

МЕДИЧНА ПСИХОЛОГІЯ

Підручник для студентів вищих навчальних закладів

За загальною редакцією академіка С. Д. Максименка

Видання третє, дороблене і доповнене

Том II

Київ – 2023

УДК 159.97:616.89(075.8)
М42

*Рекомендовано до видання Вченою радою Інституту психології
імені Г.С. Костюка НАПН України протокол №3 від 27.02.2023 р.*

Рецензенти:

І.О. Мітюряєва-Корнійко – доктор медичних наук, професор, зав. кафедри педіатрії №4 Національного медичного університету імені О.О. Богомольця;
Н.Ф. Шевченко – академік Національної Академії наук вищої освіти України, доктор психологічних наук, професор;
О.Д. Спіріна – доктор психологічних наук, професор.

Авторський колектив:

Максименко С.Д. – розділи 1, 2, 3, 4, 5;
Максименко К.С. – розділи 2, 4;
Коваль І.А. – розділи 4, 5;
Максименко С.Д. спільно з **Шпартун О.М.** – підрозділ 1.1, 5.1, 5.3;
Бондаренко О.Ф. – підрозділи 4.1, 4.1.1, 4.1.2;
Луньов В.Є. спільно з **Гудкін Л.М.** – розділ 3;
Кочарян О.С. спільно з **Баріною Н.В.** і **Баріновим С.А.** – підрозділ 2.1.7;
Тарнавська О.В. – підрозділи 4.5.2, 4.5.3, 4.5.4, 5.5.

М42 **Медична психологія:** підручник / за редакцією академіка С.Д. Максименка. Том II. 3-е вид. доробл. і доповн. Київ: «Видавництво Людмила», 2023. 520 с.
ISBN 978-617-555-096-0

Підручник містить систематизований виклад основних розділів медичної психології, викладених з позиції цілісної особистості, яка на різні впливи оточення реагує різноманітними психічними та соматичними змінами. Уперше комплекс медико-психологічних знань подано з точки зору психології особистості та у поєднанні з психіатрією, психосоматичною медициною, соціальною психологією. Пацієнт розглядається не тільки як об'єкт діагностики і терапії, але й як суб'єкт зі складним психологічним світом, що індивідуально реагує на хворобу і умови мікросоціального середовища. Розвиток і поглиблення психологічного аспекту медичної моделі хвороби дозволяють сприймати хворого не як нозологічну одиницю, а як неповторну індивідуальність.

Значна увага приділена психології лікувальної взаємодії, морально-етичним заходам роботи з пацієнтами. Процес лікування різних захворювань, що супроводжується низкою психологічних явищ, пов'язаних з внутрішньою картиною хвороби, особистістю хворого, лікаря і терапевтичними методами, що застосовуються, розглядається як явище, що чинить як позитивний, так і негативний вплив.

Підручник укладено згідно з МКХ-11 та з урахуванням DSM-V. Для студентів вищих навчальних закладів.

УДК 159.97:616.89(075.8) ББК 88.48я73

ISBN 978-617-555-096-0
© С.Д. Максименко, 2023

ЗМІСТ

Розділ 3. ВНУТРІШНЬОЇ КАРТИНИ ЗДОРОВ'Я ОСОБИСТОСТІ: АТРИБУТИВНО- СТИЛЬОВИЙ ПІДХІД.....	5
3.1. Атрибутивні стилі в розумінні концептів здоров'я: феноменологія особистісного опосередкування.....	5
3.2. Психосемантична інтерпретація емоцій та емоційних станів особистістю: стилістичний підхід	17
3.3. Концептуалізація внутрішньої картини здоров'я людини	30
Список використаних джерел	46
Розділ 4. Психічні та соматичні розлади особистості.....	64
4.1. Здоров'я як системне поняття.....	64
4.1.1. Клінічні аспекти психологічної та медичної норми і патології	64
4.1.2. Психічні та соматичні розлади як основні об'єкти дослідження медичної психології	78
4.2. Соціально-психологічні чинники захворювань.....	80
4.2.1. Вплив психічної травми на формування та особливості перебігу психопатологічних змін особистості	80
4.2.2. Поняття життєвої кризи. вікові кризи.....	86
4.2.3. Стрес як причина захворювання.....	101
4.3. Психологічні особливості соматичних захворювань особистості... ..	115
4.3.1. Внутрішньоособистісний конфлікт як причина виникнення соматичних захворювань.....	115
4.3.2. Психологічні особливості соматичних захворювань особистості.....	127
4.3.3. Внутрішня картина хвороби	130
4.3.4. Основні принципи психологічного аналізу змін психіки у соматичних хворих.....	136
4.3.5. Формування невротичних реакцій у соматичних хворих.....	136
4.3.6. Нозогенії (психогенні реакції) при соматичних захворюваннях	138
4.4. Психосоматичний підхід у медичній психології	140
4.4.1. Поняття психосоматичного розладу	140
4.4.2. Класифікація психосоматичних розладів	144
4.4.3. Схема психосоматичних співвідношень.....	147

4.4.4. Етіологія і патогенез психосоматичних розладів.....	148
4.4.5. Особистісні особливості психосоматичного пацієнта.....	151
4.5. Психологічні та патопсихологічні особливості в клінічній практиці	152
4.5.1. Психологічні складові хірургії.....	152
4.5.2. Психологічні складові акушерства і гінекології	161
4.5.3. Психологічні складові педіатрії.....	175
4.5.4. Психологічні складові терапії	185
4.5.5. Психологічні складові дерматології.....	201
4.6. Психічні розлади	202
4.6.1. Критерії психічного здоров'я.....	203
4.6.2. Класифікація і діагностика психічних розладів	205
4.6.3. Поняття психічних розладів у психології	208
4.6.4. Соматоформні розлади.....	210
4.6.5. Етіологія і патогенез невротичних та соматоформних розладів	216
4.6.6. Невротичні розлади	221
4.6.7. Афективні розлади настрою (F3)	230
4.6.8. Статеві (сексуальні) дисфункції.....	239
4.6.9. Розлади зрілої особистості і поведінки у дорослих (F6)	255
Розділ 5. Психологія лікувальної взаємодії.....	279
5.1. Психологічні питання деонтологічного дискурсу	279
5.2. Деонтологічні засади психологічної та медичної діяльності	283
5.3. Етико-моральні чинники професійного й особистісного становлення лікаря-психолога	286
5.4. Лікар як особистість. Професійна придатність до медичної діяльності.....	288
5.5. Спілкування у процесі ефективної лікарської діяльності	297
5.6. Професійна деформація лікаря	323
5.7. Синдром емоційного вигорання у лікарів та психологів	328
5.8. Психологічні аспекти роботи медичного психолога	334
5.9. Психологічні аспекти лікувальної діяльності	344
Додатки	352

РОЗДІЛ 3.

ВНУТРІШНЬОЇ КАРТИНИ ЗДОРОВ'Я ОСОБИСТОСТІ: АТРИБУТИВНО- СТИЛЬОВИЙ ПІДХІД

3.1. Атрибутивні стилі в розумінні концептів здоров'я: феноменологія особистісного опосередкування

Витоки теорії атрибуції можна відшукати у працях Гайдера (Heider, 1958), який вважав, що індивіди вмотивовані розглядати власне соціальне життя як упорядковане та контрольоване, що означає потребу у розумінні причинно-наслідкових зв'язків. Келлі розробив (Kelley, 1971) найперші положення теорії атрибуції, яка передбачала, що атрибуції щодо каузальності структуруються відповідно до певної схеми, вибудованої за такими критеріями:

- Виразність: атрибуція щодо причин певної поведінки є специфічно-конкретною відносно індивіда, який виконує таку поведінку;
- Консенсус: атрибуція щодо причин певної поведінки має бути підтримана іншими;
- Стійкість у часі: така ж атрибуція щодо причинності має бути виведеною у будь-який інший момент часу;
- Стійкість у контексті: така ж атрибуція має бути виведеною у іншій ситуації.

Келлі вважав, що люди вчиняють атрибуції відповідно до цих окреслених критеріїв і що тип конкретної атрибуції (як-от висока виразність, низький консенсус, низька стійкість у часі, низька стійкість у контексті тощо) визначають міру, до якої причинний фактор поведінки розглядається як результат внутрішніх (притаманних самому індивіду) чи зовнішніх (притаманних середовищу чи ситуації) характеристик.

З плином часу теорія атрибуції пройшла значний поступ від своїх початкових положень, зокрема виникло розрізнення між са-

моатрибуціями (тобто атрибуціями щодо своєї власної поведінки) та атрибуціями щодо інших (тобто атрибуціями, вчиненими щодо поведінки інших людей). Крім того, основні критерії було доповнено та переформульовано таким чином:

- Внутрішній – зовнішній (наприклад, я не можу влаштуватися на роботу через упередженість роботодавця чи через мою непереконливу поведінку на співбесіді);
- Стабільний – нестабільний (наприклад, причиною невдачі у пошуку роботи є якась одна конкретна подія чи завжди знаходиться якась зачіпка);
- Загальний – конкретний (причина моєї невдачі у працевлаштуванні впливає на інші сфери мого життя чи лише на цю конкретну співбесіду);
- Контрольований – неконтрольований (причина моєї невдачі на співбесіді знаходиться поза моїм контролем чи я можу її контролювати).

Брікман та ін. також розрізняли (Brickman et al., 1982) атрибуції щодо причин певної проблеми та атрибуції щодо її можливого вирішення. Наприклад, алкоголік може вважати, що він відповідальний за свій алкоголізм через брак сили волі (атрибуція щодо причини), і також думати, що медицина відповідальна за те, аби повернути його до здорового способу життя (атрибуція щодо вирішення).

Теорія атрибуції також знайшла застосування у дослідженні здоров'я людини та пов'язаних із ним форм людської поведінки. Наприклад, Бредлі вивчав (Bradley, 1985) атрибуції пацієнтів щодо відповідальності за їхнє захворювання на діабет і виявив, що відчуття контролю над хворобою («Чи контролюю я (або значущі інші люди) моє захворювання на діабет?») впливало на вибір лікування цими пацієнтами. Пацієнти могли обирати серед таких варіантів: 1) інсулінову помпу - мініатюрний механічний пристрій, який фіксується на шкіру, забезпечуючи постійне постачання інсуліну; 2) інтенсивне традиційне лікування; 3) продовжувати щоденні ін'єкції інсуліну. Результати показали, що пацієнти, які обрали інсулінову помпу, демонстрували менший контроль над

власною хворобою та більший контроль, приписуваний всесильним лікарям. Таким чином, якщо людина вчиняла зовнішню атрибуцію власного захворювання і відчувала, що не несе за хворобу персональної відповідальності, то вона з більшою імовірністю обирала інсулінову помпу і виявляла більшу схильність до передачі відповідальності у руки лікарів. Подальше дослідження Кінга виявило (King, 1982) співвідношення між атрибутами щодо хвороби та регулярними відвідуваннями лікарні для перевірки на гіпертонію. Результати дослідження показали, що якщо гіпертонія розглядалася пацієнтами як зовнішня, однак контрольована, то вони виявляли більшу схильність до діагностичного візиту у лікарню («Я не відповідаю за свою гіпертонію, однак я в змозі її контролювати»).

Пропонована теорією атрибуції дихотомія «зовнішній - внутрішній» знайшла широке застосування у понятті локусу контролю щодо здоров'я. Люди тут відрізняються тим, чи розглядають вони події як контрольовані ними самими (внутрішній локус контролю), чи контрольовані зовнішніми чинниками (зовнішній локус контролю). Воллстон та Воллстон (Wallston and Wallston, 1982) розробили шкалу локусу контролю щодо здоров'я, яка дозволяє оцінити, наскільки досліджуваний розглядає власне здоров'я як контрольоване ним самим («Я безпосередньо, напряду відповідальний за своє здоров'я») або ж вважає, що на його здоров'я впливає щасливий/нещасливий випадок («Захворію я чи ні – лише питання доброї чи лихого фортуни»), або розглядає своє здоров'я як таке, що перебуває у руках могутніх інших («Я можу робити лише те, що мій лікар мені дозволяє»). Локус контролю щодо здоров'я пов'язаний із тим, чи індивід змінює власну поведінку (наприклад, кидає палити) та зі стилем комунікації, якого людина потребує від професіоналів у галузі охорони здоров'я.

Хоча поняття локусу контролю щодо здоров'я й виглядає науково продуктивним, існують однак кілька проблемних питань:

- Локус контролю – це стан чи властивість (характеристика) особистості? («Чи завжди мій локус контролю внутрішній?»)

- Чи можливо мати як внутрішній, так і зовнішній локус контролю?
- Візит до лікаря у розумінні локусу контролю є актом зовнішнього (лікар є могутнім іншим, який в змозі покращити мій стан) чи внутрішнім (Я сама визначаю стан власного здоров'я, обираючи час та регулярність взаємодій із лікарями)?

Вайнштайн припускав (Weinstein, 1987), що однією з причин, чому люди продовжують дотримуватися нездорових типів поведінки, є неточні оцінки ними ризиків та вразливостей, або ж нереалістичний оптимізм. Вчений попросив досліджуваних прочитати список різноманітних проблем зі здоров'ям і оцінити, наскільки, у порівнянні з іншими людьми того ж віку і статі, високою є ймовірність виникнення такої проблеми – вищою, нижчою чи приблизно такою самою. Результати дослідження показали, що більшість респондентів вважають себе менш схильними до появи різноманітних проблем зі здоров'ям.

Вайнштайн назвав це явище «нереалістичний оптимізм», оскільки він вважав, що не кожен пацієнт буде виявляти таке легковажне ставлення у оцінці ризиків. Вчений описує (Weinstein, 1987) чотири когнітивні фактори, які найбільше впливають на становлення нереалістичного оптимізму: 1) брак особистого досвіду з цієї конкретної проблеми; 2) віра в те, що проблемі можна запобігти індивідуальними зусиллями; 3) віра в те, що якщо проблема не виникла дотепер, то вона не виникне й у майбутньому; 4) віра в те, що проблема в принципі трапляється нечасто. Сукупність цих факторів вказує на те, що сприйняття власних ризиків далеко не завжди може бути раціональним процесом.

Намагаючись пояснити, чому оцінка людиною власних ризиків може бути помилковою і чому люди можуть виявляти нереалістичний оптимізм, Вайнштайн припускає (Weinstein, 1987), що у таких випадках спрацьовує механізм вибіркового фокусу уваги: індивіди ігнорують власну поведінку, яка збільшує ризики («Можливо, я трохи палю, але це не так вже і важливо») і зосереджуються на такій поведінці, яка зменшує ризики або не впливає на

них («Зате я принаймні не переїдаю»). Дослідник також наголошує, що основу подібної вибіркості становить егоцентризм – людина з високою ймовірністю ігноруватиме поведінку інших, спрямовану на зниження ризиків («Мої друзі не палять, але це не важливо»).

У дослідженні Гоппе та Огден (Hoppo and Ogden, 1996) учасників попросили зосередитися на поведінці, яка зменшує ризики («безпечний секс») або ж на такій, яка їх збільшує («небезпечний секс»). Дослідники вивчали нереалістичний оптимізм у питанні ризиків зараження ВІЛ. Гетеросексуальних учасників попросили заповнити опитувальник щодо їхніх переконань про ВІЛ та їхньої сексуальної поведінки. Потім досліджуваних поділили на дві групи, за ознакою збільшення ризиків чи відповідно зменшення. Учасників із групи збільшеного ризику попросили відповісти на питання на кшталт «Скільки разів від початку вашого статевого життя ви запитували партнера чи партнерку про його/її ВІЛ-статус?», оскільки дослідники припускали, що лише кілька учасників із цієї групи вкажуть, що вони роблять так часто. Досліджуваним із групи зменшеного ризику ставили питання на кшталт «Як часто від початку вашого статевого життя ви ретельно добирате своїх партнерів/партнерок?». Результати дослідження показали, що зміщення фокусу на фактори, які знижують ризик для досліджуваних, збільшувало їх оптимізм через відносне збільшення ризиків інших людей у сприйнятті самих учасників.

Транстеоретична модель поведінкових змін була розроблена ДіКлементе та Прочаска (Prochaska and DiClemente, 1982) як синтез 18 видів терапії, які охоплювали різноманітні процеси виникнення та підтримки поведінкових змін; зараз ця модель більш відома під назвою «модель стадій зміни» (МСЗ). Прочаска та ДіКлементе виділили спільні процеси у різних терапевтичних підходах та методиках і запропонували нову модель поведінкових змін на основі таких стадій:

- 1) Передспоглядання: відсутній намір робити будь-які зміни.
- 2) Споглядання: розглядається можливість змін.
- 3) Підготовка: здійснення незначних змін.

4) Дія: активне залучення до нової поведінки.

5) Підтримка: впровадження та підтримка поведінкових змін з плином часу.

Ці стадії однак не завжди відбуваються у прямій послідовності (просто переходячи від 1 до 5) – модель стадій зміни описує поведінкові зміни як гнучкі та динамічні. Наприклад, людина може переходити до стадії підготовки, а потім повертатися назад до стадії споглядання, і так кілька разів поспіль перед тим, як нарешті перейти до стадії дії. Більше того, навіть коли людина досягає стадії підтримки, вона може з часом повернутися назад до стадії споглядання.

Модель стадій зміни також описує те, яким чином людина зважає вигоди та втрати від певної поведінки. Зокрема автори моделі стверджують, що індивіди на різних стадіях змін по-різному зосереджуються як на втратах («Відмова від паління робить мене дратівливою на людях»), так і на вигодах певної поведінки («Відмова від паління покращує моє здоров'я»). Наприклад, курець на стадіях дії («Я покинула палити») та підтримки («Я не палю вже два місяці») схильний зосереджуватися на сприятливих та позитивних характеристиках цієї поведінки («Я почуваюся більш здоровою, бо кинула палити»), у той час як курці у стадії перед спогляданням схильні зосереджуватися на негативних характеристиках («Відмова від паління зробить мене дратівливою»).

Модель стадій зміни застосовується до таких форм людської поведінки, як тютюнопаління, вживання алкоголю, заняття фізичними вправами та проходження діагностичних медичних процедур (Marcus et al., 1992). Застосування моделі до відмови від паління передбачає такий набір переконань та форм поведінки на різних стадіях:

1) Передспоглядання: «Я задоволена від того, що палю і планую й далі продовжувати палити»

2) Споглядання: «Останнім часом я часто кашляю. Можливо, варто задуматися про відмову від паління»

3) Підготовка: «Я не буду палити в компанії і перейду на легші сигарети»

4) Дія: «Я нарешті покинула палити»

5) Підтримка: «Я не палю вже два місяці»

Такі люди, однак, часто повертаються до переконання про те, що вони продовжать палити (так звана схема дверей, що обертаються).

Модель стадій зміни використовують як у наукових дослідженнях, так і у якості основи для терапевтичних інтервенцій з прив'язкою до певної стадії конкретного пацієнта. Наприклад, на курця на стадії підготовки очікує інший тип інтервенції, аніж на того, хто ще знаходиться на стадії споглядання.

Модель однак зазнавала критики, зокрема з таких підстав:

- важко визначити, як саме відбувається поведінкова зміна – стадіально чи як неперервний континуум. Дослідники підкреслюють різницю між патернами, які не узгоджуються із моделлю стадій зміни та патернами, які їй відповідають;
- відсутність якісних відмінностей між стадіями може бути пов'язана або з відсутністю стадій або ж із тим, що ці стадії були неправильно виміряні та названі;
- зміни між стадіями можуть відбуватися настільки швидко, що сама наявність стадій стає неважливою;
- терапевтичні інтервенції, засновані на моделі стадій зміни, можуть працювати радше через те, що людина переконана, ніби вона отримує якусь особливу увагу, аніж через ефективність самої моделі як такої;
- поняття стадії є складним, оскільки охоплює багато змінних: поточна поведінка, спроби покинути ту чи іншу (нездорову) поведінку, намір змінитися і час від початку успішної відмови.

Мета параграфу – презентація результатів теоретичного аналізу проблеми атрибутивних стилів в розумінні здоров'я.

Виклад основного матеріалу дослідження. Медійні кампанії для просування здорової поведінки та запобігання нездорової стали одним із головних інструментів для фахівців у галузі громадського здоров'я, які намагаються досягнути кращих результатів своєї професійної діяльності. Значні обсяги коштів, часу та зусиль

щороку вкладаються у медійні кампанії як національного, так і місцевого масштабу у намаганні заохотити громадян до здорового харчування, регулярних фізичних навантажень, відмови від паління та зловживання алкоголем, і безпечного сексу. Дослідження однак показують, що успішність такого виду кампаній може значно різнитися, а ефективність нерідко є важко вимірюваною (Hornik, 2002).

Медійні кампанії можна найпростіше описати як одну із форм реалізації інформаційного контролю (Hornik, 2002), тобто застосування медійних кампаній зазвичай має на меті вплинути на певні тренди у обсязі інформації, доступної на певну тему у інформаційному просторі. Такий вплив може мати дві форми: першою є намагання збільшити обсяги доступної інформації на певну тему. Наприклад, кампанія щодо популяризації профілактичної маммографії буде прагнути збільшити обсяг публічно доступної інформації для членів громади понад той, що вже є у наявності. Другою формою впливу є те, що організатори кампанії намагаються не лише збільшити обсяги доступної інформації (кількість газетних статей, оголошень, листівок, роздаткового матеріалу) на певну тему, а й чітко окреслюють, обрамлюють цю тему як важливу проблему громадського здоров'я, роблячи відтак її більш видимою, привертаючи увагу цільової аудиторії та пропонуючи варіанти вирішення цієї проблеми (Perloff, 2002). У випадку з маммографією організатори кампанії можуть привернути увагу жінок до поширеності раку грудей і того, як раннє виявлення хвороби завдяки діагностиці може врятувати життя та здоров'я. Таким чином успішна медійна кампанія задовольнить обидва критерії, призводячи як до кількісних, так і до якісних змін у інформаційному середовищі громадськості на певну важливу тему.

Огляд літератури щодо останніх медійних кампаній для покращення громадського здоров'я дає змогу виокремити набір факторів або ж умов, від яких залежить успішність тієї чи іншої кампанії. Більшість притомних та досвідчених організаторів кампаній розуміють однак, що ці фактори/умови не з'являються у інформаційному середовищі «з чистого листа», а тому прагнуть впливати

на середовище таким чином, аби покращити ці умови/фактори та забезпечити успіх кампанії.

Успішна зміна інформаційного середовища є головною метою більшості медійних кампаній у сфері громадського здоров'я, а наднадачею відповідно є зміна поведінки населення для запобігання поширенню хронічних захворювань. Кампанії традиційно розглядаються як організаторами, так і цільовою аудиторією як ініціативи, обмежені у часі та зосереджені на вузчому колі питань чи проблематик; планування кампанії неодмінно зосереджене на громадянах і на тому, як можна змінити їхні установки та поведінку за допомогою «правильних повідомлень». Значні обсяги часу, зусиль та коштів витрачаються потім на те, аби донести ці «правильні повідомлення» максимальну кількість разів до найширшого обсягу «правильної» цільової аудиторії. Такий підхід передбачає першу умову, яка, на нашу думку, має бути виконана для цілей успішної медійної кампанії: успішне маніпулювання інформаційним середовищем з боку організаторів кампанії для забезпечення достатнього впливу повідомлень та тематик кампанії на цільову аудиторію (максимізація впливу).

До інших умов належать:

- використання маркетингових інструментів для створення і подальшої адаптації відповідних повідомлень кампанії (креативний маркетинг та повідомлення)
- створення супутніх структурних умов, як-от сприятливе середовище/структура можливостей, які би дозволяли цільовій аудиторії здійснити рекомендовану зміну (сприятливе середовище).

Додатково до цих основних критеріїв слід наголосити на додаткових аспектах успішності сучасних медійних кампаній, зокрема:

- розробка кампаній з тонким розумінням факторів поведінки щодо здоров'я, потенційно здатних призвести до бажаних результатів;
- аналіз процесів в перебігу кампанії, зокрема вимірювання та оцінка контактів із повідомленнями кампанії можуть слугу-

вати корисними проміжними маркерами як для цілей внесення коректив у перебігу кампанії, так і для пояснення підсумкових результатів (аналіз процесів та оцінка контактів).

Успішне маніпулювання інформаційним середовищем на певну тему чи проблематику є головною задачею організаторів та спонсорів будь-якої медійної кампанії. Основні медіаповідомлення кампанії часто доповнюються іншими підходами, як-от поширення просвітницьких друкованих матеріалів чи створення новинного потоку на тему кампанії, особливо якщо бюджети для купівлі ефірного часу чи площ у медіа є обмеженими.

У минулому і сьогодні медійні кампанії з питань громадського здоров'я часто обмежені у фінансових ресурсах та залежні від телевізійних та радіо мовників, які виділяють час для розміщення соціальної реклами, що своєю чергою впливає на успішність таких кампаній. Дослідження показали (Perloff, 2002), що надмірна впевненість організаторів кампанії у роликах соціальної реклами часто призводить до того, що основні повідомлення кампанії показуються у менш оптимальний час, що погіршує структуру та динаміку контактів із цільовою аудиторією. Через брак додаткових коштів організатори кампаній з питань проблематики громадського здоров'я часто обмежені часом/площею, які законодавчо відведені під соціальну рекламу, однак вони часто доповнюють такі кампанії застосуванням інших стратегій.

Для цілей доповнення та посилення ключових повідомлень кампанії такі допоміжні стратегії можуть включати в себе використання друкованих матеріалів, як-от оголошення у газетах та журналах, освітньо-інформаційних матеріалів, як-от брошури чи листівки, носіїв великого формату, як-от біл-борди чи постери та брендваної промо-продукції на кшталт футболок, кепок, ручок або календарів.

Іншим критерієм успішної медійної кампанії є наявність підтримуючого середовища, яке дає можливість індивідам робити зміни у поведінці щодо здоров'я, до яких закликає та чи інша кампанія. На нашу думку, успіх мас-медійної кампанії у просуванні сприятливих поведінкових змін залежить у тому числі від приро-

ди середовища, яке сприяє змінам, та структурним змінам, які супроводжують такі кампанії. Зв'язок між структурними змінами та мас-медійним охопленням, включаючи мас-медійні кампанії, є взаємним. Медійна увага може посилити підтримуюче середовище, сформувані підтримку громадськості, надати більшої суспільної легітимності зміні певних урядових чи місцевих політик у сфері охорони громадського здоров'я (Siegel, 2002). Структурні зміни також виступають довгочасними компенсаторами після завершення кампанії, оскільки їхня тривалість значно довші. Успішні кампанії на додаток до використання таких традиційних каналів масової комунікації, як місцеве радіо, телебачення та газети, для впливу на середовище також намагаються змобілізувати цілі спільноти людей, залучаючи лідерів суспільної думки, громадські організації та волонтерські спільноти, добродійні та освітні ініціативи.

Алстед та ін. (Alstead et al., 1999) наводять приклад кампанії, спрямованої як на індивідуальну поведінку, так і на суспільне середовище для просування обізнаності щодо використання презервативів серед сексуально активних підлітків та збільшення доступності презервативів у закладах охорони громадського здоров'я, у комерційних та некомерційних установах та організаціях. Мобілізаційні стратегії такого роду включали зустрічі з місцевими лідерами суспільної думки, формування локальних дорадчих груп у школах, вузах, на підприємствах та організаціях, поширення друкованих та електронних матеріалів. Кампанія продемонструвала помірну успішність: значно вирости обсяги контакту із повідомленнями кампанії, однак використання презервативів збільшилося дуже незначно.

Таким чином, деякі дослідники відзначають, що мобілізація громадськості сама по собі може бути достатньо ефективною стратегією для зміни поведінки. Наприклад, дослідження діагностики раку шийки матки виявили, що найбільш ефективні стратегії поєднували мас-медійні кампанії з додатковими терапевтичними інтервенціями. Блек та ін. наголошують (Black, Yamada, Mann, 2002), що стратегії охорони громадського здоров'я, де мас-

медійні кампанії застосувалися разом із безпосереднім профілактичним навчанням жінок та/або персоналу закладів охорони громадського здоров'я, виявилися найбільш успішними. Як підкреслюють Маркус та Крейн (Marcus, Crane, 1998), мас-медійні кампанії з просування певних поведінкових змін працюють найкраще тоді, коли вони усувають чи зменшують перешкоди у доступі до послуг охорони здоров'я.

Інші кампанії також використовували стратегії мобілізації громадськості для впливу на інформаційне середовище, включаючи кампанії щодо зміни суспільних установок щодо домашнього насильства, зміни соціальних норм щодо зловживання алкоголем серед учнів старшої школи та студентів, підвищення обізнаності щодо екстреної контрацепції серед молодих жінок тощо. Загалом варто зазначити, що мас-медійні кампанії у поєднанні зі стратегіями мобілізації громадськості є більш ефективними, аніж кожен із цих компонентів сам по собі. Створення сприятливого середовища для змін є ключовим фактором успішних поведінкових змін як у короткочасній, так і у довготривалій перспективі.

На основі огляду ключових теорій поведінки щодо здоров'я Фішбейн та ін. сформулювали (Fishbein et al., 2002) чотири головні фактори, які потенційно впливають на індивідуальні поведінкові інтенції та форми поведінки:

- відчуття піддатливості індивіда до хвороби чи інфекції;
- установки індивіда щодо певних форм поведінки;
- поведінкові норми, на які своєю чергою впливають фактори найближчого групового оточення та соціальне середовище, у якому функціонує індивід;
- самоефективність, упевненість індивіда у виконанні та підтриманні певної поведінки.

Ці чотири фактори разом та кожен окремо можуть бути потенційною метою впливу мас-медійних кампаній, спрямованих на досягнення бажаних змін у індивідуальній та масовій поведінці щодо здоров'я.

Іноді організатори мас-медійних кампаній у галузі охорони громадського здоров'я явно позначають наукові теорії, на які

спирається набір ключових повідомлень та стратегія кампанії. Деякі кампанії використовують соціально-когнітивну теорію для просування сприятливих змін у індивідуальній поведінці щодо здоров'я. Ця теорія наголошує, що індивід має бути впевнений у тому, що він зможе дотримуватися рекомендованої поведінки, і що затрати ресурсів на виконання та підтримання цієї бажаної поведінки є меншими, аніж вигоди чи здобутки від неї. Йоргенсен та ін. використовували цю теорію для цілей планування кампанії щодо просування профілактичної діагностики раку прямої кишки, аби заохотити людей від 50 років і старших проконсультуватися з лікарем щодо можливості такої діагностики. Келдер та ін. також розробляли на основі СКТ (Kelder et al., 2000) план кампанії для зменшення вживання наркотичних речовин серед підлітків та молоді. Метою кампанії була зміна сприйняття, установок та соціальних норм підлітків та молодих людей щодо вживання наркотиків, підвищення індивідуальної та групової опірності вживанню наркотичних речовин та активне формування і підтримка позитивних життєвих виборів.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з визначенням психологічних особливостей атрибутивних стилів відносно здоров'я особистості.

3.2. Психосемантична інтерпретація емоцій та емоційних станів особистістю: стилістичний підхід

Поняття «емоції» відноситься до складних станів організму, які характеризуються змінами у збудженні автономної нервової системи разом із виразними фізіологічними реакціями, специфічними поведінковими схильностями, та суб'єктивним відчуттям переживань певної сили та спрямованості (Strongman, 1987). Емоції зазвичай, хоча й не завжди, виникають із когнітивного схвалення певного емоційного об'єкта/ситуації для цілей їхньої важливості для благополуччя індивіда (Lazarus, 1991). У нашій роботі ми використовуємо термін «емоція» у широкому розумінні на позначення наявності афективного загалом, позначаючи таким чином не лише сильні емоційні реакції – тобто такі інтенсивні афек-

тивні переживання, як гнів, страх, радість, любов - а й м'якші афективні прояви, реакції, почуття та стани, включаючи такі, що не мають чітких позначень та/або описових характеристик. Варто відзначити, що таке широке використання терміну «емоція» вжито нами спеціально – на нашу думку, для повної оцінки раціональності чи ірраціональності певного емоційного явища принципово важливим є не обмежувати дослідника аналізом лише найбільш інтенсивних емоційних досвідчень.

При вивченні впливу емоцій на судження, рішення та поведінку людини, виокремлюють два типи емоційних явищ: випадкові емоційні стани та цілісні емоційні реакції (Bodenhausen, 1993). Випадкові емоційні стани – це такі стани, джерело яких не пов'язане із об'єктом судження чи рішення. Такі стани включають зокрема поточні емоції людини, не спричинені цільовим об'єктом, попередньо наявний настрій та довготривалі емоційні схильності, як-от хронічна тривожність. Цілісні емоційні реакції – це такі реакції-відповіді, які пов'язані із об'єктом судження чи рішення. Точніше кажучи, цілісні афективні реакції – це почуття та емоції, викликані характеристиками цільового об'єкта, притому ці характеристики можуть бути реальними чи уявними (Cohen, Pham, & Andrade, 2007).

Обговорюючи співвідношення між емоційністю та раціональністю, слід також окреслити три основні концепції останньої. Перша концепція робить наголос на розсудливості, послідовності та логіці. Люди є (ір)раціональними, якщо їхні переконання, судження, вибори та дії збігаються (чи порушують відповідно) певні стандарти логіки. Наприклад, у класичній економічній теорії вибору раціональність своєю чергою передбачає транзитивність (перехідність) уподобань: якщо людина віддає перевагу А перед Б, а Б перед В, то така людина має віддавати перевагу А перед В. Аналогічно, відповідно до правил формальної логіки, якщо людина має врахувати, який із двох типів таксі з більшою ймовірністю причетний до скоєння ДТП, раціональним було би врахувати відносну частку кожного з типів таксі у цьому районі. Цю концеп-

пцію раціональності часто називають логічною концепцією (Kahneman, 1994).

Друга концепція раціональності бере за основу узгодженість між рішеннями/діями індивіда з одного боку, та цілями/власними інтересами – з іншого. Як відзначає Амартья Сен, «раціональність вимагає наявності переконливих зв'язків між цілями/задачами, які стоять перед людиною, та тими виборами, які вона вчиняє» (Amartya Sen, 1990, с. 210). Ця концепція є центральною у економічній теорії раціонального вибору, яка стверджує, що раціональні індивіди здійснюють вибори та спрямовують власні дії у такий спосіб, який максимізує корисність для індивіда. Вибір менш корисних альтернатив є ірраціональним, як і різновиди поведінки, що не відповідають власним інтересам індивіда (наприклад, компульсивні азартні ігри, надмірне вживання алкоголю чи тютюну, незахищений секс із незнайомцями тощо). Цю другу концепцію раціональності можна назвати матеріальною.

У дослідженнях емоцій трапляється також і третій тип раціональності. У межах цього типу певні різновиди людської поведінки та дій розглядаються як раціональні не з причин їхньої логічної узгодженості чи відповідності власним інтересам індивіда, а через те, що вони виконують ширші суспільні задачі, відповідають високим моральним стандартам, або ж слугують високим цілям розвитку. Деякі види такої поведінки де-факто можуть суперечити матеріальним інтересам індивіда у короткій чи довготривалій перспективі. Наприклад, у ситуації вуличного пограбування не в інтересах випадкового перехожого протистояти озброєному грабіжнику та намагатися врятувати жертву пограбування. Однак якщо перехожий обирає саме такий варіант поведінки, то навряд чи можна назвати такі дії ірраціональними. Такі добровільні, альтруїстичні вчинки вбачаються цілком осмисленими, навіть бажаними з точки зору суспільної моралі, хоча й можуть здаватися ірраціональними зі строго матеріальної перспективи.

Аналогічно, практично всезагальна привабливість певних типів людської зовнішності може видаватися ірраціональною з чисто логічної точки зору, і матеріально ірраціональною, якщо приз-

водить до негативних результатів (наприклад, невзаємного кохання). Існують однак підтвердження того, що схильність до певних стандартів краси та зовнішності є важливим з еволюційно-видової перспективи (Etcoff, 1999). Певні форми поведінки чи поведінкові установки відтак можуть бути раціональними не у логічному чи матеріальному сенсі, а радше у розумінні їхньої відповідності суспільним ідеалам, моральним стандартам, чи еволюційним задачам. Ця третя форма раціональності може бути названа «екологічною», оскільки вона відображає людську спроможність взаємодіяти із власним середовищем – соціальним, культурним чи природним. Фактично основною функцією емоцій у цьому випадку є підтримання цієї екологічної форми раціональності.

Ми маємо на меті презентувати результати теоретичного аналізу емоцій та емоційних станів та особливостей їх психосемантичної інтерпретації.

Виклад основного матеріалу дослідження. Емоційні стани є випадковими, якщо їхнє джерело не пов'язане із об'єктом судження чи рішення індивіда. Випадкові емоційні стани відтак можуть мати значну кількість ірраціональних впливів на судження, рішення та поведінку, впливаючи на процеси людського мислення, точність їхніх переконань, здатність до здійснення самоконтролю та схильність брати на себе ризики. Емоційні стани цього типу також часто помилково приписуються цільовим об'єктам.

Емоційні стани впливають на процеси людського мислення, а відтак на логічну раціональність індивідів. Бажаність таких впливів вірогідно працює як функція частоти таких станів, їхньої інтенсивності та тривалості.

Найбільш інтенсивні емоційні стани (за винятком смутку) супроводжуються високим рівнем збудження автономної нервової системи, обмежуючи відтак обсяг короткочасної пам'яті індивіда (Humphreys & Revelle, 1984). Таке зменшення ресурсних можливостей організму тягне за собою низку наслідків, шкідливих для тверезого раціонального мислення. Наприклад, тривожні учасники досліджень у порівнянні з нетривожними характеризуються такими схильностями (Mueller, 1977): нижча здатність за-

пам'ятовувати інформацію та організовувати її у пам'яті; довший час для перевірки валідності логічних аргументів; пошук альтернатив у більш хаотичний спосіб; здійснення вибору без урахування всіх можливих варіантів; більша кількість помилок у геометричних та семантичних вправах; менш ретельне опрацювання аргументів у дискусії. Таким чином, інтенсивні емоційні стани, як от тривожність, призводять до дефіцитарних схильностей у раціональному мисленні людини.

Більш м'які емоційні стани також впливають на процеси раціонального мислення. Люди у хорошому настрої порівняно з людьми у нейтральному схильні (Kahneman, 1994): до більш широкої категоризації об'єктів; більшої кількості та розмаїття відповідей у відкритих питаннях; більшої ефективності у задачах на вирішення проблеми; більшої гнучкості у роботі з проблемами, які вимагають багатопланових рішень. Як зауважує Айсен (Isen, 2001), ці та інші результати досліджень показують, що настрої позитивного спектру зазвичай справляють позитивний вплив на процеси мислення, вирішення проблем, формування та артикуляцію суджень, прийняття рішень. Подібний висновок потребує однак додаткової перевірки, оскільки інші дослідження демонструють, що позитивні настрої можуть призводити до гіршої ефективності раціонального мислення у багатьох ситуаціях. Так, індивіди у позитивному настрої більш схильні переоцінювати те, наскільки дії інших людей умотивовані їхніми особистісними схильностями, а не зовнішніми, зокрема ситуативними, факторами (Kahneman, 1994) (когнітивне упередження, загальновідоме як «фундаментальна помилка атрибуції»). Також було виявлено, що позитивний настрій знижує ефективність у задачах на дедуктивне мислення (Oaksford, Morris, Grainger, & Williams, 1996) та спричиняється до більш нетранзитивних уподобань (Fiedler, 1988). Численні дослідження установок та переконань людини також показують, що позитивний настрій знижує глибину обробки індивідом важливої інформації (Kahneman, 1994): люди у позитивному настрої натомість покладаються на загальні когнітивні структури та

внутрішні зв'язки, включаючи наперед прописані процедури, скрипти та сценарії.

Таким чином, загалом позитивні настрої чинять змішаний вплив на людське мислення. З одного боку, вони сприяють більшій гнучкості та креативності у завданнях на вирішення проблем, що виглядає логічним та бажаним; з іншого боку, вони спричиняються до більш нестабільного, менш опертого на фактичні дані, та менш ретельного способу обробки інформації, що виглядає менш бажаним.

Негативні настрої, особливо сум та споріднені з ним стани, зазвичай мають вплив, дзеркальний до описаного вище. Порівняно з нейтральними та позитивними настроями, сумні настрої (Sinclair, Mark, & Clore, 1994) підвищують ретельність обробки індивідами важливої інформації у діалозі, особливо коли йдеться про аргументацію та переконання; менше покладаються на такі структури загального знання, як скрипти, сценарії та стереотипи (Bodenhausen, Kramer, & Suesser, 1994); менш піддатливі впливу гало-ефекту; демонструють меншу схильність до фундаментальної помилки атрибуції; виявляють більшу транзитивність уподобань. Загалом сумні настрої працюють як тригер більш систематичної, орієнтованої на дані та факти, аналітичної форми мислення у дусі логічної раціональності. Одним із можливих пояснень цього на основі теорії «афекту як інформації» (Schwarz, 1990) є те, що сумний настрій сигналізує індивіду, що певна ситуація є проблематичною і відтак вимагає більш ретельного підходу до обробки інформації. Як зазначає Шварц (Schwarz, 1990), не всі настрої негативного спектру працюють як тригери такого ретельного підходу: стани гніву чи відрази зменшують глибину обробки інформації, водночас збільшуючи рівень стереотипізації та інших когнітивних викривлень (зокрема через те, що вказані стани порушують внутрішню впевненість індивіда). Варто також зазначити, що описані підвищення ефективності притаманні лише легким станам смутку (сумним настроям); більш інтенсивні та довготривалі стани, як-от хронічна депресія, заважають плідному та ефективному мисленню (Conway & Giannopoulos, 1993).

Одним із найпевніших результатів досліджень психології емоцій можна назвати те, що люди схильні приписувати власні афективні стани тому об'єкту, який натоді перебуває у фокусі їхньої уваги (Schwarz & Clore, 1996). Коли об'єкт уваги справді є джерелом цих емоцій, це виглядає логічним; люди однак схильні вчиняти такі приписування навіть тоді, коли справжнє джерело емоцій не має жодного стосунку до об'єкту поточної уваги. У своєму дослідженні Шварц та Клор виявили (Schwarz & Clore, 1996), що респонденти, які перебували у гарному настрої через гарну сонячну погоду у день проведення опитування, відзначалися вищим рівнем задоволення життям, аніж відповідно ті, хто був у гіршому настрої через опитування у непогожий день. Респонденти відтак значною мірою переносили свій поточний настрій, на який значною мірою впливала погода, на власні почуття задоволеності життям в цілому. Аналогічні нераціональні помилки атрибуції було виявлено у багатьох дослідженнях, які показали, що випадкові настрої (випадкові емоційні стани) справляють уподібнюючий (конгруентний) вплив на оцінку об'єкта (Kahneman, 1994).

Варто зазначити, що люди схильні до хибних атрибуцій не лише щодо сили чи міри вираженості власних випадкових афективних станів, а й щодо їхніх складників, відповідальних за когніцію та збудження відповідно. Дослідження показують (Gorn, Pham, & Sin, 2001), що випадкове емоційне збудження нерідко хибно тлумачиться як цілісна афективна реакція-відповідь на цільовий об'єкт, відтак створюючи більш поляризовані оцінки останнього. Люди також схильні розглядати власні випадкові емоційні стани так, ніби вони мають стосунок до цільового об'єкта. Наприклад, Лернер та Смолл виявили (Lerner, Small, & Loewenstein, 2004), що випадкові стани відрази зменшували відчуття цінності таких об'єктів особистого майна людини, які об'єктивно не мали стосунку до джерела відрази.

Однією з основних вимог логічної раціональності є точність сприйняття та переконань. Значний обсяг свідчень показує (Isen, Shalke, Clark, & Karp, 1978), що випадкові афективні стани схильні спотворювати сприйняття та переконання індивідів у нако-

пичувальний спосіб, особливо коли цільовий об'єкт є неоднозначним. Наприклад, респонденти, які переглядали телевізійну рекламу у веселій телепередачі, сприймали її як більш ефективну у порівнянні з тими, хто переглядав рекламу у сумній передачі (Goldberg & Gorn, 1987); споживачі, які куштували солодкий напій під час перегляду веселого кінофільму, оцінювали якості продукту більш прихильно, аніж ті, хто куштував напій, дивлячись сумний фільм (Dommermuth & Millard, 1967). Притому такі уподібнювальні впливи працюють не лише з прямими оцінними судженнями. Наприклад, у негативному настрої ризику сприймаються вищими, аніж у позитивному (Johnson & Tversky, 1983), а у випадковому стані страху – вищими, аніж у випадковому стані гніву відповідно (Lerner & Keltner, 2001). Такі накопичувальні впливи можна пояснити у термінах помилок атрибуції: випадкові афективні стани хибно тлумачаться як цілісні афективні реакції-відповіді на цільовий об'єкт (Schwarz, 1990).

Хоча миттєві емоційні стани часто викривлюють сприйняття людини, існує однак гіпотеза, що індивіди з хронічною депресією мають більш точне сприйняття реальності, аніж індивіди без депресії – гіпотеза, відома під назвою «депресивний реалізм». Аллой та Абрамсон виявили (Alloy & Abramson, 1988), що депресивні індивіди показують більш точне сприйняття зв'язків між власною поведінкою та її результатами у навколишньому середовищі у порівнянні з недепресивними учасниками, які виявилися схильними до переоцінки цих зв'язків тоді, коли результат був бажаний для людини, і недооцінки, коли результати були відповідно небажані.

Більша об'єктивність сприйняття серед депресивних індивідів досліджувалася також у інших роботах (Keller, Lipkus, & Rimer, 2002). Наприклад, порівняно з недепресивними індивідами, депресивні ретельніше підходили до вибору позитивних, нейтральних та негативних слів (Gotlib, McLachlan, & Katz, 1988), і переглядали власні оцінки ризиків щодо здоров'я точніше після отримання зворотного зв'язку від фахівців-медиків (Keller, Lipkus, & Rimer, 2002).

Інші дослідження однак не підтвердили гіпотезу депресивного реалізму (Dunning & Story, 1991), припускаючи, що це явище не працює у випадку більш значущих та довготривалих завдань. Наприклад, Данніг та Сторі з'ясували (Dunning & Story, 1991), що депресивні індивіди були менш точними та більш самовпевненими у передбаченні імовірності майбутніх подій особистого життя людини, аніж недепресивні.

Добре відомо, що стани інтенсивного потягу, як-от голод, біль, статеве збудження, депривація сну можуть значно послаблювати самоконтроль та збільшувати бажання людини ризикувати, аби пом'якшити інтенсивність потягу (Loewenstein, 1996). Негативні емоційні стани, особливо інтенсивні, викликають аналогічні послаблення самоконтролю. Було виявлено, що негативні афективні стани: знижують здатність опиратися спокусам та відтермінують вдячність серед дітей (Ariely & Loewenstein, 2005); збільшують схильність до переїдання у тих, хто сидить на дієті; підвищують імовірність невдачі у курців, які намагаються кинути палити; спонукають до купівлі компульсивних покупців; збільшують прокрастинацію, особливо у студентів та школярів; мотивують до надмірного споживання обмежених колективних ресурсів. Дослідження показали, що ці явища мають місце не через зниження мотивації індивіда або його здатності до саморегуляції під час негативних афективних станів, а радше через зміщення пріоритетів серед досліджуваних у стані стресу, схильних надавати швидкому покращенню власного самопочуття найвищий поточний пріоритет порівняно з іншими індивідуальними цілями, як короткостроковими, так і довготерміновими (Tice, Bratslavsky, & Baumeister, 2001).

Враховуючи згубний вплив інтенсивних афективних станів негативного спектру на самоконтроль, можна припустити, що такі стани також будуть спонукати людей до більших ризиків. Емпіричні свідчення цього припущення однак не є однозначними. Деякі дослідження показують, що негативні емоційні стани зі значним збудженням підвищують схильність до ризику. Наприклад, Лейт та Баумайстер виявили (Leith & Baumeister, 1996), що гнів

працює як тригер ризикованої поведінки у азартних іграх, особливо серед чоловіків; дослідження Мано показали, що інтенсивне емоційне збудження підвищує готовність купувати лотерейні квитки, натомість знижуючи бажання вносити страхові платежі – інакше кажучи, збільшуючи готовність до більших ризиків як для потенційних здобутків, так і для втрат.

Інші вчені однак наголошують, що схильність індивідів до ризикованої поведінки під впливом негативних емоцій є не просто функцією рівня збудження, пов'язаного з тією чи іншою емоцією, а також і функцією оцінки змісту цієї емоції (Lerner & Keltner, 2001). Рагунатан та Фем з'ясували (Raghunathan & Pham, 1999), що у ситуаціях «виграш чи втрата» тривожні індивіди виявляють схильність до стратегій з низькими виграшами, але й з низькими ризиками, у той час як сумні індивіди більш схильні відповідно до пари «високий ризик – високий виграш». На думку дослідників, це відбувається тому, що тривожність, яку зазвичай пов'язують із ситуаціями зниженого контролю та високої невизначеності, активує мету мінімізації невизначеності шляхом ризику, у той час як сум, зазвичай досвідчуваний як реакція-відповідь на джерело певної винагороди чи заохочення, активує мету максимізації винагороди. Аналогічно Лернер та Келтнер виявили (Lerner & Keltner, 2001), що страх працює як тригер уникнення ризиків, а гнів – до підвищення ризиків відповідно, незважаючи на те, що обидва ці стани є негативними емоціями з високим рівнем збудження. Це відбувається тому, що страх, як і тривожність, зазвичай пов'язаний із ситуаціями невизначеності та меншого рівня контролю, у той час як гнів – із ситуаціями визначеності та високого рівня контролю. Відразу, ще одна емоція з високим рівнем збудження, зменшує готовність до ризикованої поведінки у азартних іграх серед жінок (Fessler, Pillsworth, & Flanson, 2004).

Таким чином, на противагу випадковим афективним станам, цілісні афективні реакції виникають як відповідь на сприймані чи уявні характеристики цільового об'єкта. Цілісні афективні реакції відіграють одну з головних ролей у оцінках, рішеннях та поведінці індивідів щодо цільових об'єктів, навіть якщо характеристики

об'єктів залишаються сталими (Pham, Cohen, Pracejus, & Hughes, 2001).

Головною причиною цього вбачається те, що цілісні афективні реакції-відповіді часто використовуються як заступники цінності: предмети, процеси чи явища, супроводжувані добрими почуттями, мають бути бажаними, а відповідно поганими – небажаними (Pham, 2004). До властивостей цілісних емоційних реакцій як заступників цінності належать зокрема такі:

- *швидкість та ефективність обробки.* Судження та рішення, засновані на цілісних емоційних реакціях, зазвичай виносяться швидше, аніж засновані на описовій інформації – як у завданнях зі стимульних матеріалом, так і у завданнях на роботу з пам'яттю (Pham et al., 2001). Це може мати місце тому, що цілісні афективні реакції здатні виникати дуже швидко і виводити порівняльні оцінювання через використання простих асоціацій чи безпосередніх інтерпретацій (Pham et al., 2001). Судження та рішення, засновані на цілісних емоційних реакціях, зазвичай також вимагають меншого обсягу психічних ресурсів для обробки інформації індивідом (Epstein, 1990), що підтверджується даними про те, що обмеження таких ресурсів, як-от брак часу, відволікаючі фактори чи значне когнітивне навантаження переважно збільшують використання людиною цілісних афективних реакцій у судженнях та виборах (Avnet & Pham, 2004). Загалом вбачається, що цілісні афективні реакції забезпечують механізм швидких та ресурсно ефективних оцінювань предметів, явищ та процесів. Наскільки такі оцінки є однак логічними та раціональними, може залежати від низки факторів;
- *екстремуми та поляризація.* За інших рівних умов, судження, рішення та поведінка на основі цілісних афективних реакцій схильні до більшої поляризації, аніж засновані на дескриптивній подачі інформації. Наприклад, заголовки, які використовують яскраві, емоційні вирази, як-от «Неймовірний спалах коров'ячого сказу!», більше впливають на падіння споживання яловичини, аніж аналогічні матеріали з

більш формальними заголовками на кшталт «Збільшення рівня хвороби Крецфельда-Якоба у Європі» (Sinaceur, Heath, & Cole, 2005). Загалом реакції-відповіді на ризики видаються сильнішими, коли ризики описуються у емоційно провокативний спосіб (порівняно з непровокативними повідомленнями).

Декілька факторів можуть працювати як пояснення того, чому оцінкові та поведінкові реакції, засновані на цілісних афектах, виявляють схильність до більшої поляризації. По-перше, афективні реакції на повсякденні об'єкти є більш екстремальними, аніж раціональні оцінки тих самих об'єктів, навіть за умови, що інформація про певний об'єкт є сталою. По-друге, початкові афективні реакції на певний об'єкт здатні працювати як тригер, що запускає механізм підтверджувального пошуку на підтримку цих початкових почуттів (Pham et al., 2001); цей підтверджувальний пошук своєю чергою збільшує суб'єктивну узгодженість суджень на афективній основі, підвищуючи відтак поляризацію.

Більша поляризація заснованих на афекті оцінкових та поведінкових реакцій може призводити до логічних неузгодженостей. Наприклад, Джонсон та ін. виявили (Johnson, Hershey, Meszaros, & Kunreuther, 1993), що пасажери більше схильні платити за страховий пакет, який включає «загибель внаслідок терористичного акту» - конкретної, прив'язаної до сильних емоцій загрози – аніж за страхування від «загибелі з будь-якої причини» - більш логічної, однак менш конкретної загрози.

➤ *короткозорість*. Оцінки та рішення на основі цілісних афективних реакцій виявляють схильність до більшої короткозорості у тому розумінні, що негайні (або швидкі) афективні винагороди чи покарання наділяються більшою вагою, аніж відтерміновані афективні наслідки (Loewenstein, 1996). Ця властивість буває дуже виразною у ситуаціях самоконтролю, коли у людини є варіант пожертвувати негайними гедоністичними вигодами на користь довготривалих результатів. На думку Левенштайна (Loewenstein, 1996), основна причина короткозорості заснованих на афекті суджень та

рішень впливає із принципово різної доступності поточних та відтермінованих (майбутніх) афективних реакцій. У той час як досвідчувана тут і тепер цілісна афективна реакція має сильні властивості потягу, людині набагато складніше уявити майбутні афективні переживання;

- *конкретність та нечутливість шкали.* Раціональне вимірювання цінності має враховувати величину стимулу, який несе у собі цінність, та величину контекстуальної непевності. Вбачається однак, що коли цілісні афективні реакції використовуються як заступники цінності, то вони не проходять відповідного вимірювання ані щодо величини, ані щодо ймовірності. Гсі та Роттенстрайх виявили (Hsee & Rottenstreich, 2004), що судження та рішення на основі цілісних афективних реакцій є чутливими до самої присутності чи відсутності стимулів, які викликають афективні реакції, однак відносно нечутливі до різної сили таких стимулів. У одному дослідженні учасників запитали, скільки грошей вони би пожертували на порятунок однієї панди або ж чотирьох панд. Коли число врятованих панд подавалося у абстрактній формі, пожертви на чотирьох панд виявлялися значно вищими, аніж на одну панду, як і очікували організатори експерименту. Однак коли число врятованих панд презентували у афективно насиченій формі, то розмір пожертв відрізнявся лише незначно у обох відповідних випадках;
- *референтна залежність.* Оцінки цінності, засновані на цілісних афективних реакціях, у порівнянні з більш описовими оцінками виявляють схильність до більшої відносності або референтної залежності. Це значить, що афективні оцінювання часто засновані на цільовому об'єкті чи результаті, який розглядається не сам по собі, а у зв'язку із іншими об'єктами чи результатами. Наприклад, емоційні реакції на результат азартної гри вмотивовані не лише грошовою цінністю реального (матеріального) виграшу, а й його відотною цінністю порівняно з іншими варіантами результатів.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з емпіричним вивченням психологічних особливостей психосемантики емоцій, зокрема у зв'язку зі здоров'ям та хворобою та концептуалізацією внутрішньої картини здоров'я як інтегрального особистісного феномену.

3.3. Концептуалізація внутрішньої картини здоров'я людини

Протягом останнього століття поведінка щодо здоров'я відіграла дедалі важливішу роль у питаннях здоров'я та хвороби. У своїй праці «Роль медицини» Т.Маккеон дослідив (McKeown, 1979) вплив медицини на здоров'я від початків XVII століття. Зокрема вчений перевіряв поширені переконання щодо досягнень медицини та її ролі у зменшенні поширеності та гостроти інфекційних захворювань, як-от туберкульозу, пневмонії, грипу, дифтерії, віспи, кашлюку та інших. Маккеон критикував популярні уявлення про те, що зниження рівня захворюваності на ці інфекційні хвороби було обумовлено лише медичними факторами, зокрема фармакотерапією та щепленнями, та що антибіотикам слід завдячувати за спад рівня захворюваності на пневмонію та грип. Дослідник показав, що значуще зменшення рівнів цих хвороб розпочалося ще до масового впровадження відповідних медичних технологій. На його думку, падіння рівня захворюваності інфекційними хворобами впродовж останніх трьох століть оптимально можна зрозуміти не у термінах медикаментозних інтервенцій, а у термінах соціальних та середовищних факторів.

Маккеон також дослідив здоров'я та хвороби у XX столітті. Його бачення полягало у тому, що сучасні хвороби спричинені насамперед такими факторами, які індивід визначає своєю власною поведінкою (паління, харчування, фізичні вправи тощо) (McKeown, 1979). На підтримку цієї тези Маккеон дослідив основні причини смертності у найбагатших сучасних країнах і прийшов до висновку, що найбільш поширені хвороби, як-от рак легень, серцево-судинні хвороби, цироз печінки тощо спричинені поведінкою хворих.

Зокрема було виявлено, що понад 50% смертності від десяти провідних причин смерті мають виразну поведінкову природу, що показує, що поведінка та спосіб життя мають значний потенційний вплив на тривалість життя. Долл та Піто наводять (Doll and Peto, 1981) оцінки ролі різноманітних факторів як чинників смертності при різних видах раку. Дослідники підраховали, що споживання тютюну відповідає за 30% від усіх смертей від раку, алкоголь 3%, харчова поведінка 35%, репродуктивна та сексуальна поведінка 7% відповідно. Відповідно приблизно 75% усіх смертей від раку пов'язані із поведінкою. Маккеон відзначає вплив паління на смертність, коли досліджує зміни у тривалості та якості життя чоловіків в період з 1838 по 1970 роки. Зв'язок між смертністю та поведінкою також ілюструється раком шлунку та кишківника, які охоплюють близько 11% від усіх смертей від раку серед чоловіків та 14% серед жінок відповідно; зокрема рак шлунку пов'язаний із такими формами харчової поведінки, як дієта з високим вмістом жирів та низьким вмістом клітковини відповідно.

Зв'язок між поведінкою та смертністю також може бути показаний через максимальну тривалість життя людей у різних країнах. Наприклад, у США лише троє людей зі 100 000 мають вік понад 100 років, а у Абхазії (Грузія) цей показник досягає 400 людей на кожні 100 000. Вег досліджував (Weg, 1983) абхазців і припустив, що їхня тривалість життя у порівнянні з іншими країнами є високою завдяки поєднанню біологічних, соціальних та індивідуально-поведінкових факторів, які включають:

- генетику,
- активна фізична праця, зокрема узвичаєна у трудовій етиці та соціальних ролях;
- дієта з низьким рівнем насичених жирів та червоного м'яса, і високим – фруктів та овочів;
- утримання від алкоголю та нікотину;
- високий рівень соціальної інтеграції та підтримки;
- низький рівень досвідчуваного стресу.

Вивчення цієї групи довгожителів показує, що поведінка щодо здоров'я пов'язана із тривалістю та якістю життя, а відтак може бути предметом дослідження.

Беллок, Бреслоу та Енстром (Belloc and Breslow, 1972; Breslow and Enstrom, 1980) вивчали зв'язки між рівнями смертності та поведінкою на вибірці 7000 осіб. Вчені виявили, що сім основних форм поведінки мають найбільш тісний зв'язок зі станом та якістю здоров'я:

- сон впродовж 7-8 годин на добу;
- повноцінний сніданок щодня;
- відмова від паління;
- утримання від «сміттєвих» перекусів між основними прийомами їжі;
- контроль ваги у визначених здорових межах, регулярне зважування;
- помірне або мінімальне споживання алкоголю;
- регулярне заняття фізичними вправами.

Та ж сама вибірка була перевірена у межах лонгтитюдного дослідження через 5,5 та 10 років, і автори додатково підтвердили вихідну гіпотезу про те, що вказані сім поведінкових форм мають негативний кореляційний зв'язок зі смертністю. Зокрема, у людей віком 75+, які дотримувалися усіх семи пунктів переліку, стан здоров'я міг бути співмірним із досліджуваними віком 33-44, які дотримувалися трьох або менше пунктів.

Ми маємо за мету концептуалізувати явище внутрішньої картини здоров'я особистості.

Виклад основного матеріалу дослідження. Поведінка щодо здоров'я є важливою для цілей прогнозування смертності та тривалості життя індивідів. Відтак психологи (зокрема фахівці у галузі охорони громадського здоров'я) намагаються зрозуміти та передбачити людську поведінку, пов'язану зі здоров'ям. Зокрема медичні соціологи та соціальні антропологи вивчали уявлення про здоров'я у термінах повсякденних теорій або ж повсякденних репрезентацій. Використовуючи глибинні інтерв'ю, аби заохотити досліджуваних говорити вільно й невимушено, дослідники вияви-

ли складні та різнорівневі системи індивідуальних переконань. Матеріали досліджень показали, що повсякденні теорії як елементарні одиниці соціального знання можуть бути не менш складними, багатоелементними та внутрішньо узгодженими, аніж наукові пояснювальні моделі медичної науки, незважаючи на значні суперечності між цими двома типами теорій. Наприклад, Пілл та Стотт виявили (Pill and Stott, 1982), що матері з незаможних робітничих родин більш схильні розглядати хворобу як неконтрольоване явище, формуючи виразно фаталістичне бачення власного здоров'я. Грехем відзначав (Graham, 1987), що хоча жінки-курці усвідомлюють усі ризики тютюнопаління, вони однак наполягають на тому, що паління є необхідним для їхнього емоційного добробуту та важливим для зменшення стресу. Наявність та поширеність повсякденних теорій має принаймні один ключовий, принциповий наслідок для цілей терапевтичних інтервенцій, здійснюваних спеціалістами у галузі охорони здоров'я: продуктивна комунікація між фахівцем-клініцистом та пацієнтом буде zasadничо неможливою, якщо пацієнт притримуватиметься таких уявлень про власне здоров'я, які неunikно суперечитимуть фаховим уявленням спеціаліста.

Багато дослідників схильні використовувати кількісні методи для вивчення та передбачення харчової поведінки людини. Наприклад, Левенталь та ін. зазначають (Leventhal et al., 1985) фактори, які, на думку дослідників, працюють як предиктори харчової поведінки:

- соціальні фактори: навчання, соціальне заохочення, рольові моделі та суспільні норми;
- генетичні фактори (зокрема генетична схильність до вживання психоактивних речовин, як-от алкоголь);
- емоційні фактори: тривожність, стрес, напруження, страх;
- соматичні симптоми: біль, важкість дихання, втома;
- переконання та установки самого пацієнта;
- переконання фахівця-клініциста.

На думку дослідників, поєднання цих факторів може бути використане для ефективного прогнозування та заохочення поведінки, пов'язаної зі здоровим способом життя.

Когнітивні моделі вивчають передумови та схильності до поведінки щодо здоров'я. Ці моделі історично спираються на теорію суб'єктивної очікуваної корисності (Edwards, 1954), яка передбачає, що поведінка людини є результатом зважування потенційних вигод та збитків від такої поведінки. Когнітивні моделі описують поведінку як результат раціональної інформаційної обробки і роблять наголос радше на індивідуальних когніціях, а не на їхньому соціальному контексті.

Модель переконань щодо здоров'я була початково запропонована Розенстоком, з подальшою розробкою Бекером та ін. для прогнозування профілактичної здорової поведінки та поведінкових реакцій-відповідей на терапію у пацієнтів із гострими та хронічними захворюваннями. Останнім часом однак ця модель використовується значно ширше, зокрема для прогнозування широкого спектру поведінкових проявів, пов'язаних зі здоров'ям.

Модель переконань щодо здоров'я (МПЗ) передбачає, що поведінка є результатом сукупності ядерних переконань індивіда, процес формування та переформування яких відбувався багато років. До ядерних переконань зокрема належать сприйняття людиною:

- піддатливості до хвороб («Мої шанси захворіти на рак легенів дуже високі»);
- важкість хвороби («Рак легенів – серйозна хвороба»);
- ресурси та зусилля, необхідні для впровадження та підтримки певної поведінки («Якщо я кину палити, то це зробить мене дуже дратівливим/ою»);
- вигоди та здобутки, які приносить поведінка («Якщо я кину палити, то це заощадить мені багато грошей»);
- спонуки до дії, які можуть бути як внутрішніми (наприклад, важкість дихання), так і зовнішніми (інформація у соціальних мережах чи друкованих засобах масової інформації);

У межах моделі ядерні переконання слід розуміти та використовувати для цілей передбачення імовірності того, що певна поведінка може статися. У відповідь на критику автори моделі додали поняття «мотивації щодо здоров'я», яка відображає готовність індивіда зважати на проблеми і питання власного здоров'я («Я усвідомлюю, що паління шкодить моєму здоров'ю») та «відчуття контролю» («Я впевнена, що можу кинути палити»).

Низка досліджень підтверджує гіпотези моделі переконань щодо здоров'я. Так, Бекер та Розенсток (Becker and Rosenstock, 1984) у своїх роботах показують, що дотримання режиму харчування, безпечна статеві активність, регулярні візити до стоматолога та зайняття фізичними вправами безпосередньо пов'язані із сприйняттям індивідом тих чи інших захворювань, із розумінням серйозності цих захворювань та оцінкою того, що вигоди профілактичної поведінки (зокрема довготермінові) переважають витрати.

Окремі складники МПЗ теж здобули наукове підтвердження. Норман та Фіттер досліджували (Norman and Fitter, 1989) поведінку, пов'язану із діагностикою стану здоров'я, і виявили, що сприйняття перешкод індивідом є найбільшим предиктором візиту пацієнта до медичного закладу. Також знайшла підтвердження роль спонук до дії у прогнозуванні здорової поведінки, зокрема зовнішніх спонук, на кшталт публічно доступних інформаційних матеріалів. Фактично профілактичні програми у галузі охорони громадського здоров'я використовують інформаційні матеріали для зміни переконань цільової аудиторії та відповідного просування здорової поведінки у майбутньому. Інформація у формі застрашувальних попереджень може змінювати установки та поведінку щодо здоров'я у таких галузях, як стоматологія, тютюнопаління та вживання алкоголю. Інформація щодо здоров'я має на меті збільшення знань, і деякі дослідження вказують на (Flay, 1985) значущу кореляцію між поінформованістю про захворювання та профілактичну здоров'язбережувальну поведінку індивіда. Зокрема, Рімер та ін. відзначають (Rimer et al., 1991), що обіз-

наність про рак грудей пов'язана із регулярним проходженням мамографії.

Критики МПЗ відзначали низку слабких положень цієї теоретичної моделі, зокрема:

- зосередженість переважно на свідомій обробці інформації (наприклад, чи справді такі види поведінки, як-от чищення зубів, визначаються ретельним зважуванням переваг та недоліків?);
- наголос на індивідуальних факторах (яку роль відіграє соціальне та економічне середовище?);
- взаємозв'язки між різними ядерними переконаннями (як слід вимірювати ці переконання і як вони співвідносяться між собою? МПЗ – лінійна чи багатofакторна модель?);
- відсутність чи недостатньо виражена роль емоційних факторів, таких як страх чи заперечення;
- недостатня увага до альтернативних факторів, які можуть передбачати поведінку щодо здоров'я, як-от очікування щодо результатів чи самоефективність;
- статичний підхід до переконань щодо здоров'я. Шварцер зауважує (Schwarzer, 1992), що у межах МПЗ переконання описані так, наче вони мають місце одномоментно, без можливості для зміни, чи розвитку;
- як вважають Левенталь та ін. (Leventhal et al., 1985), на поведінку щодо здоров'я впливає радше сприйняття симптомів, аніж індивідуальні фактори, як це описано у МПЗ.

Незважаючи на критичні зауваження до цієї моделі у фаховій літературі, вона активно застосовується при дослідженні діагностики раку шийки матки, генетичних відхилень, надмірного вживання алкоголю та тютюну, різних змін у харчовій поведінці тощо.

Роджерс розробив (Rogers, 1985) теорію захисної мотивації (ТЗМ), яка розширила базову теоретичну перспективу моделі переконань щодо здоров'я, включивши низку додаткових факторів. Так, теорія захисної мотивації передбачає, що пов'язана зі здо-

ров'ям людська поведінка є продуктом взаємодії чотирьох складників:

- серйозності або важкості («Рак шлунку – серйозна, важка хвороба»);
- піддатливості («Мої шанси захворіти на рак шлунку є досить високими»);
- ефективності реагування, зокрема профілактичного («Зміна харчування покращить стан мого здоров'я»);
- самоефективність («Я впевнений/а, що здатна змінити своє харчування»).

Ці складники є прогностичними факторами (предикторами) для поведінкових інтенцій («Я маю намір змінити свою поведінку»), які своєю чергою пов'язані із поведінкою. Роджерс також відводив окрему роль п'ятому складникові, страху, тобто афективній емоційній реакції-відповіді на отриману інформацію.

Теорія захисної мотивації описує серйозність хвороби, піддатливість та страх як фактори, пов'язані з оцінкою зовнішньої загрози, а ефективність реакції-відповіді індивіда та його самоефективність – з оцінкою копінгу (тобто з оцінкою самим індивідом власної копінгової діяльності). Згідно з положеннями ТЗМ, існують два типи джерел інформації: середовищна (вербальна комунікація, переконання, спостереження, наuczіння) та інтраособистісна (наприклад, попередній досвід людини). Ця інформація впливає на п'ять складників ТЗМ (самоефективність, ефективність реакції-відповіді, серйозність, піддатливість, страх), які потім впливають на адаптивні чи дезадаптивні копінгові реакції індивіда.

Теорія захисної мотивації отримала менше критичних зауважень, аніж модель переконань щодо здоров'я (МПЗ); однак слід зазначити, що багато критики МПЗ також можна віднести і до положень ТЗМ. Наприклад, ТЗМ спирається на припущення, що індивіди усвідомлено обробляють отриману ними інформацію, відтак теорія слабше враховує поведінкові звички і не відводить належної ролі соціальним та середовищним факторам.

Соціально-когнітивні моделі (моделі соціального пізнання) вивчають фактори, які дозволяють передбачити поведінку та/або

поведінкові інтенції, і досліджують, чому люди виявляються не в змозі підтримувати поведінку, на яку налаштовані. Соціально-когнітивна теорія була розроблена А.Бандурою (Bandura, 1986) і передбачає, що поведінкою людини керують очікування, стимули та соціальні когніції. До очікувань зокрема належать:

- ситуативні очікування наслідків: очікування того, що певна поведінка може бути небезпечною («Паління може спричинити рак легенів»);
- очікування наслідків: очікування того, що поведінка може зменшити шкоду для здоров'я («Відмова від паління може зменшити ризики раку легенів»);
- очікування самоефективності: очікування того, що індивід в змозі впоратися із бажаною поведінкою («Я зможу кинути палити, якщо захочу»).

Поняття стимулів передбачає, що певна поведінка є керованою її ж наслідками. Наприклад, потяг до паління може підкріплюватися через досвід зниженої тривожності, проходження планових обстежень чи аналізів підкріплює відчуття впевненості після отримання задовільних результатів.

Соціальні когніції є центральним складником соціально-когнітивних моделей. Хоча (як і у когнітивних моделях) соціально-когнітивні моделі розглядають індивідів як таких, що усвідомлено обробляють інформацію, існує однак важлива відмінність між когнітивними та соціально-когнітивними моделями: соціально-когнітивні моделі включають показники репрезентацій індивідом його соціального світу. Відповідно соціально-когнітивні моделі намагаються помістити людську особистість у контекст як інших людей, так і ширшого соціального оточення, що знаходить відображення у термінах нормативних переконань («Люди, які є важливими для мене, хочуть, аби я кинула палити»).

Теорія раціональної дії (ТРД) дуже широко використовувалася для вивчення предиктивних факторів людської поведінки, довгий час знаходячись у центрі наукових дискусій соціальних психологів щодо співвідношень та зв'язків між установками та поведінкою людини (Fishbein and Ajzen, 1975). ТРД робить наголос на

ключовій ролі соціальних когніцій у формі суб'єктивних норм - переконань індивідів про їхнє соціальне оточення, включаючи одночасно як самі переконання, так і оцінки цих переконань (обидва ці фактори впливають на установки індивіда). Відтак ТРД розглядає індивіда у соціальному контексті і крім того, відводить додаткову роль цінностям індивіда, на протипагу традиційним, більш раціональним підходам до людської поведінки. Теорія планованої поведінки (ТПП) була розроблена Айзенем та його колегами і являла собою подальший розвиток теорії раціональної дії.

Теорія планованої поведінки розглядає поведінкові інтенції як результат поєднання та взаємодії переконань індивіда. ТПП передбачає, що для досягнення поведінкових цілей інтенції мають бути сформульовані як певні плани або настанови до дії, являючи собою результат таких переконань:

- установка щодо певної поведінки, яка складається із оцінки цієї поведінки (позитивної чи негативної) та переконань щодо результатів цієї поведінки («Займатися фізичними вправами весело і покращує моє здоров'я»);
- суб'єктивна норма, яка складається зі сприйняття соціальних норм (зокрема різних видів соціального тиску для спонукання індивіда до певної поведінки) та оцінки того, чи вмотивований індивід виконувати ці норми («Важливі для мене люди схвалюють мою поведінку, якщо я втрачу вагу, і я хотіла би такого схвалення»);
- відчуття поведінкового контролю, яке складається з переконання, що індивід може дотримуватися певної поведінки на основі врахування внутрішніх (навички, здібності, інформація) та зовнішніх (перешкоди та можливості) факторів контролю, пов'язаних із поведінкою у минулому.

Згідно із ТПП ці три фактори визначають поведінкові інтенції, які своєю чергою пов'язані із поведінкою. ТПП також наголошує, що відчуття поведінкового контролю може мати безпосередній вплив на поведінку без урахування поведінкових інтенцій.

Шварцер критикував ТПП за недостатню увагу до хронологічної перспективи і вважав (Schwarzer, 1992), що ТПП не описує або ієрархію різних переконань, або ж каузальні зв'язки між ними. Однак на противагу моделі переконань щодо здоров'я (МПЗ) та теорії захисної мотивації (ТЗМ), теорія планованої поведінки намагається розглядати проблеми соціальних та середовищних факторів, зокрема у формі нормативних переконань.

Підхід процесу здорової дії був розроблений Шварцером (Schwarzer, 1992), котрий підкреслював потребу включення часового складника у розуміння людських переконань та поведінки. Крім того, він наголошував на важливості самоефективності як визначника як поведінкових інтенцій, так і поведінкових самозвітів. Підхід процесу здорової дії (ППЗД) включає в себе певні елементи з теорій-попередників та намагається прогнозувати як поведінкові інтенції, так і поточну поведінку.

Головним доповненням, яке ППЗД зробив до здобутків уже існуючих теорій, стало розрізнення між стадією прийняття рішень/мотивації та стадією початку дії/підтримки дії. Таким чином, ця модель додає фактори часу та процесу до розуміння взаємозв'язків між переконаннями та поведінкою і передбачає, що індивід спершу вирішує, буде чи ні він виконувати певну поведінку (мотиваційна стадія), а потім розробляє плани для початку та підтримки такої поведінки (стадія дії). Відповідно до ППЗД, мотиваційна стадія складається з таких компонентів:

- самоефективність («Я впевнена, що зможу покинути паління»);
- очікування щодо результатів («Якщо я покину паління, то це покращить моє здоров'я»), серед яких виділяється підмножина очікувань соціальних результатів («Важливі для мене люди хочуть, аби я припинила палити, і якщо я так вчиню, то отримаю їхнє схвалення»);
- оцінка загроз, яка складається з переконань щодо серйозності захворювання та відчуттів індивідуальної вразливості.

Кінцевим результатом цієї стадії, відповідно до моделі ППЗД, є намір індивіда до дії. Наступна стадія дії складається з когніти-

вно-вольових, ситуаційних та поведінкових факторів. Сукупність цих факторів визначає міру, до якої поведінка починається та підтримується у перебігу цього саморегуляторного процесу. Когнітивний фактор складається із планів дії («Якщо мені пропонуватимуть цигарку, коли я намагаюсь не палити, я уявлятиму, що цигаркова смола робить з моїми легенями») та контролю дії («Якщо мені пропонуватимуть цигарку, я зможу утриматися від неї через нагадування самій собі, що я кидаю палити»). Ці два когнітивні фактори окреслюють вольовий компонент індивідуальної дії. Ситуаційний фактор складається з соціальної підтримки (наприклад, друзів та подруг, які заохочують покинути палити) та відсутності ситуативних перешкод (наприклад, фінансової можливості записатися до тренажерної зали).

Шварцер вважав, що ППЗД прокладає місток між інтенціями (намірами) та поведінкою, наголошуючи на понятті самоефективності – як у значенні формування наміру до дії, так і у вигляді когнітивного компонента стадії дії, в перебігу якої самоефективність сприяє та підтримує плани дії та контроль дії.

Як і з іншими когнітивними та соціально-когнітивними моделями, при обговоренні цінності ППЗД для цілей прогнозування поведінки щодо здоров'я передусім постають такі питання: Чи є індивіди свідомими обробниками інформації? Яку роль відіграють соціальні та середовищні фактори? Соціально-когнітивні моделі намагаються вирішити проблему соціального світу індивіда через характеристики нормативних переконань, однак такі характеристики описують лише когніції індивідів щодо їхнього соціального світу.

Деякі дослідники вказують на певні концептуальні проблеми описаних вище моделей, а саме:

- кожна з моделей спирається на різні ключові поняття, як-от відчуття поведінкового контролю, поведінкові інтенції, вразливість чи установки. Ермітадж та Коннер (Armitage and Conner, 2000) наголошують на потребі консенсусного підходу, який би поєднував ключові поняття цих моделей;

- моделі описують зв'язки між змінними, які припускають каузальність – наприклад, ТПП описує установки як каузальний фактор поведінкової інтенції. Саттон підкреслює (Sutton, 2002), що ці зв'язки не обов'язково мають причинно-наслідкову природу, і що остання не може бути підтверджена чи спростована без використання експериментальних методів.
- теоретична модель має включати механізм збору даних, які би підтверджували теорію чи її спростовували. Огден дослідила (Ogden, 2003) публікації з використанням МПЗ, ТРД, ТЗМ, ТПП та ППЗД за чотирирічний період і прийшла до висновку, що ці моделі неможливо спростувати в принципі, оскільки завжди можна відшукати певні застереження, які повсякчас підживлюватимуть переконання у тому, що та чи інша модель користується підтримкою.

Таким чином, роль переконань щодо здоров'я у прогнозуванні пов'язаної зі здоров'ям людської поведінки стала все більш виразною разом із сучасними змінами у структурі причин смертності. Деякі дослідження, які вивчають переконання щодо здоров'я, роблять наголос на повсякденних теоріях, описуючи людей як таких, на чию поведінку впливає складна система поглядів та теорій щодо власного тіла та здоров'я. Ця наукова перспектива розглядає людських індивідів як менш раціональних особистостей і вивчає повсякденні теорії у відносно неструктурованому форматі з використанням якісного підходу. Інші дослідники використовують більш кількісний підхід, досліджуючи такі поняття, як атрибуції, локус контролю здоров'я, нереалістичний оптимізм та стадії змін. Психологи також розробили структуровані моделі для об'єднання цих різноманітних переконань та прогнозування поведінки щодо здоров'я, як от теорія захисної мотивації (ТЗМ), модель переконань щодо здоров'я (МПЗ), теорія планованої поведінки (ТПП) та підхід процесу здорової дії. Ці моделі розглядають індивідів як активних обробників інформації, відрізняючись мірою та способом опису когніцій індивіда щодо його соціального світу. Такі моделі можуть бути використані для кількісного прогнозування

поведінки щодо здоров'я і здатні виступити методологічною основою для розвитку якісно нових моделей збереження та розвитку як індивідуального, так і громадського здоров'я.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з емпіричним дослідженням внутрішньої картини здоров'я особистості.

Доводиться, що поняття «емоції» відноситься до складних станів організму, які характеризуються змінами у збудженні автономної нервової системи разом із виразними фізіологічними реакціями, специфічними поведінковими схильностями, та суб'єктивним відчуттям переживань певної сили та спрямованості. Наголошується, що емоції зазвичай, хоча й не завжди, виникають із когнітивного схвалення певного емоційного об'єкта/ситуації для цілей їхньої важливості для благополуччя індивіда. Термін «емоція» вживається у широкому розумінні на позначення наявності афективного загалом, позначаючи таким чином не лише сильні емоційні реакції – тобто такі інтенсивні афективні переживання, як гнів, страх, радість, любов - а й м'якші афективні прояви, реакції, почуття та стани, включаючи такі, що не мають чітких позначень та/або описових характеристик. Підкреслюється, що емоційні стани впливають на процеси людського мислення, а відтак на логічну раціональність індивідів. Бажаність таких впливів вірогідно працює як функція частоти таких станів, їхньої інтенсивності та тривалості. Акцентовано, що загалом позитивні настрої чинять змішаний вплив на людське мислення. З одного боку, вони сприяють більшій гнучкості та креативності у завданнях на вирішення проблем, що виглядає логічним та бажаним; з іншого боку, вони спричиняються до більш нестабільного, менш опертого на фактичні дані, та менш ретельного способу обробки інформації, що виглядає менш бажаним. Негативні настрої, особливо сум та споріднені з ним стани, зазвичай мають вплив, дзеркальний до описаного вище. Порівняно з нейтральними та позитивними настроями, сумні настрої підвищують ретельність обробки індивідами важливої інформації у діалозі, особливо коли йдеться про аргументацію та переконання; менше покладаються на такі структури загального знання, як скрипти, сценарії та сте-

реотипи. Проаналізовано, що на противагу випадковим афективним станам, цілісні афективні реакції виникають як відповідь на сприймані чи уявні характеристики цільового об'єкта. Цілісні афективні реакції відіграють одну з головних ролей у оцінках, рішеннях та поведінці індивідів щодо цільових об'єктів, навіть якщо характеристики об'єктів залишаються сталими.

Показано, що витoki теорії атрибуції можна відшукати у працях Гайдера, який вважав, що індивіди вмотивовані розглядати власне соціальне життя як упорядковане та контрольоване, що означає потребу у розумінні причинно-наслідкових зв'язків. Наголошується, що Келлі розробив найперші положення теорії атрибуції, яка передбачала, що атрибуції щодо каузальності структуруються відповідно до певної схеми. З плином часу теорія атрибуції пройшла значний поступ від своїх початкових положень, зокрема виникло розрізнення між самоатрибуціями (тобто атрибуціями щодо своєї власної поведінки) та атрибуціями щодо інших (тобто атрибуціями, вчиненими щодо поведінки інших людей). Намагаючись пояснити, чому оцінка людиною власних ризиків може бути помилковою і чому люди можуть виявляти нереалістичний оптимізм, Вайнштайн припускає, що у таких випадках спрацьовує механізм вибіркового фокусу уваги: індивіди ігнорують власну поведінку, яка збільшує ризики і зосереджуються на такій поведінці, яка зменшує ризики або не впливає на них. Підкреслюється, що медійні кампанії для просування здорової поведінки та запобігання нездорової стали одним із головних інструментів для фахівців у галузі громадського здоров'я, які намагаються досягнути кращих результатів своєї професійної діяльності. Успішна зміна інформаційного середовища є головною метою більшості медійних кампаній у сфері громадського здоров'я, а надзадачею відповідно є зміна поведінки населення для запобігання поширенню хронічних захворювань. Кампанії традиційно розглядаються як організаторами, так і цільовою аудиторією як ініціативи, обмежені у часі та зосереджені на вузькому колі питань чи проблематик; планування кампанії неодмінно зосереджене на громадянах і на тому, як можна змінити їхні установки та поведін-

нку за допомогою «правильних повідомлень». Успішне маніпулювання інформаційним середовищем на певну тему чи проблематику є головною задачею організаторів та спонсорів будь-якої медійної кампанії. Робиться висновок, що основні медіаповідомлення кампанії часто доповнюються іншими підходами, як-от поширення просвітницьких друкованих матеріалів чи створення новинного потоку на тему кампанії, особливо якщо бюджети для купівлі ефірного часу чи площ у медіа є обмеженими.

Підсумовується, що роль переконань щодо здоров'я у прогнозуванні пов'язаної зі здоров'ям людської поведінки стала все більш виразною разом із сучасними змінами у структурі причин смертності. Підкреслюється, що деякі дослідження, які вивчають переконання щодо здоров'я, роблять наголос на повсякденних теоріях, описуючи людей як таких, на чію поведінку впливає складна система поглядів та теорій щодо власного тіла та здоров'я. Ця наукова перспектива розглядає людських індивідів як менш раціональних особистостей і вивчає повсякденні теорії у відносно неструктурованому форматі з використанням якісного підходу. Робиться наголос на тому, що інші дослідники використовують більш кількісний підхід, досліджуючи такі поняття, як атрибуції, локус контролю здоров'я, нереалістичний оптимізм та стадії змін. Психологи також розробили структуровані моделі для об'єднання цих різноманітних переконань та прогнозування поведінки щодо здоров'я, як от теорія захисної мотивації (ТЗМ), модель переконань щодо здоров'я (МПЗ), теорія планованої поведінки (ТПП) та підхід процесу здорової дії.

Робиться висновок, що ці моделі розглядають індивідів як активних обробників інформації, відрізняючись мірою та способом опису когніцій індивіда щодо його соціального світу. Такі моделі можуть бути використані для кількісного прогнозування поведінки щодо здоров'я і здатні виступити методологічною основою для розвитку якісно нових моделей збереження та розвитку як індивідуального, так і громадського здоров'я.

Зазначені теоретичні положення зумовили подальшу розробку програми емпіричного дослідження атрибутивно-стильової детермінації внутрішньої картини здоров'я особистості.

Список використаних джерел

1. Абдряхімова, Ц.Б. (2013). Роль копінг-поведінки в розвитку непсихотичних психічних розладів у осіб з частковою втратою зору травматичного генезу. *Український вісник психоневрології*, 21, 2, 68 -72.

2. Ананьев, В.А. (2006). *Психология здоровья. Книга I. Концептуальные основы психологии здоровья*. СПб : Изд. Речь.

3. Асєєва Ю.О. (2020). Проблемні питання психокорекції та профілактики кібер-адикцій у молодого покоління - *Challenges of medical science and education: an experience of EU countries and practical introduction in Ukraine*: Collective monograph. Riga: Izdevnieciba «Baltija Publishing».

4. Асєєва Ю.О. (2019). *Раннє втручання в психоз (нові діагностичні та терапевтичні парадигми)*. - Харків: Вид.: Строков Д.В.

5. Асєєва Ю.О. (2018). Модель мультидисциплінарної допомоги особам які переживають наслідки неврологічного захворювання. *Лікарська справа*, 7–8, 119-129.

6. Бірон, Б.В. (2014). Копінг-вектор як інтегральна структурно-функціональна одиниця. *Актуальні проблеми психології: Збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С. Костюка: Психологія особистості. Психологічна допомога особистості*, 11, 11. – Ч. 1, 102-111.

7. Бірон, Б.В. (2013). Роль проактивного копінгу та особистісних копінг-ресурсів у формуванні реакцій на стреси студентського життя. *Актуальні проблеми психології: Збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С. Костюка*, 11, (7), 69-77.

8. Березовская, Р.А. (2003). *Отношение к здоровью. Психология здоровья*. СПб., 100-110.

9. Блюм, В. В. (2006). *Структура внутренней картины здоровья*. Санкт-Петербург.

10. Бовина, И. Б. (2005). Представление о здоровье и боле-

зни в молодіжній середі. *Вопросы психологии*, 3, 90 – 97.

11. Большакова, А. М. (2014). Суб'єктивна вичерпаність особистісного потенціалу та життєстійкість особистості. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія : Психологічні науки*, 1(1), 14-19.

12. Большакова, А.М. (2013). Особистісні ресурси подолання складних життєвих ситуацій та часові перспективи осіб юнацького віку. URL file:///C:/Users/home/Downloads/nio_2013_1-2_6%20(1).pdf

13. Богучарова, О.І. (2012). *Здоров'я особистості у психологічній перспективі*. Луган. держ. ун-т внутр. справ ім. Е. О. Дідоренка. Луганськ.

14. Безрукова, О. А. (2012). Атрибуція відповідальності/безвідповідальності особистості в умовах другого модерну. *Наукові праці Чорноморського державного університету імені Петра Могили. Сер. : Соціологія*, 184 (172), 10-13.

15. Галян, О. І. (2017). Маркери суб'єктності особистості в діагностиці суб'єктивної якості життя й особистісної самореалізації вимушених переселенців. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія : Психологічні науки*, 2(1), 69-73.

16. Дзюбинська, М. Я. (2018). *Вікова динаміка розвитку внутрішньої картини здоров'я дітей, хворих на епілепсію*. Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата психологічних наук за спеціальністю 19.00.07 «Педагогічна та вікова психологія». – ДВНЗ «Прикарпатський національний університет імені Василя Стефаника», ІваноФранківськ, 2018.

17. Дзюбинська, М. Я. (2017). Внутрішня картина здоров'я дітей хворих на епілепсію: емпіричне дослідження. *Педагогічний процес: теорія і практика (серія: психологія)*, 1(56), 112–118.

18. Засекіна, Л. (2016). Переживання подій та їх психолінгвістична репрезентація в автобіографічній пам'яті: репродукція чи реконструкція. *Психолінгвістика*. Вип. 20(1). - С. 65-77.

19. Заболотна, Н. (2017). Когнітивні стилі як одна з психологічних систем адаптації людини та інтеграції її ресурсів. *Humanitarium*, 39 (1), 74-82.

20. Кабаева, В. М. (2002). *Формирование осознанного отношения к собственному здоровью у подростков*. Автореф. дис.... канд. психол. наук: 19.00.07. «Академия повышения квалификации и переподготовки работников образования» (АПКиППРО). Москва.
21. Каган, В. Е. (1988). Внутренняя картина здоровья и психосоматический потенциал индивида. *Психогенные и психосоматические расстройства: тезисы научной конференции (24-25 ноября 1988 г.)*. Часть 1. Тарту, 201-204.
22. Каган, В.Е. (1993). Внутренняя картина здоровья – термин или концепция? *Вопросы психологии*, 1, 86-88.
23. Казібекова, В. Ф. (2017). Психологічні ресурси особистості: філософсько-психологічний зміст. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія : Психологічні науки*, 2(1). 120-127
24. Ковальчук, А. М. (2004). *Внутрішня картина здоров'я у підлітків і юнаків, які входять до «групи ризику»*. Автореф. дис. канд. психолог. наук: 19.00.04. КНУ ім. Шевченка. Київ.
25. Красильников, Г. Т., Сыч, Л. Н., Галина, Л. Л. (1996). Внутренняя картина здоровья как медико-психологическая проблема. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*, 2, 19 – 21.
26. Кукуруза, А. В., Кириллова, Е. А., Беляева, Е. Э. (2011). Характеристика внутренней картины здоровья подростков с соматической патологией. *Медицинская психология в России: электрон. науч. Журн*, 2. URL: <http://medpsy.ru>.
27. medpsy.ru.
28. Кукуруза, Г.В. та ін. (2007). Внутрішня картина здоров'я дітей і підлітків як психологічний феномен. *Наукові записки інституту психології ім. Г.С. Костюка АПН України*, 32, 148-157.
29. Кіреєва, З.О. (2012). Осягнення часу як ресурсу. *Соціальна психологія*, 4 - 5(55-56), 3-10.
30. Кіреєва, З. О. (2017). Особливості психологічного благополуччя у індивідів з порушенням серцево-судинної системи. *Теоретичні і прикладні проблеми психології*, 1, 108-118.
31. Кононенко, О. І. (2014). Вплив перфекціонізму на емо-

ційну сферу особистості. *Вісник Чернігівського національного педагогічного університету. Серія: Психологічні науки*, 121, 175-178.

32. Лазорко, О. (2016). Копінг-ресурси забезпечення професійної безпеки медичного працівника. *Вісник Національної академії Державної прикордонної служби України. Серія : Психологія*, 3. Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Vnadpn_2016_3_9

33. Лісова, О. С. (2008). Психокорекція дезадаптивних типів внутрішньої картини здоров'я у хворих на виразкову хворобу. *Медицинская психология*, 3(1), 44 – 50.

34. Лісова, О.С. (2008). *Психологічні особливості внутрішньої картини здоров'я осіб з виразковою хворобою*. Автореф. дис. канд. психолог. наук: 19.00.04. Харк. мед. акад. післядиплом. освіти. Харків.

35. Лурия, Р. А. (1977). *Внутренняя картина болезней и иатрогенные заболевания*. Москва.

36. Литвиненко, О.Д. (2017). Теоретичні предиктори створення моделі адаптаційного потенціалу особистості. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія : Психологічні науки*, 1(5), 83-88.

37. Мальцев, О.В. (2020). Анатомия ущербности. Новая категория исследования в глубинной психологии. *Гранит науки*. <https://un-sci.com/ru/2020/01/27/anatomiya-ushherbности-novaya-kategoriya-issledovaniya-v-glubinnoj-psihologii/>

38. Мальцев, О.В. (2020). *Психология фотографа* — Днепр: Середняк Т. К.

39. Мальцев, О.В. (2020). Психология ущербности. Прикладная наука. <https://www.youtube.com/watch?v=QhTXVEb9YrE>

40. Мальцев, О.В. (2020). Психология ущербности. Судьбоанализ. <https://www.youtube.com/watch?v=Y2w173KTxAw>

41. Мальцев, О.В. (2020). Доза ущербности. *Психология ущербности*. <https://www.youtube.com/watch?v=L4gFW8-0tO8>

42. Мальцев, О. В. (2016). Соціально-демографічні особливості копінг-ресурсів особистості. *Освіта та розвиток обдарованої особистості*, (9), 41-46.

43. Мальцев, О. В. (2015). Концепція емпіричного вивчення копінгу як чинника суб'єктивної безпеки особистості в сучасному соціальному просторі. *Освіта та розвиток обдарованої особистості*, 12 (43), 9-12.

44. Мальцев, О. В. (2015). Адаптація української версії Опитувальника суб'єктивних уявлень про безпеку та його психометричний аналіз. *Теоретичні і прикладні проблеми психології*, 2 (37), 128—139.

45. Максименко, К. С. (2013). Реконструктивная психотерапия в клинической психологии. *Проблеми сучасної психології*, 21, 369-384. - Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Pspl_2013_21_35

46. Максименко, С. Ткач, Б., Литвинчук, Л., Онуфрієва, Л. (2020). Нейропсихолінгвістичне дослідження політичних гасел із зовнішньої реклами. *PSYCHOLINGUISTICS*, 26(1), 246-264. <https://doi.org/10.31470/2309-1797-2019-26-1-246-264>

47. Максименко, С.Д., Костюк, О.В., Максименко, К.С., Немеш, О.М., & Луньов, В.Є. (2020). *Мультилінгвістичний дискурс невротизацій майбутніх лікарів*. Київ: Видавництво Людмила.

48. 56. Максименко, С.Д., & Кокун, О.М. (2019). Принципи розробки сайтів для професійної психодіагностики в різних спеціальностях. *Інформаційні технології і засоби навчання*, 73(5), 284-292. <https://doi.org/10.33407/itlt.v73i5.2963>

49. Максименко, С.Д. (2012). Екзистенціально-генетичні витоки існування особистості. *Проблеми сучасної психології*, 1, 4-11. - Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/pspz_2012_1_3

50. Максименко, С. Д. (2013). Особливості прогнозування внутрішніх ліній психічного здоров'я особистості. *Проблеми сучасної психології*, 2, 4-14. Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/pspz_2013_2_3

51. Максименко, С. Д. (2015). Прогнозування психологічного розвитку особистості у генетичній психології. *Актуальні проблеми психології*, 7, 13-23. Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/appsu_2015_7_38_3

52. Никоненко, І.О. (2015). Теоретичний огляд ресурсного підходу в контексті вивчення копінг-поведінки особистості. *Український психолого-педагогічний науковий збірник*, 5(5), 88-91.
53. Односталко, О. С. (2020). *Ресурси стійкості особистості в умовах складних та нетипових ситуацій життя*. Дисертація. Волинський національний університет імені Лесі Українки, м. Луцьк.
54. Односталко, О.С., Кіреєва, З.О., Бірон, Б.В. (2020). Психометричний аналіз адаптованої версії Шкали резильєнтності (cd-risc-10). *Габітус*, 13, 110-117.
55. Поліщук, Н. Є. (2013). Біопсихосоціальна модель допомоги: основні принципи діагностики та лікування. *НейроNews: психоневрологія та нейропсихіатрія*, 6 (2). URL:<https://neuronews.com.ua/ua/issue-article1241/Biopsihosocialna-model-dopomogi-osnovni-principi-diagnostiki-ta-likuvannya>
56. Родіна, Н.В. (2011). *Психологія копінг-поведінки: системне моделювання*. Одеса: видавець Букаєв Вадим Вікторович.
57. Родіна, Н. В. (2010). Особистісні характеристики як ресурси долаючої поведінки. Огляд деяких сучасних теорій копінгу. *Проблеми сучасної психології*, 7, 608–633.
58. Родіна, Н.В. (2013). *Психологія копінг-поведінки: Системне моделювання: дисертація*. Київ. Режим доступу: <http://dspace.onu.edu.ua:8080/handle/123456789/4098>
59. Родіна, Н. В. (2010). Проективна експрес-методика, що заснована на стимульному матеріалі тесту Вартегга. Застосування у вивченні копінгу. *Збірник наукових праць Інституту психології ім. ГС Костюка. Проблеми загальної та педагогічної психології*, 12, 247-257.
60. Тараненко, Н .Е. (2002). Внутренняя картина болезни у детей с хроническими соматическими заболеваниями. *Практична психологія і соціальна робота*, 2, 48 – 50.
61. Ткач, Б. М. (2018). Особливості нейропсихологічних механізмів актуалізації девіантної поведінки залежно від нейроперсонологічних характеристик особистості. *Актуальні проблеми психології. Збірник наукових праць Інституту психології ім. Г. С.*

Костюка НАПН України, 1(49), 75–82.

62. Ткач, Б. М. (2018). Нейропсихологічна корекція основних форм девіантної поведінки. *PSYCHOLOGICAL JOURNAL*, 4(14), 234–248. Взято з doi.org/10.31108/2018vol14iss4

63. Ткач, Б.М. (2018). *Нейропсихологія девіантної поведінки*. Львів: ННБК «АТБ».

64. Турубарова, А. В. (2013). Теоретико-методологічні підходи до дослідження внутрішньої картини здоров'я дитини. *Вісник Харківського національного педагогічного університету імені Г. С. Сковороди. Психологія*, 46(1), 204 – 211.

65. Цветкова, И.В. (2012). Проблема психологического изучения внутренней картины здоровья. *Психологические исследования*. <http://psystudy.ru.04212>

66. Челпанов, В. Б. (2009). Феномены внутренней картины болезни и внутренней картины здоровья как конкурирующие и взаимодополняющие психические реальности. *Учёные записки Курского государственного университета: электронный научный журнал*, 3 (11), 123-134.

67. Absalyamova, L. (2016). Psychological research the problems of women food behavior. *Fundamental and Applied Researches in Practice of Leading Scientific Schools*, 17(5), 131-136. Retrieved from <https://farplss.org/index.php/journal/article/view/100>

68. Abramson, L. Y., Seligman, M. E., & Teasdale, J. D. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 49–74.

69. Alloy, L. B., & Abramson, L. Y. (1988). Depressive realism: Four theoretical perspectives. In L. B. Alloy (Ed.), *Cognitive processes in depression*. New York: The Guilford Press.

70. Armitage, C.J. and Conner, M. (2000) Social cognition models and health behaviour: a structured review, *Psychology and Health*, 15: 173–89.

71. Alstead, M., Campsmith, M., Halley, C.S., Hartfield, K., Goldbaum, G., Wood, R.W. (1999). Developing, implementing, and evaluating a condom promotion program targeting sexually active adolescents. *AIDS Educ. Prev.* 11:497–512.

72. Ariely, D., & Loewenstein, G. (2005). The heat of the moment: The effect of sexual arousal on sexual decision making. *Journal of Behavioral Decision Making*, 19, 87-98.
73. Avnet, T., & Pham, M. T. (2004). *Should I trust my feelings or not? The metacognition of affect-as-information*. Unpublished manuscript, Columbia University.
74. Black, M.E., Yamada, J., Mann, V. (2002). A systematic literature review of the effectiveness of community-based strategies to increase cervical cancer screening. *Can. J. Public Health*, 93:386–93.
75. Bradley, C. (1985). Psychological aspects of diabetes, in D.G.M.M. Alberti and L.P. Drall (eds), *Diabetes Annual*. Amsterdam: Elsevier.
76. Bandura, A. (1986) Social foundations of thought and action. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
77. Becker, M.H. and Rosenstock, I.M. (1984) Compliance with medical advice, in A. Steptoe and A. Mathews (eds), *Health Care and Human Behaviour*. London: Academic Press.
78. Belloc, N.B. and Breslow, L. (1972) Relationship of physical health status and health practices. *Preventative Medicine*, 1: 409–21.
79. Breslow, L. and Enstrom, J. (1980) Persistence of health habits and their relationship to mortality. *Preventive Medicine*, 9: 469–83.
80. Brickman, P., Rabinowitz, V.C., Karuza, J. et al. (1982). Models of helping and coping, *American Psychologist*, 37: 368–84.
81. Bodenhausen, G. V. (1993). Emotions, arousal, and stereotype-based discrimination: A heuristic model of affect and stereotyping. In D. M. Mackie & D. L. Hamilton (Eds.), *Affect, cognition, and stereotyping* (pp. 13-37). San Diego, CA: Academic Press.
82. Bodenhausen, G. V., Kramer, G. P., & Suesser, K. (1994). Happiness and stereotypic thinking in social judgment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66, 621-632.
83. Cohen, J. B., Pham, M. T., & Andrade, E. B. (2007). The nature and role of affect in consumer judgment and decision making. In C. P. Haugtvedt, P. M. Herr, & F. R. Kardes (Eds.), *Handbook of*

consumer psychology. Mahwah, NJ: Erlbaum.

84. Christensen, A.J., Moran, P.J., Wiebe, J.S. (1999). Assessment of irrational health beliefs: relation to health practices and medical regimen adherence. *Health psychology*, 18(2), 169 – 176.

85. Conway, M., & Giannopoulos, C. (1993). Dysphoria and decision-making-Limited information use for evaluations of multiattribute targets. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, 613-623.

86. Danyk, Y., Zborovska, O., & Rodina, N. (2019). Models and mechanisms of formation of posttraumatic stress disorders in hybrid war (conflicts) and their features. *Fundamental and Applied Researches in Practice of Leading Scientific Schools*, 31(1), 44-53. <https://doi.org/https://doi.org/10.33531/farplss.2019.1.09>

87. Dommermuth, W. P., & Millard, W. J. (1967). Consumption coincidence in product evaluation. *Journal of Marketing Research*, 4, 388-390.

88. Dunning, D., & Story, A. L. (1991). Depression, realism, and the overconfidence effect - Are the sadder wiser when predicting future actions and events. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 521-532.

89. Doll, R. and Peto, R. (1981) *The Causes of Cancer*. New York: Oxford University Press.

90. Fishbein, M., Cappella, J., Hornik, R., Sayeed, S., Yzer, M., Ahern, R.K. (2002). The role of theory in developing effective antidrug public service announcements. In *Mass Media and Drug Prevention: Classic and Contemporary Theories and Research*, ed. W.D. Crano, M. Burgoon, pp. 89–117. Mahwah, NJ: Erlbaum.

91. Epstein, S. (1990). Cognitive-experiential self-theory. In L. A. Pervin (Ed.), *Handbook of personality: Theory and research* (pp. 165-192). New York/London: The Guilford Press.

92. Etcoff, N. (1999). *Survival of the prettiest*. New York: Doubleday.

93. Edwards, N. (1954) The theory of decision making, *Psychological Bulletin*, 51: 380–417.

94. Fishbein, M. and Ajzen, I. (1975) Belief, Attitude, Inten-

tion, and Behavior: An Introduction to Theory and Research. Reading, MA: Addison-Wesley.

95. Fessler, D. M. T., Pillsworth, E. G., & Flanson, T. J. (2004). Angry men and disgusted women: An evolutionary approach to the influence of emotions on risk taking. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 95, 107-123.

96. Fiedler, K. (1988). Emotional mood, cognitive style, and behavior regulation. In K. Fiedler & J. Forgas (Eds.), *Affect, cognition, and social behavior* (pp. 100-119). Toronto: C. J. Hogrefe.

97. Graham, H. (1987) Women's smoking and family health, *Social Science and Medicine*, 25: 47-56.

98. Goodwin, R., Engstrom, G. (2002). Personality and the perception of health in the general population. *Psychological Medicine*, 32, 325 – 332.

99. Goldberg, M. E., & Gorn, G. J. (1987). Happy and sad TV programs-How they affect reactions to commercials. *Journal of Consumer Research*, 14, 387-403.

100. Gorn, G. J., Pham, M. T., & Sin, L. Y. (2001). When arousal influences ad evaluation and valence does not (and vice versa). *Journal of Consumer Psychology*, 11, 43-55.

101. Gotlib, I. H., McLachlan, A. L., & Katz, A. N. (1988). Biases in visual attention in depressed and nondepressed individuals. *Cognition and Emotion*, 2, 185-200.

102. Gulbs, O., Kobets, O., & Ponomarenko, V. (2017). Influence of psychological health on teenager's personality formation. *Fundamental and Applied Researches in Practice of Leading Scientific Schools*, 24(6), 56-59. Retrieved from <https://farplss.org/index.php/journal/article/view/260>

103. Goncharyk, N. (2020). State of pregnant women's mental health with obstetric pathology and aggravated reproductive anamnesis. *Fundamental and Applied Researches in Practice of Leading Scientific Schools*, 39(3), 38-40. Retrieved from <https://farplss.org/index.php/journal/article/view/715>

104. Hsee, C. K., & Rottenstreich, Y. (2004). Music, pandas, and muggers: On the affective psychology of value. *Journal of Exper-*

imental Psychology-General, 133, 23-30.

105. Humphreys, M. S., & Revelle, W. (1984). Personality, motivation, and performance-A theory of the relationship between individual-differences and information-processing. *Psychological Review*, 91, 153-184.

106. Heider, F. (1958). *The Psychology of Interpersonal Relations*. New York: John Wiley.

107. Hobfoll, S.E. (2011). Conservation of resources theory: its implication for stress, health, and resilience. In *The Oxford Handbook of Stress, Health, and Coping*, ed. S Folkman, pp. 127–47. New York: Oxford Univ. Press

108. Hoppe, R. and Ogden, J. (1996). The effect of selectively reviewing behavioural risk factors on HIV risk perception, *Psychology and Health*, 11: 757–64.

109. Hornik, R. (2002). Public health communication: making sense of contradictory evidence. In *Public Health Communication: Evidence for Behavior Change*, ed. R.C. Hornik, pp. 1–22. Mahwah, NJ: Erlbaum.

110. Isen, A. M. (2001). An influence of positive affect on decision making in complex situations: Theoretical issues with practical implications. *Journal of Consumer Psychology*, 11, 75—85.

111. Isen, A. M., Shalcker, T. E., Clark, M., & Karp, L. (1978). Affect, accessibility of material in memory, and behavior-cognitive loop. *Journal of Personality and Social Psychology*, 36, 1-12.

112. Joseph, S., & Linley, P. A. (2005). Positive adjustment to threatening events: An organismic valuing theory of growth through adversity. *Review of General Psychology*, 9, 262–280.

113. Johnson, E. J., & Tversky, A. (1983). Affect, generalization, and the perception of risk. *Journal of Personality and Social Psychology*, 45, 20-31.

114. Johnson, E. J., Hershey, J., Meszaros, J., & Kunreuther, H. (1993). Framing, probability distortions, and insurance decisions. *Journal of Risk and Uncertainty*, 7, 35-51.

115. Kahneman, D. (1994). New challenges to the rationality assumption. *Journal of Institutional and Theoretical Economics*-

Zeitschrift Fur Die Gesamte Staatswissenschaft, 150, 18-36.

116. Kelder, S.H., Maibach, E., Worden, J.K., Biglan, A., Levitt, A. (2000). Planning and initiation of the ONDCP National Youth Anti-Drug Media Campaign. *J. Public Health Manag. Pract.*, 6:14–26.

117. Kelley, H.H. (1971). *Attribution: Perceiving the Causes of Behaviour*. New York: General Learning Press.

118. King, J.B. (1982). The impact of patients' perceptions of high blood pressure on attendance at screening: an attributional extension of the health belief model, *Social Science and Medicine*, 16: 1079–92.

119. Keller, P. A., Lipkus, I. M., & Rimer, B. K. (2002). Depressive realism and health risk accuracy: The negative consequences of positive mood. *Journal of Consumer Research*, 29, 57-69.

120. Lazarus, R. S. (1991). *Emotion and adaptation*. New York: Oxford University Press.

121. Lazurenko, O. (2016). Psychology of occupational health of expert: the problem of prevention and formation of doctor emotional competence. *Fundamental and Applied Researches in Practice of Leading Scientific Schools*, 13(1), 130-139. Retrieved from <https://farplss.org/index.php/journal/article/view/14>

122. Leith, K. P., & Baumeister, R. F. (1996). Why do bad moods increase self-defeating behavior? Emotion, risk taking, and self-regulation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71, 1250-1267.

123. Lerner, J. S., & Keltner, D. (2001). Fear, anger, and risk. *Journal of Personality and Social Psychology*, 81, 146-159.

124. Lerner, J. S., Small, D. A., & Loewenstein, G. (2004). Heart strings and purse strings—Carryover effects of emotions on economic decisions. *Psychological Science*, 15, 337-341.

125. Leventhal, H., Prohaska, T.R. and Hirschman, R.S. (1985) Preventive health behavior across the life span, in *J.C. Rosen and L.J. Solomon (eds), Prevention in Health Psychology*. Hanover, NH: University Press of New England.

126. Lunov, V. (2021). Clinical psychology for specialists in physical therapy, occupational therapy: curriculum. *Fundamental and*

Applied Researches in Practice of Leading Scientific Schools, 43(1), 15-20. Retrieved from

<https://farplss.org/index.php/journal/article/view/758>

127. Lytvynenko, O. (2018). The adaptation directions in the structure of the personality potential. *Fundamental and Applied Researches in Practice of Leading Scientific Schools*, 29(5), 53-58. <https://doi.org/https://doi.org/10.33531/farplss.2018.5.07>

128. Loewenstein, G. (1996). Out of control: Visceral influences on behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 65, 272-292.

129. Lutsenko, O., & Gabelkova, O. (2016). Regulation systems state in connection with different psychological types, defense mechanisms and health behavior. *Fundamental and Applied Researches in Practice of Leading Scientific Schools*, 14(2), 4-15. Retrieved from <https://farplss.org/index.php/journal/article/view/32>

130. Margalit, M., Raviv A., Ankonina, D.B. (1992). Coping and Coherence among parents with disabled children. *Journal of Clinical Psychology*, 21, No 3, 202-209.

131. Margalit, M. (2003). Resilience model among individuals with learning disabilities: Proximal and distal influences. *Learning Disabilities Research & Practice*, 18(2), 82-86.

132. Marks, R., Allegrante, J.P., Lorig, K. (2005). A review and synthesis of research evidence for self-efficacy-enhancing interventions for reducing chronic disability: implications for health education practice (part II). *Health Promot. Pract.* 6, 148–156.

133. Meichenbaum, D. (1977). *Stress inoculation*. In Meichenbaum, D. (Ed.), *Cognitive-behavior modification: An integrative approach* (pp. 143-182). New York, NY: Plenum Press.

134. Marcus, A.C., Crane, L.A. (1998). A review of cervical cancer screening intervention research: implications for public health programs and future research. *Prev. Med.* 27:13–31.

135. Marcus, B.H., Rakowski, W. and Rossi, J.S. (1992). Assessing motivational readiness and decision-making for exercise, *Health Psychology*, 22: 3–16.

136. Mueller, J. H. (1977). Test anxiety, input modality, and

levels of organization in free-recall. *Bulletin of the Psychonomic Society*, 9, 67-69.

