтологічний зміст – повернути людину не лише до життя, але і до творчої трудової діяльності.

Припинення життєдіяльності мозку

Діагноз смерті мозку, незворотне руйнування речовини мозку, включаючи кору великих півкуль, мозочок, підкоркові структури, стовбур, означає визнання людини мертвою при працюючому серці (печінці, нирках) в умовах штучної вентиляції легень і відмову від проведення реанімаційних заходів. Значною мірою поштовхом для встановлення діагнозу смерті мозку став розвиток трансплантології. Встановлення діагнозу смерті мозку покладається на кваліфіковану комісію в складі реаніматологі, невропатолога, електрофізіолога, лікаря, відповідального за лікування основного захворювання, на основі критеріїв, встановлених правовим законодавством. При цьому враховуються клінічні критерії, результати електроенцефалографічних досліджень (ЕЕГ), комп'ютерної томографії, ангіографії судин головного мозку. Обов'язковим є встановлення етіології захворювання, виключення впливу гіпотермії, медикаментозної інтоксикації, дії релаксантів, депресантів тощо.

- ПИТАННЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ:

1. Психологічні аспекти залежності від психоактивних речовин.
2. Надцінні захоплення (азартна гра, Інтернет-залежність), порушення харчової поведінки.
3. Психологічні особливості uzалежнених в лікувальному процесі.
4. Сімейні та соціальні відносини uzалежнених. Поняття співзалежності.
5. Суїцидальна поведінка: психологічні аспекти.
6. Суїцидальна спроба і суїцид: мотиви, цілі.
7. Різновиди суїцидальної поведінки.
8. Своєчасне виявлення суїцидальних ідей та намірів.
9. Особливості суїцидальної поведінки дітей та підлітків.
10. Особливості суїцидальної поведінки невиліковно хворих.
11. Психологічні особливості суїцидальної поведінки у психічно хворих та uzалежнених.
12. Психологічні аспекти умирання та смерті.
13. Поняття еутаназії, затриманої смерті. Медико-психологічні проблеми реаніматології.
14. Медико-психологічні проблеми трансплантології.

Дякую за увагу!

РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА

ОСНОВНА

1. Медична психологія :державний національний підручник. /Спіріна І.Д.та ін. К.: Ліра ЛТД ,2012. 442 с.
2. Вікова та педагогічна психологія : навч. посіб. / Скрипченко О. В. та ін. К.: Каравела, 2019. 400 с.
3. Гончаренко Н. В Психологічні засади збереження психічного здоров'я майбутніх лікарів. Актуальні проблеми психології : зб. наук. пр. Ін-ту психології імені Г. С. Костюка НАПН України. К., 2014. Т. X, вип. 26. С. 193-206.
4. Загальна теорія здоров'я та здоров'язбереження : колективна монографія / за заг. ред. проф. Ю. Д. Бойчука. Харків: Вид. Рожко С. Г., 2017. 488 с.

ДОДАТКОВА

1. Мухамед'яров Н. Н. Формування здорового способу життя: теоретичний аспект. Вісник Харківської державної академії культури. 2013. Вип. 39. С. 249-256.
2. Основи психогігієни та психопрофілактики: навч. пос. / Н. Є. Афанасьєва. Х.: НУЦЗУ, 2016. 91 с.
3. Психологія здоров'я людини / За ред. І. Я. Коцана. Луцьк: РВВ-Вежа Волин. нац. ун-ту ім. Лесі Українки. 2014. 430 с.
4. Психічне здоров'я особистості: результати оцінювання та рекомендації для інтеграції охорони психічного здоров'я в систему первинної медичної допомоги та громадські платформи в Україні. К.: Міжнародний медичний корпус за підтримки Групи Світового банку, 2017. 146 с.
5. Психічне здоров'я особистості у кризовому суспільстві: збірник матеріалів IV Всеукраїнської науковопрактичної конференції / уклад. З. Р. Кісіль. Львів: Львівський державний університет внутрішніх справ, 2019. 312 с.
6. Прокопенко А. В. Психогігієна : навчальний посібник. Острог : Видавництво Національного університету «Острозька академія», 2014. 229 с.
7. Савчин М. Здоров'я людини і духовний особистісний і тілесний виміри : монографія. Дрогобич : ПП «НОСВІТ», 2019. 232 с.
8. Святенко Ю.О. Тренінг особистісного зростання. К., 2017. 108с
9. Стрельбицька С. М. Технології формування компетентності здоров'язбереження майбутніх соціальних працівників в процесі підготовки у ВНЗ. Актуальні проблеми викладання фахових дисциплін у вищій школі : збірник тез I Міжнародної науково-практичної конференції. Одеса : Фенікс, 2014. С. 90-94.
10. Стрельбицкая С. М. Памятка родителям : Доступно про метадон и метадоновой наркоманию. По материалам семинаров – практикумов / кол. авт.; отв. ред. Жогно Ю. П., Довгий Ю. В. Одеса : МЦ «Доктор Благо Плюс», 2012. 24 с.
11. Терлецька Л.Г. Психологія здоров'я: арт-терапевтичні технології : навч. посіб. Київ : ВПЦ "Київ. ун-т", 2015. 119 с
12. Тимофєєва М.П. Психологія здоров'я. Чернівці: Книги ХХІ, 2009. 296 с.

Інформаційні ресурси:

1. <http://vuzlib.com/content/category>
2. <http://www.nbuv.gov.ua/>
3. <http://lib.kture.kharkov.ua/>
4. <http://www.psy-science.com.ua/PsInsUa.html>
5. http://www.social-science.com.ua/jornal_content/
6. http://chitalka.info/ps_26/index.html
7. http://valeolog.net/userfiles/978_1.pdf
8. http://esnuir.eenu.edu.ua/bitstream/123456789/1349/3/psychol_zdor_navch.pdf