137. McKeown, T. (1979) *The Role of Medicine*. Oxford: Blackwell.

138. Nelson, D. L., & Simmons, B. L. (2011). Savoring eustress while coping with distress: The holistic model of stress. In J. C. Quick & L. E. Tetrick (Eds.), *Handbook of occupational health psychology* (p. 55–74). American Psychological Association.

139. Norman, P. and Fitter, M. (1989) Intention to attend a health screening appointment: Some implications for general practice, *Counselling Psychology Quarterly*, 2: 261–72.

140. Oaksford, M., Morris, F., Grainger, B., & Williams, J. M. G. (1996). Mood, reasoning, and central executive processes. *Journal of Experimental Psychology-Learning Memory & Cognition*, 22, 476-492.

141. Ogden, J. (2003) Some problems with social cognition models: a pragmatic and conceptual analysis, *Health Psychology*, 22(4): 424–8.

142. Pham, M. T. (2004). The logic of feeling. *Journal of Consumer Psychology*, 14, 360-369.

143. Pham, M. T., Cohen, J. B., Pracejus, J. W., & Hughes, G. D. (2001). Affect monitoring and the primacy of feelings in judgment. *Journal of Consumer Research*, 28, 167-188.

144. Psylab.info - *энциклопедия психодиагностики*. (2009). <https://psylab.info>

145. Perloff, R. (2002). Exemplification in communication: the influence of case reports on the perception of issues. *Contemp. Psychol.—APA Rev. Books* 47:284–86.

146. Prochaska, J.O. and DiClemente, C.C. (1982). Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change, *Psychotherapy: Theory Research and Practice*, 19: 276—88.

147. Pill, R. and Stott, N.C.H. (1982) Concepts of illness causation and responsibility: some preliminary data from a sample of working class mothers, *Social Science and Medicine*, 16: 315–22.

148. Peterson, Ch., De Avila, M.E. (1995). Optimistic explana-

tory style and the perception of health problems. *Journal of Clinical Psychology*, 51 (1), 128 – 132.

149. Rakhimkulova, A. (2016). Adolescent risky behavior and mental health. *Fundamental and Applied Researches in Practice of Leading Scientific Schools*, 17(5), 99-113. Retrieved from <https://farplss.org/index.php/journal/article/view/97>

150. Rimer, B.K., Trock, B., Lermon, C. et al. (1991) Why do some women get regular mammograms? *American Journal of Preventative Medicine*, 7: 69–74.

151. Rodina, N. (2017). The area of the psychological phenomena system modeling in Ukraine: development, results and prospects of research. *Fundamental and Applied Researches in Practice of Leading Scientific Schools*, 21(3), 56-60. Retrieved from <https://farplss.org/index.php/journal/article/view/179>

152. Rodina, N. (2016). Prospects of positive psychology and psychology of human ortobiozis in rehabilitation of antiterrorist operation participants. *Fundamental and Applied Researches in Practice of Leading Scientific Schools*, 14(2), 62-69. Retrieved from <https://farplss.org/index.php/journal/article/view/37>

153. Rogers, R.W. (1985) Attitude change and information integration in fear appeals, *Psychological Reports*, 56: 179–82.

154. Raghunathan, R., & Pham, M. T. (1999). All negative moods are not equal: Motivational influences of anxiety and sadness on decision making. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 79, 56-77.

155. Rosenbaum, M. (1983). Learned resourcefulness as a behavioral repertoire for the self-regulation of internal events: Issues and speculations. In Rosenbaum, M., Franks, C. M., Jaffe, Y. (Eds.), *Perspectives on behavior therapy in the eighties* (pp. 54-73). New York, NY: Springer.

156. Rosenbaum, M. (1990). The role of learned resourcefulness in the self-control of health behavior. Springer Publishing Co.

157. Rosenbaum, M. (1993). The three functions of self-control behaviour: Redressive, reformative and experiential. *Work and Stress*, 7, 33-46

158. Rosenbaum, M., & Jaffe, Y. (1983). Learned helplessness: The role of individual differences in learned resourcefulness. *British Journal of Social Psychology*, 22(3), 215-225.
159. Rosenbaum, M., & Palmon, N. (1984). Helplessness and resourcefulness in coping with epilepsy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 244-253.
160. Runyon, M. K., & Kenny, M. C. (2002). Relationship of attributional style, depression, and posttrauma distress among children who suffered physical or sexual abuse. *Child Maltreatment*, 7, 254–264.
161. Seligman, M. E. P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55, 5–14.
162. Schwarz, N. (1990). Feelings as information: Informational and motivational functions of affective states. In R. M. Sorrentino & E. T. Higgins (Eds.), *Handbook of motivation and cognition* (Vol. 2, pp. 521-561). New York: Guilford Press.
163. Schwarz, N., & Clore, G. L. (1983). Mood, misattribution, and judgments of well-being. Informative and directive functions of affective states. *Journal of Personality and Social Psychology*, 45, 513-523.
164. Sydorenko A., & Lebid I. (2017). Peculiarities of emotional state in adults with congenital heart disease. *Fundamental and Applied Researches in Practice of Leading Scientific Schools*, 21(3), 114-116. Retrieved from <https://farplss.org/index.php/journal/article/view/188>
165. Sen, A. K. (1990). Rational behaviour. In J. Eatwell, M. M. & N. P (Eds.), *The New Palgrave: Utility and probability* (pp. 198 - 216). New York-London: Norton.
166. Sinaceur, M., Heath, C., & Cole, S. (2005). Emotional and deliberative reactions to a public crisis-Mad Cow disease in France. *Psychological Science*, 16, 247-254.
167. Sinclair, R. C., Mark, M. M., & Clore, G. L. (1994). Mood-related persuasion depends on (mis)attributions. *Social Cognition*, 12, 309-326.
168. Strongman, K. T. (1987). *The psychology of emotion* (3rd ed.). Chichester: Wiley.

169. Siegel, M. (2002). The effectiveness of state-level tobacco control interventions: a review of program implementation and behavioral outcomes. *Annu. Rev. Public Health*, 23:45–71.

170. Schwarzer, R. (1992) Self-efficacy in the adoption and maintenance of health behaviors: Theoretical approaches and a new model, in R. Schwarzer (ed.), *Self Efficacy: Thought Control of Action*, pp. 217–43. Washington, DC: Hemisphere.

171. Sutton, S. (2002) Testing attitude-behaviour theories using non-experimental data: an examination of some hidden assumptions, *European Review of Social Psychology*, 13: 293–323.

172. Spivak, M. (2018). Legal framework for reforming health care. *Fundamental and Applied Researches in Practice of Leading Scientific Schools*, 26(2), 54-60. Retrieved from <https://farplss.org/index.php/journal/article/view/304>

173. Tsarkova, O. (2017). Depth psychology of parents' experiences of pathological forms of guilt (for example, families with children with disabilities). *Fundamental and Applied Researches in Practice of Leading Scientific Schools*, 23(5), 89-102. Retrieved from <https://farplss.org/index.php/journal/article/view/242>

174. Tice, D. M., Bratslavsky, E., & Baumeister, R. F. (2001). Emotional distress regulation takes precedence over impulse control: If you feel bad, do it! *Journal of Personality and Social Psychology*, 80, 53-67.

175. Wallston, K.A. and Wallston, B.S. (1982). Who is responsible for your health? The construct of health locus of control, in G.S. Sanders and J. Suls (eds), *Social Psychology of Health and Illness*, pp. 65—95. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

176. Weinstein, N. (1987). Unrealistic optimism about illness susceptibility: conclusions from a community-wide sample, *Journal of Behavioural Medicine*, 10: 481—500.

177. Weg, R.B. (1983) Changing physiology of aging, in D.S. Woodruff and J.E. Birren (eds), *Ageing: Scientific Perspectives and Social Issues*, 2nd edn. Monterey, CA: Brooks/Cole.

178. Zhyhalkina, N. (2016). The main determinants of the psychological health of the individual. *Fundamental and Applied Re-*

searches in Practice of Leading Scientific Schools, 17(5), 144-149. Retrieved from <https://farplss.org/index.php/journal/article/view/102>

179. Zlatova, L. (2019). Adaptation potential of the personality as an aspect of human health. *Fundamental and Applied Researches in Practice of Leading Scientific Schools*, 34(4), 92-95. Retrieved from <https://farplss.org/index.php/journal/article/view/663>

РОЗДІЛ 4.

ПСИХІЧНІ ТА СОМАТИЧНІ РОЗЛАДИ ОСОБИСТОСТІ

4.1. Здоров'я як системне поняття

4.1.1. Клінічні аспекти психологічної та медичної норми і патології

Поняття норми та патології, здоров'я та хвороби, адаптації та реадаптації, етіології та патогенезу, структури і функції є базисними поняттями медицини. Більш загальне поняття *здоров'я* виражає якісно особливий стан живого організму як цілого в кожен окремий момент його існування. Термін “*норма*” дуже близький до терміну “*здоров'я*”, але не тотожний йому. При визначенні поняття *норми* особистості (органа, системи) багато питань залишаються невирішеними. Можна бути здоровим виходячи з величин відомих показників будови і функцій організму і мати відхилення від норми за деякими окремими ознаками, наприклад, за довжиною тіла, розумовими здібностями, особливостями поведінки тощо.

З іншого боку, можна бути хворим і мати цілком нормальну з точки зору загальноприйнятих правил моралі поведінку, а в деяких випадках навіть мати видатні розумові здібності. Усе це свідчить про відносність термінів “*норма*” і “*здоров'я*” і певну умовність масштабів їхньої оцінки для кожної людини зокрема.

Складність полягає й у тому, який із параметрів, чи їх комбінація, при виході за межі середньостатистичних величин, можна ще вважати за норму. Це питання можна вирішити лише на підставі практичних спостережень за особистостями, котрі живуть повноцінним життям, але мають ті чи інші відхилення.

У практичній медицині дуже часто користуються словами “*нормальна температура*”, “*нормальна електрокардіограма*”, “*нормальні маса і довжина тіла*”, “*нормальний склад крові*” тощо. У даному випадку йдеться про норму як статистичну середню вели-

чину з даних вимірів у великої кількості здорових людей (статистична норма). При цьому часто вказуються межі можливих коливань.

Однак норма – не тільки і не стільки середня статистична величина з певних вимірів. Досить характерним для західноєвропейської наукової думки є визначення норми (А. Пінер), де наголошується на трьох використаннях цього поняття, зокрема, у повсякденній, науковій і філософській мові. Так, у повсякденному житті поняття “норма” вживають: 1) для вияву реально існуючого масштабу речей, який встановлюється через порівняння, це середня величина, котра вираховується статистично; 2) для фіксації певного зразка, шаблону, міри, що мають технічно-прагматичне вираження. Загалом під нормою чи здоров’ям розуміють таку форму життєдіяльності організму, що забезпечує йому адекватні умови існування. Наприклад, при зниженому вмісті кисню на гірських висотах нормальним варто вважати збільшення числа еритроцитів у крові порівняно з їхнім числом на рівні моря.

На сьогодні прийнято визначення норми як оптимальної життєдіяльності організму в конкретних умовах довкілля (Царегородцев Г. І.), тобто норму розглядають як категорію міри біологічної істоти. Норма, як і здоров’я, не є чимось абсолютним, застиглим і незмінним для кожного виду тварин, кожної окремої популяції і кожного окремого людського індивідуума. Норма змінюється внаслідок мінливості видів і популяцій, вона різна для окремих індивідуумів усередині виду, а тим більше для представників різних видів, популяцій, віку, статі. Вона детермінована генетично й водночас дуже залежить від навколишнього середовища, тобто норма – не тільки генотип, але й фенотип у широкому розумінні цього слова. Зараз лікарі нерідко запитують у пацієнта, який у нього “нормальний”, тобто звичайний для нього, артеріальний тиск, яка його чутливість (чи переносимість) щодо певних ліків, харчових продуктів, клімато-географічних умов існування.

Норма не є якимось ідеалом для даного виду. Усі люди у певній мірі відрізняються від ідеальної норми. Норма – вираження оптимального стану людини й здоров’я у конкретній повсякден-

ній побутовій і трудовій діяльності. За Stedmann (1946), “нормальне – це типове, звичайне, таке, що найчастіше зустрічається, здоров’я, яке відповідає визначеному зразку чи стандарту”.

Велику увагу приділяють питанню відносності поняття “здоров’я” і його відношенню до поняття “хвороба”, про роль виду, статі, віку й індивідуальних відмінностей кожної людини при оцінці стану їхнього здоров’я. Існують жіночі та дитячі хвороби зі своїми особливостями виникнення, перебігу і результату. Існує наука геронтологія, предметом вивчення якої є особливості хворих у старечому віці.

Проблема індивідуальної реактивності здорової і хворої людини посідає зараз центральне місце в медицині. Встановлено безліч індивідуальних розходжень у будові, хімічному складі, обміні речовин і енергії, функціонуванні органів і систем у здорової і хворої людини. Тому висновок лікаря “здоровий” (*sanus*) ставиться завжди умовно.

Деякою поступкою в оцінці індивідуальних особливостей здорової і хворої людини є застосування спеціального терміну “практично здоровий”. Цей вислів свідчить про те, що протягом якогось найближчого відрізка часу людина може бути здоровою і працездатною, але не гарантована від можливості захворювання при зміні умов, що оточують її в побуті й на роботі.

Серед численних визначень поняття здоров’я заслуговують уваги ті, в яких указується на значення узгодженості (“гармонії”) у роботі органів і систем здорового організму (Репрев О. В., 1903; Підвисоцький В. В., 1905). На значення рівноваги (чи урівноваження) організму з довкіллям у формуванні здоров’я вказував СП. Боткін (1896), говорячи про здоров’я як про “оптимальний” стан організму.

Усі ці визначення підкреслюють якийсь один бік чи параметр, вивчення яких дозволяло вченим помітити окремі ознаки здоров’я, що відрізняють його від нездоров’я, тобто хвороби. Очевидно, що жоден із параметрів не розкриває до кінця проблеми здоров’я та хвороби і не вичерпує усього багатства змісту цих термінів і понять. У той же час вони, безсумнівно, є важливими ознаками здоров’я, що слід враховувати при розгляді цієї проблеми.

Серед величезної кількості визначень здоров'я мають значення ті, котрі спираються на практично важливі параметри стану організму. До таких належать працездатність, деякі кількісні показники окремих функцій (температура тіла, кров'яний тиск, вміст формених елементів, білків і цукру в крові, відсутність неприємних відчуттів у тілі (“здорова людина не відчуває своїх органів”), хороший настрій (“у здоровому тілі – здоровий дух”), дотримання оптимального для кожної людини режиму праці та відпочинку, поведінки у колективі, родині. Вмістити всі ці та інші параметри здоров'я в одне коротке визначення просто неможливо. Для людини, як істоти соціальної, норми здоров'я – це існування, що допускає найбільш повноцінну участь у різних видах суспільної і трудової діяльності

Розуміння сутності хвороби знайшло своє відображення у структурі слів, що виражають поняття хвороби різними мовами. Слово “хвороба” у російській, болгарській та румунській мовах походить від слова “біль”. Найбільш загальним значеннєвим вираженням для поняття “хвороба” чи не у всіх мовах світу є вираження її шкоди, незручності, ваги (*disease* – англ.) загального стану хворої людини, відчуття болю і слабості, нездатності до праці і спокійного життя. *Enfermedad* (хвороба) в іспанській мові виражає “незручність, обтяження”. Такий же зміст мають *netos*, *chogoba* польською, *neduh* чеською мовами.

У давньогрецькому словнику хвороба позначалася словом “пристрасть”, “напруга” чи “страждання”. Латинське *morbus* стало основою багатьох позначень поняття “хвороба” у мовах романської групи. *Maladie* французькою і *malattia* італійською відбулося від слова *male* (поганий, слабкий).

Численні визначення понять “здоров'я” і “хвороба” завжди відображали філософські погляди вчених і були обумовлені рівнем розвитку природознавства даної епохи розвитку людської культури.

За визначенням Платона, “хвороба – розлад елементів, що визначають гармонію здорової людини”; Парацельс висловив поняття “цілющої” сили природи (*via medikatrix naturae*) і розглядав

перебіг і результат хвороби залежно від результату боротьби хвороботворних сил з цілющими силами організму. В епоху давньоримської культури К. Цельс вважав, що виникнення хвороби пов'язане з впливом на організм особливої хвороботворної ідеї (*ideamorbose*). Сутність хвороби вбачали в порушенні гармонії організму, викликаному дією парфумів (“археїв”), що перебувають у шлунку (Парацельс), що порушують обмін речовин і діяльність ферментів (ван Гельмонт) і душевну рівновагу (Шталь).

Важливим на сьогодні є питання про передхвороби. Терміни “передастма”, “передінфарктний стан” та інші ввійшли до медичної лексики.

Передхворобою і початком хвороби можна вважати інкубаційний період при інфекційних чи період сенсibiliзації при алергічних хворобах. Передхворобою можна називати приховані періоди розвитку ураження верхніх дихальних шляхів (поліпоз) при бронхіальній астмі, порушення судинного тону на початку гіпертонічної хвороби.

Однак існує багато хвороб, при яких виокремити стадію передхвороби і визначити її межі з початком власне хвороби досить складно. Компенсаційні процеси в ході розвитку передхвороби відомі й на рівні регуляції функції з нервовою ендокринною чи імунною системою.

Найкоротше з відомих визначень хвороби, “життя за ненормальних умов”, належить Р. Вірхову. Ю. Конгейм (1878) визначав хворобу як відхилення від нормального життєвого процесу, обумовленого взаємодією зовнішніх і внутрішніх умов і регуляторних процесів організму.

Всесвітня організація охорони здоров'я дає таке визначення: “Здоров'я – це стан повного фізичного, духовного і соціального благополуччя, а не тільки відсутність хвороб чи фізичних дефектів”.

Визначення Л. Грота “здоров'ям виражають собою респонсивність (англ. *responsibility* – заможність, відповідальність, забезпеченість) кожного індивідуума”. А. Йорес спершу так визначав здоров'я: “Здоровий той, хто може розпорядитися своїми мо-

жливостями” (1955), а хворобу трактував як випадіння зі звичного порядку, як символ того, що людина не може справитися з життєвими проблемами і, водночас – як нагадування Боже, що треба йти шляхом удосконалення і підготовки до смерті. Згодом Йорес почав вбачати зв’язок між хворобою і почуттям провини, причому в антропологічному сенсі: провинна, на його думку, – не індивідуальна, а колективна і спадкова – це “провинність, глибинні корені котрої приховані у людській свободі” (1970). Здоров’я як трансцендентальність (недоступність пізнанню) розумів М. Гайдеггер.

Сьогодні спосіб життя працюючих людей – це тривога за збереження робочого місця, тривога за гідне місце в суспільстві, за спокійну забезпечену старість. Звідси збільшення невротичних, стресових, психотичних станів, хвороб серцево-судинної системи (гіпертонічна хвороба, інфаркт міокарда), алкоголізм, наркоманія й ін.

Проблема здоров’я нерозривно пов’язана з проблемою людини загалом; ідеологічні аспекти обох проблем так тісно переплітаються, що неможливо їх розділити. Найважливішим аспектом обох проблем є відношення біологічного і соціального у визначенні життя, здоров’я і поведінки людей як особистостей, як членів суспільства чи тільки як представників біологічних популяцій. “Гарячою точкою” цих проблем є питання про примата біологічного чи соціального в розумінні сутності людини та її здоров’я. Ця проблема цікавила філософів усіх епох: А. Шопенгауера, Ф. Ніцше, а в подальшому – З.Фрейда.

У працях Г. Спенсера висловлена ідея підпорядкування вчення про здоров’я і хворобу процесам біологічного пристосування чи адаптації людини до існування.

Ауреліо Печчеї (“Людські якості”) розглядає основні труднощі сучасного людства в глобальному масштабі як вираження його недостатньої біологічної адаптації до умов життя у довкіллі, вважаючи, що “Справжня причина, через яку пережиті людством труднощі набули зараз таких величезних, воістину страхітливих масштабів, якраз у тому і полягає, що ніхто ще біологічно не пристосувався... до світу, що змінився, і нового становища в ньому”.

Директор Інституту патології в Гейдельберзі (Німеччина) W. Doerr (1984) тлумачив сутність здоров'я і хвороби з позиції гештальтпсихології. Його погляди про цілісне розуміння хвороби почасти розвивають уявлення Г. Ріккєрта про “патологію взаємин” і сучасні міркування В. Вайцеккера про хворобу як про розлад духовної регуляції функцій цілісного організму.

Найважливішим параметром здоров'я людини є її реактивність, що визначається багатьма факторами: спадковістю, впливами довкілля, серед яких для людини особливе значення посідають соціальні фактори. До останніх слід віднести вплив соціальної системи, суспільного ладу (макросоціальні впливи) і процеси спілкування (мікросоціальні впливи).

Отже, у проблемі здоров'я варто вбачати дві основні позиції розуміння сутності людини. Одна – біологічна концепція, згідно з якою життя і здоров'я людини як соціальної істоти цілком визначається її властивостями як тварини, а поведінка в суспільстві та у структурі суспільних систем – тваринними інстинктами чи біологічними закономірностями її існування (боротьба за існування, природний добір тощо).

Інша позиція в розумінні людини визначається не тільки складністю її організації, але й особливостями як соціальної істоти. Соціальна сутність людини створює властиві їй форми виключно людських хвороб, не відтворених у повному обсязі в інших тварин. Неможливість моделювання у тварин різних людських функцій підкреслював І. П. Павлов: “якщо дані, отримані на вищих тваринах щодо функції серця, шлунка й інших органів... можна застосувати до людини тільки з великою обережністю,...то яку ж величезну стриманість треба виявити при переносі даних... про вищу нервову діяльність тварин на... людину”. Ці слова особливо корисно згадати в нині, коли неповноцінне моделювання хвороб людини призводить до легковажних висновків про механізми розвитку хвороб людини і про їх лікування.

Своєрідність і недоліки біологічної організації компенсуються розвитком мозку і у трудовій діяльності людини.

Таким чином, найважливішим аспектом розуміння сутності здоров'я і хвороби є проблема опосередкування усіх функцій лю-

дини соціальними факторами. Нервова система є найважливішим апаратом цього опосередкування. Процес опосередкування біологічного соціальним зближує медицину із психологією.

Цікаве визначення хвороби надав К. Маркс: “Що таке хвороба, як не обмежене у своїй свободі Життя?” Воно розкриває основну ознаку, що характеризує хворобу як з біологічної, так і з соціальної точки зору – “стиснення”, порушення, ушкодження при хворобі. Цю ознаку підкреслював й І. М. Сеченов. Він вважав, що хвороби виникають під впливом “руйнівних подразнень” зовнішнього середовища. І. П. Павлов говорив про поломку структури, функції і її регуляції при хворобі.

Разом з тим у розвитку вчення про хворобу слід звернути увагу на їх важливе значення захисних, компенсаторних, пристосувальних процесів. Про обов’язкову участь їх у механізмі розвитку хвороби писав ще Ю. Конгейм. Павлов називав ці процеси фізіологічним засобом проти хвороби. В. В. Підвисоцький говорив про “цілющі” сили організму.

З приводу визначення хвороби як пристосування необхідно зробити наступні зауваження. “Хвороба, як і смерть, є одним із проявів усього живого. А постійність внутрішнього середовища (гомеостаз) – запорука вільного і незалежного життя” (К. Бернар). Оскільки хвороба – це життєвий процес, то, природно, всі ознаки, властиві для життя, притаманні й хворобі; у хворому організмі відбувається обмін речовин і енергії, організм має реактивність, пристосованість до існування в навколишньому середовищі, у ньому продовжуються в різній формі процеси росту і розмноження клітин тощо. Усі ці процеси, як і в здоровому організмі, є специфічними. Саме тому неправильно зводити сутність хвороби до якоїсь однієї з загальних ознак, наприклад, до властивості пристосування живих організмів до існування в навколишньому середовищі. Деякі сучасні біологи (Воддінгтон К. Х.) розуміють сутність пристосування як здатність до розмноження. З цієї точки зору хвороба ніяк не підходить під визначення пристосування, оскільки хворі тварини зазвичай розмножуються значно гірше, ніж здорові.

Неправильно зводити визначення хвороби до пристосування також і тому, що це буде визначення за подібністю, а не за розходженням між здоров'ям і хворобою, визначення ж за подібністю вже не є визначенням.

В. П. Петленко визначив хворобу як багаторівневе системне явище, котре необхідно розглядати не лише з медичної позиції, а й із соціальної, оскільки “соціологічне визначення хвороби включає психофізіологічний аспект, виражає ступінь та рівень фізіологічних і психічних здібностей людини, які призводять до зміни соціально-біологічних функцій людини”.

Розгляд еволюції хвороб також указує на першість ушкодження в їхньому розвитку. У найпростіших і нижчих безхребетних хвороби протікають часто без видимих реактивних змін. Реактивні процеси розвиваються разом з ускладненням і розвитком організмів і появою в них різних засобів реагування на різні ушкодження. Ці засоби розвиваються й ускладнюються разом з ускладненням організації тварин у процесі еволюції. Вони досягають високої досконалості в людини у формі різних реакцій нервової системи і вищої нервової діяльності. Однак у людини апарати реактивності істотно доповнюються різними надбудовами, що створюються нею як істотою розумною і соціальною. Це – різноманітні протези, штучні органи, ліки, хірургічні операції, це, врешті, деонтологічні прийоми раціонального догляду за хворими.

Варто підкреслити, що в ході будь-якої хвороби пристосувальні і компенсаторні процеси часом самі стають шкідливими для хворої людини й чинять обтяжливий вплив на її стан. Як приклад можна навести виділення сечовини слизовою оболонкою шлунка і шкірою (потовими залозами) при уремії, важку лихоманку тощо.

Г. Сельє описаний ним синдром напруги назвав хворобою адаптації, тобто хворобою пристосування. Він підкреслив цим, що напруга пристосувальних систем при хворобі сама по собі шкідлива для організму і може погіршити її перебіг. Хвороба адаптації свідчить також про те, що спроби бачити в будь-якій хворобі тільки елементи пристосування захворілого організму до існування в середовищі, що змінилося – безпідставні.

Отже, сутність хвороби неможливо звести тільки до пристосування, хоча пристосувальні, компенсаторні процеси беруть участь у житті хворого організму так само, як вони є обов'язковими для життя здорових живих істот.

На шляху еволюції виду внаслідок екстремальних (хвороботворних) впливів виникали і виникають хвороби. У кожному окремому випадку вони обмежують пристосувальні здібності хворого індивідуума. І вже з цієї причини хвороба не може бути фактором прогресивної чи будь-якої іншої еволюції тварин. Опоненти наводять приклад із серпоподібноклітинною анемією, що супроводжується стійкістю хворих на неї людей до малярії. Цей випадок, однак, являє собою усього лише варіант ідіоадаптації людини у відповідних умовах середовища.

Згідно з таким розумінням сутності хвороби впливає, що в ході хвороби постійно продовжується “співіснування” процесів ушкодження організму з процесами фізіологічної міри його захисту від виниклих розладів. Отже, хвороба людини – це “суперечливий процес розвитку ушкодження і компенсації (захисту), не адекватний умовам середовища, що знижує працездатність і здатний припинити існування організму як цілого” (О. Д. Адо).

Молекулярна біологія виявила перед патологами нові аспекти вивчення сутності хвороби, і результаті чого виникла нова наука – молекулярна патологія.

Розвиток кібернетики породив у нозології визначення хвороби, оснований на важливих, але все ж часткових показниках. Так, деякі вчені визначали хворобу “як порушення в організмі зворотних зв'язків” чи як “стан хисткого режиму або дефектів власних програм” (М. М. Амосов).

Величезний матеріал, накопичений генетиками, показує, як різні патологічно змінені рецесивні гени в гетерозиготній комбінації цілком компенсуються відповідним домінантним алелем. Як приклад можна вказати на такі аутосомно-рецесивні хвороби, як фенілкетонурію, альбінізм, алкаптонурію і галактоземію. Ця компенсація є настільки повною, що створює можливість нормального існування багатьох поколінь індивідуумів, що мають у своєму

геномі ті чи інші патологічні гени. Це – справжня компенсація, оскільки вона здійснюється на генетичному рівні інтеграції.

Уже хвороби одноклітинних представляють собою найважчі процеси ушкодження і компенсації на молекулярному, субклітинному і клітинному рівні інтеграції. Можна, наприклад, перерізати інфузорію туфельку навпіл, і з кожної її половинки потім відновлюється нова ціла тварина. Прикладом компенсації ушкоджень на клітинному рівні є разюча стійкість найпростіших до багатьох екстремальних впливів. Деякі амеби здатні переносити дуже високий тиск (до 100 атм), інфузорії швидко пристосовуються до вібрації, ряд організмів легко переносять існування без кисню (аноксидоз), зневоднення, низькі температури, близькі до абсолютного нуля (анабіоз). Існування життя в таких екстремальних умовах вимагає включення особливих внутрішньоклітинних механізмів компенсації ушкоджуючого впливу.

Своєрідна форма компенсації дуже різких ушкоджень спостерігається в губок. Губку можна розтерти через сито, і розтерті частки цього організму, поміщені в морську воду, знову з'єднуються і регенерують у новий організм губки. Процес агрегації клітин протікає тільки при визначеній температурі (30–38 °С), вимагає присутності іонів Са і Mg і наявності мукопротеїнів. Це – компенсація на клітинному рівні.

Компенсаторна гіпертрофія і регенерація органів у хребетних і вищих безхребетних представляють собою іншу форму компенсації. Наприклад, гіпертрофія органа, що залишився після видалення парного йому (кінцівка, нирка, легеня, наднирник). В амфібій і рептилій можлива регенерація ушкодженого чи цілком втраченого органа – кінцівки, хвоста, ока. Перерізаючи навпіл дощового черв'яка, можна викликати регенерацію цілої тварини з головної половини, але при цьому на задній ділянці головного кінця розвивається друга голова. Поширені компенсаторні процеси типу регенерації у турбеларій, планарій, павуко- і ракоподібних. У них легко регенерують утрачені кінцівки, антени, іноді – очі.

Яскраву картину еволюції захисно-компенсаторних процесів при хворобі представляє собою запалення (І. І. Мечніков,

М. М. Сиротинін). На підставі порівняльних досліджень запальної реакції в молюсків (анодонта) – тварин, позбавлених кровоносних судин, Г. О. Заварзін розвинув вчення І. І. Мечнікова про те, що запалення у тварин, що не мають кровоносних судин, виражається в реакції сполучнотканинних клітин, які накопичуються у великій кількості довкола місця ураження. Достатньо ввести в мантию молюска пластикова трубочку з тушшю, як в ушкодженій ділянці накопичуються базофільні й еозинофільні амебоцити, що формують другу стадію запалення – утворення капсули і рубцювання.

З появою у тварин кровоносної системи провідну роль у механізмі запалення починають відігравати порушення кровообігу (мікроциркуляції) в ушкодженій тканині. У вищих хребетних порушення мікроциркуляції й інші прояви запалення регулюються нервовою системою від вищих її відділів до периферичних нейронів вегетативної системи.

Ссавці, на противагу нижчим тваринам, високочутливі до травмуючих (екстремальних) впливів. Охолодження вищих тварин до температури тіла нижче нуля призводить до незворотного заморожування. Біологічний нуль органів і тканин людини, нижче за який неможливе відновлення їхніх функцій, знаходиться між 24–25 °С.

Вищі тварини дуже чутливі і до нестачі кисню. Припинення його доставки до тканин мозку на 6–10 хв. викликає незворотні зміни в клітинах кори, важкі розлади вищої нервової діяльності та загибель організму.

Життя високоорганізованих тварин в умовах не надто різких екстремальних впливів можливе лише завдяки наявності могутніх регуляторних механізмів, найважливішим з яких є нервова система. Вищі ссавці мають дуже розвинуті, складні і тонкі нейрогуморальні механізми компенсації порушених функцій.

Регуляцію функцій при хворобі прийнято називати патологічною. Існують різні форми патологічної регуляції функцій. Термінові, хисткі, аварійні, захисно-компенсаторні чи процеси реакції спрацьовують протягом хвилин чи секунд. До них відносяться захисні рефлексії на кшталт блювання, кашлю, чхання, рясного ви-

ділення слини, сліз, слизу. Терміновим захисним рефлексом є виділення адреналіну і глюкокортикоїдних гормонів кори наднирників при стресі. До термінових реакцій варто віднести також процеси регуляції так званих твердих констант: артеріального тиску, вмісту цукру в крові тощо. До більш стійких компенсаторних процесів у вищих тварин відноситься включення резервних чи запасних функцій у хворому організмі при загоєнні ран (пластична функція нервової системи).

Хвороби людини відрізняються від хвороб тварин за патогенезом, структурою і механізмами компенсаторних процесів своєю складністю й опосередкованістю, соціальними факторами. Вище було сказано, що повної моделі хвороби людини на тваринах побудувати неможливо. Моделюючи хворобу, ми завжди одержуємо лише частину (іноді важливу) захворювання, яка не виражає хворобу людини в цілому, тому що людина, будучи істотою соціальною, посідає особливе місце в природі. Її життя підпорядковується не тільки біологічним законам, що визначають життя тварини, – вона керується також соціальними закономірностями, які істотно впливають на всі фізіологічні процеси. Людина не пристосовується до навколишнього середовища пасивно, а переробляє його відповідно до своїх потреб.

Розуміння сутності хвороби людини тісно пов'язане з більш загальним питанням про співвідношення біологічного і соціального в медицині і патології. Різні автори по-різному розуміють сутність цих взаємин. Г. Е. Векуа, наприклад, вважає, що в досліджуваних медициною патологічних процесах навряд чи правомірно говорити про “зняття” біологічних закономірностей (соціальними) у буквальному розумінні. Автор вважає, що людині як “соціальному явищу” слід повчитися соціальним наукам, а людині як “біологічному явищу” – природничим.

Найважливішим критерієм хворобливого стану людини, із соціальної точки зору, є зниження її працездатності. Заперечення проти зарахування зниженої працездатності до критерію хвороби робилися й у такому плані, що при деяких захворюваннях (маніакальний психоз, тиреотоксикоз) настають тимчасові періоди під-

вищення працездатності. Однак при оцінці працездатності хворого за тривалий період часу неминуче виявляється значне зниження працездатності порівняно з працездатністю здорової людини. Хворобу людини як соціальної істоти можна визначити як життя ушкодженого організму за участю процесів компенсації порушених функцій і при зниженні працездатності.

Існує також уявлення про хворобу з позиції соціальної (медичної, людської) екології. Прихильники медичної екології розглядають хворобу із соціал-дарвіністських позицій розуміння співвідношень біологічного і соціального. Первинним (найважливішим і визначальним у житті людського суспільства, здоров'я і хвороби) медичні екологи вважають біологічні закономірності взаємин організму людини із середовищем. Вони думають, що хвороба – це біологічний процес, який відповідає загальним законам біології, оскільки хвороба належить до екологічного комплексу “господар – агент – довкілля”. Екологи допускають наявність у людей боротьби за існування в суто біологічному сенсі і переносять форми і закономірності екології тварин на людину, допускаючи навіть існування між людьми симбіозу і паразитизму в біологічному розумінні. Ці погляди легко спростувати, тому що усі функції людського організму на відміну від функцій тварин соціально опосередковані і поза цим людина не може існувати.

Загалом у визначенні норми ми повинні відзначити такі ознаки: по-перше, морфологічні, по-друге, фізіологічні, по-третє, те, що морфологічні та фізіологічні ознаки – це результат філо- і онтогенетичного розвитку організму; по-четверте, що ці ознаки є вираженням повноцінного життя індивідуума, і, по-п'яте, конкретні умови існування організму.

Отже, *норма* – це вчення про філогенез закріплених морфологічних та фізіологічних показників, які виникли в онтогенезі і які виражають повноцінне життя людини в конкретних умовах. Це комплекс процесів внутрішньої саморегуляції, що підтримують гомеостаз організму і дають йому змогу пристосовуватись до змінних умов внутрішнього і зовнішнього середовища.

4.1.2. Психічні та соматичні розлади як основні об'єкти дослідження медичної психології

У зв'язку з тим, що в Україні, на відміну від США та країн ЄС, не до кінця розмежовані поняття медичної та клінічної психології, говорячи про медико-психологічні аспекти психічних і соматичних захворювань, ми користуватимемося терміном “медична психологія”, хоча за пострадянською традицією тут більше відповідав би термін “клінічна”. Та, на нашу думку, медична психологія, яка включає, крім клінічної психології, такі розділи, як нейропсихологія, психологія межових станів, психосоматичні та соматопсихічні розлади, патопсихологія, психогігієна і психопрофілактика, у сукупності усіх перелічених дисциплін більш повно відображає як об'єкти діяльності медичного психолога, так і саму сутність захворювань.

Медична психологія, яка тісно взаємодіє з медичними дисциплінами (психіатрією, неврологією, нейрохірургією, психотерапією, терапією, педіатрією, хірургією, акушерством і гінекологією, онкологією, травматологією, фтизіатрією та ін.), а також із психологічними й педагогічними науками (психологією особистості, експериментальною психологією, психологією спілкування, конфліктологією, тифлопедагогікою, сурдопсихологією), та, опосередковано, з соціологією й філософією, передбачає дуже ґрунтовне й глибоке вивчення як фізіологічного, так і соціально-психологічного аспектів діяльності особистості.

Говорячи про захворювання, які лежать у площині професійної діяльності медичного психолога, ми розглядаємо їх з позиції клінічної психології, тобто в першу чергу йдеться про психічні розлади (порушення) і психічні та психологічні аспекти соматичних та психічних розладів (захворювань). При соматичних захворюваннях не можна не враховувати психічні феномени в межах етіології, опису або лікування.

Психосоматичний підхід у медицині – це спроба поширити поняття особистості безпосередньо на проблему співвідношення “тіло – душа”.

Суб'єктивні відчуття, такі як страх, злість, відраза, радість, сум, запускають складні фізіологічні процеси, такі як зміна серцевого ритму (при емоції страху), зміна циркуляції крові (при емоції обурення), зміна частоти дихання (при емоції страху), порушення діяльності шлунково-кишкового тракту (при емоції страху і невпевненості), зміни у м'язовій системі (при емоції радості або переляку) та виділення у сльозових залозах (при значному емоційному напруженні). Отже, процеси, у яких початкові ланки загального ланцюга сприймаються суб'єктивно (емоції), а надалі набирають об'єктивних рис (зміна тілесних функцій), називаються психосоматичними явищами.

Зважаючи на те, що всі усі явища, як фізіологічні, так і психічні, відбуваються в єдиному організмі, поділ медицини на психічну і соматичну, який панував протягом усього попереднього часу, на сьогодні видається хибним. Як зауважив Е. Берн: “Не може бути психічної медицини, що стосується лише психіки, соматичної медицини, що стосується лише тіла, і психосоматичної медицини, яка у деяких випадках стосується і одного, й іншого. Є лише один вид медицини, й уся вона психосоматична”.

Ні в кого не викликає сумніву, що наші емоції, почуття та переживання впливають на фізіологічні функції, які, у свою чергу, впливають на психіку. Людина – це водночас і складний морфофізіологічний апарат, і особистість, яка усвідомлює себе, здатна вербально змалювати свої почуття, переживання і прагнення. Поєднання результатів цих двох видів спостереження і складає суть психосоматичного підходу.

Отже, розглядаючи будь-яку патологію, ми не поділяємо організм на психічне і соматичне, а намагаємося з'ясувати причини виникнення, особливості перебігу та лікування кожного порушення здоров'я людини комплексно. На нашу думку, при кожному соматичному розладі присутні елементи психічних феноменів, а при психічному – соматичних. Домінуючі симптоми виступають як визначальні для того, щоб ту чи іншу патологію вважати психічною чи соматичною. В той же час усі вони творять певну єд-

ність, яку й можна називати станом “здоров’я” або “нездоров’я” (“хвороби”) особистості.

4.2. Соціально-психологічні чинники захворювань

4.2.1. вплив психічної травми на формування та особливості перебігу психопатологічних змін особистості

У лексиконі психологів та психотерапевтів часто зустрічаються вказівки на вплив психічної травми (психотравми) на виникнення і перебіг багатьох психосоматичних та психічних розладів. *Психічна травма* – це ті зовнішні подразники, що спричиняють хворобливу дію на індивіда (А.А. Співаковська). Розуміння впливу цих подразників дає змогу визначити закономірності існування та функціонування психіки особистості як з медичної, так і з психотерапевтичної та психіатричної точки зору.

У науковій літературі та у практичній роботі є кілька підходів до розуміння поняття *психотравма*, і у зв’язку з цим існують певні відмінності у її визначенні та трактуванні. Та, незважаючи на те, чи психотравму розглядають як порушення психіки, викликане зовнішніми стресовими для організму людини подіями, чи як ураження основних психічних функцій людини, чи як наявність хворобливих змін психічних процесів під дією зовнішніх чинників, що призводять до дезадаптації особистості, чи як порушення звичного для неї функціонування психіки, що призводять до відповідних хворобливих особистісних проявів і психосоматичних захворювань, усі фахівці погоджуються з тим, що певні зовнішні чинники можуть виступати як пусковий механізм для виникнення психічного, соматичного або психосоматичного розладу або ускладнювати його перебіг.

Загальновідомий патогенний вплив на психіку зовнішніми подіями – смерть близьких людей, важка хвороба, розлучення, участь у бойових діях, позбавлення волі, вимушена (і добровільна) еміграція, втрата роботи, майна або житла, природні катастрофи, соціальні негаразди тощо. В результаті подібних психотравмую-

чих подій у людей відзначають характерні клінічні ознаки неврозу, психічних чи психосоматичних порушень.

На побутовому рівні під психотравмою зазвичай розуміють *гострі психотравми*, тобто несподівані болісні дуже сильні переживання, пов'язані з несподіваними незворотними втратами. Однак при *хронічній психотравмі* (т. зв. *психотравмуюча ситуація*) дія патогенного подразника не настільки сильно виражена, як при гострій, але в результаті тривалості та поступового накопичення невідреагованих негативних емоцій виникають не менш складні та важкі розлади здоров'я особистості. Психотравмуюча дія на психіку особистості дуже відмінна у різних людей, навіть за наявності такої ж психотравми. Сприймання зовнішнього подразника відрізняється і з анатомо-фізіологічної точки зору, і з психопатологічної. Часто оточення (навіть близькі люди) не можуть збагнути, чому хтось так болюче реагує на певну ситуацію, і навіть можуть підозрювати перебільшення або й симуляцію переживань. Однак не існує жодної залежності між силою дії психотравмуючого чинника та інтенсивністю відповіді на нього. Не лише фаховий, а й життєвий досвід показує нам, що деякі люди в результаті дуже інтенсивного психотравмуючого впливу (наприклад, раптова одночасна втрата усіх близьких в результаті нещасного випадку), гостро відреагувавши на нього, після нетривалого періоду виходять із ситуації, сповнені нових надій та готові до активного соціального, професійного та особистісного життя. (Щоправда, психотерапевтичний досвід доводить, що зазвичай вихід з подібних ситуацій ніколи не буває повним і майже завжди призводить у майбутньому до серйозних психологічних проблем чи психічних розладів.) В інших випадках незначна з точки зору оточення психотравма, може дуже істотно вплинути на психічний стан особистості. Отже, визначаючи патогенність впливу психотравми в першу чергу треба зважати, на кого, на яку особистість, а точніше, на яку систему значимих переживань і особистісних смислів скерований даний вплив, тобто, для якої людини і чому дана ситуація виявилась психотравмуючою.

Хоча беззаперечним є те, що залежно від сприймання і зворотної реакції особистості вплив психотравми на особистісні прояви може актуалізувати внутрішні резервні сили особистості і стимулювати її до подолання наслідків кризи шляхом самоактуалізації та самореалізації, що на нашу думку, теж призведе до негативного результату внаслідок блокування певних аспектів особистісних проявів людини, важливішим є те, що

психотравма спричиняє трансформацію особистісних проявів у негативний план – призводить до неадекватних реакцій, девіантної поведінки, психічних та психосоматичних розладів.

Особливо важливо намагатися запобігати психічному травмуванню дітей. Гострі психотравми у дитячому віці переважно пов'язані з переляком або насильством, а хронічні – з сімейними конфліктами, конфліктами з ровесниками, а також із ситуаціями обмеження свободи дитини чи приниження її гідності. Якщо йдеться про дитячі гострі психотравми, то запобігти їхньому впливові, як у випадку з дорослими, неможливо, адже вони виникають в результаті сторонніх впливів, якими люди не спроможні керувати (війна, стихійне лихо). У випадку хронічних психотравм у дітей в першу чергу йдеться про тривале насилля над дитиною. Причиною може виступати: алкоголізм батьків, сутички із делінквентними групами молоді, намагання змусити дитину поводитися так, як це подобається іншим, надмірна опіка батьків, перекладання на плечі дитини необхідності реалізувати не здійснені батьками мрії, завищені вимоги батьків, неадекватне оцінювання фізичних та інтелектуальних можливостей дитини та багато інших. Незважаючи на відносну слабкість психотравмуючого впливу, його тривалість призводить до дуже значних психічних змін.

В результаті психотравмуючого впливу у людей з'являються: хвороблива тривожність, агресивність, депресивність, порушення уваги, сприймання, пам'яті, розлади мислення, а також виникають психічні реакції, неадекватні життєвим ситуаціям; порушення звичного для неї функціонування психіки та відповідні хворобливі особистісні прояви, а також психосоматичні захворювання.

Наслідки психічної травми (т.зв. посттравматичний синдром)

Б. Колодзін запропонував об'єднати у такі групи на підставі наявних клінічних симптомів:

I. Прояви, пов'язані зі станами страху, підвищеної тривожності:

- загальна тривожність, що виявляється у постійному почутті страху щодо різних сфер життя та у почутті невпевненості у власних силах і провини;
- невмотивована настороженість, що виявляється у безпідставній надмірній підозрливості щодо всього оточення.

II. Симптоми, що характеризують різні стани та прояви агресивності:

- загальна агресивність, що виявляється у намаганні вирішення всіх проблем за допомогою брутальної сили, незалежно від ситуації;
- вибухова реакція, що виявляється у раптових неадекватних вчинках, які виникають при найменшій загрозі; може набувати форми агресивного захисту або наполегливого пошуку захисту;
- напади люті, що виявляється у вибухоподібній неадекватній реакції люті на перешкоди, що виникають у її стосунках чи життєдіяльності.

III. Депресивні стани та прояви:

- депресивний стан, що виявляється у ангедонії та тужливому настрої;
- суїцидальні думки, що виникають внаслідок депресивного стану;
- притупленість емоцій, що виявляється у зниженні здатності до адекватних емоційних проявів і переживань.

IV. Інші психічні і психофізичні прояви:

- нав'язливі спогади, пов'язані з психотравмуючими подіями, виникають спонтанно, часто у формі жахливих сновидінь;
- галюцинаторні переживання;
- безсоння, яке виявляється у труднощах засинання та частих прокиданнях, пов'язаних з переживаннями уві сні травматичних подій минулого та страхом перед ними;

- • зловживання наркотичними та медикаментозними препаратами з метою позбутися або зменшити страждання від травматичних переживань, внаслідок чого може розвинути-ся залежність від них.

За критеріями Американської асоціації психіатрії, психотравма безпосередньо пов'язана з посттравматичним стресоподібним розладом.

Численні психотравмуючі фактори: тривожність, обмеження рівня свободи, страх смерті, хвороби чи зубожіння, неясні особистісні перспективи, зовнішні загрози (дійсні та уявні) та багато інших сприяють формуванню й подальшій хронізації психогенній. Психогенії можуть виявлятися як у неврозах, реактивних психозах, ситуативних психологічних реакціях чи адиктивній поведінці, так і у непсихотичних патологічних розладах (гострих афективних, невротичних та патохарактерологічних реакціях).

К. Ясперс запропонував для розмежування ендо- та екзогенних розладів із психогеніями тріаду ознак: психогенії виникають після психотравми; зміст переживання пацієнта відображає зміст психотравми; дезактуалізація психотравми призводить до ослаблення або припинення розладу. Незважаючи на значну умовність перелічених ознак, не можна не погодитися, що її застосування значно спрощує процес діагностики за умови чіткого усвідомлення та аналізу усіх інших наявних симптомів.

Психотравма у кожної людини може відігравати одночасно кілька істотних ролей: блокуючу, викривлюючу та стимулюючу.

Блокуючий вплив психотравми полягає у блокуванні певних особистісних проявів, утрудненні їх усвідомлення людиною, тобто у створенні психологічного захисту, який міг би обмежувати прояв емоцій, їхню силу, чи змінювати об'єкт їх спрямування. Такий захист спотворює сприймання зовнішніх або внутрішніх травмуючих чинників настільки, що вони вже не сприймаються як реально загрозові. Більш поширеним типом блокування є надмірне емоційне реагування та неадекватні реакції щодо зовнішніх обставин.

Відомо, що кожна людина після психотравми протягом певного часу знаходиться у стані емоційної загальмованості. Чим силь-

нішою була психотравма та чим меншу опірність її впливові виявила особистість, тим вищий ризик закріплення цього стану на рівні підсвідомості у вигляді умовного захисного рефлексу, що дає їй змогу обмежувати негативний вплив на психіку та уникати ситуацій, станів, думок, почуттів, які могли б спровокувати травмуючі переживання. Така поведінка найбільш притаманна людям, вчинки яких призвели до загибелі або каліцтва інших людей, а також для тих пацієнтів, які не можуть погодитися з наявністю у них серйозної хвороби та, продовжуючи займатися попередньою активною діяльністю, наче заперечують саму хворобу. Оскільки стан емоційної загальмованості дає людині відчуття відносного спокою, він може тривати протягом значного періоду часу і навіть призводити до певних змін у поведінці людини – вона стає більш виваженою, малоемоційною і дуже закритою для будь-яких інтимних стосунків, які могли б спонукати її до відвертих спогадів – а відтак до поновлення переживань. Подібний стан представляє значну небезпеку щодо психічного здоров'я особистості, адже вимушене блокування особистісних проявів не лише обмежує її в усіх сферах реалізації життя особистості, а й унеможливорює відтворення життєвих сил особистості.

Викривлюючий вплив психотравми дуже істотно змінює поведінку людини. У одних людей – спонукаючи їх до ефемерної боротьби з реальними та уявними кривдниками, а в інших – до стійкого зниження самооцінки, негативних самообмежень, пов'язаних з переконаністю у власній меншовартості.

Водночас психотравма може виступати як стимул до особистісного розвитку, переважно у людей, схильних ставитись до життя як до боротьби, яким нічого у житті не діставалося легко, а лише завдяки важкій наполегливій праці і зусиллям та шляхом подолання труднощів, в результаті чого вони очікують на отримання заслуженої винагороди. У незначній частини таких людей після психотравми з'являється позитивний об'єктивний результат: особистісне зростання і власний успіх, що призводить до зміцнення почуття впевненості у собі, власній значущості. У більшості людей подолання наслідків психотравми ототожнюється з доведен-

ням собі та іншим людям власної сили, значущості, незважаючи на життєві труднощі.

Говорячи про вплив психотравми на особистість, не можна оминати й стимулювання розвитку компенсаторних здібностей у людей, які змушені істотно змінити звичний для них спосіб життя. Це стосується людей, які в результаті хвороби чи травми стали обмеженими у своїх можливостях, потрапили у полон чи до в'язниці, чи кардинально змінили своє життя (еміграція, зміна статі, відмова від опіки і протекторату тощо) і завдяки силі волі, зусиллям та вірі змогли досягти прийняттого для них рівня життя та відчули задоволення від отриманого результату.

Отже, на нашу думку, **психічна травма** – це ураження основних психічних функцій особистості, формування у неї хворобливих змін психічних процесів, що виникають в результаті дії зовнішніх чинників та призводять до дезадаптації особистості у природному й соціальному середовищі і неадекватності у поведінці та у ставленні до самої себе, а також у взаємодії з оточенням; може блокувати розвиток окремих особистісних проявів, викривлювати прояви або стимулювати розвиток особистості, а також призводити до формування у неї психічних розладів та психосоматичних захворювань.

4.2.2. Поняття життєвої кризи. вікові кризи

Людське життя завжди супроводжується кризовими станами. Життєві кризи – не лише випробування для людини, а й момент усвідомлення значущості чи незначущості певних життєвих подій, обставин чи осіб. Саме завдяки пережитим життєвим кризам людина самовдосконалюється, переходить на новий, вищий щабель розвитку. Та водночас життєві кризи можуть негативно позначатися на її можливостях, погіршувати працездатність і призводити до виникнення психосоматичних та психічних розладів.

У перекладі з грецької криза (*crisis* -зміна напрямку, рішення, вибір, суд) характеризує стан, який породжується проблемою, що постала перед індивідом, якої він не може уникнути і яку він не може розв'язати за короткий час і звичним способом (Л. П. Гри-

мак). У кризовій ситуації людина виступає прокурором, суддею і адвокатом для самої себе. Вона спершу завзято звинувачує себе, потім починає потроху виправдовувати і, врешті, виносить вирок, як жити далі. Ф. Ю. Василюк вважає, що життєва криза – це поворотний пункт життєвого шляху, який виникає в ситуації неможливості реалізації життєвого замислу. Близьким до поняття “криза” семантично є і слово критика (Ф. Ю. Василюк). Л. В. Сохань зазначає, що кризи життя – це піки оновлення внутрішнього світу людини, що знімають кожну сформовану її якість”

Криза – це віраж на життєвому шляху, коли під загрозою опиняється життєвий задум, проект майбутньої світобудови. Старий життєвий світ руйнується частково або цілком. Людина відмовляється від значних уявлень про цінності, ідеали, смисли, цілі. Вона опиняється перед запитаннями, які не мають однозначних відповідей.

У працях радянських психологів життєву кризу розглядали з позиції психології життєвого шляху як подію життєвого шляху (Б. Г. Ананьєв, С. Л. Рубінштейн), що є поворотним етапом, на якому приймаються важливі рішення на тривалий час. Загалом у світовій психологічній та медичній літературі для зазначення стану життєвої кризи застосовують такі терміни: критичний стан буття (І. П. Маноха), психотравмуюча ситуація (Т. С. Кириленко), криза (Е. Еріксон, Д. Маттесон), біографічна подія (А. А. Кронік, Р. А. Ахмеров) та багато інших, в котрі автори вкладають близький смисловий зміст. Трактуючи критичні ситуації як ситуації загострення розвитку в житті людини, психологи відзначають, що прийоми та засоби, які застосовує людина для подолання кризи, визначають її подальшу долю.

В. В. Нурков і К. Н. Василевська виокремили фактори, на підставі яких життєві ситуації можна вважати кризовими: 1). фактор ймовірного прогнозування – виходячи з аналізу свого минулого досвіду, людина оцінює ймовірність настання цієї події як нульову або мінімальну; 2). вітальний фактор, який виражається в суб’єктивному відчутті неможливості жити у нав’язаній ситуації; людина вважає, що вона не спроможна перенести наявні умов

ижиття, не може з ними змиритися; 3). когнітивний фактор – відсутність у людини необхідних знань, умінь і навичок для життя в даній ситуації, неможливість і невміння застосовувати наявні когнітивні схеми; 4). поведінковий фактор – відсутність у людини сформованих моделей поведінки; 5). екзистенційний фактор – відчуття смисловтрати, екзистенційного вакууму.

На думку авторів ці життєві ситуації поєднує симптоматика деформації часової транспективи особистості, коли майбутнє втрачає свою позитивну валентність, теперішнє хаотичне, а минуле перестає бути ресурсом для продуктивної життєтворчості.

З позиції медичної психології важливим є пояснення виникнення життєвої кризи, дане Ф. Ю. Василюком, котрий вважає, що причиною виникнення кризи може бути як певна подія чи ситуація і як загострення існуючих (або виникаючих) особистісних суперечностей. Життєва криза починається з визрівання і розгортання боротьби протилежних мотивів у процесі втілення життєвої програми, замислу і досягає піку, коли людина гостро відчуває актуальність власного ще не реалізованого задуму, та водночас переконана у неможливості його реалізації в майбутньому. Перебіг цих процесів такий: стрес, фрустрація, конфлікт, криза.

Зважаючи на це, Л. В. Сохань вважає, що криза – це критичний рівень становлення соціально-психологічних суперечностей, загострених до останньої межі, котра в даний момент визначає внутрішньоособистісні резерви соціальної адаптивної енергії.

Типи кризових ситуацій

Типологія кризових ситуацій Ф. Ю. Василюка розглядає 4 типи життєвих світів особистості і відповідно до них вибудовує типи життєвої кризи. Умовно у життєвому світі виокремлюють світи *зовнішній і внутрішній*. *Зовнішній світ* може існувати у двох станах: *легкому*, котрий гарантує задоволення всіх актуалізованих потреб людини, і *важкому*, який не дає таких гарантій. *Внутрішній світ* буває *простим*, де існує (або домінує) лише одна потреба або єдине життєве ставлення, і *складним*, у котрому потреб або ставлень кілька, і вони можуть суперечити одне одному.

1-тип. Особистість, яка живе у *легкому і простому* життєвому світі, сприймає як життєву кризу навіть незначну затримку у задоволенні актуальної потреби. Рівень інфантильності установок таких людей залежить від їх віку, конституційно-характерологічних особливостей, психофізіологічного стану. Слід пам'ятати, що кожне, а особливо хронічне чи невиліковне, захворювання знижує стійкість до стресу і опороздатність до негативних психологічних впливів довкілля, при цьому актуалізуючи образи, вередливість, нестриманість у поведінці пацієнта.

2-тип. Людина, яка живе у *важкому і простому світі*, завдяки вольовим зусиллям опановує стресову ситуацію, не даючи їй змоги перетворитися на кризову. У зв'язку з цим стреси мають змогу або перерости у предметну діяльність, або призвести до виникнення психосоматичних розладів. Зважаючи на те, що у важкому і простому світі у людини є лише одна значуща потреба, при неможливості її задоволення життя людини втрачає сенс і опиняється під загрозою. Отже, фрустрація стає життєвою кризою.

3 тип. Людина, яка живе у *легкому і складному світі*, для опанування стресових ситуацій застосовує певні механізми захисту:

- знижує значущість актуалізованого життєвого ставлення;
- переключається на інше життєве ставлення.

Небезпеку становить те, що фрустрацій у людей, які живуть у легкому і складному світі, не буває, що призводить до переростання внутрішнього конфлікту у кризу.

4 тип. Для людини, яка живе у *важкому і складному світі*, стрес лише зрідка може переростати у кризу, адже у важкому і складному світі існує багато різноманітних потреб, і, відповідно, не можна сподіватися на їх повне і негайне задоволення. Для цього типу більш характерні т.зв. мікрокризи, що виникають внаслідок тривалого стресу. Фрустрацію людина переживає без переходу у кризовий стан.

Кризи, що їх переживає кожна людина, також можна умовно поділити на нормальні або аномальні. Стан, що виникає з моменту певного вікового етапу і триває до утворення іншого, пережи-

вається як важкий, хворобливий, кризовий. Такі кризи у психології називають нормальними, прогресивними.

Анормальна криза виникає у складних життєвих умовах, коли людина переживає події, що раптово змінюють її долю, вона пов'язана не із завершенням певного етапу психічного розвитку, певною стадією життя, а з загальним незадоволенням самим собою і своєю долею.

Нормальна (прогресивна, вікова) криза – це перехід від однієї вікової стадії до іншої. В цьому періоді виникають критичні періоди, або кризи, під час яких відбувається руйнування колишньої форми взаємин з навколишнім світом і формування нової, що супроводжується значними психологічними труднощами як для самої людини, так і для її соціального оточення.

На думку Л. С. Виготського, кризи, або критичні періоди, – це період якісних позитивних змін, результатом яких є перехід особистості на новий, вищий ступінь розвитку. За Виготським можна виокремити такі основні характеристики кризових періодів:

- наявність різких істотних змін протягом коротких відрізків часу;
- невиразність меж кризи, тобто складність визначення її початку і закінчення;
- конфлікти з оточенням;
- окреслена наявність руйнування у розвитку особистості: “на перший план висуваються процеси відмирання і згортання, розпаду і розкладання того, що утворювалося на попередній стадії” (Л. С Виготський).

У визначенні критичних періодів українські та російські психологи на сьогодні притримуються двох принципових напрямків:

- Л. С Виготський вважає критичні періоди необхідними моментами розвитку, під час яких в особистості відбувається особлива психологічна робота, що складається з двох протилежно направлених, але єдиних за суттю перетворень: виникнення новоутворення (перетворення структури особистості) і виникнення нової ситуації розвитку (перетворення соціальної ситуації розвитку).

- Д. Н. Леонтьєв, Л. І. Божович та інші, визнаючи необхідності якісних перетворень, що полягають у зміні провідної діяльності і одночасному переході у нову систему взаємин, основними вважають соціальні, зовнішні умови, а не психологічні механізми розвитку. Загалом нині і в зарубіжній, і у вітчизняній психології вчені визнають нормативність, необхідність криз, виходячи з того, що у нормі за умови подолання кризи вона стає етапом розвитку особистості, адже при цьому зникає те, що складало суть докритичного періоду, і виникає щось інше, зокрема, новий погляд, позиція.

Отже, кризу можна вважати необхідним етапом розвитку, лише якщо вважати її моментом розриву, зникнення, подолання старого і виникнення нового еволюційним шляхом. Найбільш популярною серед науковців є епігенетична концепція Е. Еріксона, який розробив соціально-психологічну теорію цілісного життєвого циклу людини. За Е. Еріксоном, особистість шукає такі шляхи включення у конкретно-історичне життя суспільства, які дали б їй змогу розв'язати свої внутрішні конфлікти і суперечності, обумовлені зіткненням із соціальним оточенням на ранніх етапах становлення. Основний методологічний прийом Е. Еріксона полягає у русі від узагальненої характеристики зрілої особистості до пошуків джерел організації на попередніх стадіях. Зрілість особистості розуміється як ідентичність або психосоціальна тотожність. Ідентичність особистості постає результатом функціонування індивіда у певній системі суспільних зв'язків і є умовою його психічного здоров'я. На думку Еріксона, особистість є результатом активного включення індивіда у різноманітні соціальні спільноти, включення і залежність від яких сприймається як власна сутність, ідентичність; це унеможливорює відділення особистісних і суспільних змін та кризу ідентичності в особистому житті від суспільної кризи.

За Еріксоном, суттю кожної кризи є вибір між альтернативними варіантами розв'язання вікових задач, який людина повинна зробити, враховуючи те, що результат вибору позначиться на подальшому житті людини: її успішності або неуспішності. Отже,

криза позначає конфлікт протилежних тенденцій, що виникає як наслідок досягнення певного рівня психологічної зрілості і соціальних вимог, що їх соціум висуває до індивіда. Криза не є чимось деструктивним. Навпаки, Еріксон вживає поняття “криза” у контексті уявлень про розвиток, щоб виділити “не загрозу катастрофи, а момент зміни, критичний період підвищеної уразливості і збільшених потенцій, і внаслідок цього – онтогенетичне джерело гарної або поганої пристосованості”. На думку Еріксона, людина протягом життя переживає вісім психосоціальних криз, специфічних для кожного віку, сприятливий або несприятливий вихід із яких визначає спрямованість подальшого розвитку особистості. Однак ми, загалом погоджуючись із класифікацією криз Еріксона, вважаємо, що дуже важливою також є криза народження – перша криза, що виникає у житті людини. Ця криза уособлює протистояння смерті. Саме в момент народження, коли людина вперше із середовища абсолютної безпеки і захисту потрапляє у ворожий навколишній світ, де вона повинна буде протягом усього життя боротися з своє виживання і подальший особистісний розвиток, відбувається перша криза. Тому дуже істотне значення мають пологи. С. Гроф вважає, що при фізіологічних пологах, які протікали без ускладнень, і за умови подальшого дбайливого і чуйного догляду дитина уже на клітинному рівні отримує впевненість у собі, віру у власні сили, власну значущість і отримує можливість долати перешкоди, водночас маючи впевненість у допомозі і підтримці близьких. Діти ж, народжені за допомогою кесаревого розтину, тобто ті, хто з’явився на світ внаслідок хірургічного втручання і не докладаючи для власного народження зусиль та не долаючи перешкод, менше пристосовані до життєвих труднощів, не такі витривалі у боротьбі за власне виживання, не знають, чого очікувати від оточення. Діти, народження яких відбулося під дією анестетиків, та діти, пологи яких відбулись при інструментальному або мануальному втручанні, в подальшому житті за наявності значної активності у діяльності здатні енергійно починати виконання певних справ, але згодом втрачають віру у власні сили і шукають допомоги ззовні.

І лише після переживання кризи народження у розвитку особистості послідовно виникають вісім психосоціальних криз. Е. Еріксон наголошує, що розвиток особистості за своїм змістом визначається тим, чого соціум очікує від людини, які завдання ставить перед нею на різних вікових етапах. Дитина, зростаючи, проходить ряд послідовних стадій. На кожній стадії вона здобуває певну якість (особистісне новоутворення), яка фіксується в структурі особистості і зберігається у наступних періодах життя.

Першу кризу людина переживає на першому році життя. Вона пов'язана із задоволенням фізіологічних потреб дитини. За умови дбайливого догляду у дитини розвивається відчуття довіри до навколишнього світу, а за його відсутності – недовіра. Е. Еріксон каже: “довіра є дуже важливою якістю і людина ціле життя може підживлюватися з джерела надії замість криниці суму. Довіра є основою для формування позитивного самовідчуття, бажання йти назустріч новому, засвоювати новий досвід, нові форми активності”. В кінці 1-го року життя дитина починає виявляти неслухняність, протиставляє себе дорослим, що уособлює прагнення дитини до свободи. Новоутвореннями цієї кризи є афективно заряджені уявлення, що мотивують поведінку навіть всупереч впливам середо вища. Індивідуальне життя дитини набирає ознак суб'єктності, формується образ Я.

Друга криза пов'язана з першим досвідом наuczіння, особливо з привчанням дитини до охайності. При дбайливому вихованні батьки, привчаючи дитину контролювати власні фізіологічні випорожнення, водночас дають їй змогу набути досвіду автономності. А суворий, несправедливий і непослідовний контроль призводить до появи у дитини відчуття сорому або сумнівів, пов'язаних із страхом втратити контроль над власним організмом.

У зв'язку з цим у поведінці дитини виявляється негативізм, упертість, норовливість, знецінення дорослих, і навіть протести, бунти, прагнення до деспотизму, так звана третя криза. У цьому віці відбувається самоствердження дитини. Намагаючись завоювати власну свободу, необхідну дитині для подальшого розвитку, вона виявляє свою неслухняність навіть на шкоду власним ба-

жанням. Дитина прагне, щоб визнали її незалежність, самостійність, яку ще не може активно проявити. Плани, які вона постійно будує і які їй дозволяють здійснити, сприяють розвитку у неї відчуття ініціативи. Переживання повторних невдач і безвідповідальності можуть привести до покірності і відчуття провини. У подальшому дорослому житті людина, яка у дитинстві змушена була боротися з батьківським рішенням подолати її вередливість, у відповідь сформувала стійкі психологічні захисти, яких дуже важко позбутися, вона не вміє у потрібних ситуаціях відстоювати власну думку та відмовляти. Новоутвореннями цієї кризи є невпевненість у собі, сором'язливість.

Четверта криза відбувається у старшому дошкільному та молодшому шкільному віці. У дошкільному віці у дитини відбувається період активного планування ігрової діяльності. Дитина моделює стосунки дорослих, намагаючись досягти максимальної самостійності. У цей період у самосвідомості дитини чітко окреслюється образ Я як центру всесвіту. Саме образ Я стає критерієм всіх оціночних суджень дитини. Новоутвореннями цієї кризи є зачаток і канва формування її майбутнього світогляду, усвідомлення того, що навколишній світ є результатом людської діяльності.

У молодшому шкільному віці дитина усвідомлює походження, перебіг та наслідки власних емоцій. В результаті дитина не лише втрачає попередню безпосередність, а й формує нове ставлення до життя, вчиться прийомам довільної регуляції поведінки. У дитини відбувається переоцінка життєвих цінностей. У зв'язку з цим формується нове новоутворення – втрата безпосередності, штучність, манірність. Дитина стає менш відвертою, часто замикається у собі. Невміння самотужки розв'язати наявні проблеми може призводити до змін у поведінці дитини: некерованість, дратівливість, агресивність. Водночас у дитини може сформуватися почуття провини, яке згодом переросте у негативне ставлення до самої себе і самозасудження, особливо якщо стосунки з однолітками не складаються. У цьому віці для дитини важливе прийняття однолітками, значуща позиція “Я як усі інші”. Дитина вивчає правила, норми, у поведінці орієнтується на зовнішні оцінки. Також у

дитини розвивається смак до роботи або ж, навпаки, відчуття неповноцінності як у плані використання засобів і можливостей, так і в плані власного статусу серед товаришів.

П'ята криза – криза підліткового віку. Її переживають підлітки обох статей у пошуках власної ідентифікації. Вони намагаються засвоїти зразки поведінки значущих інших. Такий процес потребує об'єднання попереднього досвіду підлітка, його потенційних можливостей і вибору, який він повинен зробити. Та це також період, коли відбуваються дуже значні ендокринні зміни в організмі підлітка. Морфофункціональні зміни організму лякають підлітка, вони не лише незрозумілі, а й невідконтрольні йому. Підліткові важко зорієнтуватися в навколишньому світі, у стосунках між людьми, в мотиваціях цих стосунків, та ще важче зрозуміти свій внутрішній світ. Саме в цей час людина набуває почуття власної індивідуальності. С. Холл пише, що підлітковий період – це “епоха, коли тваринні, напівварварські тенденції стикаються з вимогами соціуму. Це період домінування надмірної активності аж до цілковитого виснаження, божевільної веселості – до глибокого смутку, упевненості в собі, що переходить у хворобливу сором'язливість, егоїзму, що змінюється альтруїстичними проявами, потягу до спілкування, що переходить у бажання побути на самоті, чутливості, яка непомітно стає апатією”. Нездатність підлітка до ідентифікації або пов'язані з нею труднощі можуть призвести до спотвореного і невідповідного трактування соціальних ролей, які підліток грає або гратиме в емоційній, соціальній і професійній сферах. При рольовій сплутаності у підлітка можливий регресивний тип розвитку, з одночасним зростанням рівня тривожності, ворожості до вимог соціуму та страх спілкування, особливо з незнайомими людьми та з особами протилежної статі.

Шоста криза властива молодим дорослим людям (17-20 років). Вона пов'язана із закінченням школи, пошуком і обранням майбутньої роботи, продовженням навчання, а отже, часто зі зміною соціального оточення, переїздом, соціальним просуванням. У цей же період особливо гостро постає проблема пошуку близькості з коханою людиною. У цей період завжди є неузгодженість відда-

лених цілей з актуальною життєвою ситуацією, у зв'язку з чим у молодих людей відзначається найнижчий рівень задоволеності смыслом життя, найгострішу невпевненість у собі, переживання важкого стану загальної невизначеності. Це також період усвідомлення відповідальності на кожен свій вибір і, водночас, час прагнення до розуміння свого призначення у житті у глобальному і прикладному сенсі. Самовизначення не може обійтися без самообмежень. Вибір є відмовою від тисячі інших можливостей. Успіх молода людина сприймає як щось випадкове, а невдачі – як розчарування у власних можливостях, провину. Зважаючи на те, що ідеали для молодих людей мають таке ж значення, що й буденність, головними конфліктами стають ціннісні конфлікти через значні розбіжності між нормами моралі і буття, закладеними родиною і школою з нормами соціуму і субкультури. Водночас відбувається повільне, поступове становлення основного центрального утворення ідентичності. Особистість розвивається завдяки включенню у різні соціальні спільноти: націю, соціальний клас, професійну групу, субкультуру тощо – і переживанню усвідомлення нерозривності свого зв'язку з ними. Вироблення цієї ідентичності (психосоціальної тотожності) дає змогу особистості приймати себе у всіх своїх взаєминах з оточуючим світом і визначає систему цінностей, ідеали, життєві плани, потреби, соціальні ролі з відповідними формами поведінки. Ідентичність – одна з умов психічного здоров'я: якщо вона не сформується, то молода людина не здатна знайти свого місця в соціумі. Зважаючи на відсутність життєвого досвіду, у молодих людей, які не віднайшли такої психосоціальної тотожності, зростає прагнення до ізоляції і замикання в самому собі.

У віці близько 22–23 років молода людина зазвичай остаточно здійснює свій вибір між Я-ідеальним і Я-реальним, обираючи Я-реальне. Період мрій змінюється активними діями, скерованими на віднайдення власного унікального життєвого шляху. Однак зучей період молоді люди все ще страждають від власного максималізму та ідеалізму. В той же час вони переживають період прагнення до близькості і жертвовності щодо значущих для них лю-

дей, яка поєднується із прагненням до дистанціювання і самостійності. Новоутвореннями цієї кризи є уникнення контактів, що зобов'язують до близькості, яке може супроводжувати людину протягом дуже тривалого періоду часу.

Сьома криза настає приблизно у віці 33–40 років. У цей період людина, усвідомивши свої реальні можливості та обмеження, починає реалістично коригувати подальші життєві плани. Потреба змінювати не лише пріоритети, а й сам стиль життя і власне ставлення до нього потребує значних вольових зусиль і наполегливості. Водночас це період інтенсивного психічного розвитку особистості. Психічні процеси активні, і активізуються по мірі потреби особистості, залежать від мотивації діяльності, потреб та інтересів людини. Загалом, це високопродуктивний період життя, коли творчість та результативність високі у найрізноманітніших галузях життєдіяльності. Успіхи в реалізації планів та особистісні досягнення укріплюють почуття власної гідності, підвищують самооцінку. В цей період людина вже може любити і зберігати як власну незалежність, так і приймати незалежність іншої людини, водночас виявляючи значний інтерес до виховання і розвитку дітей. Оскільки це середина життя людини, вона чітко усвідомлює, що саме зараз – другий і останній шанс здійснити свої задуми, самовдосконалитись, знайти гармонію в інтимному житті та родинних стосунках. Переоцінка критеріїв значущості у виборі партнера, що ґрунтується на життєвому досвіді і глибших особистісних мотиваціях, часто призводить до розлучень, особливо у сім'ях, де разом зі зміною самого подружжя не відбулась еволюція подружнього життя, і кожне з подружжя існує лише для задоволення власних потреб та інтересів. Окрім того, зріла особистість потребує отримати відчуття значущості для власних дітей та для молодшого покоління. Неспроможність конструктивно подолати цю кризу призводить до гострого переживання збідніння власного життя, стагнації у розвитку та стосунках, а, в окремих випадках – до регресії на попередні вікові стадії.

Восьма криза переживається під час старіння людини і передбачає усвідомлення нею завершення життєвого шляху. Приблизно

у 65-річному віці людина переживає кризу Я-інтеграції. Переосмислення цінності, значущості і результативності пройденого життєвого шляху, розуміння його цілісності і незмінності минулого дають підстави оцінити попереднє життя як завершену єдність. Відсутність такої інтеграції призводить до високого рівня тривожності, соціальної ізоляції, зменшення самоповаги, що часто викликає затяжні депресії, які, внаслідок стійкого неприйняття теперішнього стану і огиди та сорому за прожиті роки, можуть закінчуватися суїцидом. Якщо людина похилого віку неспроможна погодитись із етапом завершення життєвого циклу, то намагається за допомогою фантазій та вигадок змінити власне минуле, чи робить спроби уникнути вікових змін, підмінюючи власні вікові потреби та інтереси потребами молодших людей, у неї зазвичай формується чітко виражений страх смерті і відчай перед її неминучістю та невідворотністю. Відсутність перспектив суттєво впливає на здоров'я та довголіття. Часто головною метою стає бажання спокійно дожити або спокійно померти.

Люди ж, які протягом попереднього життя адаптувалися до змін життя та власної особистості, приймають свій вік як неминучу даність і пристосовуються до його особливостей, зберігаючи власну цілісність, так звану еґо-інтеграцію (за Еріксоном), тобто усвідомлення цінності як попереднього, так і теперішнього життя, його значущості, незмінності і неповторності.

Із позицій медичної психології важливою такою ж є класифікація (П. П. Горностай) життєвих криз, що ґрунтується на особливостях психологічних проблем, які призвели до виникнення кризової ситуації, та особистісних ролей, які виникають у зв'язку з цим. Автор пропонує розглядати такі типи криз:

1. Кризи становлення особистості.

У першу чергу йдеться про вікові кризи, які є необхідними для процесу становлення особистості. Зміни, що відбуваються у психіці, поведінці, стосунках людини внаслідок цих криз, зазвичай пов'язані зі зміною особистісної ролі людини. Вони часто стають пусковим механізмом для виникнення поведінкових змін, розладів адаптації та порушень емоційно-вольової сфери особистості.

2. Кризи здоров'я.

Кризи, пов'язані з каліцтвом, професійними хворобами чи хронічними захворюваннями, що змушують людину обмежити свої професійні та соціальні функції, внаслідок фрустрації можуть провокувати дезадаптацію та порушення емоційно-вольової сфери особистості і навіть призвести до суїцидальних спроб. Водночас в результаті захворювання змінюється й психологічний профіль особистості. Про зміни, пов'язані з захворюваннями, читай у наступному розділі.

3. Термінальні кризи.

Пов'язані з термінальними цінностями людини, зокрема з імовірним чи неминучим близьким кінцем її життя. Переважно виникають у людей, котрі дізналися про невиліковне захворювання або ситуацію, що реально і неминуче загрожує їхньому життю. Докладніше про термінальні кризи читай далі.

4. Кризи значущих стосунків.

Пов'язані зі зміною міжособистісних ролей у значущих особистісних стосунках. Переважно виникають при втраті значущої людини (смерть, розлучення, розлука) та при появі нових ролей у міжособистісних стосунках (народження дитини, поява нового члена родини). Також до криз значущих стосунків традиційно включають і так звані кризи кохання, що виникають при нерозділеному коханні, розчаруванні у коханні тощо. У психіці, поведінці, стосунках людини внаслідок цих криз виникають певні зміни, що можуть призводити до виникнення поведінкових змін, розладів адаптації та порушень емоційно-вольової сфери особистості.

5. Кризи особистісної автономії.

Кризи, пов'язані з втратою чи обмеженням особистісної автономії чи свободи. Зазвичай такий стан виникає у ситуації, коли людина потрапляє у повну залежність від інших людей чи обставин, які вона не в стані змінити. Подібні кризи також виникають у осіб, позбавлених волі (у в'язниці, полоні, рабстві) та при тривалому примусовому перебуванні в колективі із жорсткими обов'язками, обмеженнями (армійська служба, проживання в гуртожитках, інтернатах, перебування на стаціонарному лікуванні).

Криза, пов'язана з виконанням нової небажаної і обтяжливої ролі у міжособистісному спілкуванні, призводить до формування стійких невротичних та психопатичних реакцій.

6. Кризи самореалізації.

Пов'язана зі сприйняттям ситуації як такої, що робить неможливою самореалізацію людини. Зазвичай ця криза виникає внаслідок втрати значущої соціальної ролі: звільнення з роботи або вихід на пенсію, вимушена еміграція, банкрутство, неможливість отримання бажаної освіти тощо. Усвідомлення людиною краху її життєвих планів, або хибності обраного шляху оцінюється як екзистенційна криза і часто супроводжується фрустрацією, що призводить до появи депресії, яка може закінчитися суїцидом.

7. Кризи життєвих помилок.

Криза, пов'язана з усвідомленням незворотності певних вчинків минулого. Виникає при переживанні людиною вчиненої зради, обману, злочину або втрати та нездійснених вчинків, що призвели до фатальних наслідків (байдужість, ненадання допомоги тощо). Це кризи, які переживаються як докори сумління і зазвичай отожднюються людиною з поняттям гріха і розплати за гріхи. Вихід з подібних кризових станів переважно здійснюється за допомогою віри у Бога і намагань спокути гріхів. Невідреаговані кризи життєвих помилок особливо небезпечні для подальшого життя людини через часті думки про спокуту і гріховність, які вимагають від людини жорстокого самопокарання аж до самогубства.

Отже, життєва криза – це своєрідний поворотний пункт на життєвому шляху людини. В літературі (Анциферова Л. І., Виготський Л. С., Василюк Ф. Є., Донченко Е. О., Титаренко Т. М.) детально проаналізовані та описані різні види життєвої кризи, існують різні погляди щодо самої природи виникнення і перебігу життєвої кризи. Одні вчені вважають, що життєва криза виникає як емоційна реакція людини на загрозливу ситуацію при появі перешкод на шляху досягнення життєво важливих цілей (Ліндемман, Каплан); на думку інших – криза може виникнути і в умовах, які не справляють враження загрозливих. Та всі науковці погоджуються з думкою, що кожна криза має полярні наслідки – як нега-

тивні, так і позитивні, у зв'язку з чим криза водночас є й загрозою для особистості, і можливістю і спонукою для особистісного розвитку і зростання.

4.2.3. Стрес як причина захворювання

Поняття та види стресу

Психічний стан, який виникає в людини в результаті впливу складних життєвих ситуацій і виявляється у специфічному адаптаційному синдромі, що включає усі неспецифічно викликані зміни у біологічній системі, канадський патолог Ганс Сельє назвав **стресом**". На сьогодні стресом (англ. – *напруженні, тиск*) називають ті неспецифічні зміни, які виникають в організмі внаслідок інтенсивних або тривалих сторонніх впливів та призводять до надмірного напруження вроджених неспецифічних адаптаційних механізмів організму, через що відбувається перебудова його захисних сил. Перебіг стресу залежить від того, у якому стані був організм людини перед початком дії стресора, адже порушення регулюючих механізмів відбувається саме у фазі виснаження. Стресори (фактори, що викликають стрес) у літературі поділяють на такі умовні групи: стресори обмежень, які з'являються внаслідок хвороби, ув'язнення чи при голоді і спразі; стресори відокремлення, що виявляються у конфліктних ситуаціях та при виникненні загрози; стресори перемог і поразок; фізичні стресори, тобто фізичні ушкодження (у т.ч. оперативні втручання, медичні маніпуляції), травми; виробничі стресори; стресори соціальної мотивації; емоційні, інформаційні, політичні стресори.

Логічним продовженням теорії Сельє стала когнітивна концепція стресу Р. Лазаруса, який вважав, що адаптацію до середовища визначають емоції, інтенсивність та силу яких зумовлюють когнітивні процеси. На думку Лазаруса, фізіологічний і психологічний стреси відрізняються як за особливостями характеристики діючих стимулів, так і за механізмом розвитку стресу і характером реакції, що виникають як відповідь на вплив.

Види стресу та їх характеристика за Р. Лазарусом

Критерій	Вид стресу	
	психологічний	фізіологічний
характеристика стимулу	значущий для особистості	біологічно значимий для організму
характер впливу стимулу	безпосередній або опосередкований вплив	безпосередній вплив
особливості реакцій у відповідь	індивідуальні	стереотипні

В практичній діяльності практичні психологи виокремлюють такі *ознаки стресового напруження* (за Шеффером):

- 1) неможливість зосередитися на чомусь;
- 2) надто часті помилки в роботі;
- 3) погіршення пам'яті;
- 4) часте виникнення почуття втоми;
- 5) дуже швидке мовлення;
- 6) часті болі (спина, голова, ділянка шлунка);
- 7) підвищена збудливість;
- 8) робота не приносить попереднього задоволення;
- 9) втрата почуття гумору;
- 10) різко збільшена кількість випалюваних сигарет;
- 11) потяг до вживання алкогольних напоїв;
- 12) постійне відчуття недоїдання;
- 13) втрата апетиту – взагалі втрачений смак їжі;
- 14) неможливість вчасно завершити роботу.

Лазарус також сформулював основні положення стресу: ті самі події для одних людей можуть ставати стресовими, а для інших – ні; якщо та сама стресова подія кількаразово виникає у житті людини, то в різних випадках людина сприймає або не сприймає її як стресову. Крім того, він вказав, що стрес виникає лише тоді, коли людина, порівнявши свої ресурси та силу впливу стресора, усвідомлює, що ресурси недостатні.

Шкала оцінки соціального пристосування Холмса і Рейха

Рівень реакції на стрес у різних людей коливається від дуже низького до дуже високого (на рівні паніки). За відсутності зовнішнього реагування на стрес є підстави думати про гіперсензитивність (особливо у людей із психічними розладами). Для оцінювання рівня вираженості соціального пристосування до травмуючих ситуацій, на який істотно впливає їх частота і важкість, Томас Холмс та Річард Рейх створили теорію життєвих подій і розробили спеціальну шкалу (*SocialAdjustmentRatingScale*). Кожна значна життєва подія (як негативна, так і позитивна) згідно з цією шкалою оцінюється певною кількістю балів, а їх максимальна сума протягом року не повинна перевищувати 150 балів. При її зростанні відповідно збільшується ймовірність формування психічного або психосоматичного розладу, в т.ч. онкологічних, інфекційних, шкірних хвороб, туберкульозу, травм (Glaser R., Zautra A. J., Sandier R.M., Kiecolt-Glaser J. K.).

Шкала оцінки соціального пристосування Холмса і Рейха

Життєві події	Стрес (бали)
1) смерть чоловіка, дружини, дитини, матері, батька	100
2) розлучення	73
3) розрив з партнером	65
4) смерть близького члена сім'ї	63
5) значне особистісне пошкодження або хвороба	53
6) весілля	50
7) звільнення з роботи, переміщення по службі	47
8) вихід на пенсію	45
9) примирення з партнером	45
10) істотна зміна у стані здоров'я або у поведінці членів сім'ї	44
11) вагітність	40
12) сексуальні проблеми	39
13) народження дитини	39
14) зміна фінансового становища	38
15) смерть близького друга	37
16) зміна місця роботи	36
17) збільшення числа подружніх сварок	35
18) збільшення боргів	30
19) значні зміни в обов'язках на роботі	29

20) від'їзд з дому дитини	29
21) сварки з батьками або іншими членами сім'ї	29
22) стрімкий особистісний злет	28
23) закінчення школи і вступ на навчання	26
24) покидання роботи	26
25) зміна житлових умов	25
26) перегляд особистих звичок (одяг, манери, знайомства)	24
27) конфлікти з начальством	23
28) зміна умов або годин роботи	20
29) зміна місця проживання	20
30) іспити, атестація	20
31) зміна звичного місця проживання	19
32) значні зміни у вигляді і кількості розваг	19
33) значні зміни у громадській діяльності	18
34) зміни у стосунках з оточенням	18
35) порушення сну	16
36) зміна характеру і частоти зустрічей з близькими людьми	15
37) зміна звичного режиму харчування і кількості спожитої їжі	15
38) відпустка	13
39) штраф за порушення правил вуличного руху	12
40) стресори, не внесені в дану шкалу (смерть улюбленої тварини, аборт, крадіжка, втрата улюбленої речі)	10

Та теорія Холмса-Рейха не враховує ні культуральних особливостей кожної людини, ні впливу на неї оточення (який може виражатися у підтримці або ж у пригніченні). Суперечливим в цій теорії є рейтинг життєвих подій за силою впливу для кожної окремої людини. Згодом був розроблений оптимальніший комплексний підхід, який враховує не лише силу стресів, а й індивідуальну особистісну реакцію на нього R. (Crandall). З різних взаємин особистості і її оточення витікає невідповідність, що призводить до стресу.

Процеси опанування (копінг-механізми)

Істотним доповненням когнітивної теорії Лазаруса стала поведінкова концепція С. Хобфолла, який вважає, що стресогенними у

житті є не самі події, а пов'язана з ними втрата (статусу, влади, грошей, звичних речей, самоповаги). Основним поняттям його концепції стало поняття копінгу запропоноване Лазарусом для розмежування понять фізіологічної неспецифічності та психологічної вибіркової стресу. Зараз терміном *копінг* (англ. *to cope* – опанування, адаптація, пристосування) позначають когнітивні та поведінкові змінні спроби людини справитися зі специфічними зовнішніми та внутрішніми вимогами, які вона сама сприймає як такі, що переважають її можливості їх опанувати. У копінгу в першу чергу увага акцентується на різних формах поведінки, які призводять до адаптації або дезадаптації особистості. Адже опанування ситуацією означає здатність своєчасно і чітко визначити причини виникнення стресу та вчасно і адекватно на них відреагувати.

Отже, *копінг-поведінку* розглядають як цілеспрямовану поведінку особистості, скеровану на свідоме опанування ситуацією для усунення або зменшення шкідливої дії стресу чи пристосування до нього, а також передбачає сформоване уміння використовувати певні засоби для подолання стресу, причому особливого значення набуває не обрання певної стратегії реагування, а співвідношення копінг-поведінки з особливостями середовища.

Пов'язані зі стресом та дисоціативні розлади

Розлади, пов'язані зі стресом:

- Гостра реакція на стрес
- Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР)
- Дисоціативні (конверсійні) розлади
- Дисоціативна амнезія
- Дисоціативна fuga
- Дисоціативний ступор
- Транси і стани одержимості
- Дисоціативні розлади моторики
- Дисоціативні судоми
- Дисоціативна амнезія і втрата чуттєвого сприймання
- Інші дисоціативні розлади: синдром Ганзера, розлади множинної особистості

Однією з найчисельніших груп пацієнтів, які звертаються по допомогу до медичних психологів, психіатрів та психотерапевтів, є хворі з психогеніями (від гр. слів *psyche* душа і *geneia* – походження, виникнення) – психічними розладами, що виникають як результат реакції на психічну травму.

У клініці найчастіше діагностують такі пов'язані зі стресом і дисоціативні стани: гостра реакція на стрес, посттравматичний стресовий розлад, дисоціативна амнезія, фуга і ступор, дисоціативні розлади рухів та відчуттів.

Розлади, пов'язані зі стресом

Реакція на стрес залежить від багатьох чинників, та в першу чергу слід пам'ятати про її залежність від конституції, соматичного і психічного здоров'я людини, типу темпераменту, рівень психологічної стійкості, а також від попередніх стресів у житті людини: їх частоти, інтенсивності, тривалості й реакції на них.

Гостра реакція на стрес (F43.0) – транзиторний психічний розлад, що розвивається в результаті впливу потужного психоемоційного або фізичного стресу у людей, котрі не мають ознак психічних захворювань. У психологічній літературі можна зустріти також під назвою *афективно-шокова реакція*.

Найчастіше стресорами виступають психотравмуючі переживання людини, пов'язані з загрозою безпеки для життя або фізичної, психологічної чи соціальної цілісності особистості та значущих близьких людей (бойові дії, катастрофи, пожежа, нещасний випадок, присутність при насильницькій смерті людини, тортури, згвалтування, розбійний напад, втрата близьких людей). Виникнення і тривалість та важкість перебігу залежить від адаптивних можливостей та індивідуальної вразливості людини.

Реакція починається негайно після дії стресора або протягом найближчого часу (кілька хвилин). Оглушеність з глибоким афективним звуженням свідомості, яке утруднює контакт з оточенням; дезорієнтація; рухова загальмованість і відгородженість від оточення (аж до дисоціативного ступору) або неадекватна чи беззмістовна гіперактивність (може спостерігатися реакція втечі, фуга); зниження уваги; а також вегетативні розлади: блідість або почер-

воніння шкіри, пітливість, серцебиття, мимовільні фізіологічні випорожнення. Окрім того, можуть виникати переживання жаху, відчаю, гнів або вербальна агресія, відчай, безнадія, неконтрольований і надмірний смуток. Симптоми утримуються протягом кількох годин, значно зменшується їхня вираженість при припиненні дії стресора, а за неможливості його усунення – через 24-48 годин після початку дії. Зазвичай спогадів про цей період у людини не зостається зовсім або ж вони уривчасті. При збереженні ознак психічного розладу людина потребує лікування у психіатра (діагноз при цьому змінюється на відповідний до наявної симптоматики).

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) (F43.1) – психічний розлад у вигляді затяжної або відтермінованої реакції, що формується протягом шести місяців після дії стресора, який має дуже високий рівень загрози для безпеки життя людини та її близьких. На відміну від гострої реакції на стрес, виникає практично у всіх людей, від адаптативних можливостей та від індивідуальної вразливості людини залежить лише тривалість та важкість перебігу розладу. Стресори, які призводять до виникнення посттравматичного стресового розладу, подібні до тих, що викликають гостру реакцію на стрес, з тією відмінністю, що вони або діють протягом тривалого часу, або ж мають потужність, яка не дає змоги жодній людині здолати їх самотужки.

Оскільки захисні механізми, які виникають після сильної психотравми скеровані на регресію, пригнічення діяльності, заперечення переживань і девальвацію пережитого, виникає стійка тривога.

Типовим для хворих є відчуття приниження, провини, сорому, злоби на фоні перманентного загального притуплення почуттів, відстороненості від людей та подій, ангедонії, втрати інтересу та ухиляння від виконання не лише функцій, пов'язаних із психотравмуючою ситуацією, а й рутинних попередніх занять. Патогномнічним симптомом можна вважати наявність предметних, надзвичайно жвавих стійких нав'язливих спогадів (ремінісценцій) про психотравмуючу ситуацію, які знаходять відображення й у сно-

видіннях. У стані сп'яніння та в момент прокидання також можливі дисоціативні епізоди з обманами сприймання, почуттями, думками і вчинками, що відображають зміст травми. Намагання людини вгамувати емоції часто призводить до виникнення залежності від психоактивних речовин, що, у свою чергу, може викликати приступи паніки або brutальні афективні прояви, які сприяють суїцидальним тенденціям (особливо за наявності подразників, що нагадують або символізують якийсь аспект травмуючої події). Характерні для пацієнтів з ПТСР і спроби уникати спогадів про сам стрес, а також – про місце і людей, пов'язаних з ним. Окрім того, слід відзначити вегетативну лабільність, когнітивні порушення та депресивність пацієнтів з ПТСР.

Перебіг розладу має хвилеподібний характер. У випадку хронізації захворювання може тривати кілька років і призводити до хронічних змін особистості. Спілкування з пацієнтами вимагає високого рівня емпатії та терпіння через байдуже, недовірливе та вороже ставлення їх до оточення.

Дисоціативні (конверсійні) розлади (F.44) – це психічні розлади, які виявляються у дисоціації (лат. *dissociatio* – розділення) та втраті свідомого контролю над пам'яттю і відчуттями, а також над здатністю контролювати рухи тіла. Психологи про дисоціативні розлади часто говорять як про несвідомий психічний процес, що повністю або частково розділяє на окремі складові не лише психічні функції, а й особистість у цілому. Клініцисти ж до групи дисоціативних розладів деперсоналізацію та дереалізацію не включають, оскільки при них немає розладів пам'яті й відчуттів та рухових розладів. Раніше застосовувати термін “конверсійна істерія”. Конверсією (лат. *conversio* – перетворення) Фройд назвав їх тому, що хворі, неспроможні позбутися власних переживань, викликаних конфліктом, трансформують їх у символічно пов'язані з ними тілесні симптоми (рухові, сенсорні і вегетативні). Переважання вегетативних симптомів на початкових етапах захворювання часто розцінюють як соматичне захворювання, рухові і сенсорні розлади – як неврологічні.

На сьогодні науковці загалом погоджуються, що походження розладу – психогенне, адже при зборі анамнезу простежується безпосередня послідовність появи симптомів після психотравми і залежність перебігу захворювання від можливості розв'язати конфлікти чи повернути втрачені стосунки. Однак не можна не враховувати вплив біологічних чинників: оскільки дисоціативні розлади частіше виникають у препубертатному та пубертатному віці, а також у період клімаксу, не виключено, що саме гормональні зміни в організмі виступають пусковим механізмом для їх формування. Психологічні фактори, які вважають задіяними у виникненні розладу, досить численні. Окрім психічних травм дитинства (переважно викликаних дисоційованим вихованням), варто назвати демонстративні риси характеру, а також намагання отримати вторинну вигоду від захворювання.

Для діагностики дисоціативних розладів необхідно категоричне виключення у пацієнта соматичного або неврологічного захворювання, що потребує його ретельного обстеження. До дисоціативних розладів входять: дисоціативна амнезія, дисоціативна fuga, дисоціативний ступор, трансї і стани одержимості, дисоціативні розлади рухів і відчуттів, дисоціативні розлади моторики, дисоціативні судоми, дисоціативна анестезія і втрата чуттєвого сприймання, змішані та інші дисоціативні розлади (синдром Ганзера, розлад множинної особистості та ін.).

Дисоціативна амнезія (F.44.0) – найпоширеніший дисоціативний розлад, що виникає після загрози смерті, психологічного конфлікту, емоційної травми і виявляється у частковій втраті пам'яті на психотравмуючу ситуацію у людей, в котрих не виявлені органічні ураження мозку чи інтоксикація (Karon В.Р., Widener А.І.). Розлад часто виникає у людей, які пережили стихійне лихо, реальну загрозу для власного життя та життя близьких, у дітей, які зазнали сексуального насилля, а також може формуватися й при втраті близької людини або при гнітючому почутті провини (D. Spiegel). Зустрічаються локалізована, генералізована, селективна та безперервна амнезія. Переважно дисоціативна амнезія має парціальний і селективний характер – амнезується

лише травматичний епізод (зазвичай раптова втрата близьких або катастрофа). Хворий усвідомлює розлад пам'яті, але не висловлює стурбованості з цього приводу. Стан триває кілька днів, починається і закінчується раптово. На висоті розладу протягом одного-двох днів може супроводжуватися *дисоціативними паморочними проявами*, коли пацієнт дезорієнтований, не впізнає знайомих, безцільно блукає, не дотримується особистої гігієни та режиму харчування й сну. При наявності вираженої вторинної вигоди або повторному впливі стресора можливе затягування епізоду або його рецидивування. Частіше спостерігається у молодих чоловіків і підлітків.

Дисоціативна fuga (F.44.1) (лат. *fuga* – біг, втеча) від дисоціативної амнезії відрізняється тим, що після психотравми хворий, не усвідомлюючи розладу пам'яті і не виглядаючи дезорієтованим, здійснює цілеспрямовані подорожі (часто у місця, які є для нього емоційно значущими). Амнезія стосується лише особистих спогадів, загальні та універсальні знання і навички зберігаються. Зовні справляє враження упорядкованої людини, дотримується особистої гігієни та режиму харчування, здатний до простої соціальної взаємодії, часом навіть може займатися досить складною діяльністю (амбулаторний автоматизм), але при цьому його особистість нерідко відрізняється від попередньої. Закінчення фуги раптове. Увесь період дисоціативної фуги амнезується. Сприятливими факторами розвитку фуги вважають шизоїдні та інші розлади особистості, зловживання психоактивними речовинами.

Дисоціативний ступор (F.44.2) – розлад, при якому у хворого внаслідок перенесеної психотравми виявляються усі ознаки клінічного ступору (лат. *stupor* – заціпеніння), але без фізіологічних причин. Перебуваючи у стані, який клінічно не можна визначити ні як несвідомий, ні як сон, хворий застигає, переважно непорушно лежить або сидить, не реагуючи на зовнішні стимули (шум, світло, дотики і слова). За відсутності лікування існує загроза переходу дисоціативного ступору у депресивний або кататонічний.

Транси і стани одержимості (F.44.3). **Транс** (лат. *trans* – за, через; прийменник, що означає перехід, тут: в інший стан) – пси-

хічний розлад, що виникає в результаті тривалого значного психічного перенапруження у людей, які не страждають шизофренією, гострим психозом, множинним розладом особистості, епілепсією, інтоксикацією психоактивними речовинами, а також не мали черепно-мозкової травми. У стані трансу втрачається почуття власної ідентичності, надзвичайно звужується свідомість з вибіркоким фокусуванням на певному об'єкті і обмеженням повторюваного набору рухів, поз і висловлювань. Стан виникає мимовільно, заважає людині повноцінно активно функціонувати у професійній діяльності та в особистому житті. До цієї групи психічних розладів не зараховують релігійні трансї та індуковані культуральні трансї. *Одержимість* – стан, пов'язаний з переконаністю в небажаному перебуванні під владою іншої особи, переважно наділеної в уявленні пацієнта магічною силою.

Дисоціативні розлади моторики (F.44.4) – психічний розлад, який формується як втеча у хворобу в результаті прагнення людини уникнути міжособистісного конфлікту і за допомогою демонстративної поведінки, скерованої на співчуття, отримати вторинну вигоду або репрезентувати свій протест. Виявляється у втраті, послабленні, сповільненні або обмеженні моторних функцій, які не мають фізіологічного підтвердження та є анатомічно невідповідними. Суб'єктивно хворий відчуває себе погано, скаржиться на болі та обмеження рухів. За відсутності порушень тону і трофіки у пацієнтів може спостерігатися повний або частковий параліч кінцівки (моно-, гемі- та пара- парези і плегії), рідше – атаксія, астазіяабазія, апраксія, акінезія та ін., а також контрактури суглобів і паракінези. Серед розладів мовлення зустрічаються: заїкання, дизартрія (порушення артикуляції), афонія (беззвучне мовлення), сурдомутизм (глухонімота), афазія (відсутність мовлення).

Диференційну діагностику слід проводити з шизофренією, депресією, розсіяним склерозом, системним червоним вовчаком, а також із симуляцією.

Дисоціативні судоми (F.44.5) – ситуативно обумовлений психічний розлад, що виникає при неусвідомлюваній потребі пацієн-

та повернути до себе увагу, отримати вторинну вигоду. Раптові і несподівані спастичні рухи, які з великим ступенем зовнішньої подібності наслідують різні варіанти епілептичних припадків, відбуваються лише за наявності спостерігачів. Може супроводжуватися вигукуванням слів, що відображають сутність конфлікту пацієнта. Припадок триває переважно протягом 10-20 хвилин. На відміну від епіприпадків, пацієнти падають, не отримуючи істотних травм, тонічна фаза може йти за клонічною, припадки не супроводжуються прикушуванням язика, мимовільним сечовиділенням та втратою свідомості, після припадку відсутні оглушення і амнезія. Водночас можуть спостерігатися ознаки ступору або трансу.

Дисоціативна амнезія і втрата чуттєвого сприймання (F.44.6) – психічний розлад, який, як і дисоціативні розлади моторики, формується як втеча у хворобу з метою уникнення конфліктної ситуації. Виявляється у втраті або послабленні шкірної чутливості у ділянках, локалізація яких не відповідає зонам іннервації. Сенсорні розлади: гіпер-, гіпо- і анестезія (зниження, підвищення і відсутність тактильної чутливості), алгії (больові відчуття). Також може виникати виражене тремтіння всього тіла або його частин у поєднанні з псевдоспазмами м'язів, яке посилюється при хвилюванні або надмірній увазі та зникає уві сні.

Окрім втрати шкірної чутливості, у пацієнтів можливе випадіння функцій органів чуття, наприклад, “втрата зору”, що полягає у короткотривалому звуженні поля зору або зниженні його гостроти.

До групи змішаних дисоціативних розладів (F.44.7) входять змішані розлади F.44.0F.44.6.

Інші дисоціативні розлади (F.44.8). З-поміж інших дисоціативних розладів заслуговують на увагу множинні розлади особистості та синдром Ганзера.

Синдром Ганзера (F.44.80) – психічний розлад, який умовно вважають одним з варіантів присмеркового потьмарення свідомості, що супроводжується недоладним і недоречним мовленням, неможливістю відповісти на прості запитання чи розв'язати еле-

ментарну задачу. Разом з примітивною, наївною демонстративністю – показна загальмованість або метушливість, безпричинний сміх або плач, міміка розгубленості, “дитяча” поведінка, безпорадність в елементарних ситуаціях – у пацієнта збережена здатність виконувати складні цілеспрямовані рухи і вчинки, але вони не призводять до отримання бажаного результату. Розлад триває кілька днів, закінчується раптово з амнезуванням періоду хворобливого епізоду.

Розлади множинної особистості (F.44.81) – дисоціативний психічний розлад, при якому у людині формуються дві (дуже рідко більше) субособистостей. Характеризується раптовими переключеннями від однієї субособистості до іншої, яке, ймовірно, спровоковане стресовою подією різного ступеня вираженості (Dell, Eisenhower) або у стані трансу чи гіпнозу. У кожен конкретний момент проявляється лише одна субособистість, яка має власну пам'ять, особливості поведінки, стать, вік, фах, манери і, з'являючись, повністю контролює вчинки хворого, “панує” над ним. Після закінчення епізоду амнезується як субособистість, так і сам епізод. Спогади кожної із субособистостей недоступні для іншої, тому намагання переконати людину у тому, що вона робила вчинки, про які не пам'ятає, можуть виступити як чергова психотравмуюча ситуація, що спровокує чергову зміну субособистостей, яка теж буде амнезована.

Оскільки в літературі описано лише близько 300 випадків розладу множинної особистості, щодо його походження існує багато припущень. До минулого сторіччя розлад вважали аналогом одержимості. У 20 % обстежених пацієнтів в анамнезі – клінічно підтверджена епілепсія (Самохвалов В.П.), 97 % обстежених не заперечують фізичне (переважно інцестуозне) насилля у ранньому дитинстві (Ross; Dell, Eisenhower). Вчені однак не погоджені у тому, що більшість випадків вперше діагностовано у підлітковому або юнацькому віці, хворих серед жінок втричі більше, ніж серед чоловіків. Протягом останніх 50-ти років кількість хворих зросла, що пов'язують з руйнівним впливом психоенергетичних і тоталітарних сект. Існує також думка про зростання кількості випадків си-

мулювання розладу, особливо під впливом його “популяризації” у кіно та літературі.

Диференційна діагностика з шизофренією ґрунтується на відсутності розладів мислення та емоційно-вольових розладів.

Загалом слід пам’ятати, що дисоціативні розлади формуються як захист від нестерпних переживань, які можуть бути пов’язані або зі смертельною загрозою чи горем з приводу втрати близької людини, або з ураженим почуттям самолюбства чи з почуттям пекучого сорому, а також із почуттям безсилля у вирішенні внутріособистісного або міжособистісного конфлікту чи неможливості змінити об’єктивну ситуацію. Словом, психологічні причини можуть бути на сторонній погляд як “серйозними”, так і не дуже, але важливе у формуванні дисоціативних розладів не “важкість”, а ставлення до психотравмуючої ситуації самого пацієнта, а не інших людей. Перебуваючи у напрузі, пов’язаній з потребою вирішити конфлікт, кожна особистість витрачає різну кількість внутрішніх емоційних ресурсів, а їх брак починає сприйматися як щось стороннє, отже, відбуваються певні зміни свідомості. Адже механізми захисту включають: заперечення (ігнорування певних аспектів реальності), витіснення (ізоляція від свідомості загрозової інформації) і дисоціація – відокремлення однієї групи психічних процесів від іншої з їх незалежним функціонуванням.

Саме зважаючи на психодинаміку дисоціативних розладів, зрозуміло, чому у більшості випадків вираженість і тривалість хвороби залежать від реакції оточення. Людина прагне отримати не лише *первинну вигоду* у вигляді зниження рівня тривожності, який відбувається при переході психотравмуючої ситуації, з якою неспроможна справитися психіка, на неусвідомлюваний рівень тілесного функціонування, при якому симптоми не лише вказують на підсвідоме прагнення певного обмеження (параліч, сліпота), а й сигналізують оточенню про нього. Дисоціативні розлади дають змогу через порушення функцій отримати й *вторинну вигоду* – увагу і турботу, співчуття і підтримку, звільнення від обтяжливих стосунків чи обов’язків, уникнення покарання за провини та багато інших.

4.3. Психологічні особливості соматичних захворювань особистості

4.3.1. Внутрішньоособистісний конфлікт як причина виникнення соматичних захворювань

Вчення про тісний взаємозв'язок самопочуття з психічним станом (і насамперед настроєм) індивіда, про соматичний резонанс психічних процесів у вигляді минутих або хронізованих функціональних порушень внутрішніх органів (мовою яких ніби виражається афект) проходить червоною ниткою через всю історію медицини. Внутрішня мова емоцій – це функція органів; кожне психічне порушення певним чином відображається в тілесних відчуттях і процесах як у нормі, так і в патології. Наприклад, страх (відчуття якоїсь небезпеки, зла, що, за Гегелем, загрожує знищити відчуття самого себе) не випадково завжди асоціюється з певним і вкрай важким фізичним станом. Страх, що буквально затоплює людину, – це не тільки розпад душі, дика судома думки і серця, сам спогад про яку породжує тужливий сердечний трепет; це палаюче зрошене потом чоло, липкі, часом тремтячі руки; це неприємна важкість в шлунку і нудота, напівпритомний стан і відчуття ядухи. Арабські лікарі дізнавалися про недугу закоханого за зміною пульсу, перелічуючи вголос спершу назви всіх кварталів міста, потім вулиць у кварталі, будинків на якійсь із вулиць і, нарешті, мешканців конкретного будинку. Серце споконвіку розглядають як специфічний орган вираження емоцій (у тому числі страху) у такому ж розумінні, як очі служать органом зору. Більшість пристрастей впливає на тіло, і, якби люди уважніше спостерігали явища, що супроводжують пристрасті, то було б дуже важко приховувати їх. Вегетативна нервова система, що виступає в ролі посередника між центральною нервовою системою і внутрішніми органами, регулятора всіх життєвих процесів в організмі, провідника емоційних станів як у нормі, так і в патології, стає, за Е. К. Краснушкіним, найважливішим органом вираження афекту (набагато інформативнішим, ніж інші форми поведінки, нерідко цілком контрольовані волею). Особлива “вразливість” вегетатив-

ної нервової системи виявляється не тільки при достатній інтенсивності афекту – вісцеровегетативні реакції виникають у ході адаптації й у відповідь на слабкі, здавалося б, емоційні стимули, що відповідають навіть надзвичайно тонким інтелектуальним процесам. Будь-яка, навіть незначна подія або враження, суб'єктивно значиме для індивіда, може виявитися при цьому первісним вихідним пунктом, що викликає хворобливі розлади. Довгий ряд життєвих ударів включає, за І. П. Павловим (1951), не тільки втрату близьких або втрачене кохання, але й інші обмани життя, пов'язані з образою почуття власної гідності, а в слабкої або астеноїзованої особистості – найсильніші реакції з різними ненормальними так званими соматичними симптомами. Туга, різні розчарування і глибинне відчуття “труднощів буття”, безглузді обов'язки, що безплідно вимотують людину, і повсякденна боротьба з посередністю – чимало причин, через які й найбільш життєстійкі люди часом занепадають духом і знемагають у нещасті.

Психовегетативний синдром – обов'язковий фізіологічний процес, що виступає при певній ситуації в якості “першої лінії оборони” (Гіляровський В. А.) – набуває патологічного характеру при надмірному для даного індивіда, надто частому і тривалому або постійному афективному напруженні; хронічні емоційні стани обумовлюють неминуче хроніфіковані вісцеровегетативні розлади. Усі вісцеровегетативні порушення (дифузні або з переважним акцентом на якомусь органі) виявляються практично (постійно або у вигляді різних вегетативних кризів) у кожному випадку загального неврозу в людини і при експериментальних неврозах у тварин; вони є неодмінним, якщо не провідним, компонентом клінічної картини при так званих неврозах органів і астенодепресивних або субдепресивних станах будь-якого генезу. При цьому особливого значення набуває нерозривний зв'язок функціональних соматичних порушень із почуттям пригніченості, тривоги і туги в структурі депресивних станів різного походження. Мінливі хворобливі відчуття, що зливаються з практично невіддільними від них розладами настрою і вкрай тяжкою загальною тональністю особистості, не випадково визначалися інколи як чутливість

симпатичної системи. Серцевий біль – біль тупий, безпредметний, невизначений, схожий і на тугу, і на страх у найвищому ступені, і на розпач – може локалізуватися в грудях, під серцем.

Вісцеровегетативна симптоматика в структурі тривалих емоційних розладів являє собою не що інше, як фіксацію почуття страху і тривоги в якомусь органі або частині тіла, і означає можливість болю чисто психогенного походження, ніби автономних функціональних соматичних порушень з переважною локалізацією їх у якомусь органі або системі за типом так званих неврозів органів або системних неврозів. Саме вегетативна нервова система виступає при цьому в ролі привідного ременя психічного для всієї соматички і є тією платформою, де затверджується, за Е. К. Краснушкіним, цілісність і злитість психічного і соматичного. Цей біологічний факт визначає всю життєдіяльність людського організму як у нормі, так і в патології. І оскільки саме ця психовегетативна організація і складає центральну основу, ту життєву вісь, на якій розігруються всі життєві процеси в організмі, не дивно, що вона протягом життя піддається значним перевантаженням. Емоції тривоги і страху, почуття беззахисності і пасивне очікування болю нерідко пов'язують з гіперадреналінемією, тоді як афект гніву і люті, станів, що вимагають підвищеної фізичної або розумової напруги, – з гіпернорадреналінемією. Не випадково при емоційних перевантаженнях у здорових людей, екскреція катехоламінів із сечею зростає в 7–10 разів порівняно з нормою. Не виключено, що гіперкатехоламінемія відбиває не стільки якість, скільки інтенсивність афективного порушення; різні фактори, що обумовлюють позитивні емоції, викликають збільшення екскреції із сечею адреналіну і норадреналіну майже в тому ж ступені, що і вплив, який породжують негативні емоції. Широка мережа біоелектричних переключень у симпатичних гангліях із щільно розташованими нервовими елементами робить можливою неспецифічну стимуляцію всієї симпатоадреналової системи під впливом емоційно зарядженого імпульсу з будь-якої ділянки симпатичної іннервації. Гіперкатехоламінемія сприяє також перетворенню глікогену в глюкозу, виділенню вільних жирних кислот і активації

функціонального стану кори наднирників. Встановлена, наприклад, пряма кореляція між виразністю тривоги і вмістом неестерифікованих жирних кислот у плазмі крові, між концентрацією катехоламінів у крові і екскреції 17-кетостероїдів при тривожно-депресивних станах (Кушке В. П. та ін.).

Поширеність у всьому тілі переживання емоційного розладу дозволяє розглядати його як загальну реакцію організму, що втягує в страждання усю вегетативно-ендокринну систему (у тому числі, мабуть, і клітини APUD-системи) і зрушує найглибші основи життєвих процесів. Посилене функціонування не тільки симпато-адреналової, але і всієї нейроендокринної системи супроводжується все більшою дезінтеграцією фізіологічних механізмів, що лежать в основі координованої пристосувальної діяльності цілісного організму. Крайні ступені дезінтеграції нейрофізіологічних процесів ставлять організм під загрозу гострого психосоматичного ураження якогось органа і навіть раптової смерті. Особливий інтерес представляє при цьому так звана вуду-смерть (раптова смерть, що настає під впливом емоційного стресу через кілька годин або днів після порушення табу у первісних народів Австралії й Африки) з її попереднім крайнім афективним порушенням, що змінюється розпачем, почуттям безнадійності і впевненістю в неминучій загибелі.

Смерть від страху (наприклад, при епідеміях чуми або холери, коли боязкі люди помирають швидше, ніж сміливі) відома з найдавніших часів. Безпосередньою причиною раптової смерті можуть стати психічне потрясіння під час суду і при винесенні смертного вироку, випадково почуте висловлення лікаря з приводу злякисного характеру захворювання або мнимий інфаркт міокарда (самодіагностований або помилково встановлений у лікувальній установі), страх зараження крові при поверхневому порізі пальця, забрудненого чорнилом, або очікування оперативного втручання на операційному столі, марновірство і фанатичні релігійні забобони. Іпохондрична депресія з ідеєю важкої і невиліковної хвороби призводять часом до несподіваного летального результату при повній відсутності якоїсь патології внутрішніх органів за

даними патологоанатомічного дослідження. Саме злякисні емоції стають фактичною причиною раптової смерті при інтактних вінцевих артеріях або компенсованій ваді серця – патологічному стані, що сам по собі не загрожує життю цих хворих. Питання про істинне число осіб, що гинуть радше від моральних причин, ніж від фізичних недуг, залишається, однак, відкритим.

Особлива, виняткова роль психовегетативних розладів (невичерпного джерела соматичних скарг хворих) у розвитку тривожно-іпохондричних станів настільки велика, що спроби більш-менш чіткого розмежування іпохондричної і вегетативної депресії невротичного кола мають досить відносний, умовний характер. Найбільш переконливим і яскравим свідченням своєрідності і складності психосоматичних кореляцій стає клінічна картина депресивно-іпохондричних станів, коли соматичне і психічне настільки нероздільні, що кожне побоювання з приводу свого самопочуття відразу трансформується, за Н. Зосьше (1878), у доконаний факт і кожна тривожно-тужлива думка – у неприємне відчуття, що піддається відповідній інтерпретації і породжує усе більше нових соматичних порушень. Саме знехтувана лікарями іпохондрія стає фокусом психосоматики, і у зв'язку з цим – психосоматичної медицини.

Питання розвитку і перебігу будь-якого патологічного процесу почали розглядати з позицій цілісного організму, і насамперед – усвідомленої або підсвідомої установки на хворобу або практичне здоров'я. Прогресивні гасла про єдність душі і тіла звелися до суто суб'єктивних відчужень і досить довільних психоаналітичних тверджень.

Відповідно до всепоглинаючої концепції пансексуалізму, булімія і деякі диспепсичні симптоми свідчать про потребу в любові і турботі або бажання вагітності; запори і спастичне скорочення кишечника – про тенденції до бридливості і педантизму або накопичення грошей і підвищення соціального престижу; поєднання запорів, розбитості і болю в поперековій ділянці – про виражений анальний еротизм, іпохондрична фіксація на носі – про перенос статевого конфлікту на цей непарний орган, що посідає централь-

не становище і тому набуває фалічного значення; психогенні респіраторні розлади – про регресивну виявлену тугу за материнською любов'ю і прагнення до повернення в материнське лоно, у внутрішньоутробний стан, коли ще не функціонує власна дихальна система. Хронічні іпохондричні страхи і побоювання розглядаються як результат витиснення сексуальних фантазій або переживань і важкого внутрішнього конфлікту (наприклад, у зв'язку зі статевим потягом до певної жінки і відмовою від його задоволення шляхом мастурбації). Ознаки інверсії, нарцистичної регресії або неусвідомленого гомосексуалізму виявляються психоаналітиками навіть в осіб зі скаргами на різь в очах від холодного вітру або паління і хворих з дійсно важким патологічним процесом, що нехтують обстеження і лікування у кваліфікованих фахівців.

Визнання впливу емоцій на виникнення і перебіг різних захворювань, у тому числі одержання певного пристосувального ефекту – необхідне в даний момент в інтересах цілісного організму. Будь-яка якісно окреслена емоція розглядається як цілісна функціональна система з усіма властивими їй закономірностями (спеціальна фізіологічна категорія динамічних інтегративних процесів, що поєднує кору головного мозку і підкіркові утвори). Положення про функціональну систему розшифровує і нормальні функції організму, і різні форми їхніх порушень, і компенсаторні процеси при відновленні порушеної функції, і такі поняття, як декомпенсація станів і видужання. Включення емоційних станів у зміст функціональної системи чітко корелює з біологічною роллю емоцій, філогенетично спрямованих насамперед на задоволення потреби у збереженні себе (цілісності свого “Я” із усіма його тілесними і психічними властивостями). Загальним біологічним знаменником, до якого емоція зводить всю інформацію, що надходить у мозок, стає, за П.К.Анохіним, “найбільш древнім і універсальним критерієм усього живого на землі – прагненням вижити”. Саме емоції (перша ланка в загальному ланцюзі пристосувальних процесів) виступають як такі форми реакцій, що, змінюючи одна одну, охоплюють весь організм і дозволяють йому з рятівною швидкістю відповідати на будь-які впливи навколишнього

середовища ще до встановлення їх конкретних параметрів. Саме емоції визначають єдиний план в архітектурі живого організму, санкціонуючи або відкидаючи його різноманітні функції на підставі того самого принципу – наявності або відсутності емоції задоволення (єдиного нерідко критерію повноцінності і закінченості фізіологічного або поведінкового акту). Саме емоції (один із найбільш демонстративних прикладів соматовегетативної інтеграції – детально узгодженого плину центральних і периферичних процесів) детермінують усю життєдіяльність організму.

Функції емоцій зводяться до модифікації (переважно підвищення) енергетичних ресурсів організму, формування тенденції до підтримки (збільшення) або, навпаки, усунення (зменшення) контакту з фактором, що певним чином впливає на індивіда (цим визначається і знак емоції), і організації специфічних форм поведінки, що відповідають якісним особливостям впливаючого фактора. У людини емоції служать для оцінки не тільки біологічних і соціальних потреб, але й ступеня їх задоволення; навіть суто біологічні переживання стають при цьому соціально забарвленими.

Отже, емоції (абсолютний сигнал корисності або шкідливості будь-якого впливу, що викликає майже миттєву інтеграцію усіх функцій організму) набувають виняткового значення щодо всіх інших механізмів адаптації. Не випадково первинні відчуття примітивних тварин перетворюються і потім закріплюються в процесі еволюції в багатогранні емоційні стани. Цьому відповідає і поступове ускладнення нервової системи, функції якої в найпростіших живих організмів виконують практично найбільш древні медіатори – адреналін, ацетилхолін, гістамін та ін. Як показують ембріологічні дослідження, класичні медіатори (ацетилхолін і моноаміни) починають функціонувати як локальні гормони задовго до появи спеціалізованих нервових структур (у так званому донервовому періоді індивідуального розвитку) і лише пізніше, в онтогенезі, віддають цю функцію власне гормонам.

Необхідність вивчення конкретних механізмів психосоматичних кореляцій (шляхів трансформації негативних емоцій у ще фізіологічні, в межах норми, зворотні зміни або вже патологічні ро-

злади) і встановлення дійсної питомої ваги психічного і соматичного у стані хворого (дійсного співвідношення органічних порушень якихось органів і систем, з одного боку, і внутрішньої картини хвороби – з іншого) все гостріше усвідомлюється зараз у всіх галузях практичної медицини.

Функціональні соматичні порушення не можна розглядати як щось лише випадково супутнє тривозі і депресії – це ті ж емоційні стани, реалізовані корою головного мозку при сприянні підкіркових утворень; незмінною опосередковуючою ланкою між складними функціями кори головного мозку і різноманітними процесами, що протікають у внутрішніх органах людини, виявляється гіпоталамічний апарат.

Кожне емоційне порушення обов'язково містить неспецифічний (вісцеровегетагивна реакція) і специфічний (відповідна інтерпретація індивідом вегетативних зрушень і сформованої ситуації в цілому) компонент. Чим сильніший або триваліший вплив негативних емоцій, тим значніші і стійкіші вісцеровегетативні порушення, тим більше підстав для хронізації психосоматичних розладів і відповідно – іпохондричного розвитку особистості. Гальмування вісцеровегетативних реакцій (насамперед за допомогою психофармакотерапії і психотерапії) зменшує інтенсивність негативних емоцій, що у свою чергу змінює і всю поведінку людини.

Встановлення спеціальної ролі емоцій у розвитку вісцеровегетативної дисфункції не дозволяє говорити про відсутність депресивного афекту при іпохондричних розладах будь-якого генезу (навіть якщо у цих хворих немає усвідомленого почуття пригніченості, туги і тривоги). Формування вісцеровегетативної симптоматики (у тому числі і больової) зовсім не обов'язково свідчить про наявність якихось органічних змін внутрішніх органів або центральної нервової системи.

Відповідно до положення про вимушену діяльність робочого компонента функціональної системи будь-який орган може включатися в неї незалежно від периферичної аферентації. Численні і різноманітні робочі ефекти виражають дану емоцію в порядку вимушеного функціонування (за механізмом центральної інтегра-

ції, що склалася при емоційному розряді у зв'язку з необхідністю постійного пристосування організму до умов безупинно змінного середовища). Будь-яка якісно окреслена емоція (наприклад, страх, коли домінуючою мотивацією стає збереження себе) виступає, за П. К. Анохіним, як “настільки глибоко і стандартно організований комплекс процесів діенцефального рівня”, що розгортання його на периферії від коригуючих впливів і стану внутрішніх органів жодною мірою не залежить. Функціональні розлади внутрішніх органів являють собою клінічне відображення загальної психовегетативної нестійкості індивіда (його конституціональної, соматогенної або ситуаційно обумовленої емоційної нестабільності з феноменом вегетосудинної дистонії).

Включення емоції в поняття функціональної системи розкриває те, що приховується за об'єктивною безпричинністю численних скарг функціональних хворих – суб'єктивну обґрунтованість. Ці скарги, розглянуті за відсутності переконливого матеріального субстрату страждання як чисто психічні (уявні), отримують наукове фізіологічне обґрунтування у світлі біологічної теорії емоцій. “Ці скарги за своєю фізіологічною сутністю є не чим іншим, як словесним звітом хворого про його емоційний стан і його суб'єктивне судження про локалізацію вихідного стимулу для цього емоційного стану, свідчення надзвичайної ролі афективних розладів у житті людини і необхідності всебічного врахування їх у повсякденній лікарській практиці” (П.К. Анохін). Суб'єктивні скарги хворих у зв'язку з цим варто розцінювати як об'єктивну симптоматику, що підлягає спеціальному аналізу, хоча фізіологічні явища, що стоять за ними, і біохімічні процеси поки що не вдається ні виміряти, ні детально описати.

Чітке матеріалістичне обґрунтування з позицій теорії функціональних систем покладено в основу іпохондричних страхів і побуювань почуття хвороби (темне валове почуття, за І. М. Сеченовим). Емоція вісцерального походження виникає як наслідок зустрічі вихідного інтегрованого порушення, що обумовлює визначений периферичний ефект, потік аферентної імпульсації від органів дії (своєрідного аферентного чинника, що відображає част-

ку участі кожного органа в адаптаційному процесі). Первинна позитивна емоція можлива лише при повному збігу точно приєднаних один до одного імпульсів, зв'язаних з реальним робочим ефектом, і заданих результатів дії, очікуваних на підставі попереднього досвіду. Найменше роз'єднання цієї поворотної імпульсації з даними так званого акцептора дії (динамічного апарата, що передбачає аферентні параметри, оптимальні для сформованої ситуації) негайно викликає почуття незадоволеності і занепокоєння, якогось соматичного неблагополуччя в організмі.

Теорія функціональних систем підводить фізіологічне обґрунтування і під надзвичайне розмаїття умовно-патогенних факторів, що зазвичай пов'язують з початком захворювання. Обов'язкова програма аферентних процесів, що формує якийсь фізіологічний акт у нормі і при патології, складається, за Анохіним, з 4 компонентів, що піддаються одночасній обробці з одночасною взаємодією й утворенням акцептора дії на рівні окремих нейронів: домінуючої в даний момент мотивації, причинної аферентації (також відповідно до даного моменту), пускової аферентації і, нарешті, пам'яті, що зберігає весь життєвий досвід індивіда. Усяка зміна порядку і послідовності або навіть проста затримка одного з цих інтегративних процесів призводить до дезорганізації даної функціональної системи і переходу емоції задоволення в емоцію негативного знака. У ролі пускового фактора, що викликає перетворення позитивної емоції в негативну, виступає і внутрішній конфлікт, і незвичайні стимули від внутрішніх органів або кровоносних судин, і всякі приводи, так чи інакше пов'язані з колишнім життєвим досвідом особистості, – коротше кажучи, будь-який екстеро- або інтерорецептивний подразник будь-якої біологічної модальності (зоровий, слуховий, больовий і т. д.).

Відсутність належної позитивної емоції відразу переносить фокус активності мозку в бік діяльного підбору інших комбінацій аферентних порушень, здатних дати повноцінний пристосувальний ефект і, відповідно, первинну позитивну емоцію. Виникнувши в ході еволюції як результат удосконалення аферентації, первинна позитивна емоція немає центрального характеру і за прин-

ципом умовного рефлексу не виробляється. Розгортаючись автоматично в залежності від повноцінності адаптаційного акту, вона виступає, за П. К. Анохіним, у якості своєрідного пеленга, що припиняє пошуки при досягненні пристосувального результату або, навпаки, знову і знову організовує їх на різній аферентній основі. Саме первинне емоційне відчуття (первинна форма суб'єктивного, що посідає проміжне становище між фізіологічними і психологічними категоріями) стає універсальним індикатором достатності і доцільності зробленого пристосувального акту.

Необхідно підкреслити при цьому діалектичний характер негативної емоції: сприяючи розвиткові психовегетативної дисфункції і безперечно дезорганізуюче впливаючи на поведінку, вона формує діяльність, спрямовану на зменшення або усунення шкідливих для індивіда наслідків. Особливого значення для виникнення психосоматичних розладів набувають парадокси негативних емоцій. Так, при виразній тенденції до самопідтримки (особливо ригідної, дуже розповсюдженої, наприклад, у пубертатному періоді або на підставі церебрального атеросклерозу) відмова від негативної емоції стає неприємною, а поринання в сум – утішним, і навіть страх містить можливість своєрідної насолоди. Інший парадокс властивий особам з рисами інфантилізму в характері: на відміну від добре інтегрованої людини (здатної до адекватної оцінки будь-яких обставин і підпорядкування усіх випадкових або ситуаційних інтересів домінуючій потребі) емоційні реакції в цих людей відповідають нерідко лише одній, непропорційно вираженій потребі даного моменту, що часом гостро суперечить основним інтересам особистості (бурхливі афективні спалахи можуть протікати в таких випадках на рівні самодеструктивної поведінки). Збільшення емоційного конфлікту (наступний парадокс) пов'язане з виникненням амбівалентних почуттів (якщо жодна з ряду негативних емоцій не одержує домінуючого значення).

У світлі загальнобіологічної теорії емоцій знаходять своє пояснення і надзвичайна розмаїтість сполучених з афективними переважаннями вісцеровегетативних розладів, і їх змінний хара-

ктер. Функціональні системи складаються, за Анохіним, з динамічно мобілізованих систем у масштабі цілісного організму; навіть анатомічно віддалені структури і фізіологічні процеси можуть від'єднуватися в пошуках запрограмованого результату. Можливість включення у функціональну систему частини цілісних в анатомічному відношенні систем обумовлює невичерпні модифікації і разючу пластичність клінічної картини психосоматичного страждання. Екстрена мобілізація структурних утворень в умовах цілісного організму забезпечує моментальну побудову будь-яких малих комбінацій робочих ефектів (раптової, іноді під час бесіди з лікарем, зміни архітекτονіки системи в пошуках очікуваного пристосувального результату). Психосоматичні розлади набувають безлічі подоб, змушуючи приписувати страждання то серцю, то шлункові, то спинному мозкові, то сечовому міхурові.

Величезна роль кортикальних зв'язків у роздробленні багатомірного ефекторного комплексу емоції і переадресуванню всієї її сили на ті чи інші вісцеральні процеси означає можливість локальних психосоматичних розладів; як пускові механізми виступають при цьому не стільки периферичні, скільки коркові (найчастіше ятрогенні) імпульси, що споконвічно визначають об'єкт іпохондричної фіксації індивіда. Вирішальним фактором, що обумовлює виборче залучення якогось органа або фізіологічної системи в патологічний процес за принципом вимушеного функціонування (незалежно від периферичної аферентації), служить біологічна архітектоніка самої емоції як цілісної функціональної системи. Будь-який з вісцеральних компонентів емоцій і будь-яка комбінація цих компонентів (навіть в анатомічно віддалених областях) можуть стати ледве чи не єдиним клінічно очевидним проявом афекту.

Посилена в процесі еволюції роль кортикальних зв'язків дозволяє нам лише розчленовувати ефекторний комплекс емоції. Людина, що працює швидко і вміло, хоча пальці в неї тремтять, здатна з холодною усмішкою наче збоку спостерігати наростаючі симптоми вісцеральної паніки. Переборення усвідомленого почуття тривоги або суму не послаблює вегетативних впливів емо-

цій на соматичні процеси. Йдеться про перенесення вираження емоції з одних ефекторних апаратів на інші, про явне домінування вегетативних і соматичних компонентів емоції над власне її психічними проявами.

“Тривале втручання в цілісний емоційний комплекс і переадресування всієї сили емоційного вираження на внутрішні, зовні не констатовані процеси створює стійке патологічне підвищення тону ряду внутрішніх органів”, – пише П. К. Анохін, трактуючи саме в цьому плані все розмаїття психосоматичних страждань (так звані неврози серця, есенціальну гіпертензію, виразкову хворобу дванадцятипалої кишки, спастичні стани кишкового тракту і т. д.).

Отже, емоційні стани, яким приписують хаотичність і дисгармонію, у дійсності підпорядковуються твердим причинно-наслідковим зв'язкам і протікають у рамках строгих нейродинамічних співвідношень. Усе нове, оригінальне, творче, що не піддається передбаченню, є результатом свідомих намірів і самостійкої програми дій, роботи мислення, що спирається на закони логіки. Усе, що обумовлене емоціями, відрізняється стереотипністю, стійкістю і, незважаючи на розмаїття форм, – подібністю.

Фізіологічно закономірним результатом послідовного культивування так званих затриманих емоцій (пригнічення або витіснення одних компонентів емоцій і надмірної активації інших) стає за певних умов різна вісцеральна патологія – плата сучасної цивілізованої людини за уміння панувати собою.

4.3.2. Психологічні особливості соматичних захворювань особистості

Вплив соматичного стану на психіку людини може бути як патогенним, так і саногенним (оздоровлюючим) (П.І. Сидоров, О.В. Парняков).

При одужанні від важкого соматичного захворювання щоденно водночас відбувається також і санація (покращення) психічного стану пацієнта: покращується настрій, з'являються бадьорість та оптимізм.

Вплив хвороби на психіку людини

Соматопсихічний напрямок, в центрі уваги якого було питання про вплив соматичної хвороби на особистість, закладено у працях психіатрів С. С. Корсакова, П. Б. Ганнушкіна, В. А. Гіляровського, В. М. Бехтерева.

Принцип психосоматичної та соматопсихічної єдності є основним як для нормального функціонування організму, так і для всіх форм патології. Відмовляючись від традиційної для вітчизняної медицини дихотомії “психіки та соматики” і переходячи до “холізму” (цілісності) особистості, можна виявити їхні взаємовпливи при захворюваннях. Адже ще Платон стверджував, що всякий розлад психіки чи соми є “наслідком диспропорції та порушення рівноваги між ними”.

У практичній діяльності лікаря найбільше значення має *патогенний вплив* соматичного стану на психіку, тобто порушення психічної діяльності соматично хворої особистості.

У літературі виокремлюють два основні види патогенного впливу соматичної хвороби на психіку людини: соматогенний і психогенний. Зазвичай кожен з них не може виявлятися самостійно, а лише у певній єдності розладів психіки, але залежно від особливостей кожного захворювання ці компоненти виступають у різних співвідношеннях.

Соматогенний вплив хвороби на психіку зумовлений безпосереднім впливом на центральну нервову систему біохімічних чи фізіологічних чинників, пов’язаних з конкретною соматичною патологією, а також впливом больових відчуттів. Соматогенний вплив найбільш яскраво виявляється при злоякісних пухлинах у зв’язку з інтенсивним больовим синдромом, при захворюваннях нирок – через інтоксикацію, при серцево-судинних і легневих захворюваннях – внаслідок кисневого голодування. Комплекс порушень у нервово-психічній сфері людини при больовому синдромі, кисневому голодуванні та при інтоксикації називають *соматогенією*, яка може виявлятися у різноманітних психічних розладах, починаючи від неврозоподібних розладів і до психотичних станів з маячнею та галюцинаціями. Та зазвичай інтоксикаційний

вплив на центральну нервову систему при соматичних захворюваннях незначний. Значно істотніше на психіку особистості впливає власне факт захворювання та його ймовірні наслідки, тобто ми можемо говорити про психогенний валив хвороби на психіку, який виявляється у погіршенні самопочуття, появі неприємних обтяжливих та обмежуючих хворобливих відчуттів, астенії.

Психічні порушення при соматичних захворюваннях

Залежно від особливостей виникнення, перебігу та прогнозу соматичних розладів формуються і психічні порушення, може змінюватися поведінка пацієнта та його ставлення до хвороби і свого оточення. Надмірна дратівливість, плаксивість, агресивність, зниження порогу чутливості, зміни сну і апетиту, підвищена тривожність, демонстративність – далеко не повний перелік психічних змін, які виявляються у хворих із соматичною патологією.

На вираженість, тривалість та зміни психічної діяльності впливає виникнення та перебіг соматичного захворювання.

Соматичні захворювання часто спричиняють розвиток різних психічних розладів, які часто називають “соматично обумовленими психозами” (К. Шнайдер). Найчастіше при соматичних захворюваннях зміни психічної діяльності виражаються невротичними симптомами.

Клінічна картина соматогенних розладів залежить від характеру основного захворювання, ступеня його важкості, етапу перебігу, рівня ефективності терапевтичного впливу, а також від індивідуальних властивостей хворого: спадковості, конституції, преморбідного складу особистості, віку, статі, реактивності організму, наявності попередніх шкідливих чинників (С. Г. Жислін). При вираженій інтоксикації і блискавичному перебігу захворювання можливий розвиток соматогенних психозів, що супроводжується станами зміненої свідомості. Такі соматичні хвороби, як цукровий діабет, атеросклероз чи гіпертонічна хвороба, можуть призводити до виникнення психоорганічних розладів.

Тривале соматичне захворювання, що обмежує соціальну активність та трудову діяльність пацієнта, часто призводить до патологічного розвитку особистості.

Непсихотичні розлади психіки у соматичних хворих

Б. В. Михайлов виокремлює три основні групи непсихотичних розладів психіки у хворих із соматичною патологією.

Соматогенний астеничний симптомокомплекс, що сформувався в результаті нейротоксичного та психотравмуючого впливу соматичних захворювань, утворюється в результаті зміни біосоціального статусу особистості, що виникла незалежно від її суб'єктивно-вольової сфери під впливом хвороби. Розлади виявляються у наростанні невротичних скорг по мірі тривалості хвороби. Загальна астения, зниження концентрації, погіршення пам'яті, дратівливість, перепади настрою (з тенденцією до тужливого), розлади сну, головні болі.

Гострі невротичні розлади, які виникли у соматичних хворих внаслідок перенесених психотравм, відзначаються у пацієнтів з преморбідними акцентуаціями характеру і виявляються невротичними розладами, що відповідають клініці неврастенії, дисоціативних і обсесивно-компульсивних розладів і за своєю інтенсивністю переважають симптоматику соматичного захворювання, яке інтерпретується актуальною психотравмою.

Непсихотичні розлади із затяжним перебігом, на фоні якого розвинувся соматичний розлад, виявляються невротичною симптоматикою, яка, втративши зв'язок із психотравмою, супроводжується усвідомленням хворобливості свого стану, наростанням вегетативних та соматовісцеральних компонентів та подальшим формуванням психопатизації особистості хворого, проявами ригідності та дезадаптації.

4.3.3. Внутрішня картина хвороби

Внутрішня картина здоров'я – складова самосвідомості, певне уявлення особистості про її власний фізичний, психологічний та соціальний стан, яке супроводжується своєрідними емоційними проявами.

Хвороба як патологічний процес двояко бере участь у побудові внутрішньої картини хвороби, з одного боку – у вигляді тілесних відображень (загальних і місцевих), що дають змогу отримати

його на сенсорному рівні, а з іншого – хвороба певним чином обмежує попередню свободу особистості, що накладає відбиток на власну оцінку хвороби і формує ставлення до свого захворювання.

Проблему цілісного розглядання особистості і хвороби досліджували М. Я. Мудров, С. П. Боткін, Г. А. Захар'їн, М. І. Пирогов та інші. Пізніше цей клініко-особистісний підхід розвивався на підставі положень нервізму – І. М. Сеченов, І. П. Павлов – і кортиковісцеральної теорії – К. М. Биков, І. Т. Курцин. На підставі цих досліджень з'ясувалося, що у механізмах взаємного впливу та взаємовідношення психіки і соми значну роль відіграють так звані *механізми замкненого кола*. Йдеться про те, що будь-які розлади, що сформувалися у психічній сфері, призводять до порушень у соматичних функціях (і навпаки), а ті, у свою чергу, провокують виникнення нових або ускладнення попередніх психічних розладів. Саме таке замкнене коло й створює цілісну картину хвороби. Завдяки цьому й сформувалося наукове розуміння психосоматичних зв'язків, а також, на підставі досліджень С. С. Корсакова, П. Б. Ганнушкіна, В. А. Гіляровського, В. М. Бехтерева, виник соматопсихічний напрямок медицини, в центрі уваги якого стоїть питання про вплив соматичної хвороби на особистість.

Суб'єктивно-психологічну складову хвороби, тобто картину, яку створює собі в уяві хвора особистість на підставі інтерпретації власних уявлень, відчуттів, переживань, пов'язаних із хворобою, – називають автопластичною картиною хвороби (А. Гольдшейдер)

Концепцію внутрішньої картини хвороби (ВКХ) запропонував Л. Р. Лурія, на думку якого, суб'єктивні скарги хворого не відповідають *внутрішній картині хвороби*. А сутність суб'єктивного ставлення до хвороби полягає в інтелектуальній інтерпретації діагнозу хвороби, когнітивній оцінці її важкості та прогнозу, що в результаті призводить до формування емоційного та поведінкового патерна. Структура внутрішньої картини хвороби у відношенні як сенситивної, так і інтелектуальної частини автопластичної картини хвороби істотно залежать від особистості хворого, його загального культурного рівня,

соціального середовища і виховання, і у зв'язку з цим може виявлятися на різних рівнях: на рівні відчуттів – болем, на емоційному рівні – різноманітними видами емоційного реагування, на раціонально-інформаційному рівні – розмірковуваннями та уявленнями про причини та наслідки хвороби, на мотиваційному – змінами поведінки і звичного способу життя.

На підставі цього пацієнт створює модель захворювання, тобто власне уявлення про його етіопатогенез, клініку, лікування і прогноз, що визначає *масштаб переживання* і поведінки загалом. Оскільки створення моделі хвороби особистості ніколи не співпадає з об'єктивною її реальною картиною, у пацієнта виникає своєрідне переживання хвороби та її усвідомлення.

Масштаб переживання хвороби (її значущість) у сприйманні хворого може бути як адекватним, так і перебільшеним або применшеним, аж до повного заперечення хвороби як такої.

Залежно від характеру, темпераменту хворого, його особистісних особливостей, а також в результаті виникнення хвороби, людина виявляє різні типи нормальної реакції на неї. При адекватному типі реагування (нормозогнозії) власне оцінювання пацієнтом свого стану і перспектив загалом співпадає з оцінкою лікаря. При гіпернозогнозії хворі зазвичай переоцінюють значимість окремих симптомів і хвороби в цілому, або ж недооцінюють їх (гіпнозогнозія) аж до варіанта повного заперечення (анозогнозія). Окрім кількісних відмінностей, в оцінюванні хвороби спостерігаються і якісні – диснозогнозії, тобто спотворення сприймання симптомів хвороби, пов'язане переважно із страхом перед наслідками хвороби. Тому одним із важливих завдань медичного психолога є корекція як самої моделі внутрішньої картини хвороби, так і масштабу її переживання.

Існують також інші поділи типів реагування на захворювання, наприклад на: *астенічний*, що виявляється у песимістичному ставленні до хвороби, але передбачає пристосування до неї; *стенічний*, що полягає у неможливості виконання необхідних обмежень способу життя, незважаючи на активне прагнення до лікування; а також *раціональний*. Б. О. Якубов психічне реагування на хворобу поділяє

на: *співдружну реакцію*, при якій пацієнт, абсолютно довіряючи лікареві, усвідомлює свою хворобу, ретельно і чітко виконує всі його приписи та рекомендації; *спокійна реакція* відрізняється від співдружної лише обмеженим усвідомленням власної хвороби; *неусвідомлювана реакція* - виявляється психологічним захистом; а також значно складніші у плані корекції – *слідова реакція* з'являється вже після успішного одужання і полягає у іпохондричних реакціях, що призводять до депресивних симптомів і астенизації через переконаність пацієнта у хронізації його захворювання та очікуванні ускладнень і смерті; *негативна реакція*, сформована через недовіру до конкретного лікаря, методів лікування і медицини загалом, виявляється у нехтуванні приписами і вказівками лікаря, конфліктах з ним; *панічна реакція*, небезпечна через недовіру пацієнта до лікаря та намагання отримати медичну допомогу одразу від кількох фахівців, що може призводити до спроб поєднання несумісних лікарських препаратів або відмови від їх застосування; *руйнівна реакція*, при якій пацієнти не дотримуються вказівок та призначень лікаря, не визнають у них наявності хвороби, що може призвести до значних ускладнень або смерті пацієнта.

Окрім нормальної реакції на хворобу, можуть формуватися й патологічні форми, що зазвичай пов'язані із наявністю у пацієнта супутнього захворювання у вигляді психічного розладу – депресивна, фобійна, істерична, іпохондрична, ейфорійно-анізогностична та багато інших.

Ставлення до хвороби впливає з поняття усвідомлення хвороби і формує відповідне реагування на хворобу. Ставлення складається зі сприймання власної хвороби, її оцінки, переживань, пов'язаних з нею, і намірів та вчинків, що впливають з такого ставлення (Рохлін Л.Л., Скворцов К.А.).

Личко А.Є., Іванов М.Я. виокремили *типи ставлення до хвороби* на підставі акцентуації характеру особистості. *Гармонійний* тип полягає у раціональній оцінці хвороби, її небезпеки, можливих ускладнень та перспектив; *ергопатійний* – у намаганні сховатися від хвороби в роботі; *анізогностичний* – у наполегливому відкиданні думки про хворобу; *тривожний* – у безперервній (і часто

безпідставній) тривожності, яка може зростати під впливом віри у прикмети або дещо зменшується при виконанні певних ритуалів; *іпохондричний* – у перебільшеній увазі до суб'єктивних відчуттів і реакцій організму (з тенденцією до їх перебільшення); *неврастеничний* – у типовій невротичній поведінці, прояви якої пов'язані з самопочуттям пацієнта; *меланхолійний* – у зневірі в одужання, депресивних проявах (із суїцидальними тенденціями); *апатичний* – у збайдужінні до власної долі (однак з пасивним виконанням усіх лікарських приписів); *сенситивний* – у надмірній чутливості щодо впливів (зазвичай уявних) на ставлення до нього близьких та знайомих; *егоцентричний* – перебільшеній демонстрації своїх страждань та вимогах особливого ставлення до себе; *паранояльний* – у впевненості в зумисному завданні шкоди його здоров'ю; і *дисфоричний* – у заздрості та ненависті до усіх здорових людей.

Також при лікуванні пацієнта слід враховувати *амбівалентне ставлення* хворого до своєї хвороби, яке полягає у традиційно негативному її розумінні і поєднанні з позитивним, що зумовлене отриманням вторинної вигоди. Р. Конечний і М. Боухал виокремили т.зв. *нозофільно-утилітарну особистісну реакцію*, що виявляється у певному заспокоєнні та навіть отриманні приємних відчуттів від хвороби. Вищим проявом нозофільної реакції, що має потрібне мотивування: одержання співчуття, вихід із неприємної ситуації, одержання матеріальних вигод тощо, розглядають *агравачію* – мимовільне намагання посилити симптоматику захворювання і суб'єктивних скарг, *симуляцію* – зумисне зображення певної хвороби (нерідко за допомогою медикаментозних засобів) і *дисимуляцію* – приховування хвороби та її ознак.

У ставленні людини до своєї хвороби в динаміці можна виокремити такі етапи:

- домедичний – триває від моменту появи перших ознак хвороби до моменту першого звернення до лікаря;
- ломки життєвого стереотипу – фаза, коли хвороба змушує пацієнта відмовитися від попереднього способу життя та істотно обмежити свою професійну, соціальну і особистісну активність;

- адаптації до хвороби – фаза, коли хворий уже пристосувався до наявності у нього хвороби, що знижує почуття напруженості, невпевненості у майбутньому і безвиході;
- капітуляції – фаза, коли хворий погоджується з долею, розуміє обмеженість можливостей медицини для його одужання, не шукає нових методів лікування;
- формування компенсаторних механізмів пристосування до життя, установки на отримання якихось вигод від хвороби (рентні установки).

Для медичного психолога дуже важливо вміти оцінювати ставлення пацієнта до хвороби, особливості його типу реагування на хворобу та розуміти, на якому етапі реагування зараз перебуває хворий. Це дає змогу оптимізувати процес лікування за рахунок вироблення у пацієнта ставлення до хвороби, яке б сприяло його швидшому одужанню та применшувало б його страждання. Окрім того, потрібно пам'ятати про особливості ставлення до хвороби залежно від віку, статі та особливостей пацієнта.

Серед особливостей ставлення до хвороби, що корелюють зі статтю, загальновідомий факт, що жінки значно більше витривалі до болю. Жінки також легше за чоловіків переносять ситуацію втрати чи обмеження рухомості.

Залежність ставлення до хвороби істотно залежить і від віку пацієнта. Найважчими психологічними переживаннями на початкових етапах для підлітків і дітей є хвороби, які спотворюють їхній зовнішній вигляд (опіки обличчя, поліомієліт, сколіоз, ожиріння). У людей середнього віку на перший план виступають хвороби, які можуть призвести до інвалідизації або набути хронічного перебігу, а у людей похилого віку – ті, що можуть закінчитися летально або призвести до втрати можливості самостійного життя і догляду за собою (інсульт, паралічі).

Серед особистісних особливостей пацієнта особливо значний вплив на ставлення до хвороби справляє темперамент. Екстраверти менш чутливі до будь-якої стимуляції, ніж інтроверти, і більше схильні до фрустрації у випадку необхідності обмежити свою фізичну, а також соціальну і професійну діяльність.

4.3.4. Основні принципи психологічного аналізу змін психіки у соматичних хворих

Сучасна концепція хвороби вимагає врахування всієї сукупності змін, які стосуються біологічного рівня порушень (симптоми та синдроми), а також соціального рівня функціонування пацієнта зі зміною рольових позицій, цінностей, інтересів, кола спілкування; з переходом у принципово нову соціальну ситуацію зі своїми специфічними заборонами, приписами і обмеженнями.

Як уже згадувалося, вплив соматичного стану на психіку може бути як саногенним, так і патогенним. У науковій літературі країн, які входили до складу СРСР, для означення психогенних реакцій, які вникають у зв'язку з соматичним захворюванням, застосовують термін “нозогенії”, який передбачає врахування двоскладової природи реактивних станів, структура яких розгортається у психопатологічній площині, що має відповідні синдромальні властивості, і психологічній, яка відображає усвідомлення індивідумом свого “тілесного Я”, його “ставлення”, “усвідомлення”, “суб’єктивне сприймання” хвороби, суб’єктивний сенс захворювання, самооцінку стану здоров’я.

Структура нозогенії детермінується психологічними, соціальними, конституціональними і біологічними факторами. Для визначення психологічного рівня у вітчизняній психології використовують термін “внутрішня картина хвороби”.

В численних публікаціях описані особливості психічної сфери хворих тих чи інших соматичних захворюваннях. Існують спроби їх систематизації і класифікації. На сьогодні рекомендованою до застосування є класифікація, розроблена співробітниками НЦПЗ РАМН під керівництвом проф. А. Б. Смулевича.

4.3.5. Формування невротичних реакцій у соматичних хворих

Принцип психосоматичної та соматопсихічної єдності є основним як для нормального функціонування організму, так і для всіх форм клінічної патології. Та при деяких захворюваннях пси-

хосоматична генеза та соматопсихічний компонент якщо не в походженні, то у виникненні та перебігу захворювання виявляється особливо демонстративним. Усвідомлення цілісності та єдності соматичного і психічного впливає на визначення етіологічних і патогенетичних факторів у розвитку як соматопсихічних, так і психосоматичних захворювань, на вивчення механізмів розвитку психосоматичних захворювань, розробку нових діагностичних методик та методів психопрофілактики і реабілітації.

Підхід до хвороби з позицій єдності соматичного та психічного компонентів, дозволить створити програми попередження виникнення даних розладів шляхом проведення психологічної роботи з групами ризику і пом'якшення впливу преморбідних особливостей особистості.

Актуальність диктується як логікою наукових досліджень в галузі клінічної психіатрії, так і потребами практичної медицини та практичної психології. В цілому ряді досліджень продемонстровано, що нозогенії є одним із провідних факторів, які визначають поведінку хворих, в тому числі ступінь дотримання лікарських рекомендацій.

У ряді випадків, реакції, що асоціюються із проявом тривоги, депресії, іпохондрії, можуть стати передумовою для надто частих – неадекватних об'єктивній важкості соматичного страждання – звернень за консультаціями в медичні заклади, та для надмірної жорсткості обмежувального режиму, передозування медикаментозних засобів, збільшення тривалості госпіталізації.

Поява у медицині принципово нових методів лікування призвела до значного скорочення смертності, збільшення числа станів, при яких досягнення потрібного рівня контролю над симптомами хвороби дозволяє не тільки продовжити тривалість життя пацієнта, але й значною мірою, повернути йому працездатність. Водночас, даний підхід до здійснення лікувального процесу неможливий без досягнення між пацієнтом та лікарем терапевтичного альянсу, який включає розробку індивідуального плану довготривалого лікування, що ґрунтується на ознайомленні пацієнта із сучасними уявленнями про терапію захворювання, навчання його

навичкам розпізнавання ознак загострення соматичного страждання, методам самостійного моніторингу важкості перебігу захворювання. Однак намагання реалізації таких програм наштовхнулися на суттєві труднощі, пов'язані із неможливістю добитися від пацієнтів необхідного рівня комплаєнсу (англ. *compliance* – згода).

Нозогенні реакції можуть проявлятися патологічними запереченнями хвороби, асоціюватися з гіршим виконанням медичних рекомендацій, несвоєчасним зверненням за медичною допомогою, небажанням пацієнтів виключити контакти із факторами, що провокують напад та загострення захворювання, відмовою від довгострокової підтримуючої терапії, ухилянням від лікарських оглядів у межах динамічного спостереження, пізнім зверненням за медичною допомогою.

4.3.6. Нозогенії (психогенні реакції) при соматичних захворюваннях

Нозогенії (нозогенні реакції) – психопатологічно завершені психогенні розлади, що маніфестують у зв'язку з соматичним захворюванням (А. Б. Смулевич). Описують сутяжні (Clayer J.), депресивні (Rabinowitz B., Denyse L.) стани, а також реакції, які перебігають з патологічним (дезадаптивним) запереченням хвороби і вираженою аутоагресивною поведінкою (Druss R.).

Перші серйозні дослідження нозогенних реакцій з'являються на початку ХХ ст. завдяки численним дослідженням радянських вчених. Проблему цілісного розглядання особистості і хвороби досліджували М. Я. Мудров, С. П. Боткін, Г. А. Захар'їн, М. І. Пирогов та інші. Пізніше цей клініко-особистісний підхід розвивався на підставі положень нервізму – І. М. Сеченов, І. П. Павлов, і кортико-вісцеральної теорії – К. М. Биков, І. Т. Курцвн. Саме вони вперше звернули увагу, що в рамках межових (пограничних) станів, які традиційно відносилися до соматогенних, можуть виявлятися і психопатологічні симптомокомплекси, що зіставляються з нозогеніями. Особливо інтенсивно дослідження проводилися з середини ХХ ст., коли внаслідок розвитку фармакології, що

запропонувала нові ефективні медикаментозні засоби, удосконалення техніки органозамісних та органозберігаючих оперативних втручань, трансплантології, сучасної високоточної діагностики значно підвищився рівень медичного обслуговування і знизилась смертність, та водночас особливо виразно почали виявлятися ускладнення у формі нозогеній. З'явилася нагальна потреба лікування таких пацієнтів, що вимагало досягнення певного рівня розуміння та "партнерства" між пацієнтом та лікарем (т. зв. терапевтичний альянс).

Загалом нині усі клініцисти погоджуються з тим, що частота нозогеній значно перевищує частоту усіх інших психічних розладів, які зустрічаються у загальномедичній практиці.

Факторами ризику виникнення нозогеній є: гострі і загрозливі для життя стани (наприклад, інфаркт міокарда), гострі порушення кровообігу мозку та злоякісні пухлини, хвороби, що потребують хірургічного втручання (перитоніт, міома матки, катаракта, нирковокам'яна хвороба тощо), хвороби, які негативно впливають на якість життя пацієнта (загрозливі щодо втрати працездатності і такі, що можуть призвести до інвалідизації): цукровий діабет, артеріальна гіпертензія та ін. З-поміж конституціональних аномалій на перший план виступають: соматопатія, що виявляється іпохондричною акцентуацією з боязким самостереженням, психологічною установкою на уникання небезпеки і схильністю до виявлення вазовегетативних розладів; а також соматотонія, що характеризується стенічною акцентуацією, психологічною установкою на ризикову поведінку, яка поєднується із впевненістю у власній витривалості, стійкості до зовнішніх впливів), котрі асоціюють з гіпер- та гіпнозогностичними нозогенними реакціями.

На психологічному рівні виокремлюють два основні клінічно гетерогенні типи нозогеній – гіпер- і гіпнозогностії, які диференціюють залежно від способу формування образу хвороби, провідної модальності реагування, а також суб'єктивної локалізації контролю.

Гіпернозогностія визначається високою значущістю соматичного страждання, егосинтонним ставленням (спорідненість "Я"), що

відповідає сприйняттю пацієнтом свого захворювання як дифузного, неструктурованого, невіддільного від власної особистості феномену, а саме соматичне страждання сприймається як сукупність загрозливих для життя симптомів захворювання, у реагуванні на котре переважає емоційна модальність (страх, тривожність, пригнічення). Гіпернозогностичні реакції (з високим рівнем соматичного страждання) поділяються на тривожно-фобічні, соматизовані, депресивні, іпохондричні (за типом ригідної іпохондрії або іпохондрії здоров'я), сенситивні, сутяжні, параноїчні (з надцінними ідеями реформування і раціоналізації терапії).

Для гіпонозогностії притаманна сукупність протилежних ознак – тенденція до недооцінювання серйозності соматичного страждання, яке сприймається як сукупність інформації про наявне соматичне неблагополуччя, а також егодистонне ставлення до проявів захворювання, впевненість у можливості самостійного опанування нею, підтверджене когнітивно-біхевіоральним реагуванням. До складу гіпонозогностичних реакцій включають істеричні (синдром “прекраснодушної байдужості”), маніакальні (ейфорична псевдодеменція), психопатичні (патологічне заперечення хвороби).

Лікування нозогеній проводять із застосуванням психотерапії, яка повинна допомогти хворому віднайти особистісний сенс у лікувальному процесі, та медимекаментозно (транквілізатори, антидепресанти, нейролептики). Однак гіпонозогностичні реакції практично резистентні до психофармакотерапії. У разі своєчасної діагностики та адекватної терапії нозогенії сприяють усім лікувальним заходам, полегшують профілактику як медичну, так і соціально-психологічну.

4.4. Психосоматичний підхід у медичній психології

4.4.1. Поняття психосоматичного розладу

Незважаючи на те, що феномен психосоматичного розладу, як вегетативна реакція на негативні емоції, був відомий давно, перше визначення психосоматичних розладів зробив S.L. Halliday у

1943 році: “Психосоматичним захворюванням слід вважати таке, природу якого можна зрозуміти лише зі встановленням безумовного впливу емоційного фактора на фізичний стан”. За визначенням Дж. А. Вінтера, психосоматичне захворювання, по-перше, має функціональний, а не структурний характер, хоча згодом може стати причиною структурних змін в організмі, по-друге – викликається неадекватним стимулом, по-третє – є неадекватною реакцією (переважно завищеною) організму на стимул, по-четверте – зароджується у минулому в момент, коли виникли вкрай неприємні хворобливі відчуття, по-п’яте – ґрунтується на механізмі фіксування реакцій, шосте – характеризується тимчасовими змінами свідомості, коли людина живе власним минулим.

За визначенням А. Б. Смулевича, психосоматичні розлади – це група хворобливих станів, що виникають на підставі взаємодії психічних і соматичних факторів і виявляються соматизацією психічних порушень, психічними розладами, що відображають реакцію на соматичне захворювання, або розвитком соматичної патології під впливом психогенних факторів. Як видно з визначення, психосоматичні розлади нозологічно неспецифічні, тобто вони можуть зустрічатися при різних захворюваннях.

Значення терміну “психосоматичний розлад” логічно випливає зі слів, що його складають (“душа” і “тіло”) – це розлади у функціонуванні внутрішніх органів чи систем людини, формування і перебіг яких безпосередньо пов’язані з особливостями психічного реагування особистості або під впливом психічної травми, стресу та інших потужних психологічних чинників. У літературі ним позначають науковий напрямок, який досліджує взаємний вплив психіки і функцій організму, а також вплив (у т.ч. й патогенний) емоцій на функціонування організму та формування його розладів. Та водночас психосоматика – напрямок медицини, що досліджує і лікує патологічні соматичні розлади, зумовлені психогенними чинниками.

Психосоматичний напрямок – це не самостійна медична галузь; це підхід, що враховує усе різноманіття як фізіологічних, так і психологічних, соціально-психологічних та екологічних

причин, які призводять до виникнення у людини хвороби. Досить чітко розмежування поля зацікавлення у фахівців різних лікарських спеціальностей та їх погляд на людину як на біологічний індивідуум, а не на особистість, і призвели до спотворення цінностей та ідей у лікарській діяльності. Психосоматичний підхід, який об'єднує досягнення і медицини і психології, завдяки різноманіттю методів і технік дослідження і лікування, дозволяє працювати з людиною цілісно.

Проблема психосоматичних співвідношень – одна з найскладніших проблем сучасної медицини, незважаючи на те, що тісний зв'язок між психічним і соматичним вивчають протягом кількох століть.

Відомо, що за час еволюційного розвитку людини вона не лише фізіологічно та анатомічно пристосувалася до довкілля, а й істотно змінився універсальний механізм пристосування її психіки до навколишнього середовища. Вчені вважають, що у процесі еволюції також з'являлися нові та розвивалися і видозмінювалися наявні психологічні симптоми і синдроми. В першу чергу йдеться про необхідність пристосовуватися не лише до примітивних фізіологічних потреб та уникати загроз, а знаходити шляхи подолання нових невідомих труднощів, пов'язаних з гнучкістю і міцністю не кісток і м'язів, а психологічних процесів та емоцій. Зважаючи на нетривалий (з історичної точки зору) період, протягом якого у людини сформувалися психічні процеси, вони не набули необхідної для “безконфліктного та беземоційного” життя сили і не закріпилися на генетичному рівні. Водночас емоції, що споконвічно покликані мобілізувати організм на захист, тепер значно частіше пригнічуються, пристосовуються до соціальних умов, а відтак – “ламаються”, і замість допомоги у функціонуванні особистості призводять до її руйнування.

Про такі особливості психіки людини вчені знали з давніх часів. Згідно з ученнями Гіпократичної школи Косси хворобу трактували як порушення відношень між суб'єктом і дійсністю. Однак у школі анатомів Кнідоса її розглядали як порушення певної матеріальної структури. Ці два підходи в подальшому протягом ба-

гатьох століть відображалися у різних підходах до лікування пацієнта і хвороби. Ще Платон в діалозі “Хармід” писав: “...тіло не можна лікувати без душі. Адже від душі іде все – і добре, і погане – як на тіло, так і на усю людину..., а душа повинна лікуватися особливими цілющими розмовами”, чим уперше висловив психосоматичний підхід у медицині.

Спираючись на постійні нові відкриття та досягнення в галузі анатомії, мікробіології, нейрофізіології, аж до початку ХІХ ст. в медицині панував суто “соматичний” підхід. У літературі термін “психосоматика” вперше застосував у 1818 р. німецький лікар з Лейпцига J. Heinroth, який визначив причини безсоння як психосоматичні: “Причини безсоння звичайно психічно-соматичні, однак кожна життєва сфера може сама по собі бути достатньою їй підставою”. У 1822 р. німецький психіатр М. Якобі для пояснення виникнення захворювань запропонував поняття “соматопсихічне” як протилежне й водночас доповнює щодо “психосоматичного”. А у 1824 р. Groos писав про шкідливий вплив “пристрастей на тіло”.

Та до лікарського та психологічного лексикону термін “психосоматика” увійшов лише через 100 років потому, спираючись на теорію стресу Г. Сельє, теорію невризму І. М. Сеченова і психофізіологічні вчення І. П. Павлова, а також завдяки віденським психоаналітикам, які, ґрунтуючись на психоаналітичному вченні З. Фрейда, психосоматичну медицину позначили як “прикладний психоаналіз у медицині”, Серед тих, хто розвивав цей напрямок, варто назвати таких відомих аналітиків, як Адлер, Сонді.

Перші дослідження психосоматичних розладів та узагальнення щодо їх перебігу та лікування зробили Ф. Александер та Ф. Данбар, а також І. Вольф, який у книзі “Стрес і хвороба” зробив перше психофізіологічне обґрунтування психосоматичних розладів. Хоча в 1960–70 роки радянськими науковцями (Т. І. Царегородцев, Н. С. Лебедінський, К.Н. Биков, І.Т. Курцин) проводились окремі дослідження щодо психічного впливу на виникнення, перебіг і лікування психосоматичних розладів, більшого поширення

на пострадянському просторі психосоматична медицина набула у посттоталітарний період.

Особливістю психосоматичних захворювань є те, що їх важко діагностувати і більшість пацієнтів лікуються у лікарів загального профілю, отримуючи при цьому лише незначне короткотривале покращення самопочуття і не досягаючи повного одужання. За даними ВООЗ, понад 40 % усіх пацієнтів, які лікуються у лікарів загального профілю, належать до групи т. зв. психосоматичних хворих, тобто практично кількісно не поступаються гострим респіраторним захворюванням. Також за даними ВООЗ кожна людина хоч раз у житті мала депресію, що виявлялося у незначних соматичних розладах.

Загалом слід зазначити, що психосоматичні впливи досліджують науковці не лише з позиції медицини, а й з різних галузей знань: фізіології (для дослідження фізіологічних процесів формування розладів), психології (для дослідження психологічних чинників, що призводять до формування розладу), психіатри (для пошуку адекватних впливів на розлади психіки, що призводять до формування психосоматичних розладів), соціологи (для з'ясування впливу соціальних чинників на формування психосоматичного розладу) та ін.

4.4.2. Класифікація психосоматичних розладів

Існує багато підходів до класифікації психосоматичних розладів. Деякі вчені поділяють їх на психогенні, що супроводжуються незначними функціональними порушеннями, а також на фізіологічні та соматопсихічні розлади, які фактично відповідають фізіологічним корелятам афекту або психосоматичним синдромам.

- **Конверсійні симптоми** – виникають як соматична відповідь (переважно у вигляді істеричних паралічів, парестезій, больових феноменів, психогенних сліпоти, глухоти, блювання) на невротичний конфлікт та зазвичай символізують як саму сутність і причину конфлікту, так і спробу його вирішення.

- **Функціональні синдроми**, до яких зараховують усі скарги та симптоми, що наявні у пацієнта і не складають цілісної соматичної нозологічної форми. В цю групу входять усі “неправильні” скарги на функціонування серцево-судинної, травної та сечостатевої системи, рухового апарату, органів дихання. Саме такі прояви Ф. Александер назвав органічними неврозами та описав як супровідні ознаки емоційної напруги без характерних рис.
- **Психосоматози** – психосоматичні хвороби, що виникають як реакція на конфліктне переживання, що ґрунтується на наявних морфологічних змінах та патологічних порушеннях у певних внутрішніх органах. У поняття “психосоматози” спершу об’єднали захворювання, у виникненні яких значну роль відігравали несприятливі психологічні фактори: артеріальна гіпертензія, ішемічна хвороба серця, ревматоїдний артрит, бронхіальна астма, нейродерміт (псоріаз), виразкова хвороба шлунка і дванадцятипалої кишки, неспецифічний виразковий коліт і гіпертиреоїдний синдром – т.зв. “чиказька сімка” Ф. Александера.

Інші поділяють психосоматичні розлади на істеричну конверсію і власне соматизацію. В МКХ-10 психосоматичні розлади класифікують у різних розділах: невротичні, пов’язані зі стресом і соматоформні розлади, поведінкові синдроми, пов’язані з фізіологічними порушеннями і фізичними факторами, а також органічні, включаючи симптоматичні психічні розлади.

У радянській, а зараз – в українській і російській психологічній і медичній літературі до психосоматичних розладів включають не лише суто психосоматичні захворювання, а й соматизовані розлади і патологічні психогенні реакції на соматичні захворювання, а також психічні захворювання, ускладнені соматичними розладами, як-от: депресія, афективні тривожні розлади, астеничні стани.

А. Б. Смулевич, виходячи зі структури психосоматичних співвідношень, виокремив 4 групи психосоматичних станів:

1. Соматизовані психічні (соматоформні) розлади, що формуються при невротичних або конституціональних розладах (неврози, невропатії).

2. Психогенні реакції (нозогенії), що належать до групи реактивних станів і виникають у зв'язку з соматичним захворюванням, яке відіграє роль психотравмуючої події.

3. Реакції за типом симптоматичної лабільності – психосоматичні захворювання в їх традиційному розумінні.

4. Реакції екзогенного типу (соматогенії), що належать до категорії симптоматичних психозів і маніфестують під впливом соматичного захворювання на психічну сферу. Окрім того, до психосоматичних розладів А. Б. Смулевич вважає за доцільне зараховувати стани, пов'язані з репродуктивною функцією жінки: передменструальний синдром, перед- і післяпологові депресії, смуток породіллі та інволюційну істерію. Зараз усе більша кількість клініцистів вказують на психосоматичну природу виникнення у деяких пацієнтів інфекційних, онкологічних хвороб, туберкульозу.

Класифікація психосоматичних розладів за Е. Блейлер

Блейлер запропонував умовний розподіл пацієнтів за психосоматичними розладами на 3 основні групи.

До першої, на його думку, належать психосоматози, що ґрунтуються на первинній тілесній реакції, яка виникла внаслідок переживань, пов'язаних з патологічними змінами в органах. Характерно, що такі захворювання переважно виникають в ранньому юнацькому віці, а в подальшому – набувають хронічного перебігу з рецидивами, які виникають внаслідок істотного психічного стресу. Відзначається спадкова схильність до виникнення таких захворювань. До цієї групи належить “чиказька сімка” Ф. Александера.

У другу групу автор зараховує психосоматичні функціональні синдроми, т. зв. соматизовані форми неврозів. Особливість цих розладів полягає в тому, що вони є наслідком фізіологічного відображення емоцій або психічних станів. У першу чергу йдеться про ендогенні депресії, симптоми яких імітують симптоми певного соматичного захворювання. Окрім прихованої депресії, до цієї групи належать мігрень, сексуальні дисфункції та психогенні розлади функціонування органів дихання (бронхіальна астма), серце-

во-судинної системи (психогенні болі у серці або тахікардія), органів травлення (психогенні запори, діарея).

У третю групу, на думку автора, варто віднести розлади, пов'язані з особливостями емоційно-особистісного реагування або поведінки пацієнта, в результаті яких виникає порушення здоров'я. Окрім поведінки, скерованої на саморуйнування: алкоголізм, наркоманія, паління тютюну, токсикоманія, розлади харчування, – до цієї групи належить схильність до підвищеного травмування.

Та незважаючи на відмінності у підходах до класифікації психосоматичних розладів, важливішим, на нашу думку, є уміння вчасно діагностувати розлад та адекватно його лікувати. Загалом **психосоматичні захворювання слід запідозрити при:**

- невизначеному болі дифузного характеру без чіткої локалізації (біль у животі, головний біль, порушенні сну);
- тимчасовій чи ситуативній прив'язаності болю (ситуації, пов'язані з психічним напруженням), коли сам пацієнт не може надати свідчень про його причини;
- авторитарному характері стосунків у родині, позбавленні права самостійного прийняття рішень;
- наявності високих вимог до дітей з боку батьків, високій відповідальності та внутрішній тривожності дитини;
- вихованні по типу гіпоопіки;
- постійних конфліктах дитини в дитячому садку, школі;
- у дітей з генералізованою дисплазією сполучної тканини, з нейрокутанними синдромами, усвідомленням особливості своєї зовнішності;
- у дітей, що перенесли постгіпоксичну енцефалопатію;
- при покращенні загального стану дитини під впливом плацебо та сугестивної терапії.

4.4.3. Схема психосоматичних співвідношень

В. В. Ніколаєва запропонувала схему для умовного розмежування взаємовпливу психічних факторів на соматичні реакції та соматичних факторів на психічну сферу.

Психосоматичні співвідношення

Вплив психічних факторів на соматичну сферу		Вплив соматичних факторів на психічну сферу	
Патогенний вплив	Саногенний вплив	Патогенний вплив	Саногенний вплив
		Соматогенний Патогенний	

4.4.4. етіологія і патогенез психосоматичних розладів

Психодинамічна концепція психосоматичних розладів

Зважаючи на те, що в основі психоаналітичної теорії лежать ідеї внутрішньоособистісного конфлікту, відбувається протистояння двох мотивів, яке призводить до психічного і фізіологічного напруження. Водночас багато захворювань можна спробувати пояснити витісненим потягом, який виявляється у порушенні функціонування певного органа. Вважають, що коли це явище оборотне – йдеться про невроз, а коли воно має тенденцію до хронізації з подальшою деструкцією органа – про психосоматичне захворювання.

Психоаналіз пояснює виникнення психосоматичних розладів тим, що ураження конкретного органа залежить від змісту несвідомого конфлікту. Неофройдисти вважали психосоматичні розлади результатом порушення як біологічних, так і соціальних механізмів розладів адаптації. Сьогодні більш популярна т.зв. групова психодинаміка, яка пояснює виникнення психосоматичних розладів конфліктом між особистістю та соціальною групою.

Теорія психосоматичної специфічності Ф. Александера

На думку Ф. Александера, на виникнення і перебіг захворювань впливають три основні чинники: особистісна диспозиція, конституція (схильність органа до захворювання, т. зв. конституціональний фактор (X) і життєва ситуація, що провокує певний емоційний ефект та актуалізує несвідомий конфлікт. Невідредаговані ворожі емоції, почуття провини, почуття власної неповноцін-

ності, а також невиражені сексуальні імпульси призводять до пригнічення і подальшого порушення функції вегетативних органів.

Концепція особистісних профілів Ф. Данбар

Відзначивши у хворих з тією самою нозологією значний рівень особистісної подібності, Фландерс Данбар виокремила 11 типів особистості, визначила кореляцію між соматичними типами реакцій та постійними значущими особистісними характеристиками і на підставі цього висунула власну теорію виникнення психосоматичних розладів. Вона змалювала особистісні профілі людей, які мають схильність до нещасних випадків, інфаркту міокарда, виразкової хвороби, артрити, а також визначила спільні риси, притаманні усім психосоматичним хворим, вказавши на високий рівень їх інфантилізму, підвищеного прагнення до фантазування, небажання та невміння включатися у ситуацію.

Теорія десоматизації М.Шура

Теорія Шура пояснює виникнення психосоматичних розладів у дитячому віці. Автор відзначив, що у різному віці діти по-різному реагують на психотравмуючі впливи, причому чим молодша дитина, тим частіше її реакції мають соматичне скерування. Водночас він звернув увагу на явище психосоматичної регресії, так званої ресоматизації, яка сприяє поверненню на більш ранній тип реагування на подразнення.

Теорія алекситимії П. Сіфнеуса

Останнім часом особливо популярною стала теорія “недостатньої вербалізації емоцій” Сіфнеуса, яка ґрунтується на безпосередньому зв’язку між труднощами, що виникають у пацієнтів у змалюванні свого емоційного стану або вольових відчуттів, та психосоматичним розладом.

Нейропсихологічні теорії

Вчення І. І. Павлова та І. М. Сеченова поклали початок низці нейропсихологічних досліджень, які пізніше сформулювалися у кортико-вісцеральну гіпотезу К. Н. Бикова та І. Т. Курцина, котрі довели, що формування психосоматичних розладів пов’язане з

первинними порушеннями коркових механізмів управління внутрішніми органами, зумовленими перенапруженням процесів збудження і гальмування в корі головного мозку.

В. Кенон описав фізіологію емоцій і відзначив підвищення рівня цукру, збільшення частоти серцевих скорочень та підвищення артеріального тиску під впливом емоційних чинників.

Загалом фактори, що призводять до виникнення психосоматичних розладів, можна умовно поділити на три групи: спадкові, психосоціальні та церебрально-органічні. В анамнезі майже половини психосоматичних хворих є інформація про наявність психосоматичного розладу у родичів першого і другого ступеня (з них майже у половини – аналогічний розлад, а у кожного п'ятого – психічний розлад). Серед церебрально-органічних факторів ризику в першу чергу варто відзначити пологове травмування, інфекційні захворювання, судоми, черепно-мозкові травми, мозкові інфекції і стани клінічної смерті.

Ю.Ю. Єлисеєв вважає що джерело психосоматичних захворювань можна знайти серед таких факторів:

- Внутрішній конфлікт особистості.
- Мотивація у вигляді умовної “вигоди”, яка дає змогу хворому уникати негайного вирішення значущих проблем або нівелювати їх важливість “порівняно з серйозністю хвороби”.
- Ефект навіювання, який виникає в результаті підсвідомого наслідування хворими поведінки (в тому числі демонстративної), яку вони в дитинстві спостерігали у значущих дорослих, або таку, що була їм нав'язана цими дорослими.
- “Елементи органічного мовлення”, коли вербалізація фізіологічних проявів хвороби стає відображенням емоцій та переживань особистості і виявляється у реальних симптомах.
- Ідентифікація – коли постійні зусилля, скеровані на ототожнення своїх психічних чи фізіологічних реакцій (або їх імітація), призводять до відсторонення від власного тіла (без деперсоналізації) та сприймання його як ідентичного з тілом значущого іншого. Найчастіше виникає у здорової мами щодо хворої дитини.

- Самопокарання – неусвідомлювана поведінка людини, що виникає внаслідок несвідомого бажання покарати себе за якийсь ганебний вчинок та має деструктивні прояви, що найімовірніше призведуть до соматичних або психічних порушень чи травм.
- Травматичний досвід минулого (в першу чергу з раннього дитинства), який витісняється ознаками соматичного розладу.
- Алекситимія.

4.4.5. особистісні особливості психосоматичного пацієнта

Виходячи з концепції профілю особистості, можна змалювати певну особистісну структуру психосоматичного пацієнта. Визначальною є наявність у всіх психосоматичних пацієнтів пригнічення або витіснення емоцій, тривалі переживання і прагнення до конкуренції з іншими людьми, яка виникає в результаті невротичного заниження власних особистісних якостей та переоцінювання чужих. У психосоматичній медицині прийнято вважати, що існує т. зв. препсихосоматичний особистісний радикал, тобто такі визначальні властивості особистості, сформовані зазвичай ще у дитячому або юнацькому віці, які стають основою для формування соматичного розладу. У першу чергу тут ідеться про неможливість задовольнити основні життєві потреби, а особливо – потребу в самореалізації, приналежності та любові. Однак найбільш вірогідне формування психосоматичного розладу за умови поєднання таких психологічних особливостей особистості, як егоцентричність, негнучкість, агресивність зі спотворенням ієрархії життєвих потреб або неможливістю їх задовольнити.

П. Сіфеоз висловив припущення, що у структурі особистості психосоматичного пацієнта особливе місце посідає алекситимія, яка внаслідок неспроможності людиною висловлювати свої емоції та почуття (а часто навіть переживати їх) призводить до невербалізованих емоційних конфліктів і кумулювання емоційного напруження.

4.5. Психологічні та патопсихологічні особливості в клінічній практиці

4.5.1. Психологічні складові хірургії

Психологічні особливості особистості пацієнтів хірургічного стаціонару

Особливості роботи в клініці хірургії полягають не лише у необхідності наявності значного практичного досвіду, специфічних навичок і знань, а й у швидкому (часто екстреному) наданні хірургічної допомоги, терміновість якого не дає у повній мірі провести психологічну підготовку пацієнта. Інша особливість полягає у значній відмінності активності лікаря-хірурга та пацієнта хірургічного відділення, коли перший – протягом усього робочого дня перебуває в постійному русі, значному фізичному, емоційному та інтелектуальному напруженні, а другий – внаслідок хвороби – лише зрідка здійснює мінімальні м'язові зусилля, а більшість часу проводить у стані спокою. Це явище часто не лише дратує пацієнтів, а й певним чином налаштовує їх вороже щодо хірургів, у порівнянні з активністю котрих хворі хірургічного стаціонару практично непорушні та бездіяльні, а відтак – безпорадні. Та чи не найважливішим у встановленні довірчих стосунків між хірургом та пацієнтом є усталений стереотип хірурга як всемогутнього рятівника. Лише хірурги, на думку пацієнтів, спроможні надати допомогу чи врятувати життя людини у найважчих випадках. Саме це формує особливості ставлення пацієнтів до хірургів, яке з одного боку, формується за майже повної відсутності попереднього спілкування і контакту, а з іншого – полягає у необхідності сліпо довірити власне життя людині, про яку ти майже нічого не знаєш і довіряти якій підстав не маєш.

У зв'язку з цим у хірургічних хворих в передопераційному періоді можуть спостерігатися різні варіанти ставлення до оперативного втручання. На думку Н. В. Виноградова, пацієнтів можна умовно поділити на дві групи: схильні до гіпернозогнозії та до гіпонозогнозії. Перші – перебільшують операційний ризик, що ви-

являється у тривожності, страху смерті, надмірній фіксації уваги на соматичних відчуттях, почутті приреченості і пасивному очікуванні несприятливого результату оперативного втручання або смерті. Другі, зважаючи на недовіру до хірурга, його практичних умінь, знань та навичок і невіру у позитивний результат оперативного втручання, намагаються уникнути його проведення і навіть приховують свої симптоми. Окрім того, не слід забувати про те, що оперативне втручання порушує уявлення людини про свою “схему тіла”, що незалежно від успішності проведеного хірургічного лікування може викликати повну або часткову втрату працездатності, змінювати звичний для людини спосіб життя та діяльності.

Дуже важлива також стратегія вибору пацієнтом способу лікування. На думку В. Д. Менделєвича, одні пацієнти погоджуються на оперативне втручання лише після того, як бажаного результату не дадуть інші паліативні засоби, тобто дотримуються стратегії “уникання невдач”, інші – домагаються чим швидшого проведення оперативного втручання, або сповідують стратегію “прагнення до успіху”.

У внутрішній картині хвороби хірургічних хворих слід враховувати такі *когнітивні аспекти*:

- Хвороба – це ворог, який загрожує цілісності особистості.
- Хвороба – покарання за гріхи, які були в минулому пацієнта (особливо часто виникає при невиліковних хворобах).
- Хвороба – непоправна втрата, шкода, яка може обмежити мою подальшу професійну, соціальну та особистісну активність; переважно формується при оперативних втручаннях, пов’язаних з повним або частковим виділенням органа: повна екстирпація матки, видалення молочної залози, ампутація кінцівки.
- Хвороба і оперативне втручання – полегшення. Зазвичай спостерігається у патологічно спрямованих на операцію особистостей.
- Хвороба – перешкода, яку треба подолати для отримання бажаного результату. У першу чергу це стосується випадків,

коли оперативне втручання дає шанс людині відновити свою працездатність або нормальне функціонування органа чи системи. Також цей аспект формується у людей, які прагнуть проведення пластичних операцій, що, на їхню думку, призведуть до кардинальних змін у житті на краще. Значну частину пацієнтів хірургічної клініки складають пацієнти з психічними розладами. Хворі з неврозами часто намагаються схилити хірургів до проведення їм хоча б мінімальних оперативних втручань, підсвідомо сподіваючись, що в результаті цього зменшаться прояви їх невротичних симптомів. А хворі з істерією нерідко звертаються до хірургів зі скаргами, що імітують симптоми “гострого живота”, і вимагають негайного оперативного втручання, щоб довести оточенню, що вони справді хворі, а попереднє лікування не дало бажаного результату. Хворі на психопатію за допомогою оперативного втручання намагаються врятуватися від важкого усвідомлення провини або нав’язливих ідей самозвинувачення.

Відомий психопатологічний синдром Мюнхаузена найчастіше зустрічається саме у практичній діяльності хірурга. Він виявляється у постійному непереборному прагненні людини добитися, щоб їй проводили хірургічні втручання з приводу уявних захворювань, що викликають у них різноманітні хворобливі та неприємні відчуття, які вони найчастіше уявно локалізують у черевній порожнині. Крім того, вони схильні до ковтання дрібних предметів (гудзиків, монет, шпильок тощо), що гарантує їм проведення оперативного втручання. Наполегливість пацієнтів із синдромом Мюнхаузена у намаганні отримати “хірургічну допомогу” майже завжди завершується оперативним втручанням. Мотивацією у формування даного розладу є підсвідоме прагнення отримати увагу, турботу і любов, яких, на їхню думку, їм не вистачає ні від близьких, ні від сторонніх людей. Часом синдром Мюнхаузена виникає у інфантильних особистостей, які намагаються уникнути відповідальності за власні вчинки (справжні або уявні).

Ашер описав три варіанти синдрому Мюнхаузена:

- гострий абдомінальний, що призводить до лапаротомії;
- геморагічний, пов'язаний з демонстрацією кровотечі;
- неврологічний, що включає демонстрацію втрати свідомості та нападів.

В анамнезі більшості таких пацієнтів є оперативні втручання, проведені без достатніх анатомо-фізіологічних підстав.

Оскільки проведення анестезії та оперативного втручання можуть виступати як пусковий момент формування реактивного психозу, медико-психологічна допомога у хірургічному стаціонарі повинна бути особливо ретельно скерована на ранню діагностику пацієнтів із психічними розладами. Та водночас допомагати у виявленні хірургічної патології у психічно хворих і скеровувати їх на необхідне оперативне втручання.

Емоція страху у хірургічних хворих

Істотним є те, що, на відміну від терапевтичного захворювання, при якому патогенним щодо психічної діяльності стає його тривалий стан, що дає змогу хворому поступово змінити систему своїх пріоритетів та ставлень, і відповідно – адаптуватися до нього, при хірургічній патології через її раптовість значно зростає значимість *психологічного операційного стресу* (перед- і післяопераційного), що виявляється у феномені тривоги. Загалом страх перед проведенням оперативного втручання є природним для кожної людини зі здоровою нервовою системою, про що самі пацієнти повідомляють лікарів та близьких. Про зростання рівня тривожності у пацієнта опосередковано свідчать також такі вегетативні ознаки, як підвищене потовиділення, тремор, тахікардія, часті випорожнення і розлади сну. А відчуття страху оперативного втручання трансформуються у “страх” перед хірургом, який набуває уявних неприємних рис: байдужий, суворий, злий, неуважний тощо.

Для отримання задовільного результату оперативного втручання дуже важливо правильно сформулювати ставлення до нього пацієнта. Під час психологічного консультування доцільно дізнатися, які очікування пацієнта щодо його майбутнього після одужання, і провести певну психологічну підготовку до операції. В першу чергу, звичайно, йдеться про зниження рівня тривожності

пацієнта, який боїться наркозу і того, що він не вийде з нього, болю, який він може відчувати при недостатній глибині анестезії та того, який виникне у післяопераційному періоді, непередбачуваних обставин, пов'язаних з недосвідченістю та неухважністю хірурга, обмежень та змін у подальшій трудовій, соціальній та особистісній діяльності, і врешті – смерті. Останнім часом збільшилася кількість пацієнтів, які окрім перелічених страхів висловлюють також тривожність з приводу небезпек, які можуть виникнути у зв'язку з повною втратою ними контролю над власним тілом під час анестезії та загрози “насильства чи вилучення внутрішніх органів” під час оперативного втручання. Несподівані психічні реакції спостерігають у хворих, яким виконують трансплантологічні оперативні втручання, що часто призводять до внутрішньоособистісного конфлікту через отримання органів іншої людини, яка на момент забору органа була біологічно живою. Це може вплинути на самооцінку людини, сприймання і прийняття нею себе як цілісної особистості після операції, і навіть призвести до деперсоналізаційних розладів або порушень сприймання власної схеми тіла.

В літературі виокремлюють два основні типи з численних проявів страху перед операцією: при першому – всі симптоми не лише досить різко виявляються у поведінці хворого, а й гучно і наполегливо ним озвучуються (таких хворих легко заспокоїти, налагодивши з ними достатній контакт або застосувавши відповідні психологічні прийоми); при другому – страхи виявляються у вигляді важких вегетативних ускладнень (криз, колапс, шок або неочікувані психопатологічні маніфестації), які унеможливають проведення оперативного втручання або значно його утруднюють.

Окрім того, страх хворого істотно посилюється новим середовищем, в яке він потрапив у лікарні: відірваність від родини, лікарняний режим, велика кількість незнайомих людей, сусіди по палаті, неприємні, болючі або принизливі медичні та гігієнічні маніпуляції тощо. В умовах українських стаціонарів також наявне додаткове джерело передопераційних страхів пацієнтів: через необхідність перебування у спільних палатах не лише людей з різ-

ними звичками, темпераментом і особистісними особливостями (що виступає як провокатор афективних реакцій), а й перед- та післяопераційних хворих, коли останні, часто підсвідомо намагаючись відреагувати власний страх, пережитий перед оперативним втручанням, розповідають (переважно власні уявні страхи та жахіття) у вигляді моторошних “історій хвороби” пацієнтам, які очікують оперативного втручання.

Деякі пацієнти, з якими не була проведена достатня психокорекційна робота, через інтенсивний страх, незважаючи на необхідність проведення оперативного втручання, відмовляються від нього. Хоча це можна пояснити і психічними змінами у пацієнта (невроз, істерія, олігофренія, депресія з суїцидальними тенденціями), а також недостатньою довірою до хірурга через короткотривалість і побіжність контактів з ним.

Дуже важливою з психологічної точки зору є *експектація (очікування) післяопераційного статусу* – це психологічна відмінність особистісних переживань пацієнта хірургічного стаціонару. Пацієнт хірургічного стаціонару, усвідомлюючи необхідність проведення оперативного втручання, відчуває тривогу через труднощі у прогнозуванні його успішності та власних перспектив.

Післяопераційна тривога, котра клінічно може бути ідентичною до передопераційної, відрізняється вираженням операційним (фізіологічним, анатомічним, психічним) стресом.

Післяопераційний стан пацієнта майже завжди визначається його передопераційним станом. У людей, які адекватно реагували на необхідність оперативного втручання, тверезо оцінювали ризики і ймовірність досягнення успіху та позбавлення від певних симптомів захворювання, усвідомлюючи можливість виникнення післяопераційних ускладнень та обмежень, пов'язаних з оперативним втручанням, після нього теж переважно адекватно реагують на зміни власного стану. При високому рівні тривожності та неготовності пацієнтом усвідомити, оцінити та прийняти зміни свого стану перед операцією – у післяопераційному періоді зазвичай теж неспроможні це зробити.

Зв'язок між вираженістю тривоги в передопераційному і післяопераційному періодах (І. Джавіс)

Передопераційний психічний стан	Характеристика передопераційного типу ставлення	Післяопераційний психічний стан	Психічний преморбід
Низька тривога	Оптимістичне заперечення післяопераційного дискомфорту та ускладнень	Агресивність, хворобливе роздратування щодо страждання замість його сприймання як природного наслідку операції	Особистісна схильність: 1) невротики з надконтролем; 2) психічно здорові чутливі до зовнішньої стимуляції
Помірно виражена тривога	Врахування об'єктивних характеристик небезпеки	Незначна ймовірність психічних розладів	Психічно здорові зі зрілою особистістю, характерна висока відповідальність за зовнішню ситуацію
Висока тривога	Постійне емоційне напруження	Відсутність впевненості у сприятливому результаті операції, страх перед процедурами, спогади про неприємні події, іпохондричність, пунктуальність, виконання призначень	1) хронічні невротики; 2) психічно здорові з тривожністю як рисою особистості

Слід звернути увагу на окремі форми страхів, тривогу і занепокоєність, які виникають після операції. На 3–4 день після операції отримують вихід страхи, які дотепер пацієнт стримував. Хворі, постійно аналізуючи проведене оперативне втручання, намагаються робити прогнози на майбутнє, але в силу незавершено-

сті лікування та невизначеності перспектив це зазвичай призводить до збільшення неспокою, незадоволеності, агресивності, плаксивості, дратівливості. Особливо важливо, що внаслідок проведення оперативного втручання у людей відбуваються глибокі емоційні зрушення, активуються внутрішні конфлікти, що у поєднанні з післяопераційною астенизацією дуже швидко призводить до формування депресії.

Х. Дейч описав три постулати, які, на його думку, визначають ефективність адаптації до хірургічного стресу:

- ефективна адаптація передбачає сприймання сигналів тривоги, певний ступінь її асиміляції, що дає змогу полегшити душевний стан хворого;
- для того, щоб адаптація була ефективною, її механізми повинні бути достатньо гнучкими, що дозволяло б вносити необхідні зміни в процес інтеграції тривоги під час антиципації хірургічного стресу, а також в адаптацію до психологічних і фізіологічних наслідків операції;
- для підтримання душевної рівноваги в хірургічній ситуації необхідна не стабільність, а реактивність.

Найчастіше в післяопераційному періоді страх, який відчуває пацієнт, знаходить відображення у вегетативних симптомах: затримка сечовипускання, закрепи і блювота. Зазвичай усі перелічені симптоми відносять до так званих “післяопераційних ускладнень” і проводять симптоматичне лікування, однак у більшості випадків поява таких скарг свідчить про формування післяопераційної депресії.

Не менш частим постопераційним ускладненням є психотичні реакції, що виявляються надмірною тривожністю, психомоторним збудженням, порушенням орієнтації, галюцинаціями, маячними ідеями, оглушенням. Після виходу із психозу, як правило, настає стан виразної астенії та інколи легкі прояви психоорганічного синдрому. Хворі стають дратівливими, плаксивими, вразливими, у них погіршується апетит і сон, з'являються тривожні сновидіння, розвивається депресія. У частини пацієнтів (особливо людей похилого віку та хворих на алкоголізм) на 3-4 добу може розвинути-

ся т. зв. післяопераційний делірій, який виявляється у психомоторному збудженні, появі галюцинацій, маячних ідей, порушеннях орієнтації. Та найбільш поширеною є зміна психічної діяльності, яка виявляється в уповільненні реакції на події, що відбуваються, емоційній нестійкості, збідненні психічної діяльності, обмеженні кола інтересів. Такі зміни переважно виникають після важких травматичних оперативних втручань і погано піддаються корекції.

Вважають, що на вірогідність виникнення психотичних розладів впливає важкість оперативного втручання, а в їх патогенезі велика роль відводиться больовому синдрому. На біль у генезі психозів вказував ще С. С. Корсаков. Він писав, що психози частіше виникають після болісних операцій у осіб вразливих і нервових.

Больовий синдром

Больовий синдром має велике значення при усіх соматичних та психічних розладах, але найбільш значущим він є у клініці хірургії, оскільки відіграє роль першого і значущого сигналу про виникнення нездоров'я в організмі. Феномен болю ґрунтується на взаємодії ноцицептивної системи, яка сприймає і аналізує больові відчуття, та антиноцицептивної системи, що контролює їх рівень. Відчуття болю пов'язане з церебральними системами стовбура мозку, кори великих півкуль головного мозку, таламуса і лімбічно-ретикулярного комплексу. На психічному рівні біль виявляється відчуттям страху і неспокою як під час приступу болю, так і в період його очікування.

У медицині прийнято поділяти біль на органічний та психогенний. Незважаючи на відмінність у формуванні больового синдрому, суб'єктивні відчуття людини залишаються однаково сильними незалежно від їх природи. Цікаво, що органічні болі посилюються внаслідок впливу психічних подразників.

Болі, що виникають у пацієнтів в післяопераційний період, значною мірою залежать від психогенної складової. В результаті впливів сильних афектів, таких як страх, у людини виникають

значні м'язові і судинні імпульси, які вона вербалізує як відчуття болю в певному органі.

Хворі з депресією, істерією, іпохондрією часто висловлюють скарги на значні больові відчуття, що не мають чітко означеної органічної структури. Застосування препаратів специфічного психотичного впливу зменшують ці відчуття і покращують загальний психічний стан пацієнтів. Характерним для цього болю є його тривалість, відсутність або змінність чіткої локалізації і часте поєднання несумісних, з анатомо-фізіологічних позицій, органів та систем. Для встановлення характеру болю слід пам'ятати, що психогенний біль рідко супроводжується симптомами, притаманними органічним ураженням: лихоманка, блювання, жовтяниця, гематурія тощо.

4.5.2. Психологічні складові акушерства і гінекології

Психологічні особливості вагітних жінок

Ставлення жінок до вагітності неоднозначне. З одного боку, перебільшена ідеалізація майбутнього материнства не враховує майбутніх труднощів і проблем, з іншого – у свідомості багатьох жінок пологи неодмінно асоціюються з нестерпним болем і викликають страх. На ставлення до вагітності впливають також інші психологічні фактори та соціальні умови. Інколи у жінок з'являється вороже ставлення до вагітності, її заперечення, а інфантильні особистості та деякі психічно хворі відмовляються помічати існуючу вагітність. Водночас вагітність сприяє розвитку особистості, її дозріванню.

Після запліднення у жінки відбуваються істотні фізіологічні (нудота, блювання, втомлюваність, часте сечовипускання, зміна контурів тіла) та психологічні зміни, які призводять до формування т. зв. психосоматичних розладів вагітності. Окрім значного зростання рівня тривожності за перебіг вагітності і майбутніх пологів, а також за стан здоров'я дитини і самої вагітної, внаслідок нейроендокринних та метаболічних змін змінюється загальний рівень настрою жінки (переважно з депресивними епізодами), її характер та поведінку. Водночас вагітність позитивно впливає на

жінок з невротичними розладами та може прискорити вихід з ендогенної депресії.

Психічні і психосоматичні ускладнення вагітності істотно залежать від преморбідних властивостей особистості, а також від соціальних і сімейних умов, підтримки чоловіка, довіри до нього, від попередніх переживань. Важче до вагітності пристосовуються жінки, які завагітніли вперше, а також самотні жінки поза шлюбом. Серед психіатричних ускладнень, окрім депресії, спостерігаються епілептичні ускладнення, у вигляді “присмеркових станів свідомості”, а також реактивні депресії, які виникають у зв’язку з вагітністю та завершуються на 4-5 місяці вагітності, навіть якщо психотравмуюча ситуація залишилась невирішеною.

У I триместрі вагітності жінка зазвичай ще не відзначає значних фізіологічних змін і часто практично не змінює звичного способу життя. Однак часто у неї виникає незадоволення від швидкої втомлюваності, погіршення концентрації уваги, зміни смаку, дратівливість, які вона сама відзначає. Необхідність дотримуватись певного режиму життя та обмежень, невпевненість у правильності рішення щодо вагітності чи брак довіри до партнера, тривожність з приводу ймовірності спонтанного аборту, усвідомлення відповідальності за нове життя та необхідності у найближчому майбутньому зазнати значних особистісних обмежень та навантажень, окрім депресивних синдромів (із суїцидальними тенденціями) можуть спровокувати у жінки й істеричні розлади. Якщо у вагітної жінки виражені психопатичні риси характеру, депресія може тривати до кінця вагітності.

II триместр менш загрозливий щодо психічних розладів, однак не слід забувати, що у цей період жінка може зазнати значної психотравми, пов’язаної зі змінами обрисів тіла, які, на її думку, роблять її сексуально непривабливою. Психопатологічні зміни, що сформувалися під час I триместру вагітності, зазвичай минають. Рішення щодо збереження вагітності остаточне, ймовірність спонтанного аборту незначна, стан здоров’я і самопочуття жінки задовільні, отже, приводи для формування невротичних розладів бувають пов’язані з невпевненістю у власних силах та у допомозі

ззовні. Однак щоденні зміни, які відчуває жінка, спостерігаючи за збільшенням об'єму живота і особливо – за рухами плоду, у більшості вагітних жінок викликають значне підвищення настрою та відчуття оптимізму.

По мірі наближення пологів під час III триместру вагітності у жінки зростає страх за майбутню дитину, виникає тривожність щодо її стану здоров'я, розумової та фізичної повноцінності. Невпевненість у власній спроможності “нормально” народити дитину, а потім самотужки її доглядати, втрата впевненості щодо готовності до допомоги і підтримки з боку партнера, на фоні фізіологічних змін, які можуть непокоїти жінку (збільшення ваги, неповороткість, незграбність, печія, часті сечовипускання та ін.) у значній кількості жінок призводять до зростання тривожності, репресивності, іноді – до істеричних розладів. У жінки, крім перелічених ситуативних страхів, з'являється страх смерті. Поява цих страхів свідчить про більш глибокі витoki страхів особистості. Особливо часто це спостерігають у жінокневротиків, які легко знаходять причини для переживання страху, використовуючи своє положення. На підставі особистих переживань у них навіть можуть виникнути панічні стани.

Описані психічні зміни, які виникають під час вагітності, сильніше виражені при першій вагітності, однак у різній мірі притаманні всім (навіть багатодітним) жінкам.

Вагітність є дуже вразливим періодом для психіки жінки. Зрозуміти вагітну жінку, допомогти пристосуватися до змін у її житті (теперішніх і майбутніх), підготувати до пологів, навчити догляду за новонародженою дитиною і головне – допомогти знайти шлях до материнства – дуже серйозне і відповідальне завдання, у значній мірі покладене на медичного психолога. Робота з вагітними жінками на основі широкого використання психопрофілактики сприяє успішним пологам з мінімальним навантаженням.

Працюючи з вагітними жінками, медичний психолог також повинен пам'ятати, що адекватний психокорекційний вплив у поєднанні з допомогою партнера жінки допомагає подолати близько 90 % невротичних розладів без медикаментозного лікування,

оскільки зазвичай вони пов'язані з двоїстим ставленням жінки щодо вагітності або вказують на більш чи менш виражений протест проти пологів, народження дитини, особистісний або сімейний конфлікт.

Психологічні аспекти пологів та післяпологового періоду

Медико-психологічна допомога під час пологів скерована на послаблення болю, який має як фізіологічну, так і психічну природу, адже може посилюватися емоційними реакціями: страхом, занепокоєнням, реакціями на зовнішні подразники. Психопрофілактичний комплекс підготовки вагітної жінки до пологів безпосередньо спрямований на послаблення болю під час пологів. До нього входять пояснювальні та освітні бесіди, комплекс гімнастичних та дихальних вправ, різноманітні психотерапевтичні методики. Жінки, які не володіють навичками раціональної поведінки під час пологів, потребують підтримки психолога. Крім того, тривалі перейми та больовий синдром можуть призвести до післяпологових психічних розладів.

У післяпологовому періоді можуть виникнути неврози та психози, або маніфестувати ендogenous психічні захворювання, особливо якщо в анамнезі були прояви виразної психотичної симптоматики, але зараз жінка перебуває в стані ремісії і соціально адаптована.

Післяпологові психічні розлади

В літературі післяпологові психози поділяють на: післяпологові психози як гетерогенну групу, до якої входять маніфестація ендogenous захворювань, токсикоінфекційні психози і важкі форми неврозів; єдиний післяпологовий психоз, розвиток якого розглядається з психоаналітичних позицій; самостійну групу психозів, у патогенезі яких значну роль відіграють ендокринно-діенцефальні порушення.

У жінок, які народжували вперше, часто після пологів спостерігають нетривалі (1–3 дні) епізоди дратівливості, емоційної лабільності, напруженості, які минають без медикаментозної терапії та психокорекційного впливу. На 5–6 день після пологів, крім

надмірної втомлюваності і тривожності, у жінки можуть з'являтися фобійні симптоми і розвинутиися клінічна картина психозу. Маніакальні стани післяпологових психозів зустрічаються рідко і маніфестують на 3–10 день після пологів. Від біполярного афективного розладу вони відрізняються підвищеною дратівливістю, скаргами на головні болі. Після припинення маніакального стану розвивається більш чи менш виразна астения, іноді з депресивним компонентом.

Післяпологові психози зі зміненим станом свідомості виникають на 3–6 день після пологів у жінок з важкими соматичними захворюваннями. Психоз починається з порушення сну, потім з'являються ілюзорні і галюцинаторні розлади, посилюється збудження. Для таких психозів характерна зміна симптоматики та періодична поява критичності при оцінці свого стану та поведінки.

Найчастіше спостерігають післяпологову депресію різного ступеня вираженості – від рівня дистимії з конверсійними, істеричними розладами, дратівливістю, аж до великого депресивного епізоду з різко вираженою апатією, психічною анестезією, відчуженням емоцій, різко вираженою дезорієнтацією у просторі й часі, депресивними симптомами з суїцидальними тенденціями та агресивністю (пасивною чи активною), скерованою на дитину та чоловіка. Поява депресивних симптомів припадає на 10–14 день після пологів. Невдовзі симптоматика посилюється, з'являється безпорадність, незібраність, неспроможність доглядати дитину. У жінок виникає страх за дитину, її здоров'я, почуття провини, самозвинувачення, іноді (при тяжкій формі) ворожість до власної дитини. Післяпологові депресії мають усі основні симптоми, притаманні для класичного перебігу ендогенної депресії: добові коливання настрою, рухова й інтелектуальна загальмованість. На відміну від передпологової депресії, коли жінка виявляє небажання дотримуватися способу життя, найбільш сприятливого для розвитку плоду та, неможливість самотійно контролювати і здійснювати родову діяльність, при післяпологовій депресії – небажання піклуватися про новонароджену дитину та намагання її уникати.

Водночас жінки можуть висловлювати іпохондричні скарги, які іноді досягають виразності маячні. Післяпологова депресія може тривати протягом 3–4 місяців, а потім ще кілька місяців спостерігається виразна астения з вегетативною і емоційною лабільністю.

Якщо психогенні фактори з'являються після пологів, то картина депресії відрізняється від власне “реактивної”, яка може спостерігатися також як реакція на мертвонароджуваність, або появу дитини з вадами розвитку і вродженими захворюваннями. У таких випадках показана активна психотерапія зі створенням у матері нової життєвої домінанти в межах її можливостей.

Психологічні особливості жінок, хворих на гінекологічні захворювання

Більшість психосоматичних аспектів гінекологічної практики пов'язані з особливостями жіночої особистості, які у свідомості кожної жінки безпосередньо залежать від функціонування статевих органів. Починаючи з гінекологічного огляду, “відвертість” жінки щодо свого лікаря стає дуже значною, тому жінки зазвичай не лише консультуються з гінекологом з приводу захворювання, а й намагаються отримати від нього психологічну підтримку, а часто з психокорекційну допомогу. Подолавши природну сором'язливість, притаманну більшості жінок, вони прагнуть водночас вирішити свої особистісні проблеми. Хороші гінекологи, знаючи про цю особливість професійної діяльності, виявляють зацікавлення до проблем жінок і намагаються дати їм поради. Однак лише у деяких випадках цієї “психотерапії” виявляється достатньо. Адже проблеми жінок, у яких виявили гінекологічне захворювання, переважно потребують фахової допомоги саме психотерапевта.

Потребу гінекологічних пацієнток у психокорекційній або психотерапевтичній допомозі можна пояснити багатьма факторами – це і вплив гінекологічної хвороби, як і будьякої іншої, на психіку жінки, і особливе ставлення жінки до статевих органів, і зв'язок гінекологічних захворювань з ендокринними порушеннями.

Психогенна дисменорея і передменструальний синдром

Зважаючи на те, що менструація відіграє важливу роль у житті кожної жінки, психологічні та фізіологічні чинники будь-яких менструальних розладів розглядаються жінкою дуже серйозно, а отже, значна кількість психологічних аспектів медико-психологічної допомоги в клініці гінекології стосуються саме порушень менструального циклу; в першу чергу йдеться про клімакс, аменорею і менархе.

Підвищена дратівливість, напруженість, тривожність, пригніченість у передменструальному періоді, періодичність менструального циклу, пов'язана з усвідомленням “жіночості”, а отже і материнства, самі по собі дають підстави кожній жінці скористатися здобутками психології та з'ясувати усі проблеми, пов'язані з жіночою суттю. Жінки з передменструальним синдромом демонструють оральні дисфункції – анорексію, булімію, алкогольні ексцеси, часто страждають розладами функції кишечника (спастичні передменструальні закрепи), які з початком менструації легко переходять у діарею.

Гене́за передменструального синдрому ще до кінця не з'ясована, хоча, зрозуміло, що крім психологічного підґрунтя, вона має гормональне походження. У передменструальній фазі відбувається загальний відтік гормонів. Менструальний цикл, який характеризується послідовним підвищенням гетеросексуальних тенденцій, починається з фолікулінемічної фази, якій передують овуляція. Після овуляції в результаті впливу лютеїну зростає пасивне прагнення жінки відчувати себе коханою, бути заплідненою і пережити материнство. Якщо ці потреби не задовольняються, у жінки виникає відчуття напруженості, яке призводить до ще більших порушень у перебігу менструального циклу, тобто виникає т. зв. психосоматична спіраль формування розладу.

Окремою і дуже складною проблемою є так звані вегетативні пеліпатії – хронічні болі внизу живота, які часто з'являються під впливом різних переживань і загострюються в передменструальний період.

Виникнення дисменореї у жінок психоаналітики пояснюють невротичним конфліктом, пов'язаним з порушеннями анальної

фази сексуального розвитку. Подібно до анальних переживань, при менструаціях теж виникає страх втрати, що призводить до стану напруженості і регресивного замикання в собі, яке згодом поєднується із закрепами та зниженням сексуальної готовності. Однак не варто відкидати й особливості нервової системи, вплив психогенних факторів, про значущість яких свідчить те, що більше ніж у половині випадків лікування дисменореї та передменструального синдрому за допомогою плацебо дає позитивний результат. Про психогенний характер дисменореї свідчить і те, що практично усі жінки з цим розладом скаржаться на значні емоційні переживання, розлуку з коханим, страх завагітніти або соромляться самого статевого акту, які зникають після усунення психологічної складової. Оскільки усі пацієнтки відзначають, що вони байдужі до сексу, не отримують від нього задоволення та уникають сексуальних контактів, ймовірно йдеться про латентну форму невроту страху, виражену за допомогою засобів, що дозволяють звести до мінімуму вірогідність пережити страх під час статевих контактів.

У випадках дисменореї, яка ймовірно пов'язана з неусвідомленим ворожим ставленням до матері, яка насаджувала дочці негативне ставлення до всього пов'язаного з сексом, заплідненням чи фізіологічними функціями жінки. Важко піддаються лікуванню невротичні пацієнтки з заниженою самооцінкою, страхом сексуальних контактів, інфантильні пацієнтки, які бояться дорослішати, або жінки, схильні до домінування за чоловічим типом.

Менархе і первинна аменорея

Поява менструацій радикально змінює життя жінки Менархе – перша менструація, яка з'являється у сучасних дівчаток на кілька років раніше, ніж кілька десятиліть тому, часто переживається двоїсто. З одного боку – початок місячних означає появу нових “жіночих” турбот, які щомісячно викликають певні ускладнення і переживання, а з іншого – це показник дозрівання і повної функціональної здатності бути дружиною і матір'ю. Саме тому, піклуючись про здоровий психічний розвиток дівчинки, необхідно, щоб перша менструація не була для неї несподіванкою. Адже ме-

нархе може викликати страх і навіть вороже ставлення, невротичну реакцію, особливо коли сімейне і статеве життя матері, з якою ідентифікує себе дівчина, не впорядковане. Хоча статеве дозрівання зараз випереджає психічне, особистісне і соціальне дорослішання, молодь стала більш сексуально інформованою. Також слід пам'ятати, що у хворих з неврозом скарги перед менархе стають більш виразними, спостерігаються приступи мігрені, часом епілептичні пароксизми.

Первинна аменорея (надто пізня поява менструації) пов'язана з впливом гормональних і соматичних чинників та аліментарних умов.

Психогенна аменорея

Відсутність менструацій – психогенна (вторинна) аменорея, що виникає під впливом психічних чинників, триває понад шість місяців, належить до найбільш поширених психосоматичних розладів, з якими працюють психотерапевти і медичні психологи. Про психологічне підґрунтя походження аменореї вперше запідозрили в середині ХІХ ст., спостерігаючи її у фізично здорових жінок під час війни, а також у жінок, які зазнали вимушеної еміграції, та назвали “аменореєю війни”. Тоді було висловлено гіпотезу про вплив конфліктного розвитку особистості, зумовлений амбівалентністю ставлення до себе, свого тіла і фізіологічних функцій. Психогенна аменорея зумовлена дуже низькою екскрецією естрогенів, яке виникає внаслідок надмірного виділення АКТГ, та зниження гонадотропної функції гіпофіза.

Як уже згадувалось, менструація тісно пов'язана з особистістю жінки, саме тому різноманітні почуття і емоції, які переживає жінка, можуть досить сильно вплинути на появу менструації та її інтенсивність. На користь психогенного походження розладу свідчить те, що аменорея виникає при важких емоційних травмах (землетрус, війна, ув'язнення, перебування у концентраційному таборі, втрата близьких, розрив з коханим, ганьба, інші важкі випробування), при нерегулярних і нечастих статевих контактах, у вихованок інтернатів, де дівчатка соромляться одна одної, або під час подорожей у несприятливих умовах, а також її можна викли-

кати шляхом навіювання і гіпнозу. У психіатричній практиці аменорею спостерігають у жінок з афективними психозами, депресією, під час загострення шизофренічного процесу.

У соматично здорових жінок першою думкою, що з'являється при появі аменореї, є думка про вагітність або про гінекологічне чи онкологічне захворювання. Лікування гінеколога, гормональна терапія у поєднанні з психотерапією зазвичай дає позитивний ефект. Хоча й саме усунення психологічної причини, що призвела до розладу, теж відновлює менструації у жінки.

Клімакс

Клімактеричним синдромом називають комплекс ендокринних, психічних і вегетосудинних симптомів, що виникають в результаті зниження функції яєчників, пов'язаного з віком. В літературі описані так звані депресивні, істеричні, фобійні та інші психічні розлади, що виникають у клімактеричному періоді. Більшість жінок початок клімактеричного періоду виявляють не за відсутністю менструацій, а за появою певних психічних змін, що проявляються у загальній слабкості, порушеннях сну та апетиту, тривожності, тахікардії, неприємних відчуттях в ділянці серця, черевній порожнині та в органах малого таза. Оскільки перелічені скарги складно пояснити лише гормональними змінами, клініцисти загалом погоджуються з психологічною складовою клімактеричного періоду. Клінічно клімакс виявляється у зменшенні або збільшенні маси тіла, вазомоторній лабільності з припливами жару, частою зміною настрою, тривожністю, дратівливістю, вразливістю, зниженням або надмірним підвищенням сексуальних потреб. У жінки починається т. зв. сексуальна паніка "перед закриттям воріт": усвідомлення втрати частини своєї "жіночості", думки про власну неповноцінність як сексуальної партнерки, порівняння пережитого і невиконаного.

Пригнічення настрою, депресія, психози – афективні розлади притаманні багатьом соматичним захворюванням та безпосередньо з клімаксом не пов'язані, однак у клімактеричному періоді значно зростає схильність до суїцидів, особливо у самотніх людей. Клімакс переважно виникає у жінок у віці 45-55 років, та лі-

карі відзначають, що у жінок, які виконують важку фізичну роботу, менструації часто припиняються раніше, а у заможних освічених жінок, які не працювали важко, – пізніше. Слід зазначити, що зараз про негативний вплив клімаксу на здоров'я жінки говорять значно частіше, ніж він насправді виявляється. Однак жінкам настирливо нав'язують думку про “загрозу” клімаксу, чим викликають ятрогенний вплив та спонукають до вживання препаратів, які допоможуть їй уникнути. Справедливе, на нашу думку, зауваження Кернера: “Клімактеричний період кожна жінка переживає згідно з характером її статевого життя”. У межах психокорекційної бесіди з жінкою з клімактеричним синдромом варто переконати її, що клімакс не є тотожним ні з втратою привабливості, ні з відмовою чи обмеженням сексуального життя.

Хірургічні втручання у гінекології відрізняються від інших хірургічних втручань через особливо вразливе ставлення жінки до своїх статевих органів та сприймання нею видалення їх частини як порушення її особистісної цілісності і недоторканності саме як жінки, що призводить до формування неврозу. Гінекологічне хірургічне втручання також може впливати на сімейний або соціальний стан жінки. Робота медичного психолога повинна бути скерована на забезпечення можливості подальшого сімейного та статевого життя.

Функціональні розлади овуляції

У клініці гінекології трапляються подружні пари, які, незважаючи на повне здоров'я обох партнерів, не можуть зачати дитину. Однією з причин виступає психосоматична стерильність жінки – *функціональні розлади овуляції*, що виникають у структурі депресії за відсутності морфологічних чи біохімічних причин внаслідок порушення регулюючої функції гіпоталамо-гіпофізарної системи. Іншою причиною стерильності стає *психогенний спазм маткових труб*, тобто неможливість заплідненої яйцеклітини внаслідок підвищеного м'язового тону матки імплантуватися. Психологи вважають, що саме цей психосоматичний розлад, зумовлений зростанням афективного напруження в очікуванні викидня або інших патологічних проблем перебігу вагітності, є при-

чиною більшості спонтанних абортів. Для успішного запліднення і виношування дитини необхідно знизити рівень тривожності жінки і допомогти їй позбутися страху невдачі.

Про психогенний характер такої стерильності свідчить можливість чоловіком зачати дитину з будь-якою іншою жінкою. Goldschmidt виокремив дві найбільш поширені особистісні характеристики жінок із психосоматичною стерильністю: перші – психічно незрілі інфантильні жінки, які почувають себе дітьми власних чоловіків, а другі – самостійні жінки, які прагнуть незалежності та підсвідомо уникають відповідальності за іншу істоту.

Говорячи про підсвідоме небажання жінки завагітніти, принагідно згадаємо про свідоме уникання вагітності та приймання протизаплідних засобів. Будь-які протизаплідні засоби мають низку побічних ефектів: пригніченість настрою, депресивні маніфестації, нав'язливі страхи іпохондричного характеру (канцерофобія, страх безпліддя) та інші. Тому, працюючи з пацієнтками, у яких спостерігаються невротичні чи депресивні симптоми, з метою уникнення маніфестації психічного розладу слід рекомендувати їм альтернативні методи контрацепції.

Аборт і передчасні пологи

Вагітність – пологи – материнство – це послідовний процес формування жінкиматері, який умовно можна поділити на три етапи: перший – рухи плоду, перша розмова матері з майбутньою дитиною; другий – коли мати вперше бачить новонародженого, третій – годування. На кожному з них психічні фактори мають дуже вагомий вплив на здоров'я матері і дитини. Та у нашій країні значна частина вагітностей завершуються не народженням дитини, а абортom.

Аборти, як спонтанні (викидні), так і штучні (інструментальні), завжди серйозно впливають на психологічний і фізичний стан жінки. За даними гінекологів, 14-20 % всіх клінічно діагностованих вагітностей закінчуються спонтанними абортами, а їхня загальна кількість ще більша. Оскільки більшість спонтанних абортів відбувається на ранніх термінах вагітності, протягом тривалого періоду наукові дослідження не враховували вплив психогенних

факторів. Зараз більшість клініцистів погоджуються з тим, що психогенні фактори відіграють певну роль у виникненні як поодиноких, так і звичних абортів. Причиною спонтанного абортів, ймовірно, можуть стати значні емоційні потрясіння: переляк, тривалі переживання, конфлікти; на користь цього твердження наводять приклади їх провокування викиднів, оснований на психологічному впливі, яке застосовують при небажаній вагітності у деяких малоцивілізованих народів. Однак деякі гінекологи не погоджуються з таким твердженням, вважаючи, що у соматично здорової жінки аборт внаслідок впливу психотравмуючих факторів не відбувається.

Аборт для жінки завжди пов'язаний з відчуттям болю та втрати, яку не можна повернути; загибель дитини, яку деякі люди взагалі не вважають за особистість, а трактують як плід, не отримує адекватного переживання, оплакування і прощання, що часто зумовлює виникнення стану депресії. При цьому з'являються туга, втрата апетиту, розлади сну, агресивність щодо сексуального партнера, вагітних жінок, матерів, лікарів, які зробили аборт, а за відсутності лікування – суїцидальні спроби. Жінка після абортів завжди сумнівається, чи зможе вона зберегти наступну дитину або вберегти від смерті власних дітей. Особливо часто такі розлади формуються після штучних абортів. Їх формуванню, звичайно, сприяють і різкі нейроендокринні та метаболічні зміни, які протягом короткого періоду відбуваються у жінки двічі: вперше – при вагітності, а вдруге – після абортів.

Спонтанні аборти, особливо повторні, досить загрозливі щодо формування неврозу, тривалої депресії, а також надцінних ідей вагітності, які можуть призвести до виникнення хибної вагітності.

Синдром хибної вагітності

Функціональна психогенна аменорея у жінок відома як психічний розлад дуже давно і формується зазвичай у жінок, одержимих бажанням народити дитину. Незважаючи на дуже невелику кількість пацієнок, у яких спостерігали даний розлад, він як жодне інше психосоматичне порушення підтверджує вплив психіки людини на її тіло. Після тривалого періоду стійкого зниження на-

строю, зумовленого безперервними думками про бажання завагітніти та народити дитину, у жінки встановлюється стійка аменорея, яку сама жінка, намагаючись трактувати як очікувану вагітність, “підкріплює” іншими ознаками. У таких хворих збільшується об’єм живота, нагрубають молочні залози, виділяється молозиво, з’являються неприємні відчуття в животі та попереку, нудота, блювання, з’являються характерні смуги на животі. Спостерігались випадки, коли на психогенній основі виникають такі явища, як зміна в розташуванні діафрагми, в її рухах, в тонусі м’язів живота (ослаблення прямих м’язів, скорочення поперечних м’язів, лордоз хребта). За відсутності адекватного психіатричного лікування хибна вагітність може тривати місяцями і навіть роками і закінчуватися уявними пологами без новонародженого. Найбільш відомий історичний випадок хибної вагітності з уявними пологами без новонародженого спостерігали у англійської королеви Марії Тюдор (1516–58). Хибна вагітність частіше спостерігається у самотніх жінок середнього віку, однак поширення версії про вагітність може бути пов’язане з намаганням вирішення соціальних конфліктів і шантажем.

Психокорекційна допомога таким жінкам дуже складна і малорезультативна. Тривале застосування методів арт-терапії, психодрами, тілесно-орієнтованої терапії, танцювальної терапії у поєднанні з медикаментозним лікуванням з часом може дати позитивні результати.

Психогенні геніталгії та парестезії – симптоми гіперестезії, які дуже часто супроводжують перебіг депресії та астенії. Гінекологи відзначають їх майже у половини своїх пацієнок і називають неврозом гінекологічних хворих. Відчуття свербіння, печіння, поколювання або заніміння в ділянці піхви викликають занепокоєння, напруженість, за якими найчастіше приховуються страх, конфлікти, почуття провини, пов’язані з неможливістю отримати сексуальне задоволення без мастурбації. Намагаючись позбутися цих проявів, жінки припиняють мастурбації, що призводить до застійних явищ в органах малого таза і зовнішніх статевих органів, які нарастають під впливом психологічного стресу.

Іншою причиною занепокоєння пацієнток можуть стати рясні виділення, т. зв. “лібідний флуор”, що з’являються в результаті сексуального незадоволення або після еротичних снів, які супроводжувалися мастурбацією. Поява таких виділень часто зумовлює іпохондричні страхи наявності раку або статевих хвороб.

4.5.3. Психологічні складові педіатрії

Психосоматичні розлади у дітей багато в чому нагадують психосоматичні розлади у дорослих. У першу чергу це стосується захворювань серцево-судинної, травної систем та органів дихання.

Та водночас у групу дитячих психосоматичних розладів входять такі поведінкові та емоційні розлади: розлади поведінки, емоційні розлади, специфічні для дитячого віку, розлади соціального функціонування, нервові тики і, звичайно, гіперкінетичні розлади.

Якщо звернутися до історії педіатрії, то можна зауважити, що до початку ХІХ ст. найбільша увага у лікуванні дітей приділялася інфекційним хворобам. На початку ХХ ст. клініцисти значно розширили межі нозологічних одиниць у педіатрії. Тоді ж відомий педіатр Черні зауважив, що в результаті взаємного впливу фізичних та психічних факторів (у тому числі загрозливих психологічних впливів, помилок виховання) у дітей почали діагностувати “нові” захворювання.

Працюючи з дитиною, хворою чи здоровою, завжди треба брати до уваги ступінь розвитку дитини. Підходи до немовлят, до дітей дошкільного, шкільного віку, підлітків відрізняються між собою. З точки зору лікування необхідно знати, чи відповідає ступінь розвитку дитини її віку. Частим явищем, яке супроводжує дитячі хвороби, є не тільки зупинка в розвитку, але й повернення до більш ранніх стадій.

Доцільно зупинитися на проблемі гострих і хронічних захворювань у дітей. *Гостре захворювання*, особливо в легкій формі, часто переноситься дитиною вдома, у звичному для неї середовищі. В таких випадках воно не викликає особливих психологічних проблем. Легка застуда, розлад шлунка, як правило, розпі-

знаються самими батьками, які швидко заспокоюються, якщо їх думка співпала з думкою лікаря. У серйозніших випадках занепокоєність батьків, їх страхи і часом істерична реакція ставлять перед лікарем багато психологічних завдань, які треба вирішувати.

При *хронічному захворюванні* дитини багато залежить від характеру самого захворювання. Повідомлення про важку хворобу дитини, саме усвідомлення її тривалості і хронічного характеру може викликати у батьків хворобливі реакції. Тривалі хвороби дітей зумовлюють у батьків різноманітні емоційні вибухи: плач, відчай, агресивність. У них також може виникнути почуття провини, коли батьки говорять, що погано доглядали дитину, не приділяли їй достатньо уваги. Важливим у такій ситуації є прийняття батьками самого факту захворювання і допомога всій родині пристосуватися до нелегкого життя – це робить терпимими навіть найважчі стани.

Захворювання органів травлення – найбільш поширене соматичне захворювання у дітей та підлітків. На думку О. В. Мазуріна, значна частина цих захворювань є психосоматичними (вегетовісцеральними). Психіатричне обстеження цих дітей виявило зміни у психічному та моторному розвитку приблизно у 25 % дітей. Переважно розлади травлення виявлялися у вигляді порушень апетиту, диспепсичних розладів, блюванні, болях у животі, аерофагії, які супроводжувалися симптомами депресії. Для переважної більшості пацієнтів характерними були акцентуйовані риси характеру, невротичний розвиток особистості, затримка психічного розвитку та інші неврозо- та патопсихоподібні прояви.

Зважаючи на значний відсоток дітей, в основі хвороби яких лежать психічні розлади, слід звертати особливу увагу на психокорекційну та психотерапевтичну (в тому числі антидепресивну) допомогу, яка супроводжує симптоматичне лікування соматичного розладу.

Не менш частими захворюваннями у дітей є різноманітні *шкірні прояви*, які зазвичай виявляються свербінням (переважно у пахових складках та на згинах ліктів і колін), кропивницею, алергічними реакціями та екземою. Патопсихологічне дослідження ви-

явило афективні розлади різного ступеня вираженості практично в усіх пацієнтів. У більшості дітей вони мали форму субдепресивних розладів або дистимії, а також тривожної та астеничної депресії. Науковці вказують на психогенний характер розладів, який підтверджується позитивними результатами, отриманими при застосуванні седативних препаратів, антидепресантів та психокорекційних методик, особливо у пацієнтів з акцентуаціями характеру.

Розлади серцево-судинної системи у дітей у більшості випадків представлені кардіалгіями, які часто виступають у поєднанні з міалгіями, артралгіями і абдоміналгіями. Окрім того, у дітей часто спостерігають васкулярний тип вегетосудинної дистонії у вигляді нестійкого короткотривалого незначного підвищення артеріального тиску, яке супроводжується запамороченням, носовими кровотечами, нудотою. У деяких пацієнтів відзначають коливання артеріального тиску з незначними амплітудами підвищення та зниження. На підставі психіатричних досліджень вдалося з'ясувати, що зазвичай у дітей із серцево-судинною патологією відзначаються афективні розлади (переважно у вигляді депресії різного рівня вираженості). У лікуванні таких пацієнтів разом із застосуванням симптоматичної терапії доцільне застосування психокорекційних та психотерапевтичних технік та використання антидепресантів, ноотропів, транквілізаторів, а в окремих випадках – і нейролептиків.

Респіраторні порушення у дітей, що мають психологічне підґрунтя, зустрічаються не так часто, як у дорослих. Однак діти шкільного віку досить часто скаржаться на відчуття нестачі повітря, утруднення вдиху, покашлювання, “клубок в горлі”, задишку. При цьому діти відчувають страх смерті, боячись задихнутися. Приступи психогенної задишки у дітей нагадують приступи бронхіальної астми і часто педіатрами діагностуються саме як соматичний розлад. Однак при психогенному походженні задишки застосування симптоматичного лікування не дає бажаного результату, і кожен наступний приступ задишки у дитини психологічно сприймається нею важче, ніж попередні. Серед опосередкованих діагностичних критеріїв слід звертати увагу на наявність у дитини

інших психосоматичних розладів, таких як дискінезія жовчовивідних шляхів, гастродуоденіт, панкреатит або наявність шкірних алергічних реакцій чи рухових розладів у вигляді тиків або гіперкінезів. Психологічне обстеження пацієнтів з психосоматичними розладами дихання виявило у них низький рівень адаптованості до стресових ситуацій, неадекватний рівень самооцінки (внаслідок гіперопіки та обожнювання батьками, що суперечить оцінці та ставленню оточення). Оскільки в основі виникнення розладу зазвичай лежить астенична депресія, лікування передбачає поєднання симптоматичних препаратів з застосуванням антидепресантів, що мають слабо виражений седативний ефект, та препаратів, що мають активізуючу дію.

Поведінкові та емоційні розлади

Окрему групу психічних розладів у дітей складають поведінкові та емоційні розлади.

Гіперкінетичний розлад (F90) – це група психічних розладів, яка виявляється надмірною активністю поведінки дитини, що супроводжується неухильною та браком наполегливості у виконанні та особливо завершенні поставлених задач. Розлад зазвичай виникає приблизно у п'ятирічному віці. Серед пацієнтів частіше зустрічаються хлопчики. Схильність дитини полишати незавершеною одну діяльність і починати іншу, надмірна активність, небажання докладати когнітивних зусиль до виконання поставлених завдань призводять до незадовільного опанування новими знаннями (особливо читанням) та спричиняє часті скарги дорослих на “некерованість” дитини, які відзначаються і не менше ніж у двох різних ситуаціях (дім, школа, повсякденні стосунки). Діти з гіперкінетичними розладами часто виявляють схильність до невважливості, асоціальної або навіть небезпечної поведінки. Діагноз ставлять на підставі гіперактивності та порушень уваги, що утримуються протягом досить тривалого часу.

Розлади поведінки (F91) – психічний розлад, що характеризується стійкими повторюваними порушеннями поведінки, які виявляються в асоціальних, небезпечних, агресивних, руйнівних та інших вчинках, не притаманних вікові дитини та небезпечних як

для неї самої, так і для оточення. Загалом, поведінка дитини не відповідає актуальній ситуації, ставленню до неї, суперечить побажанням, очікуванням та емоціям оточення. Діти з розладами поведінки часто потрапляють у поле зору співробітників правоохоронних органів.

Серед розладів поведінки виокремлюють несоціалізовані (F91.1) і соціалізовані (F91.2). При соціалізованих розладах виявляється стійка агресивна поведінка, що відзначається у дітей, які достатньо інтегровані у групах ровесників (переважно делінквентного характеру), але не можуть перебувати в адекватних контактах з дорослими та в інших групах ровесників. Несоціалізовані розлади поведінки характеризуються стійкою асоціальною і агресивною поведінкою, що погано поєднується з груповою приналежністю.

Емоційні розлади з початком, специфічним для дитячого віку (F93), можуть виступати предметом зацікавлення медичних психологів та психотерапевтів у зв'язку з частими зверненнями до них батьків, діти яких страждають на фобійні тривожні розлади, соціальні тривожні розлади та інші емоційні розлади. При фобійних тривожних розладах у дитини постійно і/або періодично виникають приступи страху, який, хоча і відповідає їх віковому рівню і пов'язаний з наявними соціальними умовами, значно перевищує адекватний рівень. Соціальні тривожні розлади виявляються постійною тривогою, що з'являється у дитини при соціальних контактах з будь-якими незнайомими людьми і призводить до порушення соціального функціонування. У зв'язку з обмеженістю соціальних контактів дітей дошкільного віку про наявність даного розладу можна говорити тільки у дітей після шести років.

Група психічних розладів, що починаються в дитячому віці, не обумовлені конституціонально та змінами адекватних умов середовища або позбавлені сприятливого впливу соціуму і поширюються на усі сфери психічного функціонування дитини в МКХ-10, об'єднана в рубрику "Розлади соціального функціонування з початком, специфічним для дитячого і підліткового віку (F94)".

Елективний мутизм (F94.0) – психічний розлад, що полягає у стійкому небажанні розмовляти у певній (або у кількох) соціа-

льних ситуаціях. Розлад спостерігають у дітей, які розуміють мову і самі вміють розмовляти, та, ймовірно, в результаті гіперопіки або психічної травми, відмовляються це робити. У деяких дітей також зазвичай відзначають затримку початку мовленнєвої активності, порушення артикуляції, зміни настрою з ознаками агресивності, схильність до компульсивних дій, а також енурез і енкопрез. Більшість дітей розмовляють з рідними та близькими знайомими, але стійко мовчать при зустрічі незнайомих або у великих групах ровесників (дитячий садочок, школа). Застосування сімейної, поведінкової та індивідуальної психокорекції та психотерапії зазвичай дає стійкий позитивний ефект.

Тикозні розлади (F95) – мимовільні стереотипні неритмічні моторні рухи або звуки, які несподівано виникають у дітей, в котрих відсутні неврологічні розлади, багаторазово повторюються і не піддаються цілеспрямованому керуванню, хоча у деяких випадках пацієнт може пригнічувати їх за певних умов. При розвитку хвороби дитина може свідомо їх викликати або пригнічувати. Тики можуть виявлятися як у вигляді ізольованого розладу, так і у поєднанні з симптомами нав'язливості або іпохондрії. *Прості тики* виявляються у кліпанні, посмикуванні повіки, шиї, плечей або носа; у покашлюванні, шмиганні носом, пирханні тощо. *Складні тики-* дотики до себе та різних предметів, жестикуляція, присідання; повторення певних слів або звуків (палілалія), лайка (копролалія) та ін.

Походження розладу пов'язане з порушеннями нейрохімічної регуляції ЦНС, має генетичний характер та може виникати після черепно-мозкової травми, психотравми або стресу.

Найчастіше тики виявляються у формі *транзиторного тикового розладу* і спостерігаються майже у чверті усіх дітей: кліпання, посмикування голови, покусання губ, випинання нижньої щелепи, обертання голови, а також смикання пальців, стискання руки в кулак, смикання ногами, гикавка, позіхання, прокашлювання. Розлад виникає зазвичай в результаті впливу психогенних чинників, у багатьох дітей припиняється спонтанно (особливо за умови ігнорування тиків), піддається лікуванню за допомогою поведінкової психотерапії.

При *хронічному руховому або голосовому тикозному розладі* спостерігають множинні тики, які з'являються почергово майже щоденно і багаторазово. Тривала поведінкова психотерапія діє стійкий позитивний ефект.

Складніший клінічний перебіг спостерігається при *синдромі де ля Туретта*- комбінованому голосовому та множинному тикозному розладі, який має чітку генетичну схильність та виникає внаслідок дифузних порушень функціональної активності у базальних ядрах та лобних частках мозку. Різноманітні голосові та рухові тики виникають у дитини щоденно кількаразово, постійно змінюючи свою локалізацію та інтенсивність. Розлад призводить до підвищення рівня тривожності, агресивності та затримки розвитку дитини. Рекомендована тривала групова, сімейна, поведінкова та індивідуальна психотерапія у поєднанні з застосуванням нейролептиків.

Серед *інших емоційних розладів і розладів поведінки, що переважно починаються у дитячому і підлітковому віці* (F98), в першу чергу варто пам'ятати про *неорганічний енурез*, який виявляється у мимовільному сечовипусканні, не пов'язаному з органічними розладами, та втратою контролю за функцією випороження. Виникнення розладу ймовірно залежить від когнітивних функцій, генетичної схильності та впливу психічної травми. Хворіють переважно хлопчики, у дівчаток частіше відзначають денний енурез. Хвороба призводить до формування у дитини заниженої самооцінки, соціальної ізоляції та міжособистісних конфліктів. Терапія меліпраміном, ретельне дотримання гігієнічних вимог, режиму сну та споживання рідини у поєднанні з поведінковою психотерапією дають позитивний ефект у половині випадків. У деяких пацієнтів розлад минає у юнацькому віці спонтанно.

Подібний за етіологією та перебігом *неорганічний енкопрез*, який виявляється у нетриманні калу у поєднанні з труднощами концентрації та утримування уваги, гіперактивністю, розсіяною увагою, іншими емоційними та поведінковими розладами. Інколи розлад можна пов'язати з регресивним розвитком в результаті сильного психотравмуючого чинника або з неспроможністю та не-

бажанням дитини дотримуватися усталених соціальних норм поведінки. Сімейна, групова та індивідуальна психотерапія у поєднанні з прищепленням гігієнічних навичок у більшості випадків дає швидкий позитивний ефект.

На відміну від двох попередніх розладів, які формуються переважно у 4-6-річному віці, *розлад харчування у ранньому дитинстві* можна спостерігати у дітей починаючи з 3-місячного віку. Розлад виявляється у соматично здорових немовлят у постійній відмові від їжі, зригуванні, зниженні маси тіла. Походження розладу в першу чергу пов'язують з порушенням стосунків між матір'ю і дитиною, що виникає при нестачі емоційного задоволення дитиною. У дітей, старших за один рік, та у дорослих розлад опосередковано вказує на розумову відсталість. Лікування скероване на подолання ускладнень розладу – дистрофії та зневоднення – у поєднанні з сімейною та індивідуальною психотерапією матері можуть давати позитивний ефект. Однак смертність дітей з розладом харчування становить 25 %.

Майже третина дітей віком до шести років хоча б одноразово виявляла симптоми *поїдання неїстівного (пика)*. Однак коли дитина виявляє стійке прагнення до споживання землі, фарби, фекалій, паперу, волосся та інших неїстівних речовин, які вона вже куштувала і переконалася у їхній непридатності до їжі, свідчить про наявність психічного розладу. Переважно розлад виступає як симптом аутизму, шизофренії, олігофренії чи синдрому Кляйна – Левіна. У випадку ізольованого симптому його походження пов'язують з розладами взаємин матері з дитиною, яка намагається у спотвореній формі задовольнити оральну потребу, або про нестачу певних компонентів харчування (крейду їдять при дефіциті кальцію). Сімейна психотерапія, покликана спонукати батьків приділяти дитині більше уваги та задовольняти її емоційні потреби, корегуюча терапія з позитивним підкріпленням, зрідка – негативне підкріплення зазвичай дають стійкий позитивний ефект.

Емоційний розлад, з яким найчастіше батьки хворої дитини звертаються не лише до лікарів, а й до медичних психологів – заї-

кання, виявляється у повторенні і/або пролонгації окремих звуків чи цілих складів, слів. Щодо походження розладу єдиної думки не існує. Фізіологи вважають, що розлад виникає внаслідок порушення спеціалізації мовленнєвих функцій, психологи – що він пов'язаний з незадоволеними потребами, виникає під впливом стресових факторів та підкріплюється повтореннями, кібернетики – порушенням зворотного зв'язку в автоматичному процесі мовлення. Розлад починається з кількаразового повторення перших звуків або складів речення, згодом посилюється і виявляється при намаганні вимовити особливо важливі слова (іменники, дієслова, прикметники) чи у присутності значущих інших. Починаючись у дошкільному віці, заїкання може або повністю припинитися, або посилитися з віком і у підлітковому та дорослому віці призводити до фрустрації, тривожності, репресивності, а також вимушеної заміни “складних” слів, уникання спілкування та нападів балакучості. Психотерапевтичне лікування (окрім гіпнотерапії) неефективне. Позитивний ефект дають психокорекційні методики, скеровані на відволікання уваги та релаксацію, який переважно є нестійким, і приступи заїкання повторюються при значних емоційних та психічних навантаженнях.

Мовлення захлинаючись виявляється у порушенні його швидкості та ритму, що може робити його незрозумілим для оточення. У мовленні відзначають безладні неправильно складені фрази, які особливо помітні при сильному психоемоційному реагуванні. Причини формування розладу невідомі, однак те, що вони часто супроводжуються емоційними розладами та корелюють із психотравмуючими ситуаціями, дає підстави думати про психогенну природу розладу. Фрустрація, тривожність, репресивність, порушення соціальної адаптації потребують застосування методів сімейної психотерапії, хоча у більшості випадків розлад спонтанно минає у старшому підлітковому та юнацькому віці.

В окрему групу психічних розладів у дітей об'єднані **патологічні звичні дії**. Зважаючи на те, що ці розлади досить поширені, часто можуть призводити до появи косметичних дефектів чи порушень соціальної адаптації, а також у зв'язку з імовірним впли-

вом на їх формування патопсихологічних чинників, у групу включають: яктацію, оніхофагію, трихотиломанію, смоктання пальців і/або язика та деякі стереотипії у дітей.

Трихотиломанію (нав'язливе прагнення висмикувати власне волосся) (F63.3) розглядають як один із варіантів аутоагресії, розлад імпульсів (компульсію), що ґрунтується на приховуваній тривожності або депресії. Хворі відчують нездоланну потребу торкатися до свого волосся (в т.ч. брів та вій), висмикувати їх і роздряпувати шкіру, вкриту волоссям (Keuthen; Christenson, McKenzie). Перед висмикуванням волосся у дитини відзначається виражена напруженість, яка зникає після висмикування. Від дерматологічних захворювань (наприклад, алопеції) трихотиломанія відрізняється відсутністю зони нестабільності росту волосся (при слабкому посмикуванні поряд із зоною ураження волосся не випадає) і тим, що зона ураження завжди знаходиться в межах легкої досяжності доміантної руки. Неусвідомлюване прагнення торкатися волосся, накручувати його на пальці або олівці, що з'являється у моменти відволікання дитини, вказують на схильність до трихотиломанії. Психологи як причину або провокуючий фактор розвитку розладу вказують на вчинки батьків: знущання, побої та приниження дитини, завищені вимоги, перестимуляцію, а також на пияцтво батьків, сварки в сім'ї, розлучення або повторне одруження батьків, переїзд, смерть значущих близьких, народження іншої дитини тощо.

Розлад частіше формується у дівчаток, часто поєднується з оніхофагією. У деяких пацієнтів – продовжується у дорослому віці.

Трихотиломанія може минати спонтанно за умови усунення основного психотравмуючого фактора, а також у юнацькому віці, коли молода людина змінює своє ставлення до нього і зменшує емоційне залучення. Розлад загалом погано піддається лікуванню, показане застосування транквілізаторів та антидепресантів у поєднанні з поведінковою психотерапією, психоаналізом.

Оніхофагію (обгризання нігтів) розглядають як один із різновидів розладів харчування – поїдання неїстівних речей – або як

аномальну поведінку при розладі потягів, що виявляється у специфічних звичних рухах. Разом із *яктацією* (розгойдування тулуба та похитування головою) та *смоктанням пальця, язика* оніофагія є своєрідним рудиментарним непатологічним прообразом патологічних розладів: органічних уражень головного мозку, депресії, шизофренії, неврастенії. Усі ці звичні дії виконують роль компенсаторного фактора, що забезпечує дитині досягнення комфорту внаслідок тактильного контакту, а у немовлят сприяє засинанню (в першу чергу розгойдування тулубом та смоктання пальця або язика). Хоча формуються розлади зазвичай на тлі органічної церебральної недостатності та конституціональної схильності, безпосереднім приводом для їх виявлення стають психогенії. Психотравмуючими факторами, що передують формуванню патологічних звичних дій, є: емоційна депривація, розлука з матір'ю, сенсорна депривація, конфлікти в оточенні дитини. Варто відзначити й певні особистісні особливості дітей з патологічними звичними діями: млявість, байдужість, боязливість, плаксивість, що поєднуються з: агресивністю, впертістю, конфліктністю, схильністю до істеричних поведінкових реакцій.

Часті патологічні звичні дії (крім трихотиломанії) спостерігають у дітей із затримкою психічного розвитку, а також у вихованців дитячих будинків або у дітей, позбавлених батьківської опіки, догляду та ласки. З віком виявлення (особливо публічне) патологічних звичних дій стає контрольованим і маніфестує лише за умови значного психотравмуючого впливу. Самі ж розлади ймовірно набувають інших форм патологічних розладів поведінки.

4.5.4. Психологічні складові терапії

У терапії дуже часто доводиться зустрічатися з впливом психологічних факторів та формування психогенних розладів. Видатні терапевти, усвідомлюючи значення впливу психологічних факторів, сприяли розвитку різнобічного підходу до хворого, відповідної поведінки. Зараз для більшості терапевтів стало постулатом, що всі їхні знання, поведінка в процесі лікувальної діяльності, та й саме лікування, будуть незадовільними, якщо в основу

всього цього не буде закладене цілісне розуміння людського організму у всій складності його фізичних і психічних проявів. Про яке б захворювання не йшлося, по-справжньому глибоко зрозуміти його можливо, лише враховуючи всі психічні та фізичні прояви особистості, а також їх зв'язок з конкретними життєвими умовами.

Психосоматичні розлади серцево-судинної системи

Найчастішою скаргою, з якою пацієнти звертаються до терапевтів, є болі в ділянці серця. Зважаючи на те, що ці скарги можуть вказувати на прояви різноманітних захворювань, “кардіологічний синдром” досліджує значна кількість фахівців – і терапевтів, і психіатрів, і психологів. Однак і на сьогодні відсутній єдиний погляд на механізм розвитку даного феномену (В. І. Маколкін, R. Melzak, О. Ю. Майчук). Проте, більшість фахівців вважає, що виникнення і сприймання болю є процесом багатофакторним і багаторівневим, адже сприймання больових відчуттів залежить не лише від стимулу рецептора, а й від рівня нейровегетативної регуляції, емоційної й когнітивної сфери, від стану власне сприймаючого центру болю. Визнана науковцями концепція Karoly достатньо повно і різнобічно описує механізми формування болю. Згідно з цією концепцією автор виокремлює шість рівнів формування болю: I – чуттєвий (сприймання, соматична перцепція), II – нейрофізіологічний (автономно-біохімічний), III – афективно-мотиваційний, IV – поведінковий (вербально-моторний), V – інтегрально-персональний, VI – інформаційнопроцесуальний (централізований контроль). Заслуговує уваги також модель формування болю, запропонована Levental, згідно з якою у виникненні та формуванні механізму болю провідну роль відіграє центральний механізм, а не чуттєвий компонент. Саме цим автор пояснює відчуття болю, що виникає при соматоформних розладах та при фантомних болях.

Судинна дистонія під назвою синдрому Да Кости вперше описана ще в кінці XIX ст. лікарями Да Костою та Мак-Ліаном як розлад, що виникає внаслідок стресу і виявляється надмірною втомою, запамороченням, втратами свідомості, тахікардією, кар-

діалгією, систолічним шумом на верхівці серця, екстрасистолією, а також нетривалими втратами зору, ортостатичними розладами. Спершу розлад пов'язували зі значними психоемоційними перенавантаженнями, однак вже на початку ХХ ст. П. Вайт та Т. Джонс спостерігали його у 10 % всіх пацієнтів із серцево-судинною патологією, а Т. Левіс – у людей з вираженими невротичними ознаками. П. Вуд запропонував цей розлад розглядати як емоційну реакцію психопатичної особистості (невроз тривоги).

Про психопатологічну природу розладу свідчить обов'язкова наявність у пацієнтів транзиторної гіпер- або гіпотензії (резистентної до терапії), зниження сенсорного сприймання, зміна особистості пацієнта (обмеження професійної та соціальної активності, високий рівень тривожності за ймовірні небезпеки щодо своїх близьких та себе самого, схильність до іпохондрії), ознаки дистимії або депресії, а також вегетативна симптоматика. За даними С. Morris, симптомокомплекс, що відповідає поняттю синдрому Да Коста, відзначають у 21 % усіх людей та у 56 % терапевтичних пацієнтів.

Психогенна артеріальна гіпотензія

До групи психосоматичних розладів серцево-судинної системи входить патологічна гіпотензія. Особливий інтерес викликають гіпотонічні кризи, що виникають на тлі вираженої астенизації після тривалих хронічних захворювань або в результаті стресу чи психотравми. Синкопальні епізоди, які часто спостерігаються у вигляді короткотривалої втрати свідомості як у побуті, так і під час лікування та обстеження пацієнтів, не стають об'єктом дослідження медичної психології, але можуть виступати як провісники патологічної хронічної артеріальної гіпотензії.

Хронічна психогенна гіпотензія зазвичай формується у астеничних особистостей (переважно у жінок середнього віку), які ведуть малорухливий спосіб життя, педантичні та схильні до надмірного рефлексування. Загальні скарги при хронічній гіпотензії: різноманітні розлади сну, відчуття постійної втоми, що не минає після відпочинку і сну, зниження здатності до концентрації уваги, розлади пам'яті тощо. Специфічні кардіальні скарги – на різного

виду та інтенсивності болі в ділянці серця, стійкі тривалі, резистентні до нітрогліцерину, суб'єктивне відчуття “серцебиття” або “випадіння” окремих серцевих ударів, задишка при мінімальному фізичному навантаженні, виражена пастозність або набряки гомілок і стоп, що з'являються наприкінці дня. Обов'язковими є такі церебральні симптоми, як запаморочення (особливо при незначному фізичному навантаженні, тривалому перебуванні у задушливому приміщенні), що супроводжуються вегетативними розладами і значною тривожністю, гіперчутливість до світла, звуку, дотиків, частий або постійний головний біль різноманітної інтенсивності, локалізації, характеру, резистентний до анальгетиків, який минає при необтяжливих фізичних вправах на свіжому повітрі, а також нерізко виражений латентний страх висоти та відкритих просторів, який може супроводжуватися втратою автоматизму ходи. Епігастральні симптоми: спотворення апетиту, печія, нудота, відрижка повітрям, діарея або закрепи.

Оскільки усі перелічені симптоми сприймаються як хворобливі не лише пацієнтами, а й лікарями загального профілю, діагноз зазвичай встановити досить складно, і проводиться лікування, скероване на купірування групи провідних симптомів.

Психогенна артеріальна гіпертензія

Психосоматичний розлад серцево-судинної системи у вигляді артеріальної гіпертензії – один з найбільш досліджених психологами та клініцистами, які погоджуються з залежністю між підвищенням артеріального тиску та характерологічними особливостями особистості пацієнта, що виявляється у: значній тривожності, підвищеній вразливості і збудливості, афективній нестійкості (особливо на фоні тривалої психотравмуючої ситуації), яка не знаходить емоційного виходу і не зменшується внаслідок позитивних переживань.

Г.Ф. Ланг виокремив основні патогенетичні фактори гіпертонічної хвороби:

- Психічна травматизація
- Постійна афективна напруженість
- Тривога і неспокій

- Пригнічення гніву та агресивних імпульсів
- Боротьба за визнання
- Підвищене почуття відповідальності та страх не справитись з дорученою справою
- Хронічний брак часу
- Відчуття необхідності, безперервного контролю зовнішніх проявів своїх почуттів. Серед преморбідних особливостей особистості, що призводять до розвитку лабільної артеріальної гіпертензії, особливо слід звертати увагу на виражену афективну нестійкість (нерідко на тлі тривалої психотравмуючої ситуації), тривожність, підвищену вразливість і збудливість, ригідність у викорененні неприємних вражень і обмежену здатність до переживання позитивних емоцій (схильність до песимізму, фобій і спастичних явищ, замкнутість, ворожість і підозрливість до оточення). Іпохондрична налаштованість зазвичай формується в емоційно нестабільних особистостях з тенденцією до надмірної фіксації на своєму здоров'ї. Порушення психічної сфери, що виявляється у: підвищеній дратівливості, надмірній чутливості щодо значущих зовнішніх подразників, швидкій втомлюваності, зниженні працездатності, розладах сну і схильності до вазоконстрикторних реакцій на різні подразники – чітко окреслюються ще в ініціальній стадії захворювання.

Дані спеціальних психологічних досліджень свідчать про те, що хворим з артеріальною гіпертензією притаманна переважно “споживча” поведінка, скерована лише на задоволення власних потреб. У той же час ці хворі відрізняються значно більшою пасивністю в досягненні своїх цілей і ймовірно більш низьким ступенем “самооцінки” порівняно зі здоровими людьми. Неможливість активно реалізувати свої претензії і необхідність постійно контролювати свою поведінку відповідно до вимог суспільства стають постійним джерелом емоційної напруженості хворого. Таким чином, визначений дефект у соціальному вихованні, що обумовлює однобічну, езопову орієнтацію особистості, являє собою, власне кажучи, один з дуже важливих факторів ризику артеріальної гіпертензії.

У розвитку артеріальної гіпертензії вирішальну роль відіграє постійна або періодична афективна напруженість з домінуючими ангіоспастичними явищами, що спричиняє підвищення загального периферичного опору. Тимчасове підвищення артеріального (переважно систолічного) тиску під впливом афективних переживань або раптовий різкий його підйом – гіпертонічний криз – безпосередньо після впливу психотравмуючих чинників, часто виникає не лише у клініці невротичних станів і стійкої артеріальної гіпертензії, а й у практично здорових людей. Наростаюча афективна напруженість на тлі соматогенної і психогенної астенії обумовлює нерідко трансформацію стійкої артеріальної гіпотензії в лабільну артеріальну гіпертензію, при якій починаються раптові і різкі перепади артеріального тиску, що переносяться особливо важко.

Серед скарг пацієнтів з артеріальною гіпертензією на перший план виступають скарги на головний біль, а також скарги на “неприємні відчуття в голові”, запаморочення, озноб, різке похолодіння та заніміння кінцівок, шум у вухах, фотопсії, брак повітря, біль в ділянці серця, що імітує напад стенокардії або інфаркт міокарда. На тлі тривожнотужливого настрою хворі відзначають неприємні та болісні відчуття в голові (тиск, постукування) і у всіх частинах тіла (стискання, оніміння, поколювання тощо). Характерно, що стійкість, поширеність і розмаїття цих алгій, що зберігаються в деяких хворих і при нормалізації артеріального тиску в процесі гіпотензивної терапії, дозволяють говорити про психогенний характер розладу. Постійний головний біль, який імовірно виникає внаслідок тривалого напруження м’язів обличчя та шії через необхідність постійного контролю над проявами власних емоцій, образи, ворожості до когось або незадоволених потреб, у хворих з психогенною артеріальною гіпертензією зникає при застосуванні транквілізаторів, що мають міорелаксуючі властивості, та рефлексотерапії.

Відомо, що в основі численних скарг хворих (давить, смикає, переливається та ін.) переважно є реальні відчуття, викликані судинними розладами, які самі хворі трактують згідно зі своїми уя-

вленнями про хворобу, та потреба в отриманні вторинної вигоди. Специфічні симптоми гіпертензії сприяють активізації фобій, які нерідко на ранніх етапах захворювання набувають виразного пароксизмального характеру і протікають за типом церебрально-судинних або гіпоталамічних кризів, що супроводжуються вітальним страхом, дифузійною тривогою, розгубленістю, почуттям пригніченості і туги, запамороченням, наростаючим головним болем, відчуттям браку повітря і “нудоти”, ознобу і похолодання кінцівок, а відтак – роблять уявлення про наближення смерті ще більш переконливим для хворого.

Психопатологічні прояви виявляються не лише у постійному, стійкому нездоланному страху смерті, а й можливих наслідків захворювання, в першу чергу паралічів, психічних розладів, безпорадності та залежності від оточення.

Усе це свідчить, що психогенна артеріальна гіпертензія за своїм походженням та перебігом наближена до неврозів з домінуючою вазоконстрикторною реакцією і повинна лікуватися в першу чергу з цієї позиції.

Психогенна ішемічна хвороба серця та інфаркт міокарда

Ішемічна хвороба серця (ІХС) виникає внаслідок звуження коронарних артерій, зумовленого їх ураженням атеросклеротичним процесом.

У літературі поширене поняття “коронарної особистості” (Ф. Данбар), яка відзначається агресивно-імпульсивною поведінкою, коли багато зусиль докладається для досягнення успіхів у професійній діяльності та визнання. М. Фрідман і Р. Росенман виокремили особистісні типи хворих на ІХС: • Тип А – ворожо-суперницький. До якого належать люди, які наполегливою працею намагаються досягти успіху, поставивши перед собою високі, але чіткі та досяжні цілі, водночас інтенсивно конкуруючи з колегами. Через неадекватну оцінку власних можливостей у їх професійній діяльності часто трапляються невдачі, які не лише пригнічують та засмучують їх, а й сприяють формуванню заниженої самооцінки не лише щодо власних професійних якостей, а й загалом до власної особистості. Ці люди потребують високої моторної ак-

тивності, вони рухливі, нетерплячі, при хворобі у таких пацієнтів виявляють значне підвищення в крові рівня холестерину, ліпопротеїдів, кортикостероїдів.

- Тип Б – пацієнти з ІХС, які теж прагнуть досягнення успіху у житті, але у досягненні своєї цілі не виявляють надмірної наполегливості та агресивності.

Отже, розвитку ішемічної хвороби серця сприяють такі особистісні характеристики людини: прагнення до значних професійних та статусних досягнень, тривалий період “недооцінювання” соціумом їхніх чеснот та досягнень, марнославство, занижена самооцінка, а також вираження акцентуацій характеру, що призводять до конфліктів та хронічного емоційного напруження. Оскільки тривале емоційне напруження призводить до істотної активізації фізіологічних та біохімічних процесів (гіперглікемія, гіперхолестеринемія, тромбоцитоз, прокоагулянтні зміни системи зсідання крові), при гіподинамії виникають умови для виникнення розладів геодинаміки, порушень метаболізму серця та судин, розвитку атеросклерозу, і як наслідок – артеріальної гіпертензії. Для пацієнтів з психогенною ІХС характерна дифузна тривожність, чіткий зв'язок між психоемоційним стресом та появою відчуття болю в ділянці серця, а також спонтанне різке покращення самопочуття в результаті усунення психотравмуючих факторів та задоволення основних потреб особистості.

На відміну від класичної ішемічної хвороби серця, яка характеризується гострими несподіваними короткотривалими приступами, що виникають внаслідок надмірного фізичного навантаження і купіруються нітрогліцерином та мають тенденцію до поступового погіршення стану пацієнта, при психогенній ІХС приступи поступово наростають після психоемоційного навантаження, тривають значно довше, не реагують на нітрогліцерин та не мають тенденції до посилення з часом.

Патофізіологічною основою порушень психічної діяльності при *інфаркті міокарда* є розлад мозкового кровообігу, який його супроводжує, кисневе голодування, яке супроводжує порушення серцевої діяльності і розлади дихання, розпад некротичних тка-

нин і надходження в кров токсичних продуктів. Особливе значення мають рефлекторні впливи больових імпульсів на центральну нервову систему, зумовлені порушенням функції вегетативної нервової системи. В картині порушень психічної діяльності велику роль відіграють психологічні компоненти, пов'язані з внутрішньою картиною хвороби у конкретного хворого.

Виокремлюють кілька етапів у розвитку цих порушень. Продромальний період характеризується відчуттям “неясної затуманеної голови”, нечіткістю сприйняття оточення, неможливістю зосередитися при розумовій діяльності, головним болем, запамороченням. В емоційній сфері – з'являються відчуття тривоги, небезпеки, туги, іноді ейфорія. Це симптоми, які сигналізують про наближення приступу та на які повинен звертати увагу сам пацієнт для того, щоб адекватно на них відреагувати і запобігти їх наростанню.

Основним виявом гострого періоду є больовий синдром, який досить часто супроводжується несвідомим страхом смерті. У такому стані хворі лежать непорушно, дещо відчужені від оточення, або тривожні, рухово неспокійні, метушливі, розгублені. Іноді такий стан наростає і хворі підскакують з ліжка, ходять, говорять, незважаючи на те, що розуміють небезпеку такої поведінки, але не можуть заспокоїтися і лягти. Спостерігається певна кореляційна залежність між локалізацією інфаркту міокарда і характером зміни психічної діяльності. При інфаркті задньої стінки міокарда спостерігається несвідомий страх смерті, тривога, туга. Ейфорія здебільшого супроводжує інфаркти передньої стінки, а також спостерігається при комбінованих ураженнях. Ейфорія завжди є ознакою важчого ураження серцевого м'яза і глибших психічних порушень. Це ускладнюється ще й тим, що такі хворі у зв'язку з неадекватною оцінкою свого стану порушують лікувальний режим, наражаючи себе на небезпеку.

Іноді в картині психічних розладів переважають апатія, адинамія. Такі хворі лежать спокійно, не скаржаться і не виявляють інтересу ні до чого. Всі інфарктні хворі страждають на порушення сну і часто бачать сновидіння, в яких відображаються психологіч-

ні конфлікти, що непокоять хворого. Таких хворих необхідно розпитувати не тільки про самопочуття, але й про переживання, хвилювання, настрій, сновидіння. Це дозволяє з'ясувати внутрішню картину хвороби і вплинути на неї.

Після закінчення гострого періоду починають наростати слабкість, дратівливість та інші ознаки астенії. Хворих дратує яскраве світло, шум, галас, тактильні контакти, медичні процедури. Астенічні прояви зберігаються на досить тривалий термін, можливе виникнення іпохондричної фіксації на минулих відчуттях, змінюється ставлення до больового синдрому. Після перенесеного інфаркту навіть незначні больові відчуття в ділянці серця викликають реакцію страху. У деяких хворих після інфаркту формується певний стиль поведінки: дотримання особливого щадного режиму, обов'язкове, але формальне дотримання приписів лікаря, обмеження кола своїх обов'язків, зосередження уваги на хворобі, наростає тривожність, знижується почуття товариськості та щирого ставлення до близьких, з'являється відвертий егоцентризм з акцентом інтересів на самому собі, на власному організмі та його функціях і, нарешті, підсилена з часом тенденція до пильного спостереження за своїм здоров'ям помітно збільшують імовірність формування іпохондричного розвитку особистості.

Усі особистісні зміни, які призвели до формування у пацієнта ІХС та інфаркту міокарда, після маніфестації хвороби різко посилюються, що у свою чергу призводить до погіршення соматичного стану – утворюється так звана “психосоматична спіраль”.

Разом із психогенними реакціями особистості на серцеві захворювання у хворих цієї категорії можуть спостерігатися неврозоподібні порушення, пов'язані з хворобливим процесом і зміною кровопостачання органів. Так, при вадах серця найчастіше відзначають неврастеноподібні стани, що супроводжуються підвищеною втомлюваністю при фізичних навантаженнях і психастенічними явищами. Першою ознакою психастенії є виснаження активної уваги, що під час бесіди з лікарем виявляється у реакціях роздратування, сльозливості, відмови від продовження розмови. При погіршенні соматичного стану хворого на зміну дратівливості і збудженню

приходять млявість і байдужість. Істотне значення мають порушення сну, який стає поверхневим, з частими прокиданнями і сновидіннями неприємного змісту. В деяких випадках спостерігається виникнення істероформних розладів, які при тривалому перебігу призводять до змін особистості. Для іпохондричних розладів при вадах серця типовим є стійкий сенестопатичний синдром.

Психосоматичні розлади органів дихання

Основною фізіологічною функцією, яку виконують органи дихання, є насичення крові киснем і підтримання кислотно-лужної рівноваги, що спільно з серцево-судинною діяльністю забезпечує реакції пристосування організму. Відомо, що респіраторні прояви є чи не основним способом вираження психоемоційного стану та переживань людини. Обмеження свободи люди ототожнюють з браком повітря, переляк, захоплення, збентеження – зі збільшенням частоти дихання, неможливість вербально виявити свої емоції – з відчуттям спазму в горлі. Отже, при психічній травмі, переляку, тривозі виникають виражені порушення дихання, які вказують на зміни внутрішнього стану людини, зумовлені психогенними чинниками. Навіть такі незначні респіраторні порушення, як зітхання, виникають при потребі людини виявити відчуття смутку та журби – зітхання на висоті вдиху або полегшення – на висоті видиху (E. Straus).

Про ймовірне формування психогенних розладів дихання свідчить синдром морської хвороби.

Психогенна задишка – найбільш поширений симптом респіраторних розладів, що виявляється у скаргах на брак повітря, потребу у глибоких вдихах, утруднений вдих і/або видих, сухий надричний кашель, сухість у горлі, запамороченні, обмеженості дихання через клубок у горлі та відчутті стиснення в грудях (т. зв. дихальний корсет), які виникають при незначних фізичних або емоційних навантаженнях. Водночас хворі відзначають неприємні відчуття та заніміння в кінцівках, спазми верхньої губи. Розлад переважно формується у дорослих людей молодого та середнього віку. Дослідження свідчать, що причиною появи психогенної задишки зазвичай стає надмірна тривожність.

Хворі часто переживають нездоланну потребу безпричинного збільшення частоти та глибини дихання, яке не лише не дає їм відчуття полегшення, а й супроводжується подальшою нетривалою затримкою дихання, яка неймовірно їх лякає та одразу стає об'єктом іпохондричної фіксації. Пацієнти відзначають зв'язок між появою задишки та зміною настрою, тривожними чи депресивними думками, особливо на тлі пригнічення, тривоги, страху (особливо страху смерті від задухи).

При нелікованому розладі спостерігається значне погіршення стану пацієнта. Розлад не піддається лікуванню за допомогою традиційних методів пульмонології, однак за умови адекватної психотерапії, яка призводить до нормалізації афективного статусу, повністю зникає.

Невротична бронхіальна астма. У значної частини хворих на бронхіальну астму при патопсихологічному та клінічному дослідженні діагностується т. зв. уявна невротична астма, яка клінічно імітує бронхіальну астму – відзначаються бронхоспазм, порушення секреції, набряк слизових оболонок, але завжди має психогенну, а не алергічну причину виникнення. На сьогодні немає єдиної точки зору щодо природи формування бронхіальної астми, адже активізувати макрофаги, що призведе до вивільнення медіаторів, які викличуть локальну реакцію у трахеобронхіальному дереві, можуть різні причини – і психологічні (стрес, психотравма), і вплив антигену. Однак зазвичай приводом до появи нападу стає страх пацієнта. На користь психогенного походження також свідчать раптові переходи від рівномірного до прискореного поверхневого дихання і навпаки, залежно від появи чи зникнення психотравмуючого фактора. Клінічно приступ невротичної бронхіальної астми виявляється у стійкій нестачі повітря з затрудненим видихом, але супроводжується специфічними “шумовими ефектами” (стогін, гикавка, зітхання) і завершується патологічною сонливістю і вимушеною гикавкою або позіханням.

Деякі науковці вважають, що астматичний стан виникає як умовнорефлекторна відповідь на подразники (стрес, страх, гнів, а також алергени, різкі запахи, інфекції). Інші вважають (Ф. Алек-

сандер), що він пов'язаний з внутрішнім конфліктом через брак материнської любові. До формування цього розладу більш схильні особистості, яких з дитинства примушували до оцінювання результатів власної діяльності та спонукали до пригнічення будь-яких прилюдних проявів власних емоцій, особливо негативних. Даний психотип особистості через страх “осоромитися”, постійне намагання приховати власну агресивність, зазвичай також схильний до формування сексуальних дисфункцій. Патопсихологічні дослідження хворих із невротичною астмою також свідчать про високий рівень репресивності, істеричності та низьку самооцінку, зниження соціальних контактів.

Психосоматичні розлади органів травлення

Загальноновизнаним фактом є те, що органи травлення майже завжди реагують на значні психоемоційні переживання особистості. Близько 80 % всіх диспепсичних розладів зумовлені емоційними розладами. Відомі експерименти І.П. Павлова підтверджують тісний зв'язок нервової системи і органів травлення. Немає необхідності підкреслювати, яке велике значення мають для психіки травлення і харчування. Розвиток дитини тісно пов'язаний з харчуванням материнським молоком, материнською турботою та доглядом. Для особистості певних людей характерні “особливі звички” щодо харчування. Відома роль чистоти, гігієни, естетичності для запобігання розладів травлення. У скаргах на дисфункцію шлунково-кишкового тракту у дорослої людини часто знаходять відображення наслідки шкідливих впливів, які мале місце ще в дитинстві. На ґрунті негативних психічних впливів можуть сформуватися важкі хронічні розлади ковтання, іноді виникає розширення стравоходу, яке потребує хірургічного втручання. Відчуття “*клубка в горлі*” виникає при ковтанні і характеризується відчуттям сухості, тиску, напруження.

На думку Аствацатурова М. І., причиною функціональних розладів травлення є не лише гострі або тривалі психотрамуючі ситуації, а й смуток, докори сумління, туга, страх, розчарування, нудьга.

Виразка дванадцятипалої кишки та шлунка. Ще 100 років тому Апсігаї вказав на тісний зв'язок між змінами в нервовій системі і виникненням виразки дванадцятипалої кишки. В сучасній літературі дослідники різних шкіл і напрямків надають значну роль властивостям особистості та різноманітним потрясінням в житті хворих у виникненні цієї хвороба. Так, наприклад, психічні фактори виявляють значний вплив на секрецію шлунку. Особливо часто доводиться зустрічатися з виразковою хворобою шлунку у депресивних хворих, а також у людей з вираженою тривожністю, егоцентризмом, тривожно-фобійним синдромом. І все ж стрес і надалі вважають основним етіологічним фактором у формуванні виразкової хвороби.

У численних наукових дослідженнях зроблені спроби виокремити окремі психологічні типи хворих з виразкою. Більшість авторів (Freyberger, Balint, Loch) виокремлюють гіперактивний і пасивний типи, які ґрунтуються на внутрішньому конфлікті, основаному на неможливості поєднати протилежні потреби – у залежності та страху виявити свою залежність. Пацієнти з пасивним типом задоволені своїм залежним становищем і бояться його втратити, а з гіперактивним – уникають залежності, намагаючись зробити залежними інших людей. Overbeck і Viebl пропонують п'ять типів хворих: перший – психічно здорові, у яких виразкова хвороби виникла при значній регресії “Я”; другий – хворі на невроз; третій – хворі з соціопатією, схильні до надмірної залежності; четвертий – психосоматичні хворі, які завжди на психотравми та психічні навантаження реагують соматично; п'ятий – нормопатичні хворі, у яких на тлі хронічного психічного стресу в результаті надмірної орієнтованості на “норму” поведінки формується виразка. Ми ж погоджуємося з твердженням Ф. Александера, що “виразкового типу особистості не існує”.

Найчастіше клінічна картина виразкової хвороби маскує приховану депресію, пов'язану з невідредагованою дитячою психотравмою.

Синдром подразнення товстої кишки. Особливої уваги заслуговує зв'язок між діяльністю кишечника і психічним станом

людини. Терміном “синдром подразненої товстої кишки”, запропонованим Н. Voskus, об’єднують такі розлади: функціональна діарея, нервова діарея, невроз товстої кишки, спастичний коліт та ін. За даними А. Б. Смулевича, синдром подразненої товстої кишки – найпоширеніший психосоматичний розлад, яким страждає кожен п’ятий мешканець планети. Водночас, за даними J. Richter, діагноз синдрому подразненої товстої кишки гастроентерологи ставлять 11 % своїх пацієнтів. Загалом можна зауважити певні спільні риси, притаманні пацієнтам із синдромом подразнення товстої кишки: ригідність, педантизм, схильність до фіксації на переживаннях неприємних ситуацій.

Синдром подразнення товстої кишки В. М. Мясіщев вважав маніфестацією тривожних і депресивних розладів, які супроводжуються вираженими вегетативними і алогічними розладами. Да Коста вказував на зв’язок між абдоміналгіями, діареєю та підвищеною тривожністю, патологічними страхами; це підтверджується тим, що у стресових ситуаціях разом з гастроентерологічною симптоматикою загострюється і психопатологічна. Існує багато спостережень психічних впливів на діяльність кишечника. Відомі експерименти, коли через свищ спостерігали за впливом різних емоційних подразнень на кровопостачання кишечника. Під впливом подразників стінка його червонішає, судини розширюються. Коліти психічної етіології супроводжуються діареєю, закрепками або тенезмами. Профузна діарея може бути спровокована переживанням страху.

Основними клінічними проявами синдрому подразнення товстої кишки є порушення її моторної функції та абдоміналгії. Порушення моторної функції виявляються у вигляді закрепів, діареї та чергуванням закрепів і діареї. У чутливих, сором’язливих людей почуття сорому може викликати тимчасові закрепи, як-от: закрепи у громадських місцях у молодих жінок, “дорожні закрепи”. Особливо важливо слідкувати за травленням у людей похилого віку, оскільки розлади дефекації можуть стати у них витоком різноманітних страхів і приводом для занепокоєння. Пацієнти з закрепками після дефекації мають відчуття неповного випорожнен-

ня. Психогенна діарея виявляється у вигляді частих рідких випорожнень, загальний об'єм яких не перевищує звичайний. Абдоміналії виявляються приступами спастичного болю, який може змінювати як локалізацію, так і інтенсивність.

Більшість пацієнтів адаптуються до розладу і не звертаються по лікування ні до гастроентерологів, ні до медичних психологів. Систематична робота з медичним психологом може допомогти пацієнтові позбутися патопсихологічних чинників, що призводять до формування розладу. Для пацієнтів із синдромом подразнення товстої кишки характерна перебільшена фіксація на діяльності травної системи, яка призводить до формування надцінного іпохондричного симптомокомплексу, що змушує їх кардинально змінювати режим життя та інтереси пацієнта. У таких випадках розлад може призвести не лише до соціальної дезадаптації, а й до інвалідазації пацієнта.

Розлади харчової поведінки. У групу поведінкових, пов'язаних з фізіологічними розладами і фізичними факторами, входять розлади прийому їжі, походження яких пов'язане з впливом психогенних чинників.

Нервова анорексія (F50.0) переважно виникає у дівчаток 12–18-річного віку, у яких відзначається порушення періоду ідентифікації або депресія пубертатного віку, та виявляється у свідомій відмові від прийому їжі та цілеспрямованих зусиллях, скерованих на схуднення (блювання, прийом послаблюючих препаратів, діуретиків, психостимуляторів, надмірні фізичні вправи). У зв'язку з формуванням надцінної ідеї загрози ожиріння, раціональне переконання у недоцільності та шкідливості подібних заходів не знаходить у них розуміння. Втрата ваги на 15 % більше за бажану та поява аменореї і затримка пубертатного розвитку переконливо свідчать на користь нервової анорексії. Патопсихологічне дослідження підтверджує у них зниження самооцінки та підвищену репресивність із суїцидальними тенденціями.

Позитивний результат дає антидепресивна терапія у поєднанні з транквілізаторами. Та лише за наявності ефективної психотера-

пії результат лікування вдається закріпити. Випадки повторної нервової анорексії складають близько 50 %.

Нервова булімія (F50.2) – етіологія розладу подібна до нервової анорексії, хоча у багатьох випадках виступає як захисна функція при підвищеній сексуальності. Пацієнти відзначають нездоланний потяг до їжі, задовольнивши який вони намагаються позбутися їжі за допомогою блювання, прийому послаблюючих препаратів, діуретиків, обмежень у їжі).

4.5.5. Психологічні складові дерматології

Ряд шкірних захворювань, таких як нейродерміт, псоріаз, екзема та ін., справедливо відносять до психосоматичних захворювань. Ще у ХІХ ст. Л. Кірн зауважив, що у багатьох хворих з афективними розладами з'являється висип на шкірі та свербіння. Л. Brocq і L. Jacquet встановили зв'язок між стресом та екземою. Розумінню механізму формування шкірних захворювань сприяли роботи П. К. Анохіна, котрий вважав, що затримати емоцію неможливо, а внаслідок тривалих негативних емоцій посилюється якийсь вегетативний шлях з появою гіпертензійного стану судин, спастичного стану кишечника або дерматозу. У свою чергу, хвороба сприяє виникненню негативних емоційних реакцій на самий факт її існування, на оточуючих, що ще більше підсилює висип. В основі більшості шкірних захворювань лежить важкий стрес і/або прихована депресія.

Психологічна реакція хворих, які мають захворювання шкіри, зумовлена поширеністю і характером ураження (відкриті ділянки: обличчя, тіло), впливом на професійну діяльність, преморбідними особливостями особистості. У хворих з ураженням відкритих частин тіла відзначається гіпернозогнозична реакція. Вони стають несміливими, сором'язливими, скутими. Можуть виникати надцінні ідеї поведінки під час перебування в громадських місцях. При хронічному перебігу нейродерміту, екземи, псоріазу спостерігається патологічний розвиток особистості: закріплюється схильність до істеричних реакцій, тривожності, депресії; з'являється замкнутість, сором'язливість, сенситивність, непевність у собі.

Такі хворі згодні на будь-які процедури та лікувальні заходи, щоб позбутися хвороби. Довге очікування процедури зазвичай викликає погіршення стану. Деякі пацієнти стають дратівливими, демонструють реакції протесту та вибуховість. Може відзначатися загострення інших патохарактерологічних рис. В їхньому виникненні не останню роль відіграє свербіння, яке посилюється вночі і не дає хворому спати. Найбільш виразні реакції на шкірні захворювання спостерігаються у підлітків. Вони призводять до депресивних станів, неадекватних характеру ураження, але сприймаються як катастрофа всіх планів та сподівань.

До складу психогенних шкірних захворювань психологи зараховують розлади, виникнення та перебіг яких зазвичай можна пов'язати зі стресовою ситуацією або пояснити тривалою депресією.

Кропивниця -хвороба, що виникає в результаті алергічних, нервових та ендокринних порушень та виявляється нестерпним свербінням та червоним висипом. Значний терапевтичний ефект, що виникає внаслідок застосування гіпнотерапії, дає підстави вважати, що провідним чинником у її формуванні є психологічні фактори. *Вовчак* поєднується з симптомами психопатії, психозу та афективних розладів. Зв'язок виникнення та особливостей перебігу *екзemi* зі впливом важких психотравмуючих факторів не викликає сумніву і підтверджується терапевтичним ефектом гіпно-сугестії та психотерапії. Гострі психотравми виявляють в анамнезі хворих на **склеродермію та алопецію** що супроводжуються зниженням потенції та статевого потягу.

4.6. Психічні розлади

Діагностика та лікування психічних розладів належить до компетенції психіатрів. Загалом погоджуючись із таким становищем, вважаємо за потрібне зазначити, що значна частина пацієнтів (10-51 %) загальносоматичних стаціонарів, за даними різних авторів (Л.В. Романенко, Ю.А. Александровський та ін.), страждають на неврози, психогенні розлади, акцентуації характеру та інші пограничні психічні розлади, а отже – спершу отримують лі-

кування від лікарів іншого профілю. Зважаючи на безупинне зближення сучасної загальної медицини та психіатрії, кожен лікар повинен не лише вміти діагностувати психічний розлад, а й надати фахову медичну допомогу у випадках, які не виходять за межі пограничних психічних розладів. Нині для оцінки психотичних розладів у соматичних пацієнтів залучають психіатра-консультанта, який переводить пацієнта у психіатричне відділення. Очевидно, що переважна більшість пацієнтів з незначними симптомами пограничних психічних розладів надавали і надаватимуть перевагу лікуванню у загальносоматичних, а не у психіатричних відділеннях. Дана ситуація потребує нових організаційних рішень і визначення місця психіатрії у загальномедичних установах. Залучення лікарів-психологів до роботи з пацієнтами загальномедичних установ з пограничними психічними розладами, на нашу думку, є доцільним і раціональним. Базова медична освіта з поглибленим вивчення курсу психіатрії у поєднанні із знаннями медичної та загальної психології, навичками застосування психокорекційних і психотерапевтичних методик дають змогу лікарям-психологам на належному фаховому рівні діагностувати психічні розлади і надавати адекватну медичну допомогу.

Оскільки на даний час організаційно такий порядок лікування пацієнтів з пограничними психічними розладами не узаконений, у компетенцію лікаря-психолога входить діагностика розладу та за узгодженістю із лікуючим лікарем-психіатром – психокорекційна та психотерапевтична допомога в умовах загальномедичних або психіатричних стаціонарів.

4.6.1. Критерії психічного здоров'я

Загальне поняття здоров'я містить дві обов'язкові складові – соматичне та психічне здоров'я; наявність кожної з них необхідна для змалювання повної картини здоров'я особистості.

Згідно з рекомендаціями ВООЗ критеріями психічного здоров'я вважають:

- Усвідомлення і почуття безперервності, постійності та ідентичності власного фізичного і психічного “Я”.

- Почуття постійності та ідентичності переживань в однотипних ситуаціях.
- Критичність до себе і власної психічної діяльності та її результатів.
- Адекватність психічних реакцій силі і частоті впливів соціального середовища, соціальним обставинам і ситуаціям.
- Здатність самому управляти своєю поведінкою згідно з соціальними нормами і вимогами та законом.
- Здатність планувати власну життєдіяльність і реалізувати ці плани.
- Здатність змінювати свою поведінку залежно від зміни життєвих ситуацій або обставин.

Загалом до поняття психічного здоров'я входить уся сукупність психічних властивостей особистості, яка дає їй змогу не лише виконувати біологічні і соціальні функції, зумовлені особистісними потребами та інтересами, а й адаптуватися до змін соціального середовища і функціонувати в ньому, задовольняючи потреби соціуму, дотримуючись норм суспільної моралі та адекватно до своїх фізичних і соціальних можливостей. Обов'язковою умовою є адекватне задоволення когнітивних потреб особистості та здатність до самореалізації.

Для розмежування понять психічного здоров'я та психічного розладу науковці застосовують кілька основних підходів. Біологічний підхід передбачає визначення психічного здоров'я на рівні природного функціонування індивідуума. При природно-науковому підході діагностика психічного розладу проводиться на підставі окремих фізіологічних відхилень, які можуть свідчити про нього. Соціальний підхід передбачає прояви соціальної декомпенсації як ознаку психічного розладу а експериментальнопсихологічний – ґрунтується на відхиленнях від норми поведінки особистості та психічних функцій.

Говорячи про психічні розлади, не можна не проаналізувати різні варіанти їх зв'язку з соматичними. Виходячи з американської аналітичної концепції психосоматики (Ф. Александер, Ф. Данбар, А. Вейс, Г. Енжел), німецької філософської концепції (В.

Крехль) та на підставі теорії І. П. Павлова, умовно можна виокремити такі варіанти зв'язку психічних та соматичних розладів:

- Виникнення і перебіг соматичної і психічної патології у одного пацієнта не обумовлені взаємним впливом.
- Психічний розлад, що супроводжується невротичною або депресивною реакцією, є симптомом певного соматичного захворювання (навіть якщо воно ще не діагностоване, наприклад, депресії при онкологічних захворюваннях).
- Соматичні та психічні розлади, зумовлені генетично, або такі що виникли внаслідок раннього постнатального ураження мозку.
- Дезінтеграція соматичного функціонування в результаті важкого психічного захворювання.

4.6.2. Класифікація і діагностика психічних розладів

Класифікація психічних розладів

Для того щоб умовно поділити та класифікувати психічні розлади, прийнято застосовувати такі два основні принципи: співвідношення спадкових факторів і факторів середовища; типологічний принцип. На підставі першого виокремлюють такі психічні розлади: ендогенні (переважно генетично зумовлені), екзогенні (зумовлені переважно впливом середовища) та мультифакторіальні (зумовлені поєднанням впливу спадкових факторів і факторів зовнішнього середовища). Типологічний принцип ґрунтується на розмежуванні розладів згідно з їх вираженістю, ступенем залучення особистості, залежністю від стресу, впливом на поведінку тощо. На його підставі виокремлюють: межові (пограничні) розлади, які зазвичай пов'язані з дією психотравмуючих факторів, не призводять до грубих розладів самосвідомості та не порушують соціального функціонування (неврози і розлади особистості); психотичні розлади, які виявляються яскравою клінічною симптоматикою, призводять до розладів самосвідомості і порушень соціального функціонування (афективні розлади, шизофренія, епілепсія); деменції та розумова відсталість, які зумовлені генети-

чно або ураженнями мозку і порушують самосвідомість та соціальне функціонування.

В Україні у клініці психіатрії поширений нозологічний напрямок класифікації психічних розладів Е. Крепеліна, відображений у міжнародній класифікації захворювань МКХ-10, 1994 (10 перегляд, рубрика F). Для поділу розладів застосовано синдромологічний підхід, етіологічний та психоаналітичну систематику.

В рубрику психічних розладів включені кластери:

F0 – органічні, включаючи симптоматичні, психічні розлади

F1 – психічні і поведінкові розлади внаслідок вживання психоактивних речовин

F2 – шизофренія, шизотипічні і маячні розлади

F3 – афективні розлади настрою

F4 – невротичні, пов'язані зі стресом і соматоформні розлади

F5 – поведінкові синдроми, пов'язані з фізіологічними порушеннями і фізичними факторами

F6 – розлади зрілої особистості та поведінки у дорослих

F7 – розумова відсталість

F8 – порушення психологічного розвитку

F9 – поведінкові та емоційні розлади, що починаються в дитячому та підлітковому віці

F99 – неуточнений психічний розлад.

Діагностика психічних розладів

У клінічній практиці для постановки діагнозу зазвичай використовують такі три основні аспекти: врахування факторів спадковості і конституції; органічних проявів прямих або непрямих мозкових ушкоджень; вплив особливостей психічного розвитку і життєвих ситуацій. Однак, зважаючи на складність постановки діагнозу пацієнтам із психічними розладами (що може бути зумовлене стертістю симптоматики внаслідок отриманого лікування, невиразністю симптомів при дебюті хвороби та ін.), процес діагностики у більшості випадків потребує застосування широкого арсеналу доступних методів та методик.

Для встановлення діагнозу психічно розладу потрібно: зібрати анамнез життя та хвороби (бажано зі слів самого пацієнта і т. зв.

об'єктивний анамнез зі слів його близьких), з'ясувати спадкову обтяженість; під час опитування намагатись виявити діагностично значимі для діагностики психічного стану особливості поведінки (жести, міміка, пози, рухи), мовлення, уваги, сприймання, мислення, пам'яті, інтелекту, емоцій, рухових і вольових порушень, здатності орієнтуватися у часті, просторі та у власній особистості, критику і ставлення до власних переживань; провести соматичне обстеження з метою виявлення ймовірності психопатологічних розладів, що виникли на підставі соматичної хвороби, а також для виявлення наявних у психічно хворого пацієнта соматичних розладів, що мають латентний перебіг або ознак травмування (в т.ч. зумисного самотравмування), слідів ін'єкцій тощо; неврологічне обстеження, необхідне для діагностики органічних розладів, епілепсії; патопсихологічне дослідження психічних функцій; лабораторні обстеження: обов'язкові загальноклінічні аналізи і при потребі: функціональні проби печінки, гормональне дзеркало, електроліти сироватки крові, азот сечовини, рівень креатиніну в крові, рівень метаболіту норадреналіну у добовій сечі, рівень α -2 адренергічних рецепторів і рівень 5-HT_{2A}-рецепторів у тромбоцитах та багато інших; інструментальні: обов'язкові загальноклінічні дослідження і при потребі: рентгенографія кісток черепа, КТ, МРТ, спинномозкова пункція тощо. Після встановлення попереднього діагнозу, враховуючи перебіг хвороби, симптоматику, самопочуття пацієнта, а також дані лабораторного і інструментального дослідження згідно з рубрикацією МКХ-10, встановлюється заключний діагноз пацієнта з психічним розладом.

Деякі автори (В. Г. Страшенбаум) пропонують також застосування багатоосьової оцінки:

Вісь	Діагностичні оцінки
Клінічні синдроми	Оцінка психічного стану
Розлади особистості і розвитку	Оцінка особистісних розладів
Соматичні і неврологічні хвороби	Оцінка соматоневрологічного статусу
Соціальні та міжособистісні проблеми	Оцінка соціальної і особистісної адаптації
Зниження якості життя загалом	Інтегральна оцінка важкості розладу і ефекту терапії

4.6.3. Поняття психічних розладів у психології

На відміну від психіатрів, психологи дещо інакше трактують поведінку та переживання особистості, що відхиляється від норми. Вони шукають у появі психічних розладів у першу чергу психологічні причини. У США прийнято поняття *abnormal psychology*, у Німеччині – розлади досліджує патопсихологія. На відміну від психіатричного поняття психопатології, у патопсихології пропонують континуум між нормальними і патологічними психічними процесами. Психічні розлади є лише прискоренням або гальмуванням нормального психічного процесу, дефекти при них не спостерігаються.

У психологічних науках до середини 1950-х років домінував глибиннопсихологічний підхід до поняття психічного розладу. Згодом його замінив поведінковий підхід, та на підставі психології наuczіння Скіннера змінилося саме розуміння психічних розладів: відхилення поведінки не є наслідком дефекту у самій особистості, а результатом прямого впливу несприятливих умов довкілля, що регулюють її поведінку. Айзенк відкидав ототожнення скарг і відхилень з якимось типовим дефектом або хворобою. Шульте вважав, що причини виникнення симптомів та відхилень поведінки слід шукати у конкретних обставинах конкретного випадку. На підставі психологічних досліджень ґрунтувалися і нові методи терапії, які були скеровані не на корекцію певних нозологічних одиниць, а на окремі функції та структури, що регулюють поведінку і переробляють інформацію. Отже, не людина є хворою, а конкретний тип поведінки і конкретні психічні функції виявляють екстремальні відхилення, які як соціум, так і сама особистість визначають як аномальні.

У соціальних науках розвивалися альтернативні точки зору на поняття психічних розладів. Спільне з психологією у них було акцентування соціальних змінних у виникненні і виявах психічних розладів. На думку соціологів, коли здорову людину починають називати психічно хворою, це призводить до появи справжнього розладу психіки. Це відбувається тому, що людина з незначними відхиленнями у поведінці, якщо її називають психічно

хворою, несамохіть починає активно входити у роль хворого, і відповідно – почувати себе хворою і поводити себе як хвора. Концепцію шизофренії як хвороби Томас Сас вбачає у міфологізації фактів. На його думку, шизофренія – це соціально неадекватна поведінка, що є наслідком порушення соціалізації. Це типова позиція представників так званої антипсихіатрії, що полягає у визначенні головної умови, яка призводить до виникнення психотичної поведінки в особі суспільства. А отже, центральний дефект знаходиться не в самій особистості, а у соціумі.

Представники гуманістичної психології переважно ігнорували концепцію хвороби. На їхню думку, розлади не відрізняються між собою ні у їх принциповому розумінні, ні щодо умов виникнення, ні стосовно терапії. Вони вважають, що здорова і хвора людина принципово нічим не відрізняються між собою. В основі цього підходу – образ людини, що перебуває у безперервному процесі становлення та самоактуалізації. За умови непорушності цього процесу може з'явитися цілком функціонуюча особистість. Однак процес самореалізації у кожної людини порушується. Перлз за основу бере спільний для всіх процес розвитку як фізичного, так і психічного. Він вважає, що умови довкілля у різній мірі заважають людям задовольняти свої потреби (т. зв. незавершені гештальти), які діють як чужорідні тіла і призводять до формування розладу. Отже, психічні розлади – це розлади психічного або фізичного розвитку. А оскільки жодна людина не досягає ідеального стану цілком функціонуючої особистості, немає відмінності між психічно здоровою і психічно хворою людиною. Люди відрізняються між собою лише за ступенем їх спроможності справлятися з актуальними життєвими проблемами. Останнім часом усі ці підходи дещо втратили свою актуальність, розробляються нові моделі, орієнтовані на конкретний розлад (як-от модель психосоматичних захворювань).

Крім перелічених, слід вказати і на принципово інші варіанти моделей психічних розладів. Це психічні відхилення як екстремальне вираження окремих психічних процесів і функцій; психічні відхилення як вираження неадекватних або порушених процесів у соціальних системах; психічні розлади як наслідок затримки при-

родного процесу росту. Навіть для соматичних захворювань усе частіше визнають роль психічних та соціальних факторів. Дефект може бути у психічній сфері.

Отже, можна виокремити різні типи психічних розладів. В їх основі лежать розлади, що знаходяться як в, середині, так і поза індивідом: порушення в організмі, порушення психіки, порушення процесів біохімічної передачі інформації.

4.6.4. Соматоформні розлади

Поширений у медицині та психології термін “психосоматичний розлад” через неоднозначність його визначення у різних мовах у МКХ-10 не застосовують, а для позначення поєднання фізичних чи соматичних проявів з психічними розладами застосовують поняття “соматоформний розлад”. В МКХ-10 у дану групу включені: соматизований, недиференційований соматоформний та іпохондричний розлади, соматоформна вегетативна дисфункція, хронічний соматоформний больовий розлад.

Соматоформний розлад – це зумовлений психологічними причинами (в т.ч. психотравмою) хворобливий стан нездоров’я, при якому пацієнт свідомо не прагне хворіти і не організовує симптоми захворювання, котре не має фізіологічних підстав (Garralda; Martin).

Зважаючи на це, близькими до соматоформних розладів фахівці вважають агравацію, симуляцію і власне психосоматичні розлади.

При соматоформних розладах пацієнти висловлюють постійні скарги на здоров’я, незважаючи на негативні результати медичних обстежень і відсутність патологічного процесу, що пояснював би їх виникнення. Клініка соматоформних розладів включає передусім емоційні порушення, що сформувались внаслідок неусвідомлюваних пацієнтом психотравмуючих подразників (як зовнішніх, так і внутрішніх). Водночас можна відзначити наявність у пацієнтів невротичності, obsesій, компульсій, дисоціативних рухових розладів, пов’язаних із соматичними скаргами, що супроводжуються парестезіями, сенестопатіями. Внаслідок порушення

афективної і когнітивної сфер у хворих відзначають загальне обмеження афективного життя і фантазії – їм важко усвідомлювати і змальовувати емоції та почуття. Також хворі з соматоформними розладами під впливом стресових факторів виявляють схильність до зловживання (алкоголю, медикаментів, їжі). Усі перелічені симптоми не лише спричиняють значні переживання пацієнта, а й істотно утруднюють його соціалізацію, з одного боку через обмеження комунікативності, пов'язане з фіксацією на невротичному стилі мислення, а з іншого – через надмірну опіку і співчуття від оточення (пацієнти переважно належать до нарцистичного, пасивноагресивного, пасивно-залежного або уникаючого типу особистості). При тривалому перебігу хвороби у них можуть розвинути-ся ларвована депресія зі схильністю до суїциду. Варто відзначити наявність у поведінці пацієнтів певних особливостей, що отримали навіть власні назви – це *синдром альбатроса*, або залежність пацієнта від певного медичного закладу, та залежність від оперативних втручань і постійне прагнення до їх проведення.

Соматизований розлад (45.0)

Соматизований розлад (синдром Бріке) – тривалий соматоформний розлад, якому притаманні численні, часто змінювані скарги на нездужання, що не мають фізіологічного підґрунтя. Захворювання як своєрідна істерична схема вперше описане фр. лікарем П'єром Бріке (1796-1881) у 1859 р., через що й отримало назву за автором.

Захворювання частіше відзначається у жінок, ніж у чоловіків. Переважно починається в молодому віці (Smith), у жінок буває пов'язане з початком менструацій. Варто відзначити також певну “спадковість” соматизованого розладу – у понад 10 % молодих жінок, матері котрих страждають на даний розлад, відзначаються подібні симптоми (Reiger).

Протягом багатьох років пацієнти з соматизованим розладом висловлюють скарги на болі в різних органах, найчастіше йдеться про головні болі та болі в ділянці живота і в грудній клітці. У більшості пацієнтів у різні періоди захворювання (або практично постійно) можна спостерігати симптоми, пов'язані з розладами

шлунково-кишкового тракту – нудота, блювота, регургітація, відрижка, поноси, труднощі при ковтанні, непереносимість певних продуктів, неприємний присмак в роті або незвичайно обкладений язик, відчуття важкості в животі; а також шкірні больові симптоми – поява плям або зміна шкіри обличчя, заніміння, печіння, свербіння (частіше в кінцівках), болі в суглобах. У багатьох пацієнтів також наявні скарги на розлади сечостатевої функції – порушення ерекції, менструального циклу, затримка або почастишання сечовиділення, неприємні відчуття у геніталіях і довкола них, незвичайні і надмірні виділення з піхви; а також скарги на болі в ділянці серця та на задишку, що виникає без навантаження. При ускладненому перебігу захворювання у пацієнтів також спостерігаються неврологічні симптоми – паралічі, парези, нечіткість або подвоєність зору (Yutzy). Майже у всіх пацієнтів відзначається значний рівень тривожності та депресивності (Fink; Fichter).

Хворі з соматизованими розладами роками лікуються у лікарів загального профілю, проходять численні лабораторні та інструментальні обстеження, часто навіть піддаються оперативним втручанням. В результаті симптоми захворювання можуть або змінюватися в межах скарг на ті самі органи, або переходити на інші органи. У характері пацієнтів переважає демонстративність, нав'язливість, образливість і схильність до маніпулятивної поведінки.

Перебіг захворювання тривалий і зазвичай призводить до соціальної дезадаптації.

Симптоми захворювання дуже рідко зникають без психотерапевтичного лікування (Smith).

Діагноз соматизованого розладу можна ставити за обов'язкової наявності таких трьох ознак (МКХ-10):

- Наявність у пацієнта різноманітних змінних соматичних скарг, які не мають фізіологічного підґрунтя, тривалістю не менше ніж 2 роки.
- Стала недовіра до висновків, зроблених лікарями загального профілю, та небажання дослухатися до їхніх порад.

- Деяка частина порушень соціального і сімейного функціонування може бути за рахунок природи симптомів і зумовленої ними поведінки.

Диференційну діагностику соматизованого розладу слід проводити з такими захворюваннями (МКХ-10): соматичні захворювання, афективні (депресивні) і тривожні розлади, іпохондричні розлади, маячні розлади (такі як шизофренія з соматичною маячною і депресивні розлади з іпохондричними ідеями).

Недиференційований соматоформний розлад (45.1)

Діагноз недиференційованого соматоформного розладу ставлять хворим, які висловлюють такі самі скарги, як при соматизованому розладі, але менш інтенсивні, не постійні. Соціальна та сімейна дисфункція відсутня. Тривалість захворювання менша, ніж 2 роки.

Іпохондричний розлад (45.2)

Іпохондричний розлад – це психічний розлад, при якому хворі через постійний страх захворіти на важку хворобу або переконаність у наявності в них одного (у деяких – кількох) захворювання або дефекту зовнішності, будь-які відхилення в функціонуванні власного організму, симптоми нездужання інтерпретують на користь уявного захворювання і дуже емоційно на це реагують.

Назва захворювання походить від гр. *hypochondria* – підбер'я, оскільки давньогр. лікарі пов'язували цей стан з хворобою печінки (меланхолія – гр. *melas* – чорний, *chole* жовч).

Хворіють однаково часто і чоловіки, і жінки. Захворювання зазвичай починається у молодому віці, пік припадає на 40-50-річний вік.

До іпохондричного розладу включають (МКХ-10): іпохондрію, дисморфобію (немаячну), іпохондричний невроз, нозофобію.

При іпохондрії хворі постійно звертаються за консультаціями до лікарів, висловлюють скарги, пов'язані, на їх думку, з наявністю серйозної патології в одному або двох органах чи системах. Скарги на здоров'я дуже детальні, докладні, підкріплені результатами численних обстежень та консультацій, супроводжуються ретельним обговоренням усіх попередніх консультацій у інших спеціалістів, а також даних, отриманих з наукової, науковопопуляр-

ної літератури та з побутових джерел. На консультації хворі самі називають своє захворювання і намагаються переконати в цьому лікаря, хоча зазвичай вони коливаються між двома “діагнозами” і схиляються то до одного, то до іншого. Не довіряють лікарям, займаються самолікуванням, звертаються за порадами до великої кількості фахівців, до цілителів та парapsихологів.

Часто у хворих наявні симптоми депресії та тривожності. У спілкуванні нав’язливі, монотонні, емоційно невиразні, виявляють зацікавленість лише своїм здоров’ям, при цьому схильні до монологічного мовлення і виявляють агресію при намаганні переконати їх в іншій точці зору чи перервати їх. Незважаючи на значні душевні страждання хворих з іпохондричними розладами, захворювання рідко обмежує їх у професійному і соціальному функціонуванні. Прагнення до маніпулювання як в родині, так і в соціальних структурах може призводити до міжособистісних конфліктів.

При дисморфофобії хворі висловлюють скарги на уявні або незначні зміни власної зовнішності, які, на їхню думку, справляють негативне враження на оточення. Зазвичай йдеться про недоліки на обличчі (зморшки, плями тощо), “неправильну” форму і розмір пеніса або грудей, неприємний запах їх тіла (Marks). Хворі звертаються по допомогу до пластичних хірургів (Bower), намагаються уникати близьких контактів з людьми, обмежують своє соціальне функціонування, роблять суїцидальні спроби (Philips).

Соматоформна вегетативна дисфункція (45.3)

Соматоформна вегетативна дисфункція – соматоформний розлад, для котрого притаманні скарги на розлади тієї системи або органа, які контролюються вегетативною нервовою системою.

Діагностується також як вегетосудинна або нейроциркулярна дистонія, вегетоневроз, неврози органів.

Скарги – пов’язані з діяльністю серцево-судинної, дихальної або травної системи умовно можна поділити на два типи. Перший – скарги, що відповідають вегетативному збудженню, а другий об’єднує ідіосинкратичні симптоми.

При “неврозі” серця хворі скаржаться на приступи серцебиття, болі в ділянці серця та за грудиною, приливи жару або почерво­ніння, пітливість, тремор, виражену втомлюваність при незнач­ному навантаженні. При неврозі системи дихання – на задишку, болі в грудях, кашель, гикавку, брак повітря. При неврозі травної системи – на сухість в роті, відчуття тиску в епігастрії (під ложеч­кою), відрижку повітрям, гикавку, печіння по ходу стравоходу і в епігастрії, відчуття здуття, нестійкі часті випорожнення, поноси. При неврозі сечостатевої системи – на часте або переривчасте се­човиділення та інші епізодичні сечостатеві розлади.

Неспецифічні симптоми характеризуються скаргами на важ­кість, здуття, стиснення, переміщення, розтягнення, напруження в органі, з яким пов’язані попередні скарги.

Діагноз ставлять на підставі перелічених скарг та за умови від­сутності патологічних змін у представлених пацієнтом органах. Важливим критерієм діагностики також є наполегливе акценту­вання уваги пацієнта на певному органі як на причині захворю­вання.

Хронічний соматоформний больовий розлад (45.4)

Хронічний соматоформний больовий розлад – соматоформ­ний розлад, що характеризується постійними, важкими і гнітючи­ми болями, виникнення, тривалість та інтенсивність яких пов’язані з психологічними факторами.

Такий больовий розлад може виникати після важкої тривалої хвороби або травми, що супроводжувались сильними болями і пі­сля одужання пацієнта продовжуються самі по собі. Іншої причи­ною появи розладу вважають прагнення хворого добитися любові, підтримки та уваги оточення або ж уникнути покарання чи споку­тувати провину

Хворий висловлює скарги на постійні болі, що не мають фізіо­логічного підґрунтя і не відповідають зонам іннервації. Найчасті­ше це болі в спині, шиї, головні болі, що реагують не на анальге­тики, а на нейтральні ліки – плацебо. Починаються болі несподі­вано, за кілька тижнів нарастають настільки, що істотно обмежу­ють повсякденну діяльність хворого. Зазвичай виникнення болю

можна пов'язати з прогресуванням міжособистісного або внутріособистісного конфлікту, що супроводжується вторинними депресивними проявами – ангедонією, зниженням лібідо, порушенням сну і дратівливістю.

Діагноз “хронічний соматоформний больовий розлад” ставлять, коли болі не зумовлені соматичним захворюванням, не відповідають іннервації, тісно пов'язані з конфліктом.

Тривалість перебігу залежить від можливості отримувати вторинну вигоду. Характерна відмінність соматоформних розладів – особлива стійкість перед медикаментозним лікуванням і виражена тенденція до хронізації. Намагаючись виявити описати клінічну картину соматоформних розладів, не слід забувати про такі явища як агравація (*aggravate* – посилювати важкість, лат.) – мимовільна спроба посилити симптоматику захворювання, та симуляція (*simulatio* – прикидання, лат.) – зумисне зображення певної хвороби, нерідко за допомогою медикаментозних засобів, що притаманне пацієнтам із соматоформними розладами дещо в більшій мірі, ніж іншим пацієнтам психіатричних, і, особливо соматичних відділень. Загалом терміном “соматизація” у сучасній медичній та психологічній практиці позначають процес реальних органічних змін, що виникають в результаті впливу певних стресів, з якими неможливо справитися на психологічному рівні.

4.6.5. Етіологія і патогенез невротичних та соматоформних розладів

В літературі описані різноманітні теорії етіології та патогенезу невротичних та соматоформних розладів: фізіологічна, еволюційна, етологічна, біохімічна, нейрофізіологічна, інформаційна та численні психологічні.

У вітчизняній літературі одним із провідних підходів, що пояснює виникнення соматоформних розладів, є концепція нервізму та умовних рефлексів (І. П. Павлов), згідно з якою невроз – це результат суперечливих стимулів, що дають можливість для виникнення визначеної рефлексорної відповіді, отже, соматоформні розлади можна пояснити активізацією нервово-вісцеральних

зв'язків, які включають соматизацію неврозу. Оскільки в основі функціональних розладів знаходиться умовний рефлекс, можна пояснити загальні механізми формування розладів функцій усіх органних систем (К. М. Биков). Кортико-вісцеральна теорія Бикова – Курцина розглядає вісцеральну патологію як результат порушення кортикальних функцій. Вплив кори головного мозку на внутрішні органи розглядають як складні структуровані рефлекси, що відповідають основній схемі умовного рефлексу та опосередковуються лімбіко-ретикулярною, вегетативною й ендокринною системами. В подальшому фізіологи запропонували певний центральний механізм соматоформних розладів, а парціальність відповіді на подразник пояснили обмеженням інтероцептивного подразнення (В. Н. Чернігівський, М. М. Хананашвілі). На думку В. Д. Тополянського та М. В. Струковської, при психогенних неврозах вибір органа ураження можна пояснити не так його вразливістю, як певною налаштованістю центральної нервової системи дати відповідь саме через цей орган.

Еволюціоно-етологічне пояснення ґрунтується на подібності в реагуванні людей і тварин на певні стимули на підставі вроджених особливостей. Психологічні ж стимули призводять до невизначеності у виборі типу реагування. Біохімічна теорія пояснює хворобу надлишком або дефіцитом гормонів та нейромедіаторів, а нейрофізіологічна – органічними змінами, що виявляються специфічними пароксизмами. Інформаційна пов'язує розлади з невідповідною кількістю та якістю інформації, якою володіє людина.

Та найбільш численними і різноманітними є психологічні та психотерапевтичні теорії. Біхевіористи запропонували пояснення неврозу, що призводить до формування соматоформних реакцій, як закріплення ланцюжка нових патологічних рефлексорних відповідей, що виникли як результат неправильного наочіння на реагування. Екзистенційні психологи вважають, що невроз – це втрата сенсу життя, що призводить до відчуття покинутості, яке потребує задоволення через надмірну увагу та опіку до “соматичного” хворого. Окрім того, оскільки вони відчувають незадоволення

через неможливість вибору життєвого плану, зростає ризик формування спотвореного варіанту цього плану – важкої хвороби, що обмежує можливість активності й унеможлиблює будь-які зміни та потребує безперервної уваги до себе і концентрації на процесі лікування (в екзистенційному сенсі – виживання).

Грунтовні пояснення природи соматоформних та психосоматичних захворювань дали психоаналітичні школи. Згідно з їх теоріями, неврози, що призводять до виникнення соматоформних розладів, формуються внаслідок фіксації людини на конкретному механізмі психологічного захисту. В першу чергу йдеться про досвід, отриманий у ранньому дитинстві, коли невідредаговані потреби лібідо переключаються на внутрішні органи.

Поняття *соматизація* запровадив учень З. Фрейда В. Штекель у 1943 р. для позначення конверсійних розладів – істероформних соматичних порушень, котрі у психоаналізі розглядають як символічне вираження несвідомого конфлікту (зазвичай прихованого сексуального).

Серед факторів розвитку соматоформних розладів вони виокремлюють дві групи: внутрішні та зовнішні. F. Creed отримав переконливі емпіричні дані, що підтверджують зв'язок між несприятливими (стресовими) ситуаціями в житті людини і появою функціональних соматичних змін, у першу чергу в серцево-судинній, дихальній та травній системах. Психотравмуючі ситуації зазвичай були спровоковані переважно зовнішніми негативними впливами: міжособистісні конфлікти (професійні та сімейні), загроза втрати значущої близької людини тощо.

Вальтер Кеннон виявив, що екстремальна ситуація викликає у людини реакцію боротьби або втечі, що супроводжується певними емоційними і тілесними проявами..

При тривалій загрозі для цілісності та життєдіяльності організму захисні механізми: нейрогуморальні, вісцеральні, рухові – теж вимушено зберігають свою активність, а отже, виникає високий ступінь імовірності появи у задіяних органах та системах функціональних, а згодом і органічних розладів.

Г. Сельє, описуючи патогенез стресу, доповнив вчення Кеннона поясненням неспецифічної реакції організму, яку назвав “адаптаційним синдромом”. Адаптаційногмусиндрому притаманні такі три послідовні фази: тривога, спротив і виснаження. Тривога, що виникла у першій фазі, у фазі спротиву призводить до власне адаптації організму, яка завершується виснаженням нейрогуморальних механізмів, що супроводжуються незворотними соматичними наслідками – “дистрес”.

В межах психоцентричного підходу була сформульована концепція соматизації як базисного механізму реакції людини на стрес. D. P. Goldberg соматизацію визначає як “вираження особистісного або соціального дистресу в ідіомі тілесних скарг з вимаганням медичної допомоги”. Продовжуючи дослідження попереднього автора, Lipowski Z. J. виокремив три основні компоненти соматизації: власне тілесних відчуттів; когнітивний – усвідомлення, обдумування та інтерпретація пацієнтом наявних у нього симптомів в ракурсі загрози власному здоров’ю; поведінковий – поведінка та вчинки хворого, що сформувалися в результаті другого компоненту. A J. De Leon серед факторів, які сприяють виникненню соматичних реакцій, вказав на наявність виражених істеричних рис характеру хворого. В. Райх також пов’язував механізми конверсії з особливостями істероїдного характеру, а різні форми спротиву – зі специфічними м’язовими затисканнями. Нині конверсійними (істеріоформними) називають рухові і чуттєві псевдоневрологічні розлади, при котрих симптоми не відповідають очікуваній локалізації, є символічними і дають змогу пацієнтові отримати “вторинну вигоду”. Зважаючи на це, Гольдберг усі функціональні порушення та больові синдроми інтерпретує як прояви особистісних, тривожно-фобічних, афективних розладів запропонував поняття особистостей, які соматизуються, а також соматизованої депресії та соматизованої тривоги.

Ф. Данбар, вказуючи на зв’язок кожної хвороби з певним особистісним типом, описала вісім таких типів, що відповідають восьми психосоматичним хворобам і безпосередньо пов’язувала ви-

никнення та перебіг хвороби з особистісною та сімейною історією пацієнта.

На думку Z. J. Lipowski, соматизація зазвичай виникає як своєрідний фізіологічний результат емоційного подразника і водночас є істотною складовою психічного розладу. Дж. Браун вказує на роль невідреагованих емоцій у розвитку психосоматичних розладів: “При есенціальній гіпертонії підвищений кров’яний тиск підтримується під впливом стримуваних і ніколи не звільнених повністю емоцій, подібний до тимчасового стану здорових людей під впливом вільно вираженої злості. Емоційні впливи на регуляторні механізми вуглеводного метаболізму вочевидь відіграють визначну роль при діабеті. Хронічно підвищене м’язове напруження, викликане тривалими агресивними імпульсами, виявляється патогенним фактором при ревматоїдному артриті. Вплив цього типу емоцій на ендокринні функції можна спостерігати при тиреотоксикозі. Реакції судин на емоційне напруження відіграють важливу роль при деяких формах головного болю. У всіх цих прикладах певні фази вегетативної підготовки до зосередженої дії хронічно затримуються через те, що мотиваційні сили, що лежать у їхній основі, невротично пригнічуються і не вивільнюються у відповідному вчинку”.

Ф. Александер запропонував векторну теорію, що ґрунтується на спільних напрямках конфліктних імпульсів, закладених у самому захворюванні. Він описав три вектори: бажання отримати, прийняти (за К. Абрахамом відповідає орально-смоктальній стадії, задовольняє лібідозну потребу); прагнення вилучити, усунути, напасти, зашкодити (відповідає орально-садистичній стадії); намагання зберегти, накопичити (відповідає анальній стадії). На думку Александера, через конфлікт між переліченими векторами формується стале порушення соматичних функцій організму. Так, згідно з конверсійними синдромами Фрейда та клінічною картиною неврозу певного органа, він запропонував поняття *вегетоневрозу*, симптоми якого не символізують пригнічених почуттів, а є фізіологічним відображенням певних емоційних станів. Александер наголошував на тому, що невідредагована агресія призводить

до тривалого збудження симпатоадреналової системи, а незадоволене очікування допомоги перенапружує парасимпатичну систему. За відсутності скерованої назовні дії, що скидає напруження, функціональні розлади переходять у незворотні органічні зміни. Причиною блокування вчинків виступають ситуації, в котрих актуалізуються специфічні конфлікти із превербального життя пацієнта. Александер виокремив 7 інтрапсихічних конфліктів, що відповідають семи психосоматичним хворобам.

Загалом усі автори погоджуються з умовним поділом факторів ризику виникнення соматоформних розладів на внутрішні та зовнішні. До внутрішніх, що регулюються центрами підкірки, зараховують усі варіанти емоційного реагування на дистрес. У зовнішні об'єднують мікро- та мікросоціальні фактори, а також культурно-етнічні.

Основною патогенетичною теорією формування соматоформних розладів нині вважають нейропсихологічну концепцію, що ґрунтується на наявності значного зниження порогу переносимості дискомфорту (сприймання його як болю) певними групами людей.

4.6.6. Невротичні розлади

Зв'язок соматичних та психогенних захворювань, що характеризуються збереженою здатністю до критичної оцінки свого стану, подій, що відбуваються, керувати своїми вчинками та діями (неврозів), зазвичай виявляється у вигляді вегетативних сенсомоторних та емоційних порушень.

До виникнення неврозів переважно призводить тривале емоційне перенапруження внаслідок психотравмуючої ситуації, сила, тривалість і очікуваність (чи неочікуваність) котрої чинять істотний вплив на розвиток і перебіг соматичної патології. Астенізація пацієнта у поєднанні з афективними розладами та вегетативними дисфункціями призводить до формування психосоматичних порушень.

Загалом при всіх неврозах спостерігається астенична симптоматика: зниження працездатності, підвищена втомлюваність, вегетосудинна і емоційна лабільність.

Неврози – зворотні психічні розлади, що виявляються емоційними і соматовегетативними розладами, виникнення яких зазвичай пов'язане з психологічними причинами та зовнішніми факторами, та протікають з усвідомленням хвороби.

З. Фройд виокремлював *трансфертні неврози* (істерія страху, конверсійна істерія, невроз нав'язливих станів) і *актуальні неврози* (невроз страху, неврастенія, іпохондрія). В МКБ-10 в зв'язку з історично усталеною концепцією неврозу та залежністю від психологічних чинників, невротичні розлади об'єднані у рубриці F40-F48 з розладами, пов'язаними зі стресом, та соматоформними розладами. Теорії етіології та патогенезу невротичних розладів описані у розділі “Соматоформні розлади”.

Тривожно-фобійні розлади (F40). Група психічних розладів, при яких людина внаслідок впливу зовнішніх об'єктів, які, на думку оточення, не є для неї загрозливими, переживає почуття тривоги (страху), що супроводжується вегетативною дисфункцією. За даними статистики, поширеність розладу значна – понад 1 % населення, а поодинокі приступи переживає до 20 %. У більшості пацієнтів тривожно-фобійні розлади пов'язані з депресією, що пояснює патогенез розладу. Із психологічної точки зору, формування тривожно-фобійних розладів починається з появи відчуття страху, що має об'єктивні причини, який згодом перетворюється на нав'язливий спогад, і за наявності реальних чи уявних загроз виникнення подібних ситуацій призводить до приступів. Психоаналітична концепція пояснює виникнення розладу як захисного механізму при небезпеці травматичних уявлень пацієнта.

Агорафобія (F40.0) характеризується ознаками тривожно-фобійного розладу. Згідно з класифікацією DSM-IV, підставою для встановлення діагнозу “агорафобія” є, по-перше, наявність тривоги або страху опинитися у ситуації, вихід з котрої буде пов'язаним із зовнішніми труднощами або внутрішнім неспокоєм, або ситуації, в якій людина не отримає допомоги, коли у неї ви-

никне паніка, а по-друге, наявність у житті людини ситуацій, яких вона цілеспрямовано уникає і може зносити перебування у них лише у присутності компаньйона, на якого може покластися та який надасть їй необхідну допомогу та підтримку. За даними статистики, у різному ступені на агорафобію страждає 2-4 % населення, жінки хворіють удвічі частіше за чоловіків (Magee, Eaton).

Агорафобія (гр. *agora* – площа, зібрання людей; *phobos* – страх) – тривожнофобійний психічний розлад, що виявляється у вигляді стійкого страху перед відкритими просторами (особливо безлюдними) та перед людьми, з якими там можна зустрітися. На сьогодні термін “агорафобія” застосовують у значно ширшому розумінні: в першу чергу йдеться про страх перед появою без супроводу у громадських місцях, страх виходити з власного дому (або віддалятися від нього на значну відстань, звідки важко буде в разі небезпеки швидко повернутися), страх поїздок у літаках, метро, автобусах.

Захворювання переважно формується у 20-30-річному віці після депресивних епізодів, часто починається з панічної атаки у громадському місці. Психопсихіки вважають, що розлад пов'язаний із страхом агресії або звинувачення від оточення.

При потрапленні у загрозову для людини ситуацію (вихід з дому, оточення юрбою, неможливість негайно дістатися виходу з приміщення, самотійне перебування на відкритих просторах або у закритих приміщеннях, особливо в оточенні сторонніх людей) з'являється запаморочення, нудота, страх втрати контролю над функцією сечового пухиря або прямої кишки. В результаті у людини виникає страх повторення приступу, який згодом реалізується в загрозових ситуаціях. Формується т.зв. фобійна поведінка з униканням ситуацій, що можуть спровокувати приступ, тобто людина зазвичай втрачає соціальні контакти і стає добровільним в'язнем у власному домі, що призводить до втрати працездатності. Часто приєднуються депресивні симптоми з суїцидальними тенденціями, психосоматичні розлади. Багато хворих зловживають заспокійливими засобами і алкоголем.

Хвороба має хвилеподібний перебіг з тенденцією до хронізації.

При активних та неадекватних приступах паніки (т.зв. панічних атаках), що полягають у спробах негайно повернутися додому або вийти з місця перебування ставиться діагноз панічного розладу з агорафобією (Pollard).

Соціальні фобії (F40.1) – група психічних розладів, які виявляються сильними, стійкими та необґрунтованими психологічними, поведінковими та вегетативними симптомами тривоги, обмеженої певними соціальними ситуаціями та стійким намаганням уникання таких ситуації. Зазвичай виникають у підлітковому і юнацькому віці. Ядром розладу є страх у присутності порівняно невеликої кількості (не юрби) сторонніх людей публічно зробити щось недозволене, непристойне (*контрастніпотяги*) і просто стати об'єктом уваги. Соціофобії можуть бути специфічними (ізольованими): страх публічних виступів (*логофобія*), зашарітися на людях (*еритрофобія*), страх не втримати кишкові гази в громадському місці, блювання за столом, неможливості випорожнюватися в громадському туалеті, страх несподівано безпідставно вдарити близьку людину та ін., а також дифузними – страх будь-яких проявів неадекватної поведінки на людях (Norton).

Клінічно соціофобії виявляються у гіперемії шкіри, треморі, відчутті клубка в горлі, болях у животі, нудоті (часом з блювотою), імперативних позивах до сечовипускання та дефекації, тахікардії, задишці. Часті випадки поєднання соціофобії з агорафобією.

Розлад виникає у підлітковому та юнацькому віці з однаковою частотою у представників обох статей, у більшості людей з віком інтенсивність симптомів зменшується.

Соціальні фобії у значній мірі обмежують професійне та особисте життя людини через формування специфічної зникаючої поведінки (Stein, Liebowitz).

Психоаналітична теорія походження фобії полягає у формуванні у дитини низької самооцінки внаслідок суворого виховання, відсутності позитивного оцінювання, похвали і заохочення, що з

віком все сильніше вимагає схвалення та визнання оточення у поєднанні зі страхом не лише не отримати їх, а й піддатися критиці та висміюванню.

Специфічні (ізолювані) фобії (F40.2) – це група психічних розладів, які виявляються у формі стійкого страху щодо специфічного об'єкту або ситуації (за винятком ситуацій, що призводять до агорафобії та соціофобії). Найбільш поширеними є страх комах, тварин, висоти, замкнених приміщень, грози, темряви, крові, хвороби тощо.

Симптоматика така ж, як при соціофобії; виникає лише за умови потрапляння або гіпотетичної ймовірності потрапляння у ситуацію конкретної загрози. У хворих відзначають підвищену дратівливість, коливання настрою з тенденцією до його зниження, зменшення рухової та ідеаторної активності. Перебіг хвороби хронічний, можливі спонтанні ремісії. До нав'язливих страхів часто приєднуються “захисні” ритуали: психологічно зрозумілі, обґрунтовані, конкретні символічні дії пасивно-захисного характеру (наприклад, нав'язливе миття рук при мізофобії). Зазвичай зберігається критичність до нав'язливих страхів. У важких випадках при тривалому перебігу розладу можливі випадки приєднання до специфічної фобії фобій іншого змісту, obsesій і компульсій, а також патологічний розвиток особистості.

Фобогенним фактором може виступати кожен об'єкт або ситуація нашого буденного життя, тому назви фобій мають грецькі корені: клаустрофобія – страх замкнених просторів, гіпсо- або акрофонія – страх висоти, гідрофобія – страх води, ніктофобія – страх ночі (темряви), мізофобія – страх забруднення, акрофобія – страх польотів, тонітрофобія – страх грози, арахнофобія – страх павуків, кінофобія – страх собак, офідіофобія – страх змій та багато інших. Також виокремлюють ряд нозофобій (іпохондричних) – таких як кардіофобія, канцерофобія, спідофобія, радіофобія, алієнофобія (страх божевілля), танатофобія тощо.

Розлад частіше формується у дитячому або підлітковому віці і досить часто має тенденцію до зменшення або зникнення. Фобії, що сформувалися у зрілому віці, без спеціального лікування збе-

рігаються. Переважна більшість людей, що страждають на специфічні фобії, не звертаються за лікуванням до фахівця, а намагаються уникати загрозливих ситуацій (Regier).

Панічний розлад, епізодична пароксизмальна тривога (F41.0) – психічний розлад, що виявляється у повторних приступах паніки (панічних атаках), які неможливо передбачити і які не обмежені конкретною ситуацією. Назва хвороби походить від імені грецького бога Пана, поява котрого жахала все живе. Люди, яких охопив панічний приступ, не контролюють свої вчинки і, ймовірно, відчують можливість негайної загибелі та намагаються якомога швидше втекти з місця, де трапився приступ, метушаться, благають про допомогу. Приступи досягають максимуму за кілька хвилин та супроводжуються тахікардією, задишкою, приливами жару або крижаного холоду, сильним потовиділенням, тремором, задишкою, болем у грудній клітці та животі, нудотою, парестезіями, запамороченням і явищами дереалізації, деперсоналізації. Згідно з DSM-IV для встановлення діагнозу “панічний розлад”, окрім наявності самого приступу, необхідна наявність дисфункціональних змін, що тривають не менше ніж місяць після панічного приступу. Значна частина хворих також описують епізоди паніки під час сну, які не пов’язані ні з фазою швидкого сну, ні зі сновидіннями. Після приступу людина оцінює свою поведінку як неадекватну і нераціональну, однак відчуває тривогу як щодо причини виникнення приступу, так і від очікування повторення приступу, і намагання приховувати свій страх від оточення.

За даними статистики, близько 2,5 % населення страждають на панічний розлад, майже половина – одужує спонтанно (Weissman, Kessler), у 30 % хворих панічний розлад ускладнюється депресією з суїцидальними тенденціями, виникає залежність від психоактивних речовин, у 20 % приступи паніки повторюються (В. П. Самохвалов).

Приступи паніки часто стають причиною виникнення агорафобії, тоді йдеться про панічний розлад з агорафобією (Beck, Weishaar, Guisman).

У походженні панічного розладу вчені відзначають певну генетичну схильність, особливо у однойцевих близнюків (Goldstein). Біологічна модель формування панічного розладу, сформульована після виявлення ефективності антидепресантів у їх лікуванні (Klein), ґрунтується на гіпотезі, що панічні атаки пов'язані зі змінами активності норепінефрину у блакитній плямі мозку (Redmond), яка сигналізує до мигдалика мозку і запускає емоційні реакції. Та біологічна модель не пояснює причини виникнення самих панічних приступів. Прихильники когнітивної теорії вважають, що люди, у яких підвищений рівень чутливості до тілесних відчуттів, інтерпретують їх як симптоми серйозної хвороби (Ehlers). При потраплянні у стресову ситуацію поява задишки чи тахікардії сприймається ними як ознака загрози для життя, в результаті чого виникає паніка (Margraf). Психоаналітична школа розглядає панічний розлад як результат безуспішного несвідомого захисту від деструктивних імпульсів, що викликають тривогу.

Генералізований тривожний розлад (F41.1) – психічний розлад, що виявляється у постійному відчутті надмірної тривоги з приводу різних реальних, очікуваних та вигаданих причин, який триває понад шість місяців і супроводжується неспокоєм, швидкою втомлюваністю, дратівливістю, розладами сну, м'язовим напруженням, неспроможністю розслабитися, а також вегетативною гіперактивністю. Хворим важко зосередитися, вони періодично скаржаться на “порожнечу” в голові, їм важко засинати через тривогу і стурбованість. Частина хворих вважають психічний компонент розладу особливістю прояву характеру.

3. Фройд описав цей розлад під назвою “вільно плаваюча тривога”.

Виникає у різному віці, частіше у дитячому, підлітковому або юнацькому. Перебіг хвилеподібний, хронічний, його не завжди легко відрізнити від затяжних субдепресивних, obsесивно-компульсивних, фобійних тривожних та панічних розладів.

Obsесивно-компульсивний розлад (F42) – психічний розлад, що виявляється у наявності повторюваних болісних небажаних нав'язливих стереотипних думок (obsесій, лат. *obsessio* – облога),

які викликають тривогу, або у потребі здійснювати повторювані небажані рухи (компульсій, лат. *compello* – змушую), щоб знизити рівень тривоги. Хворі сприймають свої симптоми як недоцільні, надмірні та нездоланні, усвідомлюють, що вони є продуктом їх власної психіки, і розуміють їхню безпідставність. Якщо пацієнти намагаються загальмувати компульсивні дії, напруження і тривога досягають такої сили, що вони більше не можуть їм протистояти. Хворі усвідомлюють беззмістовність та неадекватність обсессій та компульсій, сприймають їх як болісні та обтяжливі, однак самотужки позбутися не можуть.

Захворювання виникає переважно у дитячому та юнацькому віці, часто починається з появи фобій, до яких приєднуються компульсивні, а згодом – обсессивні розлади.

Зміни на ЕЕГ, представлені домінуючою швидкою активністю, низькоамплітудним і маловираженим а-ритмом, що відзначають у пацієнтів з обсессивно-компульсивними розладами, дають підстави думати про біологічний фактор його походження, в першу чергу йдеться про пологові травми та генетичну схильність. Однак прослідковується зв'язок між формуванням розладу та психогенними факторами. Зважаючи на те, що у пацієнтів відзначається завищена самооцінка в моральній і діловій сфері, занижена – в інтимно-особистісній, психоаналіз розглядає компульсії та обсессії у зв'язку з фіксацією на анально-садистичній фазі розвитку особистості. Стереотипні думки або рухи можуть маскувати агресію, скеровану на близьких, або лібідіозні імпульси, скеровані на невідповідний об'єкт, чи зменшувати рівень тривожності.

Переважно нав'язливі думки або роздуми (розумова жуйка) (F42.0) суб'єктивно неприємні нав'язливі думки, ідеї, психічні образи, роздуми, що не призводять до логічного завершення чи вирішення, водночас створюючи перешкоди для природного вирішення буденних рутинних проблем. Розлад супроводжується депресивними симптомами. Найчастіше основні теми думок хворих пов'язані з брудом, насиллям, агресією, сексом, роздумів – з вірою, гріховністю, хворобами; зміст – відображає ганебну або недоречну поведінку хворого. Характерні страхи на кшталт магі-

чності мислення, що ці уявлення або думки можуть мати фатальні наслідки, особливо для близьких людей, та страх можливого реального їх втілення у життя. Також відзначається нав'язливе безплідне мудрування, т.зв. квазіфілософські роздуми. Як результат нав'язливих ідей виникають нав'язливі дії (Pato).

Окремим варіантом розладу є *нав'язливі сумніви у своїх діях*, що супроводжуються компульсивною перевіркою: чи зачинені двері, чи вимкнений газ тощо. У пацієнтів з цим розладом відзначається перфекціонізм (прагнення до довершеності), педантизм, прагнення симетрично розташовувати предмети, нав'язлива лічба, схильність до зберігання непотрібних речей.

Переважаючі компульсивні дії (обсесивні ритуали) (F42.1) – нав'язливі дії, що виконуються пацієнтом для безперервного контролю за запобіганням потенційно небезпечної ситуації або за порядком та акуратністю. Часто супроводжуються розладами мислення, порушеннями поведінки. Найчастіше зустрічається *нав'язливе миття рук*, пов'язане зі страхом забруднити їх фізіологічними виділеннями або брудом, торкнутися чогось інфікованого. Усвідомлюючи безпідставність та надмірність такої поведінки, хворі “вимушені” уникати торкатися “небезпечних” об'єктів і годинами мити руки після контакту з ними (на відміну від мізофобії, розлад виникає і за відсутності подібних об'єктів). Цей варіант розладу переважно виникає у жінок і набуває форми “синдрому домогосподарки”, коли замість миття рук відбувається практично безперервне ритуальне прибирання квартири.

Неврастенія (F48.0) – психічний розлад, що виявляється симптомами підвищеної збудливості у поєднанні зі швидкою втомлюваністю і виснаженням. Причини пов'язують з тривалим психоемоційним перенапруженням, астенизацією. Психодинамічна теорія розладу ґрунтується на формуванні первинного захисту від неусвідомлюваного або нерозв'язаного внутрішнього конфлікту, а також на прагненні отримати вторинну вигоду.

Хворі висловлюють скарги на стійке і болюче почуття зниження розумової продуктивності після незначних інтелектуальних зусиль, гострі і хронічні м'язові болі, стягуючі головні болі

(“шолом неврастеніка”), неспроможність розслабитися, порушення сну, а також на підвищену чутливість до звуків та світла, труднощі при намаганні засвоїти нову інформацію, зосередитися чи виконати якусь дрібну точну дію (наприклад, всилити нитку у голку). Водночас хворі відзначають дратівливість, яка несподівано з’являється при незначному подразнику (або й без нього) і раптово спонтанно минає. Симптоми змінні, однак не минають після сну та відпочинку. Пацієнти відзначають, що незважаючи на погане самопочуття вранці, якщо вони виконують звичну роботу та перебувають у колективі, протягом дня симптоми значно слабшають, однак увечері – наростають знову. Аналізуючи власні симптоми, пацієнти часто “виявляють ознаки” серйозного захворювання. Зазвичай симптомами неврастенії починається дебют іншого психогенного або соматичного захворювання, або ж вони формуються в результаті цих захворювань і “завершують” їх.

4.6.7. Афективні розлади настрою (F3)

У житті людини постійно відбуваються коливання настрою. Переважно незначні підйоми та зниження настрою тривають не надто довго і не мають негативного впливу на активність людини. Коли ж ідеться про зміну настрою, яка зберігається протягом тривалого періоду часу і змінює життя людини, її здатність до професійного, соціального та особистісного функціонування – слід думати про афективні зміни настрою, що потребують корекції та лікування.

Афективні розлади -психічні стани, що характеризуються емоційними розладами у формі приступів, між якими відновлюється психічний стан хворого, властивий йому до хвороби, та після яких не настають зміни особистості незалежно від кількості перенесених приступів.

Основні зміни настрою – пригнічення (депресія) та підвищення (манія). Оскільки емоції виявляються не лише у сприйманні, а й у мисленні, поведінці, соціальних контактах при досягненні ступеня афекту зростає ймовірність агресивних та аутоагресивних

вчинків, що є загрозовим для безпеки та життя як самого пацієнта, так і його оточення.

У зв'язку з тим, що афективні розлади виявляються у вигляді депресії, манії або змішаних розладів, у МКБ-10 в розділ F30-F39 включені: маніакальний епізод, біполярний афективний розлад, депресивний епізод, рекурентний депресивний розлад, циклотимія, дистимія.

Типовий афективний синдром містить обов'язкову тріаду симптомів (В. Г. Страшенбаум): розлад емоцій, волі та перебігу асоціативного процесу, а також додаткові симптоми: порушення самооцінки, потягів, тенденцій і поведінки.

Маніакальний епізод (F30) може виявлятися у трьох ступенях важкості: гіпоманію, а також манії з психотичними симптомами або без них.

Варіанти перебігу афективних розладів (за Л.М. Юр'євою)

Варіант перебігу	Характеристика
Біполярний перебіг	Притаманний лише для афективного розладу та циклотимії. Виявляється у чергуванні депресивних та маніакальних фаз
Монополярний (уніполярний) перебіг	Найбільш поширений варіант перебігу афективних розладів. Характерний тільки для рекурентного депресивного розладу, рекурентного короткого депресивного розладу та дистимії. Наявні лише депресивні фази.
Альтернуючий перебіг	Притаманний для біполярного афективного розладу та циклотимії. Перебіг у вигляді подвоєних фаз без періодів ремісії (манія змінює депресію і навпаки)
Континуальний перебіг	Притаманний для біполярного афективного розладу, рекурентного депресивного розладу, циклотимії та дистимії. Афективні розлади протікають практично без ремісії.

Гіпоманія (F30.0) – легкий ступінь манії, що виявляється тривалими ейфорією, гіпербулією, прискоренням темпу мислення, відволіканням уваги, підвищеною контактністю, підвищеною сексуальністю, підвищеною фізичною і психічною продуктивністю діяльності людини (Silverstone, Hunt). Водночас відзначаються:

зменшення потреби у сні та відпочинку, підвищений рівень відволікання уваги, схильність до непритаманних людині вчинків (часто асоціальних), підвищення статевого потягу (аж до німфоманії), схильність до булімії.

Манія без психотичних симптомів (F30.1) – психічний розлад, що виявляється підвищеною активністю, балакучістю, прискоренням темпу мислення та значними відволіканнями і непродуктивністю мислення аж до скачки ідей (ментизм), завищеною самооцінкою (до маячних ідей величі та всезагального захоплення і любові), ідеями власних надприродних здібностей, шляхетного походження, підвищенням статевого потягу (з частими випадковими статевими контактами), вираженою ейфорією, яка супроводжується необачною або розв’язною поведінкою зі схильністю до азартних ігор, недоцільним витрачанням грошей. Водночас у хворого знижується здатність адекватно оцінювати та контролювати власну поведінку, зменшується потреба у сні. Для встановлення діагнозу у хворого протягом тижня повинні виразно відзначатися 3–4 з перелічених симптомів. Хворі з манією виявляють схильність (особливо вранці) до тривалих телефонних розмов; а у зв’язку з порушеннями сприймання (кольору, звуків, фактури) – яскравого екстравагантного одягу та прикрас. Хворі переконані у доцільності своїх імпульсивних вчинків, мають безліч ідей та планів, жоден з яких не реалізують остаточно. При деяких маніакальних епізодах переважає роздратований, гнівливий і підозріливий настрій.

Манія з психотичними симптомами (F30.2). Клінічна картина розладу виявляється маніакальним збудженням, а також переважанням маячних ідей величі, переслідування або ревнощів, протекторату (високої підтримки), знатного походження, супроводжується постійними конфліктами. Окрім того, спостерігається маячня з манією переслідування, у поєднанні з галюцинаціями та псевдогалюцинаціями (частіше “інформуючі” голоси), онейроїдними розладами, а також маніакально-параноїдний, маніакально-кататонічний і маніакально-гебефренічний синдроми. Хворі не відчувають потреби у дотриманні власної гігієни, мало їдять. Мо-

ва прискорена, розірвана, часто з недоречними висловлюваннями, що відповідають галюцинаторним епізодам. Емоційне збудження призводить до значних перенавантажень хворого, що може спровокувати до агресії та насильства.

Біполярний афективний розлад (F31) – ендогенний психічний розлад, який раніше називали маніакально-депресивним психозом (МДП), що характеризується чергуванням повторних (не менше ніж двох) епізодів значних порушень настрою (депресія та манія або гіпоманія) та активності хворого. Для біполярного афективного розладу характерна відсутність змін особистості у ремісії. Епізоди починаються раптово, тривають протягом 1–6 місяців (депресивні зрідка – довше), тривалість ремісій різна. Переважно перші епізоди виникають у 15–45-річному віці, та відомі випадки й значно більш пізніх дебютів захворювання. Хвороба з однаковою частотою зустрічається у жінок і чоловіків та в різних соціальних, культурних і етнічних групах (Wiessman). Варто відзначити сезонність приступів, зазвичай пов'язану з осінньо-весняним періодом, хоча у значної частини хворих ритмічність індивідуальна, а часом навіть залежна від психотравмуючих ситуацій.

Походження маній пов'язують з багатьма факторами. Найбільш відомою є біохімічна теорія, згідно з якою при депресіях відбувається зниження кількості серотоніну та катехоламінів, а при манії – їх збільшення. Поширена також генетична теорія, згідно з якою існує зв'язок між біполярними розладами і генами Х-хромосоми, а також генами 11, 18, 4, 6, 13 і 15 хромосом, що ймовірно свідчить про те, що схильність до маній успадковується (G. Winokur, Blehar) в результаті різних комбінацій хромосомних аберацій, що дає підстави вважати, що існують домінантні, рецесивні й полігенні форми біполярного розладу. Окрім того, клініцисти пов'язують наявність маній з високою активністю норепінефрину та з порушеннями у процесі переносу іонів натрію з зовнішнього боку мембрани нейрона на внутрішній і навпаки (Р. Комер), а депресій – з порушеннями ритму роботи організму внаслідок збоїв у ритмічності викиду мелатоніну і релізінгових гормо-

нів при порушеннях функціонування гіпоталамо-гіпофізарної, лімбічної системи та гіпофіза (В. П. Самохвалов).

Існують також численні психодинамічні теорії походження біполярних розладів. К. Абрахам відзначив у депресивних пацієнтів надцінне почуття провини і відчуження, що виникає на тлі несвідомої ворожості щодо їхніх померлих близьких. З. Фройд відзначив, що у депресивних пацієнтів туга за померлими трансформується у почуття власної провини, а у маніакальних – у маячню. Об'єкт-теорія Мелані Кляйн пояснює депресивне реагування як інфантильний механізм. Г. Аммон вважає депресію регресивним нарцистичним проявом, що виникає через небажання людини контактувати з власним несвідомим. Психосоціальні теорії Д. Левінсона та Л. Селігмана ґрунтуються на процесах залежності зниження настрою від зменшення зовнішньої позитивної стимуляції та неспроможності контролювати власне життя і пов'язані зі впливом стресів. Останнім часом значне поширення отримала когнітивно-біхевіоральна теорія Аарона Бека, що ґрунтується на формуванні біполярного (особливо у депресивній фазі) розладу під впливом спотвореної оцінки оточення, самого себе та впливом оточення на особистість, а також своїх перспектив на майбутнє.

Депресивний епізод (F32) – психічний розлад, що виявляється у пригніченому, тужливому настрої (особливо вранці), песимістичному погляді на майбутнє, зниженні самооцінки і впевненості у собі, ідеях самоприниження і винуватості, думках і вчинках, що можуть призвести до суїциду, зниженій здатності до зосередженості та уваги, психомоторній загальмованості, порушеннях сну (переважно раннє прокидання), ангедонії, зниженні апетиту та статевого потягу. Для встановлення діагнозу не менше ніж протягом двох тижнів повинні спостерігатися хоча б чотири з перелічених симптомів. Усвідомлюючи наявність у себе вказаних симптомів, хворий зазвичай прагне до соціальної ізоляції, що дає йому змогу менше звертати увагу на себе як на особистість, що, у свою чергу, призводить до проявів депресивної деперсоналізації та де-реалізації.

На виникнення депресії впливають різні біологічні, психологічні та соціокультурні фактори, описані вище. Окрім того, науковці стверджують, що значну роль у виникненні депресій відіграють психотравмуючі стресові події (Brown, Harris, Perworth).

Легкий депресивний епізод (F32.0). Основними симптомами легкого депресивного епізоду є: знижений (депресивний) настрій, зниження активності та зменшенні інтересу до діяльності. Додаткові симптоми перелічені вище. Якщо у хворого протягом двох тижнів можна спостерігати по два симптоми з обох груп, є підстави для встановлення діагнозу “легкий депресивний епізод”.

В. Г. Страшенбаум вказує, що при легкому депресивному епізоді також можна спостерігати атипівні субдепресивні симптоми – *астенодепресивний*: нерізка туга, надмірна емоційна і психічна чутливість зі сльозливістю, емоційна лабільність; *адинамічна субдепресія*: байдужість, млявість, апатія, сонливість; *анестетична субдепресія*: байдужа туга, втрата почуттів (особливо любові) до близьких; гіпобулія, тривога, деперсоналізація-дереалізація.

Спостерігаючи за хворим, на фоні досить жвавої міміки та модульованої мови можна відзначити сумний вираз обличчя та тужливі інтонації у голосі, що з’являються час від часу та ситуативно зникають або змінюються.

Оскільки вираженість симптомів є незначною, самі хворі та їх оточення сприймають стан людини як своєрідну замріяність, екзистенційну замисленість, філософські роздуми та навіть нудьгу, спровоковану психотравмуючим впливом. Хворі з легким депресивним епізодом, зберігаючи критичне ставлення до стану свого здоров’я та ситуації, дуже рідко звертаються по медичну та психотерапевтичну допомогу, оскільки за умови зменшення впливу психотравмуючих факторів можуть самотужки намагатися подолати прояви розладу, продовжуючи виконувати професійні та інші соціальні функції.

Помірний депресивний епізод (F32.1). При наявності двох симптомів з групи основних та трьох-чотирьох – з додаткової є підстави для встановлення діагнозу “помірний депресивний епізод”. Окрім перелічених симптомів, при цьому розладі самі хворі

висловлюють скарги на неможливість належного соціального функціонування, тривожність, млявість, неприємні відчуття в тілі. Вираз обличчя хворого та його поза наче втілюють тужливість та смуток: опущені плечі, винуватий погляд (часом посмішка), погляд скерований донизу, на джерело світла або у простір, зітхання, сльозливість. Власний стан та ситуацію вважає безнадійними, не бачить шляхів та перспективи одужання. Відволікти хворого від його думок вкрай важко.

Говорячи про помірний депресивний епізод, варто згадати про такий атипичний депресивний синдром, як ларвована депресія. Зважаючи на те, що у деяких пацієнтів на перший план у симптоматиці виходять соматовегетативні розлади, вони лікуються у соматичних відділеннях. Оскільки скарги пацієнтів численні, стійкі та не вкладаються вуклініку соматичних захворювань, а обстеження не виявляють соматичних захворювань, можна вважати їх різновидом помірних депресивних розладів. На наявність депресії в першу чергу вказує погіршення самопочуття хворих вранці та атипова тривожність. А. В. Рустанович відзначає, що початок ларвованої депресії не пов'язаний з впливом психогенних, соматогенних і екзогенно-органічних факторів, перебіг з добовими коливаннями настрою і самопочуття супроводжується розладами сну, анорексією, зниженням лібідо та зниженням настрою з суїцидальними думками, а позитивний ефект при лікуванні антидепресантами свідчить про наявність прихованої депресії. У клініці ларвовані депресії зустрічаються у: астено-сенестопатичному, вегетовісцеральному, дисомнічному варіантах, а у вигляді депресивних еквівалентів: obsесивно-фобічний варіант і періодична імпотенція.

Важкий депресивний епізод без психотичних симптомів (F32.2). Важкий депресивний епізод (непсихотичний) характеризується різкою виразною тугою, відчаєм, безнадією, ажитованістю або вираженим неспокоєм, відчуттям нестерпності життя, стійкими суїцидальними думками та намірами, соматовегетативними симптомами.

У хворих характерний вираз обличчя, т.зв. “маска скорботи” – видовжене обличчя, опущені кутики уст, очі напівзаплющені, ко-

лір обличчя блідий з ціанотичним відтінком, губи сухі, кліпає дуже рідко. Мова монотонна, тиха, часто – нерозбірливий шепіт або беззвучне ворухіння губами. Хворий сидить згорблений, похнюпивши голову та стиснувши коліна і притиснувши лікті до тулуба.

Діагноз встановлюють на підставі наявності у хворого протягом двох тижнів усіх основних симптомів депресії та більше, ніж чотирьох додаткових симптомів.

Зважаючи на істотне зниження соціальної активності та значну ймовірність суїциду, таких пацієнтів доцільно госпіталізувати у психіатричні стаціонари.

Важкий депресивний епізод із психотичними симптомами (F32.3). У клінічній картині важкого депресивного епізоду до стійкої вираженої туги з ангедонією, песимістичної оцінки свого минулого, теперішнього і майбутнього, апатії (з неспроможністю плакати), типової депресивної тріади: вираженої гіпобулії, гіпокінезії та сповільнення темпу мислення, приєднуються депресивний ступор, зумовлені депресивним афектом нюхові (бридкий запах гниття та смороду) й слухові (образливі і обвинувачувальні) галюцинації та маячня. Характерні ідеї провини, гріховності, самознищення, хвороби (іпохондрична або нігілістична маячня – переконаність у відсутності або атрофії внутрішніх органів чи їхніх функцій), банкрутства, переслідування, ставлення (загального поганого ставлення до хворого) з суїцидальними тенденціями.

Водночас можуть спостерігатися: ажитація, анорексія або гіперфагія з втратою смаку їжі, безсоння або сонливість, аменорея, відсутність лібідо.

Рекурентний депресивний розлад (F33). Повторюваний психічний розлад, що характеризується чітким циклічним (сезонним або індивідуальним) перебігом з повним відновленням до попереднього стану (звичної норми) в інтермісії. Клінічно кожен епізод відповідає ендогенним депресіям. Тривалість епізодів – від трьох місяців до року, з віком тривалість і частота депресивних епізодів збільшується. Повторний приступ хвороби переважно виникає через кілька місяців. Ризик рецидиву зростає при подвійній депресії, коли приступ виникає на фоні дистимії.

Хронічні (афективні) розлади настрою (F34). Розлад настрою, що виявляється у неглибоких хронічних повторюваних епізодах розладів настрою, які виникають при незначних психотравмуючих ситуаціях. Хвороба триває зазвичай протягом усього життя. Хворіють частіше люди, близькі родичі яких страждають на афективні розлади, та ті, хто живе в родині, яка сприймає життя перебільшено оптимістично або песимістично.

Циклотимія (F34.0). Розлад настрою, який клінічно відповідає біполярному, але у значно зниженому ступені проявів. Зазвичай коливання настрою, що виникають у дитячому або підлітковому віці та виявляються у численних періодах незначного пригнічення або підвищення настрою. Зміну настрою людина пов'язує з природними періодами творчості, захоплення, наснаги та розчарування й втоми. Через незначні прояви хвороби до лікарів пацієнти з циклотимією звертаються вкрай рідко. Частішими є звернення по психотерапевтичну та психокорекційну допомогу, особливо в депресивному періоді.

Дистимія (F34.1). Розлад настрою, субдепресія з переважанням сумного настрою, адинамії, нерідко з нав'язливими ідеями і сенснопатично-іпохондричними проявами, що триває постійно або періодично повторюється не менше ніж два роки з нетривалими періодами стабільного настрою. Виникає зазвичай у відповідь на незначну психотравмуючу ситуацію. Зниження настрою хворі переважно пов'язують не з конфліктом, а з соматичним станом.

У період депресії спостерігають такі симптоми: зниження активності, головний біль вранці, розлади сну (безсоння, труднощі засинання, тривожне прокидання), невпевненість у собі та нерішучість, знижена самооцінка, труднощі у концентрації уваги, плаксивість з ідеями несправедливого ставлення до себе, зниження статевого потягу, зменшення або відсутність задоволення від діяльності, що раніше його давала, відчуття безнадії, соціальна ізоляція, а також стійка гіпотонія, спастичний коліт. Нерідко відзначається компульсивне вживання психоактивних речовин, що, враховуючи особистісні особливості хворого, може призводити до розвитку наркоманії та алкоголізму.

4.6.8. Статеві (сексуальні) дисфункції

У групу статевих (сексуальних) дисфункцій, не зумовлених органічними розладами або хворобою (F52), включають психічні розлади, при яких люди, які не страждають ні органічними, ні соматичними розладами, не можуть здійснювати повноцінний статевий акт, не отримують задоволення від сексу, відзначають труднощі при сексуальній взаємодії або не виявляють природних сексуальних реакцій (відсутність статевого потягу, сексуальна відраза), що призводить до виникнення почуття провини, зниження самооцінки, фрустрації, проблем у міжособистісному спілкуванні.

Отже, сексуальні дисфункції – психічні розлади, при яких людина не здатна нормально функціонувати у певних фазах сексуального реагування. Сексуальне реагування складається з чотирьох фаз.

1 фаза – *потяг*, включає мотивацію і спонуки до занять сексом, сексуальний потяг та сексуальні фантазії, пов'язані з особливостями особистості. Сексуальне бажання (лібідо в медичному сенсі слова) складається з *інстинктивного* (ендогенне збудження і зростання сексуальної привабливості потенційних сексуальних об'єктів) та *усвідомленого* компонентів. У першій фазі, зумовленій психофізіологічним стимулюючим впливом, зростає сексуальне напруження і готовність до статевого акту. У жінок набрякають малі статеві губи, розширюються судини піхви, виділяється слизовий секрет, набрякає і збільшується клітор, напружуються соски. У чоловіків внаслідок збільшення наповнення кров'ю кавернозних тіл відбувається збільшення і ущільнення головки пеніса (ерекція), калитка скорочується, яєчка підтягуються, парауретральними і бульбоуретральними залозами виділяється секрет, напружуються соски молочних залоз. Ці фізіологічні зміни виражені зазвичай у незначній мірі й наростають під час другої фази сексуального реагування. За умови її відсутності вони зменшуються або зникають.

Відсутність або втрата статевого потягу (F52.0) у чоловіків в медицині ототожнюють з імпотенцією. Вторинна імпотенція зазвичай зумовлена психічними розладами, в першу чергу, депресі-

єю і шизофренією, одним із провідних симптомів яких є ангедонія. Первинна – відсутність статевого потягу, що не пов'язана з органічними причинами. Послаблення сексуального потягу може виникати внаслідок різних психологічних, біологічних та соціокультурних факторів, які його зумовлюють. Порухення функцій на фазі потягу спостерігається у вигляді зниження сексуального потягу, відсутності сексуального задоволення, відрази до сексуальних контактів, вагінізму. Серед біологічних причин найважливішу роль відіграють гормональні порушення, в першу чергу підвищення рівня пролактину, зниження рівня тестостерону та зміна рівня естрогену. Також на сексуальний потяг впливають як астенизація, больовий і депресивний симптоми, пов'язані з соматичними хворобами, так і прийом наркотичних, знеболюючих і психотропних препаратів. Істотно впливають на зниження сексуального потягу неадекватні психосексуальні реакції на критику або розлука з партнером, боротьба за домінування у стосунках, перенос на партнера невідреагованого гніву на батька, емоційна близькість (чи її відсутність), розподіл відповідальності.

Зниження статевого потягу не обов'язково призводить до відмови від сексу, який у багатьох випадках приносить сексуальне задоволення. Йдеться про небажання ініціювати статеві контакти, про відсутність у людини сексуальних фантазій або появу фантазій, що блокують сексуальне реагування (неприємні спогади, тривоги, активізація неприємних рис партнера), а також про зниження сексуальної активності (бажання займатися сексом виникає рідше ніж раз на два тижні), що у відкритих опитуваннях відзначають близько 35 % жінок та 15 % чоловіків, у закритих опитуваннях – близько 40 % людей обох статей (більшість з них одружені або мають тривалі стабільні стосунки), які звертаються по психотерапевтичну допомогу (Rosen, Leiblum). Частіше розлад відзначається у пацієнтів старше 45 років.

Зниження сексуального потягу може бути частковим – так звана гіполібідемія (гіпоактивний, пригнічений сексуальний потяг) і повним – алібідемія, т. зв. ангедонія або сексуальна анорексія, а також абсолютним (генералізованим) та вибіркоким, що ви-

являється лише з деякими партнерами або за певних умов. Пригнічує сексуальний потяг також зневажливе або поблажливе ставлення до партнера.

Сексуальна відраза (сексуальна аверсія) і відсутність сексуального задоволення (F52.1) виявляється не лише у свідомому ухилянні від сексу у зв'язку з почуттям відрази до статевого акту (чи окремих його елементів, наприклад, введення пеніса у вагіну), а й тактильній аверсії до сексуальних стимулів (дотиків, поцілунків), що переважно пов'язано з антипатією до партнера або специфічними психосексуальними травмами. Цей розлад частіше спостерігається у жінок. Пусковим механізмом для сексуальної відрази (F52.10) зазвичай виступають моменти, пов'язані з сексуальним конфліктом (брутальність при фізичній близькості, агресія, небажане або принизливе генітальне стимулювання, передчасна еякуляція, неприйнятні сексуальні вимоги, трактування статевої близькості як “виконання подружнього обов'язку” тощо.

Відсутність сексуального задоволення (F52.11) діагностують за наявності звичайних сексуальних реакцій (включаючи оргазм), що не супроводжуються відчуттям задоволення і призводять до формування неврозу внаслідок пригнічення, почуття відрази до партнера, до сексу або почуття провини за “неправильний” статевий акт. Трапляються випадки, коли відраза до гетеросексуальних контактів виникає у чоловіків з неусвідомлюваними гомосексуальними схильностями.

Незважаючи на сучасний достатньо високий рівень сексуальної культури, соціокультурні фактори часто стають причиною зниження сексуального потягу. Відсутність потягу до людини, яку “поважаєш”, чи до жінки, у якої є діти, стереотипи сексуальної привабливості, нав'язані громадською думкою, сексуальна необізнаність та егоїзм, дотримання загальноприйнятих норм сексуальної поведінки без врахування особистісних потреб партнера, релігійні та культурні установки – далеко не повний перелік факторів, які є вирішальними у формуванні психічного розладу у пацієнтів, що звернулися по психотерапевтичну допомогу. Та найбільше значення, звичайно, мають ті психологічні фактори, серед

яких перше місце посідають тривожність і страх, особливо коли йдеться про страх втратити контроль над собою (Beck, Vozman). Люди, які перебувають у стресовому або постстресовому стані чи ті, які мають проблеми у стосунках, особливо при рольовій незгодженості, при домінуванні одного із партнерів, при потребі у більшому особистісному просторі зазвичай відчують зниження сексуального потягу. Більш тривале та складне щодо лікування формування статевої відрази у жертв сексуального насилля та у пацієнтів з фобіями та нав'язливими станами через неможливість будь-якого фізичного контакту.

2 фаза – *збудження*, супроводжується наростанням фізичного збудження і супутніми фізіологічними проявами, а також підвищенням артеріального тиску, збільшенням частоти серцебиття та дихання, підвищенням тону м'язів, посиленням гіперемії шкіри. У жінок у зовнішній третині піхви формується т. зв. оргазмічна манжетка, збільшується любрикація, виникає набухання статевих губ, ерекція клітора і сосків, розкриття входу у піхву. У чоловіків збільшується ерекція, яка виникає внаслідок психологічної, Яфізіологічної або механічної стимуляції, а також підтягуються і набрякають яєчка. У 2-й фазі можна виокремити стадію *плато*, яка триває протягом кількох хвилин, під час котрої може спостерігатися ареактивність, а у жінок – відсутність любрикації та зменшення розміру клітора, диспарейнія, у чоловіків – зменшення ерекції.

Дисфункції, що виникають у другій фазі, – це ***відсутність генітальної реакції*** (F52.2), так звана психогенна імпотенція, яка у жінок (за умови достатньої стимуляції ерогенних зон та відсутності органічних причин) пов'язана зі зменшенням любрикації та інших фізіологічних змін в органах таза, та з розладами ерекції у чоловіків, становлять суттєву проблему в особистому житті людей, адже з'являються майже у 10 % населення і часто призводять до формування інших сексуальних дисфункцій, наприклад аноргазмії. У чоловіків при цьому розладі відзначається повна або часткова ерекція (часто небажана) у фазі статевого потягу, чи навіть за відсутності фізичного або психологічного стимулювання, чи з іншими партнерами, яка зникає при статевому акті.

Причинами дисфункцій у другій фазі теж виступають біологічні, психологічні та соціально-психологічні фактори. Серед біологічних факторів, як для чоловіків, так і для жінок, окрім гормональних змін (особливо при діабеті), до дисфункції можуть призводити захворювання головного і спинного мозку (травматичні, судинні, онкологічні), патологія хребта і нирок та інші соматогенні розлади, що призводять до астенії, у жінок також слід пам'ятати про можливість менопаузи або інфекційного ураження бартолінієвих залоз, а у чоловіків – про серцево-судинні захворювання, хвороби статевих органів (простати, уретри), судинні порушення кровопостачання статевого члена та анатомічні особливості (коротка вуздечка, гіпоспадія), що можуть призводити до порушень ерекції, а також про вплив на рівень потенції солей важких металів, алкоголю та деяких медикаментозних препаратів (Dupont, Leiblum, Segraves).

Про наявність у чоловіка органічних причин розладу ерекції, крім інструментальнолабораторних методів обстеження, свідчить також рівень NPT (нічного збудження пеніса), який вимірюють під час сну за допомогою розривного манометра (Mohr, Beutler). У здорових чоловіків протягом ночі ерекція виникає 2-5 разів, при органічних порушеннях хспостерігається її повна відсутність або незначна сила та кількість ерекцій.

Та значно частіше причинами порушень фази збудження виступають психологічні та соціальні чинники. Хронічний стрес, занижена самооцінка, тривога, пов'язана з відчуттям сексуальної неповноцінності, установки, що обмежують свободу статевих стосунків і відчуттів партнерів, відмова від психологічної та фізичної стимуляції під час сексу, пригнічення допоміжних еротичних фантазій, релігійні та соціокультурні установки, низький рівень сексуальної культури пригнічують фізіологічні процеси, що виникають у фазі збудження, і призводять до виникнення дисфункцій. Вільям Мастерс і В'єрджинія Джонсон розробили когнітивну теорію розладів ерекції, ґрунтуючись на впливові тривожності, що виникає під час статевого акту у чоловіка, який уже має досвід її порушення. Неможливість досягти ерекції виникає через нама-

гання чоловіка постійно контролювати свої дії та спостерігати за фізіологічними змінами, що відбуваються у його власному тілі та у тілі сексуального партнера, і по мірі зростання ступеня контролю знижується рівень ерекції, а кожен наступний сексуальний досвід перебуває під ще прискіпливішим контролем і знову призводить до порушення ерекції. Так формується механізм “турбота про успіх – тривожне самоспостереження – очікування невдачі”. З кожною новою невдалою сексуальною спробою підвищується рівень тривожності і знижується впевненість у собі.

3-тя фаза – *оргазм*: кульмінація сексуального задоволення, що поєднується зі зниженням сексуального напруження та ритмічними скороченнями м’язів промежини і внутрішніх статевих органів, часто супроводжується обнубіляцією (легким оглушенням) або короткочасною втратою свідомості. У деяких людей у фазі оргазму спостерігається міотонія – напівстастичне скорочення лицевих і абдомінальних м’язів, мимовільне ритмічне скорочення анального сфінктера, а також тахікардія, гіпертонія і тахіпноє. Оргазм триває від 3 до 15 секунд. Науковці дослідили, що у пари, яка отримала значне задоволення від першого статевого акту і продовжувала його отримувати в подальшому, прямо пропорційно зростає ймовірність досягнення оргазму при тривалих гармонійних стосунках, зберігаючи при цьому захоплення тілом партнера (Heiman).

У жінок у фазі оргазму можна виокремити три стадії: завмирання, пов’язане з концентрацією приємних відчуттів у геніальній зоні; поширення цих відчуттів по всьому тілу; ритмічні скорочення м’язів піхви (оргазмичної манжетки) та інших м’язів тазових органів з інтервалом приблизно 0,8 сек., що завершується різким падінням психічного і м’язового напруження (розрядка). Залежно від видів стимуляції, що викликає оргазм, у жінок виокремлюють кліторний і вагінальний типи оргазму, а також їх поєднання. У зв’язку з тим, що у жінок зазвичай ерогенні зони знаходяться на різних ділянках тіла, їх потенційна здатність до оргазму вища, й досягти оргазму можна, стимулюючи ці зони. Окрім того, жінки можуть переживати багаторазові оргазми протягом одного стате-

вого акту, причому кожен наступний – сильніший за попередній. Наростання збудження під час коїтусу переривчасте і швидко може регресувати при невідповідній очікуванню поведінці партнера і навіть виникненні сторонніх думок. Жінки, більш вибірково підходячи до статевих стосунків, частіше мають підстави до формування дисфункцій під впливом психологічних чинників.

Близько 10 % жінок відзначають **конституційну (первинну) ригідність**, яка зазвичай супроводжується аноргазмією. Більш поширена *ретардаційна фригідність* (лат. *retardatio* – затримка), пов'язана з загальною або психосексуальною незрілістю, пуританським антисексуальним вихованням, сексуальними травмами у минулому (переважно у дитинстві), а також за відсутності ефективною сексуальною стимуляцією. *Вторинна*, в т.ч. *психогенна фригідність* при аноргазмії формується у вигляді психологічного захисту від почуттів, пов'язаних з нерозв'язаною емоційною фрустрацією.

Діагностику проводять за допомогою опитника Фрідмана, з'ясовуючи ставлення пацієнтки до сексуальності, власної статевої ролі, до чоловіків, до сексуального партнера, до членів сім'ї та про попередній сексуальний досвід. Обов'язково намагаються чітко визначити, чого пацієнтка очікує від сексу загалом і конкретно від свого партнера.

У чоловіків під час оргазму відбувається ритмічне скорочення (з інтервалом приблизно 0,8 сек.) *m. bulbocavernosus*, *m. ischiocavernosus* і глибоких м'язів попереку, кількість цих скорочень індивідуальна, залежить від ступеня статевого збудження та супроводжується *еякуляцією*, котра відбувається за участю симпатичної нервової системи і характеризується 2-4 скороченнями сім'яних пухирців, яєчка, простати і уретри, що призводить до витіснення еякуляту з передміхурової частини сечового каналу у сечовий канал статевого члена, де ритмічні скорочення борознистої мускулатури біля основи пеніса з просуванням сім'яної рідини через уретру супроводжуються відчуттям власне оргазму та викидають еякулят назовні. Під час еякуляції виділяється приблизно 2,5 мл сім'яної рідини, котра в середньому містить 120 млн спер-

матозоїдів. Оскільки у більшості чоловіків ерогенні зони сконцентровані в ділянці статевих органів, оргазм досягається лише їх стимуляцією. Наростання збудження відбувається по безперервній висхідній, і неможливість досягнення оргазму призводить до формування дисфункцій.

Дисфункції, що виникають у цій фазі: аноргазмія, передчасна і затримана еякуляція.

4 фаза – *розрішення*: загальне розслаблення, почуття задоволення та благополуччя. У жінок відбувається зворотний розвиток усіх фізіологічних змін. У чоловіків повертаються до попередніх показники величини артеріального тиску, пульсу, дихання, зникає ерекція. На певний час настає рефрактерний період повної статевої неспроможності. Зрідка можуть спостерігатися розлади у вигляді посткоїтальної дисфорії з головним болем, запамороченням, свербінням.

У четвертій фазі дисфункції не виникають.

Загалом, говорячи про *походження сексуальних дисфункцій*, важко чітко розділити психологічні причини, що призводять до формування розладу у певній фазі сексуального реагування. Частіше слід з'ясувати, чи є вони вродженими, чи набутими, генералізованими чи ситуативними, психогенними чи зумовленими соматичними хворобами, ліками чи психоактивними речовинами, визначити, чи є у людини попередній страх статевого акту, надмірна сексуальна орієнтація на статевий акт, негативна установка щодо сексу, зумовлена попереднім досвідом, конфліктами або раціональними факторами, та як впливають на людину попередні сексуальні невдачі й відмови. Адже вторинні невротичні реакції: тривога (особливо в очікуванні відмови та невдачі), та пов'язане з "виконанням" статевого акту, що виявляється у страху перед "неадекватними" діями, надмірне напруження під час сексу, нав'язливе самоспостереження і зосередженість на власних сексуальних діях та підвищена сприйнятливність до відповідних реакцій сексуального партнера, призводять до сексуальних дисфункцій, які, у свою чергу, посилюють розвиток невротичних реакцій, що обмежують і без того порушені сексуальні функції. В результаті

утворюється порочне коло, що призводить до сексуального уникання і гальмує лібідо.

Статеві дисфункції у жінок

Оргазмічна дисфункція (F52.3), при якій жінка рідко переживає оргазм (деякі жінки – ніколи) або для отримання оргазму жінці потрібен тривалий час. Поширеність і важливість цього розладу часто недооцінюють, хоча жінки зі скаргами на відсутність оргазму звертаються по психотерапевтичну допомогу в 4 рази частіше, ніж хворі з усіма іншими сексуальними розладами. За даними Rosen і Leiblum, цей розлад відзначається більше ніж у 20 % жінок і в кожній третій жінки після менопаузи, а 10-15 % жінок ніколи не відчували оргазму ні під час коїтусу, ні при мастурбації, ще 10 % – відчують оргазм лише зрідка. Аноргазмію на початку статевого життя називають фізіологічним дефіцитом оргазму і вважають проявом психосексуальної незрілості, а з віком майже у половини жінок вона змінюється олігооргазмією. Цікаво, що для деяких жінок, щоб у них з'явилася здатність до переживання оргазму, потрібен значний досвід регулярного статевого життя, народження і вигодовування дитини.

Статеві акти, що не завершуються оргазмом, часто призводять до формування невротичного розладу, зниження самооцінки, конфліктів з партнером. Спільною рисою для більшості жінок з аноргазмією є недостатня вираженість еротичних фантазій. Деякі жінки говорять, що легко досягають оргазму мастурбуючи і зовсім не можуть досягти його під час статевого акту, але зазвичай вони імітують оргазм, уникаючи признаватися партнерові, що їхній оргазм має кліторне походження. Часом жінки відзначають оргазми уві сні та під час мастурбації, уявляючи гомосексуальну партнерку (що загалом більш притаманне чоловікам). Жінки, у котрих сексуальна реакція зупиняється на фазі плато, залишаються напруженими після коїтусу, причому у них довго зберігається переповнення кров'ю статевих органів малого таза, що призводить до відчуття болю внизу живота, головного болю, безсоння, дратівливості. У випадку соматизації реакції зменшується любрикація, через сухість статевих органів виникають неприємні від-

чуття і біль при коїтусі. Якщо ці больові відчуття фіксуються у вигляді фобійних очікувань, може розвинутиися інший розлад – диспарейнія.

Як і при всіх статевих дисфункціях, у виникненні аноргазмії беруть участь біологічні, психологічні та соціально-психологічні чинники. Серед фізіологічних причин не можна не згадати цукровий діабет, при якому не лише порушується фаза збудження, а й зменшується любрикація. В період після менопаузи змінюється чутливість статевих органів. Впливають на формування аноргазмії і нервові розлади, особливо розсіяний склероз. Аноргазмія є одним із симптомів ендогенних психічних розладів, у першу чергу депресії і шизофренії. Водночас жіночий оргазм пригнічують антидепресанти та препарати з антихолінергічною дією (прозерин, оксазил, фосфакол).

Серед психологічних причин найважливіше місце посідає страх втрати самоконтролю над межами власного сексуального потягу або перед можливістю відштовхнути партнера, продемонструвавши неестетичну, агресивну чи деструктивну поведінку. Окрім того, до аноргазмії призводять: почуття провини і сорому за сексуальні імпульси; страх можливого болю, зараження венеричними захворюваннями чи приниження; страх penetрації (лат. *penetrate* – проникати); страх і ворожість до чоловіків. Через небажання завагітніти деякі пари, що не користуються контрацептивами, застосовують перерваний статевий акт (екстравагінальну еякуляцію), при якій жінка зазвичай залишається незадоволеною і при подальших статевих актах трактує їх як обов'язок, а себе сприймає як використаний об'єкт і перестає відчувати оргазм. Істотною причиною формування аноргазмії, вважають також пуританське виховання, суворі обмеження стосунків з хлопцями та деспотичний вплив батьків, котрі з дитинства визначають межі моральних заборон, які важко подолати у дорослому житті. Найбільш серйозною психотравмою, що призводить до аноргазмії є зґвалтування, особливо коли йдеться про зґвалтування або розбещення у дитинстві та інцест.

Відомі більш легкі, поверхневі, тимчасові причини фригідності, пов'язані з несприятливими побутовими умовами. Причина ор-

газмічної дисфункції часом приховується в недостатньо тактовній поведінці чоловіка, яка є результатом його незрілості. Це спостерігається саме тоді, коли чоловік не враховує емоційних запитів жінки та необхідності створення емоційної гармонії.

Жінки з оргазмічною дисфункцією часто намагаються звести безрадісність статевого життя до уявних захворювань статевих органів, але не роблять спроб знайти причини в емоційній сфері власної особистості, їм дуже важко зізнатися в цьому не лише лікареві, але й самим собі.

Дуже цікавим у цій сфері є досвід Блінта і його послідовників. Вони описали три типи жінок, схильних до оргазмічної дисфункції.

1. Тип “цнотливої” – це жінки, які своє вороже ставлення до статевого життя прикривають наївністю та невмінням. Разом з недостатніми уявленнями про статеве життя вони ще й бояться вагітності і пологів, їх необізнаність неможливо усунути шляхом просвіти, бо вона виконує функцію глибинного захисного механізму особистості.
2. Тип “Брунгільди” – це агресивні жінки, які тероризують чоловіків і своєю поведінкою можуть навіть призвести до їхньої імпотенції. Статеве життя вони перетворюють на поле бою і постійно тримають чоловіків у напрузі.
3. Тип “бджолої матки”; метою життя жінок цього типу є народження дитини, після чого вони вважають своє призначення виконаним. Звичайно такі жінки навіть згодні на штучне запліднення задля досягнення своєї мети і намагання уникнути статевого життя.

Вагінізм неорганічного походження (F52.5) – дисфункція, що полягає у мимовільному судомному стисканні паравагінальними та вагінальними м’язами зовнішньої третини вагіни і болями, що іррадіюють у м’язи стегна, яка виникає при спробі введення статевого члена, але зазвичай відсутня при мастурбації фалоімітатором.

Серед біологічних факторів, що призводять до вагінізму, слід пам’ятати про біль, який виникає при коїтусі у жінок, в яких є ва-

гінальна інфекція, інфекція сечовивідних шляхів, герпес чи гінекологічні хвороби, а також конверсійні розлади. Однак ці фактори рідко призводять до формування тривалого розладу, і з одужанням жінки минається біль при введенні статевого члена і зникають симптоми вагінізму.

Психологічні фактори формування психогенно зумовленого розладу ґрунтуються на почутті страху, завищеного морального самоконтролю або виникають в результаті зґвалтування чи важкої психотравми. Інтенсивний страх сексу, що виявляється у запобіганні статевому акту, формується у жінок, які внаслідок пуританського виховання вважають його недостойним (“брудним”). Жінки, які були зґвалтовані чи їх попередній сексуальний досвід з невмілим партнером завдав їм болю, остерігаються, що їм це зашкодить або знову буде боляче і принизливо, підсвідомо уникають проникнення пеніса у вагіну. Також серед хворих з вагінізмом трапляються жінки, сексуальний партнер яких їм емоційно неприємний або це пасивна і залежна особистість зі слабкою ерекцією і передчасною еякуляцією.

Диспарейнія неорганічного походження (F52.6) – дисфункція, що виявляється гострим болем у статевих органах та в малому тазі під час коїтусу, за умови, що всі інші фази сексуального реагування для жінки приємні. Біль може бути лише при введенні статевого члена, при його глибокому введенні або протягом усього статевого акту.

Ознаки розладу хоча б один раз у житті відзначають практично у всіх жінок, однак це не призводить до формування диспарейнії. Періодичні скарги висловлює близько 10 % усіх пацієнток гінекологів.

Серед фізіологічних причин на першому місці знаходяться гінекологічні хірургічні втручання та ускладнення після пологів. Спровокувати біль можуть також вагінальні інфекції, пухлини, кісти, алергічна реакція на вагінальні контрацептиви або ліки, на склад гуми презерватива та багато інших.

Психологічні чинники мають незначний вплив на формування диспарейнії. Симуляція симптомів розладу зустрічається досить

часто у демонстративних жінок, особливо якщо вони не задоволені своїм сексуальним партнером та уникають близькості з ним. Однак трапляються випадки диспарейнії, що сформувалася внаслідок тривалого психологічного стресу, пов'язаного зазвичай з внутріособистісним конфліктом, що виник в результаті незадоволення статевими стосунками (наприклад, через низьку сексуальну культуру чоловік обмежується проникненням у піхву і активними фрикційними рухами), про яке жінка не наважується сказати.

Статеві дисфункції у чоловіків

Більше ніж половина чоловіків, котрі лікуються з приводу сексуальних розладів, основною скаргою визначають слабкість ерекції (проблеми, що виникають у її появі та утримуванні), тобто у фазі збудження у них відзначається відсутність фізіологічних реакцій, необхідних для ефективної сексуальної взаємодії – **відсутність генітальної реакції** (F52.2). У клініці виокремлюють первинне, вторинне порушення імпотенції і т. зв. псевдоімпотенцію. Вторинні порушення потенції виникають внаслідок захворювань ендокринної, нервової, сечостатевої системи або є специфічними симптомами сексуальних перверзій. Про псевдоімпотенцію йдеться у пацієнтів, які мають хибні уявлення про сексуальні можливості чоловіків і доходять до висновку про власну неспроможність, що часто призводить до формування психологічно зумовленого зниження потенції. Діагностувати первинне порушення потенції можна у тих випадках, коли зниження потенції виникає після тривалого утримання від сексуальних стосунків (абстинентна форма) внаслідок специфічних нейрогуморальних розладів; при конституційно зумовленому зниженні потенції; при порушеннях потенції, що виникли в результаті частих пролонгованих або перерваних статевих актів (дисрегуляторна форма); і, врешті, порушення потенції, що сформувалися за типом невротичної фіксації (паторефлекторна форма), які і є об'єктом психотерапевтичного впливу.

Оскільки сексуальна реакція – це психосоматичний процес, у формування сексуальної дисфункції залучені як психологічні, так і психічні процеси. Найчастіші часті біологічні та психологічні при-

чини порушень потенції у чоловіків описані вище. Сексопатологи серед психологічних причин формування паторефлекторної форми дисфункції зазвичай вказують на: значне емоційне напруження, яке пояснюється різними причинами – установкою на власну неспроможність до статевому акту з партнером (у т.ч. викликану “шкідливістю” колишніх чи теперішніх мастурбацій), страх перед партнером (особливо при його ідеалізації), страх зробити партнерові боляче, страх бути побаченим сторонніми людьми, страх негативної оцінки партнером його зовнішності чи сексуальних умінь, страх зараження венеричними чи інфекційними хворобами; неадекватною прелюдією статевому акту; очікуванням “невдачі”, яке зростає при кожному наступному статевому акті, під час якого були ознаки (часто уявні) ослаблення ерекції. Усі ці причини призводять не лише до послаблення ерекції, а й до зниження сексуального потягу, яке, у свою чергу, теж послаблює ерекцію.

За даними літератури (Feldman) еректильний розлад спостерігається у 10 % чоловіків. Зважаючи на те, що більшість чоловіків ототожнюють поняття мужності (чоловічості), впевненості у собі зі “статевою силою”, що, на їх думку, виявляється вираженістю і тривалістю ерекції, легкістю її виникнення і можливістю не зважати на перешкоди, а також тривалістю коїтусу, ослаблення ерекції стає не лише частою причиною подружніх конфліктів і розлучень, а й призводить до невротизації, алкоголізму, подружніх конфліктів, розлучень, реактивної депресії і навіть самогубства.

Відзначають два вікові піки у частоті появи розладів ерекції: близько 20 і в 40–50 років. У молодих пацієнтів відсутність генітальної реакції частіше формується через невпевненість у собі та внаслідок незначного сексуального досвіду і нездатності адекватно оцінювати фізіологічний потенціал організму. У зрілих (особливо одружених) чоловіків ерекцію знижує стереотипність і монотонність статевих стосунків, охолодження до сексуальної партнерки через зменшення з віком її сексуальної привабливості, через конфлікти та сімейні проблеми.

Порушення потенції частіше виникають у акцентуєваних, психопатичних та іпохондричних особистостей, у яких є трудно-

щі в соціальних і емоційних контактах. Окрему групу складають пацієнти, порушення потенції у котрих виникає внаслідок гальмуючого впливу девіантних сексуальних потягів.

Передчасна еякуляція (F52.4) – дисфункція, при якій чоловік досягає оргазму та еякулює за час, недостатній для отримання задоволення обома партнерами статевого акту (часто навіть без ерекції чи перед або одразу після введення пеніса). Коли еякуляція настає перед або під час імісії статевого члена, говорять про еякуляцію антепортас або інтрапортас (всередині присінку піхви). Якщо тривалість статевого акту недостатня для сексуального задоволення жінки, говорять про відносно передчасну еякуляцію. Laumann вказує, що на передчасну еякуляцію скаржаться близько 40 % чоловіків, які звертаються до лікаря з приводу сексуальної дисфункції, і понад 25 % усіх чоловіків; частіше це чоловіки віком до 30 років, які не мають достатнього сексуального досвіду і не можуть контролювати своє збудження, або займаються сексом лише зрідка.

У незначній кількості пацієнтів причиною передчасної еякуляції може бути біль внаслідок подразнення при короткій вуздечці статевого члена, підвищена сексуальна подразливість при хронічному простатиті, енурез у дитинстві. Ці випадки легко діагностуються і лікуються.

Та у більшості випадків причини виникнення дисфункції психогенні. Психологи вважають, що передчасна еякуляція настає при надмірній тривожності чоловіка; при підвищеній сексуальній збудливості після тривалого статевого утримання; внаслідок страху бути покараним, який він переживав у дитинстві під час мастурбування. Пов'язують її з надмірним прагненням задовольнити сексуального партнера; з тривожністю, викликаною між- і внутрі-особистісними конфліктами; усталеними стереотипами про неймовірну чоловічу “витривалість”; з тривожністю, пов'язаною з передчасною еякуляцією у минулому; впливом на швидкість еякуляції алкоголю та психотропних препаратів. Однак численні теорії походження передчасної еякуляції не мають підтверджень у практичних дослідженнях, і на сьогодні остаточної думки щодо

причин розладу немає. Та, незважаючи на відсутність єдиного бачення етіології розладу, всі погоджуються, що фахова психотерапевтична допомога у більшості випадків дає позитивний результат, що свідчить про його психогенне походження.

Говорячи про передчасну еякуляцію, яка знаходиться у рубриці психічних розладів як окрема нозологічна одиниця, слід згадати й про інший розлад, пов'язаний з розладом еякуляції – **загальмований (ретардований) оргазм і еякуляція**. Чоловіки з таким розладом або взагалі не досягають еякуляції, або вона настає через дуже тривалий час після адекватного сексуального збудження та значної кількості фрикцій, що часто є обтяжливим для сексуального партнера. Водночас слід зазначити, що у більшості випадків полюційна фаза оргазму приносить лише відчуття полегшення, а не задоволення, отже, не настає оргазм. Розлад трапляється у 5 % чоловіків.

Серед біологічних чинників, що можуть призводити до загальмування еякуляції, в першу чергу треба пам'ятати про можливе зниження рівня тестостерону, побічну дію гіпотензивних препаратів, антидепресантів, препаратів, що зменшують тривожність, а також алкоголю. Однак більш вагомим є психологічний чинник. Тривожність, пов'язана зі статевим актом, табуйоване ставлення до людських виділень, інцестуозні бажання з почуттям провини, неусвідомлювана ворожість до конкретного партнера (конкретного типу чи взагалі до осіб цієї статі), небажання вагітності партнерки, зниження статевого потягу через втрату привабливості сексуального партнера або його агресивність та тиск у сексі і багато інших. Та найбільш імовірною видається теорія про фіксацію чоловіка на ролі спостерігача і пов'язана з його прагненням до гіперконтролю.

Г. С і А. С. Кочарян виокремлюють т. зв. **синдром очікування сексуальної невдачі**. Сексуальна невдача призводить до прагнення гіперконтролю над інтимним зближенням, внаслідок чого зникає автоматизм сексуальної функції. Намагаючись подолати ситуацію, тобто уникати думок про можливу невдачу, люди часто ще більше загострюють на ній свою увагу, що призводить до остаточного фор-

мування і стабілізації синдрому. Подальше напруження синдрому пов'язане з боротьбою амбівалентних (різноскерованих) стратегій: чим більше залучаються механізми подолання, тим сильніше діють механізми захисту. Нав'язливий страх та переконаність у власній сексуальній неповноцінності настільки збільшують тривогу, що сексуальні контакти стають неможливими. Механізмами психологічного захисту людина обирає або уникання статевих контактів через сублімацію (робота, хобі), заміщення (алкоголь, наркотики, переїдання), девальвацію (аскетизм), раціоналізм (обґрунтування причин відмови від статевого життя), компенсацію (заміну сексуальних стосунків платонічними, переважно з уявним або недосяжним об'єктом), символічне задоволення (вихваляння уявними сексуальними діями, часто навіть перед самим собою), відволікання (надмірні фізичні навантаження) та несексуальну розрядку (сварки і образи перед можливим статевим актом), або намагаючись вплинути на сексуальну поведінку партнера чи передаючи йому ініціативу, заздалегідь відмовляючись від відповідальності за невдачу.

Обстеження хворих зі статевими дисфункціями

Медичне обстеження скероване на визначення ймовірності впливу на виникнення сексуальної дисфункції медикаментозних препаратів і соматичних захворювань, у першу чергу – нейроендокринних розладів, урологічних і гінекологічних захворювань, зловживання алкоголем і наркотичними засобами, психотропними і гіпотензивними препаратами, статевими гормонами.

Психологічне обстеження покликане з'ясувати природу психопатології у кожного з партнерів, оцінити роль дисфункції у динаміці інтимних стосунків, визначити тип партнерських стосунків, причини конфліктів, проаналізувати психосексуальний розвиток пацієнта, виявити його пригнічені бажання і страхи.

4.6.9. розлади зрілої особистості і поведінки у дорослих (F6)

Розлади статевої ідентифікації (F64.0)

Статева ідентифікація – це внутрішнє відчуття приналежності до певної статі, яке формується у дітей до 7 років і виявля-

ється у поведінці, іграх, одязі. На підставі статевої ідентифікації починаючи з 7-10 років починається публічна демонстрації статевої ролі.

Розлад статевої ідентифікації – це стійкий стан дискомфорту та неадекватності, пов'язаний з власною статевою приналежністю, почуттям невідповідності статевої ролі самовідчуттю, прагненням сприйматися (постійно або тимчасово) як особа протилежної статі.

Транссексуалізм (64.0)

Розлад статевої ідентифікації, що виявляється у формі стійкого бажання позбутися власних первинних і вторинних статевих ознак та набути статевих ознак протилежної статі, а також жити і бути сприйнятим оточенням як людина протилежної статі. У пацієнтів відзначають порушення диференціації мозкових структур, істотне зменшення розміру опорного ядра гіпоталамуса, що відповідає за статеvu поведінку, яку пов'язують з імовірними гормональними розладами в період вагітності. Більш поширений серед чоловіків (2 : 1), у яких в дитинстві, можливо, було фізичне і сексуальне насильство. В дитинстві відзначається прагнення до поведінки, притаманної протилежній статі, а також *трансвестизм* – переодягання в одяг іншої статі, який допомагає подолати негативні переживання, пов'язані з порушенням гендерної ідентифікації. Починаючи з підліткового віку у зв'язку зі статевим потягом до осіб фізіологічно своєї статі (яких людина психологічно сприймає як протилежну) можуть формуватися пограничні розлади особистості, депресивні розлади з вираженими суїцидальними тенденціями (Bradley), спроби самокалічення статевих органів. У деяких випадках у підлітковому або юнацькому віці при зміні оточення можлива зміна ставлення до власної статі та прийняття її.

Транссексуали можуть протягом тривалого часу поводитися відповідно до вимог фізіологічної статі (щоправда, виявляючи схильність до діяльності, притаманної іншій статі), і перші демонстративні ознаки розладу та суб'єктивні відчуття гендерної невідповідності з'являються лише у середньому віці.

Встановлення діагнозу у більшості країн світу є підставою для отримання дозволу на проведення оперативного втручання із змі-

ни статі. Лікування включає розглядання показань та протипоказань для хірургічної зміни статі, на які нерідко імпульсивно зважуються пацієнти у стані важкого дистресу або сильної тривоги. Після випробувального терміну, що триває 1-2 роки, вони отримують гормональне лікування (екстрадіол і прогестерон у чоловіків і тестостерон у жінок) та намагаються жити так, як це притаманно для осіб бажаної статі. Адаптацію до нової статевої ролі полегшує підтримуюча поведінкова психотерапія.

Трансвестизм подвійної ролі (64.1).

Розлад виявляється у бажанні носити одяг протилежної статі, що не дає сексуального задоволення, а створює підґрунтя для фантазій та уявлень про власну приналежність до іншої статі. Пацієнти зазвичай виявляють бісексуальні схильності, віддаючи перевагу партнерам своєї статі.

Сексуальна орієнтація означає прагнення мати статевий зв'язок з представниками певної статі (гетеросексуальна, бісексуальна, гомосексуальна орієнтація). Психосексуальна орієнтація формується в 13-18 років і проходить платонічну, еротичну і сексуальну стадії.

Парафілія (грецьк. *para* – відхилення, *philia* – схильність) – сексуальна перверзія, сексуальна психопатія – психічний розлад, що характеризується постійними сексуальними імпульсами, скерованими на об'єкти, які традиційно вважаються непридатними для їх задоволення, (неживі предмети, діти, люди похилого віку), або коли людина відчуває сексуальне задоволення страждаючи сама та змушуючи страждати інших. Зазвичай хворі відчувають гостру потребу у такому стимулі лише зрідка, переважно після впливу потужного психотравмуючого чинника. Прагнення задовольнити сексуальну потребу стає нездоланим і часто призводить до асоціальної поведінки, яка, у свою чергу, переживається хворим як дистрес і виступає пусковим механізмом для нового сексуального потягу. Походження розладу не з'ясоване. Існують теорії про залежність між парафіліями та гормональними, хромосомними розладами, генними аномаліями. Зважаючи на стійке прагнення усіх хворих приховати прояви розладу, зазвичай вони

стають об'єктом спостереження лікарів лише після скоєння злочину або при набутті розладом форми нав'язливості, що унеможливорює подальше перебування у соціумі.

Розрізняють спотворення статевого потягу щодо його об'єкта (стать, вік, тварини) або способу задоволення (онанізм, петтінг, фроттеризм). Також розрізняють справжні і несправжні парафілії. Діагноз справжньої парафілії ставлять у випадку, коли вони виявляються від початку статевого потягу, є єдино прийнятними або переважними та спостерігаються довше ніж шість місяців і створюють перешкоди для нормального соціального та особистісного функціонування людини. У клініці часто спостерігають поєднання кількох видів парафілії: садизму з педофілією, мазохізму з вуаєризмом, садо-мазохізму з фетишизмом і трансвестизмом. Лікування розладу не дає стійкого позитивного ефекту. Застосування психоаналізу і поведінкової психотерапії допомагає пацієнтам з'ясувати причини, що спонукають їх до таких вчинків, навчитися контролювати імпульси, якщо вони не дуже інтенсивні. Застосування медикаментозних препаратів, що пригнічують вироблення тестостерону, яке застосовували у США, призводило до значного зниження рівня сексуальності і зараз його використовують лише до пацієнтів, які створюють значну загрозу для безпеки оточення. Проводять дослідження щодо виявлення ефективності застосування антидепресантів другого покоління, літію, бета-блокаторів.

Розлади сексуальної переваги (F65)

Фетишизм (F65.0) – парафілія, при якій статеве збудження можливе при огляданні певних об'єктів або маніпуляцій з ними під час коїтусу або мастурбації, часто виключаючи усі інші стимули; переважно це білизна, взуття, іграшки, хоча фетишем може служити і певна частина тіла: ноги, груди. Походження розладу ймовірно пов'язане з асоціюванням конкретного предмету із сексуальним задоволенням, отриманим у дитинстві. Психоаналітики вважають, що фетиш – це своєрідний захисний механізм, який дає змогу людині подолати тривожність, пов'язану зі статевим контактом. У дорослому житті даний предмет стає визначальним або єдиним у процесі сексуального збудження, яке настає лише коли

людина торкається, нюхає чи одягає його сама або це робить її сексуальний партнер. Фетиші зазвичай символізують об'єкт захоплення, допомагають досягти максимального статевого збудження та використовуються при мастурбації. Фетишизм у багатьох випадках не свідчить про патологічну сексуальність. У випадках нестерпного прагнення заволодіти фетишем люди можуть здійснювати асоціальні вчинки (переважно крадіжки). Звернення по психотерапевтичну допомогу пацієнтів із фетишизмом пов'язане з їх бажанням змінити інтенсивність впливу фетиша та нормалізувати сексуальні стосунки з партнером. Застосування методів психоаналізу, біхевіоральної психотерапії дають стійкий позитивний ефект.

Фетишистський трансвестизм (F65.1). На відміну від транссексуалів, які носять одяг протилежної статі для підтвердження власної гендерної невідповідності, *трансвестити-фетишисти* отримують від цього задоволення (в т.ч. сексуальне). Розлад зазвичай формується у дітей, у яких в дитинстві не було моделі статевої поведінки, вихователі (зазвичай матері, бабусі) заохочували поведінку, притаманну іншій статі, створюючи таким чином хибні статево-рольові установки, або, у тих хто в дитинстві зазнав фізичного чи сексуального насилля. Переважна більшість пацієнтів – чоловіки.

У підлітковому та юнацькому віці з'являються інтенсивні сексуальні імпульси, фантазії та поведінка, що виявляються у прагненні одягатися в одяг людей протилежної статі, переживаючи при цьому значне сексуальне збудження. Після досягнення оргазму виникає бажання зняти одяг протилежної статі і одягти – своєї. В дорослому житті це виявляється у різних формах: переодягання у жіночий одяг перед своїми сексуальними партнерами, постійне або періодичне носіння окремих елементів жіночого одягу (зазвичай білизни та панчіх), постійне або періодичне переодягання у жіночий одяг для появи (анонімної) на публіці), користування косметикою тощо. У буденному житті трансвестити-фетишисти поводять себе згідно з вимогами до осіб власної статі. Стійкий позитивний ефект дає застосування психоаналізу та поведінкової психотерапії.

Ексібіціонізм (F65.2) – парафілія, при якій у людини з'являються сексуальні імпульси при уявленні, як вона показує свої статеві органи іншій людині (зазвичай протилежної статі), а у багатьох випадках виникає нездоланна компульсивна потреба здійснити це не вступаючи в подальшому у сексуальний контакт з цією людиною, у деяких випадках мастурбуючи та еякуючи.

Походження парафілії пов'язують із прагненням до самоствердження, що виникає у людей із заниженою самооцінкою, особливо у чоловіків зі статевими дисфункціями (Blair, Lanyon). Ексібіціонізм також виступає як симптом гебефренічної шизофренії, органічних уражень головного мозку. Як і при інших парафіліях, для лікування застосовують психоаналіз, поведінкову психотерапію, гіпнотерапію.

Вуаєризм (візіонізм, скопофілія) (F65.3) – парафілія, при якій для сексуального збудження людині необхідно підглядати (або спостерігати) за оголеними людьми, людьми, які роздягаються, або які здійснюють статевий акт (варіант – таємний секс по телефону) не виявляючи бажання вступити з ними у статевий контакт та мастурбуючи. Походження розладу представники різних психотерапевтичних напрямків пов'язують із: наслідками набутого у дитинстві досвіду підглядування, прагненням отримати уявну владу над іншими людьми, намаганням компенсувати сексуальну або соціальну сором'язливість, страхом кастрації і т. д. – узгодженої думки поки що не існує. У чоловіків часто спостерігається при статевих дисфункціях. Терапія – як у попередніх варіантах парафілії.

Педофілія (F65.4) – сексуальна перверсія, що виявляється у статевому потягу до дітей, які не досягли статевої зрілості (переважно 12-13-річного віку), як варіант у осіб з гомосексуальною орієнтацією спостерігають еребофілію – потяг до підлітків. Сексуальні фантазії щодо дітей спонукають хворого намагатися торкатися дітей, пестити їх, вступати з ними у статевий контакт. Походження розладу пов'язують з імовірним сексуальним та фізичним насиллям, якого людина зазнала у дитинстві (McCormack) та з намаганням досягти влади над іншими. Спостерігають переваж-

но у чоловіків, об'єктами педофілії у 75 % випадків стають дівчатка (Koss, Heslet). Нав'язливий сексуальний потяг до дітей, який хворий намагається контролювати вольовими зусиллями, зазвичай призводить до формування депресії, алкоголізації чи наркотизації – або до агресивності та втілення фантазій у життя. Педофілія -найчастіша причина здійснення сексуальних злочинів. За даними американських психотерапевтів, стійкий позитивний ефект дає застосування терапії, скерованої на вироблення стійкої відрази до дитини як сексуального об'єкта та оргазмічне переорієнтування. Когнітивно-біхевіоральні тренінги з попередження рецидивів педофілії дають понад 90 % позитивних результатів (Pithers).

Садомазохізм (F65.5) – сексуальна перверсія, яка характеризується тим, що сексуальне збудження настає при брутальному інтенсивному фізичному або психологічному впливі або приниженні партнера чи від партнера. Причини формування перверсії різні психотерапевтичні та клінічні школи тлумачать по-різному. Клініцисти вважають, що розлад формується внаслідок порушень ендокринної системи, психотерапевти пов'язують з потребою інтенсивного відреагування відчуття тривоги, провини або прагнення до домінування щодо сексуального об'єкта, що уособлює образ домінуючого дорослого, з яким пов'язані інцестуозні переживання. Пацієнти зі схильністю до садизму отримують сексуальне задоволення, змушуючи страждати свого сексуального партнера: принижують його, б'ють, душать, ріжуть, навіть калічать або вбивають, а також – уявляючи це або згадуючи. Пацієнти зі схильністю до мазохізму отримують сексуальне задоволення від того, що їхній сексуальний партнер примушує їх страждати: принижує, б'є, катує, а також згадуючи це або уявляючи. У деяких пацієнтів спостерігається почергова зміна прагнень до садистичної та мазохічної поведінки. Частина людей зі схильністю до садوماзохізму для задоволення своїх сексуальних потреб шукають постійного партнера, який має подібні потреби. Інші – задовольняють їх з випадковими партнерами, зазвичай примусово. Патерн поведінки хворих формується у ранній молодості, зберігається протягом тривалого

часу, часто з віком набуваючи дуже жорстоких та небезпечних форм. При сексуальному мазохізмі можливе часткове задоволення сексуальних потреб без участі партнера – хворі калічать себе, ріжуть тощо. Однією із найнебезпечніших форм садомазохізму є гіпоксифілія – странгуляція (задушення) і використання аноксії (кисневого голодування) для посилення статевого збудження. Реакція на психотерапевтичні впливи у хворих із садомазохізмом незначна і нестійка. Однак описані випадки значного покращення стану пацієнтів в результаті тривалих занять психотерапією (Cumming, Vaillant).

Інші розлади статевої переваги (F65.8). У цю групу перверсій входять численні і дуже різноманітні розлади, які умовно можна поділити на дві групи. Перші пов'язані зі збоченими способами отримання сексуального задоволення: *уролагнія* – статеве збудження пов'язане з актом сечовиділення; *копрофілія* – статеве збудження стимулюється актом дефекації (варіант – копролалія, телефонна скатологія – непристойні розмови, в тому числі і по телефону); *фроттеризм* – статеве збудження і задоволення досягаються тертям статевих органів об стегна, сідниці чи інші частини тіла одягненої сторонньої людини, з якою вона планує мати статевий акт. Другі – пов'язані зі збоченим сексуальним об'єктом: *зоофілія* – статеві зносини з тваринами (трапляється за відсутності адекватних об'єктів для традиційних статевих контактів); *некрофілія* – статевий потяг до трупів, часто поєднується з гоміцидоманією; *нарцисизм (аутофілія, аутоеротизм)* – статевий потяг до власного тіла, що виникає при розгляданні його у дзеркалі, переважно поєднується з нав'язливою мастурбацією, а також може супроводжуватись введенням у піхву, пряму кишку чи сечовий канал статевого члена сторонніх предметів; а також статевий потяг до людей похилого віку або до людей, які мають певні анатомічні аномалії (ампутовані кінцівки, карликовість, патологічне ожиріння тощо).

Говорячи про перверсії, слід зазначити, що за відсутності прийняттого сексуального об'єкта можуть спостерігатися т. зв. несправжні, тобто ситуативно зумовлені або транзиторні порушен-

ня, які поновлюються при виникненні подібної ситуації (усамітнення, ув'язнення, ізоляція тощо). На сьогодні сексуальні перверсії, крім педофілії, вважають розладами, які істотно не впливають на психічний стан особистості і не потребують лікування. Лише при добровільному зверненні людини з сексуальною перверсією їй надають психотерапевтичну допомогу.

Сексуальна аддикція виявляється у неспроможності контролювати власні сексуальні імпульси, які людина намагається задовольнити у найбільш прийнятний для себе спосіб, незважаючи на бажання сексуального партнера. Зазвичай сексуальна аддикція формується у людей, які не можуть адекватно відреагувати образу чи приниження або позбутися тривожності чи пригніченості.

Ц. П. Короленко і Н. В. Дмитрієва виокремили чотири стадії розвитку сексуальної аддикції:

- обсессивна стадія з фіксацією на сексуальній тематиці;
- стадія ритуалізації з розробкою і реалізацією схем аддиктивної поведінки;
- стадія компульсивної сексуальної поведінки з епізодами втрати контролю;
- етап відчаю з суїцидальними тенденціями.

Сексуальна аддикція у жінок – німфоманія – виявляється у частих небезпечних статевих контактах з незнайомими людьми. Сатириаз у чоловіків виявляється у надмірному збільшенні частоти статевих контактів, який змушує їх постійно шукати сексуальних партнерів, може призвести до проміскуїтету – т. зв. сексуальної розпущеності, яка полягає не лише у частій зміні сексуальних партнерів, а й імпульсивному мастурбуванні, гомосексуальності, сексуальному насиллі та інцесті. Сексуальна аддикція переважно є симптомом психопатії або маніакальної стадії біполярного афективного розладу. Оскільки втілення сексуальних фантазій дає змогу відчувати дуже значне сексуальне задоволення у поєднанні зі зниженням рівня тривожності, самотужки позбутися аддикції неможливо.

Інцест – сексуальний контакт між близькими кривними родичами. В усіх цивілізованих країнах інцест вважають протиправним вчинком. Інцест між дорослими людьми рідко стає предме-

том судових позовів, хоча може призводити до формування у них різноманітних психічних розладів. Однак дуже часто в інцестуальні стосунки бувають залучені діти. Дослідження виявили, що найчастіше такі стосунки виникають між рідними або двоюрідними братами і сестрами (Canavan, Finkelhor), які зазвичай не вважають їх неприродними, і не викликають відчуття психологічного дискомфорту аж до періоду завершення статевого дозрівання або першого почуття закоханості. Найбільш істотний психотравмуючий вплив на дитину справляють інцестуозні стосунки з батьком (вітчимом або іншим дорослим родичем), які нерідко починаються раніше, ніж дитина починає розуміти їхнє справжнє значення. Спершу вони мають ознаки гри, що начебто підкреслює любов до дитини – поцілунки, пестощі, дотики, які згодом поширюються на геніталії дитини і переходять у їх оральну та мануальну стимуляцію і статевий акт. У переважній більшості випадків дорослий не застосовує до дитини фізичного насилля, а лише покладається на власний авторитет та емоційну близькість. З часом, коли дитина починає розуміти, що насправді відбувається, у неї формується один із типових варіантів сприймання: відчуття власної “виділеності” з-поміж інших осіб жіночої статі (мати, сестри), яке у поєднанні з необхідністю приховувати ці стосунки від усіх інших призводить до стійкої самоізоляції та спотвореної самооцінки; відчуття безпорадності та беззахисності (особливо якщо мати здогадується про інцест і не перешкоджає йому) сприяє зниженню самооцінки дитини, втраті довіри до близьких і прагненню відсторонитися від реального світу, що призводить до надмірного фантазування або девіантної поведінки; намагаючись уникнути оприлюднення інформації про інцестуальні стосунки, що призведе до значного суспільного резонансу, суперечок або розлучення батьків, фінансових проблем, осуду оточення, дитина приховує їх від усіх, очікуючи власного дорослішання, яке дасть їй змогу піти з дому і забути про все або помститися кривдникові – подібна стратегія призводить до формування стійких психічних розладів.

Коли йдеться про інцестуозне фізичне або сексуальне насилля – аб’юз – у дитини фіксується зв’язок між статевим збудженням,

забороною і болем, що призводить до формування захисної поведінки, що заперечує любов. Наприклад, необхідною умовою отримання чуттєвої насолоди став завдання болю собі або партнерові, наявність у нього дефекту, насилля, оплата сексу або злочинство, дистанціювання за допомогою спостереження збоку (секс утрюх – тріолізм).

Загалом, коли йдеться про стан психічного здоров'я людей, які зазнали сексуального насилля у дитинстві, то практично усі вони, окрім різних психічних розладів страждають від статевих дисфункцій – виявляють схильність до насилля, до садомазохістських стосунків і практично втрачають спроможність переживати оргазм (Becker).

Розлади звичок і потягів (F63) – психічні розлади, що виявляються у повторюваних вчинках, які не мають зрозумілої мотивації, суперечать бажанням і потребам як оточення, так і самого пацієнта. Причини формування розладу не з'ясовані, однак, зважаючи на кореляцію між розладами звичок та потягів і афективними розладами, дають підстави вважати їх компульсивними похідними.

Патологічна схильність до азартних ігор (людоманія, темблінг) (F63.0) виявляється у повторюваних епізодах участі в азартних іграх, які змушують людину істотно обмежувати усі інші види соціальної, а також професійну та особистісну діяльність. За даними літератури (Buckley), від азартних ігор залежить 1-3 % дорослого населення і понад 3 % підлітків. *Непатологічний темблінг* – гра в азартні ігри з метою отримання виграшу, що невизначеністю перспективи загрожує втратою матеріальних цінностей гравцем, який не втрачає самоконтролю і здатен сам її припинити. Таких гравців називають *соціалізованими азартними гравцями (Social Gamblers)*. При *патологічному темблінгу* гравець самоконтроль втрачає, що спричиняє руйнування його соціального, професійного та особистого життя. В МКХ-10 вказано, що діагностувати розлад можна за умови повторюваних епізодів участі в азартних іграх протягом року, участь у них незалежно від матеріальної вигоди, розлади соціальної і професійної адаптації, неможли-

вість контролювати потяг до гри і припиняти її вольовим зусиллям, постійна фіксація на азартній грі. При неможливості грати у людини підвищується рівень тривожності, з'являється відчуття безпорадності та покинутості. Гемблінг у багатьох випадках сприяє формуванню залежного розладу особистості. Застосування НЛП, транзактного аналізу дає нестійкий позитивний ефект; застосування комплексу когнітивних і поведінкових технік дає змогу гравцям ефективніше контролювати свої вчинки (Bujold); створені групи самопомоги “анонімні гравці”, які працюють за тим самим принципом, що й “анонімні алкоголіки”.

Патологічні підпали (піроманія) (F63.1) – свідомі неодноразові підпали, які здійснює людина, усвідомлюючи ймовірну небезпеку для себе та оточення, а також небезпеку покарання. Пацієнти відзначають у себе підвищену цікавість до вогню, часто уявляють його та поклоняються вогню, демонструючи регрес до первісного ставлення до стихії (вогню). Серед варіантів походження піроманії найбільш імовірними видаються: прихована агресія, прагнення підвищити власну самооцінку (як “повелитель стихії”), а також прагнення знизити рівень тривожності, значне підвищення якої пацієнти відзначають перед підпалом. Поведінкова психотерапія у багатьох випадках дає відносно стійкий позитивний ефект. Для лікування застосовують також психоаналіз, групову психотерапію.

Патологічні крадіжки (клептоманія) (F63.2) – психічний розлад, що характеризується стійким повторюваним прагненням щось вкрасти, незважаючи на ймовірність бути упійманим і покараним. Формування розладу пов'язують із прихованим прагненням до домінування у людей, які зазнають істотного психологічного пригнічення з боку значущих близьких, а також – з мазохістичним прагненням бути покараним за “поганий вчинок”. Пацієнти відзначають значне підвищення рівня тривожності, який зменшується одразу після крадіжки, а також відчуття “оргазмичного” задоволення в момент її здійснення. Поведінкова та групова психотерапія дають нестійкий позитивний ефект.

Питання для контролю та самоконтролю

1. Назвіть основні принципи розмежування психологічних феноменів і психологічних симптомів.
2. У чому полягає феноменологія клінічних проявів?
3. Поясніть суть поняття “внутрішньої картини здоров’я”.
4. У чому полягають особливості оцінки та самооцінки здоров’я?
5. У чому полягає суть поняття психічної саморегуляції та психічного самоуправління?
6. Назвіть основні концепції виникнення психічних розладів.
7. Психічні, соматичні та психосоматичні розлади – назвіть основні чинники, що впливають на їх формування. (Генетичні фактори. Біохімічні аспекти. Нейрофізіологічні аспекти. Психофізіологічні аспекти. Психологічні фактори. Соціально-психологічні аспекти. Соціальні аспекти).
8. Дайте визначення поняття психічної та соматичної хвороби.
9. Назвіть основні причини виникнення психічних захворювань і психічних порушень та їх поширеність.
10. Що таке стрес та дистрес?
11. Назвіть ознаки та причини стресового напруження.
12. Назвіть основні копінг-механізми для опанування стресу.
13. Назвіть причини виникнення, основні симптоми, принципи діагностики та лікування пов’язаних зі стресом та дисоціативних розладів.
14. Перелічіть основні ознаки посттравматичного стресового розладу (ПТСР).
15. Яка роль психологічного фактора у виникненні та перебігу соматичних захворювань?
16. Як змінюються психічні стани особистості та їх властивості при різних соматичних захворюваннях?
17. У чому полягають психологічні особливості соматичних захворювань на різних етапах онтогенезу людини?
18. У чому полягають особливості психічної діяльності при хронічних соматичних захворюваннях?
19. Назвіть причини соматизації.

20. У чому полягають особливості етіології та патогенезу психосоматичних захворювань?

21. У чому полягає вплив психіки на функціонування організму людини?

22. Вкажіть особливості виникнення, перебігу та лікування психосоматичної гіпертонічної хвороби, бронхіальної астми, виразкової хвороби шлунка і дванадцятипалої кишки, ревматоїдного артриту, нейродерміту.

23. Дайте визначення поняття невротичного розладу, неврозу.

24. Перелічіть тривожно-фобійні розлади. Дайте коротку клінічну та патопсихологічну характеристику кожного з них.

25. Поняття генералізованого тривожного розладу.

26. Поняття агорафобії як невротичного розладу.

27. Дайте визначення та коротко охарактеризуйте соціальні і специфічні розлади.

28. У чому полягає особливість виникнення obsесивно-компульсивних розладів?

29. У чому полягає сутність неврастенії та її відмінність від неврозу?

30. На чому ґрунтується діагностика невротичних розладів?

31. Дайте визначення поняття психосексуального розладу.

32. Класифікація психосексуальних розладів.

33. Перелічіть та охарактеризуйте фази сексуальної реакції в нормі.

34. Перелічіть та охарактеризуйте сексуальні дисфункції у жінок.

35. Перелічіть та охарактеризуйте сексуальні дисфункції у чоловіків.

36. Поясніть походження сексуальних дисфункцій.

37. На чому ґрунтується діагностика психосексуальних розладів?

38. Які методи медико-психологічного впливу на пацієнтів з психосоціальними розладами ефективні при кожному з них?

Список використаної та рекомендованої літератури

1. *Бачериков Н. Н. и др.* Эмоциональный стресс в этиологии и патогенезе психических и психосоматических заболеваний. – Харьков: Основа, 1995.
2. *Бейкер П.* Голос внутри: Практическое руководство по приспособлению к голосам. – К. – Амстердам, 1966.
3. *Блейхер В. М., Бурлачук Л. Ф.* Психологическая диагностика интеллекта и личности. К.: Вища школа, 1978.
4. *Бочарова С. П., Кисіль Г. С.* Природа взаємовідносин психологічного і фізіологічного в структурі особистості. // Матеріали других міжнародних психологічних читань “Актуальні проблеми сучасної психології” – Харків. Ун-т внутрішніх справ, 1995. – С. 20-22.
5. *Бурлачук Л. Ф.* Главные направления развития современной медицинской психологии в Украине. // Психология и медицина: Тезисы докладов I Украинского семинара медицинских психологов, 21-22 января 1994 г. – Харьков, Київ, Париж, 1994. – С. 3-5.
6. *Бурлачук Л. Ф.* Исследование личности в клинической психологии на основе метода Роршаха. – Киев, 1979.
7. *Бурлачук Л. Ф., Грабская И. А., Кочарян А. С.* Основы психотерапии. – К.: Ника-центр, 2001.
8. *Бурлачук Л. Ф., Морозов С. М.* Словарь-справочник по психологической диагностике. – К., 1989.
9. *Вітенко І. С.* Загальна та медична психологія. – К.: Здоров'я, 1994.
10. *Вовчик-Блакитна О. О., Гарнець О. М., Зеленський О. В.* Психологічні особливості переживання підлітками складних життєвих ситуацій. // Психологія: Республіканський науково-методичний збірник. – К., 1990. Вип. 36. – С. 55-62.
11. *Воронов М.* Психосоматика: Практическое руководство. – К.: Ника-Центр, 2004. – 256 с.
12. *Гончар П. С.* Некоторые проблемы психокоррекции пост-стрессовых состояний // Сучасна психологія в ціннісному вимірі: Мат. 3-х Костюківських читань. – К., 1994. – Т. 2.
13. *Довженко Т. В., Майчук Е. Ю.* Кардиалгический синдром

при сердечно-сосудистых заболеваниях различного генеза. Клинические, психопатологические, терапевтические аспекты. – РМЖ, Т. 9, № 25, 2001.

14. *Зайцев В. П., Храмелашвили В. В.* Психологический подход к вторичной профилактике ишемической болезни сердца: значение и основные принципы // Кардиология. – 1987. Т. 28. – № 3.

15. *Зейгарник Б. В. и др.* Саморегуляция поведения в норме и патологии // Психол. журнал. – 1989. – № 2. – С. 122-132.

16. *Иконников М., Смирнова Н.* Понять и помочь. Беседы психиатра с родственниками больных. – К., 1966.

17. *Кемпински А.* Психопатология неврозов. – Варшава: Польское мед. изд-во, 1975.

18. *Кернберг О.* Агрессия при расстройствах личности и перверсиях. – М.: Класс, 1998. – 368 с.

19. Краткий курс психиатрии. Под ред. проф. В. П. Самохвалова. – Симферополь: СОНАТ, 2000. – 342.

20. *Крейндлер А.* Астенический невроз. – Бухарест, 1963. – 410 с.

21. *Кушнир В. В.* Психотерапия. // В кн.: Немедикаментозное лечение в клинике внутренних болезней. – К.: Здоров'я, 1995.

22. *Лурия А. Р., Зейгарник Б. В., Поляков Ю. В.* О применении психологических тестов в клинической практике // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 1974. – № 12. – С. 171-183.

23. *Максименко С. Д.* Генетическая психология. – М.: Рефл-бук, К.: Ваклер, 2000. – 319 с.

24. *Максименко С. Д.* Загальна психологія. – К.: Форум, 2000.

25. *Максименко С. Д.* Психологія в соціальній та педагогічній практиці. – К.: Наукова думка, 1999.

26. *Маслоу А.* Психология бытия. – М. – К.: Рефл-бук, Ваклер, 1997. – 300 с.

27. *Международная классификация болезней (10-й пересмотр).* Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике / Под ред.

- Ю. Л. Нуллера, С. Ю. Циркина. – К: Сфера, 2005. – 306 с.
28. *Мей Р.* искусство психологического консультирования. – М.: Апрель-пресс: ЭКСМОпресс, 2001. – 252 с.
29. *Мей Р.* Становлення екзистенційної психології. – Гуманістичні підходи в західній психології ХХ ст. – К.: Пульсари, 2001. – С. 124-164.
30. *Михайлов Б. В., Сердюк А. И., Федосеев В. А.* Психотерапия в общесоматической медицине. – Харьков, 1999.
31. *Михайлов Б. В., Табачников С. I., Марута Н. О. та ін.* Стратегічні шляхи розвитку психотерапії та медичної психології в Україні // Український медичний альманах. – 2004. Т. 7, № 4. – С. 99-102.
32. *Напрієнко О. К.* Психіатрія. – К.: Здоров'я, 2001. – 574 с.
33. *Оржеховська В. М.* Методика позбавлення неповнолітніх наркогенних звичок: Методичний посібник. – К.:ІСДО, 1995.
34. *Пиаже Ж.* избр. психол. труды. – М.: Прогресс, 1969. – 659 с.
35. *Подвисоцкий В. В.* Основы общей патологии, руководство к изучению физиологии больного человека, в 2-х т. – Кассель, 1895.
36. *Психіатрія.* (Клініко-діагностичний алгоритм). Посібник для лікарів-інтернів. / За ред. Л.М. Юр'євої. – Дніпропетровськ, 2001.
37. *Психологія* / За ред. Костюка Г.С. – К.: Радянська школа, 1968. – 572 с.
38. *Репрев О. В.* Как организм защищается от болезней. – Харків, 1923;
39. *Роджерс К.* Клиентоцентрированная терапия. – Психология личности...Хрестоматия. СПб: Питер, 2000. – С.224-233.
40. *Смулевич А. Б.,* Антидепрессанты в общеймедицинской практике, – *Consilium medicum*, т. 04. № 5. 2002.
41. *Смулевич А. В., Піхостов А. Ш., Сыркин А. Л. и др.* Клинические и психические аспекты реакции на болезнь (к проблеме нозогений) // Журнал невропатологии и психиатрии. – 1997. Т. 97, № 2, С. 4-9.

42. *Тодд Дж., Богарт А. К.* Основы клинической и консультативной психологии. – СПб, 2001.
43. *Франкл В.* Психотерапия на практике. – СПб: Ювента, 1999.
44. *Фройд А., Фройд З.* детская сексуальность и психоанализ детских неврозов. – СПб: В.-Е. институт психоанализа, 1997. – 387 с.
45. *Фройд З.* Основные принципы психоанализа. – М.: Рефлбук, К.: Ваклер, 1998. – 284 с.
46. *Фройд З.* Основные психологические теории в психоанализе. – СПб: Алетейя, 1998. – 251 с.
47. *Фройд З.* Психология бессознательного. – М., 1989.
48. *Фройд З.* Разделение психической личности. – Психология личности... Хрестоматия. СПб: Питер, 2000. – С. 10-30.
49. *Харди Г.* Врач, сестра, больной. – София, 1983.
50. *Хорни К.* Невротическая личность нашего времени. Самоанализ. – М., 1993.
51. *Юнг К.-Г.* Libido, ее метаморфозы и символы // избранные произведения по аналитической психологии. – Т. п.Цюрих, 1939. – 531 с.
52. *Юнг К.-Г.* Воспоминания, сновидения, размышления. – К., 1994.
53. *Юнг К.-Г.* Приближаясь к бессознательному // Глобальные проблемы и общечеловеческие ценности. – М.: Прогресс, 1990. – С. 351-436.
54. *Юнг К.-Г.* Психоз и его содержание. – СПб: Питер, 1990.
55. *Юнг К.-Г.* Психологические типы. – М.: Университетская книга, 1997.
56. *Юнг К.-Г.* Психология бессознательного. – М., 1994.
57. *Яценко Т.С.* Психологічні основи групової психокорекції: навч. посібник. – К.: Либідь, 1996.
58. *Abel G. G.* (1989). Paraphilias. In H. I. Kaplan & B. J. Sadock (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (5th ed., Vol. 1). Baltimore: Williams & Wilkins.
59. *Abou-Saleh, M. T.* (1992). Lithium. In E. S. Paykel (Ed.), *Handbook of affective disorders*. New York: Guilford.

60. *Abraham, K.* (1911). Notes on the psychoanalytic investigation and treatment of manicdepressive insanity and allied conditions. In *Selected papers on psychoanalysis* (p. 137– 156). New York: Basic Books, 1960.

61. *Abraham, K.* (1916). The first pregenital stage of the libido. In *Selected papers on psychoanalysis* (p. 248-279). New York: Basic Boob, 1960.

62. *Akiskal, H. S.* (1989). The classification of mental disorders. In H. I. Kaplan & B. J. Sadock (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (5th ed., Vol. 1). Baltimore: Williams & Wilkins.

63. *Alexander, B.* (1981). Behavioral approaches to the treatment of bronchial asthma. In C. K. Prokop & L. A. Bradley (Eds.), *Medical psychology: Contribution to behavioral medicine*. New York: Academic Press.

64. *Alloy, L B., Kelly, K. A., Mineka, S., & Clements, C. M.* (1990). Comorbidity of anxiety and depressive disorders: A helplessness-hopelessness perspective. In J. D. Maser & R. Cloninger (Eds.), *Comorbidity of mood and anxiety disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Press..

65. *Andersen, A. E.* (1985). *Practical comprehensive treatment of anorexia nervosa and bulimia*. Baltimore: Johns Hopkins UP.

66. *Andersen, A. E.* (1995). Sequencing treatment decisions: Cooperation or conflict between therapist and patient. In G. Szmukler, C. Dare, & J. Treasure (Eds.), *Handbook of eating disorders: Theory, treatment and research*. Chichester, England: Wiley.

67. *Arieti, S., & Bemporad, J.* (1978). *Severe and mild depression: The psychotherapeutic approach*. New York: Basic Books.

68. *Bancroft, J.* (1989). *Human sexuality and its problems*. New York: Churchill-Livingstone.

69. *Bandura, A.* (1971). Psychotherapy based upon modeling principles. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*. New York: Wiley.

70. *Bandura, A.* (1971). Vicarious and self-reinforcement processes. In R. Glaser (Ed.), *The nature of reinforcement*. New York: Academic Press.

71. *Banister, P., Burman, E., Parker, I., Taylor, M., & Tindall, C.* (1994). *Qualitative methods in psychology: A research guide*. Buckingham, England: Open University Press.
72. *Barondes, S. H.* (1993). *Molecules and mental illness*. New York: Scientific American Library.
73. *Battin, M. P.* (1982). *Ethical issues in suicide*. Engle-wood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
74. *Beck, A. T., Resnik, H., Eettieri, D.* (Eds.). (1974). *The prediction of suicide*. Philadelphia: The Charles Press.
75. *Beck, A. T. & Weishaar, M. E.* (1995). *Cognitive therapy*. In R. J. Corsini & D. Wedding (Eds.), *Current psychotherapies* (5th ed.). Itasca, IL: Peacock.
76. *Beck, A. T.* (1967). *Depression: Clinical, experimental and theoretical aspects*. New York: Harper & Row.
77. *Beck, A. T.* (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International University Press.
78. *Bednar, R. L., & Kaul, T. J.* (1994). *Experiential group research: Can the canon fire?* In A. E. Bergin & S. L. Garfiel (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed.). New York: Wiley.
79. *Bellinger, D. L., Madden, K. S., Felten, S. Y., & Felten, D. L.* (1994). *Neural and endocrine links between the brain and the immune system*. In C. S. Lewis, C. O'Sullivan, & J. Barraclough (Eds.), *The psychoimmunology of cancer: Mind and body in the fight for survival*. Oxford: Oxford University Press.
80. *Bergler, E.* (1951). *Neurotic counterfeit sex*. New York: Grune & Stratton.
81. *Berk, S. N., & Efran, J. S.* (1983). *Some recent developments in the treatment of neurosis*. In C. E. Walker et al. (Eds.), *The handbook of clinical psychology: Theory, research, and practice* (Vol. 2). Homewood, IL: Dow Jones-Irwin.
82. *Bersoff, D. N.* (Ed.). (1995). *Ethical conflicts in psychology*. Washington, DC: American Psychological Association.
83. *Blazer, D.G., George, L. K. & Hughes, D.* (1991). *The epidemiology of anxiety disorders: An age comparison*. In C. Salzman

& B. D. Lebowitz (Eds.), *Anxiety in the elderly*. New York: Springer.

84. *Bloom, B. L.* (1984). *Community mental health: A general introduction* (2nd ed.). Monterey, CA: Brooks/Cole.

85. *Boudewyns, P. A.* (1996). Posttraumatic stress disorder: Conceptualization and treatment. In M. Hersen, R. M. Eisler, & P. M. Miller (Eds.), *Progress in behavior modification*, Vol. 30. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.

86. *Bowlby, J.* (1969). *Attachment* (Vol. 1). New York: Basic Books.

87. *Braun, D. L., Sunday, S. R., & Halmi, K. A.* (1995). Psychiatric comorbidity in patients with eating disorders. *Psychol. Med.*

88. *Brems, C.* (1995). Women and depression: A comprehensive analysis. In W. Beckham & W. Leber (Eds.), *Handbook of depression* (2nd ed.). New York: Guilford.

89. *Brisman, J.* (1992). Bulimia in the older adolescent: An analytic perspective to a behavioral problem. In J. D. O'Brien, D. J. Pilowsky, & O. W. Lewis, (Eds.), *Psychotherapies with children and adolescents: Adapting the psyche/dynamic process*. Washington, DC: American Psychiatric Press.

90. *Brown, G. L., Linnoila, M. I., & Goodwin, F. K.* (1992). Impulsivity, aggression, and associated affects: Relationship to self-destructive behavior and suicide. In R. W. Maris, A. L. Berman, J. T. Maltsberger, & R. I. Yufit (Eds.), *Assessment and prediction of suicide*. New York: Guilford.

91. *Button, E.* (1993). *Eating disorders: Personal construct therapy and change*. Chichester, England: Wiley.

92. *Cacioppo, J. T., Berntson, G. G., Larsen, J. T., Poehlmann, K. M., & Ito, T. A.* (2000). The psychophysiology of emotion. In M. Lewis & R. J. M. Haviland Jones (Eds.), *The handbook of emotions* (2d ed.; pp. 173-191). New York: Guilford Press.

93. *Carey, M. P., Wincze, J. P., & Meisler, A. W.* (1993). Sexual dysfunction: Male erectile disorder. In D. H. Barlow (Ed.), *Clinical Handbook of Psychological Disorders: A Step-by-Step Treatment Manual* (2nd ed.). New York: Guilford.

94. *Carr, A. T.* (1979). The psychopathology of fear. In W. Sluckin (Ed.), *Fear in animals and man*. New York: Van Nostrand Reinhold.

95. *Classen, C., Hermanson, K. S., & Spiegel, D.* (1994). Psychotherapy, stress, and survival in breast cancer. In C. E. Lewis, C. O'Sullivan, & J. Barraclough (Eds.), *The psychoimmunology of cancer*. Oxford: Oxford University Press.

96. *Costello, C. G.* (1996). The advantages of focusing on the personality characteristics of the personality disordered. In C. G. Costello (Ed.), *Personality characteristics of the personality disordered*. New York: Wiley.

97. *Dunbar F.* Character and symptom formation – Some Preliminary Notes with Special Reference to Patients with Hypertensive, Rheumatic and Coronary Disease. *Psychoanal* 1948; 8: 18.

98. *Emmelkamp, P. M.* (1982). *Phobic and obsessive-compulsive disorders*. New York: Plenum Press.

99. *Fichter M. M.* (Ed.), *Bulimia nervosa: Basic research, diagnosis and therapy*. Chichester, England: Wiley, 1995.

100. *Freud, S.* (1960). *The psychopathology of everyday life*. (Ed. James Strachey). New York: W.W Norton.

101. *Gabbard, G. O.* (1990). *Psychodynamic psychiatry in clinical practice*. Washington, DC: American Psychiatric Press.

102. *Goldberg D. P., Bridges K.* Somatic presentations of psychiatric illness in primary care setting. // *J. Psychosom. Res.* – 1988. – V. 32. – P. 137 – 144.

103. *Gordon, R. A.* (1990). *Anorexia and Bulimia*. Cambridge: Basil Blackwell.

104. *Hedaya, R. J.* (1996). *Understanding biological psychiatry*. New York: Norton.

105. *Hugdahl, K.* (1995). *Psychophysiology: The mind-body perspective*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

106. *Juster, H. R., Heimberg, R. G., & Holt, C. S.* (1996). Social phobia: Diagnostic issues and review of cognitive behavioral treatment strategies. In M. Hersen, R. M. Eisler, & P. M. Miller (Eds.), *Progress*

in behavior modification (Vol. 30). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.

107. *Kahn, A. P. & Fawcett, J.* (1993). The encyclopedia of mental health. New York: Facts on File.

108. *King, N. J.* (1993). Simple and social phobias. In T. H. Ollendick & R. J. Prinz (Eds.), *Advances in clinical child psychology* (Vol. 15). New York: Plenum Press.

109. *Kobasa, S. C.* (1990). Stress resistant personality. In R. E. Ornstein, & C. Swencionis (Eds.), *The healing brain: A scientific reader*. Oxford: Pergamon Press.

110. *Kolodny, R., Masters, W. H., & Johnson, J.* (1979). *Textbook of sexual medicine*. Boston: Little, Brown.

111. *Lipowski Z.J.* Chronic idiopathic pain syndrome. // *Ann. Med.* – 1990. – V. 22. – P. 213 – 217.

112. *LoPiccolo, J., & Stock, W. E.* (1987). Sexual function, dysfunction, and counseling in gynecological practice. In Z. Rosenwaks, F. Benjamin, & M. L. Stone (Eds.), *Gynecology*. New York: Macmillan.

113. *Mondimore, F. M.* (1993). *Depression, the mood disease*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.

114. *Paykel, E. S.* (1991). Stress and life events. In L. Davidson & M. Linnoila (Eds.), *Risk factors for youth suicide*. New York: Hemisphere.

115. *Sheras, P., & Worchel, S.* (1979). *Clinical psychology: A social psychological approach*. New York: Van Nostrand.

116. *Silverstone, T., & Hunt, N.* (1992). Symptoms and assessment of mania. In E. S. Paykel (Ed.), *Handbook of affective disorders*. New York: Guilford.

117. *Spitzer R. L., Gibbon M., Skodol A. E., Williams J. B. W. & First M. B.* (Eds.) (1994). *DSMIV Casebook: A learning companion to the diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric-Press. – 260

118. *Spitzer, R. L., Skodol, A. E., Gibbon, M., & Williams, J. B. W.* (1983). *Psychopathology: A case book*. New York: McGraw-Hill.

119. *Spoont, M. R.* (1996). Emotional instability. In C. G. Costello

(Ed.), *Personality characteristics of the personality disordered*. New York: Wiley.

120. *Steadman, H. J., Monahan, J., Robbins, P. C, Appelbaum, P., Grisso, T., Klassen, D., Mulvey, E. P., & Roth, L. (1993)*. From dangerousness to risk assessment: Implications for appropriate research strategies. In S. Hodgins (Ed.), *Mental disorder and crime*. New York: Sage.

121. *Whitacre, C. C, Cummings, S. O., & Griffin, A. C. (1994)*. The effects of stress on autoimmune disease. In R. Glaser & J. K. Kiecolt-Glaser (Eds.), *Handbook of human stress and immunity*. San Diego: Academic Press.

РОЗДІЛ 5. ПСИХОЛОГІЯ ЛІКУВАЛЬНОЇ ВЗАЄМОДІЇ

5.1. Психологічні питання деонтологічного дискурсу

Психологічна деонтологія є новим предметом у системі підготовки психологічних кадрів. Саме тому особливу увагу слід приділити з'ясуванню значення самого поняття “деонтологія” й актуальності явища, що охоплюється ним: сфера зобов'язувальних норм у етичному вченні та суспільній моралі. Поняття “деонтологія” (від гр. *deon, deontos* – те, що повинно бути; необхідне; та *logos* – учіння) слід розкривати; через систему суміжних понять, таких як етика, мораль, моральність, обов'язок, свобода, вибір, воля тощо. Особливої уваги потребує розкриття деонтологічних питань у медицині, та, зокрема, у медичній психології, а також їх зв'язку з суспільною діяльністю, правом, політикою, економікою тощо. Для цього варто відзначити спільні та вирізнявальні риси цих понять. Зокрема, відмінностям, джерелом яких є специфіка предмета діяльності, а також її вплив на прояви загальних рис вчення про зобов'язувальність.

Розкриття деонтологічної методології повинне здійснюватись шляхом розрізнення, а також з'ясування взаємопов'язаності загальнонаукових, філософських і вузькодисциплінарних (психологічних) методів. Виокремлення згаданих завдань має підлягати принципу системності: впливати з можливостей розгортання поняття психологічної деонтології.

Оскільки ми розглядаємо деонтологічні аспекти роботи фахівця нового типу лікаря-психолога, який у своїй фаховій діяльності поєднує знання та уміння як лікаря, так і психолога, – слід пам'ятати про практичну сутність медицини – її зв'язок зі здоров'ям людини, долею та життям, тобто основними факторами її життя.

Етика – наука, що визначає моральні цінності особистості, її вчинків та схильностей, тобто допомагає розмежовувати поняття добра і зла, совісті і честі, справедливості та сенсу життя. Етика та моральність визначають систему норм моралі поведінки в суспі-

льстві. Етика медичного працівника та психолога – це частина загальної етики, яка визначає моральні засади поведінки медичного працівника та психолога у сфері його діяльності. Медична етика включає в себе сукупність норм поведінки та моралі, створює підґрунтя для почуття обов’язку та честі, моральних переваг медичного працівника.

Ще у древньокитайській книзі Хуан Ней-цзиня “Про природу та життя” вперше описані моральні засади медика, основними з яких автор вважає: “Вмій тримати серце в грудях” та “Медицина не може врятувати від смерті, але може продовжити життя та зміцнити своїми порадами”. А Гіппократ про основні моральні засади лікаря говорив: “Нехай він буде за вдачею прекрасним та добрим, значним та людинолюбним”.

Історичний аспект еволюції деонтологічного дискурсу доцільно розкрити, наголошуючи на певних віхах, що визначили оформлення даної пізнавальної сфери. Запровадження поняття “деонтологія” англійським моралістом І. Бентамом у 1834 році у книзі “Деонтологія, або наука про мораль”, де вона визначалася як учіння про особистісно обов’язкове у поведінці людини, не може розглядатися як спосіб датування постановня самої дисципліни. Хоча, наприклад, виникнення етики як такої відповідає запровадженню даного поняття Платоном. Відношення між поняттям “деонтологія” та деонтологічним явищем подібне до відношення між поняттям “мораль” і моральним явищем: поняття запроваджене Цицероном, явище ж – невіддільне від функціонування будь-якої спільноти. Оскільки визначальними етичним доктринами сучасності є християнська та кантіанська етики (П. Рікер), значна увага приділяється деонтологічним питанням у їхніх дискурсах, адже згадані етичні системи по суті деонтологічні. М.О. Бердяєв стверджував, що будь-яка етична система з необхідності деонтологічна, оскільки центральним поняттям для неї є зобов’язувальність. У радянську медичну науку термін “деонтологія” запровадив хірург М. М. Петров, який намагався визначити світоглядні та методологічні установки, необхідні лікареві як у щоденній лікарській взаємодії з пацієнтом, так і в

екстремальних ситуаціях, коли вирішується складне морально-етичне питання життя та смерті пацієнта.

Формування теорії особистості передбачає внутрішню логічну структуру, що включає ідеал особистості, реальні прояви особистості в конкретному суспільстві і систему саморегуляційних та ситуативно-формуєчих (мимовільно-соціальних і цілеспрямовано-психологічних) шляхів втілення належних ідеальних рис. Вчення про ідеальну особистість і способи її проявлення в індивідуально-психологічних якостях перебуває у статусі належностей, реалізація яких є зобов'язувальністю. Тобто будь-яка психологічна теорія, що містить зазначену вище структуру, може бути розглянута як деонтологічна. Певним взірцем деонтологічності психологічної теорії може бути, наприклад, теорія особистості Е. Фромма, що містить антиномічні поняття “бути” і “володіти”, за допомогою яких розкриваються способи самовиявлення особи.

Дослідження розвитку моральності провадитися з опосередкуванням когнітивних передумов, оскільки процес формування будь-якого (у т. ч. й морального) судження вимагає опанування (розгортання) необхідних мисленневих властивостей. Тобто, попри чинну суспільну мораль, дитина здатна засвоїти її положення тільки на притаманному їй віковому рівневі й демонструвати відповідні вчинки.

Розглядати психологічні теорії моральнісного розвитку варто розпочинатися з висвітлення даних питань у теорії Ж. Піаже, який започаткував дослідження становлення моральної сфери. А найвідомішими психологічними теоріями становлення моральності є теорія Кольбега та сформульована К. Гілліган теорія відмінностей становлення чоловічих і жіночих етичних систем.

Різноманітні питання становлення етичної свідомості знайшли відображення у психологічній літературі. Зокрема, О. С. Богданова розглядала роль моральності в поведінці молодших школярів; М. Й. Боришевський – ставлення дитини до правил поведінки у ігровій ситуації; В. О. Горчакова – засвоєння поведінкових правил дошкільнятами; М. Г. Казаріна – формування морального ідеалу;

С. М. Карпова, Л. Г. Петрушина – значення сюжетно-рольової гри в становленні моральності; І. М. Краснобаєв – формування моральних переконань у старших школярів; Р. О. Курбатов – можливість диференційованої діагностики позитивної моральної поведінки дошкільнят; О. М. Лавриненко – стійкість моральних суджень школярів; Є. В. Субботський – закономірності змін морального розвитку дошкільнят; М. І. Судаков – роль морального ідеалу у формуванні особистості школяра; Н. Е. Фокіна – відмінні риси моральних суджень молодших школярів та підлітків; В. Е. Чудновський – стійкість як характеристику моральності; П. М. Якобсон – мораль як окремих вид почуттів; С. Г. Якобсон – роль етичних норм у становленні саморегуляції дитячої поведінки. Теоретико-методологічний аналіз поняття мораль здійснено О. Г. Дробницьким; розгляд структурних характеристик моральної свідомості проведено О. І. Титаренком.

У розкритті генетичного аспекту моральнісного розвитку важливе значення посідає еволюція від егоцентричного ставлення до оточуючого (за якого будь-який зовнішній прояв оцінюється як позитивний чи негативний згідно з правилами, засвоєними у дитинстві від дорослих) до більш гнучкої позиції (власні судження про інших починають опосередковуватись особистими критеріями). Наприклад, якщо семирічна дитина формулює судження про явище за характером наслідків, то з часом більша увага починає приділятися намірам, які передували дії. На думку Піаже, в онтогенезі відбувається перехід від автономної моралі до гетерономної – наміру починає віддаватися перевага по відношенню до наслідків. У свою чергу, у дослідженнях Кольберга в якості доступного аналізу прояву моральної сфери особи виступав спосіб обґрунтування слухності вчинку. Кольберг виокремлює три рівні морального розвитку: доморальний; конвенціональний; постконвенціональний. Так, відзначальною характеристикою доморального рівня розвитку (від 4-х до 10-ти років) є обумовленість вчинку зовнішніми обставинами й нехтування точкою зору інших осіб.

5.2. Деонтологічні засади психологічної та медичної діяльності

Передусім слід зазначити, що у моралі як цілісному структурному утворенні виділяються такі три основні елементи: *моральна свідомість, моральна діяльність і моральні взаємини*. Звісно, ця схема має свої обмеження, в чомусь виявляється однобічною. Проте безперечно позитивною її якістю є логічна чіткість і водночас відповідність реальній структурі та ієрархії проблем і категорій сучасної етики. Незважаючи на визначення моралі, її жодним чином не можна уявити без відповідної моральної свідомості. По-перше, жоден людський вчинок, жоден акт комунікації між людьми просто неможливо морально виміряти, якщо не передбачається, що людина здатна усвідомлювати їх внутрішню проблематику, порівнювати їх із власними уявленнями про добро і зло, належне і справедливе, з власним сумлінням. Поза свідомістю, отже, моралі не існує – не тільки в тому розумінні, що без неї було б неможливе саме виконання певних вчинків та дій, а й у тому, що нарівні з останніми, усвідомлення входить до складу самого феномена моралі. По-друге, мораль як така – це в кожному випадку характеристика певних людських вчинків, поведінки, людської активності загалом. Там, де цього немає, – просто немає й потреби говорити про мораль. (Звичайно ж, і думка, і слово людини теж за певних обставин можуть поставати як “діло”, як вчинок, але показово вже те, що предметом моральної оцінки вони є виключно в цій останній своїй якості). І по-третє, мораль, безперечно, виникає й існує лише в контексті тих чи інших людських стосунків. Це можуть бути не тільки взаємини між людьми (хоча даний клас стосунків – це природний домен моральності як такої), а й ставлення людини до природи, культури та її цінностей тощо. У кожному разі, йдеться про взаємини, коли людина саме відноситься, *відносить себе* до чогось як принаймні рівного собі. Поза відносинами немає моралі. Усі виокремлені три основні компоненти моралі тісно пов’язані між собою, породжують цілу систему прямих і зворотних зв’язків.

Медична деонтологія – сукупність етичних принципів і правил поведінки медичного працівника під час виконання професійних обов’язків, тобто надання хворій людині максимального обсягу фахової допомоги, а також передбачає виключення ймовірності завдання їй шкоди та сприяє підвищенню ефективності лікування пацієнта і запобігання виникненню ускладнень, хронізації процесу та приєднанню супутніх захворювань. Загалом сутності поняття медичної психології найкраще відповідає латинська приказка “*Salus aegroti suprema lex*” (Добро хворого – найвищий закон).

Розкриття питання прояву соціальних норм у професійній етиці психолога (і особливо лікаря-психолога) повинно виходити із засновку, що психолог як представник певної спільноти не може бути вільним від знання, усвідомлення та поділяння (принаймні часткового) типу моралі, яка превалює у суспільстві, до якого він належить. Гостро постаючи перед окремими соціумами та перед людством загалом, етична проблема все ж за своєю суттю лишається передусім проблемою конкретної людської особистості, вибір якої становить основу морального самовизначення суспільства. Хоч би як спотворювалась роль моральності в суспільстві, істинна мораль насправді ніколи не стає засобом пригнічення або приниження особистості. Саме мораль формує основи людської гідності, тож і не може узалежнювати людину, позбавляти її притаманної їй свободи, яка саме на цій моралі й ґрунтується.

Звичайно, крім свободи, мораль знає і необхідність. Ця суперечність, яка позірно може здаватися суперечністю спрямованості діяльності – вибору (у вузькоситуативному значенні), насправді є внутрішньоособистісною суперечністю. Відтак, розв’язання моральних дилем залежить у першу чергу від особистісних якостей людини. Етична проблематика містить у своїй основі психологічні виміри. Сфера моральності – це не тільки проблеми обов’язку, свободи, відповідальності, це також глибокий і неповторний світ суб’єктивних переживань, ідеалів та прагнень, невичерпної діалектики людської душі. Це одвічні питання добра і зла, сенсу життя і ставлення до смерті, честі та гідності людини, сорому і совісті, любові й співчуття. До цієї сфери належить цілий комплекс про-

блем людської діяльності й міжособистісних стосунків. Важливим аспектом етичного становлення людини є розвиток моральних якостей особистості – доброти, чесності, справедливості тощо. Засвоєння змісту моральних принципів, норм і вимог – це напрямок, до якого має звертатися генетична і когнітивна психологія.

Розглядаючи моральні конфлікти і шляхи їх подолання у процесі групової психологічної діяльності, варто мати на увазі, що у конфліктології ці питання загалом не порушені. У процесі групових форм роботи психолог зобов'язаний суворо дотримуватися принципу добровільної участі клієнтів (пацієнтів) у заходах. Під час роботи з дітьми, пацієнтами з психічними розладами допускаються відхилення від принципу добровільності, але в межах законодавчих норм. Обов'язком лікаря-психолога є намагання налагодити з пацієнтом співробітництво, обов'язково опосередковуючи інтереси усіх учасників групової роботи. Психологи утримуються від непотрібних втручань в особисте життя учасників групи. Лікар-психолог у доступній формі повідомляє обстежуваним про власні висновки. При цьому він зобов'язаний обачливо і обережно висловлюватися щодо виявленої психічної патології пацієнта. Психолог обов'язково попереджає про тих, хто і для чого може використати ці дані; він не може приховувати від людини, які офіційні рішення можуть бути винесені на підставі медико-психологічного висновку. Лікар-психолог уповноважений особисто запобігати некоректному і неетичному використанню результатів досліджень і повинен виконувати цей обов'язок незалежно від посадової субординації.

Розвиток здібностей та прояви схильностей лікаря-психолога у професійному становленні вимагають постійного поповнення знань про нові наукові досягнення в галузі його діяльності, для розв'язання тільки тих завдань, які належать до сфери його компетенції. У разі неспосильності завдання, психолога передають його іншому фахівцеві (більш досвідченому, компетентному або такому, який працює у напрямку, більш прийнятному для конкретного пацієнта) та допомагають людині, яка звернулася за підтримкою, налагодити контакт з фахівцями, що можуть надати адекватну допомогу.

Період навчання у вузі, під час якого здійснюється професійна ідентифікація та професійна адаптація майбутнього фахівця, – найважливіший для розвитку особистості у будь-якій сфері діяльності. Особистісне зростання передбачає не лише розвиток особистості, а й прагнення людини до найповнішого вияву й розвитку своїх можливостей та здібностей. Це поняття є одним із ключових у гуманістичній психології і значною мірою збігається з поняттям “самоактуалізація” і “самореалізація”. Саме прагнення до самоактуалізації мотивує особистість до розвитку і вияву своїх можливостей, вона стає вільною у виборі свого життєвого шляху; реалізація потенцій людини своєю чергою робить її психологічно зрілою, здатною до творчої діяльності.

5.3. Етико-моральні чинники професійного й особистісного становлення лікаря-психолога

Особистісне зростання студентів виступає важливою передумовою професійного становлення особистості, що, ґрунтуючись на психологічній та особистісній зрілості майбутніх фахівців, зумовлює виникнення такої необхідної складової особистості фахівця, як професійна ідентифікація, що є невід’ємним компонентом професійної самосвідомості особистості, основними характеристиками якої є прийняття провідних професійних ролей, цінностей та норм, сформовані мотиваційні структури, що спонукають особистість до ефективної практичної діяльності. Несформована професійна ідентифікація навіть при високому рівні теоретичних знань та відпрацьованих практичних умінь не дає змоги фахівцеві впевнено почувати себе у процесі виконання професійних обов’язків, актуалізує механізми психологічного захисту, а отже, й перешкоджає ефективній професійній самореалізації.

Прояви соціальних норм у професійній етиці лікаря-психолога ґрунтуються на тому, що він несе особисту відповідальність за свою роботу. Психологи зобов’язані всіляко запобігати і не допускати антигуманних наслідків у своїй професійній діяльності. Психологи повинні утримуватись від будь-яких дій чи заяв, що загрожують недоторканності особи; не мають права використовувати

вати свої знання і становище з метою приниження людської гідності, пригнічення особистості або маніпулювання нею; несуть відповідальність за дотримання пріоритету інтересів людини. На лікарів-психологів покладається відповідальність за надійність використовуваних методів та їх програмного забезпечення, валідність обробки даних досліджень, у тому числі тих, які проводяться з використанням комп'ютерних технологій. Психологи застосовують лише ті знання, якими вони володіють згідно із своєю кваліфікацією, повноваженнями і соціальним статусом. Зі зростанням науково-технічного і виробничого потенціалу людства, підвищенням здатності впливати на стан навколишнього буття і на кардинальні умови свого існування, дедалі важливішою стає моральна спрямованість конкретних дій. Щодалі більшого значення набувають цінності, яким людина підпорядковує свою діяльність. Якщо раніше у людській культурі домінували релігійно-конфесійні, пізнавальні, естетичні, утилітарнопрактичні цінності тощо, то нині настає час, коли визначальними для людини і людства повинні стати цінності етичні – саме від них залежатиме спрямованість суспільного, культурного і суто людського розвитку.

Рефлексія та саморегулювання особистісних і професійних якостей лікаряпсихолога скерована на успішність професійної адаптації, кінцевою метою якої є професійна ідентифікація фахівця. Професійна адаптація передбачає насамперед вироблення та вдосконалення професійно значущих особистісних якостей, стереотипів, поведінки; засвоєння основних професійних ролей, форм спілкування, необхідних для успішного виконання майбутньої професійної діяльності; формування професійної рефлексії та професійної самосвідомості студентів. Рефлексивний рух по суті є комунікативним, розгортаючись в структурі “я – усвідомлений досвід” – “я – ідеальне належне”, вимагає опосередковування ідеального зразка. Такий оціночний еталон чи взірець, щодо якого виокремлюється міра ідеальності (відповідності взірцеві), виступає у процесі цілеспрямованої діяльності як належне. До того ж цей взірець визначається не кількісними характеристиками, а характе-

ристиками абсолютизованими, перенесеними у сторонність (транцендованими) етичними уявленнями про благо.

Розкриття професійної культури лікаря-психолога має опосередковувати розуміння культури як історичного явища – сукупності матеріальних і духовних цінностей, створених і створюваних людством, а також сукупності усіх видів перетворювальної діяльності, за допомогою якої формуються ці цінності. Розвиток культури залежить від змін соціально-економічних формацій і характеризується рівнем оволодіння людством силами природи, а також рівнем розвитку кожної окремої людини і людства загалом. Разом з тим культура має певну самостійність щодо змін своєї матеріальної основи. Така самостійність виявляється у спадкоємності та взаємодії культур різних народів. Термін “культура” означає не тільки сукупність людських досягнень у підкоренні природи, у розвитку техніки, науки, освіти, моральних устоїв, а й досягнутий рівень культури, ступінь досконалості в оволодінні будь-якою галуззю знання і діяльності. У такому значенні використовують термін “культурність”. Складовими професійної культури лікаря-психолога є політична, правова, етична й естетична культура.

5.4. Лікар як особистість. Професійна придатність до медичної діяльності

Без сумніву, лікувальна діяльність є однією з найважчих. Зазвичай працювати лікарями йдуть люди, які з дитинства відчували потребу допомагати іншим людям, тобто виявляють *гуманізм*. Вочевидь ще ті первісні люди, які допомагали своїм ближнім, робили це не лише із меркантильних причин, а й намагаючись полегшити чужий біль чи врятувати життя, тобто з почуття гуманності. Усі хворі очікують від лікаря щирого прагнення допомогти їм і переконані, що інакшим лікар бути не може. Саме тому лікаря прийнято наділяти найкращими людськими якостями, основною з яких є гуманізм.

Основні морально-етичні норми лікарської професії сформулював філософ і лікар Гіппократ у своїй “Клятві”, яка справила найбільший вплив на формування морального обличчя лікаря і не

втратила своєї актуальності й до сьогоднішнього дня. Її основні положення: *заборона на заподіяння шкоди хворому* (“Я скерую режим хворих до їхньої вигоди згідно з моїми силами і моїм розумінням, утримуючись від заподіяння усякої шкоди і несправедливості”); *повага до життя* (“Я не дам нікому смертельного засобу, що просять у мене, і не вкажу шляху для подібного задуму, так само як я не дам жодній жінці абортівного песарію”); *повага до особистості хворого* (“В який дім я б не увійшов, я увійду туди лише задля користі хворого, далекий від усього зумисного, несправедного і згубного, особливо від любовних діянь з жінками і чоловіками, вільними і рабами”); *лікарська таємниця* (“Що б під час лікування, а також і без лікування, я не побачив або не почув стосовно життя людського з того, що не слід будь-коли розголошувати, я промовчу про це, вважаючи це таємницею”); *повага до вчителів та учнів* (“Клянуся шанувати того, хто навчив мене мистецтва лікування, як власних батьків, ділитися з ним своїми статками..., а його дітей вважати своїми братами... вчити їх безкоштовно; ... все в науці повідомляти своїм синам, синам свого учителя та учням, пов’язаним зобов’язаннями і клятвою за законом медичним”); *повага до професії* (“Чисто і непорочно буду я провадити своє життя і своє мистецтво”).

Окрім морально-етичних особистісних якостей, лікар повинен мати належну фахову підготовку та володіти навичками й уміннями, необхідними у професійній діяльності, вміти адекватно оцінювати стан пацієнта та власні професійні можливості і ризики, бути витриманим і впевненим у своїх силах, самостійним у прийнятті рішень та готовим відповідати за них, ініціативним, наполегливим, цілеспрямованим, а також володіти такими комунікативними якостями, як особиста привабливість, ввічливість, повага до оточуючих, тактовність, уважність, спостережливість, комунікабельність, доступність, довіра до оточення та уміння завоювати довіру від них.

Зрозуміло, що, описуючи ці особистісні особливості, ми усвідомлюємо, що вони можуть бути притаманними лише винятковим поодиноким особистостям, т. зв. *ідеальним лікарям*, котрі за-

звичай і залишають помітний слід в історії медицини та людства. Оскільки більшість лікарів є людьми пересічними, вони рідко володіють повним набором властивостей, необхідних для ефективної лікарської діяльності. Окрім того, низький соціальний статус лікарів у нашому суспільстві, принизливо низька оплата праці та відсутність гідного рівня життя, матеріального, соціального і правового забезпечення, а також перспектив на майбутнє, їхня беззахисність при намаганні покращити чи змінити способи лікування чи умови перебування пацієнтів у стаціонарі, повна залежність (особливо у маленьких містечках) від прихильності місцевої влади, залежність від матеріальної “вдячності” пацієнтів (яка робить їх свого роду заручниками ситуації) та багато інших чинників не можуть не впливати на дійсний образ сучасного лікаря. А зважаючи на те, що на професійну діяльність чинять вплив ще й особисті проблеми (часто викликані саме особливістю фахової діяльності), а також суто професійні шкідливості (фізична і психологічна перевтома, професійне викривлення та вигоряння) надання медичної допомоги на належному рівні і не видається можливим.

Однак, незважаючи на значну кількість лікарів, до яких пацієнти уникають звертатися або звертаються лише у разі крайньої необхідності, тобто неможливості вибору, дуже багато лікарів не лише ефективно працюють, а й наближаються до змалюваного образу “ідеального лікаря”. На нашу думку, вирішальне значення тут має психологічна підготовка і психологічна готовність лікарів до професійної діяльності та її наслідків. Загальноприйнята думка про те, що лікарі повинні любити хворих, на нашу думку, хибна за своєю суттю. Лікарі повинні любити здорових і намагатися допомогти хворим людям стати здоровими. А щодо хворих лікарі повинні відчувати радше повагу та розуміння. По-перше, кожна емоція шкодить раціональному мисленню, а отже, погіршує результати лікарської інтервенції. По-друге, нам складно заподіяти біль близьким людям, а отже, любов обмежує можливості як діагностики, так і лікування пацієнта.

Намагаючись створити образ ідеального лікаря-психолога, можна виокремити такі групи спеціальних індивідуальних здібностей:

- *перцептивно-рефлексивні*, які дають змогу досягнути індивідуальну своєрідність особистості пацієнта, а отже – краще його зрозуміти;
- *проективні*, які дають змогу впливати на пацієнта. Головними, на нашу думку є здібності до:
- спілкування і взаємодії з різними людьми, уміння налагоджувати з ними контакти, підтримувати їх на довірчому рівні;
- адекватного оцінювання психічного стану пацієнта;
- емпатії;
- пристосування до індивідуальних психологічних особливостей пацієнта (в першу чергу – темпераменту, типу поведінки, мови, освіченості тощо);
- уміння слухати і під час розмови отримувати від пацієнта максимальну кількість необхідної для діагностики та лікування інформації;
- вербалізації своїх думок та чітких і виразних рекомендацій пацієнтові;
- логічного мислення;
- концентрації та стійкості уваги (здатність тривалий час зосереджуватися на предметі обговорення з пацієнтом, не ослабляючи її та не відволікаючись на інші об'єкти);
- переключення і розподілу уваги (в разі потреби для максимального надання допомоги пацієнтові – здатність швидко переключати увагу з одного предмета на інший чи з одного виду діяльності на інший, а також утримувати в центрі уваги одночасно кілька предметів чи одночасно виконувати кілька дій);
- образного мислення;
- образної і словесно-логічної пам'яті;
- мнемонічних здібностей (довгострокова і короткочасна пам'ять);
- опанування ситуацією та позитивного психологічного впливу на пацієнта;
- самоконтролю.

Якості, важливі для спілкування лікаря з пацієнтом:

Емпатія – уміння бачити світ очима іншої людини, пацієнта, розуміти і сприймати вчинки з їхніх позицій. Доброзичливість, здатність не лише відчувати, а й показувати своє доброзичливе ставлення, симпатію до пацієнта, уміння приймати його навіть тоді, коли не схвалюєш його вчинків, готовність підтримувати його. Автентичність – вміння лікаря бути природним у стосунках, не ховатися за масками чи ролями, здатність бути самим собою в контактах з пацієнтом, його близькими та колегами. Конкретність – відмова від загальних, а також багатозначних та незрозумілих розмірковувань та зауважень, уміння говорити про конкретні переживання, думки, дії, готовність однозначно відповідати на запитання пацієнта. Ініціативність – схильність до діяльної позиції у стосунках з пацієнтами, щоб іти вперед, здатність встановлювати контакти з різними людьми; готовність робити будь-які справи в ситуації, що вимагає активного втручання, а не чекати, коли це зробить хтось інший, незважаючи на соціальні ролі та статус. Безпосередність – уміння говорити і діяти напругу, відкрита демонстрація свого ставлення до проблеми, до пацієнта. Відкритість і щирість, яка не еквівалентна готовності оприлюднити всі свої інтимні таємниці, але задовольнити цікавість пацієнта, оскільки сам лікар як людина, а не її таємниці цікавлять пацієнтів. Сприйняття почуття – відсутність страху при безпосередньому контакті з почуттями пацієнтів та їхніх близьких, готовність приймати емоційну експресію від них.

Визначаючи перелік особистісних якостей лікаря-психолога, найбільш важливими для ефективної професійної діяльності слід вважати:

- високий рівень особистої відповідальності;
- повага, терпимість, безоціночне ставлення до усіх пацієнтів, незалежно від спів падання його морально-етичних норм та поведінки із загальноприйнятими та прийнятними для самого психолога (у випадку неможливості подолати негативне ставлення до пацієнта, зумовлене категоричним неприйняттям його як особистості, пацієнта слід передати іншому фа-

хівцеві, а також обов'язково самому пройти додаткову психотерапію, скеровану на з'ясування причин виникнення такого ставлення та його подолання);

- щира зацікавленість особистістю пацієнта і причинами, що призвели до психічних розладів;
- інтуїція, що ґрунтується на знаннях та життєвому і професійному досвіді, уміння прогнозувати події;
- прагнення до самопізнання, саморозвитку;
- тактовність, вихованість;
- уміння зберігати лікарську таємницю;
- допитливість;
- ініціативність, цілеспрямованість, наполегливість;
- креативність;
- ерудованість.

Звісно, наданий перелік не абсолютний за своїм змістом, до нього увійшли лише ті здібності, які є вкрай важливими в роботі лікаря-психолога, лікаря чи практичного психолога. Однак досвід свідчить, що за відсутності вказаних здібностей не лише страждає рівень надання допомоги пацієнтові, а й у самого фахівця починають формуватися психологічні проблеми, пов'язані з усвідомленням неповної відповідності чи неспроможності працювати. Багато молодих фахівців, не усвідомлюючи до кінця небезпеки появи таких небажаних проявів, нехтують необхідністю саморозвитку, самовдосконалення, додаткового навчання, проходження курсів власної психотерапії. Це викликає значну кількість нарікань клієнтів, які не отримали належної допомоги, та формує негативну суспільну думку. Абсолютними протипоказаннями до роботи лікарем та психологом є:

- психічна та емоційна неврівноваженість;
- агресивність;
- замкнутість;
- нерішучість;
- низький інтелектуальний рівень;
- небажання працювати з людьми, відсутність поваги до них, байдужість;

- небажання і невміння зрозуміти та прийняти іншу людину такою, як вона є;
- прагнення у роботі застосовувати традиційні схеми лікування, нездатність знаходити індивідуальні прийоми;
- недостатній фаховий рівень.

Однозначність перших п'яти пунктів переліку не вимагає їх пояснення та уточнення – особливості навчання на медичних та психологічних факультетах зазвичай призводять до природного відсіву таких людей. Щодо наступних пунктів – варто їх проаналізувати та розмежувати для лікарів та психологів. Небажання працювати з людьми, відсутність поваги до них, байдужість, а також небажання і невміння зрозуміти та прийняти іншу людину такою, як вона є, унеможливають будь-яку роботу психолога, а особливо – роботу лікаря-психолога. Якщо ж говорити про лікарів, то серед них є немало таких, які не намагаються зрозуміти своїх пацієнтів або залишаються до них байдужими. Звичайно, це ускладнює спілкування з пацієнтами та, ймовірно, погіршує ефективність роботи, однак це не може бути абсолютним протипоказанням до лікарської діяльності. Деякі лікарські спеціальності не вимагають і не передбачають необхідності у надмірному рівні комунікабельності та емпатії лікаря. В першу чергу йдеться про лікарів-лаборантів, рентгенологів, лікарів, що займаються функціональною діагностикою, патологоанатомів, кожен з яких має лише короткотривалі спорадичні контакти з пацієнтами та істотно вплинути на стан пацієнта своїми особистісними особливостями не може. Що ж стосується багатьох інших фахівців – хірургів, анестезіологів, реаніматологів, діагностів, то за умови високого рівня їхньої фаховості переважна більшість пацієнтів не висуває до них інших вимог. Однак у роботі терапевтів, педіатрів, онкологів, травматологів, дерматологів, фтизіатрів, стоматологів – кожен з яких не лише лікує пацієнта, а й повинен у процесі лікування з ним тривало спілкуватися – ці якості є необхідними, і їхня відсутність істотно погіршує, якщо й взагалі не унеможлиблює, виконання лікарем його професійних функцій.

Прагнення у роботі застосовувати традиційні схеми лікування, нездатність знаходити індивідуальні прийоми – якості однаково неприйнятні для роботи як лікаря, так і психолога. Щоправда, у лікарській діяльності існує дуже велика кількість приписів та правил, які вимагають саме дотримання певної схеми лікування чи порядку проведення оперативного втручання, не дотримуючись яких лікар фактично порушує закон. Однак тут ідеться про необхідність застосовувати до кожної людини індивідуальний підхід, розглядати кожного пацієнта як унікальну особистість, а його хворобу – як унікальний розлад функціонування цієї особистості. Адже відомо, що пацієнти з тим самим діагнозом, отримуючи ідентичне лікування, цілком по-різному на нього реагують. Тому лікареві слід підбирати для кожного пацієнта саме індивідуальний стиль лікування, якою б привабливою та звичною до застосування не видавалася традиційна схема. Для психологів застосування традиційної схеми лікування абсолютно непридатне. Знання основних прийомів та методів лікування, володіння необхідними методиками і техніками надання психологічної допомоги як обов'язкова складова фахової діяльності є лише тим арсеналом, з якого психолог повинен створити індивідуальний набір для кожного конкретного пацієнта на кожен окремий сеанс. Невміння або небажання проводити таку роботу дуже швидко виявляються пацієнтом, який, не отримуючи необхідного стимулювання та підтримки у процесі психотерапії, не може проводити її самотужки – а отже, припиняє лікування.

Останній пункт переліку – недостатній фаховий рівень – насправді є основним. На жаль, в нашій країні кожна людина неодноразово виявляла, що вона звернулася по допомогу до фахівця, який не виправдовує її сподівань. І хоча наших сподівань не виправдовують різні фахівці: вчителі – не знають свого предмету і не вміють викладати, будівельники проектують споруди, які руйнуються; журналісти – у пошуках “гарячих” новин не цікавляться їх правдивістю та науковістю, аграрії – не вміють господарювати на землі, урядовці – не знають економіки, парламентарі – ухваляють закони, що не діють, і т. д. і т. п. – незадоволення щодо їх

діяльності обмежується висміюванням та суспільним осудом. Недостатній фаховий рівень лікарів та психологів, у чийх руках життя і здоров'я кожної людини – сприймається суспільством як злочин. Якщо нефаховість психолога (за дуже рідкісними випадками) не стає причиною фізичної загибелі людини, то відсутність знань у лікаря – призводить до цього у багатьох випадках. Невміння лікаря надати допомогу набагато болючіше сприймається людьми, ніж втрата заощаджень через незнання основ монетарної політики банкіром, адже йдеться про незворотні та незамінні втрати – життя і здоров'я.

Для успішної *самопрезентації* лікаря він повинен чітко уявляти власний імідж, працювати над ним, покращуючи власні знання про самого себе та навички саморегуляції. Робота над власним *іміджем* – це формування враження про себе, яке має конкретні цілі і завдання – переконати пацієнта у власній компетентності. Центральну частину іміджу посідає продуманий зовнішній вигляд, який повинен сигналізувати про професійноціннісні якості особистості лікаря та сприяти формуванню його репутації.

Неумілість психолога, однак, теж може призвести до руйнівних наслідків для життя і здоров'я особистості. Не знаючи основ медицини (і в першу чергу психіатрії), психодіагностики, патопсихології та психопатології, психологи не можуть вчасно діагностувати у своїх клієнтів ознак психічних розладів та не скеровують їх по допомогу до психіатрів, а це може бути загрозливим як для життя самого пацієнта та оточення, так і для його здоров'я. Недостатнє володіння психотерапевтичними та психокорекційними методами і методиками не лише не дають відчуття полегшення психологічного стану особистості, а й провокують формування психічних розладів, що потребують у майбутньому тривалого виснажливого і коштовного лікування. Саме тому вимоги до фаховості лікарів і психологів були і залишаються дуже високими, і саме тому кожен, хто хоче присвятити своє життя такій діяльності, може і повинен намагатися досягти якомога вищого рівня знань та умінь і, працюючи, постійно його вдосконалювати і підвищувати.

5.5. Спілкування у процесі ефективної лікарської діяльності

Якщо пацієнт вирішуватиме, до якого лікаря звернутися до того, який лікує травами, чи до іншого, який лікує ножем, то він насамперед звернеться до того, який лікує словом.
Гіппократ

Для успішної професійної діяльності лікар повинен досягнути вершини майстерності спілкування, зробити його автоматичним, перетворити на внутрішню потребу досконалу техніку фахового спілкування. Кожна соціальна роль завжди залишає певний особистий простір для її виконавця, що є основою для виникнення міжособистісних (психологічних) стосунків, які складаються на емоційному підґрунті (на підставі певних почуттів, що виникають між людьми). У соціальній психології почуття об'єднують у дві великі групи: кон'юнктивні (такі, що зближують, об'єднують людей) та диз'юнктивні (антипатичні почуття, що роз'єднують людей). У професійній діяльності лікаря важливе його вміння вибудовувати свої стосунки з пацієнтами, їх родинами та колегами, ґрунтуючись на кон'юнктивних почуттях, і звичайно – реалізувати їх у спілкуванні.

Спілкування – це процес встановлення і розвитку контактів між людьми, породжений потребами у спільній діяльності. Він містить обмін інформацією, вироблення єдиної стратегії взаємодії, сприйняття та розуміння іншої людини.

Міжособистісне спілкування – взаємодія між кількома людьми, що здійснюється за допомогою засобів мовленнєвої та немовленнєвої взаємодії, в результаті якої виникає психологічний контакт і певні стосунки між учасниками спілкування.

Для успішного міжособистісного спілкування лікареві потрібно:

- враховувати, що це безпосередня взаємодія, тобто її учасники перебувають у просторовій близькості, мають змогу

бачити, чути, торкатися одне одного і обов'язково – здійснювати зворотний зв'язок;

- пам'ятати, що це особистісно-орієнтоване спілкування, тобто, що кожен з його учасників визнає незамінність, унікальність іншої людини, бере до уваги особливості її емоційного стану, самооцінки, особистісних характеристик;
- використовувати психічні процеси і стани співрозмовника, які забезпечують трансакцію (міжособистісне сприймання, потреби і мотивації, почуття й емоції, самооцінки, психологічні захисти);
- застосовувати комунікативні практики, що опосередковують взаємодію між людьми (мовлення, невербальні повідомлення);
- дотримуватись усталених норм і правил, що уможливлюють спілкування.

У спілкуванні виокремлюють такі взаємопов'язані складові: комунікативна – полягає в обміні інформацією між лікарем і пацієнтом; інтерактивна – в організації взаємодії між ними, коли потрібно узгодити певні дії, вплинути на настрій, поведінку, переконання пацієнта; перцептивна – включає процес сприйняття лікарем і пацієнтом одне одного та встановлення на цій підставі взаєморозуміння.

Спілкуючись, слід пам'ятати, що до *засобів спілкування* відносять не лише мовлення (слова, вирази та правила їх поєднання в осмислені вирази), яке у смисловому сенсі повинно сприйматися однаково як лікарем, так і пацієнтом, а й інтонація, емоційна виразність, яка може надавати різного змісту тій самій фразі; міміка, поза, погляд, що здатні посилювати, доповнювати або спростовувати зміст сказаного; жести (які можуть бути загальноприйнятими, що мають закріплене за ними значення, або ж експресивними, що служать для більшої виразності мовлення).

У процедурі спілкування наявні такі етапи:

1. Потреба у спілкуванні (необхідно повідомити щось або отримати інформацію, вплинути на пацієнта тощо), що спонукає

лікаря вступати в контакт з пацієнтом.

2. Орієнтування у цілях спілкування, в ситуації спілкування.
3. Орієнтування в особистості пацієнта.
4. Планування змісту свого спілкування (лікар уявляє, що саме скаже пацієнтові).
5. Несвідомо (часом свідомо) лікар обирає конкретні засоби, мовні фрази, якими користуватиметься, вирішує, як говорити, як поводитися.
6. Сприйняття та оцінка реакції, що виникала в пацієнта у відповідь, контроль ефективності спілкування на підставі встановлення зворотного зв'язку.
7. Коректування напрямку, стилю, методів спілкування.

Поєднання усього переліченого у певну функціональну єдність творить процес успішного спілкування. При цьому потреби особистості пацієнта слід розглядати як його особливий психічний стан (напруження, незадоволення, дискомфорт), який він відчуває і усвідомлює, а також враховувати ймовірну мотиваційну кризу пацієнта – болючу зміну мотивів, до якої він зазвичай погано підготовлений. Важливими для самого лікаря у міжособистісному спілкуванні є потреба у милосерді, поведінці допомоги, співчуття та безкорисливості, що формується в актах поведінки допомоги і підвищує самоповагу і самооцінку лікаря, дає йому змогу пережити почуття причетності до добрих справ, глибокого людського співпереживання, власної шляхетності та піднятися у власних очах.

Якщо котрийсь із ланцюгів процесу спілкування порушено, то лікареві не вдається досягти бажаних результатів спілкування – воно виявляється неефективним. Такі уміння називають соціальним інтелектом, практично-психологічним розумом, комунікативною компетентністю, комунікабельністю.

Комунікація – це процес двобічного обміну інформацією, який призводить до взаєморозуміння. Щоб переконатися в успішності комунікації, слід отримувати інформацію про те, як пацієнт зрозумів лікаря, як сприймає його, як ставиться до своєї хвороби та запропонованих лікарем методів лікування. Для *ефективної ко-*

мунікації характерні: досягнення взаєморозуміння, краще усвідомлення ситуації та предмету спілкування (досягнення більшої визначеності в розумінні сприяє розв'язанню проблем пацієнта, забезпечує досягнення мети – одужання пацієнта – з оптимальним витрачанням ресурсів).

Причинами поганої комунікації лікаря з пацієнтом найчастіше виступають:

1. Стереотипи – спрощені думки стосовно людини або ситуації, в результаті немає об'єктивного аналізу і розуміння людини, ситуації, проблеми. Стереотипи наявні як у пацієнтів, так і в лікарів. Найбільш поширеними стереотипами пацієнтів є: сприймання лікаря як всесильної особи, яка може здійснити “чудо зцілення”; сприймання лікаря як ворога, який намагається порушити цілісність особистості пацієнта та втручається у його особисте життя; сприймання лікаря як об'єкта, що зобов'язаний надавати допомогу, не висловлюючи власних думок та емоцій; сприймання лікаря як бездушної істоти, націленої лише на отримання власної вигоди і т. д. Лікарі щодо пацієнтів зазвичай створюють такі стереотипи: пацієнт-симулянт, який намагається отримати вторинну вигоду; пацієнт-обманщик, який намагається приховати (перебільшити чи применшити) симптоми захворювання; пацієнт нав'язує лікареві свою точку зору на хворобу, діагноз, методи лікування; пацієнт намагається отримати якомога більше уваги лікаря для підвищення власної самооцінки і т. д. Зрозуміло, що кожен із перелічених (і багато інших) стереотипів не можуть сприяти ефективній комунікації, необхідній для успішного лікування. Тому лікар змушений не лише намагатися зруйнувати стереотипи пацієнта, а й позбутися власних стереотипів щодо нього.

2. Упереджене ставлення – схильність нехтувати усім, що суперечить власним поглядам, все незвичайне, нове. Люди завжди вірять у те, у що хочуть вірити, і рідко усвідомлюють, що інша людина так само має підстави і право трактувати події та судження. Таке упередження з боку пацієнтів зазвичай виявляється у небажанні погодитися з діагнозом лікаря та методами лікування, якщо вони переконані у правильності іншого діагнозу чи доціль-

ності інших методів лікування. У цьому випадку лікар повинен за допомогою раціонального переконання, залучаючи думку визнаних авторитетів та своїх колег, переконати пацієнта у хибності його розуміння хвороби. Якщо ж пацієнт спостерігає подібну упередженість у лікаря – доцільно звернутися до іншого фахівця, провести консилиум лікарів для з'ясування дійсного стану здоров'я пацієнта.

3. Вороже ставлення до людей (чи конкретної людини). Якщо у пацієнта відзначають вороже ставлення до конкретного лікаря, лікар-психолог повинен спробувати з'ясувати їх, якщо можливо, спростувати, або ж запропонувати змінити лікаря. Коли вороже ставлення спостерігають у лікаря, у лікувальній практиці зазвичай просто змінюють лікаря. Для медичного психолога така ситуація є сигналом про наявність у лікаря нерозв'язаних психологічних проблем, які утруднюють його фахову діяльність. Індивідуальна або групова психотерапія можуть допомогти лікареві виявити причину ворожості і знайти шляхи її подолання. При ворожому ставленні до усіх людей в першу чергу слід провести психіатричне обстеження пацієнта, а за відсутності психічних розладів – проводити тривалу психотерапію, що включає психоаналіз, когнітивно-біхевіоральну терапію, гештальт-терапію.

4. Відсутність уваги та інтересу до співрозмовника. Часто у спілкуванні лікаря з пацієнтом інтерес виникає лише тоді, коли відбувається усвідомлення значення отриманої інформації, тобто за допомогою цієї інформації можна отримати бажаний або запобігти небажаному результату. У лікарів відсутність інтересу часто буває пов'язаною з синдромом хронічної втоми, великим навантаженням, рутинністю роботи. У цьому випадку лікар не виявляє зацікавленості до висловлювань пацієнта аж до моменту отримання несподіваної, неочікуваної або парадоксальної інформації, яка може кардинально змінити діагноз пацієнта чи істотно вплинути на його лікування. Пацієнти зазвичай уважні у процесі спілкування з лікарем, однак знач на їх частина схильна втрачати інтерес до рекомендацій лікаря на етапі одужання, а це може загрожувати подальшими ускладненнями в перебігу хвороби. Завдання

медичного психолога полягає у донесенні необхідної для підтримання прийняттого рівня здоров'я або його покращення як до самого пацієнта, так і до його близьких.

5. Нехтування фактами, тобто звичка робити висновки за відсутності достатнього підтвердження інформації. Успішні лікарі ніколи не роблять категоричних висновків щодо діагнозу пацієнта, не маючи на це достатніх підстав, а під час лікування проводять необхідні додаткові методи дослідження, які дають підстави підтвердити або спростувати діагноз. Встановлення діагнозу пацієнта “з першого погляду” зазвичай свідчить про недостатню фаховість лікаря і часто спостерігається у молодих лікарів. Виняток становить незначна кількість нозологій, у клінічній картині яких наявні патогномонічні симптоми (наприклад, сколіоз). Однак серйозний лікар завжди проводить додаткові дослідження, які б підтвердили правильність його діагнозу і допомогли виявити причини формування хвороби. Пацієнти по-різному ставляться до подібної “експрес-діагностики”. Якщо лікар користується беззаперечною довірою пацієнта – діагноз сприймається схвально і підтверджує ставлення пацієнта до лікаря. Та якщо у пацієнта немає впевненості у фаховості лікаря – такий діагноз викликає обурення і неприйняття пацієнта, призводить до конфліктів та змушує пацієнта звернутися до іншого лікаря.

6. Помилки у побудові висловлювань: неправильний вибір слів, складність повідомлення, нелогічність, непереконливість чи не найчастіше стають причиною поганої комунікації та нерозуміння між лікарем і пацієнтом. Лікар повинен вміти правильно оцінити загальнокультурний та освітній рівень свого пацієнта і пояснити йому сутність висловлювань у зрозумілій доступній формі, не вживаючи спеціальних термінів, говорячи простими реченнями, з яких легко зрозуміти причинно-наслідкові зв'язки та основні акценти. Проблема у лікарській практиці з умінням зрозуміло донести інформацію, звісно, існує в усіх країнах, однак в Україні вона має певну специфіку. З одного боку, вона пов'язана з недостатнім словниковим запасом багатьох лікарів, у якому відсутні слова-відповідники, для медичних термінів, зрозумілі немедикам. Окрім

того, у підготовці лікарів в Україні не передбачені високі та жорсткі вимоги до знання ними основ психології та педагогіки, логіки і філософії. Питання мови у спілкуванні з пацієнтами теж вимагає значних пояснень. Зрозуміло, що хвора людина повинна вільно висловлювати свої скарги, думки і побажання рідною мовою, не витрачаючи зайвих зусиль на намагання зрозуміти специфічні медичні терміни, вплетені у чужу мову, подумки все перекласти на рідну, здогадатися про значення незрозумілих слів, продумати відповідь, перекласти її на іншу мову і озвучити. У випадках лікування за кордоном у клініці постійно присутній перекладач, який допомагає здійснювати комунікацію у чужому мовному середовищі. В Україні ж від лікарів не вимагають, щоб вони спілкувалися з пацієнтами їх рідною українською мовою. Така поведінка, зважаючи на значну кількість російськомовних лікарів, свідчить про їх загальну неухважність до потреб і прагнень україномовних пацієнтів, а часто – і про їх недостатній освітній і загальнокультурний рівень, коли вони визнають, що на відміну від пацієнта не володіють мовою на рівні, достатньому для фахового спілкування. Усе це створює ситуацію нерозуміння пацієнтом суті висловлювань лікаря, що істотно заважає їхній взаємодії. 7. Помилковий вибір стратегії і тактики у спілкуванні лікаря з пацієнтом може виникати, коли лікар неправильно оцінив психічний стан пацієнта і намагається вибудувати спілкування, ґрунтуючись на недоречних стратегіях. Невміння визначати настрій пацієнта, його психологічні особливості, тривожність, агресивність, репресивність призводить до серйозних психологічних проблем у пацієнтів або сприяє формуванню чи маніфестації психічного розладу, що не може не відбиватися на ефективності його лікування.

Обираючи стратегії спілкування з пацієнтом, лікар виходить з оцінювання тих вигод, які може дати кожна з них на конкретному етапі лікування. Відкрите спілкування, яке передбачає бажання і вміння повно виразити свою точку зору і готовність врахувати позицію пацієнта, дає змогу отримати найповніший обсяг необхідної інформації, але потребує значної кількості часу. У зв'язку з цим така стратегія більш прийнятна для спілкування з пацієнтами

терапевтичних відділень. Часто лікарі застосовують закрите спілкування, особливо за умови значної різниці у ступені предметної компетентності пацієнта, вважаючи безглуздим витрачати час і зусилля на підняття компетентності пацієнта. Таку стратегію часто обирають лікарі, які не спроможні зрозуміло висловити свою точку зору та наявну інформацію. Зазвичай це пов'язано з низьким рівнем професіоналізму або зі значним рівнем “синдрому вигорання” лікаря.

Різновид напівзакритої комунікації – однобічне випитування, при якому лікар намагається отримати від пацієнта усю необхідну йому інформацію, не відкриваючи свого бачення сутності проблеми пацієнта. Саме така комунікація переважає у лікарському спілкуванні. Лікарі для виконання своїх професійних обов'язків потребують від пацієнтів лише тих даних, які стосуються безпосередньо причини їх звернення до лікаря. При цьому лікарі уникають торкатися проблем, пов'язаних із порушенням діяльності інших органів і систем пацієнта, а особливо – його психічних розладів та психологічних проблем. Подібний тип спілкування може давати короткотривалий позитивний ефект на період безпосереднього лікування ураженого органа пацієнта, але він не створює у пацієнта відчуття “одужання”, яке обов'язково включає, крім подолання фізіологічних проблем, налагодження психічного стану.

Іншим поширеним серед лікарів видом спілкування є формальне спілкування – т. зв. “контакт масок”, коли лікар не прагне зрозуміти та врахувати особливості особистості пацієнта, а використовує звичні маски: ввічливості, скромності, співчуття – набір виразів обличчя, жестів, стандартних фраз, що дають змогу приховати його справжні емоції, ставлення до пацієнта (зазвичай – байдужість). Примітивне спілкування, коли пацієнта оцінюють лише як об'єкт, потрібний для професійної діяльності: якщо він потрібен – то з ним активно вступають в контакт, якщо не потрібен – втрачають подальший інтерес до нього і не приховуючи цього нехтують ним. Перелічені види спілкування не лише не дають значного лікувального ефекту, утруднюють діагностику і лі-

кування пацієнта, а й чинять значний негативний вплив на самого лікаря. Саме вони сприяють професійній деформації лікаря, формування “синдрому емоційного вигоряння” – а відтак призводять до зниження лікарем самооцінки, пригніченості і депресивності.

У деяких випадках пацієнт намагається у спілкуванні з лікарем здійснити т. зв. істеричне представлення проблеми, тобто відкрито виявляє свої почуття, розповідає про проблеми та життєві обставини, не цікавлячись тим, чи хоче лікар вислуховувати його звірвання. Такий вид спілкування малопродуктивний з позицій медичної діагностики, потребує значного часу і вимагає від лікаря застосовувати доступні методи психокорекційного впливу. Часто подібна поведінка пацієнта вказує на наявність у нього психічних розладів.

Зрозуміло, що не всі лікарі можуть в однаковій мірі володіти навичками ефективного спілкування з пацієнтами, яке вимагає і емоційних, і часових затрат. Та досягти бажаного результату і провадити спілкування на прийнятному рівні можна дотримуючись основних загальних вимог спілкування: бути ввічливим, тактовним, дотримуватися інтересів пацієнта, не осуджувати його, уникати суперечок, бути доброзичливим, привітним, повідомляти в потрібний момент пацієнтові необхідний йому обсяг інформації, дотримуватися принципу ясності інформації, не обманювати пацієнта, не відволікатися від його проблем, висловлювати свої думки ясно і переконливо для пацієнта, вислуховувати і намагатися зрозуміти потрібну думку пацієнта та враховувати його індивідуальні особливості заради інтересів діла.

Досягти навичок ефективного спілкування, виробити комплекс необхідних соціально-психологічних і психотехнічних умінь, необхідних для спілкування, тобто умінь, пов'язаних з оволодінням процесами взаємозв'язку, взаємовираження, взаєморозуміння, взаємовідносин, взаємовпливу, можна на соціально-психологічному тренінгу спілкування, проводити які у медичних закладах – один із функціональних обов'язків медичного психолога. На тренінгах медичні психологи прищеплюють навички: психологічно правильно і ситуативно обумовлено вступити у спі-

лікування (з пацієнтом, його близькими, колегами); підтримувати спілкування, психологічно стимулювати активність пацієнта; психологічно точно визначати точку завершення спілкування з пацієнтом так, щоб у нього не виникало відчуття, що лікареві ніколи або нецікаво з ним розмовляти; максимально використовувати соціально-психологічні характеристики комунікативної ситуації для реалізації своєї стратегічної лінії – переконувати пацієнта у доцільності і правильності лікування тощо; прогнозувати можливі шляхи розвитку комунікативної ситуації, в межах якої розгортається спілкування, щоб не створювати у пацієнта відчуття інтимної близькості з лікарем чи його надмірної зацікавленості пацієнтом; прогнозувати реакції пацієнтів на акти комунікативних дій з метою отримання бажаних для лікування результатів; психологічно налаштовуватися на емоційний тон пацієнтів; вміння оволодіти та утримувати ініціативу у спілкуванні з пацієнтом; вміння спровокувати бажану реакцію пацієнта; формувати і керувати соціально-психологічним настроєм пацієнта. Для цього лікар повинен оволодіти навичками, пов'язаними з управлінням процесами самообілізації, самонастроювання, саморегулювання: долати психологічні бар'єри у спілкуванні; знімати надмірне напруження у пацієнта; емоційно налаштовуватися на ситуацію спілкування з пацієнтом та його близькими; психологічно і фізично прилаштовуватися до пацієнта; психологічно адекватно до ситуації спілкування обирати жести, пози, ритм власної поведінки; мобілізуватися на досягнення поставленого комунікативного завдання.

Під час спілкування лікаря і пацієнта відбувається процес сприйняття і пізнання одне одного. Одна із форм пізнання – *емпатія* – здатність емоційно сприйняти пацієнта, проникати в його внутрішній світ, беззастережно та безоціночно приймати з усіма почуттями, думками і вчинками. Здатність до емоційного відображення у лікарів виявляється неоднаково. Одні – спілкуючись із пацієнтом, не виявляють зацікавленості його психічним станом, переживаннями, намірами; інші відзначають деякі ознаки психічних проблем пацієнта, і лише здатні до емпатії лікарі виявляють

уміння відразу увійти в становище пацієнта не лише спорадично, а й протягом усього процесу лікарської взаємодії. Логічній формі пізнання особистісних особливостей себе та інших людей – *рефлексії* – притаманна схильність до спотвореного розуміння особливостей інших людей на підставі стереотипізації, коли за однією-двома рисами людину відносять до певного стереотипу і приписують їй набір якостей, притаманних цьому стереотипові. Подібна стереотипізація згубна для створення ефективних стосунків взаємодії між лікарем та пацієнтом. Будь-яка стереотипізація пацієнта обмежує можливості лікаря зрозуміти його переживання, психологічні особливості, які часто і виступають пусковим механізмом виникнення хвороб.

На сприйняття пацієнтів впливає також і настрій лікаря. Якщо він понурий, то у першому враженні про пацієнта переважають негативні почуття і запам'ятовується вдвічі менше інформації, ніж при бадьорому, отже, щоб перше враження про пацієнта було повнішим і точнішим, важливо позитивно налаштуватися.

Успішне фахове спілкування лікаря і пацієнта (як і всіх інших людей) часто ґрунтується на *міжособистісній атракції* – взаємній симпатії, потягу між людьми, наданні переваги одних людей перед іншими. Коли йдеться про спілкування лікаря з пацієнтом, то міжособистісна атракція у пацієнта має високий ступінь авансованості, а сам лікар в силу професійних потреб часто повинен задіювати певні внутрішні та зовнішні процеси, що їй сприяють. Серед зовнішніх факторів атракції найбільш важливими є: потреба пацієнта в афіліації та емоційний стан партнерів. Фізичну привабливість лікаря, його стиль спілкування, подібність між лікарем та пацієнтом, а також виявлення лікарем особистого зацікавленого і підтримуючого ставлення до пацієнта – основні внутрішні фактори, які власне й призводять до виникнення атракції.

У ході соціалізації кожна людина вчиться усвідомлювати, виявляти власні емоції, сприймати і розуміти емоційні стани інших людей. Лікареві особливо важливо досягти навичок сприймання та адекватного реагування емоцій і почуттів інших людей, адже вони відображають зміни, що відбуваються у внутрішніх відчут-

тях пацієнта та зовнішньому (лікарняному) середовищі, зміцнюють стосунки, покращують можливість розуміння переживань інших людей та допомагають взаємодіяти з ними. Оцінювати і трактувати емоції інших можна, спостерігаючи за їхніми діями, реакціями, поведінкою. Усвідомлення і контроль за формою виявлення емоцій пацієнтів дає змогу управляти ними та допомагати це робити самому пацієнтові.

Оскільки у лікаря і пацієнта одна мета – одужання пацієнта – зазвичай їхні емоційні стосунки є позитивними. Цьому у значній мірі сприяють готовність пацієнта до саморозкриття та уміння лікаря щиро й неупереджено прийняти це саморозкриття.

Однак часто у спілкуванні лікаря та пацієнта складається *формальне спілкування*, яке не враховує індивідуальних особливостей партнера, а ґрунтується лише на намаганні лікаря використовувати способи психологічного впливу на нього, що не лише не сприяє одужанню пацієнта, а й може призводити до погіршення його стану в результаті витрачення значного внутрішнього ресурсу не на подолання хвороби, а на відстоювання власної психологічної цілісності.

Спілкування лікаря з пацієнтом повинне мати активний зворотний зв'язок, послуговувати широким спектром вербальних і невербальних засобів спілкування і містити механізми рефлексії, тобто бути довірливим, адже саме довіра до лікаря є тим фактором, який визначає рівень психологічного комфорту пацієнта і його готовність виконувати усі приписи лікаря та всіляко сприяти власному одужанню. Тактична мета міжособистісного довірливого спілкування – встановлення психологічного контакту, оптимальної психологічної дистанції, що дає пацієнтові психологічне полегшення, покращує зворотний зв'язок у процесі самопізнання і забезпечує психологічне зближення з лікарем, а отже – формує довіру до нього. Щира довіра до лікаря вимагає точного оцінювання його можливостей, намірів, компетентності, а також його як особистості. Вона принципово відрізняється від довірливості та псевдодовіри. Успішність довірливого спілкування між лікарем та пацієнтом можна розглядати як певний результат зусиль подо-

лання труднощів і психологічних бар'єрів, як результат накопичення позитивного досвіду взаємодії, шлях до злагоди, емоційного і психологічного резонансу, котрий відчувається і переживається пацієнтом.

Психологічними показниками успішності міжособистісного спілкування лікаря та пацієнта є його легкість, задоволеність спілкуванням внаслідок досягнення психологічного контакту і взаєморозуміння. Необхідними умовами успішності спілкування є комунікабельність, контактність і комунікативна сумісність лікаря і пацієнта. Комунікабельність – вияв потреби у контактах з іншими людьми, схильність до встановлення приязних взаємин, який передбачає наявність розвинених комунікативних навичок. А контактність – специфічне соціальне уміння, в основі якого лежить природна комунікабельність, вона виявляється у спроможності мобілізувати усі наявні засоби для досягнення контакту, в умінні змінювати, залежно від ситуації, міру своєї відкритості і обрані засоби впливу, в пануванні над комунікативною ситуацією загалом.

Кожен лікар у спілкуванні з пацієнтами дотримується певного стилю, тобто індивідуальної стабільної форми комунікативної поведінки, що виявляється у будь-яких умовах взаємодії. Сформований стійкий стиль спілкування свідчить про досягнення лікарем певного рівня комунікативної майстерності. У роботі з кожним конкретним пацієнтом успішний лікар поєднує ознаки чоловічого та жіночого стилів спілкування. Чоловічий стиль спілкування більш активний і предметний, але водночас – більш змагальний і конфліктний, а жіночий – більше орієнтований на партнерство і взаємодію, має вищу емпатійність. Зазвичай ці стилі спілкування вважають статево-обумовленими, та практика показує, що саме поєднання ознак обох стилів спілкування у взаємодії з пацієнтом призводить до формування у пацієнта водночас довірчої та підпорядкованої поведінки.

Дуже важливим для лікаря є уміння *переконувати* пацієнта, адже часто страх і підвищений рівень тривожності змушують пацієнтів відмовлятися від проведення необхідних діагностичних чи

лікувальних маніпуляцій або нехтувати порадами і настановами лікаря. Уміння застосовувати добре продумані і доказові аргументи, інформувати пацієнта про реальний стан його здоров'я та можливі ускладнення часто вимагають від лікаря застосування спеціальних прийомів раціонального переконання щодо пацієнтів, які звикли до виваженої оцінки інформації або ж умовляння, особливо коли йдеться про кризову ситуацію, а також з пацієнтами з невисоким рівнем пізнавальних здібностей. Тому прийнято говорити про необхідність значного рівня *соціального інтелекту* у лікаря, який свідчить про значний рівень адекватності та успішності фахової взаємодії, дозволяє зберегти його в умовах, що вимагають концентрації уваги і опору емоційному напруженню, психологічному дискомфорту у стресі, надзвичайних ситуаціях, кризах.

Запорукою успішного функціонування лікаря у складних змінних професійних обставинах є т. зв. *соціальна компетентність* – вироблення певних поведінкових сценаріїв, які ґрунтуються на комунікативній, вербальній, соціально-психологічній, власне соціальній і еґо-компетентності, міжособистісній орієнтації, а також відповідають як реальній ситуації, так і очікуванням пацієнтів. Основні функції такої компетентності полягають у соціальній орієнтації, адаптації, інтеграції загальносоціального і особистого досвіду у професійну діяльність.

На процес взаєморозуміння між лікарем і пацієнтом істотно впливають особливості *мовлення*, яке виконує не лише фізіологічну функцію передачі інформації, а й несе психологічне навантаження, виявляючи мету того, хто говорить, і розуміння того, хто слухає, а також визначає статусні й ситуативні ролі співрозмовників. Уміння послуговуватися словом для лікування пацієнтів очікують від кожного лікаря. “Якщо хворому після розмови з лікарем не стало легше, то це не лікар!” – ці слова В. М. Бехтерева знає кожен лікар. Для мовленнєвої поведінки лікаря дуже важливо не лише зазначити соціально-рольовий статус, як свій власний, так і пацієнта, а й дотримуватися жорсткого контролю за змістом і формою своїх мовленнєвих повідомлень і намагатися знизити особистісне начало. Мовлення як засіб спілкування водночас ви-

ступає і як джерело інформації, і як спосіб впливу на співрозмовника. На процес взаєморозуміння у мовленнєвому спілкуванні лікаря і пацієнта істотно впливають такі особливості використання мови у мовленні, як денотація і конотація, полісемія, синонімія, статичність висловлювання, змішання спостереження і оцінки. Розмовляючи з пацієнтом, слід дотримуватися персональності адресатії висловів, говорити вільно і невимушено, застосовувати короткі й прості словосполучення і речення (намагаючись уникати прикметникових і дієприкметникових зворотів), обов'язково уникати помилок у мові, заповнювачів пауз, а також робити мовлення ситуативно емоційно забарвленим.

У структуру вербального спілкування входять:

- Значення і зміст слів, фраз. У спілкуванні з пацієнтом особливо значну роль відіграє точність вживання слова, його виразність і зрозумілість, правильність побудови фрази і її дохідливість, правильність вимовляння звуків, слів, виразність і зміст інтонації.
- Мовні звукові явища: темп мови, модуляція висоти голосу, тональність голосу, ритм, тембр, інтонація, дикція. На думку пацієнтів, у ідеального лікаря манера мови плавна, спокійна, розмірена.
- Виразальні властивості голосу: характерні специфічні звуки, що виникають при спілкуванні: сміх, хмикання, плач, шепіт, зітхання та інші; розподільні звуки (кашель), нульові звуки (паузи), а також звуки назалізації – “гм-гм”, “е-е-е” та ін. у побутовій мові широко застосовують усі виразальні властивості голосу, однак у лікарській діяльності доцільно використовувати лише паузи, і ситуативно – сміх чи шепіт. Усі інші надають висловлюванню лікаря невпевненості і непрофесійності. Та значну кількість інформації пацієнти і лікарі (як і усі люди) отримують за допомогою *невербальної комунікації*, тобто повідомлень, закодованих і переданих за допомогою виразних рухів тіла, звукового оформлення мовлення, використання предметів, що мають символічне значення, організованого мікросередовища, яке оточує лю-

дину. Такі повідомлення зазвичай відзначаються більшою багатозначністю, ситуативністю, синтетичністю і спонтанністю. Невербальна поведінка регулює просторово-часові параметри спілкування, підтримує оптимальний рівень психологічної близькості між лікарем та пацієнтом, дає змогу економити мовленнєві повідомлення, та головне воно посилює емоційне насичення сказаного. Говорячи про невербальну комунікацію, найчастіше мають на увазі зовнішність та її оформлення, міміку, пози, жести людини, невербальні аспекти її мовлення, поведінку у просторі; запахи тощо. Однак слід пам'ятати, що усі невербальні повідомлення взаємодіють, часом доповнюючи одне одного, а часом – суперечачи. Тому лікареві слід не лише уважно спостерігати за невербальними повідомленнями своїх пацієнтів, інтерпретувати їх та порівнювати із вербальними, а й намагатися контролювати власні, щоб вони не вступали у протиріччя з мовленнєвими повідомленнями та не трактувалися хибно пацієнтами. Адже пацієнти, зауваживши подібні невідповідності, практично завжди пов'язують їх із намаганням лікаря приховати “страшну правду” про стан їхнього здоров'я. Невербальні засоби спілкування:

- Кінестичні – прояви людських почуттів та емоцій; міміка – рухи м'язів обличчя, жести – рухи окремих частин тіла, пантоміма – моторика всього тіла: пози, постава, хода тощо.
- Такесичні – дотики під час спілкування: потиск рук, поцілунки, погладжування, відштовхування тощо.
- Проксемічні – перебування у просторі при спілкуванні.

Найбільш інформативною, зрозумілою і легкою у декодуванні у процесі спілкування є міміка – рухи м'язів обличчя, що відображають внутрішній емоційний стан, який надає понад 70 % інформації. Спілкуючись із пацієнтами, лікарі повинні пам'ятати, що лоб, брови, рот, очі, ніс, підборіддя – ці частини обличчя виражають основні людські емоції: страждання, гнів, радість, здивування, страх, відразу, щастя, зацікавлення, смуток тощо. Важливо зазначити, що основне пізнавальне навантаження у ситуації розпі-

знавання справжніх почуттів людини несуть брови та губи. Науково доведено, що лівий бік обличчя значно частіше виказує емоції людини, ніж правий; це пояснюється тим, що права півкуля, яка контролює емоційне життя людини, відповідає за лівий бік обличчя. Позитивні емоції відбиваються майже однаково на обох половинах обличчя, а негативні – яскравіше виражені на лівому.

Жести при спілкуванні несуть багато інформації, у мові жестів є слова та речення. У лікарській діяльності особливо важливі жести-ілюстратори – це жести-повідомлення: вказівники (вказівним пальцем пацієнт вказує місце, де він відчуває біль); піктографи, тобто образні картини зображення (отакého розміру і такої форми), часто виступають як важливе діагностичне доповнення; кінетографи – рухи тілом краще за слово описують ті вимушені рухи, як повинен робити пацієнт, щоб зменшити свої страждання; а також жести-біти (жести-відмашки) та ідеографи – своєрідні рухи руками, що сполучають уявні предмети. Спілкування включає значну кількість жестів-регуляторів, що виражають ставлення до почутого, це може бути: посмішка, кивок, скерування погляду, цілеспрямовані рухи руками, які дають змогу підтвердити свою зацікавленість у почутому і реагування на нього. Не менш важливим є зчитування жестів-адапторів – специфічних рухів рук: чухання або посмикування окремих частин тіла; торкання або поплескування співрозмовника чи себе самого; погладжування, перебирання предметів, що є під руками (олівець, гудзик тощо), які зазвичай вказують на підвищений рівень тривожності пацієнта, його невпевненість у собі, намагання заспокоїтись, здійснюючи звичні рухи. Складнішим для декодування є жести-ефектори, що виражають певні емоції за допомогою рухів тіла або м'язів обличчя, оскільки кожна людина може вкладати в них різний, часом парадоксальний зміст. Але вони стають зрозумілими під час тривалого спостереження за пацієнтом і можуть надавати додаткову інформацію про самопочуття та переживання пацієнта.

Намагаючись виявити свої почуття, люди охоче звертаються й до жестикуляції. Ось чому для проникливого лікаря людини важливо набути вміння розуміти жести.

Загальновідомі жести оцінювання (почухування підборіддя, випростування вказівного пальця вздовж щоки; вставання і ходіння), які можуть підказати лікареві, що пацієнт не переконаний у правильності висновків лікаря; жести впевненості – з'єднання пальців у склепіння піраміди; розгойдування на стільці, які зазвичай роблять пацієнти, впевнені у власній думці, які прийшли отримати медичну допомогу, вже маючи власний діагноз та план лікування; жести невпевненості та знервованості (переплетені пальці рук, пощипування долоні, постукування пальцями по столу), які вказують на тривожність пацієнта, невпевненість щодо стану їхнього здоров'я та щодо фаховості лікаря; жести самоконтролю (руки за спиною, одна стискає іншу, людина сидить на стільці, міцно вчепившись руками в бильця) свідчать про тривожність пацієнта, яку він намагається приховати від лікаря, страх смерті, страх лікування тощо; жести очікування (потирання долонь, повільне витирання долонь об тканину) теж вказують на тривожність пацієнта, його неспокій щодо стану здоров'я і перспектив; жести заперечення (руки складені на грудях, тулуб відхилений назад, схрещені руки, дотики до кінчика носа) вказують на незгоду пацієнта з позицією лікаря і вимагають пояснень, уточнень і переконання пацієнта; жести прихильності (прикладання руки до грудей, переривчасті дотики до лікаря) вказують на довіру і прагнення отримати допомогу. Уміння краще розуміти ці та інші жести дозволять лікареві краще оцінювати психічний та соматичний стан пацієнта, його рівень довіри до лікаря, щирість та ін.

Не менш важливою професійною навичкою лікаря є його уміння *слухати*, адже це дає змогу зрозуміти і запам'ятати важливу для подальшого лікування інформацію, а також з'ясувати основні психологічні особливості особистості пацієнта. Звісно, існує багато факторів, які заважають ефективному слуханню, – це і складність уважно сприймати всі усні повідомлення пацієнта на тлі велетенського обсягу щоденної інформації, і занурення у власні проблеми та турботи, які часто відволікають від концентрування на проблемах пацієнта. Та найістотнішими є фізіологічні причини – кожна людина думає значно швидше, ніж говорить,

тому часто у лікаря виникає бажання прискорити темп висловлювань пацієнта, змусити його упускати деталі, які, на думку лікаря, не є важливими. Для підвищення ефективності слухання лікареві потрібно удосконалювати навички концентрації уваги, емоційного самоконтролю, роботи з інформацією. За необхідності засвоєння великого обсягу інформаційних повідомлень одним із способів концентрації уваги є уміння точно визначити, яка саме інформація необхідна у даній конкретній ситуації, для даного пацієнта. Ефективне застосування різних стилів слухання сприяє збереженню і розвитку міжособистісних взаємин лікаря і пацієнта.

Уміння слухати – це найважливіша умова і запорука продуктивного спілкування лікаря з пацієнтом. Не слід вважати, що слухання – це пасивна поведінка в розмові, тобто неговоріння, коли поки говорить один, інший лише мовчки очікує перерви в його монологі, і, як тільки той замовкає, другий починає говорити про свої проблеми, або й перебиває першого, не дочекавшись, поки він закінчить. Хоча пацієнти досить часто сумирно сидять, поки говорить лікар, – зрозумівши, що він зробив паузу, починають говорити про свої проблеми, не пов'язані (принаймні очевидно) з хворобою пацієнта. Якщо лікар націлений на ефективну взаємодію з пацієнтом, він вислухає його, адекватно відреагує на почуте і лише тоді знову повернеться до проблем здоров'я пацієнта. Лікарям, які вміють слухати, пацієнти розповідають свої найбільш сокровенні таємниці, які часто допомагають виявити причину захворювання та з'ясувати психологічні проблеми, з ним пов'язані.

Слухання у лікарській взаємодії – це активний складний процес, у ході якого певним чином встановлюються зв'язки між лікарем і пацієнтом, виникає відчуття взаєморозуміння, яке робить його ефективним. Окрім здатності сприймати отриману інформацію, у процесі слухання виникає зворотний зв'язок, завдяки якому пацієнт усвідомлює, що він розмовляє з живою людиною, яка слухає і розуміє його. Оскільки у кожному висловлюванні існує принаймні два змістовних рівні: інформаційний та емоційний, зворотний зв'язок може бути теж двох типів – відображення інформації та відображення почуттів пацієнта. Для підтвердження

активного слухання лікар повинен застосовувати певні реакції: підтакування, повторення останнього слова або перефразування останньої фрази пацієнта, спонукання, ставити уточнюючі та навідні запитання, підказувати слова або фрази для закінчення речення, висловлювати емоції, робити логічні висновки з розповіді пацієнта, розпитувати його.

Переважно у слуханні пацієнта виявляється три складові: підтримка-вирозуміннякоментування. На етапі підтримки треба дати пацієнтові змогу висловитися, мовчки слухаючи, підтакуючи, повторюючи останні слова та виявляючи емоції. На етапі вирозуміння слід переконатися, що лікар правильно зрозумів пацієнта, для цього він задає уточнюючі, навідні запитання, робить парафрази. На етапі коментування лікар висловлює свою думку з приводу почутого: дає поради, оцінки, коментарі. Такий процес слухання пацієнта дає змогу досягти найбільш довірчого рівня спілкування, необхідного для ефективної лікувальної взаємодії.

Невміння слухати – не єдина причина порушень, що виникають у міжособистісному спілкуванні лікаря і пацієнта. Часто їх причиною стають т. зв. *комунікативні бар'єри*, що можуть виникати внаслідок особистісних особливостей як лікаря, так і пацієнта. Сором'язливість – це специфічна особистісна властивість, яка виявляється через стан нервово-психічного напруження і психічного дискомфорту, що може виникати у певних ситуаціях міжособистісного спілкування лікаря і пацієнта і утруднювати їх міжособистісне спілкування. Сором'язливість як якість, що переживається хворобливо, створює труднощі в установленні контактів, підтриманні і розвитку стосунків, негативно впливає на комунікацію, але у спілкуванні лікаря з пацієнтом часто призводить до неможливості отримати достатню інформацію для діагностування хвороби. Пацієнти соромляться розповісти лікареві про особливості свого статевого життя, про фізіологічні випорожнення, про психотравми, яких зазнали у дитинстві, та багато іншого. Уміння лікаря переконати пацієнта, що він може довіритися лікареві, який гарантує збереження лікарської таємниці, а також, що ставлення лікаря до пацієнта не зміниться в результаті його відвертос-

ті, значно пришвидшує процес збору анамнезу, а отже – й діагностування хвороби. Та що не менш важливо – цей етап спілкування відіграє значну психотерапевтичну роль, адже після висловлення своїх прихованих страхів, “гріхів” та подолання бар’єру, який розділяв пацієнта з усім іншим світом, його настроїв і самопочуття значно покращується. Часто пацієнти говорять, що відверто розповівши лікареві свої таємниці, вони відчувають відчуття самоочищення, як після сповіді священикові.

Кожному лікареві у своїй практичній діяльності неодноразово доводиться спостерігати прояви *античності, відчуження і самотності* у пацієнтів. Ці відчуття у різній мірі в різні періоди життя притаманні кожній людині, та хвороба зазвичай загострює їх прояви і призводить до формування стійкої психологічної самотності, що виявляється у відчутті суб’єктивної від’єднаності, відчуження від своїх близьких. Незадоволення стосунками, намагання звести їх до формальних і поверхневих, напруженість, відчай, туга значно утруднюють процес міжособистісного спілкування пацієнта, в т.ч. з лікарем. Однак лікарі знають, що зазвичай така поведінка свідчить про прагнення пацієнта мати стійкі довірливі особистісні стосунки із значущими іншими, і часто саме лікар “ламає кригу” відчуження пацієнта, після чого налагоджуються стосунки не лише з самим лікарем, а й з родичами пацієнта.

Часто на заваді ефективному спілкуванню лікаря з пацієнтом стають т. зв. *дефекти спілкування*, які полягають у свідомому згортанні контактів, спотворенні справжніх мотивів лікаря. Зазвичай цьому сприяють акцентуації характеру пацієнта, підвищений рівень тривожності та ригідність пацієнта. Лікар-психолог або психотерапевт, який працює у клініці, повинен допомогти пацієнтові подолати його підозріливість до оточення, непоступливість, драгівливість, метушливість тощо, навчити контролювати свої психічні стани з метою оптимізації стосунків із медперсоналом, а також для формування у самого пацієнта відчуття задоволеності своєю поведінкою, її наслідками.

Серед причин, що особливо обтяжують спілкування лікаря з пацієнтом, провідне місце посідає обман, тобто намагання пацієн-

та створити у лікаря хибне уявлення про пацієнта як про особистість, про ймовірні причини виникнення у нього хвороби, про його самопочуття і скарги. Прагнення до обману притаманне не лише пацієнтам з нев розами, психопатією, підвищеним рівнем тривожності, а й тим, хто не спроможний протистояти стресогенному впливу хвороби. Тому такі пацієнти схильні до агресивної поведінки, гніву, а також відчуття жалю до самих себе.

Спілкування між лікарем і пацієнтом повинно бути ефективним через необхідність їх постійної міжособистісної взаємодії, скерованої на подолання хвороби. А для цього необхідні: взаєморозуміння, координація і узгодження намірів та інтересів пацієнта і лікаря. Взаємне уміння і бажання зрозуміти ситуацію, узгодити з нею вияв своїх емоцій і поведінку є необхідною умовою створення мікроклімату, сприятливого як для одужання пацієнта, так і для роботи лікаря. Оскільки лікар повинен у взаємодії з пацієнтом відігравати роль лідера, а також впливати на пацієнта, для нього потрібні такі якості: впевненість, наполегливість, комунікабельність, орієнтація на успіх, здатність до саморегуляції, працездатність, соціальний інтелект. Аналіз експериментальних даних психологів щодо здатності особистого впливу дає підстави зробити висновок про існування комплексу комунікативно-особистісних властивостей, необхідних лікареві, щоб успішно впливати на пацієнтів у лікувальній взаємодії, до якого входять: легкість у спілкуванні, навички спілкування, адаптивність, впевненість у висловлюваних думках і судженнях, афіліація, розуміння співрозмовника, соціальний інтелект. Звичайно, природа особистісного впливу складна й прямо залежить від темпераменту і типу особистості, а також від харизми лікаря. Оскільки далеко не кожен лікар наділений якостями, необхідними для ефективного впливу на інших людей, у професійній діяльності вдаються до певних стратегій впливу, які у кожен конкретний момент доцільно застосовувати щодо конкретного пацієнта.

Для *емоційно-вольового впливу* на пацієнта лікар повинен володіти здатністю заряджати енергією інших людей (особливо пацієнтів), використовуючи для цього різноманітні засоби – від по-

смішки до суворого наказу, впливати на пацієнтів своїм ставленням до них, їхньої поведінки, а також – власним прикладом. Водночас лікар повинен бути вимогливим, постійно, але гнучко скеровуючи поведінку пацієнтів та їхні думки у русло позитивної налаштованості щодо одужання. При цьому слід доброзичливо, докладно і аргументовано аналізувати і оцінювати поведінку пацієнтів, підкреслюючи всі їхні успіхи та вказуючи на помилки і недоліки.

Як і у кожному спілкуванні, у спілкуванні з пацієнтами лікарі застосовують імперативну, маніпулятивну або розвиваючу стратегію спілкування. Застосування імперативної стратегії виправдовує себе у випадках необхідності надання пацієнтові негайної допомоги; коли пацієнти не виконують приписів лікаря; при лікуванні пацієнтів з вираженими ознаками тривожності та невпевненості у собі. Маніпулятивна стратегія впливу, на перший погляд, досить приваблива при роботі з пацієнтами, які не впевнені у необхідності лікування, у власних силах, у досвіді лікаря, даючи короткотривалий бажаний ефект – підкорення розпорядженням лікаря – уже невдовзі призводить до прагнення пацієнта від'єднатися від лікаря, тобто пацієнт перестає виконувати його приписи і намагається уникати спілкування з ним. Тому застосування такої стратегії виправдане лише у випадку необхідності отримання негайного, але короткотривалого підпорядкування і підкорення лікареві, що можна спостерігати переважно при гострих афективних станах. Найбільш прийнятною у роботі з пацієнтами є розвиваюча стратегія спілкування, коли лікар ставиться до пацієнта як до рівноправного суб'єкта спілкування, визнаючи за ним право на висловлювання побажань, власної думки і суджень, залишаючи за собою право у разі потреби переконувати пацієнта у їхній хибності або неможливості виконання, тобто стосунки лікаря з пацієнтом є симетричними. Головним чинником впливу у цьому випадку виступає переконання, безпосередньо пов'язане з особистим впливом лікаря як здатністю спонукати або стримувати пацієнта. Лікар може застосовувати логічне переконання, апелювати до загальноновизнаних авторитетів тощо.

Намагаючись впливати на пацієнтів, лікар повинен пам'ятати, що, окрім його здатності їх переконувати, слід використовувати й традиційне сприймання образу лікаря як людини, яка володіє достатніми знаннями і навичками, необхідними для надання допомоги іншим людям. Незважаючи на те, що формування образу лікаря не завжди супроводжується глибоким проникненням у його внутрішній світ та адекватною оцінкою або розумінням його особистості, воно передусь розумінню пацієнтом особистісних особливостей лікаря. Кожен пацієнт, створюючи образ лікаря, формує певну установку, визначає емоційне і пізнавальне ставлення до нього і намагається згідно із своїми уявленнями регулювати власну поведінку у процесі їхньої взаємодії. Елементи фізичної поведінки, зовнішності або експресії виступають у формуванні образу лікаря як багатозначні соціальні сигнали, що пояснюють, хто ця людина за віком, досвідом, переконаннями, що вона відчуває у даний момент, як налаштована, який рівень її культури і естетичних смаків, чи впевнена вона у собі, чи комунікабельна тощо. Звичайно, інформація, яку отримують при сприйманні образу іншої людини, не завжди ними усвідомлюється; оскільки вона є фундаментом у побудові образу іншої людини, лікар, спілкуючись із пацієнтом, теж несамохіть створює в уяві його образ. Створення образу пацієнта не лише полегшує міжособистісну взаємодію з ним, а й допомагає точніше виявити усі порушення, наявні у фізичному та психічному стані пацієнта. Для раціонального розуміння пацієнта слід накопичувати, систематизувати вербалізовану інформацію про них і оперувати цими даними для досягнення максимальної відповідності суджень, оцінок, уявлень про пацієнта, а також його особистісних якостей, рис, мотивів, що дають змогу оцінювати пацієнтів і прогнозувати їхню поведінку. Намагаючись краще зрозуміти пацієнта, слід не лише неупереджено оцінити пред'явлені особистісні риси, а й намагатися доповнити їх інтуїцією, рефлексією, емпатією. Інтерпретуючи поведінку пацієнта, не можна забувати про неприпустимість *каузальної атрибуції*, тобто приписуванні причин поведінки пацієнта, недооці-

нюючи роль ситуації хвороби і переоцінюючи значення його особистісних рис.

На успішність спілкування лікаря з пацієнтом впливають такі фактори:

- уміння і бажання працювати для отримання бажаного результату (одужання пацієнта або покращання його стану);
- бажання і здатність нести відповідальність і приймати рішення, скеровані на отримання бажаного результату;
- готовність змінювати стратегії і тактики лікування в інтересах пацієнта;
- готовність до співпраці з колегами, пацієнтом та його близькими;
- мистецтво приймати швидкі рішення;
- здатність передбачати майбутнє;
- широкий світогляд;
- чуття ситуації;
- здатність бачити, виокремлювати головне;
- наполегливість;
- уміння управляти своєю думкою та думкою пацієнта;
- повага до інших;
- здорове марнославство.

Ефективність спілкування засновується та таких складових: психологічна вибірковість, практично-психологічний розум, психологічний такт.

Психологічна вибірковість лікаря – це здатність швидко і глибоко вникати у психологію пацієнта та відобразити її, змінюючи тон і форму спілкування, засоби і методи впливу. Цьому процесу у значній мірі сприяє емпатія – здатність уявно поставити себе на місце пацієнта, яка допомагає скласти швидко і точну психологічну характеристику пацієнта, пояснити поведінку і вчинки – як пацієнта, так і свої власні щодо пацієнта.

Практично-психологічний розум дає змогу проводити лікування пацієнта та спілкуватися з ним, враховуючи його індивідуальні особливості, швидко орієнтуватися в ситуаціях, що вимагають практичних дій.

Особливо важливий у взаємодії лікаря з пацієнтом психологічний такт – уміння знайти підхід до кожної людини, встановити з нею довірчі стосунки і ефективно взаємодіяти. Це вимагає уміння знайти відповідну форму спілкування, тон розмови залежно від психологічного стану та індивідуальних особливостей пацієнта. Чуйність, уважність до пацієнтів, простота і природність у звертанні, об'єктивний підхід до людей – якості, що особливо важливі для лікаря.

Для ефективного процесу лікувальної діяльності лікар повинен також володіти навичками вироблення і прийняття рішень, для чого застосовувати у практичній діяльності аналіз отриманих даних, передбачати ймовірний перебіг хвороби та її результати, бути готовим адекватно відреагувати на будь-які зміни у процесі лікування пацієнта, виявляти чутливість до всіх змін у поведінці та самопочутті пацієнта, уявляти процес психічного перетворення особистості пацієнта під час лікування, а також сприймати, розуміти та оцінювати пацієнтів і процес лікування такими, як вони є. Оскільки у взаємодії “лікар – пацієнт” лікар виконує роль керівника, стосунки з пацієнтами вибудовуються залежно від особистісних особливостей лікаря та пацієнта. Вони можуть бути авторитарними, якщо лікар бере на себе усю відповідальність за життя і здоров'я пацієнта, не враховуючи його особистісних потреб, прагнень і переконань; ліберальними – коли лікар висловлює стандартноформалізовані рекомендації, залишаючи за пацієнтом можливість обрання стратегій поведінки; демократичними – коли лікар обговорює з пацієнтом стратегії і тактики лікування, обираючи прийнятні – як з позиції лікувального впливу, так і з позиції готовності до них пацієнта, а за необхідності лікар намагається переконати пацієнта щодо зміни його точки зору, ґрунтуючись на доцільності, необхідності та прийнятності такої тактики. Найбільш ефективним, звичайно, є демократичний стиль. Авторитарний стиль поведінки лікаря зазвичай свідчить про значний ступінь вираженості його професійного деформації, а ліберальний – вказує на емоційне вигорання лікаря. Однак у деяких випадках саме застосування авторитарного стилю може врятувати життя пацієн-

та, а ліберального – спонукати його до необхідності виявляти більшу відповідальність за власне життя і здоров'я.

5.6. Професійна деформація лікаря

Кожна професійна діяльність людини, яка посідає значне місце в житті дорослої людини, ґрунтується на принципі єдності свідомості, діяльності та особистості, а отже, сприяє формуванню важливих професійних якостей особистості, та водночас може призвести до особистісних розладів. Під впливом професії в особистості відбуваються активні якісні зміни, які можуть не лише змінити її спосіб життя, а й вплинути на особистісний розвиток. Зрозуміло, що в результаті з'являються не лише позитивні зміни, а й формується значна кількість негативних змін – відбувається так звана професійна деформація особистості.

У професіях, пов'язаних із взаємодією “людина – людина”, важливе значення має орієнтування на іншу людину як рівноправного учасника цієї взаємодії. Особливо істотний вплив як на долю самого лікаря, так і на долю його пацієнта чинить здатність лікаря до гуманістичної взаємодії.

На думку Р. Конечного і М. Боухала, особливо схильними до професійної деформації стають фахівці, які мають значну і слабо контрольовану владу над людьми. Фактори, що призводять до професійної деформації, можна поділити на три групи (Буданов О. В.):

Фактори, зумовлені специфікою діяльності (регламентація діяльності, що призводить до її формалізації з елементами бюрократизму; наявність значної влади щодо інших людей, що часто виявляється у зловживаннях; корпоративність діяльності, яка стає причиною психологічної ізоляції і відчуження від соціуму; підвищена відповідальність за результати своєї діяльності; психічні і фізичні перенавантаження, пов'язані з нестабільним графіком роботи; екстремальність діяльності; необхідність у процесі професійної діяльності контактувати з представниками різних верств населення, що може призводити до засвоєння елементів певної субкультури).

Фактори, що відображають особливості особистості (рівень домагань, неадекватний до рівня можливостей, та завищені особистісні очікування; недостатня професійна підготовка; тривалий професійний стаж роботи; професійні установки (сприймання усіх інших людей як пацієнтів); зміна мотивації діяльності (втрата інтересу, розчарування).

- Соціально-психологічні фактори: (неадекватний стиль керівництва; несприятливий вплив найближчого соціального оточення; низька суспільна оцінка діяльності). Професійна деформація лікаря розвивається поступово, починаючи з його професійної адаптації. Однією з перших ознак такої адаптації стає зниження емоційного сприймання і реагування на страждання та смерть іншої людини. В лікарів з значним стажем роботи зазвичай спостерігається практично беземоційне ставлення до своїх пацієнтів, та водночас зберігається здатність до емпатії та повага до пацієнта, його переживань, його хвороб та його перспектив. В окремих випадках при значних професійних деформаціях з'являється ставлення до пацієнта як до "цікавого об'єкта дослідження", у якого наявні певні симптоми.

Не менш важлива деформація лікаря виникає внаслідок соціальних причин, адже робота лікаря пов'язана з необхідністю дотримання численних норм, правил та інструкцій, що регламентують його фахову діяльність. Намагання чітко дотримуватися вимог інструкцій, які не завжди відповідають, а часто навіть суперечать знанням і досвіду лікаря, також сприяють виробленню формального підходу до пацієнта не як до цілісної особистості, а як до об'єкта, на певну частину якого необхідно здійснити вплив.

Та найбільш значним є вплив на особистість лікаря, його переконаність (часто підкріплена сторонніми оцінками та міфологізацією фаху) у власній могутності і владі над іншою людиною, її життям та долею. Протистояння подібній деформації вимагає від лікаря постійної критичної оцінки та самооцінки власних професійних досягнень, безперервного порівняння з визначними лікарями, а головне – здатності критично та іронічно ставитися до са-

мого себе. Оскільки сама професійна діяльність лікаря постійно переконує його в його могутності, таке протистояння лікар зазвичай програє. Впевненість у власній непогрішимості та всесильності за ступенем вираженості майже відповідає невпевненості у своїх званнях та навичках випускника медичного вузу.

Зважаючи на те, що лікар одночасно працює з двома реальностями: неживою (бюрократична формалізованість діяльності) і живою (життя пацієнтів та власне) у нього виникає спокуса їх отождивити, що створює ілюзію простоти. У цьому випадку лікар переживає лише прості почуття, не постає перед проблемою вибору, не сумнівається у своїх діях та переконаний у їх наслідках, тобто його свідомість стає практично статичною.

Усе перелічене свідчить про значний вплив професійної деформації на особистість лікаря. Професійна деформація – це зміна властивостей людини: характеру, поведінки, стилю спілкування, стереотипів сприймання, ціннісних орієнтацій, які настають внаслідок тривалої професійної діяльності.

Професійна деформація лікаря виявляється як у його професійній діяльності, так і поза нею. Якщо ж йдеться про професійну деформацію психолога (в т.ч. і лікаря-психолога та психотерапевта), а також лікаря-психіатра, то слід зазначити певні особливості. По-перше, професійна деформація у психологів часто пов'язана з наявністю особистісних особливостей, схильностей, що існували й раніше, як-от: надмірна цікавість до життя та переживань інших людей, зверхність щодо них, прагнення керувати або маніпулювати їхнім життям. В результаті професійної діяльності психолога ці особливості та схильності стають більш окресленими. Серед позитивних змін особистості психолога варто відзначити підвищення комунікативних здібностей, схильність до самопізнання та особистісного росту. Та значно більше можна відзначити змін, які створюють труднощі як для самого психолога, так і для його оточення.

Першою такою зміною варто назвати схильність психологів (особливо молодих) у будь-яких подіях намагатися віднайти психологічні причини, що до них призвели. Це особливо небезпечно

для медичних психологів, які намагаються кожен хворобу пояснити лише впливом психологічних чинників. Така переконаність може призвести до відмови пацієнта від традиційного медикаментозного лікування на користь психотерапії, а у випадках соматичних розладів подібна поведінка створює реальну загрозу для здоров'я і життя пацієнта. Адже після кількох сеансів психотерапії або психокорекції пацієнт зазвичай відчуває себе значно краще – він позбувся тягаря тих проблем, який гнітив його протягом тривалого часу, усвідомив свою відповідальність за прийняті рішення, переоцінив зроблені вибори та змінив самооцінку. Внаслідок цього з'являється суб'єктивне відчуття полегкості, задоволення – взаємовплив між психічною та соматичною сферою особистості загальновідомий. Але це часто створює у пацієнтів відчуття одужання, а отже – вони уникають медикаментозного лікування. Також слід зазначити, що багато молодих фахівців, переконаних у своїх непересічних талантах і уміннях, намагаються у кожній людині “експрес-методом” діагностувати її проблеми та негайно схилити її до їх вирішення. Роздають поради та рекомендації людям, які їх не просять, не потребують, а часто й уникають, не лише молоді психологи, а й значна кількість досвідчених фахівців, що свідчить про наявність у них вираженої професійної деформації.

Іншою істотною зміною особистості психолога можна назвати втрату відчуття новизни та фаховий цинізм. Зрозуміло, що, внаслідок праці з великою кількістю людей, які довіряють психологові свої думки та переживання щодо різноманітних життєвих ситуацій, з часом притуплюється здатність в особистому (та й у професійному) житті дивуватися певним подіям і вчинкам. Перенесення у власне життя емоцій сторонніх людей позбавляє змоги самого психолога повноцінно відчувати власні проблеми, переживати власні емоції, пов'язані з його особистісними переживаннями, а натомість лише намагатися проаналізувати їх, виявити можливі негативні впливи та спробувати їх усунути. Таке ставлення у поєднанні з прагненням відсторонитися від складних життєвих ситуацій своїх пацієнтів породжує т. зв. цинічну пове-

дінку психолога, коли він намагається зменшити емоційний вплив професійних та особистісних проблем, замінюючи його відреагування іншими (переважно смішними) реакціями. Така поведінка виступає як свого роду захисна реакція для самого психолога та спонукає пацієнта переглянути своє ставлення до проблеми. Та в особистому житті вона зазвичай викликає різке неприйняття близьких та призводить до емоційної ізоляції самого психолога.

Не менш небезпечним (але вже для самих психологів) є намагання конструювати виправдання для себе на всі випадки життя, тобто раціоналізації усіх життєвих проблем: власних, близьких людей та пацієнтів. Створивши хибне уявлення про “зрозумілість” для нього будь-яких вчинків, психолог часто потрапляє у безвихідну ситуацію, адже, володіючи психотерапевтичним понятійним апаратом, він намагається пояснити усі події та вчинки, а в результаті виявляється, що кожне наступне пояснення спростовує попереднє. Окрім того, психологи часто створюють для себе т. зв. психічну (чи психологічну) норму, згідно з якою й намагаються себе поводити, не дозволяючи собі спонтанно виявляти власні почуття, емоції та переживання – вони вважають, що таким чином проводять “самопсихотерапію”.

Професійна деформація, що полягає у надмірному намаганні не лише постійно надавати допомогу всім, хто її потребує, а й поводитися згідно з уявними нормами психологічно виваженої поведінки, зазвичай виникає внаслідок як побутового ставлення до психолога як до людини, яка все знає, розуміє, а отже, повинна поводити себе так, щоб було зручно її оточенню, так і в результаті надмірної вимогливості до самого себе та можливості надавати допомогу іншим.

Практичні психологи та психотерапевти знають про ці та інші небезпеки їхньої професійної діяльності і намагаються її уникнути. Обов’язковою вимогою до кожного практикуючого психолога є періодичне проходження власної психотерапії, що зазвичай дає змогу виявити усі сформовані деформації та спробувати раціонально їх подолати.

Подібну обов’язкову психотерапію доцільно проводити й усім практикуючим лікарям, як це прийнято у країнах ЄС та США, де

при кожній клініці працює велике психотерапевтичне відділення, у якому не лише лікують пацієнтів з психічними розладами та надають консультативну, психокорекційну та психотерапевтичну допомогу усім пацієнтам соматичних відділень, а й організують групову та індивідуальну психотерапію для всього медичного персоналу клініки. Однак внаслідок усталеного зверхнього ставлення лікарів-інтерністів до психологів та психіатрів і значної професійної деформації, яка не дає змоги визнати необхідність подібної терапії, в Україні подібної практики поки що не існує.

5.7. Синдром емоційного вигорання у лікарів та психологів

Внаслідок тривалого впливу професійних стресів різної інтенсивності може виникати синдром емоційного вигорання (згоряння). У першу чергу це стосується альтруїстичних спеціальностей, до яких належить професія лікаря, і особливо – лікаря-психолога. Сучасна психологічна наука розглядає синдром емоційного вигорання як процес поступової втрати емоційної, когнітивної та фізичної енергій, що виявляється у певних симптомах (виснаження, відчуття втоми), а також відстороненням особистості та зниженням задоволення від виконання професійних обов'язків.

Професія лікаря вимагає від фахівця не лише професійної майстерності, а й великої емоційної віддачі. Ще у XVII ст. голландський лікар ван Туль-Пен запропонував символічну емблему медичної діяльності – палаюча свічка і девіз: “Світяти іншим, згоряю сам”.

“Синдром емоційного вигорання – фізичні, емоційні та пізнавальні симптоми, які відчуває фахівець, неспроможний ефективно справитися зі стресом, викликаним обмеженнями, що стосуються його цілі та особистої кар’єри” (Kovacs).

У Міжнародній класифікації хвороб (МКХ-10) синдром емоційного вигорання віднесено до рубрики Z73: “Проблеми, пов’язані з труднощами управління своїм життям”. Schaufeli та Marek визначають синдром емоційного вигорання як відчуття емоційного та фізичного виснаження у поєднанні з відчуттям не-

вдачі та розчарування. Перші дослідницькі праці з цієї проблеми з'явилися в США. У 1974 р. американський психіатр Н. Freudenberger, досліджуючи проблему розчарування, надмірної перевтоми та деморалізації у лікарів-психіатрів, назвав даний феномен "burnout" (з англ. – вигорання, знемога, виснаження). Психологічні стани здорових людей, які перебувають в емоційно напруженій атмосфері в момент надання професійної допомоги – інтенсивно та тісно спілкуються з клієнтами або пацієнтами – відзначаються певною асиметрією через значний рівень відповідальності, який на них покладено щодо життя та здоров'я пацієнтів. Через кілька років американський психолог К. Maslach визначила цей стан як синдром фізичного та емоційного виснаження: поява негативної самооцінки, негативного ставлення до роботи, втрата розуміння і співчуття до пацієнтів чи клієнтів. До групи ризику щодо формування синдрому емоційного вигорання відносять лікарів, психотерапевтів, соціальних працівників, психологів, а також юристів, міліціонерів, пожежників, рятувальників внаслідок їх постійного (чи частого періодичного) зіткнення зі смертю та стражданнями, негативними переживаннями інших людей, особистісним залученням у вирішення їхніх проблем та підтримки у важких життєвих ситуаціях, адже у багатьох випадках неможливо залишатися емоційно не включеним у ситуацію.

Коли говорять про професійну придатність лікаря чи психолога, нечасто згадують про неодмінну, на нашу вимогу, – емоційну зрілість, цілісність особистості, готовність не лише вирішувати фахові завдання, а й адекватно емоційно їх відреагувати, максимально не допускаючи особистісного залучення. Зважаючи на складність протистояти виснаженню, протидіяти згорянню у лікарській діяльності, яка зазвичай потребує орієнтації на іншу людину і значного творчого потенціалу – саме віддані своїй справі, енергійні та наполегливі лікарі зазвичай страждають на синдром емоційного вигорання.

При синдромі "емоційного вигорання" у фахівця настає своєрідне зникнення або деформація емоційних переживань, котрі є невід'ємною частиною усього нашого життя (Т.В. Форманюк).

Симптоми розладу багато в чому подібні до симптомів хронічної втоми, і саме вони призводять до подальшої професійної деформації лікаря. Синдром емоційного вигорання – це емоційне виснаження, неможливість співпереживати. Раніше лікарі дуже рідко визнавали, що тривожність, репресивність, низька самооцінка та інші психологічні проблеми спостерігаються не лише у їхніх пацієнтів, а й у них самих. “Лікарі... страждають від значного особистісного дистресу, але їм важко розкритися перед кимось за межами родини чи кола друзів. Особливість лікарської професії – заперечення проблем, пов’язаних зі здоров’ям” (King). Це призводило до вкрай незадовільного рівня діагностування емоційного вигорання у лікарів, а як наслідок – зниження їх працездатності, конфліктності на роботі та вдома, формування у них психосоматичних та психічних розладів, схильності до девіацій, абсентеїзму.

Спершу синдромом емоційного вигорання називали кожен стан знемоги і виснаження у поєднанні з відчуттям власної не потрібності або меншовартості та безрезультатності будь-яких зусиль. Згодом симптоматика синдрому значно розширилася за рахунок психосоматичних та психічних компонентів. Сучасні дослідження дедалі частіше пов’язують синдром емоційного вигорання із психосоматичним самопочуттям, а відтак, станом, що передує хворобам. Можна виокремити такі ознаки синдрому емоційного вигорання: відчуття втоми і виснаження після активної професійної діяльності, поява психосоматичних розладів (коливання артеріального тиску, головний біль, біль у спині та м’язах, порушення функціонування кишково-шлункового тракту та серцево-судинної системи, безсоння); також лікарі відзначають появу негативного ставлення до пацієнтів та колег і негативну налаштованість до виконуваної діяльності, що виявляється у роздратованості та агресивності у поведінці. Зникає потяг до фахового та особистісного вдосконалення, з’являється схильність до прийняття традиційний форм знання, шаблонних дій, ригідність операцій мислення. В результаті формується стійке негативне ставлення до

самого себе, відчуття провини, що призводить до підвищеної тривожності, песимістичної налаштованості і репресивності.

Слід розуміти, що синдром емоційного вигорання виступає у ролі механізму психологічного захисту особистості, який виявляється повним або частковим пригніченням емоцій у відповідь на психотравмуючі впливи. У цьому випадку “вигорання” можна розглядати як функціональний стереотип, оскільки як захист він дає змогу дозовано використовувати емоційні ресурси, а отже, це набутий стереотип професійної поведінки.

Однак внаслідок конкретних обставин одночасно можуть виникати і дисфункціональні наслідки. У такому разі “вигорання” негативно відбивається на виконанні професійної діяльності й ставленні до оточуючих чи колег, тому в літературі цей синдром часто називають “професійним вигоранням”. Такий підхід дає змогу розглядати характерну симптоматику в межах особистої деформації, що розвивається під впливом професійних стресів.

Стадії емоційного вигорання

Дж. Грінберг пропонує розглядати емоційне вигорання як прогресуючий процес, у якому можна виокремити такі етапи:

- Працівник спершу задоволений роботою, працює з ентузіазмом, та по мірі накопичення робочих стресів діяльність починає приносити все менше задоволення і працівник стає менш енергійним.
- З’являються втома, апатія, можуть виникнути проблеми зі сном. За відсутності додаткової мотивації і стимулювання працівник втрачає інтерес до самої лікарської діяльності та до її результатів. У цей період з’являються порушення трудової дисципліни і намагання уникнути виконання професійних обов’язків.
- В результаті надмірних фізичних та емоційних навантажень лікар відчуває виснаження, у нього спостерігають надмірну дратівливість, репресивність, схильність до психосоматичних розладів або травматизації.
- Психосоматичні розлади набувають хронічного перебігу, у зв’язку з чим лікар втрачає працездатність, що призводить

до поглиблення депресії та зростання агресивності (в першу чергу аутоагресії).

- Фізичні та психологічні проблеми лікаря унеможлиблюють його професійну діяльність і можуть спровокувати формування важких соматичних та психічних розладів. Відмінність емоційного вигоряння від інших форм емоційної ригідності, на думку В. В. Бойка, полягає у його прямій залежності від виду діяльності. На його думку це механізм психологічного захисту, що полягає у повному або частковому виключенні емоцій у відповіді на вплив психотравмуючих факторів і дає змогу особистості ощадно використовувати власні енергетичні ресурси. А отже – вигоряння є конструктивним проявом психіки, але його наслідки мають ознаки деструктивності внаслідок ускладнень у професійній діяльності та професійних стосунках, що призводить до професійної деформації.

На думку С.Д. Максименка, якщо людина обирає професію лікаря за покликанням, довіряється природній обдарованості серця і розуму, то внутрішні емоційні переживання професійної діяльності – це велична людська драма. Поглибивши питання синдрому емоційного вигоряння і говорячи про емоційні переживання, ми торкаємося сфери проблеми внутрішнього стресу, який відбувається щоразу під час контакту лікаря і пацієнта. У справжнього лікаря душевна драма – це драма професійна, що вступає у протиріччя з особистістю. Існує своєрідний трансфер, що переноситься від хворого на лікаря, який “вбирає” негативні переживання і мусять вивести пацієнта зі стану тривоги, страху смерті, паніки, а отже – емоційно лікар сам себе веде до стресу, який сприяє розвитку синдрому емоційного вигоряння. Тобто, лікар “вигоряє” професійно, знищуючи себе емоційно.

Існує тісна взаємодія між професійним “вигорянням” і мотивацією діяльності. В такому контексті до психічного перенапруження найбільше схильні люди, які працюють із високою самовіддачею та відповідальністю. З огляду на це синдром емоційного вигоряння можна розглядати як результат розрядки стресу на ро-

бочому місці. При цьому слід зазначити, що професійна специфіка відбивається на певному рівні стресогенності окремих чинників. Наприклад, якщо йдеться не про терапевтичну кардіологічну допомогу, а роботу кардіолога-хірурга, то акценти фахівця зміщуються на необхідність збалансовано підходити як до пацієнта, так і до самого себе. Душевні сили спрямовуються на блокування особистістю негативних переживань, сконцентрованість на тверезості суджень, раціональність вчинків, – все це допомагає прийняти адекватне рішення і досягти конкретної мети кардіологічного оперативного втручання.

У ситуації, що розглядається, негативними є переживання, пов'язані з недосяжністю “внутрішнього стандарту”. Переживається не сам професійний стан операційного періоду, а вже пережитий стан. Такий подвійний рівень емоцій призводить до напруженого психічного стану, коли переживається не те, що відбулося, а те, як усе відбувалося: рефлексія щодо помилок, того, що могло трапитися, що можна було зробити краще і т. д.

Тривалий стрес призводить до виразних симптоматичних порушень у психічній, соматичній і соціальній сферах життя, тому профілактика, лікувальні й реабілітаційні заходи повинні бути спрямовані на усунення дії стресора: зниження й усунення напруженості на роботі, підвищення професійної мотивації, встановлення балансу між витраченими зусиллями й отриманою винагородою. Пильну увагу слід приділяти і зниженню негативного впливу основних організаційних чинників, що суттєво впливають на тривалість і глибину стресу лікаря. Окрім високого робочого навантаження, до них належать відсутність або незадовільна якість соціальної підтримки з боку керівництва та колег, неналежна винагорода праці, неможливість впливати на прийняття важливих фахових рішень, некоректні та неоднозначні вимоги, одноманітна праця протягом тривалого часу без повноцінного відпочинку тощо.

Для профілактики емоційного вигорання при виявленні перших ознак розладу психологи рекомендують застосовувати певні прийоми саморегуляції та допомоги, яка ґрунтується на створенні відповідного рівня комунікації: інформування про причини та

ознаки вигоряння, неформальне спілкування, емоційна підтримка у групах (наприклад, у Баллінівських).

Щодо індивідуального рівня особистості, то тут допомога психолога або психотерапевта повинна бути скерована на те, щоб лікар м'яко пережив стрес. Для цього обов'язково слід враховувати психологічну конституцію і реакції особистості, наявність захворювань тощо.

Психологи наголошують на цілісності та стійкості структури особистості людини, якій властивий пошук шляхів захисту від деформації. Синдром емоційного вигоряння – саме один із таких способів психологічного захисту, профілактика якого охоплює значно ширшу сферу системи взаємодії “людина – людина”, ніж суто медичну проблему.

Щоб лікар не став заручником хворобливого стану пацієнта, слід поступово змінювати парадигму мислення пересічного громадянина в цілому. І пацієнт, і лікар повинні усвідомлювати, що суттєва роль у боротьбі з хворобою і відповідальність за життя і здоров'я належить насамперед самому пацієнту. Це вже інша установка, інше зміщення акцентів лікувального процесу між двома суб'єктами.

5.8. Психологічні аспекти роботи медичного психолога

Особливості роботи медичного психолога у клініці загальної хірургії

Особливість роботи хірурга полягає в тому, що він постійно повинен вирішувати дуже серйозні та складні проблеми, за якими стоять життя і здоров'я пацієнта. Це не тільки діагностика, але й визначення ступеня ризику операції, доцільності тих чи інших додаткових діагностичних і лікувальних маніпуляцій, одержання згоди хворого і його родичів на термінове хірургічне втручання і т. д. Звичайно, прийняття таких рішень вимагає від хірурга великої напруги моральних сил, мобілізації досвіду і знань, глибокого розуміння міри відповідальності перед хворим. Ускладнює становище хірурга те, що він, не маючи права гарантувати абсолютного успіху, повинен знайти можливості зниження ступеня операцій-

ного ризику, а у випадках, коли такий ризик перевищує ризик самої хвороби, мати мужність сказати про це. Чим більшими стають досягнення хірургії, тим вищими – вимоги до хірургів.

Робота медичного психолога у хірургічному відділенні в першу чергу полягає у спільній з хірургом боротьбі з тривожністю пацієнта, його страхом перед операцією, страхом смерті, страхом майбутнього. Перед операцією доцільно (бажано спільно з хірургом та анестезіологом) у загальних рисах пояснити йому, у чому полягає суть втручання, його необхідність, які функціональні зміни відбудуться в організмі після оперативного втручання. Намагаючись налаштувати пацієнта на позитивний результат і вселити в нього надію на одужання, водночас обов'язково слід попередити його про можливі ризики.

Після проведення оперативного втручання психокорекційна допомога пацієнтові не менш важлива, ніж перед ним. Зважаючи на істотне психологічне потрясіння, яке пережив пацієнт, його психологічні особливості, медичний психолог спільно з хірургом повинен щоденно його відвідувати у післяопераційному блоку, намагаючись допомогти прийняти свій новий статус та зміни, які на нього чекають у майбутньому, а також не пропустити перших симптомів формування психічних розладів та негайно почати їх лікування.

Особливості роботи медичного психолога у клініці травматології та ортопедії зумовлені, в першу чергу, специфікою особистісних, ситуаційних особливостей пацієнтів із захворюваннями й ушкодженнями опорно-рухового апарату та їх лікування.

Початок захворювання під час травм раптовий, а при ортопедичній патології – має тривалий перебіг з тенденцією до погіршення і часто починається від народження. У переважній більшості випадків тривалість терміну лікування та подальшої реабілітації дуже значна, а пацієнти під час хвороби обмежені у своїй трудовій, соціальній та особистісній активності та очікують їх швидкого і повного відновлення. І, врешті, при деяких ортопедичних хворобах (часом і при травмах) захворювання супроводжується

вираженим больовим синдромом, а також може призвести до виникнення косметичних дефектів.

Усі перелічені причини істотно впливають на особливості міжособистісних стосунків з ортопедичними і травматологічними хворими і медичного персоналу та родичів пацієнта.

Медичний психолог повинен у своїй роботі допомагати ортопедові-травматологу проводити бесіди з пацієнтами, в яких його ознайомлюють з методами лікування, перспективами на відновлення функцій опорно-рухового апарату, а також зі змінами у житті пацієнта, зумовленими їх втратою. Оскільки серед пацієнтів травматологічного відділення перебуває значна кількість молодих, соматично здорових людей, які ще не були на тривалому стаціонарному лікуванні, звикли до активного способу життя і, звичайно, до самостійного задоволення своїх потреб, пов'язаних з опорно-руховим апаратом, – через залежність від оточення, тривалу бездіяльність та неможливість прогнозувати подальше життя, у них часто виникають значні психічні розлади. Зазвичай вони виявляються в афективних реакціях, що утруднює адекватне проведення лікування та реабілітації цих пацієнтів.

Спілкування пацієнтів травматологічного відділення з близькими переважно зумовлене можливістю отримання ними вторинної вигоди, та водночас може набувати ознак інфантильності, агресивності чи пригнічення. Окрім того, тривале перебування в одному приміщенні із сторонніми (і часто неприємними для них) людьми лише посилює маніфестацію психопатологічних симптомів. Зважаючи на це, робота медичного психолога повинна бути скерована також на налагодження стосунків між пацієнтами та з родичами. А також корисними виявляються індивідуальні психокорекційні бесіди, скеровані на усвідомлення пацієнтом минулості його стану обмеженої активності, а також на оптимізацію загального психологічного стану пацієнта, яка сприятиме його швидшому одужанню та поверненню працездатності.

Оскільки деонтологічний “клімат” не лише впливає на емоційний стан, фізіологічний тонус хворого, а й відбивається на результатах лікування, в обов'язки медичного психолога у хірургіч-

ному відділенні також входить налагодження оптимальних стосунків між працівниками. Виявлення недружніх стосунків, інших елементів суб'єктивного ставлення одне до одного не повинні впливати на якість роботи хірургічної бригади. Проведення тренінгів спілкування, індивідуальна психокорекційна робота з персоналом та рекомендації щодо ротації кадрів – необхідний елемент роботи медичного психолога у хірургічному стаціонарі, який дасть змогу завдяки сприятливому психологічному клімату у відділенні забезпечити умови для безконфліктної професійної діяльності.

Особливості роботи медичного психолога у клініці онкології ґрунтуються на необхідності добитися беззаперечної довіри хворого до лікаря та запропонованих ним методів лікування. Зважаючи на нез'ясованість етіології злоякісних новоутворень, багато онкологічних хворих, відчуваючи страх перед смертельною хворобою, важким і болючим лікуванням, сумнівними перспективами, намагаються знайти допомогу за межами лікувальних закладів. Тому чи не першим завданням медичного психолога у клініці онкології є намагання допомогти пацієнтові повірити в офіційну медицину і позбутися міфічних уявлень про “чудодійні” одужання, а також спростувати думку про невиліковність злоякісних новоутворень.

У кожного онкологічного пацієнта після встановлення діагнозу формуються значні патопсихологічні негативно забарвлені симптоми: депресія (часто з суїцидальними тенденціями), агресія та аутоагресія, пригніченість, зневіра, страх смерті та інше. Онкологи часто спостерігають важкі емоційні реакції на захворювання злоякісними новоутвореннями, психологічно пов'язаними з уявленнями про невиліковність цих хвороб. Одні хворі більше схильні до переляку, паніки і при пропозиції госпіталізації впадають у депресивний стан. Інші хворі – приховують свої переживання від сторонніх, що зазвичай призводить до важких форм депресії, яка лише ускладнює лікування пацієнта.

Період перебування хворих у стаціонарі пов'язаний із значним пригніченням пацієнта. Хворі гостро реагують як на власний стан

здоров'я, так і на стан і долю сусідів по палаті. Тому дуже важливо допомогти медичному персоналу стаціонару створити сприятливу деонтологічну ситуацію, щоб пацієнти, спостерігаючи за злагодженою, чіткою і самовідданою роботою медичних працівників, а також відчуваючи їх підтримку і віру в одужання, могли й самі стати більш упевненими в успішному результаті лікування.

Важливо пам'ятати, що реакції страху і гніву – прояви самої хвороби, тому доцільне застосування седативних препаратів та індивідуальної і особливо групової психотерапії. Лікування онкологічного хворого передбачає надання психотерапевтичної допомоги не лише йому, а і його близьким. Вітчизняна деонтологія передбачає оголошення точного діагнозу, його можливих ускладнень та прогнозу щодо тривалості життя не пацієнтові, а його близьким. Західна практика намагається повідомляти пацієнтові усю необхідну інформацію щодо його хвороби. Обидва варіанти мають свої переваги і недоліки. При першому – пацієнт має менше підстав до зневіри та відчаю, його психологічний стан може істотно підтримати його протягом періоду лікування. Другий – спонукає пацієнта до активної боротьби за власне життя, що мобілізує захисні функції організму і теж сприяє полегшенню його самопочуття, а водночас дає змогу пацієнтові обдумати можливий варіант завершення життєвого шляху, підготуватися до смерті, завершити важливі та значущі справи, звернутися до Бога. У цьому випадку пацієнти часто набувають додаткових сил для боротьби з хворобою.

Працюючи у клініці хірургії, травматології чи онкології, медичний психолог не повинен забувати й про професійну деформацію лікарів хірургічного профілю. За надмірною впевненістю, категоричністю, негнучкістю, цинізмом зазвичай лікарі приховують свою втому, викликану значними фізичними, емоційними та інтелектуальними навантаженнями, зневіру у власних силах, песимізм, пов'язаний з високим рівнем смертності (в онкології) чи інвалідизації своїх пацієнтів. Соціальні чинники, пов'язані з незадовільними умовами роботи, браком необхідного устаткування, низькою фаховою підготовкою та формальним виконанням служ-

бових обов'язків медичними сестрами, вкрай низька заробітна платня (що змушує багатьох лікарів почуваючи себе приниженими і брати хабарі), відсутність соціальних гарантій, низький соціальний статус порівняно з західними колегами – теж призводять до формування депресивних симптомів, які лікарі часто намагаються подолати за допомогою психоактивних препаратів, у першу чергу алкоголю. Усе перелічене окреслює поле діяльності медичного психолога у клініці хірургії досить широко. Та за умови не лише успішної роботи з пацієнтами, а й створення сприятливого соціально-психологічного клімату у відділенні, медичний психолог зможе й сам уникнути професійної деформації.

Деонтологічні правила дуже важливі в акушерсько-гінекологічній практиці і мають певні особливості, зумовлені тим, що у своїй роботі лікарі вимушено торкаються інтимного життя своїх пацієнток, а отже, перед ними часто постає складна моральноетична проблема втручання у життя пацієнток з метою усунення причини захворювання чи полегшення його перебігу. Це пов'язано із ситуаціями, коли жінкам надають лікувально-профілактичну допомогу у зв'язку з вагітністю, пологами, а також при лікуванні гінекологічних захворювань. У зв'язку з цим завдання акушера-гінеколога не обмежуються обранням адекватних методів і засобів, скерованих на зміцнення здоров'я і лікування жінок, а й вимагає справляння на них певного психологічного впливу і встановлення довірчих взаємин, у чому значну допомогу надає лікар-психолог.

Особливості роботи медичного психолога у пологових будинках полягають перш за все у розумінні психоемоційних змін, обумовлених вагітністю. Якщо при неускладненому перебігу вагітності зміни у психічному статусі (емоційна лабільність, заглиблення у свої почуття і думки, відчуття незахищеності, дратівливість) дуже помітні, то за наявності коморбідних психічних захворювань до цих змін додається ще і певна симптоматика. Медичний психолог повинен своєчасно приділити увагу такій вагітній, застосувати валідні скринінг-тести, що допоможуть виявити стан прихованої депресії, агресії, тривоги, психотичні стани. Це

дасть змогу спільно з лікуючим лікарем призначити оптимальну корегуючу терапію.

У акушера-гінеколога постійна відповідальність за “два життя в одному” сприяє появі певних змін у взаєминах “лікар – пацієнт”, які виявляються у надмірній опіці вагітними та у прийнятті на себе вирішення за них багатьох проблем. Також лікарі повинні пам’ятати, що вагітні віддзеркалюють їхній настрій, бо ставляться до них, як до дуже вагомої значущої особи (рідного “батька” чи “матері). Регресуючи, вагітні як маленькі діти починають переносити емоції лікаря на себе, вважаючи що ці емоції саме до них адресовані. Медичні психологи у співпраці з персоналом повинні зауважувати ці моменти, адже особистісні переживання не повинні переноситись на пацієнтів.

Враховуючи певну аутичність вагітних, особливо у третьому триместрі вагітності, психотерапію з ними проводити важко. Підхід можна знайти за допомогою проєктивних методик, арт-терапії, тілесно-орієнтованої терапії, проводячи відкриті психотерапевтичні групи. Пацієнток слід добирати дуже уважно. Надмірно тривожних вагітних або з вираженим психотичним станом не слід залучати в групу, тому що вони можуть її дезорганізувати. Робота з такими пацієнтками повинна проводитись індивідуально та за необхідності у поєднуванні з медикаментозною терапією.

Особливості роботи медичного психолога у гінекологічному відділенні. Медичному психологу слід приділяти особливу увагу самосприйманню та самооцінці пацієнток, адже саме ці характеристики особистості найуразливіші, у першу чергу на момент усвідомлення жінкою діагнозу та осмислення ймовірних причин та наслідків захворювання. Знання про цю кореляцію допоможуть лікарям-гінекологам м’яко і делікатно повідомляти діагнози і пояснювати особливості перебігу хвороби та – особливо – прогнози щодо наслідків і ускладнень хвороби.

Як у пацієнток гінекологічного відділення, так і у вагітних жінок значно загострена потреба бути необхідною (чоловікові, рідним, близьким і навіть лікареві). Якщо жінка відчуває, що необхідна своєму лікареві, на якого вона проєктує свою жіночність і

успішність на даний момент, це допомагає їй розкритися та сприяє ефективному лікуванню гінекологічної хвороби або неускладненому перебігу вагітності. Це пояснюється таким фізіологічним механізмом: при відчутті комфорту і довіри у людини починають вироблятися нейромедіатори (серотонін, дофамін), які опосередковано впливають на рівень окситоцину. Окситоцин, у свою чергу, посилює відчуття комфорту і захищеності, а у пологах сприяє нормальній пологовій активності, за принципом зворотного зв'язку виробляються серотонін і дофамін, знижується тривожність і депресивні прояви.

Тож професійна чуйність лікарів акушер-гінекологів і медичних психологів призведе до підвищення якості лікування жінок з гінекологічними хворобами, полегшить перебіг вагітності, а отже – сприятиме збільшенню народжуваності і зменшенню ускладнень, пов'язаних із вагітністю і пологами.

Особливості роботи медичного психолога у клініці педіатрії

Робота медичного психолога вимагає налагодження психологічного підходу до кожного пацієнта, однак саме у клініці педіатрії він повинен досягти повного прийняття та добитися повної довіри дитини. Після встановлення психологічного контакту медичний психолог повинен допомогти подолати страх і тривожність як самій дитині, так і її батькам.

Діти по-різному ставляться до хвороби і до перебування в лікарні. Досить часто суттєвого значення набуває не сама хвороба й викликане нею об'єктивне навантаження, а саме почуття і уявлення, зумовлені нею. У дітей до 6-річного віку досить часто спостерігаються фантастичні уявлення, навіяні переживанням страху. Найчастіше це спостерігають у дітей, яких лякали лікарем, уколами, або карали та лупцювали батьки. Такі діти сприймають хворобу як наслідок провини, а лікування – як покарання. Варто пам'ятати, що майже всі діти набагато краще сприймають уколи в руку, ніж у сідницю, оскільки остання нагадує їм про покарання та побої. Значно чутливіші діти і до всіх маніпуляцій, пов'язаних з прямою кишкою (операції, клізми, вимірювання температури).

Захворювання дитини – хвороба всієї родини. Саме тому можуть виникнути певні складнощі у зборі анамнезу. Поведінка батьків хворої дитини залежить від їх ставлення до неї, досвіду, набутого під час хвороби у інших дітей, у родичів. Найчастішою є реакція занепокоєння, стурбованість, страх. Це може стати проблемою, якщо батьки неправдиво інформують лікаря. На поведінку батьків також впливають попередні переживання (наприклад, смерть однієї дитини). У таких випадках лікарі досить часто зустрічаються з появою т. зв. “індукованого діагнозу”. У поведінці батьків може спостерігатися й інша крайність, коли вони взагалі не звертають уваги на хворобу дитини. Причиною такої поведінки може стати повне заперечення хвороби дитини.

Працюючи з дітьми, треба завжди пам’ятати про зв’язок, що існує між матір’ю і дитиною. Дитина, особливо маленька, постійно живе в сучасному. Саме тому серйозною проблемою стає відрив від матері дитини до 5-річного, а ще більше – до 3-річного віку. Відрив дитини від матері, незнайоме середовище, почуття, що її покинули, може спричинити як нестійкі, так і стійкі травми. У таких випадках йдеться про *госпіталізм*. Під час госпіталізації дитина може плакати, кричати, відмовляється відпустити матір або зло протестує проти всього і всіх. Боулбі і Робертсон описали три стадії гострого потрясіння під час госпіталізації. Перша – *протест*, який продовжується від кількох годин до кількох тижнів. Дитина голосно плаче, занепокоєна, шукає матір, не хоче ні з ким говорити. Другий етап: *відчай*. Дитина монотонно, постійно або періодично плаче, кличе матір. Вона може замкнутися в собі. Іноді виникає депресивний стан. У третій стадії відбувається відділення, “відрив” від матері, який розглядають як *заспокоєння*. Дитина не відвертається від медсестри, грається з нею, часом байдуже зустрічає матір, не плаче. Однак після перебування в лікарні можуть виявитися стійкі наслідки психотравми: розлади сну, нічні страхи, тики, іпохондричні страхи, нічне нетримання сечі, калу, страх смерті, затримка розвитку або інші порушення, наприклад, впертість або заїкання, що виникли після операції.

Іноді спостерігаються більш серйозні розлади поведінки і неврози.

Дитина не є дорослою людиною в мініатюрі. І якщо ми в повсякденному житті вимагаємо професійного підходу до всіх, хто пов'язаний з дітьми, займається ними, то ще в більшій мірі це відноситься до дитячого лікаря, дитячого психолога і медичних сестер, що працюють з дітьми. Спеціальних вузькопрофесійних знань часто не вистачає, особливо коли доводиться шукати рішення проблем в особливих умовах (наприклад, при психічних розладах у дітей). Хвора дитина більш піддатлива до різноманітних шкідливих впливів, ніж здорова. Це пов'язано з тим, що фізичне і психічне навантаження знижує здатність організму до захисту, до опору, робить дитину дуже чутливою. Вже тут треба особливо підкреслити важливість профілактичної діяльності, спрямованої на запобігання шкідливих впливів.

Психічні фактори мають дуже велике значення при соматичних захворюваннях. Хвороба вражає дитину не тільки фізично, вона завдає шкоди всьому духовному світу дитини. Фізичний і психічний фактор утворюють неподільну органічну єдність.

Особливості роботи медичного психолога у клініці терапії

Взаємозалежність і взаємовплив соматичних та психічних розладів потребує від медичного психолога у клініці виявити особливу наполегливість у пошуках відповіді на питання про походження захворювання. Адже коли з'ясовано причину його виникнення, зазвичай лікування дає швидкий позитивний ефект, а без особистісного підходу, без врахування особливостей психічної організації пацієнта розраховувати на високоякісну діагностику під час соматичних захворювань не доводиться. Можливість застосування психокорекційних та психотерапевтичних методик може не лише позбавити пацієнта соматичних симптомів, а й – головне – вирішити за давніми психологічними проблемами та отримати можливість відкрити для себе нові можливості у соціальному, професійному та особистісному житті.

Окрім того, у терапевтичній практиці медичний психолог повинен допомогти лікареві виявити значущі для встановлення діаг-

нозу факти з життя пацієнта, які він свідомо або несвідомо приховав від лікаря, пояснити сутність його хвороби та методів діагностики й лікування, підготувати пацієнта до проведення інструментальних досліджень, заспокоїти його, зняти тривожність, здійснити загальнолікарську психотерапію, що знімає у хворого зайву напругу, вселяє в нього надію на благополучне лікування.

Особливості роботи медичного психолога у клініці дерматології

У зв'язку з тим, що на даний час виникла диспропорція між рівнем соматичного обстеження дерматологічного хворого і повнотою обстеження його особистості, духовного світу, відбувся розрив між лікувальним впливом на соматичну і психіку. Це значно погіршує прогноз багатьох дерматозів, особливо тих, морфологічні прояви хвороби яких незначні чи зовсім відсутні, а суб'єктивні відчуття викликають тривалі і болісні страждання. Адже будь-який хронічний дерматоз може істотно змінити особистість хворої людини. Окрім того, слід пам'ятати, що фізичні і моральні страждання, яких завдають хворим хронічні дерматози, створюють патологічний ґрунт для формування невротичних станів. Цим можна пояснити формування у значної частини дерматологічних пацієнтів гіпостенічної форми неврастенії, що виявляється різким зниженням працездатності, активної і пасивної уваги, статевої потенції, уповільнення психічних процесів, головними болями, пригніченим настроєм та ін.

Зважаючи на значну залежність між психічними розладами та шкірними захворюваннями, медичний психолог повинен з кожним пацієнтом провести бесіду і пояснити йому ці взаємовпливи та призначити і скерувати до гіпнотерапевта, а при можливості – провести адекватну психотерапію та психологічну реабілітацію.

5.9. Психологічні аспекти лікувальної діяльності

Сучасний комплексний підхід до лікування хворої людини повинен поєднувати три основні види терапевтичної діяльності: біологічний, психологічний та соціальний. Зважаючи на усе викла-

дене у попередніх розділах, а саме – взаємовплив психіки та соми, зрозуміло, що кожна хвороба дезорганізує психічну рівновагу та обмежує соціальне функціонування особистості. Особливо важливо пам'ятати про це, працюючи з пацієнтами, які страждають від психічних, психосоматичних розладів, а також хронічних соматичних хвороб. Описавши у загальних рисах особливості роботи лікарів загального профілю та медичних психологів у відділеннях хірургії, терапії, педіатрії, акушерства і гінекології, узагальнимо ті основні психологічні аспекти, які впливають на фахову лікарську діяльність.

Сьогодні вчені намагаються визначити новий комплекс критеріїв оцінки ефективності лікарської діяльності. На думку Б. Д. Карвасарського, адекватним для комплексної оцінки ефективності лікування вважають підхід, що враховує усі три площини розглядання терапевтичної динаміки: соматичну, психологічну та соціальну, а не обмежується традиційними лікарськими симптоматичними критеріями: одужання, покращання, стабільний стан, погіршення. Оскільки процес лікування представляє собою діяльність у системі “людина – людина”, оцінюючи його неможливо не враховувати психологічні явища, притаманні як пацієнтові, так і лікареві. Загальновідомо, що лікар, який враховує психологічні особливості своїх пацієнтів, не лише користується їхньою прихильністю та отримує значний аванс довіри, а й має змогу глибше зрозуміти сутність перебігу патологічного процесу та ймовірні причини його виникнення, а це полегшує і уточнює діагностування хвороби та робить терапію ефективнішою. В ідеалі взаєморозуміння між лікарем та пацієнтом повинне формуватися природно, але зважаючи на особистісні індивідуальні відмінності між ними (як і між будь-якими людьми), лікар повинен докладати певних зусиль, щоб налагодити ці стосунки і досягти порозуміння, яке сприятиме швидшому одужанню пацієнта та допоможе йому легше пристосуватися до істотних змін і обмежень в особистому, професійному та соціальному житті, пов'язаних із хворобою.

Невміння та небажання багатьох лікарів та інших медичних працівників ефективно вибудовувати взаємини з хворими, їхніми

родичами та своїми колегами, призводить до формалізації професійної взаємодії та погіршення ефективності лікування.

Якщо йдеться про *моральний зміст фахової діяльності лікаря*, варто пам'ятати про необхідність дотримання спільних для усіх медичних працівників і психологів вимог, які до них висуває сама професія.

Найважливішою є *загальна і професійна культура* – високий рівень загальної культури та культури лікарської діяльності, організованість в роботі, любов до порядку, акуратність та охайність, тобто риси, на які вказував ще Гіппократ. Вимоги до дотримання загальнокультурних вимог зрозумілі – вони повинні бути притаманні кожній освіченій людині: тактовність, уважність, толерантність, поступливість у непринципових питаннях, доброзичливість. Тому часто лікареві доводиться у своїй діяльності застосовувати прийоми акторської гри. Як актор, який виходить на сцену, повинен забути про конфлікти з колегами, власні життєві проблеми і перевтілитися в іншу людину, так і лікар, приходячи на роботу, повинен залишити за порогом клініки все особистісне, що може негативно впливати на його фахову діяльність. Хороший лікар, психолог чи психотерапевт у значній мірі – хороший актор. При цьому зміни відбуваються не лише у зовнішній проявах особистості, а у зміні самої особистості. Йдеться не про “прикидання” хорошим лікарем, а про уміння в роботі виявити лише ті свої позитивні особистісні якості, притаманні кожній людині, які сприятимуть її оптимізації. Виявляючи на роботі лише ті особистісні і професійні якості, які очікують знайти у лікаря його пацієнти, лікар не обманює їх і не створює неправдивого образу “хорошого” лікаря – він просто на високому фаховому рівні пред'являє своїм пацієнтам лише те, що стосується його ефективною діяльності і сприяє лікувальному процесу. Навички такої поведінки вимагають постійних зусиль та згодом стають майже рефлексивними. Звісно, лікар, на відміну від актора, грає роль не одну-дві години, а протягом усього дня, тому подібна поведінка неможлива за умови необхідності прикидання особистістю, яка не має нічого спільного з власною особистістю лікаря. Та зазвичай діяльністю, ске-

рованою на допомогу іншим людям, займаються саме ті люди, особистісні якості яких майже повністю відповідають необхідним, а вміння опанувати прояви своїх емоцій та скорегувати поведінку виробляється у процесі роботи.

Говорячи про необхідність лікаря завжди намагатися поставати перед своїми пацієнтами та колегами лише в оптимальному для роботи вигляді, не можна забувати про те, що лікар (яким би досвідченим він не був) не завжди може опанувати свої емоції. Психологічні та емоційні проблеми, хвороби, втрати лікаря такі ж, як і кожної людини. І кожен пацієнт розуміє, що лікар, який, скажімо, нещодавно поховав дружину, не може, та й не зобов'язаний жартувати чи веселитися. Адекватна поведінка лікаря сприймається їх пацієнтами як належна, але лише за умови, що вони знають, чому колись веселий і жартівливий лікар сьогодні виглядає засмученим і заглибленим у себе. Пацієнти ще більше відчують позитивне ставлення до лікаря – його горе, переживання і те, що він ділиться цим з пацієнтами, справляє на них значний психотерапевтичний вплив лікар чи психолог така ж людина, як і всі, а отже – спроможний зрозуміти їхні проблеми і біль. Окрім того, таке сприймання лікаря як “свого” сприяє тіснішій і більш інтимній взаємодії з пацієнтами, а це теж чинить значний позитивний вплив на ефективність лікування. Зрозуміло, що виказувати свої внутрішні переживання варто лише у деяких випадках – коли йдеться про щось справді важливе і значуще для лікаря. Якщо з особистісні проблеми лікаря чи психолога вирішувані і минулі, або не визначальні для його подальшого життя – стануть у пригоді навички управління емоціями і поведінкою.

Контролюючи прояви своїх почуттів, думок, переживань, лікар повинен вміти контролювати їх відображення на зовнішньому вигляді, поведінці і мовленні. Пацієнти “зчитують” інформацію про психологічний стан лікаря саме із невербальних сигналів – постави, жестів, міміки. Досвідчений лікар чи психолог знає, що кожен його рух, кожен жест, а особливо – кожен вираз обличчя, пацієнт трактує стосовно свого стану здоров'я, прогнозу хвороби та перспектив на одужання. Надмірна рухливість, балакучість,

метушливість, неакуратність можуть викликати у пацієнтів неприйняття лікаря як стриманої, впевненої у собі людини, спроможної сконцентруватися для встановлення діагнозу та призначення лікування, а у разі потреби в екстремальній ситуації швидко, точно і вправно надати невідкладну допомогу. Млявість, повільність у рухах, скупість у словах в уяві пацієнтів створюють образ неповороткого та невірного лікаря, який не встигне не лише врятувати пацієнта в разі виникнення загрози для його життя, а навіть не спроможний вчасно встановити діагноз і призначити лікування. Тому для лікаря бажано вміти створити у пацієнтів відчуття цілковитої впевненості у собі, виваженості у діях і адекватності у реагуванні. Часто у зв'язку з цим можуть виникати певні труднощі, адже не всі лікарі – сангвініки за темпераментом, тому для створення враження водночас стриманої і спритної людини лікарям теж доводиться демонструвати швидкість психічних реакцій, яка не відповідає їхнім фізіологічним показникам.

Оскільки на формування професійно важливих якостей особистості істотно впливають нейродинамічні процеси, зрозуміло, що найбільш прийнятною для лікарської діяльності є *емоційна стійкість*, яка корелює із успішністю фахової діяльності. Здатність зберігати на належному рівні основні фахові уміння і навички та комунікативні здібності за умови істотного впливу зовнішніх факторів та емоційних впливів дає змогу лікареві у повному обсязі надавати фахову допомогу. Звичайно, і серед лікарів зустрічаються особистості з вираженою слабкістю нервових процесів, яка породжує підвищену тривожність, емоційну нестійкість, знижену активність у діяльності, зниження самооцінки тощо; або ж із підвищеною силою нервових процесів, що призводить до негнучкості у прийнятті рішень та поведінці, завищених вимогах до оточення, завищення самооцінки.

Гуманізм, усвідомлення обов'язку, витримка і самовладання у стосунках з хворими, совісність завжди вважали головними характеристиками лікаря. У стосунках лікаря і пацієнта не остання роль належить умінню лікаря зберігати лікарську таємницю (тобто *конфіденційність*). Вона зазвичай містить три види даних: про хворобу, про інтимне та сімейне життя хворого. Лікареві повідо-

мляють ці дані як людині, від якої розраховують отримати допомогу. Тому лікар не може на власний розсуд розпоряджатися відомою йому інформацією. Вимогу про нерозголошення лікарської таємниці знімають лише тоді, коли цього вимагають інтереси суспільства (скажімо, при загрозі поширення небезпечних інфекцій), а також при запиті судово-слідчих органів.

Лише за умови наявності достатньо виражених перелічених якостей особистості можна вважати, що у неї є основні передумови успішного оволодіння медичним фахом. Не випадково відомий письменник і лікар В. В. Вересаєв писав, що навчитися лікарського мистецтва неможливо, так само як і мистецтва сценічного або поезії. Можна бути хорошим медиком-теоретиком, але у практичному відношенні з хворими бути на недостатньому фаховому рівні. Лише знання психологічних особливостей особистості та їх урахування в процесі лікування дають змогу говорити про лікування хворої людини як особистості, а не про подолання морфофункціональних змін у певному органі чи системі людини.

Питання для контролю та самоконтролю

1. У чому полягають особистісні особливості людини, які свідчать про її ймовірну придатність до медичної діяльності?
2. На підставі чого пацієнти складають образ “ідеального лікаря”? У чому полягають переваги і недоліки такого образу?
3. Основні поняття медичної деонтології.
4. Поняття та причини виникнення хронічної втоми та емоційного вигорання лікаря.
5. Особливості поведінки лікаря та психолога при роботі з пацієнтами з різними захворюваннями.

Список використаної та рекомендованої літератури

1. Адлер А. Понять природу человека. – СПб: Ювента, 1997.
2. Амосов Н. И. Регуляция жизненных функций и кибернетика. – К.: Наукова думка, 1964.
3. Болтівець С. І. Педагогічна психогігієна: теорія, методика. – К., 2000. – 303 с.

4. *Братусь Б. С.* К проблеме человека в психологии // *Вопр. психологии.* – № 5. 1997. – С. 3-19.

5. *Бурлачук Л. Ф.* Главные направления развития современной медицинской психологии в Украине // *Психология и медицина: Тезисы докладов I Украинского семинара медицинских психологов, 21-22 января 1994 г.* – Харків, Київ, Париж, 1994. – С. 3-5.

6. *Василюк Ф. Е.* Уровни построения переживания и методы психологической помощи // *Вопр. психологии.* – 1988. – № 5.

7. *Головаха Е. И., Панина Н. В.* Психология человеческого взаимопонимания. – К.: изд-во полит. лит-ры Украины, 1989.

8. *Иконников М., Смирнова Н.* Понять и помочь. Беседы психиатра с родственниками больных. – К., 1966.

9. *Кісарчук З. Г.* Теоретико-методологічні проблеми діяльності практикуючого психолога // *Практична психологія: теорія, методи, технології.* – К., 1997.

10. *Козелецкий Ю.* Человек многомерный (психологическое эссе). – К., 1991.

11. *Коняева А. П., Лисенко В. П., Тітова Т. М., Фурман А. В.* Этический кодекс товариства психологів України. – К.: – Донецьк, 1993.

12. *Косенко В. Г. и др.* Медицинская психология для медсестер и фельдшеров / В. Г. Косенко, Л. Ф. Смоленко, Т. А. Чебуракова – Р н/Д.: Феникс, 2002. – 416 с.

13. *Любан-Плюща Б., Запорожан В. Н., Араев Н. А.* Терапевтический союз врача и пациента. – К.: изд-во АЦЕФ-Украина, 2001. – С. 290.

14. *Максименко С. Д.* Генетическая психология. – М.: Рефлбук, К.: Ваклер, 2000.

15. *Максименко С. Д.* Загальна психологія. – К.: Форум, 2000.

16. *Максименко С. Д.* Методологічні проблеми вікової та педагогічної психології // *Психологія.* – 1982. – Вип. 21.

17. *Максименко С. Д.* Психологія в соціальній та педагогічній практиці. – К.: Наукова думка, 1999.

18. *Медична психологія (підручник)* / Під заг. ред. І. Д. Спіріної, І. С. Вітенка. – Дніпропетровськ, 2008.

19. Михайлов Б. В., Сердюк А. И., Федосеев В. А. Психотерапия в общесоматической медицине. – Харьков, 1999.
20. Москаленко В. Ф., Вороненко Ю. В., Вітенко І. С. Стан і проблеми підготовки медичних та фармацевтичних кадрів в Україні // Мед. освіта. – 2001. – № 4. – С 5-13.
21. Психологія / За ред. Г. С. Костюка. – К.: Рад.шк., 1968.
22. Степаненко В. Етика. – К.: Лібра, 1998.
23. Фанч Ф. Преобразующие диалоги. – К.: Ника-центр, 1997.
24. Харди Г. Врач, сестра, больной. – София, 1983.
25. Яценко Т. С. Психологічні основи групової психокорекції: навч. посібник. – К.: Либідь, 1996.

ДОДАТКИ

Додаток 1

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства охорони
здоров'я України
«25» січня 2023 року № 138

ЗМІНИ

*до Довідника кваліфікаційних
характеристик професій працівників.*

Випуск 78 «Охорона здоров'я»

1. У підрозділі «Професіонали в галузі лікувальної справи (крім стоматології)» розділу «Професіонали»:

1) в абзацах сьомих пунктів 2-3, 9, 21-23, 75, 92 після речення другого доповнити реченням такого змісту: «Безперервний професійний розвиток.»;

2) в абзацах восьмих пунктів 1, 5-6, 8, 10-11, 13-19, 24-26, 31-71, 73-74, 76-80, 82, 84-91, 93-94, 96, 98-99 після речення другого доповнити реченням такого змісту: «Безперервний професійний розвиток.»;

3) в абзаці восьмому пункту 7 після речення першого доповнити реченням такого змісту: «Безперервний професійний розвиток.»;

4) в абзаці дев'ятнадцятому пункту 27 після речення другого доповнити реченням такого змісту: «Безперервний професійний розвиток.»;

5) в абзацах п'ятнадцятих пунктів 28, 30 після речення другого доповнити реченням такого змісту: «Безперервний професійний розвиток.»;

6) в абзаці чотирнадцятому пункту 29 після речення другого доповнити реченням такого змісту: «Безперервний професійний розвиток.»;

7) в абзаці тридцять третьому пункту 95 після речення другого доповнити реченням такого змісту: «Безперервний професійний розвиток.»;

8) в абзаці тридцять першому пункту 100 після речення другого доповнити реченням такого змісту: «Безперервний професійний розвиток.»;

9) пункти 63, 64 викласти у такій редакції:

«63. ЛІКАР-ПСИХОЛОГ

Завдання та обов'язки. Керується законодавством України про охорону здоров'я та нормативно-правовими актами, що визначають діяльність органів управління і закладів охорони здоров'я, організацію психологічної допомоги населенню.

Здійснює психопрофілактику серед людей груп ризику щодо розвитку психічних, психосоматичних та поведінкових розладів, психодіагностику, лікування і медико-психологічну реабілітацію пацієнтів з різними соматичними захворюваннями спільно з відповідними лікарями-спеціалістами, пацієнтів з різними видами психічних, психосоматичних та поведінкових розладів, надає їм медико-психологічну допомогу, в тому числі телемедичне консультування. Здійснює заходи з психопрофілактики професійного вигорання працівників закладу охорони здоров'я та пацієнтів. Надає медико-психологічну допомогу особам різного віку, які її потребують. Планує роботу та аналізує її результати. Керує роботою молодших спеціалістів з медичною освітою. Веде лікарську документацію, в тому числі в електронній формі. Бере участь в поширенні медико-психологічних знань серед населення щодо психогієни. Дотримується принципів медичної етики і деонтології. Постійно удосконалює свій професійний рівень, в тому числі обов'язково проходить супервізію (професійну допомогу та підтримку, спрямовану на роботу з професійними труднощами, аналіз недоліків та удосконалення організації роботи) індивідуально або в групі.

Повинен знати: законодавство про охорону здоров'я та нормативно- правові акти, що регламентують діяльність органів управління і закладів охорони здоров'я, організацію психологічної допомоги населенню; основи права в медицині; принципи медичної етики і деонтології; права, обов'язки та відповідальність лікаря-психолога; медико-біологічні та клінічні науки на рівні лікаря-спеціаліста; основи психофармакології та психофармакокінетики; основні види і методи психотерапії, сучасні методи психодіагностики, психопрофілактики, лікування та реабілітації; клініку основних психічних, психосоматичних соматопсихічних розладів; загальні та спеціальні методи обстеження пацієнтів, трактування даних цих обстежень; загальну, клінічну та соціальну психологію, патопсихологію, нейропсихологію, основи етнокультуральних особливостей; засади проведення трудової, військово-лікарської та судово-психологічної експертизи; форми і технології дистанційної роботи; правила оформлення медичної документації, в тому числі в електронній формі; сучасну літературу за фахом та методи її узагальнення; правила та норми охорони праці, виробничої санітарії; засоби протипожежного захисту.

Повинен володіти державною мовою та застосовувати її під час виконання службових обов'язків відповідно до Закону «Про забезпечення функціонування української мови як державної».

Кваліфікаційні вимоги.

Лікар-психолог вищої кваліфікаційної категорії: вища освіта другого (магістерського) рівня у галузі знань «Охорона здоров'я» за спеціальністю «Медична психологія» або «Медична та психологічна реабілітація» або освітньо-кваліфікаційний рівень спеціаліст (магістр) у галузі знань «Медицина» за спеціальністю «Медична психологія». Проходження інтернатури за спеціальністю «Медична психологія». У разі здобуття вищої освіти другого (магістерського) рівня у галузі знань «Охорона здоров'я» за спеціальністю «Медицина» або «Педіатрія», або освітньо-кваліфікаційного рівня спеціаліст (магістр) у галузі знань «Медицина» за спеціальністю «Лікувальна справа» або «Педіатрія»

вимагається проходження інтернатури за однією з лікарських спеціальностей, крім спеціальностей стоматологічного, медико-профілактичного, лабораторного профілю, з наступною спеціалізацією за фахом «Медична психологія». Безперервний професійний розвиток. Наявність сертифіката лікаря-спеціаліста та посвідчення про присвоєння (підтвердження) вищої кваліфікаційної категорії з цієї спеціальності. Стаж роботи за фахом – понад 10 років.

Лікар-психолог I кваліфікаційної категорії: вища освіта другого (магістерського) рівня у галузі знань «Охорона здоров'я» за спеціальністю «Медична психологія» або «Медична та психологічна реабілітація», або освітньо-кваліфікаційний рівень спеціаліст (магістр) у галузі знань «Медицина» за спеціальністю «Медична психологія». Проходження інтернатури за спеціальністю «Медична психологія». У разі здобуття вищої освіти другого (магістерського) рівня у галузі знань «Охорона здоров'я» за спеціальністю «Медицина» або «Педіатрія», або освітньо-кваліфікаційного рівня спеціаліст (магістр) у галузі знань «Медицина» за спеціальністю «Лікувальна справа» або «Педіатрія» вимагається проходження інтернатури за однією з лікарських спеціальностей, крім спеціальностей стоматологічного, медико-профілактичного, лабораторного профілю, з наступною спеціалізацією за фахом «Медична психологія». Безперервний професійний розвиток. Наявність сертифіката лікаря-спеціаліста та посвідчення про присвоєння (підтвердження) I кваліфікаційної категорії з цієї спеціальності. Стаж роботи за фахом – понад 7 років.

Лікар-психолог II кваліфікаційної категорії: вища освіта другого (магістерського) рівня у галузі знань «Охорона здоров'я» за спеціальністю «Медична психологія» або «Медична та психологічна реабілітація», або освітньо-кваліфікаційний рівень спеціаліст (магістр) у галузі знань «Медицина» за спеціальністю «Медична психологія». Проходження інтернатури за спеціальністю «Медична психологія». У разі здобуття вищої освіти другого (магістерського) рівня у галузі знань «Охорона здоров'я» за

спеціальністю «Медицина» або «Педіатрія», або освітньо-кваліфікаційного рівня спеціаліст (магістр) у галузі знань «Медицина» за спеціальністю «Лікувальна справа» або «Педіатрія» вимагається проходження інтернатури за однією з лікарських спеціальностей, крім спеціальностей стоматологічного, медико-профілактичного, лабораторного профілю, з наступною спеціалізацією за фахом «Медична психологія». Безперервний професійний розвиток. Наявність сертифіката лікаря-спеціаліста та посвідчення про присвоєння (підтвердження) II кваліфікаційної категорії з цієї спеціальності. Стаж роботи за фахом – понад 5 років.

Лікар-психолог: вища освіта другого (магістерського) рівня у галузі знань «Охорона здоров'я» за спеціальністю «Медична психологія» або «Медична та психологічна реабілітація», або освітньо-кваліфікаційний рівень спеціаліст (магістр) у галузі знань «Медицина» за спеціальністю «Медична психологія». Проходження інтернатури за спеціальністю «Медична психологія». У разі здобуття вищої освіти другого (магістерського) рівня у галузі знань «Охорона здоров'я» за спеціальністю «Медицина» або «Педіатрія», або освітньо-кваліфікаційного рівня спеціаліст (магістр) у галузі знань «Медицина» за спеціальністю «Лікувальна справа» або «Педіатрія» вимагається проходження інтернатури за однією з лікарських спеціальностей, крім спеціальностей стоматологічного, медико-профілактичного, лабораторного профілю, з наступною спеціалізацією за фахом «Медична психологія». Наявність сертифіката лікаря-спеціаліста з цієї спеціальності. Безперервний професійний розвиток. Без вимог до стажу роботи.

64. ЛІКАР-ПСИХОТЕРАПЕВТ

Завдання та обов'язки. Керується законодавством України про охорону здоров'я та нормативно-правовими актами, що визначають діяльність органів управління і закладів охорони здоров'я, організацію психотерапевтичної допомоги населенню.

Визначає мету та планує психотерапевтичне лікування. Застосовує сучасні методи профілактики, діагностики, лікування та реабілітації пацієнтів з різними видами психічних, психосоматичних і поведінкових розладів, а також особам, які знаходяться в життєвих кризових станах, надає їм швидко та невідкладну психотерапевтичну і медико-психологічну допомогу, в тому числі телемедичне консультування, здійснює профілактику тривожних та депресивних станів. Планує роботу та аналізує її результати. Керує роботою молодших спеціалістів з медичною освітою. Веде лікарську документацію, в тому числі в електронній формі. Бере активну участь в поширенні медико-психологічних знань серед населення щодо психогієни. Дотримується принципів медичної етики і деонтології. Постійно удосконалює свій професійний рівень, в тому числі обов'язково проходить супервізію (професійну допомогу та підтримку, спрямовану на роботу з професійними труднощами, аналіз недоліків та удосконалення організації роботи) індивідуально або в групі.

Повинен знати: законодавство про охорону здоров'я та нормативно-правові акти, що регламентують діяльність органів управління і закладів охорони здоров'я, організацію психотерапевтичної допомоги населенню; основи права в медицині; принципи медичної етики і деонтології; права, обов'язки та відповідальність лікаря-психотерапевта; показники роботи закладів охорони здоров'я; теорію та практично-методичні основи психотерапії; основні види та методи психотерапії в клініці психічних і поведінкових та соматичних захворювань; специфіку і форми індивідуальної, групової та сімейної психотерапії; особливості проведення психотерапії з урахуванням етнокультуральних особливостей і віку пацієнтів (дорослі, діти та особи похилого віку); основні психопатологічні симптоми та синдроми; сучасну класифікацію, етіологію, патогенез, діагностику та диференційну діагностику психічних та поведінкових розладів; основи організації швидкої та невідкладної психіатричної допомоги дорослому населенню та дітям; встановлення та підтримка психотерапевтичних стосунків з пацієнтами; засади проведення трудової, війсь-

ково-лікарської та судово-психологічної експертизи; форми і технології дистанційної роботи; правила оформлення медичної документації, в тому числі в електронній формі; сучасну літературу за фахом та методи її узагальнення; правила та норми охорони праці, виробничої санітарії; засоби протипожежного захисту.

Повинен володіти державною мовою та застосовувати її під час виконання службових обов'язків відповідно до Закону «Про забезпечення функціонування української мови як державної».

Кваліфікаційні вимоги.

Лікар-психотерапевт вищої кваліфікаційної категорії: вища освіта другого (магістерського) рівня у галузі знань «Охорона здоров'я» за спеціальністю «Медицина» або «Педіатрія», або освітньо-кваліфікаційного рівня спеціаліст (магістр) у галузі знань «Медицина» за спеціальністю «Лікувальна справа» або «Педіатрія». Проходження інтернатури за спеціальністю «Психіатрія» або «Неврологія», або «Внутрішні хвороби» або «Загальна практика – сімейна медицина» з наступною спеціалізацією за фахом «Психотерапія». У разі здобуття вищої освіти другого (магістерського) рівня у галузі знань «Охорона здоров'я» за спеціальністю «Медична психологія» або «Медична та психологічна реабілітація», або освітньо-кваліфікаційного рівня спеціаліст (магістр) у галузі знань «Медицина» за спеціальністю «Медична психологія» вимагається проходження інтернатури за спеціальністю «Медична психологія», спеціалізації за фахом «Психіатрія» з наступною спеціалізацією за фахом «Психотерапія». Безперервний професійний розвиток. Наявність сертифіката лікаря-спеціаліста та посвідчення про присвоєння (підтвердження) вищої кваліфікаційної категорії з цієї спеціальності. Стаж роботи за фахом – понад 10 років.

Лікар-психотерапевт I кваліфікаційної категорії: вища освіта другого (магістерського) рівня у галузі знань «Охорона здоров'я» за спеціальністю «Медицина» або «Педіатрія», або освітньо-кваліфікаційного рівня спеціаліст (магістр) у галузі знань «Медицина» за спеціальністю «Лікувальна справа» або «Педіатрія». Проходження інтернатури за спеціальністю

«Психіатрія» або «Неврологія», або «Внутрішні хвороби» або «Загальна практика – сімейна медицина» з наступною спеціалізацією за фахом «Психотерапія». У разі здобуття вищої освіти другого (магістерського) рівня у галузі знань «Охорона здоров'я» за спеціальністю «Медична психологія» або «Медична та психологічна реабілітація», або освітньо-кваліфікаційного рівня спеціаліст (магістр) у галузі знань «Медицина» за спеціальністю «Медична психологія» вимагається проходження інтернатури за спеціальністю «Медична психологія», спеціалізації за фахом «Психіатрія» з наступною спеціалізацією за фахом «Психотерапія». Безперервний професійний розвиток. Наявність сертифіката лікаря-спеціаліста та посвідчення про присвоєння (підтвердження) I кваліфікаційної категорії з цієї спеціальності. Стаж роботи за фахом – понад 7 років.

Лікар-психотерапевт II кваліфікаційної категорії: вища освіта другого (магістерського) рівня у галузі знань «Охорона здоров'я» за спеціальністю «Медицина» або «Педіатрія», або освітньо-кваліфікаційного рівня спеціаліст (магістр) у галузі знань «Медицина» за спеціальністю «Лікувальна справа» або «Педіатрія». Проходження інтернатури за спеціальністю «Психіатрія» або «Неврологія», або «Внутрішні хвороби» або «Загальна практика – сімейна медицина» з наступною спеціалізацією за фахом «Психотерапія». У разі здобуття вищої освіти другого (магістерського) рівня у галузі знань «Охорона здоров'я» за спеціальністю «Медична психологія» або «Медична та психологічна реабілітація», або освітньо-кваліфікаційного рівня спеціаліст (магістр) у галузі знань «Медицина» за спеціальністю «Медична психологія» вимагається проходження інтернатури за спеціальністю «Медична психологія», спеціалізації за фахом «Психіатрія» з наступною спеціалізацією за фахом «Психотерапія». Безперервний професійний розвиток. Наявність сертифіката лікаря-спеціаліста та посвідчення про присвоєння (підтвердження) II кваліфікаційної категорії з цієї спеціальності. Стаж роботи за фахом – понад 5 років.

Лікар-психотерапевт: вища освіта другого (магістерського) рівня у галузі знань «Охорона здоров'я» за спеціальністю «Медицина» або «Педіатрія», або освітньо-кваліфікаційного рівня спеціаліст (магістр) у галузі знань «Медицина» за спеціальністю «Лікувальна справа» або «Педіатрія». Проходження інтернатури за спеціальністю «Психіатрія» або «Неврологія», або «Внутрішні хвороби» або «Загальна практика – сімейна медицина» з наступною спеціалізацією за фахом «Психотерапія». У разі здобуття вищої освіти другого (магістерського) рівня у галузі знань «Охорона здоров'я» за спеціальністю «Медична психологія» або «Медична та психологічна реабілітація», або освітньо-кваліфікаційного рівня спеціаліст (магістр) у галузі знань «Медицина» за спеціальністю «Медична психологія» вимагається проходження інтернатури за спеціальністю «Медична психологія», спеціалізації за фахом «Психіатрія» з наступною спеціалізацією за фахом «Психотерапія». Наявність сертифіката лікаря-спеціаліста з цієї спеціальності. Безперервний професійний розвиток. Безвимог до стажу роботи.»

10) пункт 82 викласти у такій редакції:

«82. ЛІКАР-ТОКСИКОЛОГ

Завдання та обов'язки. Керується законодавством України про охорону здоров'я та нормативно-правовими актами, що визначають діяльність органів управління і закладів охорони здоров'я, організацію системи токсикологічної допомоги, системи громадського здоров'я та медико-санітарної регламентації хімічних факторів середовища життєдіяльності населення, гігієнічної регламентації.

Надає спеціалізовану медичну допомогу хворим з гострими і хронічними отруєннями хімічної етіології, в тому числі екстрену. Застосовує сучасні методи токсикологічного дослідження, діагностики та лікування. Здійснює нагляд за побічними реакціями/діями лікарських засобів. Працює в тісному контакті з лікарями інших спеціальностей. Дотримується принципів медичної

етики і деонтології. Керує роботою молодших спеціалістів з медичною освітою. Планує роботу і проводить аналіз її результатів. Веде лікарську документацію, в тому числі в електронній формі. Бере участь в поширенні медичних знань серед населення. Постійно удосконалює свій професійний рівень.

Повинен знати: законодавство про охорону здоров'я та нормативно-правові акти, що регламентують діяльність органів управління і закладів охорони здоров'я; основи права в медицині; організацію системи токсикологічної допомоги, системи громадського здоров'я та медико-санітарну регламентацію хімічних факторів середовища життєдіяльності населення; принципи токсикології; основи молекулярної та клітинної токсикології; процеси кінетики хімічних речовин (поглинання, розподіл, метаболізм, екскреція); патологічні прояви токсичного ефекту; класифікацію отруйних речовин і отруєнь; методи діагностики та лікування отруєнь, аферентної і еферентної детоксикації, реабілітації, диспансеризації, експертизу стійкої і тимчасової непрацездатності при гострих і хронічних отруєннях; принципи застосування і розробки антидотів; основи токсикологічного експерименту; методи тестування «in vitro»; комп'ютерні методи моделювання у сфері токсикології «in silico»; методи статистичних досліджень в токсикології; принципи епідеміологічних досліджень в токсикології; характеристику основних забруднювачів навколишнього середовища та їх вплив; механізми формування органотоксичності; основні принципи та методи з оцінки ризику в регуляторних процесах для різних категорій хімічних речовин; аналітичні методи ідентифікації та кількісного визначення хімічних речовин у різних матрицях; основи фармацевтичної, криміналістичної і військової токсикології; принципи організації медичної допомоги при масових отруєннях та хімічних катастрофах; санітарно-освітні заходи щодо профілактики отруєнь; правила оформлення медичної документації, в тому числі в електронній формі; методи сучасного інформаційного забезпечення в токсикології; сучасну літературу за фахом та методи її узагальнення; правила та норми

охорони праці, виробничої санітарії; засоби протипожежного захисту.

Повинен володіти державною мовою та застосовувати її під час виконання службових обов'язків відповідно до Закону «Про забезпечення функціонування української мови як державної».

Кваліфікаційні вимоги.

Лікар-токсиколог вищої кваліфікаційної категорії: вища освіта другого (магістерського) рівня у галузі знань «Охорона здоров'я» за спеціальністю «Медицина» або «Педіатрія», або на пряму підготовки «Медицина» за спеціальністю «Лікувальна справа» або «Педіатрія», або «Медико-профілактична справа». Проходження інтернатури за лікарською спеціальністю з наступною спеціалізацією за спеціальністю «Токсикологія». Безперервний професійний розвиток. Наявність сертифіката лікаря-спеціаліста та посвідчення про присвоєння (підтвердження) вищої кваліфікаційної категорії з цієї спеціальності. Стаж роботи за фахом – понад 10 років.

Лікар-токсиколог I кваліфікаційної категорії: вища освіта другого (магістерського) рівня у галузі знань «Охорона здоров'я» за спеціальністю «Медицина» або «Педіатрія», або на пряму підготовки «Медицина» за спеціальністю «Лікувальна справа» або «Педіатрія», або «Медико-профілактична справа». Проходження інтернатури за лікарською спеціальністю з наступною спеціалізацією за спеціальністю «Токсикологія». Безперервний професійний розвиток. Наявність сертифіката лікаря-спеціаліста та посвідчення про присвоєння (підтвердження) I кваліфікаційної категорії з цієї спеціальності. Стаж роботи за фахом – понад 7 років.

Лікар-токсиколог II кваліфікаційної категорії: вища освіта другого (магістерського) рівня у галузі знань «Охорона здоров'я» за спеціальністю «Медицина» або «Педіатрія», або на пряму підготовки «Медицина» за спеціальністю «Лікувальна справа» або «Педіатрія», або «Медико-профілактична справа». Проходження інтернатури за лікарською спеціальністю з наступною спеціалізацією за спеціальністю «Токсикологія». Безперерв-

ний професійний розвиток. Наявність сертифіката лікаря-спеціаліста та посвідчення про присвоєння (підтвердження) II кваліфікаційної категорії з цієї спеціальності. Стаж роботи за фахом – понад 5 років.

Лікар-токсиколог: вища освіта другого (магістерського) рівня у галузі знань «Охорона здоров'я» за спеціальністю «Медицина» або «Педіатрія», або напряму підготовки «Медицина» за спеціальністю «Лікувальна справа» або «Педіатрія», або «Медико-профілактична справа». Проходження інтернатури за лікарською спеціальністю з наступною спеціалізацією за спеціальністю «Токсикологія». Наявність сертифіката лікаря-спеціаліста. Безперервний професійний розвиток. Без вимог до стажу роботи.».

2. У підрозділі «Професіонали в галузі фармації» розділу «Професіонали»:

1) у пункті 1:

в абзаці першому в реченні п'ятнадцятому слова «середнього фармацевтичного персоналу» замінити на слова «асистентів фармацевта»;

в абзаці першому після речення п'ятнадцятого доповнити реченням такого змісту: «Організовує і проводить профілактичні щеплення. Проводить медичний огляд перед щепленням. Здійснює діагностику та нагляд за побічними реакціями/діями лікарських засобів, в тому числі медичних імунобіологічних препаратів, в разі проведення профілактичних щеплень.»;

в абзаці другому після речення другого доповнити реченням такого змісту: «Правила оформлення медичної документації, у тому числі в електронній формі; нормативно-правові акти у сфері вакцинопрофілактики населення, в разі проведення профілактичних щеплень.»;

2) у пункті 3:

в абзаці першому після речення чотирнадцятого доповнити реченнями такого змісту: «Організовує і проводить профілактичні щеплення. Проводить медичний огляд перед щепленням. Здійснює діагностику та нагляд за побічними реакціями/діями лікар-

ських засобів, в тому числі медичних імунобіологічних препаратів, в разі проведення профілактичних щеплень.»;

в абзаці другому після речення другого доповнити реченням такого змісту: «Правила оформлення медичної документації, у тому числі в електронній формі; нормативно-правові акти у сфері вакцинопрофілактики населення, в разі проведення профілактичних щеплень.»;

3) у пункті 4:

в абзаці першому після речення чотирнадцятого доповнити реченнями такого змісту: «Організовує і проводить профілактичні щеплення. Проводить медичний огляд перед щепленням. Здійснює діагностику та нагляд за побічними реакціями/діями лікарських засобів, в тому числі медичних імунобіологічних препаратів, в разі проведення профілактичних щеплень.»;

в абзаці другому після речення другого доповнити реченням такого змісту: «Правила оформлення медичної документації, у тому числі в електронній формі; нормативно-правові акти у сфері вакцинопрофілактики населення, в разі проведення профілактичних щеплень.».

3. У підрозділі «Професіонали в галузі стоматології» розділу

«Професіонали»:

1) в абзаці двадцять сьомому пункту 1 після речення другого доповнитиреченням такого змісту: «Безперервний професійний розвиток.»;

2) в абзаці двадцять першому пункту 2 після речення другого доповнитиреченням такого змісту: «Безперервний професійний розвиток.»;

3) в абзаці тринадцятому пункту 3 після речення другого доповнити реченням такого змісту: «Безперервний професійний розвиток.»;

4) в абзаці чотирнадцятому пункту 6 після речення другого доповнитиреченням такого змісту: «Безперервний професійний розвиток.»;

5) в абзаці двадцять п'ятому пункту 4 після речення дру-

гого доповнитиреченням такого змісту: «Безперервний професійний розвиток.»;

б) в абзаці п'ятдесять третьому пункту 7 після речення другого доповнитиреченням такого змісту: «Безперервний професійний розвиток.»;

7) в абзаці дванадцятому пункту 5 після речення другого доповнитиреченням такого змісту: «Безперервний професійний розвиток.»;

8) в абзаці сьомому пункту 8 після речення другого доповнити реченням такого змісту: «Безперервний професійний розвиток.».

4. У підрозділі «Професіонали в галузі медико-профілактичної справи» розділу «Професіонали»:

1) в абзацах восьмих пунктів 1-2, 4-7, 9, 11-14 після речення другого доповнити реченням такого змісту: «Безперервний професійний розвиток.»;

2) в абзаці дев'ятому пункту 3 після речення другого доповнитиреченням такого змісту: «Безперервний професійний розвиток.»;

3) в абзаці сьомому пункту 10 після речення другого доповнитиреченням такого змісту: «Безперервний професійний розвиток.»;

4) пункт 8 викласти у такій редакції:

«8. ЛІКАР-ЕПІДЕМІОЛОГ

Завдання та обов'язки. Керується законодавством України про охорону здоров'я та нормативно-правовими актами, що визначають діяльність органів управління і закладів охорони здоров'я, організацію системи громадського здоров'я.

Забезпечує здійснення епідеміологічного нагляду та аналізу. Бере участь у проведенні оцінки ризиків для здоров'я і санітарно-епідемічного благополуччя населення та у проведенні за результатами такої оцінки відповідних профілактичних, обстежувальних, консультаційних та інших заходів, наданні рекомен-

дацій щодо усунення ризиків у сфері санітарно- епідемічного благополуччя населення. Займається встановленням причинно-наслідкових зв'язків виникнення та поширення інфекційних хвороб, у тому числі інфекцій, що пов'язані з наданням медичної допомоги, масових неінфекційних хвороб, уражень та отруєнь. Бере участь у підготовці пропозицій, планів дій та рекомендацій щодо здійснення заходів, спрямованих на поліпшення показників здоров'я і благополуччя населення та вдосконалення системи громадського здоров'я. Здійснює збір та обробку даних епідеміологічного нагляду та внесення інформації до відповідних баз даних. Бере участь у реагуванні на надзвичайні ситуації у сфері громадського здоров'я, у тому числі у розслідуванні спалахів та випадків інфекційних хвороб. Бере участь в роботі в осередках інфекційних хвороб (епідеміологічне обстеження, лікувальні, медико-санітарні заходи, у тому числі дезінфекційні). Здійснює періодичний аналіз детермінант здоров'я, заходів впливу на детермінанти здоров'я та заходів, спрямованих на запобігання виникненню, зменшення та подолання нерівності щодо здоров'я. Проводить моніторинг заходів щодо зміцнення здоров'я, показників рухової активності, статевого та репродуктивного здоров'я, психічного здоров'я населення у регіоні. Бере участь у проведенні розслідування випадків професійних захворювань та проводить оцінку ризиків, пов'язаних з умовами праці. Бере участь у підготовці та оприлюдненні звітів про стан здоров'я, епідемічну ситуацію та показники середовища життєдіяльності. Бере участь в організації навчання та проведення інформаційно-просвітницьких заходів з питань громадського здоров'я. Сприяє виконанню оперативних функцій громадського здоров'я. Керує роботою помічників лікаря-епідеміолога. Постійно удосконалює свій професійний рівень.

Повинен знати: законодавство про охорону здоров'я та нормативно- правові акти, що регламентують діяльність органів управління і закладів охорони здоров'я; організацію системи громадського здоров'я; основи права в медицині; права, обов'язки та відповідальність лікаря-епідеміолога; основні прин-

ципи епідеміологічного нагляду і аналізу інфекційних та неінфекційних хвороб; основні принципи профілактики інфекційних та неінфекційних хвороб, виявлення джерел збудників інфекційних хвороб і боротьби з інфекційними хворобами, ліквідації їх осередків; принципи проведення епідеміологічних розслідувань випадків та спалахів інфекційних хвороб; лабораторні та інструментальні методи санітарно-епідеміологічного обстеження; сучасні епідеміологічні та соціально-гігієнічні методики збору і медико-статистичного аналізу інформації про показники здоров'я різних груп (вікові, соціальні, професійні тощо) населення; методи оцінки природних і медико-соціальних факторів середовища в розвитку хвороб серед різних груп (вікові, соціальні, професійні тощо) населення, оцінки ефективності протиепідемічних заходів; методи визначення колективного імунітету, основи імунології; засоби специфічної імунопрофілактики; Національний календар щеплень, препарати і схеми імунізації, постійні та тимчасові протипоказання до здійснення вакцинопрофілактики; терміни госпіталізації та карантину при різних захворюваннях, диспансерного нагляду за особами, які перенесли інфекційні захворювання, та такими, що мали контакт з хворими, порядок їх лабораторного обстеження та допущення до роботи декретованого контингенту населення; заходи з нагляду за станом здоров'я населення з використанням міжсекторального підходу; особливості інфекцій, що пов'язані з наданням медичної допомоги; правила оформлення медичної документації, у тому числі в електронній формі; форми та методи санітарно-просвітницької діяльності серед різних груп населення; сучасну літературу за фахом та методи її узагальнення; правила та норми охорони праці, виробничої санітарії; засоби протипожежного захисту.

Повинен володіти державною мовою та застосовувати її під час виконання службових обов'язків відповідно до Закону «Про забезпечення функціонування української мови як державної».

Кваліфікаційні вимоги.

Лікар-епідеміолог вищої кваліфікаційної категорії: вища освіта другого (магістерського) рівня у галузі знань «Охорона

здоров'я» за спеціальністю «Медицина» або «Педіатрія», або на пряму підготовки «Медицина» за спеціальністю «Медико-профілактична справа». Проходження інтернатури за спеціальністю «Епідеміологія» або спеціалізація за фахом «Епідеміологія» після проходження інтернатури за однією з лікарських спеціальностей. Безперервний професійний розвиток. Наявність сертифіката лікаря-спеціаліста та посвідчення про присвоєння (підтвердження) вищої кваліфікаційної категорії з цієї спеціальності. Стаж роботи за фахом – понад 10 років.

Лікар-епідеміолог I кваліфікаційної категорії: вища освіта другого (магістерського) рівня у галузі знань «Охорона здоров'я» за спеціальністю «Медицина» або «Педіатрія», або на пряму підготовки «Медицина» за спеціальністю «Медико-профілактична справа». Проходження інтернатури за спеціальністю «Епідеміологія» або спеціалізація за фахом «Епідеміологія» після проходження інтернатури за однією з лікарських спеціальностей. Безперервний професійний розвиток. Наявність сертифіката лікаря-спеціаліста та посвідчення про присвоєння (підтвердження) I кваліфікаційної категорії з цієї спеціальності. Стаж роботи за фахом – понад 7 років.

Лікар-епідеміолог II кваліфікаційної категорії: вища освіта другого (магістерського) рівня у галузі знань «Охорона здоров'я» за спеціальністю «Медицина» або «Педіатрія», або на пряму підготовки «Медицина» за спеціальністю «Медико-профілактична справа». Проходження інтернатури за спеціальністю «Епідеміологія» або спеціалізація за фахом «Епідеміологія» після проходження інтернатури за однією з лікарських спеціальностей. Безперервний професійний розвиток. Наявність сертифіката лікаря-спеціаліста та посвідчення про присвоєння (підтвердження) II кваліфікаційної категорії з цієї спеціальності. Стаж роботи за фахом – понад 5 років.

Лікар-епідеміолог: вища освіта другого (магістерського) рівня у галузі знань «Охорона здоров'я» за спеціальністю «Медицина» або «Педіатрія», або на пряму підготовки «Медицина» за спеціальністю «Медико-профілактична справа». Проходження

інтернатури за спеціальністю «Епідеміологія» або спеціалізація за фахом «Епідеміологія» після проходження інтернатури за однією з лікарських спеціальностей. Наявність сертифіката лікаря-спеціаліста. Безперервний професійний розвиток. Без вимог до стажу роботи.».

5. У підрозділі «Інші професіонали в галузі медицини» розділу «Професіонали»:

1) в абзацах восьмих пунктів 1-23 після речення другого доповнитиреченням такого змісту: «Безперервний професійний розвиток.»;

2) в абзаці дев'ятому пункту 24 після речення другого доповнитиреченням такого змісту: «Безперервний професійний розвиток.»;

3) в абзаці двадцять четвертому пункту 25 після речення другого доповнити реченням такого змісту: «Безперервний професійний розвиток.».

6. Підрозділ «Професіонали з вищою немедичною освітою медико-профілактичної справи у сфері охорони здоров'я» розділу «Професіонали» доповнити новим пунктом 3 такого змісту:

«3. ФАХІВЕЦЬ З ДОСЛІДЖЕННЯ ФАКТОРІВ НАВКОЛИШНЬОГО СЕРЕДОВИЩА

Завдання та обов'язки. Керується законодавством України про охорону здоров'я та нормативно-правовими актами, що визначають діяльність органів управління і закладів охорони здоров'я, організацію системи громадського здоров'я.

Організовує та проводить технічні дослідження факторів навколишнього середовища (хімічних, фізичних, біологічних, радіаційних). Здійснює якісний та кількісний вимір (дослідження) небезпечних та потенційно небезпечних для людини факторів навколишнього природного, виробничого та соціального середовища та біологічного матеріалу. Розробляє схему аналізу: вибір методів дослідження, порядок відбору проб, транспортування,

зберігання, розрахунок результатів, їх математична обробка. Здійснює підготовку зразків та проб матеріалу для досліджень. Аналізує хід дослідження та отримані результати. Організовує та проводить лабораторні дослідження за хімічними методами об'єктів навколишнього середовища, виробничого середовища, харчових продуктів. Встановлює вміст небезпечних та потенційно небезпечних хімічних речовин та сполук у зразках та пробах матеріалу з використанням сучасних технологій, вимірювальної та аналітичної апаратури. Проводить розробку випробування щодо виявлення потенційно небезпечних та шкідливих для людини властивостей та якостей продукції виробничого призначення, товарів народного споживання, хімічних та біологічних сполук для здійснення гігієнічної сертифікації, гігієнічної експертизи, державної реєстрації речовин та продукції, товарів, матеріалів. Бере участь у проведенні аналізу результатів вимірювань (досліджень) та готує в установленому порядку висновок за результатами вимірювань (досліджень) при проведенні санітарно-епідеміологічних експертиз, розслідувань, обстежень, токсикологічних, гігієнічних та інших видів оцінок, здійснює внутрішній та зовнішній контроль якості вимірювань. Здійснює вимірювання фізичних факторів (вібрації, шуму, освітлення, мікроклімату, ультра-, інфразвуку, іонізуючих випромінювань та інших електромагнітних полів), використовуючи сучасні методи радіометричних, дозиметричних та спектрометричних досліджень. Організовує та проводить калібрування вимірювальних приладів, забезпечує точність та безпеку хімічних і фізичних методів, що використовуються у дослідженнях. Впроваджує в роботу систему управління якістю за стандартами ISO. Бере участь у проведенні арбітражних досліджень, акредитації лабораторій. Залежно від рівня організаційної структури лабораторного підрозділу бере участь у наданні методичної та практичної допомоги іншим лабораторіям. Планує роботу, веде необхідну технічну документацію.

Повинен знати: законодавство про охорону здоров'я та нормативно-правові акти, що регламентують діяльність органів управління і закладів охорони здоров'я; організацію системи

громадського здоров'я; санітарне законодавство; основи медичного права; хімію органічних та неорганічних сполук і речовин, біохімію; характеристику хімічних речовин, механізм дії токсичних речовин на здоров'я людини; основні джерела забруднень хімічними факторами навколишнього середовища; вимоги до хімічних реактивів; основні методи лабораторних досліджень хімічних факторів; основні методи лабораторних досліджень фізичних факторів; фізичні основи радіометрії, дозиметрії та спектрометрії; характеристику джерел іонізуючих та неіонізуючих випромінювань, захист від їх впливу; правила оформлення технічної документації; міжнародну систему управління якістю ISO; методи статистичних досліджень; сучасну літературу за фахом та методи її узагальнення; правила та норми охорони праці, виробничої санітарії; засоби протипожежного захисту.

Повинен володіти державною мовою та застосовувати її під час виконання службових обов'язків відповідно до Закону «Про забезпечення функціонування української мови як державної».

Кваліфікаційні вимоги.

Фахівець з дослідження факторів навколишнього середовища вищої кваліфікаційної категорії: вища освіта другого (магістерського) рівня у галузі знань «Природничі науки» за спеціальностями «Екологія» або «Хімія», або «Фізика та астрономія», або галузі знань «Біологія» за спеціальністю «Біологія» або «Біологія та біохімія», або галузі знань «Хімічна інженерія та біоінженерія» за спеціальностями «Хімічні технології та інженерія» або «Біотехнології та біоінженерія», або галузі знань «Охорона здоров'я» за спеціальністю «Фармація, промислова фармація», спеціалізація «Промислова фармація». Спеціалізація за фахом «Лабораторні дослідження факторів навколишнього середовища». Безперервний професійний розвиток. Наявність сертифіката спеціаліста та посвідчення про присвоєння (підтвердження) вищої кваліфікаційної категорії з цієї спеціальності. Стаж роботи за фахом – понад 10 років.

Фахівець з дослідження факторів навколишнього середовища I кваліфікаційної категорії: вища освіта другого (магістер-

ського) рівня у галузі знань «Природничі науки» за спеціальностями «Екологія» або «Хімія», або «Фізика та астрономія», або галузі знань «Біологія» за спеціальністю «Біологія» або «Біологія та біохімія», або галузі знань «Хімічна інженерія та біоінженерія» за спеціальностями «Хімічні технології та інженерія» або «Біотехнології та біоінженерія», або галузі знань «Охорона здоров'я» за спеціальністю «Фармація, промислова фармація», спеціалізація «Промислова фармація». Спеціалізація за фахом «Лабораторні дослідження факторів навколишнього середовища». Безперервний професійний розвиток. Наявність сертифіката спеціаліста та посвідчення про присвоєння (підтвердження) I кваліфікаційної категорії з цієї спеціальності. Стаж роботи за фахом – понад 7 років.

Фахівець з дослідження факторів навколишнього середовища II кваліфікаційної категорії: вища освіта другого (магістерського) рівня у галузі знань «Природничі науки» за спеціальностями «Екологія» або «Хімія», або «Фізика та астрономія», або галузі знань «Біологія» за спеціальністю «Біологія» або «Біологія та біохімія», або галузі знань «Хімічна інженерія та біоінженерія» за спеціальностями «Хімічні технології та інженерія» або «Біотехнології та біоінженерія», або галузі знань «Охорона здоров'я» за спеціальністю «Фармація, промислова фармація», спеціалізація «Промислова фармація». Спеціалізація за фахом «Лабораторні дослідження факторів навколишнього середовища». Безперервний професійний розвиток. Наявність сертифіката спеціаліста та посвідчення про присвоєння (підтвердження) II кваліфікаційної категорії з цієї спеціальності. Стаж роботи за фахом – понад 5 років.

Фахівець з дослідження факторів навколишнього середовища: вища освіта другого (магістерського) рівня у галузі знань «Природничі науки» за спеціальностями «Екологія» або «Хімія», або «Фізика та астрономія», або галузі знань «Біологія» за спеціальністю «Біологія» або «Біологія та біохімія», або галузі знань «Хімічна інженерія та біоінженерія» за спеціальностями «Хімічні технології та інженерія» або «Біотехно-

логії та біоінженерія», або галузі знань «Охорона здоров'я» за спеціальністю «Фармація, промислова фармація», спеціалізація «Промислова фармація». Спеціалізація за фахом «Лабораторні дослідження факторів навколишнього середовища». Наявність сертифіката спеціаліста. Безперервний професійний розвиток. Без вимог до стажу роботи.».

7. Назву підрозділу «Професіонали з вищою немедичною освітою» викласти в такій редакції:

«ПРОФЕСІОНАЛИ З ВИЩОЮ НЕМЕДИЧНОЮ ОСВІТОЮ, ЯКІ ПРАЦЮЮТЬ У БЮРО СУДОВО-МЕДИЧНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ».

8. Розділ «Професіонали» після підрозділу «Професіонали з вищою немедичною освітою, які працюють у бюро судово-медичної експертизи» доповнити новим підрозділом такого змісту:

«ПРОФЕСІОНАЛИ З ВИЩОЮ НЕМЕДИЧНОЮ ОСВІТОЮ З ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ТА ДУХОВНОЇ ОПІКИ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1. КЛІНІЧНИЙ ПСИХОЛОГ

Завдання та обов'язки. Керується законодавством України про охорону здоров'я та нормативно-правовими актами, що визначають діяльність органів управління і закладів охорони здоров'я, реабілітаційних закладів, організацію психологічної допомоги населенню.

Здійснює психопрофілактику розвитку психічних, психосоматичних та поведінкових розладів, психодіагностику, психологічну корекцію та реабілітацію хворих з різними соматичними захворюваннями спільно з відповідними лікарями-спеціалістами, без права самостійно виписувати лікарські засоби. Надає психологічну допомогу особам, неспроможним справитися з несприятливими умовами, що склалися в їхньому житті у тому й телемедичне консультування. Проводить консультації пацієнтів та членів їх сімей з питань психічного здоров'я. Здійснює профілактику

психічних захворювань. Сприяє створенню здорового психологічного клімату в закладі охорони здоров'я, реабілітаційному закладі. Здійснює заходи з психопрофілактики професійного вигорання медичного та іншого персоналу закладу охорони здоров'я, реабілітаційного закладу. Планує роботу та аналізує її результати. Веде відповідну документацію, в тому числі в електронній формі. Бере активну участь в поширенні медико-психологічних знань серед населення. Дотримується принципів професійної етики і деонтології. Постійно удосконалює свій професійний рівень, в тому числі обов'язково проходить супервізії (професійну допомогу та підтримку, спрямовану на роботу з професійними труднощами, аналіз недоліків та удосконалення організації роботи) індивідуально або в групі.

Повинен знати: законодавство про охорону здоров'я та нормативно- правові акти, що регламентують діяльність органів управління і закладів охорони здоров'я, реабілітаційних закладів, організацію психологічної допомоги населенню; основи медико-біологічних та клінічних знань; основи права в медицині; принципи професійної етики і деонтології; права, обов'язки та відповідальність психолога закладу охорони здоров'я, реабілітаційного закладу; загальну, вікову, клінічну та соціальну психологію, основи етнокультуральних особливостей; основи патопсихології, психопатології та нейропсихології; вплив соматичних захворювань на психічне здоров'я і навпаки, ознаки психічних проблем при соматичних захворюваннях, методи психодіагностики, психокорекції, психопрофілактики, психогігієни та психоосвіти; методи фахових комунікативних навиків; принципи надання першої психологічної допомоги дорослому населенню та дітям; форми і технології телемедичного консультування; правила оформлення документації психолога, в тому числі в електронній формі; сучасну літературу за фахом та методи її узагальнення; правила та норми охорони праці, виробничої санітарії; засоби протипожежного захисту.

Повинен володіти державною мовою та застосовувати її під час виконання службових обов'язків відповідно до Закону «Про забезпечення функціонування української мови як державної».

Кваліфікаційні вимоги.

Клінічний психолог вищої кваліфікаційної категорії: вища освіта другого (магістерського) рівня у галузі знань «Соціальні та поведінкові науки» за спеціальністю «Психологія» або освітньо-кваліфікаційний рівень спеціаліст (магістр) у галузі знань «Соціально-політичні науки» за спеціальністю «Психологія». Спеціалізація за фахом «Клінічна психологія». Безперервний професійний розвиток. Наявність сертифіката спеціаліста та посвідчення про присвоєння (підтвердження) вищої кваліфікаційної категорії з цієї спеціальності. Стаж роботи за фахом – понад 10 років.

Клінічний психолог I кваліфікаційної категорії: вища освіта другого (магістерського) рівня у галузі знань «Соціальні та поведінкові науки» за спеціальністю «Психологія» або освітньо-кваліфікаційний рівень спеціаліст (магістр) у галузі знань «Соціально-політичні науки» за спеціальністю «Психологія». Спеціалізація за фахом «Клінічна психологія». Безперервний професійний розвиток. Наявність сертифіката спеціаліста та посвідчення про присвоєння (підтвердження) I кваліфікаційної категорії з цієї спеціальності. Стаж роботи за фахом – понад 7 років.

Клінічний психолог II кваліфікаційної категорії: вища освіта другого (магістерського) рівня у галузі знань «Соціальні та поведінкові науки» за спеціальністю «Психологія» або освітньо-кваліфікаційний рівень спеціаліст (магістр) у галузі знань «Соціально-політичні науки» за спеціальністю «Психологія». Спеціалізація за фахом «Клінічна психологія». Безперервний професійний розвиток. Наявність сертифіката спеціаліста та посвідчення про присвоєння (підтвердження) II кваліфікаційної категорії з цієї спеціальності. Стаж роботи за фахом – понад 5 років.

Клінічний психолог: вища освіта другого (магістерського) рівня у галузі знань «Соціальні та поведінкові науки» за спеціальністю «Психологія» або освітньо-кваліфікаційний рівень спеціаліст (магістр) у галузі знань «Соціально-політичні науки» за

спеціальністю «Психологія». Спеціалізації за фахом «Клінічна психологія». Наявність сертифіката спеціаліста з цієї спеціальності. Безперервний професійний розвиток. Без вимог до стажу роботи.

До роботи на посаді «клінічний психолог» допускаються особи, які здобули вищу освіту другого (магістерського) рівня за спеціальністю «Психологія», із умовою до 01 січня 2026 року пройти спеціалізацію за фахом «Клінічна психологія».

2. ПСИХОТЕРАПЕВТ

Завдання та обов'язки. Керується законодавством України про охорону здоров'я та нормативно-правовими актами, що визначають діяльність органів управління і закладів охорони здоров'я, реабілітаційних закладів, організацію психотерапевтичної допомоги населенню.

Застосовує сучасні методи профілактики, психодіагностики, психокорекції та реабілітації пацієнтів з різними видами невротичних, афективних, особистісних психічних, психосоматичних та поведінкових розладів поза гострими станами, а також особам, що знаходяться в життєвих кризових станах, надає їм психотерапевтичну допомогу, у тому числі телемедичне консультування, без права самостійно виписувати лікарські засоби. Консультує пацієнтів та членів їх сімей з питань психічного здоров'я. Планує роботу та аналізує її результати. Веде відповідну документацію, в тому числі в електронній формі. Бере активну участь в поширенні медико-психологічних знань серед населення щодо психогігієни. Дотримується принципів професійної етики і деонтології. Постійно удосконалює свій професійний рівень, у тому числі обов'язково проходить супервізії (професійну допомогу та підтримку, спрямовану на роботу з професійними труднощами, аналіз недоліків та удосконалення організації роботи) індивідуально або в групі.

Повинен знати: законодавство про охорону здоров'я та нормативно-правові акти, що регламентують діяльність органів

управління і закладів охорони здоров'я, реабілітаційних закладів, організацію психотерапевтичної допомоги населенню; основи медико-біологічних та клінічних знань; основи права в медицині; принципи професійної етики і деонтології; права, обов'язки та відповідальність психотерапевта закладу охорони здоров'я, реабілітаційного закладу; загальну, вікову, клінічну та соціальну психологію, основи етнокультуральних особливостей; основи патопсихології, психопатології та нейропсихології; основні види та методи психодіагностики, психопрофілактики, психогієни та психоосвіти; принципи надання першої психологічної допомоги дорослому населенню та дітям; теоретично-методичні основи психотерапії, основні види та методи психотерапії в клініці психічних і поведінкових та соматичних захворювань; специфіку і форми індивідуальної, групової та сімейної психотерапії; загальні принципи та особливості проведення психотерапії з урахуванням етнокультуральних особливостей і віку пацієнтів (дорослі, діти та особи похилого віку); основні психопатологічні симптоми та синдроми; форми і технології дистанційної роботи; правила оформлення робочої документації психотерапевта, в тому числі в електронній формі; сучасну літературу за фахом та методи її узагальнення; правила та норми охорони праці, виробничої санітарії; засоби протипожежного захисту.

Повинен володіти державною мовою та застосовувати її під час виконання службових обов'язків відповідно до Закону «Про забезпечення функціонування української мови як державної».

Кваліфікаційні вимоги.

Психотерапевт вищої кваліфікаційної категорії: вища освіта другого (магістерського) рівня у галузі знань «Соціальні та поведінкові науки» за спеціальністю «Психологія» або освітньо-кваліфікаційний рівень спеціаліст (магістр) у галузі знань «Соціально-політичні науки» за спеціальністю «Психологія». Спеціалізація за фахом «Клінічна психологія» з наступною спеціалізацією за фахом «Психотерапія». Безперервний професійний розвиток. Наявність сертифіката спеціаліста та посвідчення про

присвоєння (підтвердження) вищої кваліфікаційної категорії з цієї спеціальності. Стаж роботи за фахом – понад 10 років.

Психотерапевт I кваліфікаційної категорії: вища освіта другого (магістерського) рівня у галузі знань «Соціальні та поведінкові науки» за спеціальністю «Психологія» або освітньо-кваліфікаційний рівень спеціаліст (магістр) у галузі знань «Соціально-політичні науки» за спеціальністю «Психологія». Спеціалізація за фахом «Клінічна психологія» з наступною спеціалізацією за фахом «Психотерапія» у закладах вищої освіти (факультетах), що здійснюють підготовку здобувачів у галузі знань 22 «Охорона здоров'я». Безперервний професійний розвиток. Наявність сертифіката спеціаліста та посвідчення про присвоєння (підтвердження) I кваліфікаційної категорії з цієї спеціальності. Стаж роботи за фахом – понад 7 років.

Психотерапевт II кваліфікаційної категорії: вища освіта другого (магістерського) рівня у галузі знань «Соціальні та поведінкові науки» за спеціальністю «Психологія» або освітньо-кваліфікаційний рівень спеціаліст (магістр) у галузі знань «Соціально-політичні науки» за спеціальністю «Психологія». Спеціалізація за фахом «Клінічна психологія» з наступною спеціалізацією за фахом «Психотерапія» у закладах вищої освіти (факультетах), що здійснюють підготовку здобувачів у галузі знань 22 «Охорона здоров'я». Безперервний професійний розвиток. Наявність сертифіката спеціаліста та посвідчення про присвоєння (підтвердження) II кваліфікаційної категорії з цієї спеціальності. Стаж роботи за фахом – понад 5 років.

Психотерапевт: вища освіта другого (магістерського) рівня у галузі знань «Соціальні та поведінкові науки» за спеціальністю «Психологія» або освітньо-кваліфікаційний рівень спеціаліст (магістр) у галузі знань «Соціально-політичні науки» за спеціальністю «Психологія». Спеціалізація за фахом «Клінічна психологія» з наступною спеціалізацією за фахом «Психотерапія» у закладах вищої освіти (факультетах), що здійснюють підготовку здобувачів у галузі знань 22 «Охорона здоров'я». Наявність сертифіката спеціаліста з цієї спеціально-

сті. Безперервний професійний розвиток. Без вимог до стажу роботи.

3. КАПЕЛАН В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я

Завдання та обов'язки. Керується законодавством України про охорону здоров'я та нормативно-правовими актами, що визначають діяльність органів управління і закладів охорони здоров'я, реабілітаційних закладів, організацію духовної (душпастирської) опіки у сфері охорони здоров'я.

Організовує та проводить релігійні ритуали і релігійно-просвітницькі заходи, пов'язані із задоволенням духовно-релігійних потреб пацієнтів, членів їх сімей та працівників закладу охорони здоров'я, реабілітаційного закладу, за їх бажанням здійснює над ними духовну (душпастирську) опіку. Надає духовну допомогу та підтримку особам різного віку, за необхідності організовує їх соціальну підтримку. Проводить духовне (душпастирське) консультування дорослих і дітей. Виконує консультативно-дорадчі та координаційні функції, спрямовані на поліпшення релігійної обстановки й етично-психологічного клімату, налагодження міжрелігійної співпраці, дотримання релігійних та інших прав людини у сфері охорони здоров'я. Організовує та проводить навчально-виховні заходи, спрямовані на духовно-моральний розвиток пацієнтів, членів їх сімей та працівників закладу охорони здоров'я, реабілітаційного закладу. Планує свою роботу та аналізує її результати. Веде робочу документацію капелана в охороні здоров'я, в тому числі в електронній формі. Виконує професійні обов'язки в закладі охорони здоров'я, реабілітаційному закладі в мультидисциплінарному та міжконфесійному (міжрелігійному) середовищах. Дотримується принципів професійної етики і деонтології. Постійно удосконалює свій професійний рівень, в тому числі обов'язково проходить супервізії (професійну допомогу та підтримку, спрямовану на роботу з професійними труднощами, аналіз недоліків та удосконалення організації роботи) індивідуально або в групі.

Повинен знати: законодавство про охорону здоров'я та нормативно- правові акти, що регламентують діяльність органів управління і закладів охорони здоров'я, реабілітаційних закладів, організацію духовної (душпастирської) опіки у сфері охорони здоров'я; основи теорії душпастирства охорони здоров'я; основи медико-біологічних та клінічних знань; принципи професійної етики і деонтології; права, обов'язки та відповідальність капелана в охороні здоров'я; особливості та форми проведення релігійних ритуалів, здійснення релігійно-просвітньої, релігійно-дорадчої діяльності та міжрелігійної координації у закладі охорони здоров'я, реабілітаційному закладі; принципи надання духовної допомоги та підтримки; основи духовного (душпастирського) консультування, особливості та форми проведення індивідуальної, сімейної, групової роботи; принципи душпастирської супервізії; основні форми і методи соціальної підтримки та підтримки етики у сфері охорони здоров'я; принципи командної роботи; форми і технології дистанційної роботи; правила оформлення робочої документації капелана в охороні здоров'я, в тому числі в електронній формі; сучасну літературу за фахом та методи її узагальнення; правила та норми охорони праці, виробничої санітарії; засоби протипожежного захисту.

Повинен володіти державною мовою та застосовувати її під час виконання службових обов'язків відповідно до Закону «Про забезпечення функціонування української мови як державної».

Кваліфікаційні вимоги.

Капелан в охороні здоров'я вищої кваліфікаційної категорії: вища освіта другого (магістерського) рівня у галузі знань «Богослов'я» за спеціальністю «Богослов'я». Спеціалізація керівного рівня за фахом «Клінічне душпастирство». Безперервний професійний розвиток. Наявність сертифіката капелана в охороні здоров'я та посвідчення про присвоєння (підтвердження) вищої кваліфікаційної категорії за фахом «Клінічне душпастирство». Досвід роботи за профілем – понад 10 років.

Капелан в охороні здоров'я I кваліфікаційної категорії: вища освіта другого (магістерського) рівня у галузі знань «Бого-

слов'я» за спеціальністю «Богослов'я». Спеціалізація експертного рівня за фахом «Клінічне душпастирство». Безперервний професійний розвиток. Наявність сертифіката капелана в охороні здоров'я та посвідчення про присвоєння (підтвердження) I кваліфікаційної категорії за фахом «Клінічне душпастирство». Досвід роботи запрофілем – понад 7 років.

Капелан в охороні здоров'я II кваліфікаційної категорії: вища освіта другого (магістерського) рівня у галузі знань «Богослов'я» за спеціальністю «Богослов'я». Спеціалізація поглибленого рівня за фахом «Клінічне душпастирство». Безперервний професійний розвиток. Наявність сертифіката капелана в охороні здоров'я та посвідчення про присвоєння (підтвердження) II кваліфікаційної категорії за фахом «Клінічне душпастирство». Досвід роботи запрофілем – понад 5 років.

Капелан в охороні здоров'я: вища освіта не нижче першого (бакалаврського) рівня у галузі знань «Богослов'я» за спеціальністю «Богослов'я». Спеціалізація базового рівня за фахом «Клінічне душпастирство». Наявність сертифіката капелана в охороні здоров'я. Безперервний професійний розвиток. Без вимог до стажу роботи.

До роботи на посаді «капелан в охороні здоров'я» допускаються особи, які здобули вищу освіту не нижче першого (бакалаврського) рівня за спеціальністю «Богослов'я», із умовою до 01 січня 2026 року пройти спеціалізацію за фахом «Клінічне душпастирство»».

9. У розділі «Фахівці»:

1) у пункті 22:

в абзаці першому після речення другого доповнити реченнями такого змісту: «Організовує і проводить профілактичні щеплення. Здійснює нагляд за побічними реакціями/діями лікарських засобів, в тому числі медичних імунобіологічних препаратів, в разі проведення профілактичних щеплень.»;

в абзаці третьому після речення першого доповнити реченням такого змісту: «Правила оформлення медичної документації»;

нормативно-правові акти у сфері вакцинопрофілактики населення, в разі проведення профілактичних щеплень.».

2) після пункту 36 доповнити новим пунктом 37 такого змісту:

«37. СЕСТРА МЕДИЧНА/БРАТ МЕДИЧНИЙ З РЕАБІЛІТАЦІЇ

Завдання та обов'язки. Керується законодавством України про охорону здоров'я та нормативно-правовими актами, що визначають діяльність органів управління і закладів охорони здоров'я, реабілітаційних закладів, організацію надання реабілітаційної допомоги у сфері охорони здоров'я.

Виконує професійні обов'язки в закладі охорони здоров'я, реабілітаційному закладі в складі мультидисциплінарної реабілітаційної команди. За призначенням лікаря фізичної та реабілітаційної медицини здійснює реабілітаційні заходи з метою збільшення заняттєвої активності пацієнта, сприяє набуттю пацієнтами з обмеженнями життєдіяльності максимального рівня функціональності, здійснює догляд за пацієнтом з трахеостомою, гастростомою, організовує догляд та навчає догляду за сечовим міхуром, кишківником, пролежнями. Допомагає виконувати програми ерготерапевта та фізичного терапевта відповідно до індивідуального реабілітаційного плану, контролює правильність виконання пацієнтом догляду за собою. Веде відповідну документацію, в тому числі в електронній формі. Працює з пацієнтами усіх вікових категорій з обмеженнями життєдіяльності та функціональної незалежності. Навчає хворих методикам профілактики хворіб та їх ускладнень. Надає невідкладну долікарську допомогу. Володіє методиками масажу. Здійснює догляд за пацієнтами, які одужують після інсульту, інфаркту, пневмонії, переломів, політравми, травм спинного мозку, черепно-мозкових травм тощо. Здійснює перевірку життєво важливих функцій, здійснює догляд за ранами. Готує пацієнтів до проходження процедур та маніпуляцій. Працює з фізіотерапевтичним обладнанням. Актив-

но поширює знання з реабілітації серед пацієнтів та населення. Дотримується санітарно-гігієнічних правил та правил техніки протипожежної безпеки. Постійно удосконалює свій професійний рівень.

Повинна/повинен знати: законодавство про охорону здоров'я та нормативно-правові акти, що визначають діяльність органів управління і закладів охорони здоров'я, реабілітаційних закладів; національні і міжнародні документи з питань реабілітації, соціального захисту, прав осіб з інвалідністю; організацію надання реабілітаційної допомоги у сфері охорони здоров'я; основи нормальної та патологічної анатомії і фізіології; біомеханіку, основи психології, особливості застосування реабілітаційних програм при порушеннях діяльності опорно-рухового апарату, серцево-судинної, нервової та дихальної систем, при політравмі та протезуванні; сучасні методи лабораторного, рентгенологічного, ендоскопічного та ультразвукового обстеження та основні тести, що використовуються при реабілітаційних обстеженнях; особливості спостереження і догляду за хворими з порушеннями стану органів дихання, кровообігу, травлення, сечових органів; основи загальних медичних і клінічних дисциплін; правила догляду за хворими; тактику при виявленні хворого, підозрілого на особливо небезпечні інфекції; правила виписування та зберігання лікарських речовин; фармакологічну дію найбільш поширених лікарських речовин, їх сумісність, дозування, методи введення; основи переміжної катетеризації; організацію санітарно-протиепідемічного та лікувально-охоронного режимів; правила асептики та антисептики; правила безпеки під час роботи з медичним інструментарієм та обладнанням; основні принципи лікувального харчування; основи застосування преформованих фізичних факторів та бальнеотерапії, показання та протипоказання до застосування преформованих фізичних факторів, механізм дії преформованих фізичних факторів, вплив їх на основні патологічні процеси і функції різних органів та систем організму; теорію і практику корекційно-реабілітаційних заходів та процесів психологічної допомоги, соціально-побутової адаптації, професійної

реабілітації осіб усіх вікових категорій з обмеженнями життєдіяльності; методологічні та практичні засади застосування Міжнародної класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я (МКФ); правила оформлення та ведення медичної документації, у тому числі в електронній формі; сучасну літературу за фахом.

Повинна/повинен володіти державною мовою та застосовувати її під час виконання службових обов'язків відповідно до Закону України «Про забезпечення функціонування української мови як державної».

Кваліфікаційні вимоги.

Сестра медична/брат медичний з реабілітації вищої кваліфікаційної категорії: фахова передвища, початковий рівень (короткий цикл), або перший (бакалаврський) рівень вищої освіти у галузі знань «Охорона здоров'я» за спеціальністю «Медсестринство», освітньо-професійні програми «Медсестринство», «Акушерська справа», «Лікувальна справа». Спеціалізація за фахом «Фізична та реабілітаційна медицина». Наявність посвідчення про присвоєння (підтвердження) вищої кваліфікаційної категорії з цієї спеціальності. Безперервний професійний розвиток. Стаж роботи за фахом – понад 10 років.

Сестра медична/брат медичний з реабілітації I кваліфікаційної категорії: фахова передвища, початковий рівень (короткий цикл), або перший (бакалаврський) рівень вищої освіти у галузі знань «Охорона здоров'я» за спеціальністю «Медсестринство», освітньо-професійні програми «Медсестринство», «Акушерська справа», «Лікувальна справа». Спеціалізація за фахом «Фізична та реабілітаційна медицина». Наявність посвідчення про присвоєння (підтвердження) I кваліфікаційної категорії з цієї спеціальності. Безперервний професійний розвиток. Стаж роботи за фахом – понад 7 років.

Сестра медична/брат медичний з реабілітації II кваліфікаційної категорії: фахова передвища, початковий рівень (короткий цикл), або перший (бакалаврський) рівень вищої освіти у галузі знань «Охорона здоров'я» за спеціальністю «Медсестринство»,

освітньо-професійні програми «Медсестринство», «Акушерська справа», «Лікувальна справа». Спеціалізація за фахом «Фізична та реабілітаційна медицина». Наявність посвідчення про присвоєння (підтвердження) II кваліфікаційної категорії з цієї спеціальності. Безперервний професійний розвиток. Стаж роботи за фахом – понад 5 років.

Сестра медична з реабілітації: фахова передвища, початковий рівень (короткий цикл), або перший (бакалаврський) рівень вищої освіти у галузі знань «Охорона здоров'я» за спеціальністю «Медсестринство», освітньо-професійні програми «Медсестринство», «Акушерська справа», «Лікувальна справа». Спеціалізація за фахом «Фізична та реабілітаційна медицина». Безперервний професійний розвиток. Без вимог до стажу роботи.».

У зв'язку з цим пункти 37-56 вважати відповідно пунктами 38-57;

10. Розділ «Фахівці» доповнити новим підрозділом такого змісту:

«ФАХІВЦІ З НЕМЕДИЧНОЮ ОСВІТОЮ

1. ПОМІЧНИК КАПЕЛАНА В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я

Завдання та обов'язки. Керується законодавством України про охорону здоров'я та нормативно-правовими актами, що визначають діяльність органів управління і закладів охорони здоров'я, реабілітаційних закладів, організацію духовної (душпастирської) опіки у сфері охорони здоров'я.

Здійснює професійну діяльність під керівництвом капелана в охороні здоров'я. Допомагає капелану в охороні здоров'я в організації та проведенні релігійних ритуалів і релігійно-просвітницьких заходів, пов'язаних із задоволенням духовно-релігійних потреб пацієнтів, членів їх сімей та працівників закладу охорони здоров'я, реабілітаційного закладу. Залучається до організації та проведення навчально-виховних заходів та заходів духовної (душпастирської) опіки. Надає духовну допомогу та

підтримку особам різного віку, за необхідності організовує їх соціальну підтримку. Планує свою роботу та аналізує її результати. Веде робочу документацію помічника капелана в охороні здоров'я, в тому числі в електронній формі. Виконує професійні обов'язки в закладі охорони здоров'я, реабілітаційному закладі в мультидисциплінарному та міжконфесійному (міжрелігійному) середовищах. Дотримується принципів професійної етики і деонтології. Постійно удосконалює свій професійний рівень.

Повинен знати: законодавство про охорону здоров'я та нормативно-правові акти, що регламентують діяльність органів управління і закладів охорони здоров'я, реабілітаційних закладів, організацію духовної (душпастирської) опіки у сфері охорони здоров'я; основи теорії душпастирства охорони здоров'я; основи медико-біологічних та клінічних знань; принципи професійної етики і деонтології; права, обов'язки та відповідальність помічника капелана в охороні здоров'я; особливості та форми проведення релігійних ритуалів, здійснення релігійно-просвітньої діяльності у закладі охорони здоров'я, реабілітаційному закладі; принципи надання духовної допомоги та підтримки; основи духовного (душпастирського) консультування; основні форми і методи соціальної підтримки у сфері охорони здоров'я; принципи командної роботи; правила оформлення робочої документації помічника капелана в охороні здоров'я, в тому числі в електронній формі; сучасну літературу за фахом; правила та норми охорони праці, виробничої санітарії; засоби протипожежного захисту.

Повинен володіти державною мовою та застосовувати її під час виконання службових обов'язків відповідно до Закону «Про забезпечення функціонування української мови як державної».

Кваліфікаційні вимоги.

Помічник капелана в охороні здоров'я вищої кваліфікаційної категорії: освіта не нижче рівня фахової передвищої освіти незалежно від спеціальності. Свідоцтво про закінчення богословських курсів. Спеціалізація початкового рівня за фахом «Клінічне душпастирство». Наявність сертифіката помічника капелана в

охороні здоров'я та посвідчення про присвоєння (підтвердження) вищої кваліфікаційної категорії за фахом «Клінічне душпастирство». Безперервний професійний розвиток. Стаж роботи за фахом – понад 10 років.

Помічник капелана в охороні здоров'я I кваліфікаційної категорії: освіта не нижче рівня фахової передвищої освіти незалежно від спеціальності. Свідоцтво про закінчення богословських курсів. Спеціалізація початкового рівня за фахом «Клінічне душпастирство». Наявність сертифіката помічника капелана в охороні здоров'я та посвідчення про присвоєння (підтвердження) I кваліфікаційної категорії за фахом «Клінічне душпастирство». Безперервний професійний розвиток. Стаж роботи за фахом – понад 7 років.

Помічник капелана в охороні здоров'я II кваліфікаційної категорії: освіта не нижче рівня фахової передвищої освіти незалежно від спеціальності. Свідоцтво про закінчення богословських курсів. Спеціалізація початкового рівня за фахом «Клінічне душпастирство». Наявність сертифіката помічника капелана в охороні здоров'я та посвідчення про присвоєння (підтвердження) II кваліфікаційної категорії за фахом «Клінічне душпастирство». Безперервний професійний розвиток. Стаж роботи за фахом – понад 5 років.

Помічник капелана в охороні здоров'я: освіта не нижче рівня фахової передвищої освіти незалежно від спеціальності. Свідоцтво про закінчення богословських курсів. Спеціалізація початкового рівня за фахом «Клінічне душпастирство». Наявність сертифіката помічника капелана в охороні здоров'я. Безперервний професійний розвиток. Без вимог до стажу роботи.

До роботи на посаді «помічник капелана в охороні здоров'я» допускаються особи, які здобули освіту не нижче рівня фахової передвищої освіти незалежно від спеціальності та мають свідоцтво про закінчення богословських курсів, із умовою до 01 січня 2026 року пройти спеціалізацію початкового рівня за фахом «Клінічне душпастирство».».

11. В абетковому покажчику назв професій:

1) у розділі «Професіонали»:

підрозділ «Професіонали з вищою немедичною освітою медико-профілактичної справи у сфері охорони здоров'я» доповнити пунктом 3 такого змісту:

«

3.	Фахівець з дослідження факторів навколишнього середовища
----	--

»;

після підрозділу «Професіонали з вищою немедичною освітою, які працюють у бюро судово-медичної експертизи» доповнити новим підрозділом такого змісту:

«

Ли з вищою немедичною освітою з психологічної допомогита духовної опіки у сфері охорони здоров'я	
1.	Клінічний психолог
2.	Психотерапевт
3.	Капелан в охороні здоров'я

»;

підрозділ «Професіонали в галузі фармації» викласти в такій редакції:

«

Професіонали в галузі фармації	
1.	Фармацевт
2.	Фармацевт-аналітик
3.	Фармацевт клінічний
4.	Фармацевт-косметолог
5.	Фармацевт-токсиколог

»;

2) у розділі «Фахівці»:

після пункту 36 доповнити новим пунктом 37 такого змісту:

«

37.	Сестра медична/брат медичний з реабілітації
-----	---

».

У зв'язку з цим пункти 37-56 вважати відповідно пунктами 38-57;

доповнити новим підрозділом «Фахівці з немедичною освітою» такого змісту:

«

Фахівці з немедичною освітою	
1.	Помічник капелана в охороні здоров'я

».

**Начальник Управління
медичних кадрів, освіти і науки**

Сергій УБОГОВ

ЕТИЧНИЙ КОДЕКС УКРАЇНСЬКОГО ЛІКАРЯ

(проект)

ПРЕАМБУЛА

Моральність у міжлюдських стосунках є визначальною засадою збереження і прогресу демократичного суспільства, основою біологічного, соціокультурного та духовного розвитку людини.

Особливого значення мораль набуває у професійній діяльності лікаря, що обумовлено характером його взаємовідносин з усіма, кому необхідна допомога, та специфікою проблем, які йому треба вирішувати. Оскільки медицина має пряме відношення до життя людини, фізичного, психічного і духовного здоров'я, вона перебуває під особливою увагою і контролем з боку суспільства. Лікар-професіонал повинен особисто відповідати за виконання своїх обов'язків. Ця відповідальність повинна бути також і спільною, узвичаєною, загальноприйнятою для всієї лікарської корпорації у вигляді правил і принципів професійної лікарської етики та деонтології.

Покликання лікаря – захищати життя, здоров'я, свободу і добробут людини, яка потребує допомоги. Професійна діяльність лікаря ґрунтується на верховенстві загальнолюдських і духовних принципів. При її виконанні лікар виступає носієм обов'язків стосовно:

- пацієнтів;
- людей, що звернулися до нього;
- самого себе;
- фахового медичного співтовариства в цілому й окремих медичних працівників;
- суспільства в цілому.

Досягнення мети збереження життя потребує від лікаря усвідомлення високих етичних стандартів діяльності і поведінки, принципів істини, добра, краси і досконалості, систематичного підвищення своєї кваліфікації, гармонійного поєднання інтересів пацієнта та інших людей.

Розробка і дотримання лікарями специфічних етичних і деонтологічних вимог та правил розглядається професійним лікарським співтовариством як необхідна й фундаментальна засада повноцінного функціонування системи охорони здоров'я та головна умова реалізації ним важливої соціально-культурної і духовної ролі в сучасному суспільстві.

Даний Кодекс професійної етики українського лікаря (далі – Кодекс) покликаний систематизувати моральні орієнтири невідкладної, планової, превентивної та інших видів професійної діяльності лікаря, а також закріпити єдину систему критеріїв оцінки етичних засад його фахової поведінки і діяльності.

РОЗДІЛ 1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

Стаття 1. Основні терміни Кодексу

Вживані у Кодексі терміни слід вважати такими, що мають наступний зміст: **Лікар (медичний працівник)** – фахівець-професіонал, який на підставі відповідних знань і вмінь наділений необхідними повноваженнями (тобто сертифікованими відповідно до чинного законодавства України) для здійснення діяльності у сфері охорони здоров'я.

Суб'єкт медичної діяльності – людина (група людей), яка добровільно і свідомо звернулася за допомогою чи потребує її згідно з діючим законодавством України.

Пацієнт – особа, здоров'я і життя якої лікар захищає або якій він надає допомогу, або чий інтереси він представляє у формах, передбачених чинним законодавством.

Автономія – визнання сталості системи цінностей, життєвих позицій та планів пацієнта, його спроможність до прийняття усвідомленого і вільного від зовнішнього впливу рішення; авторизація пацієнтом певних моральних цінностей.

Компетентність пацієнта – здатність розуміти надану йому інформацію і приймати самостійні рішення відповідно до поставленої мети і притаманної йому системи цінностей.

Конфіденційність – нерозголошення лікарем професійної та приватної інформації без дозволу пацієнта.

Евтаназія – акт навмисного безболісного позбавлення життя

невидужного пацієнта з метою припинення його страждань.

Угода про надання медичної допомоги – письмова чи усна угода (контракт), згідно з якою одна сторона – лікар (медичний працівник), що практикує індивідуально, або медичне об'єднання – бере на себе доручення іншої сторони – пацієнта (суб'єкта діяльності у сфері охорони здоров'я) або його представника про надання медичної допомоги на умовах, передбачених угодою, а інша сторона – пацієнт (або його представник) зобов'язується дотримуватися і виконувати норми та правила, відповідні розпорядження та рекомендації лікаря чи лікувально-профілактичного закладу.

Стаття 2. Дія Кодексу в просторі, часі та за колом осіб

(1) Дія цього Кодексу поширюється на всі види професійної діяльності лікаря і в частині, визначеній Кодексом, – на іншу його діяльність (дії), яка може суперечити його професійним обов'язкам як медичного працівника або підірвати престиж професії медика.

(2) Дія цього Кодексу поширюється також на всіх, хто працює у системі охорони здоров'я незалежно від джерела фінансування та форми власності.

(3) Дія цього Кодексу поширюється на стосунки і обставини, що виникли після його прийняття.

Стаття 3. Співвідношення Кодексу і чинного законодавства про медицину та охорону здоров'я

Норми Кодексу не відміняють і не замінюють положень чинного законодавства, а доповнюють і конкретизують його.

Стаття 4. Тлумачення Кодексу

Право офіційного тлумачення цього Кодексу та зміни його положень надається Всеукраїнському з'їзду лікарів, який вводить його в дію.

Стаття 5. Відповідальність за порушення Кодексу

(1) Відповідальність за порушення Кодексу визначається Статутом лікарських асоціацій (товариств, спілок), що прийняли цей Кодекс.

(2) Етичний кодекс українського лікаря діє на всій території

України, є чинним для всіх лікарів, які є членами професійних лікарських об'єднань і працюють в лікувальних установах незалежно від джерела фінансування та форми власності.

(3) За порушення норм Кодексу можуть застосовуватись засоби громадського впливу.

РОЗДІЛ 2. ОСНОВНІ ПРИНЦИПИ МЕДИЧНОЇ ЕТИКИ ТА ДЕОНТОЛОГІЇ

Стаття 6. Твори благо

(1) Діяльність лікаря спрямована на захист інтересів пацієнта (суб'єкта діяльності у сфері охорони здоров'я) та суспільства у цілому, визначає можливість задоволення головних потреб і прагнень у збереженні життя та здоров'я.

(2) Лікар, який захищає здоров'я та інтереси пацієнта (суб'єкта діяльності у сфері охорони здоров'я) та суспільства в цілому, виконує свою місію з повагою до життя людини, особистості та її гідності. Повага до особистості зобов'язує лікаря й після смерті пацієнта.

(3) Лікар у всіх випадках повинен запобігати заподіянню шкоди пацієнтові, дотримуватися принципів моралі, чесності і беззастережної відданості обов'язкові медика.

Стаття 7. Професійна незалежність лікаря

(1) Необхідною умовою належного здійснення лікарської діяльності є максимальна незалежність у дотриманні своїх професійних прав і обов'язків, що передбачає свободу медичного працівника від будь-якого зовнішнього тиску чи втручання в його діяльність, а також від впливу своїх особистих інтересів.

(2) Лікар зобов'язаний не допускати у своїй професійній діяльності компромісів, що применшували б його незалежність, з метою догодити установам та організаціям, третім особам або пацієнтові, якщо такі компроміси розходяться з інтересами пацієнта (суб'єкта діяльності у сфері охорони здоров'я) і перешкоджають належному наданню йому медичної допомоги.

(3) Лікар не повинен займатися іншою діяльністю, яка б ставила його в юридичну, матеріальну або моральну залежність від інших осіб, підпорядковувала його вказівкам або правилам, які мо-

жуть суперечити нормам чинного законодавства і цьому Кодексові, або можуть іншим чином перешкоджати вільному і незалежному виконанню його професійних обов'язків.

(4) Медична допомога не може переслідувати виключно комерційні цілі. Лікареві не дозволяється, за винятком особливих випадків, передбачених чинним законодавством, поширювати з метою прибутку ліки, пристрої, продукти тощо. Лікареві забороняється вести прийом пацієнтів, давати медичні поради чи призначення у комерційних приміщеннях чи у будь-яких інших місцях, де продаються ліки, пристрої чи продукти, які він виписує чи використовує.

(5) Лікар повинен контролювати використання його імені, кваліфікації, порад і висловлювань. Він не повинен допускати, щоб будь-яка організація чи установа (державна, громадська чи приватна), в яких він працює або яким сприяє, використовували його ім'я чи професійну діяльність з рекламною метою без його згоди.

Стаття 8. Домінантність інтересів пацієнтів

(1) У межах вимог законодавства лікар зобов'язаний у своїй професійній діяльності дотримуватися переваги інтересів пацієнтів (суб'єктів діяльності у сфері охорони здоров'я) перед своїми власними інтересами, інтересами колег, партнерів, співробітників, інтересів законних представників пацієнтів або їх опікунів, піклувальників, інших осіб.

(2) Лікар повинен поважати право кожної людини вільно обирати лікаря. Він зобов'язаний допомогти пацієнту (суб'єкту діяльності у сфері охорони здоров'я) здійснити це право.

(3) Лікар повинен вислуховувати, оглядати, консультивати чи лікувати однаково сумлінно всіх людей незалежно від їх походження, способу життя, сімейного стану та статі, віку, стану здоров'я, належності до етнічної групи, національності або релігії.

(4) Лікар повинен допомагати пацієнтові за всіх обставин. Йому ніколи не повинні зраджувати коректність і дбайливість по відношенню до пацієнта.

(5) Кожний лікар повинен безоплатно надавати першу невідкладну медичну допомогу потерпілим у разі нещасного випадку та в інших екстремальних ситуаціях.

Стаття 9. Компетентність та сумлінність

(1) Суспільна значущість і складність професійних обов'язків лікаря вимагає від нього високого рівня професійної підготовки, фундаментальних знань теорії та практики медицини, опанування навичками, тактикою, відповідними методами та прийомами лікарської діяльності.

(2) Лікар повинен підтримувати і удосконалювати свої знання та навички, докладати необхідних зусиль до професійного самовдосконалення на рівні сучасного стану медицини. У своїй роботі лікар має керуватися сучасними стандартами обстеження та лікування.

(3) Лікар зобов'язаний незалежно від сфери своєї переважної спеціалізації, якщо така має місце, бути компетентним у загальномедичних питаннях, питаннях невідкладної допомоги і термінальних станів.

(4) Лікар, який бере участь у санітарно-просвітницькій діяльності, повинен користуватися науково підтвердженими даними, проявляти обачливість і брати до уваги можливі наслідки своїх висловлювань серед громадськості. При цьому необхідно уникати вчинків рекламного характеру як на свою особисту користь, так і на користь установ і організацій, які лікар представляє, на користь справи з негативними наслідками.

(5) Якщо лікар пропагує у медичному середовищі недостатньо перевірений діагностичний або лікувальний метод, він зобов'язаний супроводжувати своє повідомлення необхідними застереженнями. Подібні повідомлення недопустимі поза медичним середовищем.

Стаття 10. Чесність та порядність

(1) Лікар повинен як у своїй професійній діяльності, так і у приватному житті бути чесним і порядним, не вдаватися до омани, погроз, шантажування, підкупу, використання для досягнення своїх професійних чи особистих цілей тяжких матеріальних чи особистих обставин пацієнтів (суб'єктів діяльності у сфері охорони здоров'я).

(2) Поважати права, законні інтереси, честь, гідність, репутацію та почуття осіб, з якими він працює та перебуває в інших відносинах.

(3) Будь-яка угода між лікарями, між лікарями та фармацевтами, медичними працівниками та іншими фізичними чи юридичними особами на шкоду хворого заборонена.

(4) Лікареві заборонені:

- будь-яка дія, що сприяє здобуттю пацієнтом несправедливих або протизаконних переваг;
- будь-які пільги грішми чи натурою, а також комісійні від будь-якої особи;
- прохання винагороди натурою чи грішми, у будь-якій іншій формі, прямо чи опосередковано за будь-яке розпорядження або медичну дію, чи згода на їх отримання, за винятком випадків, які встановлені чинним законодавством України.

(5) Лікареві, який займає виборну або адміністративну посаду, забороняється використовувати своє службове становище з метою примноження своєї клієнтури.

РОЗДІЛ 3. ЗОБОВ'ЯЗАННЯ ЛІКАРЯ ЩОДО ПАЦІЄНТА

Стаття 11. Вищий обов'язок лікаря – збереження життя пацієнта

(1) Життя пацієнта – це найвища цінність, на збереження якої повинна бути спрямована професійна діяльність лікаря (медичного працівника). Збереження життя пацієнта повинно розглядатися лікарем в поєднанні зі збереженням його якості, найбільш високої за існуючих умов.

(2) З моменту своєї згоди на звертання хворого лікар бере на себе особисту моральну відповідальність щодо забезпечення останнього необхідною медичною допомогою.

(3) Лікар повинен стежити за виконанням пацієнтом (суб'єктом діяльності у сфері охорони здоров'я) призначених медичних приписів.

(4) Лікар зобов'язаний сприяти реалізації права пацієнта на одержання ним адекватної медичної допомоги.

Стаття 12. Лікар зобов'язаний діяти на благо пацієнта

(1) Принцип “роби благо” вимагає позитивних дій з боку лікаря щодо запобігання або виправлення шкоди. Заклик “робити благо”

припускає не тільки практичну діяльність, але й почуття та емоції лікаря, що реалізуються співчуттям до хворого.

(2) Лікар зобов'язаний (у межах можливого) використовувати всі необхідні для досягнення блага засоби, сучасні методи діагностики і терапії, у разі потреби – звертатися до інших спеціалістів.

(3) Лікар дотримується взятих на себе моральних зобов'язань стосовно пацієнта навіть у тому випадку, якщо він у силу певних причин не в змозі надати адекватну медичну допомогу.

(4) У всіх випадках, коли погляди пацієнта на процес лікування в чомусь відрізняються від думки лікаря, останній, незважаючи на це, повинен прагнути полегшити страждання свого хворого, морально його підтримати.

Стаття 13. У ставленні до пацієнта лікар повинен виходити з принципу “не нашкодь”

(1) Лікар не має права піддавати пацієнта невиправданому ризику.

(2) Лікар зобов'язаний зіставляти потенційну користь з можливими ускладненнями передбачуваного втручання, особливо в тих випадках, коли обстеження чи лікування приносить фізичні і психічні страждання пацієнтові.

(3) Лікар не може пропонувати хворому лікувальні засоби чи процедури, що не набули широкого розповсюдження чи підтвердження своєї лікувальної ефективності в медичній практиці. Дискредитовані наукові підходи не повинні застосовуватися в лікуванні.

Стаття 14. Лікар повинен поважати автономію пацієнта

(1) Лікар (медичний працівник) повинен поважати психофізичну і духовну цілісність, моральні ідеали, гідність і достоїнство особистості пацієнта і сприяти їхньому утвердженню при наданні медичних послуг.

(2) Лікар повинен поважати автономію пацієнта навіть у тому випадку, якщо він не схвалює його рішення про відмову від запропонованих окремих процедур чи лікування в цілому.

(3) Пацієнт має право на свободу вибору і використання нетрадиційних з точки зору медичної науки і практики методів діагнос-

тики та лікування.

(4)Негуманне відношення до пацієнта, приниження його людської гідності, використання в особистих цілях праці пацієнта неприпустимо.

Стаття 15. Єдиним критерієм справедливого розподілу медичних ресурсів є ступінь важкості стану пацієнта

(1)При розподілі обмежених медичних ресурсів серед пацієнтів (суб'єктів діяльності у сфері охорони здоров'я) лікар повинен насамперед керуватися ступенем важкості їхнього стану.

(2)Віддання переваги будь-кому з пацієнтів при наданні медичної допомоги є неприпустимим, якщо це не викликано терапевтичними показаннями.

(3)Лікар визнає сучасні ринкові механізми здійснення принципу справедливості при наданні медичної допомоги в суспільстві, але вважає їх зовнішніми по відношенню до виконання свого лікарського обов'язку.

Стаття 16. Лікар завжди повинен говорити пацієнтові правду

(1)Лікар повинен бути правдивим перед своїм пацієнтом, бути вірним слову, даному пацієнтові.

(2)Лікар не повинен обіцяти нездійсненне і зобов'язаний виконувати обіцяне.

(3) Лікар може не говорити правду пацієнтові, якщо це є бажанням самого пацієнта або в тому випадку, якщо її повідомлення буде мати серйозні наслідки для здоров'я останнього.

Стаття 17. При здійсненні своєї діяльності лікар повинен забезпечувати конфіденційність і зберігати лікарську таємницю

(1)Лікар не має права розголошувати без дозволу пацієнта чи його законного представника відомості, отримані в ході обстеження та лікування, а також сам факт звертання за медичною допомогою.

(2)Усі відомості, передані лікареві пацієнтом в особистій бесіді, а також дані його обстеження заносяться в спеціальні медичні карти і є конфіденційними.

(3) Лікар зобов'язаний вжити всіх необхідних заходів щодо збереження і нерозголошення медичної таємниці, а також конфіденційності інформації про пацієнта на електронних носіях.

(4) Лікар (медичний працівник) не має права розголошувати медичну інформацію навіть після смерті пацієнта, за винятком випадків професійних консультацій чи обставин, передбачених законом.

(5) При використанні інформації, що становить лікарську таємницю, в навчальному процесі, науково-дослідній роботі, в публікаціях повинна бути забезпечена анонімність пацієнта.

(6) Представлення пацієнта (колишнього пацієнта) на наукових конференціях, в наукових публікаціях, у засобах масової інформації є етичним лише за умови, що пацієнт поінформований про можливу втрату конфіденційності, усвідомлює це та у письмовій формі дає добровільну згоду на таке представлення.

Стаття 18. Лікар не повинен втручатися без професійно обумовлених причин у справи родини та приватне життя своїх пацієнтів

Ступінь втручання лікаря в приватне життя пацієнтів повинен визначатися винятково професійною необхідністю.

Стаття 19. Лікар зобов'язаний усіма своїми діями сприяти встановленню з пацієнтом відносин взаємного співробітництва на благо пацієнта

(1) Встановлення довірчих взаємовідносин і співробітництва між лікарем і пацієнтом визначають успіх лікування і є одним з головних обов'язків лікаря.

(2) Лікар повинен сприяти усвідомленню та реалізації відповідального ставлення пацієнта до процесу обстеження та лікування.

(3) Авторитарне ставлення лікаря (медичного працівника) до пацієнта без врахування відношення останнього до процесу лікування неприпустиме, крім тих ситуацій, що вимагають невідкладного медичного втручання.

(4) Якщо стан пацієнта виключає можливість довірчих взаємовідносин з лікарем, їх встановлюють з його законними представниками, родиною чи близькими йому людьми.

Стаття 20. Лікар зобов'язаний надати пацієнтові вичерпну інформацію, яка необхідна для надання йому своєчасної та якісної медичної допомоги

(1) Лікар повинен інформувати пацієнта щодо необхідності, ступеня ризику, найближчих і можливих віддалених наслідків для його здоров'я передбачуваного медичного втручання, про альтернативні методи лікування, їхню порівняльну ефективність, про права пацієнта та можливості їх захисту.

(2) Інформація, що надається лікарем, має бути доступною, повинна викладатися зрозумілою для пацієнта мовою, з урахуванням стану, особливостей особистості і культурного рівня пацієнта.

(3) Лікар повинен сприяти здійсненню права пацієнта ознайомитися з історією своєї хвороби, офіційними документами, будь-якою інформацією, отриманою при його обстеженні та лікуванні.

(4) У разі неспроможності пацієнта (суб'єкта діяльності у сфері охорони здоров'я) сприйняти необхідну інформацію остання повинна бути доведена до відома його законних представників чи родини.

Стаття 21. Кожне медичне втручання повинно включати спеціальну процедуру одержання добровільної згоди пацієнта

(1) Лікар зобов'язаний сприяти реалізації права пацієнта прийняти запропоновані медичні послуги чи відмовитися від них.

(2) Лікар повинен уникати невинуватих наполегливості та нав'язування пацієнтові своєї особистої думки, а також будь-яких релігійних чи атеїстичних поглядів щодо згоди пацієнта на медичне втручання.

(3) При неможливості дізнатися про думку пацієнта щодо медичного втручання через некомпетентність останнього необхідно звернутися до його родини або законного представника.

(4) Тільки вкрай тяжкий стан пацієнта (загроза життю чи непритомність), що вимагає невідкладного медичного втручання, та неможливість зв'язатися з його законними представниками або родиною звільняє лікаря від зобов'язання отримання згоди.

Стаття 22. Оголошення про несприятливий чи смертельний прогноз

(1)Рішення про оголошення несприятливого чи смертельного прогнозу повинно прийматися лікарем, виходячи з його досвіду, з урахуванням думки самого хворого та його близьких.

(2)Надання інформації про несприятливий чи смертельний прогноз, що може травмувати пацієнта, повинно бути обачним і проводитися з необхідним почуттям такту та розумінням психологічного стану хворого.

(3)Родина хворого може бути попереджена про несприятливий діагноз, якщо сам пацієнт не заперечує цього.

(4)У певних випадках на прохання самого пацієнта, або якщо пацієнт знаходиться в тяжкому психофізичному стані, він може бути залишений в невіданні щодо небезпечного діагнозу і прогнозу.

Стаття 23. Надання медичної допомоги вмираючому

(1)Лікар (медичний працівник) повинен надавати медичну допомогу і моральну підтримку вмираючому до останньої миті його життя, прикладати всіх зусиль для полегшення страждань і збереження його гідності як особистості.

(2)Лікар виступає гарантом надання хворому духовної і моральної підтримки з боку служителя будь-якої релігійної конфесії.

(3)Активні заходи щодо підтримки життя пацієнта припиняються тільки тоді, коли стан людини визначається як незворотна смерть.

(4)Лікар не має права навіть у випадках, що здаються йому безнадійними, навмисно прискорювати смерть хворого або переривати необхідне лікування. Участь медичного працівника в евтаназії є неприпустимою.

(5)Лікар, що лікував пацієнта під час передсмертного захворювання та у передтермінальний період життя, не може скористатися заповітними розпорядженнями, зробленими на його користь, за винятком випадків, передбачених законом.

Стаття 24. Надання медичної допомоги дітям, людям похилого віку та жінкам

(1) Діти, люди похилого віку і жінки – соціальні групи, яким

лікар (медичний працівник) надає допомогу у першу чергу.

(2) При наданні допомоги дітям і жінкам, людям похилого і старечого віку лікар повинен сприяти забезпеченню соціально справедливого ставлення до них.

(3) Лікар (медичний працівник) повинен шанобливо ставитися до особистості пацієнтів літнього та старечого віку, виявляти особливий такт і високу культуру в спілкуванні та роботі з ними.

(4) У випадку виявлення лікарем (медичним працівником) факту неналежного ставлення будь-яких осіб до пацієнтів дитячого і старечого віку, жіночої статі він звільняється від дотримання принципу конфіденційності.

Стаття 25. Надання допомоги некомпетентним та недієздатним пацієнтам

(1) На надання допомоги некомпетентним та недієздатним пацієнтам лікар повинен отримати згоду батьків, опікунів чи їх законних представників.

(2) Якщо вік і стан неповнолітнього чи дорослого, що перебуває під опікою, допускають можливість адекватного розуміння ними того, що відбувається, лікар зобов'язаний роз'яснити їм необхідність, мету і методи передбачуваного медичного втручання.

(3) Якщо неповнолітній вимагає конфіденційності в наданні медичних послуг, лікар повинен з'ясувати причини, з яких його пацієнт не бажає інформування батьків або інших законних представників, і пояснити необхідність залучення останніх до його лікування.

(4) Медична допомога особам, визнаним судом обмежено дієздатними, надається за їх згодою та згодою їх батьків або інших законних представників.

(5) У разі потреби невідкладного медичного втручання, якщо неможливо зв'язатися з батьками чи законними представниками неповнолітнього чи дорослого, що перебуває під опікою, лікар (медичний працівник) зобов'язаний надати необхідну допомогу.

Стаття 26. Лікар повинен сприяти одержанню пацієнтами соціальних переваг, право на які обумовлене їх станом

Стаття 27. Пасивне чи активне, неповажне ставлення ліка-

ря, що принижує гідність пацієнта з огляду на стать, є порушенням рівних прав чоловіків і жінок і є неприпустимим

(1) Лікар повинен сприяти реалізації принципу рівності чоловіків та жінок на основі паритетності при наданні їм медичної допомоги.

(2) Лікар зобов'язаний забезпечувати рівність можливостей чоловіків і жінок стосовно згоди чи відмови від медичної допомоги.

(3) Лікар повинен дотримуватися принципу справедливості та рівної участі жінок і чоловіків у розподілі та використанні медичних ресурсів.

(4) Лікар зобов'язаний при встановленні взаємного співробітництва з пацієнтом виходити з визнання рівноправних відносин між чоловіками та жінками. Вступ у сексуальні відносини з пацієнтом є неетичним.

Стаття 28. Лікар повинен поважати та підтримувати право пацієнта вільно обирати лікаря та медичний заклад

(1) Лікар повинен сприяти реалізації права пацієнта на вільний вибір лікаря та медичної установи.

(2) Лікар не повинен чинити перешкоди пацієнтові у реалізації права довіри свого подальшого лікування іншому лікареві.

Стаття 29. Відмова лікаря від надання медичної допомоги

(1) Лікар вільний у виборі пацієнта та умов, за яких здійснюється медична допомога, за винятком невідкладних та екстрених випадків.

(2) Етично оправданою може бути відмова лікаря від лікування людини, у якої, на його думку, відсутнє захворювання або у випадках, коли лікування з різних причин протипоказане.

(3) Лікар не несе відповідальності за здоров'я пацієнта в разі відмови останнього від медичних приписів або порушення ним встановленого для нього режиму. Він має право відмовитися від подальшого ведення пацієнта, якщо останній неодноразово порушував правила внутрішнього розпорядку закладу охорони здоров'я або не виконував медичних приписів, за умови, що ця відмова не загрожуватиме життю та здоров'ю хворого та інших людей.

(4) Якщо пацієнт має можливість вибору лікаря, останній може скористатися своїм правом відмовитися від надання медичної допомоги з особистих причин.

Стаття 30. Оплата праці лікаря визначається нормами діючого законодавства

(1) У випадках, якщо не визначені норми, лікар не може оцінювати свою діяльність невинувато високо.

(2) Оцінка діяльності лікаря повинна враховувати:

- складність і унікальність запропонованої медичної допомоги;
- необхідні вміння та досвід лікаря;
- якість виконаної роботи;
- репутацію лікаря, медичного закладу тощо.

(3) Лікар не може вимагати оплати праці до закінчення обстеження чи лікування. Підвищення платні за якість та ефективність лікування неприпустиме.

(4) Лікар, якщо це можливо, повинен попередньо інформувати пацієнта про вартість лікування.

(5) Ніякий особливий спосіб розрахунку не повинний нав'язуватися хворому.

РОЗДІЛ 4. ВЗАЄМОВІДНОСИНИ І ВЗАЄМОДІЯ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ ТА ПРЕДСТАВНИКІВ ІНШИХ ПРОФЕСІЙ

Стаття 31. Взаємини між лікарями

(1) Взаємини між лікарями (медичними працівниками) будуються на підставі колегіальності, рівноправності, чесності, справедливості, порядності, а також готовності передати свої професійні знання і досвід.

(2) Лікарі повинні допомагати один одному у долатті труднощів та у випадках невдач. У разі виникнення розбіжностей між колегами слід шукати шлях їх усунення, у разі потреби – за посередництвом етичного комітету відповідної професійної асоціації.

(3) Обов'язок кожного лікаря – неупереджено аналізувати як власні помилки, так і помилки своїх колег. Виявлення незгоди з їхніми думками чи діями, критика на їх адресу повинні бути

об'єктивними, аргументованими і необразливими. Слід уникати некоректних висловлювань про роботу колег у присутності пацієнтів чи їхніх близьких, за винятком випадків, пов'язаних з оскарженням дій лікаря. Спроби завоювати собі авторитет шляхом дискредитації колег неетичні.

(4) Моральний обов'язок лікаря – активно протидіяти практиці безчесних і некомпетентних колег, а також різного роду непрофесіоналів, що наносять шкоду здоров'ю та життю пацієнтів.

Стаття 32. Надання невідкладної допомоги

(1) Лікар, запрошений до пацієнта для надання невідкладної допомоги, якщо останній підлягає подальшому огляду особистим чи іншим лікарем, повинен проінформувати колегу про свої дії і рекомендації пацієнтові. Він доводить це до відома пацієнта, а у себе зберігає копію цієї інформації.

(2) При наданні невідкладної допомоги потрібно:

- • поважати рішення і вибір пацієнта, щонайпильніше враховуючи та реагуючи на невідкладний (терміновий) випадок і його наслідки;
- сприяти забезпеченню взаєморозуміння у відносинах між усіма лікарями, до яких зверталися за допомогою та консультацією;
- попереджати конфлікти, що можуть виникнути на ґрунті відносин між лікарями різних спеціальностей;
- не допускати, щоб угода про сумісну діяльність медичних працівників заподіяла шкоди пацієнтові.

Стаття 33. Лікар-консультант

(1) Лікар (за необхідністю) повинен запропонувати консультацію свого колеги залежно від обставин або погодитися на консультацію, бажану пацієнтом чи його близькими.

(2) Лікар, що консультиє пацієнта, в першу чергу повинен дотримуватися інтересів пацієнта, підтримувати його вільний вибір щодо одержання консультації у іншого фахівця, не принижувати гідність особистого лікаря, проводити лікування головним чином у випадках необхідності надання невідкладної допомоги.

(3) Лікар, до якого звернулися за консультацією, повинен, за

згодою пацієнта, поінформувати про це його особистого лікаря і повідомити йому свої висновки і рішення. У випадку відсутності дозволу пацієнта на таку інформацію він повинен поінформувати останнього про наслідки його відмови.

(4) Якщо лікар не вважає доцільним вибір пацієнтом консультанта, то він може ухилитися від видачі направлення до нього. У цьому випадку він повинен порадити звернутися до іншого консультанта і довести пацієнтові доцільність такого вибору.

(5) Якщо після консультації виявляється, що висновки консультанта і особистого лікаря не збігаються, пацієнт повинен бути поінформований про це. Особистий лікар може припинити надання своїх послуг, якщо пацієнт чи його близькі віддадуть перевагу висновкові консультанта.

(6) Консультант не повинен під час хвороби, з приводу якої він надавав консультацію, з власної ініціативи викликати чи обстежувати пацієнта, не поінформувавши про це його особистого лікаря (за винятком невідкладних випадків).

Стаття 34. Надання допомоги декількома лікарями та госпіталізація пацієнта

(1) Пацієнт не повинен страждати через розбіжності між лікуючими його лікарями. Якщо кілька лікарів спільно обстежують чи лікують одного пацієнта, вони повинні постійно обмінюватися інформацією; кожний із цих лікарів бере на себе персональну відповідальність і стежить за інформуванням пацієнта.

(2) Кожний з лікарів має право відмовитися надавати допомогу чи припинити її надавання за умови, що це не заподіє шкоди хворому і що про це будуть попереджені його колеги.

(3) Особистий лікар повинен узагальнювати результати різних досліджень, інформувати пацієнта про отримані дані та спостереження, пояснювати йому у зрозумілих для нього виразах висновки, до яких прийшла група фахівців.

(4) Лікар, що взяв на себе відповідальність за пацієнта у зв'язку з його госпіталізацією, повинен сповістити про це особистого лікаря або лікаря, визначеного пацієнтом чи його близькими. Він повинен інформувати цього лікаря про основні рішення щодо пацієнта.

Стаття 35. Ділові стосунки з представниками інших спеціальностей

(1) В інтересах пацієнтів лікарі повинні підтримувати колегіальні відносини з представниками інших спеціальностей як зі сфери охорони здоров'я, так і інших галузей (соціальні працівники, психологи тощо). Медичні працівники повинні поважати їхню професійну незалежність і вільний вибір пацієнта.

(2) Лікар повинен підтримувати діяльність мультидисциплінарних бригад, які сприяють поліпшенню обслуговування хворих, профілактичним заходам, доглядові за особами похилого віку та пацієнтів у передтермінальному стані та особами з обмеженою працездатністю, а також проведенню гуманітарних акцій.

(3) У випадку виникнення розбіжностей в запропонованих рекомендаціях лікар може:

- звернутися в етичний комітет відповідного професійного товариства;
- апелювати безпосередньо до відповідного керівного органу професійного товариства.

РОЗДІЛ 5. ВИКОНАННЯ ПРОФЕСІЙНИХ ОBOB'ЯЗКІВ

Стаття 36. Повага до професії лікаря

(1) Принцип поваги до своєї професії повинен бути витриманим у всіх сферах діяльності лікаря: професійній, громадській, публіцистичній та ін. Кожний лікар повинен утримуватися від будь-якої дії, навіть поза межами своїх професійних обов'язків, яка знецінює повагу до медичного фаху. Своєю діяльністю він повинен утверджувати повагу до професії медика, її сутності та громадської значущості, сприяти збереженню та підвищенню її престижності.

(2) Лікар не повинен вчиняти дій, спрямованих на обмеження прав іншого лікаря як фахівця та людини.

(3) Лікареві (медичному працівникові) забороняється сприяти усім, хто займається протизаконною медичною діяльністю.

Стаття 37. Межі компетенції лікаря

(1) Кожний лікар, як правило, має повноваження виконувати всі дії у сфері діагностики, профілактики і лікування. При

цьому він не може, крім виняткових обставин, починати чи продовжувати лікування, давати рекомендації в галузях, що виходять за межі його знань, досвіду і наявних у нього можливостей.

Неетичною є постійна практика лікаря поза межами своєї професійної компетенції.

(2) Знання, досвід і наявні можливості лікаря повинні застосовуватися в кожному окремому випадку таким чином, щоб забезпечити найкраще надання медичної допомоги.

(3) Обов'язок лікаря – свідомо оцінити роль, яку він може взяти на себе в конкретному випадку в залежності від своєї компетентності, інтелекту, обставин та середовища.

Стаття 38. Відповідність умов надання медичної допомоги

(1) Місце виконання професійних обов'язків лікаря повинно бути належно устатковане, в тому числі технічними засобами, що відповідають характеру його діяльності, а також дозволяють зберегти професійну таємницю. Лікар повинен стежити за належним станом свого робочого місця і засобів лікування відповідно до встановлених норм і правил сучасних чинних санітарно-гігієнічних вимог.

(2) Лікар може не виконувати своїх професійних обов'язків в умовах, які істотно знижують якість медичної допомоги чи безпеку людей.

Він повинен дбати про компетентність осіб, з якими він співпрацює в наданні допомоги пацієнтам.

(3) Знання з гігієни є обов'язковими кваліфікаційними вимогами для лікарів при їхній роботі з апаратурою, устаткуванням і потенційно забрудненими препаратами, з якими їм доводиться маніпулювати в процесі професійної діяльності. Обов'язок медичних працівників – проводити обробку таким чином, щоб ні для самих співробітників, ні для будь-якої людини, що вступила з ними в контакт, не існувало ризику випадкового зараження.

Стаття 39. Підтримання професійної компетентності

(1) Лікар відповідальний за безперервне підвищення власної кваліфікації.

(2) Лікар повинен здобувати, застосовувати і поглиблювати на-

укові знання, поширювати відповідну інформацію серед пацієнтів, колег і громадськості, одержувати консультації і використовувати допомогу лікарів інших спеціальностей, якщо це необхідно.

(3) Якщо лікар звертається за консультацією або співпрацює з іншими професіоналами, він повинен бути упевнений в їх кваліфікації та компетентності. Якщо в нього є сумніви щодо підготовки, кваліфікації й етичних якостей представника суміжної професії, він не повинен користуватися його допомогою.

(4) Якщо лікар бере на себе роль співробітника чи керівника іншого спеціаліста, він повинен усвідомлювати власну відповідальність і бути впевненим, що пацієнт отримає необхідну та якісну допомогу.

Стаття 40. Складання професійних висновків

(1) В процесі виконання своїх професійних обов'язків лікар повинен оформлювати медичні висновки, довідки, свідчення та інші документи відповідно до норм законодавчих постанов та регламентів.

(2) Будь-яка довідка, розпорядження, свідчення чи документ, які видаються лікарем, повинні бути датовані, складені розбірливо, державною мовою, підписані ним, з уможливленням ідентифікації його як лікаря і автора документа.

(3) Лікар не повинен складати довідки, якщо вони можуть бути використані з метою зловживання, всупереч загальноприйнятим правилам та законодавству.

Стаття 41. Діяльність приватного лікаря

Лікар, який здійснює приватну діяльність, може використовувати допомогу колег та фахівців згідно з діючим законодавством України. Його діяльність підпорядковується дії основних статей та положень даного Кодексу.

Стаття 42. Виконання професійних обов'язків в галузі експертної медицини

(1) Лікар не може бути одночасно лікарем-експертом і особистим лікарем одного й того ж хворого.

(2) Лікар не повинен проводити експертизу, у висновках якої

зацікавлені: він сам, один з його пацієнтів, один з його близьких, друзів або група осіб, яка звернулася до нього за послугами.

(3) При одержанні завдання на експертизу лікар повинен відмовитися від нього, якщо вважає, що поставлені перед ним питання не мають безпосереднього відношення до медицини, його знань та його можливостей або якщо це завдання суперечить положенням чинного законодавства чи цього Кодексу.

(4) Лікар-експерт до початку експертних дій повинен проінформувати особу, яку він обстежує, щодо поставленого перед ним завдання.

(5) Текст акту експертизи повинен містити тільки такі дані, які необхідні лікаревіексперту для формулювання відповіді на поставлені питання.

Стаття 43. Проведення досліджень та випробувань на замовлення фірм

(1) Проведення досліджень та випробувань здійснюється відповідно до етичних правил, що встановлені етичним комітетом відповідної медичної асоціації (товариства, спілки) та чинним законодавством України.

(2) При написанні наукових та науково-популярних праць, поданні матеріалів до засобів масової інформації посилення на замовника чи спонсора є етично обов'язковим.

Стаття 44. Лікар і чинне законодавство

Лікар зобов'язаний дотримуватися закону і повинен визнавати свою відповідальність перед пацієнтом.

Стаття 45. Участь у громадському житті

(1) У суспільно-громадській роботі лікар повинен дотримуватися етичних норм поведінки. У разі відсутності відповідних повноважень він не може обґрунтовувати власні заяви громадського характеру авторитетом своєї професії чи професіонального співтовариства.

(2) Лікар може ділитися з громадськістю своїм досвідом розуміння та вирішення різних проблем, які впливають на стан здоров'я населення. Лікар повинен завжди пам'ятати про свою особливу громадянську роль захисника здоров'я та добробуту людини.

Додаток 3

ЄВРОПЕЙСЬКА ДЕКЛАРАЦІЯ ПО ОХОРОНІ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я

Проблеми і шляхи їх вирішення

**Європейська конференція ВООЗ на рівні міністрів охорони
психічного здоров'я Проблеми і шляхи їх вирішення
Гельсінкі, Фінляндія, 12–15 січня 2005 р.**

Преамбула

1. Ми, міністри охорони здоров'я держав – членів Європейського регіону Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), у присутності європейського комісара з питань охорони здоров'я й захисту прав споживачів, разом з директором Європейського регіонального бюро ВООЗ, що зустрілися на конференції ВООЗ на рівні міністрів з питань охорони психічного здоров'я, яка відбулася в Гельсінкі 12–15 січня 2005 р., визнаємо, що психічне здоров'я й психічне благополуччя – це найважливіші передумови для хорошої якості життя й продуктивної діяльності окремих осіб, родин, місцевих співтовариств і народів у цілому, тому що вони дозволяють людям сприймати своє життя як повноцінне і значиме й бути активними і творчими членами суспільства. Ми думаємо, що найважливіша мета зусиль по охороні психічного здоров'я полягає в забезпеченні більш високого рівня благополуччя й повсякденного функціонування людей, приділяючи при цьому основну увагу їхнім сильним сторонам і наявним ресурсам, підвищенню їх стійкості до зовнішніх негативних впливів і посиленню захисних зовнішніх факторів.
2. Ми визнаємо, що зміцнення психічного здоров'я, профілактика психічних порушень, лікування й реабілітація осіб із проблемами психічного здоров'я й догляд за ними є пріоритетними завданнями для ВООЗ і її держав-членів, Європейського союзу (ЄС) і Ради Європи, що знайшло своє відображення в резолю-

ціях Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я, Виконавчого комітету ВООЗ, Європейського регіонального комітету ВООЗ і Ради Європейського Союзу. Ці резолюції закликають держави-члени, ВООЗ, ЄС і Раду Європи вжити заходів для зменшення тягара проблем, пов'язаних із психічним здоров'ям, і підвищення рівня психічного благополуччя.

3. Ми нагадуємо про нашу прихильність резолюції EUR/RC51/R5 щодо Афінської декларації з психічного здоров'я й антропогенних катастроф, стигматизації й обслуговування населення й резолюції EUR/RC53/R4, прийнятої Європейським регіональним комітетом ВООЗ у вересні 2003 р., у яких висловлюється стурбованість з приводу того, що в Європейському регіоні не зменшується тягар хвороб, пов'язаних із психічними розладами, і того, що, незважаючи на наявність ефективних методів і підходів, багато людей із психічними проблемами не одержують того лікування й допомоги, яких вони потребують. Зокрема, Регіональний комітет запропонував Регіональному директоріві:

- приділяти питанням охорони психічного здоров'я першочергову увагу при організації й здійсненні заходів щодо відновлення політики досягнення здоров'я для всіх;
- організувати в Гельсінкі в січні 2005 р. Європейську конференцію на рівні міністрів по охороні психічного здоров'я.

4. Ми нагадуємо про ряд резолюцій у підтримку програми дій по охороні психічного здоров'я. Зокрема, резолюція EB109.R8, прийнята Виконавчим комітетом ВООЗ у січні 2002 р. і підтримана в травні 2002 р. резолюцією WHA55.10 Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я, закликає держави – члени ВООЗ:

- прийняти рекомендації, що містяться в “Доповіді про стан охорони здоров'я у світі, 2001 р.”;
- установити політику, програми й законодавство в галузі психічного здоров'я, основані на сучасних знаннях і повазі до прав людини, у консультації з усіма партнерами з охорони психічного здоров'я;
- збільшити обсяг інвестицій в охорону психічного здоров'я як на рівні окремих країн, так і в межах двостороннього й

багатостороннього співробітництва як невід'ємний компонент забезпечення благополуччя населення.

5. У резолюціях Ради Європейського Союзу, рекомендаціях Ради Європи й резолюціях ВООЗ, починаючи з 1975 р., надається важливе значення діяльності, спрямованій на зміцнення психічного здоров'я, а також наявність безпосереднього взаємозв'язку між проблемами психічного здоров'я, з одного боку, і соціальної маргіналізації, безробіття, безпритульності й розладів, пов'язаних із уживанням алкоголю й інших психоактивних речовин, з іншого. Ми визнаємо важливе значення положень Конвенції про захист прав людини й основних свобод, Конвенції про права дитини, Європейської конвенції з попередження катувань і поведінки або покарання, що є нелюдським або принижує людську гідність, і Європейської соціальної хартії, а також прихильності Ради Європи до забезпечення охорони й зміцнення психічного здоров'я, що знайшло своє відображення в Декларації Конференції на рівні міністрів із проблем психічного здоров'я в майбутньому (Стокгольм, 1985 р.) і в інших прийнятих ним рекомендаціях у цій галузі, зокрема, у Рекомендації R(90)22 про захист психічного здоров'я деяких соціально уразливих груп населення й Рекомендації Rec(2004)10 про захист прав людини й достоїнства осіб із психічними розладами.

Сфера застосування

6. Ми відзначаємо, що багато аспектів політики й діяльності служб охорони психічного здоров'я зараз істотно змінюються у межах усього Європейського регіону. Метою політики й роботи служб є забезпечення соціальної інтеграції й дотримання принципу справедливості на основі всебічного й зваженого аналізу існуючих потреб і позитивних результатів діяльності різних служб охорони психічного здоров'я, призначених для всього населення загалом, окремих груп підвищеного ризику й осіб із психічними проблемами. У цей час послуги з охорони психічного здоров'я надаються вже не тільки у великих установах закритого типу, але також різними службами на рівні

громади. Ми вважаємо це правильним і необхідним напрямком діяльності. Ми із задоволенням відзначаємо той факт, що зараз політика й практична діяльність у галузі охорони психічного здоров'я охоплюють такі аспекти:

- зміцнення психічного благополуччя;
- боротьба зі стигматизацією, дискримінацією й соціальною ізоляцією;
- профілактика проблем психічного здоров'я;
- надання допомоги людям із проблемами психічного здоров'я, використовуючи для цієї мети ефективні послуги й втручання комплексного характеру, забезпечуючи для споживачів послуг і осіб, що здійснюють за ними догляд¹, можливості для індивідуального вибору й участі в процесі надання допомоги;
- відновлення здоров'я й інтеграція в суспільство осіб, що пережили серйозні психічні проблеми.

Першочергові завдання

7. У нашій роботі варто ґрунтуватися на можливостях, створених завдяки процесу реформування й модернізації в Європейському регіоні ВООЗ, спільно використовувати накопичений досвід і враховувати специфічні особливості окремих країн. Ми вважаємо, що найбільш пріоритетними завданнями на наступне десятиліття будуть такі:

- сприяти більш широкому усвідомленню важливого значення психічного благополуччя;
- здійснювати спільні дії, спрямовані на боротьбу зі стигматизацією, дискримінацією й нерівністю, а також розширювати права й можливості осіб із проблемами психічного здоров'я й членів їхніх родин і підтримувати їх з метою залучення до активної участі в даному процесі;
- розробляти й впроваджувати комплексні, інтегровані й ефективні системи охорони психічного здоров'я, що включають такі елементи, як зміцнення здоров'я, профілактика, лікування й реабілітація, догляд і відновлення здоров'я;

- забезпечити задоволення потреб у кваліфікованому персоналі, здатному ефективно працювати у всіх цих галузях;
- визнавати важливе значення знань і досвіду користувачів служб охорони психічного здоров'я й осіб, що здійснюють за ними догляд, як основу для планування й розвитку таких служб.

Дії

8. Ми підтримуємо заяву про те, що психічне здоров'я є невід'ємною частиною загального здоров'я людини. Ми також думаємо, що психічне здоров'я – одна із найважливіших складових людського, соціального й економічного капіталу націй і що тому охорону психічного здоров'я варто розглядати як невід'ємний і необхідний компонент соціальної політики в інших галузях, таких як захист прав людини, соціальне забезпечення, освіта й забезпечення трудової зайнятості. Тому ми, міністри, відповідальні за питання охорони здоров'я, зобов'язуємося визнати необхідність прийняття науково обґрунтованих комплексних стратегій охорони психічного здоров'я й розглянути шляхи і способи розробки, здійснення й подальшого розвитку таких стратегій у наших країнах з урахуванням існуючих у них конституційних структур і обов'язків. Ці стратегії, метою яких є забезпечення психічного благополуччя й соціальної інтеграції осіб із проблемами психічного здоров'я, вимагають здійснення дій у таких галузях:

- зміцнення психічного благополуччя населення в цілому за допомогою заходів, спрямованих на підвищення рівня знань про психічне здоров'я й сприятливі позитивні зміни на рівні окремих осіб і родин, місцевих співтовариств і цивільного суспільства, навчальних закладів і трудових колективів, урядів і державних установ;
- вивчення потенційного впливу всіх напрямків соціальної політики на психічне здоров'я людей, приділяючи особливу увагу уразливим групам населення, забезпечуючи при цьому розуміння того, що психічне здоров'я відіграє найважли-

- вішу роль у створенні здорового, згуртованого й продуктивного суспільства;
- боротьба зі стигматизацією й дискримінацією, забезпечення захисту прав людини й людської гідності і впровадження необхідного законодавства для того, щоб люди, що піддаються ризику, або особи із психічними проблемами й інвалідністю мали можливості для повноцінної й рівноправної участі в житті суспільства;
 - надання цілеспрямованої підтримки й вживання заходів, адаптованих до різних етапів життя людей, що піддаються ризику, особливо в таких галузях, як виконання батьківських функцій, виховання й навчання дітей і молоді й надання медико-соціальної допомоги особам похилого віку;
 - розробка і здійснення заходів, спрямованих на скорочення причин, яким можна запобігти, розвитку психічних проблем, що супроводжують захворювання і самогубства;
 - розширення потенціалу й можливостей лікарів загальної практики й первинних ланок охорони здоров'я, що працюють у взаємодії зі спеціалізованими медичними й немедичними установами, для забезпечення ефективного доступу й надання лікувально-діагностичної допомоги особам із проблемами психічного здоров'я;
 - надання можливості одержання особами з важкими психічними проблемами ефективного комплексного лікування й догляду в різних умовах у такій формі, що забезпечує уважне ставлення до їхніх особистих переваг і захист від жорстокої й зневажливої поведінки;
 - розвиток партнерських стосунків, координації й лідерства між всіма регіонами, країнами, секторами й установами, що впливають на психічне здоров'я й соціальну інтеграцію окремих осіб, родин, груп людей і місцевих співтовариств;
 - розробка програм набору кадрів, їх навчання й підвищення кваліфікації для того, щоб забезпечити служби достатньою кількістю кваліфікованого персоналу різного профілю;

- проведення оцінок стану психічного здоров'я й потреб населення в цілому, певних груп і окремих осіб таким чином, щоб це дозволяло порівнювати отримані дані на національному й міжнародному рівнях;
- надання на справедливій основі фінансових ресурсів в обсягах, достатніх для досягнення цих цілей;
- ініціювання наукових досліджень і надання підтримки в проведенні оцінки й розширенні масштабів вищевказаних дій.

9. Ми визнаємо важливе значення й нагальну потребу виявлення проблем, що стоять перед нами, і знаходження науково обґрунтованих шляхів їхнього рішення. Тому ми схвалюємо Європейський план дій з питань охорони психічного здоров'я і підтримуємо його здійснення в межах усього Європейського регіону ВООЗ із врахуванням того, що кожна країна буде адаптувати різні його елементи, виходячи зі своїх конкретних потреб і ресурсів. Ми також зобов'язуємося демонструвати солідарність у рамках Регіону й обмінюватися знаннями, прикладами найкращої практики й передовим досвідом.

Зобов'язання

10. Ми, міністри охорони здоров'я держав – членів Європейського регіону ВООЗ, зобов'язуємося підтримувати, з врахуванням існуючих у кожній країні конституційних структур, принципів, загальнонаціональних і регіональних потреб, стану справ і наявних ресурсів, здійснення заходів, спрямованих на:
- забезпечення виконання політики й дотримання законодавства з охорони психічного здоров'я, що встановлює стандарти діяльності в цій галузі й сприятливому захисті прав людини;
 - координацію в межах державного апарату обов'язків з розробки, поширення й виконання стратегій і законодавства в галузі охорони психічного здоров'я;
 - оцінку впливу здійснюваних урядом дій на психічне здоров'я населення;

- усунення стигматизації й дискримінації і посилення соціальної інтеграції шляхом підвищення рівня інформованості населення й розширення прав і можливостей осіб, що піддаються ризику;
- надання особам із проблемами психічного здоров'я можливості вибору й залучення в процес власного лікування, проведеного з урахуванням їх потреб і культури;
- перегляд і, при необхідності, прийняття законодавства, що забезпечує рівність можливостей і відсутність дискримінації;
- сприяння зміцненню психічного здоров'я в освітніх установах, на робочих місцях, у місцевих співтовариствах та інших відповідних умовах і місцях шляхом посилення співробітництва між організаціями й відомствами, відповідальними за питання охорони здоров'я, та іншими секторами;
- попередження факторів ризику, там де вони мають місце, наприклад, підтримуючи створення виробничих умов, що сприяють зміцненню психічного здоров'я, а також розвиваючи стимули для надання підтримки на роботі або для якомога більш раннього повернення до роботи осіб після успішного подолання ними проблем психічного здоров'я;
- попередження самогубств і усунення причин шкідливих стресових факторів, насильства, депресій, тривожних станів і розладів, пов'язаних із уживанням алкоголю й психоактивних речовин;
- визнання й посилення центральної ролі первинної медико-санітарної допомоги та лікарів загальної практики й розширення їхніх можливостей у плані взяття на себе відповідальності за охорону психічного здоров'я людей;
- розвиток служб охорони психічного здоров'я за місцем проживання, для того щоб замінити ними допомогу в стаціонарних установах для осіб з вираженими психічними проблемами;
- забезпечення виконання заходів, спрямованих на припинення використання негуманних методів лікування і таких, що принижують людську гідність;

- посилення партнерського співробітництва між установами, відповідальними за надання медико-соціальної допомоги й підтримки в таких галузях, як охорона здоров'я, соціальне забезпечення, житло, освіта й працевлаштування;
- включення питань охорони психічного здоров'я в навчальні програми для всіх працівників охорони здоров'я й розробка програм безперервного професійного навчання й підготовки персоналу служб охорони психічного здоров'я;
- сприяння розвитку в працівників служб охорони психічного здоров'я спеціальних навичок і знань, необхідних для задоволення особливих потреб таких груп населення, як діти, молодь, особи похилого віку й особи із хронічними й серйозними психічними проблемами;
- надання достатніх обсягів ресурсів для охорони психічного здоров'я, беручи до уваги тягар хвороб, а також забезпечення того, щоб інвестиції в охорону психічного здоров'я стали легко ідентифікованою частиною загальних витрат на потреби охорони здоров'я з метою досягнення їхнього паритету з інвестиціями в інші сфери охорони здоров'я;
- розвиток системи спостереження за показниками психічного благополуччя й проблемами в галузі психічного здоров'я, включаючи фактори ризику й звернення за допомогою, а також моніторинг процесу її впровадження;
- проведення наукових досліджень у тих випадках, коли коло наявних знань або технологій видається недостатнім, і поширення отриманих результатів.

11. Ми будемо підтримувати неурядові організації, що активно працюють в галузі охорони психічного здоров'я, і будемо стимулювати створення неурядових організацій і організацій споживачів послуг. Ми особливо вітаємо організації, що ведуть активну діяльність у таких галузях:

- створення організацій споживачів послуг, що розвивають власні види діяльності, включаючи створення й функціонування груп самопомоги й навчання навичкам, що сприяють відновленню здоров'я;

- розширення прав і можливостей уразливих і маргінальних груп населення й відстоювання їхніх інтересів;
- надання послуг на рівні громади за участю осіб, що користуються такими послугами;
- вироблення у членів родин і осіб, що здійснюють догляд, практичних навичок надання допомоги й психологічної адаптації, а також забезпечення їх активної участі в програмах допомоги;
- створення систем, націлених на поліпшення здатностей людей ефективно виконувати батьківські функції, і на підвищення рівня освіченості й терпимості людей, а також на боротьбу з такими проблемами, як розлади, пов'язані з уживанням алкоголю й психоактивних речовин, насильство і злочинність;
- розвиток місцевих служб, орієнтованих на задоволення потреб маргінальних груп населення;
- організація роботи телефонних ліній допомоги й консультування по мережі Інтернет для осіб, що перебувають у кризових ситуаціях, страждають від насильства або піддаються ризику здійснення самогубства;
- забезпечення можливостей працевлаштування для осіб з інвалідністю.

12. Ми закликаємо Європейську комісію й Раду Європи надавати підтримку виконанню цієї Європейської декларації з охорони психічного здоров'я в межах свого кола відповідальності.

13. Ми пропонуємо директорів Європейського регіонального бюро ВООЗ почати дії в таких галузях:

А. Партнерство:

- сприяння розвитку співробітництва в даній галузі з міжурядовими організаціями, включаючи Європейську Комісію й Раду Європи.

В. Медико-санітарна інформація:

- надання підтримки державам-членам у розвитку системи епіднагляду за станом психічного здоров'я населення;

- підготовка порівняльних даних про стан справ і успіхи в галузі психічного здоров'я й роботи служб охорони психічного здоров'я в державах-членах;

C. Наукові дослідження:

- створення мережі співпрацюючих центрів з питань охорони психічного здоров'я, що забезпечує можливості для розвитку міжнародного партнерського співробітництва, проведення високоякісних досліджень і обміну науковцями;
- збір і поширення найкращих наявних прикладів передової практики, враховуючи при цьому етичні аспекти роботи в галузі охорони психічного здоров'я.

D. Розробка політики й розвиток служб:

- надання підтримки урядам країн шляхом надання експертних даних для реформування системи охорони психічного здоров'я за допомогою ефективних стратегій охорони психічного здоров'я, що охоплюють питання законодавства, розробки схем надання послуг, зміцнення психічного здоров'я й профілактики психічних проблем;
- сприяння в розробці й впровадженні програм підвищення кваліфікації викладачів;
- ініціювання механізмів обміну фахівцями для впровадження передового досвіду;
- сприяння в розробці політики в галузі наукових досліджень і у формулюванні відповідних питань;
- сприяння прихильникам і ініціаторам змін за допомогою створення мережі, що поєднує національних лідерів в галузі реформування й ключових посадових осіб.

E. Відстоювання інтересів і пропагандистська діяльність:

- інформаційна й моніторингова підтримка стратегій і заходів, що забезпечують дотримання прав людини стосовно людей із психічними проблемами, їхню інтеграцію в життя суспільства, а також зменшення стигматизації й дискримінації щодо них;
- розширення прав і можливостей користувачів, осіб, що здійснюють за ними догляд, і неурядових організацій за до-

помогою надання їм відповідної інформації й координація діяльності на міжнародному рівні;

- надання підтримки державам-членам у створенні бази даних, що сприяє розширенню прав і можливостей користувачів служб охорони психічного здоров'я;
- надання сприяння у здійсненні міжнародного обміну досвідом, накопиченим ключовими регіональними й місцевими неурядовими організаціями;
- надання засобам масової інформації, неурядовим організаціям та іншим зацікавленим групам і окремим особам об'єктивної й конструктивної інформації.

14. Ми просимо Європейське регіональне бюро ВООЗ ужити необхідних заходів для забезпечення повної підтримки зусиль з розробки й здійснення політики охорони психічного здоров'я, а також того, щоб заходам і програмам, спрямованим на виконання вимог даної Декларації, приділялася належна увага й щоб для них виділялися адекватні ресурси.

15. Ми зобов'язуємося відзвітувати перед ВООЗ про хід виконання справжньої Декларації в наших країнах на міжурядовій нараді, що повинна відбутися до 2010 р.

Примітка

1. У даному документі термін "особи, що здійснюють догляд" використовується щодо членів родини, друзів і інших неофіційних осіб.

Додаток 4

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

НАКАЗ

15.04.2008 № 199

Зареєстровано в Міністерстві юстиції України

3 липня 2008 р. за № 577/15268

Про затвердження Порядку застосування методів психологічного і психотерапевтичного впливу

Відповідно до частини 3 статті 32 Основ законодавства України про охорону здоров'я (в редакції Закону України "Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення застосування методів профілактики, діагностики, лікування, реабілітації та лікарських засобів і заняття народною медициною (цілительством)" від 17 травня 2007 року № 1033-V) **НАКАЗУЮ:**

1. Затвердити Порядок застосування методів психологічного і психотерапевтичного впливу, що додається.
2. Департаменту розвитку медичної допомоги МОЗ України (Жданова М.П.) забезпечити у встановленому порядку державну реєстрацію цього наказу в Міністерстві юстиції України.
3. Скасувати наказ Міністерства охорони здоров'я України від 26.10.2007 № 658 "Про затвердження Порядку застосування методів психологічного і психотерапевтичного впливу".
4. Контроль за виконанням наказу покласти на заступника Міністра Митника З.М.

Міністр В.М.Князевич

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ Міністерства охорони здоров'я України

15.04.2008 № 199

Зареєстровано в Міністерстві юстиції України

3 липня 2008 р. за № 577/15268

**ПОРЯДОК ЗАСТОСУВАННЯ МЕТОДІВ
ПСИХОЛОГІЧНОГО І ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНОГО
ВПЛИВУ**

1. Порядок застосування методів психологічного і психотерапевтичного впливу, роз-

роблений відповідно до Основ законодавства України про охорону здоров'я, Законів України “Про психіатричну допомогу”, “Про соціальні послуги”, “Про освіту”, “Про ліцензування певних видів господарської діяльності” встановлює єдині вимоги до застосування методів психологічного і психотерапевтичного впливу, у тому числі щодо місць застосування таких методів.

2. Психологічний вплив є вживання спрямованих дій на психіку людини, усвідомленого або неусвідомленого характеру, за допомогою переконання, психологічного преформування або сугестії для формування певної системи уявлень, дій та відношень, які суб'єктивно сприймаються особою як особисто приналежні.

3. Психотерапевтичний вплив є застосування методів, спрямованих на психіку людини, усвідомленого або неусвідомленого характеру за допомогою переконання, психологічного преформування або сугестії для лікування, реабілітації і профілактики розладів здоров'я особи.

4. Методи психологічного і психотерапевтичного впливу можуть застосовуватися ви-

ключно з метою:

- а) психологічного забезпечення навчально-виховного процесу у навчальних закладах;
- б) визначення, корекції, реабілітації, профілактики порушень взаємин з оточуючим соціальним середовищем людини;
- в) діагностики, корекції, лікування, реабілітації, профілактики розладів психічного стану людини, корекції особистості.

5. Особи, які можуть застосовувати методи психологічного і психотерапевтичного впливу як професійну діяльність:

5.1. Психолог – фахівець, який має повну вищу освіту за напрямом підготовки “Психологія” (магістр, спеціаліст).

5.2. Лікар-психолог – фахівець, який має повну вищу освіту (магістр, спеціаліст) за напрямом підготовки “Медицина”, спеціалізацію за фахом “медична психологія”.

5.3. Лікар-психотерапевт – фахівець, який має повну вищу освіту за напрямом підготовки “Медицина”, спеціалізацію за фахом

“психотерапія”.

- 5.4. Лікар-психіатр – фахівець, який має повну вищу освіту за напрямом підготовки “Медицина”, спеціалізацію за фахом “психіатрія”.
- 5.5. Лікар-нарколог – фахівець, який має повну вищу освіту за напрямом підготовки “Медицина”, спеціалізацію за фахом “наркологія”.
- 5.6. Лікар-сексопатолог – фахівець, який має повну вищу освіту за напрямом підготовки “Медицина”, спеціалізацію за фахом “сексопатологія”.
6. Обсяг застосування методів психологічного і психотерапевтичного впливу як професійної діяльності:
 - 6.1. Обсяг застосування методів психологічного впливу як професійної діяльності психолога в лікувально-профілактичних закладах:
 - визначення, корекція, реабілітація, профілактика порушень взаємин з оточуючим соціальним середовищем людини (соціально-психологічна корекція, профілактика, реабілітація);
 - психологічне забезпечення навчально-виховного процесу (визначення психофізичного розвитку дітей, психолого-педагогічна корекція, профілактика, реабілітація).
 - 6.2. Обсяг застосування методів психологічного і психотерапевтичного впливу як професійної діяльності лікаря-психолога:
 - діагностика, корекція психічного стану людини, її особистості, реабілітація, профілактика психічних розладів (медико-психологічна діагностика, корекція, профілактика, реабілітація).
 - 6.3. Обсяг застосування методів психологічного і психотерапевтичного впливу як професійної діяльності лікаря-психотерапевта:
 - діагностика, лікування, профілактика, реабілітація розладів психіки і поведінки, кризових станів, соматичних розладів, у походженні яких провідним чинником є психологічний.
 - 6.4. Обсяг застосування методів психологічного і психотерапев-

тичного впливу як професійної діяльності лікаря-психіатра:

- застосування методів індивідуальної психокорекції (які були набуті при підготовці на циклах спеціалізації зі спеціальності “психіатрія”, тематичного удосконалення з психотерапії та медичної психології, курсах інформації та стажування за затвердженими навчальними планами і програмами) у лікувально-реабілітаційному процесі осіб з розладами психіки і поведінки.

6.5. Обсяг застосування методів психологічного і психотерапевтичного впливу як професійної діяльності лікаря-нарколога:

- застосування методів індивідуальної психокорекції (які були набуті при підготовці на циклах спеціалізації зі спеціальності “наркологія”, тематичного удосконалення з психотерапії та медичної психології, курсах інформації та стажування за затвердженими навчальними планами і програмами) у лікувально-реабілітаційному процесі осіб з розладами психіки і поведінки.

6.6. Обсяг застосування методів психологічного і психотерапевтичного впливу як професійної діяльності лікаря-сексопатолога:

- застосування методів індивідуальної психокорекції (які були набуті при підготовці на циклах спеціалізації зі спеціальності “сексопатологія”, тематичного удосконалення з психотерапії та медичної психології, курсах інформації та стажування за затвердженими навчальними планами і програмами) у лікувально-реабілітаційному процесі осіб з розладами психіки і поведінки.

6.7. Застосування методів психотерапевтичного і/або психологічного впливу відносно осіб з наявністю розладів психіки і поведінки може здійснюватися спеціалістами, які мають відповідну підготовку зі спеціальностей “психотерапія”, “медична психологія”, “психіатрія”, “наркологія”.

6.8. Методи психологічного і психотерапевтичного впливу, які були набуті при підготовці на циклах тематичного удосконалення з психотерапії та медичної психології, курсах інформації та

стажування за затвердженими навчальними планами і програмами, в медичній практиці можуть використовувати лікарі інших спеціальностей.

7. Методи психологічного і психотерапевтичного впливу можуть застосовуватися лише за усвідомленою згодою інформованої дієздатної особи, відносно якої вони застосовуються, або за згодою її законного представника.
8. Місця застосування методів психологічного і психотерапевтичного впливу:
 - 8.1. Місця застосування методів психологічного впливу з метою визначення, корекції, реабілітації, профілактики порушень взаємин людини з оточуючим соціальним середовищем у закладах Міністерства праці та соціальної політики України визначаються відповідно до Закону України “Про соціальні послуги”. До роботи в соціальних службах для співучасті в наданні соціально-медичних послуг за потребою можуть залучатися лікарі-психологи і психотерапевти.
 - 8.2. Місця застосування методів психологічного впливу з метою психологічного забезпечення навчально-виховного процесу у закладах Міністерства освіти і науки України визначаються відповідно до Закону України “Про освіту”. До роботи в психологічній службі системи освіти України для розширення діагностичних, корекційних, реабілітаційних і профілактичних заходів за потребою можуть залучатися лікарі-психологи і психотерапевти.
 - 8.3. Місцями застосування методів психологічного і психотерапевтичного впливу з метою діагностики, лікування, профілактики, реабілітації розладів психіки і поведінки, кризових станів, соматичних розладів, в походженні яких провідним чинником є психологічний, корекції психічного стану людини, її особистості мають бути психотерапевтичні кабінети, відділення, центри у закладах охорони здоров’я за умови дотримання ними ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики.
9. Психологічний і психотерапевтичний вплив в лікувально-профілактичних закладах застосовується:

- за самозверненням особи або її законного представника;
- за направленням лікарів будь-якої спеціальності лікувально-профілактичного закладу або органу охорони здоров'я.

10. Забороняється застосовувати методи психологічного і психотерапевтичного впливу особам, які мають дозвіл на заняття народною медициною (цілительством), без вищої психологічної або медичної освіти та відповідної післядипломної освіти.

Директор Департаменту
організації медичної допомоги
М. П. Жданова

Додаток 5

**НОРМАТИВНІ ДОКУМЕНТИ, ЯКІ РЕГЛАМЕНТУЮТЬ
ДІЯЛЬНІСТЬ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНОЇ МЕРЕЖІ УКРАЇНИ**

методичні рекомендації Б. В. Михайлов, О. І. Сердюк, В. А. Федосєєв

Публікуються за виданням:

Михайло Б.В., Сердюк О.І., Федосєєв В. А. Нормативні документи, які регламентують діяльність психотерапевтичної мережі України: Методичні рекомендації. – Харків, 2002. – 11 с.

Для оптимізації практичної та організаційної діяльності психотерапевтичної мережі створена підбірка витягів з діючих державних та відомчих нормативних регламентуючих документів.

**1. ШТАТНІ І ПОСАДОВІ НОРМАТИВИ
ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНОЇ МЕРЕЖІ**

Штатний і структурний розподіл психотерапевтичної мережі у лікувальнопрофілактичних установах України регламентовано наказом МОЗ від 23.02.2000 № 33 у відповідних додатках, які наводяться нижче.

Додаток 10

Тимчасові штатні нормативи медичного, фармацевтичного, педагогічного персоналу і працівників кухонь психіатричних лікарень (відділень, палат), в тому числі дитячих 1. Лікарський персонал

1.1. Посади лікарів-психотерапевтів встановлюються в загальнопсихіатричних відділеннях з розрахунку 1 посада на 200 ліжок, в відділеннях пограничних станів та психосоматичних розладів з розрахунку 1 посада на 60 ліжок.

5. Педагогічний персонал

53 посади психологів встановлюються в залежності від обсягу роботи, але не менше 1 посади на 200 ліжок.

Посади психологів-судових експертів встановлюються:

- у відділеннях судово-психіатричної експертизи, для примусового лікування психічно хворих та військово-лікарської експертизи – не менше 1 посади на відділення.

- в амбулаторних судово-психіатричних експертних комісіях з розрахунку 1 посада на 750 експертиз на рік.

Додаток 17

Штатні нормативи медичного, фармацевтичного, педагогічного персоналу та працівників кухонь психоневрологічних диспансерів

1. Лікарський персонал

- 1.3. Посади лікарів-психотерапевтів уводяться з розрахунку 1 посада на 10 посад лікарів-психіатрів дільничних, але не менше 1 посади на диспансер.

2. Середній медичний персонал

- 2.2. Посади медичних сестер лікарських кабінетів установлюються відповідно до посад лікарів-психіатрів, установлених згідно з пп. 1.2, 1.3 і п.1.5.

3. Молодший медичний персонал

- 3.2. Посади молодших медичних сестер лікарських кабінетів установлюються з розрахунку 0,5 посади на кожну посаду лікаря, встановлених згідно з пп. 1.1–1.3, 1.5.

5. Педагогічний персонал

- 5.1. Посади психологів для надання амбулаторної допомоги вводяться в залежності від обсягу роботи, але не менше 1 посади на диспансер (відділення). Штатні нормативи медичного і педагогічного персоналу психоневрологічних диспансерних відділень (кабінетів) у складі міських поліклінік або лікарень в містах.

Посади медичного і педагогічного персоналу психоневрологічних диспансерних відділень (кабінетів) установлюються в штаті однієї з міських поліклінік або лікарень за відсутності в місті (міському адміністративному районі) психоневрологічного диспансеру згідно з п.п. 1.1–1.6, 2.1–2.3, 2.7а (в диспансерних відділеннях і кабінетах лікарень, які не мають поліклінічних відділень), 2.7б, 3.2, 3.3 (у диспансерних відділеннях і кабінетах лікарень, які не мають поліклінічних відділень), 5 і додатково за нормативами:

- 6. Посади психологів, уведених за п. 5 (розділ І), можуть бути замінені на посади лікарів-психологів.**

Штатні нормативи медичного і педагогічного персоналу денних стаціонарів та лікувально-виробничих майстерень при психоневрологічних (психіатричних) і лікувально-профілактичних установах 1. Денні стаціонари

- лікаря-психотерапевта – з розрахунку 0,5 посади на 50 ліжок;
- психолога – з розрахунку 0,5 посади на 50 ліжок.

Додаток 26

Тимчасові штатні нормативи структурних підрозділів лікувально-профілактичних закладів, діагностичних центрів, центрів медичної статистики

29. Тимчасові штатні нормативи медичного, педагогічного персоналу психотерапевтичного кабінету

При визначенні штатів психотерапевтичних кабінетів, які організуються у складі обласних, міських поліклінік та поліклінічних відділень центральних районних лікарень та закладів психоневрологічного профілю, що безпосередньо обслуговують не менше 25 тис. дитячого та 30 тис. дорослого населення, застосовуються штатні нормативи:

- лікар-психотерапевт – 1 посада,
- медична сестра – 1 посада,
- молодша медична сестра – 0,5 посади,
- психолог – 1 посада

Примітка. Штати психотерапевтичних кабінетів інших закладів (міських поліклінік консультативно-діагностичної допомоги, психоневрологічних диспансерів) устанавлюються за наявності 10 посад лікарів, які ведуть амбулаторний прийом.

Додаток 1

Тимчасові штатні нормативи медичного, фармацевтичного, педагогічного персоналу і працівників кухонь республіканської АР Крим та обласних лікарень Лікарський персонал

1. Посади лікарів відділень (палат) стаціонару встановлюються з розрахунку одна посада на відповідну кількість ліжок:

Найменування відділень (палат) Найменування посад лікарів
Психосоматичної патології Лікар-психотерапевт
Кількість ліжок

25

2. Посади лікарів окремих спеціальностей (понад передбачені п.1) встановлюються: ж) у відділеннях з ліжками відновного лікування – по 0,5 посади лікаря-психотерапевта та лікаря-рефлексотерапевта; и) у відділенні психосоматичної патології – з розрахунку 1 посада психолога на 60 ліжок.

Додаток 2

Тимчасові штатні нормативи медичного, фармацевтичного, педагогічного персоналу і працівників кухонь центральних міських і міських лікарень (медикосанітарних частин), розташованих у містах з населенням понад 25 тисяч чоловік

Лікарський персонал

2. Посади лікарів окремих спеціальностей (понад передбачені п.1) встановлюються: і) посади лікарів-психотерапевтів – на 300 ліжок.

Додаток 6

Тимчасові штатні нормативи медичного, фармацевтичного персоналу і працівників кухонь та їдалень госпіталів для інвалідів та ветеранів війни Лікарський персонал

2. Посади лікарів для амбулаторного прийому інвалідів війни, Армії та ветеранів війни встановлюються в залежності від затверджених органом управління охорони здоров'я за підпорядкуванням відвідувань і наступної кількості відвідувань на 1 годину прийому:

Найменування посад

Кількість відвідувань на 1 годину прийому

Лікар-психотерапевт

Тимчасові штатні нормативи спеціалізованих диспансерів радіаційного захисту населення

Лікарський персонал

9. Посади лікарів для надання амбулаторно-поліклінічної допомоги дорослому населенню встановлюються з розрахунку:

Найменування лікар-	Кількість посад на кількість постраждалого дорослого	Примітки
Лікарпсихотерапевт	0,5 на 120 тис. чол., але не менш	Якщо розрахункове число лікарських посад перевищує 3, то вводиться не більше 3 посад лікарів.

Додаток 50

Тимчасові штатні нормативи медичного, управлінсько-допоміжного персоналу міських лікарень “Хоспіс” Лікарський персонал

2. Посади лікарів-психотерапевтів або психологів встановлюються з розрахунку 1 посада на 25 ліжок.

2. ПІДГОТОВКА КАДРІВ І АТЕСТАЦІЯ ПСИХОТЕРАПЕВТІВ

Спеціальність “Психотерапія” за № 88 міститься у “Номенклатурі лікарських спеціальностей”, затвердженій наказом МОЗ 19.12.1997 № 359.

Підготовка кадрів психотерапевтів проводиться шляхом спеціалізації за фахом “Психотерапія” осіб, які у порядку, передбаченому наказом МОЗ від 25.12.1992 № 195, допущені до лікарської діяльності.

Після закінчення курсів спеціалізації проводиться атестація на визначення знань та практичних навиків з присвоєнням звання “лікар-спеціаліст” за означеною спеціальністю (наказ МОЗ 19.12.1997 № 359).

За результатами атестації закладом освіти видається сертифікат встановленого зразка.

Спеціалізація проводиться у термін 4 місяці за навчальним планом та програмою, розробленою за вказівкою МОЗ України від 11.03.1999 № 513 Харківською медичною академією післяди-

пломної освіти та Донецьким медичним університетом, яка затверджена МОЗ України 27.10.2000 р.

Подальша атестація психотерапевтів на присвоєння кваліфікаційної категорії також визначається наказом МОЗ 19.12.1997 № 359.

П. 3.1. До атестації на присвоєння кваліфікаційних категорій допускаються лікарі-спеціалісти за спеціальностями, передбаченими “Номенклатурою лікарських спеціальностей”, які працюють за сертифікатом “лікарі-спеціалісти” та закінчили протягом року перед атестацією передатестаційний цикл в закладі післядипломної освіти або на факультеті післядипломної освіти.

...Лікарі-спеціалісти, які закінчили навчання в клінічній ординатурі чи аспірантурі і мають необхідний стаж практичної роботи за даною спеціальністю, допускаються протягом року після закінчення навчання до атестації... без проходження передатестаційного циклу. Передатестаційний іспит вони складають перед закінченням навчання на кафедрах закладів післядипломної освіти, факультетів післядипломної освіти, на яких створені екзаменаційні комісії за відповідним фахом.

П. 3.4. Лікарі ... подають необхідні документи в територіальну атестаційну комісію:

1. Заява.
2. Звіт про діяльність за останні три роки, затверджений керівником установи.
3. Копія диплома.
4. Копія трудової книжки.
5. Копія сертифікату або свідоцтва про присвоєння категорії.
6. Свідоцтво про іспит на присвоєння категорії.
7. Атестаційний лист.
8. (Рецензія).

П. 3.7. Кваліфікація лікарів-спеціалістів визначається атестаційною комісією за трьома кваліфікаційними категоріями:

Друга кваліфікаційна категорія присвоюється лікарям-спеціалістам зі стажем роботи з даної спеціальності не менше 5 років...

Перша кваліфікаційна категорія присвоюється лікарям-спеціалістам зі стажем роботи з даної спеціальності не менше 7 років...

Вища кваліфікаційна категорія присвоюється лікарям-спеціалістам зі стажем роботи з даної спеціальності не менше 10 років...

П. 3.11. ... Лікарям, які працюють за спеціальністю “Психіатрія”, до стажу роботи для проходження атестації зараховується період роботи за спеціальностями “Наркологія”, “Психотерапія”, “Судово-психіатрична експертиза” і навпаки.

П. 4.1. Атестації на підтвердження кваліфікаційної категорії підлягають ... особи, яким присвоєні кваліфікаційні категорії в строк до 5 років з дня попередньої атестації.

П 2.1.... Особи, які не працювали більше 3 років за конкретною ... спеціальністю, та особи, які своєчасно не пройшли атестацію на кваліфікаційну категорію ... не можуть займатися лікарською діяльністю з цієї спеціальності без попереднього проходження стажування у порядку, передбаченому наказом МОЗ України від 17.03.1993 № 48.

Витяг з наказу МОЗ України від 07.12.1998 р. № 346 “Про затвердження Переліку назв циклів спеціалізації та вдосконалення лікарів і провізорів у вищих медичних (фармацевтичному) закладах (факультетах) післядипломної освіти”

№	Назва спеціальності та циклів	Контингент курсантів	Тривалість навчання (років)
88	Психотерапія		
88.1	Спеціалізація	Лікарі-психіатри, невропатологи, наркологи, терапевти	4
88.2	Тематичні цикли	а) психотерапевти;	0,5–1
88.3		б) лікарі лікувального профілю	
	Передатестаційний цикл	Лікарі-психотерапевти	1

3. ОСОБЛИВОСТІ ЗДІЙСНЕННЯ ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ

У професійно-змістовній частині своєї роботи лікарі-психотерапевти мають дотримуватися положень “Основ законодавства України про охорону здоров’я” від 19.11.1992 р. № 2801-ХІІ. Особлива увага повинна приділятися виконанню положень статті 32. “... з метою запобігання шкоди здоров’ю населення забороняється проведення без спеціального дозволу Міністерства охорони здоров’я України розрахованих на масову аудиторію лікувальних сеансів та інших аналогічних їм заходів з використанням гіпнозу та інших методів психічного або біоенергетичного впливу”.

Лікарі-психотерапевти мають також дотримуватися Закону України “Про психіатричну допомогу” від 22.02.2000 р. № 1489-ІІІ. Особлива увага повинна приділятися виконанню положень:

- Статті 6. ... “Медичні працівники ..., які беруть участь у наданні психіатричної допомоги ... яким ... стало відомо про наявність у особи психічного розладу, про факти звернення за психіатричною допомогою та лікування у психіатричному закладі, чи перебування в психоневрологічних закладах ... інші відомості про стан психічного здоров’я, її приватне, життя не можуть розголошувати ці відомості, крім випадків, передбачених частинами 3, 4 і 5 цієї статті.

Право на одержання конфіденційних відомостей про стан психічного здоров’я особи та надання їй психіатричної допомоги має сама особа чи її законний представник.

За усвідомленою згодою особи або її законного представника відомості про стан психічного здоров’я цієї особи та надання їй психіатричної допомоги можуть передаватися іншим особам ...

Допускається передача відомостей про стан психічного здоров’я особи та надання їй психіатричної допомоги без згоди особи або без згоди її законного представника для:

1) організації надання особі, яка страждає на тяжкий психічний розлад, психіатричної допомоги;

2) провадження дізнання, попереднього слідства або судового розгляду за письмовим запитом особи, яка проводить дізнання, слідчого, прокурора та суду”.

• Статті 7. “... Методи діагностики та лікування і лікарські засоби, дозволені Міністерством охорони здоров’я України, застосовуються лише з діагностичною та лікувальною метою відповідно до характеру психічних розладів...”. Психотерапевти, які здійснюють медичну практику у закладах, які відносяться до суб’єктів господарської діяльності, приватної форми власності, а також як фізичні особи, мають додержуватися Наказу державного комітету України з питань регуляторної політики та підприємництва і Міністерства охорони здоров’я України від 16.02.2001 р. № 38/63 “Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з переробки донорської крові та її компонентів, виготовлення з них препаратів, господарської діяльності з медичної практики та проведення дезінфекційних, дезінсекційних, дератизаційних робіт (крім робіт на об’єктах ветеринарного контролю)”. Особлива увага повинна приділятися виконанню положень:

П. 2.1.2. Медична практика здійснюється ... на підставі ліцензії на певний вид медичної практики.

П. 2.2.1. Медичною практикою можуть займатись особи, які мають відповідну спеціальну освіту.

П. 2.3.1. Суб’єкти господарювання, що здійснюють медичну практику, повинні: ... дотримуватися вимог щодо ведення медичної документації (обліку та звітності) за формами державної статистичної звітності, затвердженими Наказом МОЗ та Держкомстату від 31.07.2000 р. № 256/184...

ДОДАТОК

Документи, які необхідно подавати до учбових частин закладів (факультетів) післядипломної освіти для зарахування на цикли: Для зарахування на ВСІ ФОРМИ НАВЧАННЯ:

1. Путівка або клопотання адміністрації.
2. Посвідчення про відрядження.
3. Паспорт.

4. Посвідчення про шлюб (якщо диплом виданий на інше прізвище).
5. Диплом (копія).

ДОДАТКОВО:

Для спеціалізації (4 місяці)

1. Копія трудової книжки або справка з місця роботи про сумісництво з номером наказу завірена печаткою відділу кадрів.
2. 2 фотографії 5×6.
3. Сертифікат лікаря-спеціаліста (копія).

Не підлягають зарахуванню на курси спеціалізації лікарі, що закінчили інтернатуру менше 3 років тому (винятки – за розпорядженням МОЗ України).

Для передатестаційного циклу (1 місяць)

1. Копія трудової книжки.
2. Копія посвідчення про атестаційну категорію.
3. Оригінал посвідчення про проходження підвищення кваліфікації.

У випадку, коли термін переатестації прострочений на 1 рік і більш або при перерві в професійному стажі 3 і більше років – лікар зараховується на стажування з одержанням сертифіката лікаря-спеціаліста. У такому випадку надання чергової категорії здійснюється на наступний рік.

Додатково подаються 2 фотографії 5×6.

Для тематичного удосконалення:

Оригінал посвідчення про проходження підвищення кваліфікації.

ЗАКОН УКРАЇНИ

Про психіатричну допомогу

Цей Закон визначає правові та організаційні засади забезпечення громадян психіатричною допомогою виходячи із пріоритету прав і свобод людини і громадянина, встановлює обов'язки органів виконавчої влади та органів місцевого самоврядування з організації надання психіатричної допомоги та правового і соціального захисту осіб, які страждають на психічні розлади, регламентує права та обов'язки фахівців, інших працівників, які беруть участь у наданні психіатричної допомоги.

РОЗДІЛ I. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

Стаття 1. Визначення термінів

У цьому Законі наведені нижче терміни вживаються в такому значенні:

- психічні розлади – розлади психічної діяльності, визнані такими згідно з чинною в Україні Міжнародною статистичною класифікацією хвороб, травм і причин смерті;
- тяжкий психічний розлад – розлад психічної діяльності (затьмарення свідомості, порушення сприйняття, мислення, волі, емоцій, інтелекту чи пам'яті), який позбавляє особу здатності адекватно усвідомлювати оточуючу дійсність, свій психічний стан і поведінку;
- психіатрична допомога – комплекс спеціальних заходів, спрямованих на обстеження стану психічного здоров'я осіб на підставах та в порядку, передбачених цим Законом та іншими законами, профілактику, діагностику психічних розладів, лікування, нагляд, догляд та медико-соціальну реабілітацію осіб, які страждають на психічні розлади;
- фахівець – медичний працівник (лікар, медична сестра, фельдшер), психолог, соціальний працівник та інший працівник, який має відповідну освіту та спеціальну кваліфікацію і бере участь у наданні психіатричної допомоги;
- комісія лікарів-психіатрів – два чи більше лікарів-психіатрів, які колегіально приймають рішення з питань, пов'язаних з наданням психіатричної допомоги;
- психіатричний заклад – психоневрологічний, наркологічний чи інший спеціалізований заклад, центр, відділення тощо всіх форм власності, діяльність яких пов'язана з наданням психіатричної допомоги;
- законні представники – батьки (усиновителі), опікуни або інші особи, уповноважені законом представляти інтереси осіб, які страждають на психічні розлади, у тому числі здійснювати захист їх прав, свобод і законних інтересів при наданні їм психіатричної допомоги;

- усвідомлена згода особи – це згода, вільно висловлена особою, здатною зрозуміти інформацію, що надається доступним способом, про характер її психічного розладу та прогноз його можливого розвитку, мету, порядок та тривалість надання психіатричної допомоги, методи діагностики, лікування та лікарські засоби, що можуть застосовуватися в процесі надання психіатричної допомоги, їх побічні ефекти та альтернативні методи лікування;
- амбулаторна психіатрична допомога – психіатрична допомога, що включає в себе обстеження стану психічного здоров'я осіб на підставах та в порядку, передбачених цим Законом та іншими законами, профілактику, діагностику психічних розладів, лікування, нагляд, догляд, медико-соціальну реабілітацію осіб, які страждають на психічні розлади, в амбулаторних умовах;
- стаціонарна психіатрична допомога – психіатрична допомога, що включає в себе обстеження стану психічного здоров'я осіб на підставах та в порядку, передбачених цим Законом та іншими законами, діагностику психічних розладів, лікування, нагляд, догляд, медико-соціальну реабілітацію осіб, які страждають на психічні розлади, і надається в стаціонарних умовах понад 24 години підряд.

Стаття 2. Законодавство України про психіатричну допомогу

Законодавство України про психіатричну допомогу базується на Конституції України (254к/96-ВР) і складається з Основ законодавства України про охорону здоров'я (2801–12), цього Закону та інших нормативно-правових актів, прийнятих відповідно до них.

Дія цього Закону поширюється на громадян України, іноземців та осіб без громадянства, які перебувають в Україні.

Якщо міжнародним договором, згода на обов'язковість якого надана Верховною Радою України, встановлені інші правила, ніж ті, що передбачені законодавством України про психіатричну допомогу, то застосовуються правила міжнародного договору.

Стаття 3. Презумпція психічного здоров'я

Кожна особа вважається такою, яка не має психічного розладу, доки наявність такого розладу не буде встановлено на підставах та в порядку, передбачених цим Законом та іншими законами України.

Стаття 4. Принципи надання психіатричної допомоги

Психіатрична допомога надається на основі принципів законності, гуманності, додержання прав людини і громадянина, добровільності, доступності та відповідно до сучасного рівня наукових знань, необхідності й достатності заходів лікування з мінімальними соціально-правовими обмеженнями.

Стаття 5. Державні гарантії щодо забезпечення психіатричною допомогою та соціального захисту осіб, які страждають на психічні розлади

Держава гарантує:

- фінансування надання психіатричної допомоги в обсязі, необхідному для забезпечення гарантованого рівня та належної якості психіатричної допомоги;
- безоплатне надання медичної допомоги особам, які страждають на психічні розлади, у державних та комунальних закладах охорони здоров'я та безоплатне або на пільгових умовах забезпечення їх лікарськими засобами і виробами медичного призначення в порядку, встановленому Кабінетом Міністрів України;
- грошову допомогу в порядку, встановленому Кабінетом Міністрів України малозабезпеченій особі, яка проживає разом з інвалідом I чи II групи внаслідок психічного розладу, який за висновком лікарської комісії медичного закладу потребує постійного стороннього догляду, – на догляд за ним у розмірі одного неоподаткованого мінімуму доходів громадян;
- надання у державних та комунальних психіатричних закладах безоплатної діагностичної, консультативної, лікувальної, реабілітаційної допомоги в амбулаторних і стаціонарних умовах;
- здійснення всіх видів експертизи психічного стану особи; захист прав, свобод і законних інтересів осіб, які страждають на психічні розлади;
- вирішення в установленому законом порядку питань опіки та піклування щодо осіб, які страждають на психічні розлади;
- соціально-побутове влаштування інвалідів та осіб похилого віку, які страждають на психічні розлади, а також догляд за ними;
- здобуття безоплатно відповідної освіти особами, які страждають на психічні розлади, у державних та комунальних навчальних закладах;
- встановлення обов'язкових квот робочих місць на підприємствах, в установах та організаціях для працевлаштування інвалідів внаслідок психічного розладу в установленому законом порядку.

З метою забезпечення громадян різними видами психіатричної допомоги та соціального захисту осіб, які страждають на психічні розлади, органи виконавчої влади та органи місцевого самоврядування відповідно до їх повноважень:

- створюють мережу психіатричних закладів та організують надання психіатричної допомоги гарантованого рівня;
- забезпечують належні умови для надання психіатричної допомоги та реалізації прав, свобод і законних інтересів осіб, які страждають на психічні розлади;

- організують за спеціальними програмами безоплатне загальноосвітнє та професійно-технічне навчання осіб, які страждають на психічні розлади;
- створюють лікувально-виробничі підприємства, цехи, дільниці тощо з полегшеними умовами праці для здійснення трудової реабілітації, оволодіння новими професіями та працевлаштування осіб, які страждають на психічні розлади;
- організують гуртожитки та інші місця проживання для осіб, які страждають на психічні розлади і втратили соціальний зв'язок;
- поліпшують житлові умови осіб, які страждають на психічні розлади, в установленому законодавством порядку;
- забезпечують виконання загальнодержавних та інших програм у сфері надання психіатричної допомоги та соціального захисту осіб, які страждають на психічні розлади;
- здійснюють відповідно до законів інші заходи щодо соціального та правового захисту осіб, які страждають на психічні розлади.

Стаття 6. Конфіденційність відомостей про стан психічного здоров'я особи та надання психіатричної допомоги

Медичні працівники, інші фахівці, які беруть участь у наданні психіатричної допомоги, та особи, яким у зв'язку з навчанням або виконанням професійних, службових, громадських чи інших обов'язків стало відомо про наявність у особи психічного розладу, про факти звернення за психіатричною допомогою та лікування у психіатричному закладі чи перебування у психоневрологічних закладах для соціального захисту або спеціального навчання, а також інші відомості про стан психічного здоров'я особи, її приватне життя, не можуть розголошувати ці відомості, крім випадків, передбачених частинами третьою, четвертою та п'ятою цієї статті.

Право на одержання і використання конфіденційних відомостей про стан психічного здоров'я особи та надання їй психіатричної допомоги має сама особа чи її законний представник. За усвідомленою згодою особи або її законного представника відомості про стан психічного здоров'я цієї особи та надання їй психіатричної допомоги можуть передаватися іншим особам лише в інтересах особи, яка страждає на психічний розлад, для проведення обстеження та лікування чи захисту її прав і законних інтересів, для здійснення наукових досліджень, публікацій в науковій літературі, використання у навчальному процесі.

Допускається передача відомостей про стан психічного здоров'я особи та надання їй психіатричної допомоги без згоди особи або без згоди її законного представника для:

- 1) організації надання особі, яка страждає на тяжкий психічний розлад,

психіатричної допомоги;

2) провадження дізнання, попереднього слідства або судового розгляду за письмовим запитом особи, яка проводить дізнання, слідчого, прокурора та суду.

У листку непрацездатності, що видається особі, яка страждає на психічний розлад, діагноз психічного розладу вписується за згодою цієї особи, а у разі її незгоди – лише причина непрацездатності (захворювання, травма або інша причина).

Забороняється без згоди особи або без згоди її законного представника та лікаря-психіатра, який надає психіатричну допомогу, публічно демонструвати особу, яка страждає на психічний розлад, фотографувати її чи робити кінозйомку, відеозапис, звукозапис та прослуховувати співбесіди особи з медичними працівниками чи іншими фахівцями при наданні їй психіатричної допомоги.

Забороняється вимагати відомості про стан психічного здоров'я особи та про надання їй психіатричної допомоги, за винятком випадків, передбачених цим Законом та іншими законами.

Документи, що містять відомості про стан психічного здоров'я особи та надання їй психіатричної допомоги, повинні зберігатися з додержанням умов, що гарантують конфіденційність цих відомостей.

Вилучення оригіналів цих документів та їх копіювання може здійснюватися лише у випадках, встановлених законом.

Стаття 7. Діагностика психічного розладу та лікування особи, яка страждає

на психічний розлад

Діагноз психічного розладу встановлюється відповідно до загальновищезначаних міжнародних стандартів діагностики та Міжнародної статистичної класифікації хвороб, травм і причин смерті, прийнятих Міністерством охорони здоров'я України для застосування в Україні. Діагноз психічного розладу не може базуватися на незгоді особи з існуючими в суспільстві політичними, моральними, правовими, релігійними, культурними цінностями або на будь-яких інших підставах, безпосередньо не пов'язаних із станом її психічного здоров'я.

Методи діагностики та лікування і лікарські засоби, дозволені Міністерством охорони здоров'я України, застосовуються лише з діагностичною та лікувальною метою відповідно до характеру психічних розладів і не можуть призначатися для покарання особи, яка страждає на психічний розлад, або в інтересах інших осіб.

Забороняється визначати стан психічного здоров'я особи та встановлювати діагноз психічних розладів без психіатричного огляду особи, крім випадків проведення судово-психіатричної експертизи посмертно.

Методи діагностики та лікування і лікарські засоби, що становлять підвищений ризик для здоров'я особи, якій надається психіатрична допомога, застосовуються за призначенням і під контролем комісії лікарів-психіатрів: за усвідомленою згодою особи; щодо неповнолітнього віком до 15 років – за згодою його батьків чи іншого законного представника; щодо особи, визнаної у встановленому законом порядку недієздатною, – за згодою її опікуна.

Перелік методів діагностики та лікування і лікарських засобів, що становлять підвищений ризик для здоров'я особи, встановлюється Міністерством охорони здоров'я України.

Стаття 8. Забезпечення безпеки надання психіатричної допомоги та запобігання небезпечним діям з боку осіб, які страждають на психічні розлади

Психіатрична допомога надається в найменш обмежених умовах, що забезпечують безпеку особи та інших осіб, при додержанні прав і законних інтересів особи, якій надається психіатрична допомога.

Заходи фізичного обмеження та (або) ізоляції особи, яка страждає на психічний розлад, при наданні їй психіатричної допомоги застосовуються за призначенням та під постійним контролем лікаря-психіатра чи іншого медичного працівника, на якого власником психіатричного закладу чи уповноваженим ним органом покладені обов'язки з надання психіатричної допомоги, і застосовуються лише в тих випадках, формах і на той час, коли всіма іншими законними заходами неможливо запобігти діям особи, що являють собою безпосередню небезпеку для неї або інших осіб. Про форми та час застосування заходів фізичного обмеження та (або) ізоляції робиться запис у медичній документації. Заходи фізичного обмеження та (або) ізоляції застосовуються відповідно до правил, встановлених Міністерством охорони здоров'я України.

Органи внутрішніх справ зобов'язані подавати допомогу медичним працівникам, за їх зверненням, у разі надання психіатричної допомоги в примусовому порядку та забезпечувати безпечні умови для доступу до особи та її психіатричного огляду. Органи внутрішніх справ повинні запобігати діям з боку особи, якій надається психіатрична допомога в примусовому порядку, що загрожують життю і здоров'ю оточуючих та інших осіб, та вживати заходи щодо забезпечення схоронності залишеного без нагляду майна та житла особи, яка госпіталізується в примусовому порядку, а в разі необхідності – проводити розшук особи, якій психіатрична допомога повинна надаватися в примусовому порядку.

Стаття 9. Обмеження, пов'язані з виконанням окремих видів діяльності

Особа може бути визнана тимчасово (на строк до п'яти років) або пос-

тійно непридатною внаслідок психічного розладу до виконання окремих видів діяльності (робіт, професій, служби), що можуть становити безпосередню небезпеку для неї або оточуючих.

З метою встановлення придатності особи до виконання окремих видів діяльності (робіт, професій, служби) з особливими вимогами до стану її психічного здоров'я вона підлягає обов'язковому попередньому (перед початком діяльності) та періодичним (у процесі діяльності) психіатричним оглядам. Порядок проведення попередніх і періодичних психіатричних оглядів встановлюється Кабінетом Міністрів України.

Рішення про визнання особи внаслідок психічного розладу тимчасово або постійно непридатною до виконання окремих видів діяльності (робіт, професій, служби), що можуть становити безпосередню небезпеку для неї або оточуючих, приймається відповідною лікарською комісією за участю лікаря-психіатра на підставі оцінки стану психічного здоров'я особи відповідно до переліку медичних психіатричних протипоказань і може бути оскаржено до суду.

Перелік медичних психіатричних протипоказань щодо виконання окремих видів діяльності (робіт, професій, служби), що можуть становити безпосередню небезпеку для особи або оточуючих, затверджується Кабінетом Міністрів України і підлягає періодичному (не рідше одного разу на п'ять років) перегляду.

Стаття 10. Психіатричні заклади, медичні працівники та інші фахівці, які надають психіатричну допомогу

Психіатрична допомога надається психіатричними закладами всіх форм власності, а також лікарями-психіатрами за наявності ліцензії, отриманої відповідно до законодавства. Медичні працівники, інші фахівці для допуску до роботи з особами, які страждають на психічні розлади, повинні пройти спеціальну підготовку та підтвердити свою кваліфікацію в порядку, встановленому Кабінетом Міністрів України.

Професійна підготовка, перепідготовка та підвищення кваліфікації медичних працівників, інших фахівців, які беруть участь у наданні психіатричної допомоги, здійснюються відповідно до законодавства.

РОЗДІЛ II. ВИДИ ПСИХІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ, ПІДСТАВИ ТА ПОРЯДОК ЇЇ НАДАННЯ

Стаття 11. Психіатричний огляд

Психіатричний огляд проводиться з метою з'ясування: наявності чи відсутності в особи психічного розладу, потреби в наданні їй психіатричної допомоги, а також для вирішення питання про вид такої допомоги та порядок її надання.

Психіатричний огляд проводиться лікарем-психіатром на прохання або за усвідомленою згодою особи; щодо неповнолітнього віком до 15 років –

на прохання або за згодою його батьків чи іншого законного представника; щодо особи, визнаної у встановленому законом порядку недієздатною, – на прохання або за згодою її опікуна. У разі незгоди одного із батьків чи відсутності батьків або іншого законного представника психіатричний огляд неповнолітнього здійснюється за рішенням (згодою) органів опіки та піклування, яке може бути оскаржено до суду.

Психіатричний огляд особи може бути проведено без її усвідомленої згоди або без згоди її законного представника у випадках, коли одержані відомості дають достатні підстави для обґрунтованого припущення про наявність у особи тяжкого психічного розладу, внаслідок чого вона: вчиняє чи виявляє реальні наміри вчинити дії, що являють собою безпосередню небезпеку для неї чи оточуючих, або неспроможна самотійно задовольняти свої основні життєві потреби на рівні, який забезпечує її життєдіяльність, або завдасть значної шкоди своєму здоров'ю у зв'язку з погіршенням психічного стану у разі ненадання їй психіатричної допомоги.

Рішення про проведення психіатричного огляду особи без її усвідомленої згоди або без згоди її законного представника приймається лікарем-психіатром за заявою, яка містить відомості, що дають достатні підстави для такого огляду. Із заявою можуть звернутися родичі особи, яка підлягає психіатричному огляду, лікар, який має будь-яку медичну спеціальність, інші особи.

Заява про психіатричний огляд особи без її усвідомленої згоди або без згоди її законного представника повинна бути подана у письмовій формі та містити відомості, що обґрунтовують необхідність психіатричного огляду і вказують на відмову особи чи її законного представника від звернення до лікаря-психіатра.

Лікар-психіатр має право робити запит щодо надання йому додаткових медичних та інших відомостей, необхідних для прийняття відповідного рішення.

У невідкладних випадках, коли за одержаними відомостями, що дають достатні підстави для обґрунтованого припущення про наявність у особи тяжкого психічного розладу, внаслідок чого вона: вчиняє чи виявляє реальні наміри вчинити дії, що являють собою безпосередню небезпеку для неї чи оточуючих, або неспроможна самотійно задовольняти свої основні життєві потреби на рівні, який забезпечує її життєдіяльність, заява про психіатричний огляд особи може бути усною. У цих випадках рішення про проведення психіатричного огляду особи без її усвідомленої згоди або без згоди її законного представника приймається лікарем-психіатром самотійно і психіатричний огляд проводиться ним негайно.

У випадках, коли відсутні дані, що свідчать про наявність обставин, передбачених абзацами другим та третім частини третьої цієї статті, заява по-

винна бути подана у письмовій формі та містити відомості, що обґрунтують необхідність проведення такого огляду. У разі встановлення обґрунтованості заяви про психіатричний огляд особи без її усвідомленої згоди або без згоди її законного представника лікар-психіатр направляє до суду за місцем проживання цієї особи заяву про проведення психіатричного огляду особи в примусовому порядку. До заяви додається висновок лікаря-психіатра, який містить обґрунтування про необхідність проведення такого огляду, та інші матеріали. Психіатричний огляд особи проводиться лікарем-психіатром у примусовому порядку за рішенням суду.

Лікар-психіатр перед проведенням психіатричного огляду зобов'язаний відрекомендуватися особі, яка підлягає огляду, або її законному представнику як лікар-психіатр, назвати своє прізвище, місце роботи та викласти мету огляду.

Дані психіатричного огляду з висновком про стан психічного здоров'я особи, а також причини звернення до лікаря-психіатра та медичні рекомендації фіксуються у медичній документації.

Умисне подання заяви про психіатричний огляд особи, що містить завідомо неправдиві або неточні відомості щодо стану психічного здоров'я цієї особи, тягне за собою відповідальність, передбачену законом.

Стаття 12. Амбулаторна психіатрична допомога

Амбулаторна психіатрична допомога надається лікарем-психіатром на прохання або за усвідомленою згодою особи; щодо неповнолітнього віком до 15 років – на прохання або за згодою його батьків чи іншого законного представника; щодо особи, визнаної у встановленому законом порядку недієздатною, – на прохання або за згодою її опікуна. У разі незгоди одного із батьків чи відсутності батьків або іншого законного представника амбулаторна психіатрична допомога неповнолітньому здійснюється за рішенням (згодою) органів опіки та піклування, яке може бути оскаржено до суду.

Амбулаторна психіатрична допомога може надаватися без усвідомленої згоди особи або без згоди її законного представника у разі встановлення у неї тяжкого психічного розладу, внаслідок чого вона завдасть значної шкоди своєму здоров'ю у зв'язку з погіршенням психічного стану у разі ненадання їй психіатричної допомоги. Амбулаторна психіатрична допомога особі без її усвідомленої згоди або без згоди її законного представника надається лікарем-психіатром в примусовому порядку за рішенням суду.

Питання про надання особі амбулаторної психіатричної допомоги в примусовому порядку вирішується судом за місцем проживання особи. Заява про надання особі амбулаторної психіатричної допомоги у примусовому порядку направляється до суду лікарем-психіатром. До заяви, в якій повинні бути викладені підстави для надання особі амбулаторної психіатричної допомоги без її усвідомленої згоди та без згоди її законного представ-

ника, передбачені частиною другою цієї статті, додається висновок лікаря-психіатра, який містить обґрунтування про необхідність надання особі такої допомоги.

Особа, якій надається амбулаторна психіатрична допомога в примусовому порядку, повинна оглядатися лікарем-психіатром не рідше одного разу на місяць, а комісією лікарів-психіатрів – не рідше одного разу на 6 місяців для вирішення питання про продовження чи припинення надання їй такої допомоги.

У разі необхідності продовження надання особі амбулаторної психіатричної допомоги в примусовому порядку понад 6 місяців лікар-психіатр повинен надіслати до суду за місцем проживання особи заяву про продовження надання особі амбулаторної психіатричної допомоги в примусовому порядку. До заяви, в якій повинні бути викладені підстави надання особі амбулаторної психіатричної допомоги без її усвідомленої згоди та без згоди її законного представника, передбачені частиною другою цієї статті, додається висновок комісії лікарів-психіатрів, який містить обґрунтування про необхідність продовження надання особі такої допомоги. В подальшому продовження надання особі амбулаторної психіатричної допомоги в примусовому порядку проводиться кожного разу на строк, який не може перевищувати 6 місяців.

У разі погіршення стану психічного здоров'я особи, якій надається амбулаторна психіатрична допомога в примусовому порядку, та ухилення від виконання цією особою або її законним представником рішення суду про надання особі амбулаторної психіатричної допомоги в примусовому порядку, психіатрична допомога може надаватися на підставах та в порядку, передбачених статтями 14, 16 і 17 цього Закону.

Надання особі амбулаторної психіатричної допомоги в примусовому порядку припиняється за рішенням комісії лікарів-психіатрів у разі видужання особи або такої зміни стану її психічного здоров'я, що не потребує надання амбулаторної психіатричної допомоги в примусовому порядку, або за рішенням суду про відмову в продовженні надання особі амбулаторної психіатричної допомоги в примусовому порядку.

Клопотання про припинення надання особі амбулаторної психіатричної допомоги в примусовому порядку може направлятися до суду особою, якій надається ця допомога, або її законним представником через 3 місяці з часу ухвалення судом рішення про надання або продовження надання особі такої допомоги.

Стаття 13. Госпіталізація особи до психіатричного закладу

Особа госпіталізується до психіатричного закладу добровільно – на її прохання або за її усвідомленою згодою. Неповнолітній віком до 15 років госпіталізується до психіатричного закладу на прохання або за згодою його

батьків чи іншого законного представника. Особа, визнана у встановленому законом порядку недієздатною, госпіталізується до психіатричного закладу на прохання або за згодою її опікуна. У разі незгоди одного із батьків або відсутності батьків чи законного представника госпіталізація неповнолітнього до психіатричного закладу проводиться за рішенням (згодою) органу опіки та піклування, яке може бути оскаржено до суду. Згода на госпіталізацію фіксується у медичній документації за підписом особи або її законного представника та лікаря-психіатра.

Госпіталізація особи у випадках, передбачених частиною першою цієї статті, здійснюється за рішенням лікаря-психіатра.

Особа може бути госпіталізована до психіатричного закладу в примусовому порядку на підставах, передбачених статтею 14 цього Закону, а також у випадках проведення експертизи стану психічного здоров'я особи або застосування до особи, яка страждає на психічний розлад і вчинила суспільно небезпечне діяння, примусового заходу медичного характеру на підставах та в порядку, передбачених законами України.

Стаття 14. Підстави для госпіталізації особи до психіатричного закладу в примусовому порядку

Особа, яка страждає на психічний розлад, може бути госпіталізована до психіатричного закладу без її усвідомлення, згоди або без згоди її законного представника, якщо її обстеження або лікування можливі лише в стаціонарних умовах, та при встановленні в особи тяжкого психічного розладу, внаслідок чого вона: вчиняє чи виявляє реальні наміри вчинити дії, що являють собою безпосередню небезпеку для неї чи оточуючих, або неспроможна самостійно задовольняти свої основні життєві потреби на рівні, який забезпечує її життєдіяльність.

Стаття 15. Огляд неповнолітнього віком до 15 років та особи, визнаної недієздатною, госпіталізованих до психіатричного закладу на прохання або за згодою їх законних представників

Неповнолітній віком до 15 років та особа, визнана у встановленому законом порядку недієздатною, госпіталізовані до психіатричного закладу на прохання або за згодою їх законних представників, підлягають обов'язковому протягом 48 годин з часу госпіталізації огляду комісією лікарів-психіатрів психіатричного закладу для прийняття рішення про необхідність подальшого перебування цих осіб у психіатричному закладі та надання їм стаціонарної психіатричної допомоги.

При подальшому перебуванні в психіатричному закладі зазначені в цій статті особи підлягають огляду комісією лікарів-психіатрів не рідше одного разу на місяць для вирішення питання про необхідність продовження чи припинення надання їм стаціонарної психіатричної допомоги.

У разі виявлення комісією лікарів-психіатрів зловживань, допущених

законними представниками неповнолітнього віком до 15 років або особи, визнаної у встановленому законом порядку недієздатною, власник психіатричного закладу або уповноважений ним орган повідомляє про це органи опіки та піклування за місцем проживання особи, яку було госпіталізовано.

Стаття 16. Огляд осіб, госпіталізованих до психіатричного закладу в примусовому порядку

Особа, яку було госпіталізовано до психіатричного закладу за рішенням лікаряпсихіатра на підставах, передбачених статтею 14 цього Закону, підлягає обов'язковому протягом 24 годин з часу госпіталізації огляду комісією лікарів-психіатрів психіатричного закладу для прийняття рішення про доцільність госпіталізації. У випадку, коли госпіталізація визнається недоцільною і особа не висловлює бажання залишитися в психіатричному закладі, ця особа підлягає негайній виписці.

У випадках, коли госпіталізація особи до психіатричного закладу в примусовому порядку визнається доцільною, представник психіатричного закладу, в якому перебуває особа, протягом 24 годин направляє до суду за місцем знаходження психіатричного закладу заяву про госпіталізацію особи до психіатричного закладу в примусовому порядку на підставах, передбачених статтею 14 цього Закону.

До заяви, в якій повинні бути викладені підстави госпіталізації особи до психіатричного закладу в примусовому порядку, передбачені статтею 14 цього Закону, додається висновок комісії лікарів-психіатрів, який містить обґрунтування про необхідність такої госпіталізації.

До винесення судом рішення лікування може проводитися за рішенням лікаряпсихіатра (комісії лікарів-психіатрів).

Керівник психіатричного закладу зобов'язаний негайно повідомити про госпіталізацію особи до психіатричного закладу в примусовому порядку членів її сім'ї, інших родичів або її законного представника. У разі відсутності відомостей про наявність членів сім'ї, інших родичів або законного представника в особи, яку госпіталізовано, а також про їх місце проживання повідомляються органи внутрішніх справ за місцем проживання цієї особи.

Стаття 17. Продовження госпіталізації особи в примусовому порядку

Перебування особи в психіатричному закладі в примусовому порядку може здійснюватися лише протягом часу наявності підстав, на яких було проведено госпіталізацію.

Особа, яку було госпіталізовано до психіатричного закладу в примусовому порядку, повинна оглядатися комісією лікарів-психіатрів не рідше одного разу на місяць з метою встановлення наявності підстав для продовження чи припинення такої госпіталізації.

У разі необхідності продовження госпіталізації в примусовому порядку

понад 6 місяців представник психіатричного закладу повинен направити до суду за місцем знаходження психіатричного закладу заяву про продовження такої госпіталізації. До заяви, в якій повинні бути викладені підстави госпіталізації особи до психіатричного закладу в примусовому порядку, передбачені статтею 14 цього Закону, додається висновок комісії лікарів-психіатрів, який містить обґрунтування про необхідність продовження такої госпіталізації. В подальшому продовження госпіталізації особи в психіатричному закладі проводиться кожного разу на строк, який не може перевищувати 6 місяців.

Клопотання про припинення госпіталізації в примусовому порядку можуть направлятися до суду особою, яку було госпіталізовано в примусовому порядку, або її законним представником через кожні 3 місяці з часу ухвалення судом рішення про продовження такої госпіталізації.

Стаття 18. Виписка особи з психіатричного закладу

Виписка з психіатричного закладу здійснюється у разі завершення обстеження чи експертизи психічного стану особи або видужання особи чи такої зміни стану її психічного здоров'я, що не потребує подальшого лікування в стаціонарних умовах. Виписка особи, добровільно госпіталізованої до психіатричного закладу, здійснюється за письмовою заявою цієї особи або її законного представника чи за рішенням лікаря-психіатра.

Особі, яку було госпіталізовано до психіатричного закладу добровільно, або її законному представнику може бути відмовлено у виписці цієї особи з психіатричного закладу, якщо комісією лікарів-психіатрів будуть встановлені підстави госпіталізації в примусовому порядку, передбачені статтею 14 цього Закону. У цьому випадку питання про госпіталізацію особи в примусовому порядку, продовження госпіталізації та виписку вирішуються відповідно до статей 16 і 17, частин другої та третьої статті 22 цього Закону та частини третьої цієї статті.

Виписка особи, яку було госпіталізовано до психіатричного закладу в примусовому порядку, здійснюється за рішенням комісії лікарів-психіатрів або за рішенням суду про відмову в продовженні такої госпіталізації.

Виписка особи, яка вчинила суспільно небезпечні діяння та щодо якої судом було застосовано примусові заходи медичного характеру, здійснюється за рішенням суду.

Стаття 19. Примусові заходи медичного характеру

Примусові заходи медичного характеру застосовуються за рішенням суду у випадках та в порядку, встановлених Кримінальним (2001–05, 2002–05), Кримінальнопроцесуальним кодексами України (1001–05, 1002–05, 1003–05), цим Законом та іншими законами.

За рішенням суду застосовуються такі примусові заходи медичного характеру:

- 1). надання амбулаторної психіатричної допомоги в примусовому порядку;
- 2). госпіталізація до психіатричного закладу із звичайним наглядом;
- 3). госпіталізація до психіатричного закладу з посиленням наглядом;
- 4). госпіталізація до психіатричного закладу з суворим наглядом.

Продовження, зміна або припинення застосування примусових заходів медичного характеру здійснюються судом за заявою представника психіатричного закладу (лікаря-психіатра), який надає особі таку психіатричну допомогу, на підставі висновку комісії лікарів-психіатрів.

Особи, до яких застосовані примусові заходи медичного характеру, підлягають огляду комісією лікарів-психіатрів не рідше одного разу на 6 місяців для вирішення питання про наявність підстав для звернення до суду із заявою про припинення або про зміну застосування такого заходу. У разі відсутності підстав для припинення або зміни застосування примусового заходу медичного характеру представник психіатричного закладу (лікар-психіатр), який надає особі таку психіатричну допомогу, направляє до суду заяву, до якої додається висновок комісії лікарів-психіатрів, що містить обґрунтування про необхідність продовження застосування примусового заходу медичного характеру.

У разі необхідності продовження застосування примусового заходу медичного характеру понад 6 місяців представник психіатричного закладу (лікар-психіатр), який надає особі таку психіатричну допомогу, повинен направити до суду за місцем знаходження психіатричного закладу заяву про продовження застосування примусового заходу медичного характеру. До заяви додається висновок комісії лікарів-психіатрів, який містить обґрунтування про необхідність продовження надання особі такої психіатричної допомоги. В подальшому продовження застосування примусового заходу медичного характеру проводиться кожного разу на строк, який не може перевищувати 6 місяців.

Питання про зміну або припинення застосування примусового заходу медичного характеру вирішується судом у разі такої зміни стану психічного здоров'я особи, за якої відпадає необхідність застосування раніше призначеного заходу або виникає необхідність у призначенні іншого примусового заходу медичного характеру.

Стаття 20. Експертиза психічного стану особи

Експертиза психічного стану особи (медико-соціальна експертиза втрати працездатності, військово-лікарська та інші) проводиться на підставах та в порядку, передбачених законами та прийнятими відповідно до них іншими нормативно-правовими актами.

Стаття 21. Судово-психіатрична експертиза

Судово-психіатрична експертиза з адміністративних, кримінальних і цивільних справ призначається і проводиться на підставах та в порядку, передбачених законом.

Стаття 22. Порядок судового розгляду заяв про надання психіатричної допомоги в примусовому порядку

Заява лікаря-психіатра про проведення психіатричного огляду особи в примусовому порядку розглядається судом за місцем проживання цієї особи у триденний строк з дня її надходження.

Заява представника психіатричного закладу про госпіталізацію особи до психіатричного закладу в примусовому порядку розглядається судом за місцем знаходження психіатричного закладу протягом 24 годин з дня її надходження.

Заяви лікаря-психіатра про надання особі амбулаторної психіатричної допомоги в примусовому порядку, про продовження надання особі амбулаторної психіатричної допомоги в примусовому порядку розглядаються судом за місцем проживання особи у десятиденний строк з дня їх надходження. Заяви представників психіатричних закладів про продовження госпіталізації в примусовому порядку розглядаються судом за місцем знаходження психіатричного закладу у десятиденний строк з дня їх надходження.

Судові справи щодо надання психіатричної допомоги в примусовому порядку розглядаються в присутності особи, щодо якої вирішується питання про надання їй такої допомоги. Участь при розгляді цих справ прокурора, лікаря-психіатра чи представника психіатричного закладу, що подав заяву, та законного представника осіб, щодо яких розглядаються питання, пов'язані з наданням їм психіатричної допомоги, є обов'язковою.

Стаття 23. Поміщення особи до психоневрологічного закладу для соціального захисту або спеціального навчання

Підставою для поміщення особи, яка страждає на психічний розлад, до психоневрологічного закладу для соціального захисту, є особиста заява особи та висновок лікарської комісії за участю лікаря-психіатра; для неповнолітнього віком до 18 років або особи, визнаної у встановленому законом порядку недієздатною, – заява батьків або іншого законного представника та рішення органу опіки та піклування, прийняте на підставі висновку лікарської комісії за участю лікаря-психіатра. Висновок повинен містити відомості про наявність у особи психічного розладу та необхідність утримання її в психоневрологічному закладі для соціального захисту.

Органи опіки та піклування повинні вживати заходів для охорони майнових інтересів особи, яка перебуває у психоневрологічному закладі для соціального захисту.

Підставою для поміщення до психоневрологічного закладу для спеціального навчання неповнолітнього віком до 18 років, який страждає на психічний розлад, є заява його батьків чи іншого законного представника та висновок комісії за участю лікаря-психіатра, психолога і педагога. Висновок повинен містити відомості про наявність у неповнолітнього психічного

розладу та необхідність його навчання в умовах психоневрологічного закладу для спеціального навчання.

Власник психоневрологічного закладу для соціального захисту або спеціального навчання чи уповноважений ним орган зобов'язаний не рідше одного разу на рік організувати проведення огляду осіб, які перебувають у них, лікарською комісією за участю лікаря-психіатра, комісією за участю лікаря-психіатра, психолога і педагога з метою вирішення питання щодо подальшого їх утримання у цих закладах або щодо можливості перегляду рішень про неієздатність тих, хто такими визнаний.

Стаття 24. Переведення і виписка з психоневрологічного закладу для соціального захисту або спеціального навчання

Переведення особи з психоневрологічного закладу для соціального захисту або спеціального навчання до будинку-інтернату (пансіонату) для громадян похилого віку та інвалідів або до навчального закладу іншого типу здійснюється на підставі висновку лікарської комісії за участю лікаря-психіатра, комісії за участю лікаря-психіатра, психолога і педагога про відсутність медичних показань для проживання особи у психоневрологічному закладі для соціального захисту або спеціального навчання.

Підставою для виписки особи з психоневрологічного закладу для соціального захисту або спеціального навчання є:

- особиста заява особи за наявності висновку комісії лікарів-психіатрів про можливість особи задовольняти свої основні життєві потреби;
- письмова заява законного представника неповнолітнього віком до 18 років або особи, визнаної у встановленому законом порядку неієздатною, із зобов'язанням здійснення необхідного догляду;
- рішення суду про незаконне поміщення особи до психоневрологічного закладу для соціального захисту або спеціального навчання.

РОЗДІЛ III. ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПРАВ ОСІБ ПРИ НАДАННІ ПСИХІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Стаття 25. Права осіб, яким надається психіатрична допомога

Особи, яким надається психіатрична допомога, мають права і свободи громадян, передбачені Конституцією України (254к/96-ВР) та законами України. Обмеження їх прав і свобод допускається лише у випадках, передбачених Конституцією України, відповідно до законів України.

Особи, яким надається психіатрична допомога, можуть піклуватися про захист своїх прав та свобод особисто або через своїх представників у порядку, встановленому Цивільним кодексом України, Цивільним процесуальним кодексом України та іншими законами України.

Особи, яким надається психіатрична допомога, мають право на:

- поважливе і гуманне ставлення до них, що виключає приниження честі й гідності людини;

- отримання інформації про свої права, пов'язані з наданням психіатричної допомоги;
- одержання психіатричної та соціальної допомоги в умовах, що відповідають вимогам санітарного законодавства;
- відмову від надання психіатричної допомоги, за винятком випадків її надання в примусовому порядку, передбаченому законом; усі види медико-санітарної допомоги (у тому числі санаторно-курортне лікування) за медичними показаннями;
- одержання психіатричної допомоги в найменш обмежених, відповідно до їх психічного стану, умовах, якщо можливо, за місцем проживання цих осіб, членів їх сім'ї, інших родичів або законних представників;
- утримання в психіатричному закладі лише протягом строку, необхідного для обстеження та лікування;
- попередню згоду або відмову в будь-який час від застосування нових методів діагностики і лікування та лікарських засобів чи від участі у навчальному процесі;
- безпечність надання психіатричної допомоги;
- безоплатне надання медичної допомоги у державних і комунальних закладах охорони здоров'я, а також безоплатне або на пільгових умовах забезпечення лікарськими засобами та виробами медичного призначення в порядку, встановленому Кабінетом Міністрів України;
- безоплатну юридичну допомогу з питань, пов'язаних з наданням їм психіатричної допомоги;
- альтернативний, за власним бажанням, психіатричний огляд та залучення до участі в роботі комісії лікарів-психіатрів з питань надання психіатричної допомоги будь-якого фахівця, який бере участь у наданні психіатричної допомоги, за погодженням з ним;
- збереження права на житлове приміщення за місцем їх постійного проживання протягом часу надання їм стаціонарної психіатричної допомоги;
- особисту участь у судових засіданнях при вирішенні питань, пов'язаних з наданням їм психіатричної допомоги та обмеженням у зв'язку з цим їх прав;
- відшкодування заподіяної їм шкоди або шкоди їх майну внаслідок незаконного поміщення до психіатричного закладу чи психоневрологічного закладу для соціального захисту або спеціального навчання чи внаслідок незабезпечення безпечних умов надання психіатричної допомоги або розголошення конфіденційних відомостей про стан психічного здоров'я і надання психіатричної допомоги;
- одержання винагороди за фактично виконану роботу нарівні з іншим громадянами.

Особи під час перебування у психіатричному закладі мають право на:

- спілкування з іншими особами, в тому числі з адвокатом або іншими законним представником, без присутності сторонніх осіб згідно з правилами внутрішнього розпорядку психіатричного закладу;
- повідомлення будь-якої особи за своїм вибором про надання психіатричної допомоги;
- забезпечення таємниці листування при відправці та отриманні будь-якої кореспонденції;
- доступ до засобів масової інформації;
- дозвілля, заняття творчою діяльністю;
- відправлення релігійних обрядів, додержання релігійних канонів;
- звернення безпосередньо до керівника або завідуючого відділення психіатричного закладу з питань надання психіатричної допомоги виписки з психіатричного закладу та додержання прав, передбачених цим Законом;
- допомогу по загальнообов'язковому державному соціальному страхуванню або пенсію згідно з законодавством.

Особи під час перебування у психіатричному закладі мають також права, які за рішенням лікаря-психіатра (комісії лікарів-психіатрів) в інтересах захисту їх здоров'я чи безпеки, а також в інтересах здоров'я або безпеки інших осіб можуть бути обмежені:

- приймати відвідувачів наодинці;
- придбавати і використовувати предмети повсякденного вжитку;
- перебувати на самоті.

Рішення про обмеження прав осіб, яким надається психіатрична допомога, фіксується у медичній документації із зазначенням строку його дії та може бути оскаржено до суду.

Забороняється залучення осіб, яким надається психіатрична допомога, до примусової праці.

Стаття 26. Інформація про стан психічного здоров'я особи та надання психіатричної допомоги

Лікар-психіатр зобов'язаний пояснити особі, якій надається психіатрична допомога, з урахуванням її психічного стану, у доступній формі інформацію про стан її психічного здоров'я, прогноз можливого розвитку захворювань про застосування методів діагностики та лікування, альтернативні методи лікування, можливий ризик та побічні ефекти, умови, порядок і тривалість надання психіатричної допомоги, її права та передбачені цим Законом можливі обмеження цих прав при наданні психіатричної допомоги. Право на одержання зазначеної інформації щодо неповнолітнього віком до 15 років та особи, визнаної у встановленому законом порядку недієздатною, мають їх законні представники.

Особа при наданні їй психіатричної допомоги або її законний представник має право на ознайомлення з історією хвороби та іншими документами, а також на отримання в письмовому вигляді будь-яких рішень щодо надання їй психіатричної допомоги.

У випадках, коли повна інформація про стан психічного здоров'я особи може завдати шкоди її здоров'ю або призвести до безпосередньої небезпеки для інших осіб, лікар-психіатр або комісія лікарів-психіатрів можуть таку інформацію обмежити. У цьому разі лікар-психіатр або комісія лікарів-психіатрів інформує законного представника особи, враховуючи особисті інтереси особи, якій надається психіатрична допомога. Про надану інформацію або її обмеження робиться запис у медичній документації.

Стаття 27. Професійні права, обов'язки та пільги лікаря-психіатра, інших працівників, які беруть участь у наданні психіатричної допомоги, у тому числі здійснюють догляд за особами, які страждають на психічні розлади

Професійні права, обов'язки лікаря-психіатра, інших працівників, які беруть участь у наданні психіатричної допомоги, у тому числі здійснюють догляд за особами, які страждають на психічні розлади, при наданні психіатричної допомоги встановлюються Основами законодавства України про охорону здоров'я, цим Законом та іншими законами. Лікар-психіатр, інші працівники, які беруть участь у наданні психіатричної допомоги, в тому числі здійснюють догляд за особами, які страждають на психічні розлади, мають право на пільги, встановленні законодавством України для осіб, зайнятих на важких роботах та зі шкідливими і небезпечними умовами праці.

Виключно компетенцією лікаря-психіатра або комісії лікарів-психіатрів є встановлення діагнозу психічного захворювання, прийняття рішення про необхідність надання психіатричної допомоги в примусовому порядку або надання висновку для розгляду питання, пов'язаного з наданням психіатричної допомоги в примусовому порядку.

При наданні психіатричної допомоги лікар-психіатр, комісія лікарів-психіатрів незалежні у своїх рішеннях і керуються лише медичними показаннями, своїми професійними знаннями, медичною етикою та законом.

Лікар-психіатр, комісія лікарів-психіатрів несуть відповідальність за прийняті ними рішення відповідно до закону.

Рішення, прийняте лікарем-психіатром або комісією лікарів-психіатрів при наданні психіатричної допомоги, викладається у письмовій формі та підписується лікарем-психіатром або комісією лікарів-психіатрів.

Лікар-психіатр, комісія лікарів-психіатрів мають право відмовити у наданні психіатричної допомоги у разі відсутності підстав для її надання. Відмова у наданні психіатричної допомоги із зазначенням її причин фіксується у медичній документації за підписом особи чи її законного представника

та лікаря-психіатра або комісії лікарів-психіатрів.

Лікар-психіатр, інші працівники, які беруть участь у наданні психіатричної допомоги, мають право на конфіденційність відомостей про своє місце проживання, склад сім'ї, номер домашнього телефону тощо.

Стаття 28. Обов'язкове страхування працівників, які беруть участь у наданні психіатричної допомоги, в тому числі здійснюють догляд за особами, які страждають на психічні розлади.

Працівники, які беруть участь у наданні психіатричної допомоги, в тому числі здійснюють догляд за особами, які страждають на психічні розлади, на випадок заподіяння шкоди їх здоров'ю або смерті, пов'язаних з виконанням ними службових обов'язків, підлягають державному обов'язковому страхуванню. Перелік цих працівників та порядок їх страхування встановлюються Кабінетом Міністрів України.

Стаття 29. Обов'язки власника психіатричного закладу або уповноваженого ним органу

Власник психіатричного закладу або уповноважений ним орган зобов'язаний:

- створювати необхідні умови для надання психіатричної допомоги та правового захисту осіб, яким надається психіатрична допомога;
- забезпечувати осіб, яким надається психіатрична допомога, психіатричною допомогою гарантованого рівня та іншою необхідною медичною допомогою;
- знайомити осіб, яким надається психіатрична допомога, або їх законних представників із законодавством про психіатричну допомогу, правилами внутрішнього розпорядку психіатричного закладу, а також адресами та телефонами відповідних органів державної влади, органів місцевого самоврядування та їх посадових осіб, громадських організацій, до яких може звернутися особа у разі порушення її прав;
- здійснювати захист прав і законних інтересів осіб, визнаних у встановленому законом порядку недієздатними, які не мають законного представника;
- створювати умови для дозвілля осіб, яким надається психіатрична допомога;
- своєчасно інформувати членів сім'ї, інших родичів або законних представників чи інших осіб (за вибором осіб, яким надається психіатрична допомога) про стан їх здоров'я та перебування у психіатричному закладі;
- створювати безпечні умови надання психіатричної допомоги;
- забезпечувати виконання вимог санітарного законодавства; забезпечувати належні умови праці фахівців та інших працівників, які беруть уч-

асть у наданні психіатричної допомоги, в тому числі здійснюють догляд за особами, яким надається психіатрична допомога;

- виконувати інші обов'язки, пов'язані з наданням психіатричної допомоги, передбачені законом.

РОЗДІЛ IV. КОНТРОЛЬ І НАГЛЯД ЗА ДІЯЛЬНІСТЮ З НАДАННЯ ПСИХІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Стаття 30. Контроль за діяльністю з надання психіатричної допомоги

Державний контроль за діяльністю психіатричних закладів усіх форм власності та фахівців, інших працівників, які беруть участь у наданні психіатричної допомоги, здійснюють у межах своїх повноважень Міністерство охорони здоров'я України, інші відповідні центральні органи виконавчої влади.

Місцеві органи виконавчої влади та органи місцевого самоврядування у межах своїх повноважень здійснюють контроль за діяльністю психіатричних закладів усіх форм власності та фахівців, інших працівників, які беруть участь у наданні психіатричної допомоги, а також контроль за виконанням своїх обов'язків законними представниками.

Громадський контроль за діяльністю психіатричних закладів усіх форм незалежно від їх підпорядкування та за фахівцями, іншими працівниками, які беруть участь у наданні психіатричної допомоги, здійснюється об'єднаннями громадян у межах їх компетенції відповідно до законодавства України про об'єднання громадян.

Представники об'єднань громадян можуть відвідувати психіатричний заклад відповідно до вимог, встановлених правилами внутрішнього розпорядку цього закладу.

Стаття 31. Нагляд за додержанням і застосуванням законів при наданні психіатричної допомоги

Нагляд за додержанням і застосуванням законів при наданні психіатричної допомоги здійснюється Генеральним прокурором України та підпорядкованими йому прокурорами відповідно до закону.

РОЗДІЛ V. ПОРЯДОК ОСКАРЖЕННЯ РІШЕНЬ, ДІЙ І БЕЗДІЯЛЬНОСТІ, ПОВ'ЯЗАНИХ З НАДАННЯМ ПСИХІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Стаття 32. Оскарження рішень, дій і бездіяльності, пов'язаних з наданням психіатричної допомоги

Рішення, дії чи бездіяльність осіб, які порушують права, свободи та законні інтереси громадян при наданні їм психіатричної допомоги, можуть бути оскаржені, за вибором цих громадян, до власника психіатричного закладу або власника психоневрологічного закладу для соціального захисту чи спеціального навчання, або уповноваженого ними органу, або до вищестоящих органів (вищестоящих посадових осіб), або безпосередньо до суду.

Особи, які страждають на психічні розлади, та їх законні представники звільняються від судових витрат, пов'язаних з розглядом питань щодо захисту прав і законних інтересів особи при наданні психіатричної допомоги в порядку, встановленому законодавством.

Стаття 33. Відповідальність за порушення законодавства про психіатричну допомогу

Особи, винні у порушенні законодавства про психіатричну допомогу, несуть відповідальність згідно з законами України.

РОЗДІЛ VI. ПРИКІНЦЕВІ ПОЛОЖЕННЯ

1. Цей Закон набирає чинності з дня його опублікування, крім абзацу четвертого статті 5, абзацу дванадцятого частини третьої статті 25 і статті 28, які набирають чинності з 1 січня 2001 року.
2. До приведення законодавства України у відповідність з цим Законом нормативноправові акти застосовуються у частині, що не суперечить цьому.
3. Кабінету Міністрів України у шестимісячний строк:
 - подати на розгляд Верховної Ради України пропозиції щодо приведення законів України у відповідність з цим Законом;
 - привести свої нормативно-правові акти у відповідність з цим Законом;
 - забезпечити перегляд та скасування міністерствами та іншими центральними органами виконавчої влади їх нормативно-правових актів, що суперечать цьому Закону;
 - забезпечити прийняття нормативно-правових актів, передбачених цим Законом.

4. Внести зміни до таких законів України:

1) статтю 6 Закону України “Про страхування” (85/96-ВР) (Відомості Верховної Ради України, 1996 р., № 18, ст. 78; 1998 р., № 2, ст. 4, № 11–12, ст. 50; 1999р., № 4. ст. 35) доповнити пунктом 29 такого змісту: “29) державне обов’язкове страхування працівників, які беруть участь у наданні психіатричної допомоги, в тому числі здійснюють догляд за особами, які страждають на психічні розлади”;

2) статтю 4 Декрету Кабінету Міністрів України від 21 січня 1993 року № 7–93 “Про державне мито” (Відомості Верховної Ради України, 1993 р., № 13, ст. 1–15., № 26. ст. 281, № 49, ст. 459; 1994 р., № 28, ст. 241, № 29, ст. 257, № 33, ст. 300; 1995р., № 14, ст. 90; 1996 р., № 9, ст. 43, № 41, ст. 192, № 52, ст. 306 с., 1997 р., № 6. ст. 46, № 9, ст. 70, № 18. ст. 131) доповнити пунктом 41 такого змісту; “41) громадяни – за позовами, з якими вони звертаються до суду в справах, пов’язаних із захистом прав і законних інтересів при наданні психіатричної допомоги”;

3) частину першу статті 43 Основ законодавства України про охорону здоров’я (2801–12) (Відомості Верховної Ради України, 1993 р., № 4, ст. 19)

викласти у такій редакції: “Згода інформованого відповідно до статті 39 цих Основ пацієнта необхідна для застосування методів діагностики, профілактики та щодо пацієнта, який не досяг віку 15 років, а також пацієнта, визнаного в установленому законом порядку недієздатним, медичне втручання здійснюється за згодою їх законних представників”.

Президент України
м. Київ, 22 лютого 2000 року
№ 1489-III Л. КУЧМА

**КЛІНІЧНИЙ ПРОТОКОЛ
НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ
НА ПЕРВИННИЙ ПСИХОТИЧНИЙ ЕПІЗОД**

Код МКХ-10 F 20–29

Умови, в яких повинна надаватись медична допомога

Позалікарняно, за винятком випадків наявної небезпеки для пацієнта або його оточення і неможливості створення належних умов лікування в позалікарняних умовах.

Клініко-діагностична програма

1. Клініко-анамнестичні, клініко-психопатологічні методи.
2. Психодіагностичні.
3. Методи інструментального обстеження.
4. Лабораторні методи.
5. Консультації інших спеціалістів при потребі.

Лікувальна програма

Лікування первинного психотичного епізоду повинно бути як біологічним, так і психосоціальним. Медикаментозне лікування необхідно розпочати якомога раніше. Психомоторне збудження має бути усунене протягом перших 48 годин. Психомоторне збудження, яке триває на тлі терапії понад 48 годин, слід розглядати як її побічний ефект, що є підставою для термінового перегляду поточної терапевтичної тактики. На етапі активної терапії перевага надається антипсихотикам другого покоління, починаючи з мінімальних доз, передбачених в інструкціях, із поступовим їх збільшенням до досягнення бажаної терапевтичної реакції. За відсутності терапевтичного ефекту протягом 2–4 тижнів необхідно перейти до застосування іншого антипсихотика, в тому числі і першого покоління (за відсутності побічних екстрапірамідних та інших ефектів).

З першого дня лікування обов'язково проводиться психоосвітня робота з родиною пацієнта та когнітивно-поведінкова та інші форми психотерапії з хворим з метою усвідомлення ним свого розладу та сутності терапевтичного процесу, відновлення соціального функціонування.

Характер кінцевого очікуваного лікування

1. Етап активної терапії:
 - нормалізація поведінки, усунення психомоторного збудження;
 - зменшення виразності (редукції) психотичної симптоматики;
 - відновлення критики.

2. Етап стабілізуючої антипсихотичної терапії:

- купірування резидуальної продуктивної симптоматики;
- відновлення попереднього рівня психологічної, соціальної та трудової адаптації.

3. Етап профілактичної (підтримуючої) антипсихотичної терапії: • підтримка оптимального рівня соціального функціонування пацієнта.

Тривалість лікування в спеціалізованому стаціонарі

У спеціалізованому стаціонарі термін перебування повинен бути максимально коротким до досягнення мети етапу активної терапії.

Критерії якості лікування

1. Клінічний – ступінь редукції психопатологічної симптоматики протягом не менше 6 місяців і стабільність психічного стану протягом 6 місяців.
2. Соціальний – ступінь здатності до автономного соціального функціонування.

Можливі побічні дії та ускладнення

Екстрапірамідні розлади (в тому числі дистонічні реакції та акатизію) – слід уникати призначення антипсихотиків першого покоління (насамперед бутирофенону); антихолінергічних препаратів; при акатизії можливе, застосування неселективних β -адреноблокаторів.

Пізня дискінезія – патогенетичної терапії не існує.

Нейроендокринні розлади (пов'язані з підвищенням рівня пролактину) – зміна препарату, що не впливає на рівень пролактину.

Метаболічні розлади (насамперед порушення вуглеводного обміну та збільшення маси тіла) – дієтичні обмеження та лікувальна фізкультура. За необхідності – зміна базового засобу.

Серцево-судинні розлади (порушення серцевої провідності та ортостатична гіпотензія) – контроль ЕКГ і при збільшенні QT до > 400 мсек – зміна антипсихотика.

Центральні холінолітичні ефекти (в тому числі когнітивні розлади) – призначення антихолінергічних препаратів.

Надмірна седація – призначення антипсихотика без седативної дії.

Злоякісний нейролептичний синдром – відміна всіх антипсихотичних препаратів, призначення данролену, бромокриптину та бензодіазепінів, контроль температури тіла, соматичного стану.

Рекомендації щодо подальшого надання медичної допомоги та реабілітації

Основною умовою успіху є вживання всіх заходів щодо чіткого дотримання терапевтичного режиму. Продовження психоосвітньої роботи з пацієнтом та його родиною, спрямованої на прийняття розладу, позитивне сприйняття терапії, проведення стресменеджменту, тренінгу навичок самостійного життя.

Профілактична підтримуюча антипсихотична терапія після першого епізоду триває від 1 до 3 років. Надається можливість отримання довгострокової диспансерної допомоги.

Вимоги до дієтичних призначень та обмежень

Дієтичні обмеження та лікувальна фізкультура при збільшенні ваги.

Вимоги до режиму праці, відпочинку

Особливі вимоги не передбачені.

Директор Департаменту
організації та розвитку
медичної допомоги населенню
Р.О. Моїсеєнко

Затверджено
Наказ МОЗ України
від 05.02.2007 № 59

КЛІНІЧНИЙ ПРОТОКОЛ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ НА ШИЗОФРЕНІЮ

Код МКХ-10 F 20–29

Умови, в яких повинна надаватись медична допомога

Позалікарняно, за винятком випадків наявної небезпеки для пацієнта або його оточення і неможливості створення належних умов лікування в позалікарняних умовах.

Клініко-діагностична програма

1. Клініко-анамнестичні, клініко-психопатологічні методи.
2. Психодіагностичні.
3. Методи інструментального обстеження.
4. Лабораторні методи.
5. Консультації при потребі інших спеціалістів.

Лікувальна програма

Лікування повинно бути біологічним і психосоціальним.

Біологічна терапія

Процес лікування включає наступні етапи: активної терапії, стабілізуючої терапії та профілактичної (підтримуючої) терапії.

Етап активної терапії

На етапі активної терапії медикаментозне лікування необхідно розпочинати якомога раніше. Психомоторне збудження має бути усунене протягом максимально короткого терміну. Психомоторне збудження, яке триває на тлі терапії понад 48 годин, є підставою для перегляду поточної терапевтичної тактики. На етапі активної терапії перевага надається антипсихотикам другого покоління, починаючи з мінімальних доз, передбачених в інструкціях, із поступовим їх збільшенням до досягнення бажаної терапевтичної реакції. Враховується психофармакологічний анамнез. Перевага надається попередньо ефективному препарату. На початку терапії рекомендовано призначення одного антипсихотичного засобу. За відсутності терапевтичного ефекту протягом 4–12 тижнів необхідно перейти до застосування іншого антипсихотика або підсилити дію антипсихотика, що використовується, призначивши психотропний препарат іншого класу. Тривалість першого етапу терапії – 8–12 тижнів.

Етап стабілізуючої терапії

Після досягнення очікуваних результатів активного лікування на етапі стабілізуючої терапії можливе зниження дози антипсихотика з метою підвищення рівня соціального функціонування пацієнта. У разі неможливості

дотримання режиму терапії рекомендується призначення депопрепаратів або антипсихотиків пролонгованої дії. Тривалість етапу терапії – не менше 6 місяців.

Етап профілактичної (підтримуючої) терапії

Рекомендовані мінімальні терапевтично ефективні дози антипсихотиків, що були застосовані на попередніх етапах терапії.

Тривалість етапу терапії – не менше 3 років, індивідуально.

Терапевтична резистентність

Якщо в разі дотримання режиму терапії, достатніх доз препарату та зміни послідовно двох антипсихотиків, один із яких другого покоління, з терміном призначення кожного з них не менше 4 тижнів не вдається досягти бажаного терапевтичного ефекту, йдеться про дійсну терапевтичну резистентність.

У цих випадках препаратом вибору є клозапін у дозі згідно з інструкцією. За відсутності терапевтичного ефекту протягом 4 тижнів рекомендована комплексна терапія кількома антипсихотиками (в тому числі клозапіном) та одночасне застосування антипсихотиків із іншими видами біологічної терапії.

Психосоціальна терапія

З першого дня лікування обов'язково проводиться психоосвітня робота з родиною пацієнта та когнітивно-поведінкова та інші форми психотерапії з хворим з метою усвідомлення ним свого розладу та сутності терапевтичного процесу, відновлення соціального функціонування.

Характер кінцевого очікуваного результату лікування

1. Етап активної терапії:

- нормалізація поведінки, усунення психомоторного збудження;
- зменшення виразності (редукції) психотичної симптоматики;
- часткове відновлення критики.

2. Етап стабілізуючої антипсихотичної терапії:

- зворотний розвиток залишкової продуктивної симптоматики і редукція негативної, афективної та когнітивної симптоматики;
- підвищення рівня соціальної адаптації.

3. Етап профілактичної (підтримуючої) антипсихотичної терапії:

- підтримка оптимального рівня соціального функціонування пацієнта.

Тривалість лікування в спеціалізованому стаціонарі

У спеціалізованому стаціонарі термін перебування повинен бути максимально коротким до досягнення мети етапу активної терапії.

Критерії якості лікування

1. Клінічний – ступінь редукції психопатологічної симптоматики протягом не менше 6 місяців і стабільність психічного стану протягом 6 місяців.

2. Соціально-психологічний – ступінь здатності до автономного соціального функціонування.

Можливі побічні дії та ускладнення

Екстрапірамідні розлади (в тому числі дистонічні реакції та акатизія) – слід уникати призначення антипсихотиків першого покоління (насамперед бутирофенону);

антихолінергічних препаратів; при акатизії можливе застосування неселективних β -адреноблокаторів.

Пізня дискінезія – патогенетичної терапії не існує.

Нейроендокринні розлади (пов'язані з підвищенням рівня пролактину) – зміна препарату не такий, що не впливає на рівень пролактину.

Метаболічні розлади (насамперед порушення вуглеводного обміну та збільшення маси тіла) – дієтичні обмеження та лікувальна фізкультура. За необхідності – зміна базового препарату.

Серцево-судинні розлади (порушення серцевої провідності та ортостатична гіпотензія) – контроль ЕКГ і при збільшенні QT до > 400 мсек – зміна антипсихотика.

Центральні холінолітичні ефекти (в тому числі когнітивні розлади) – призначення антихолінергічних препаратів.

Надмірна седація – призначення антипсихотика без седативної дії.

Злоякісний нейролептичний синдром – відміна всіх антипсихотичних препаратів, призначення данролену, бромокриптину та бензодіазепінів, контроль температури тіла, соматичного стану.

Рекомендації щодо подальшого надання медичної допомоги та реабілітації

Основною умовою успіху є вживання всіх заходів щодо чіткого дотримання терапевтичного режиму. Продовження психоосвітньої роботи з пацієнтом та його родиною, спрямованої на прийняття свого розладу, позитивне відношення до терапії, підвищення стресстійкості у повсякденному житті (стрес-менеджмент), тренінг навичок самостійного життя.

Профілактична підтримуюча антипсихотична терапія триває не менше 3 років, індивідуально. Надається можливість отримання довгострокової диспансерної допомоги.

Вимоги до дієтичних призначень та обмежень

Дієтичні обмеження та лікувальна фізкультура при збільшенні ваги.

Вимоги до режиму праці, відпочинку

Визначаються індивідуально з урахуванням досягнутого рівня соціального функціонування згідно із чинним законодавством.

Директор Департаменту

організації та розвитку

медичної допомоги населенню

Р.О. Моїсеєнко

Затверджено
Наказ МОЗ України
від 05.02.2007 № 59

КЛІНІЧНИЙ ПРОТОКОЛ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ НА БІПОЛЯРНИЙ РОЗЛАД

F 30–39

Ознаки та критерії діагностики захворювання

Згідно з МКХ 10

Умови, у яких повинна надаватись медична допомога

Необхідно прагнути до забезпечення безпечного та ефективного лікування по можливості в умовах найменш обмежувального режиму. При виборі цих умов лікар повинен враховувати: готовність і здатність пацієнта до співробітництва в рамках терапевтичного процесу; існуючий ризик суїцидальної чи агресивної поведінки; можливість і присутність соціально-психологічної підтримки в найближчому оточенні. Необхідність примусової госпіталізації визначається забезпеченням безпеки пацієнта від наслідків патологічної поведінки, а також створенням умов адекватного лікування.

Клініко-діагностична програма

1. Клініко-анамнестичні, клініко-психопатологічні методи.
2. Психодіагностичні (в тому числі скринінгові інструменти).
3. Методи інструментального обстеження.
4. Лабораторні методи.
5. Консультації інших спеціалістів при потребі, для виключення соматичних чинників маніакального чи депресивного розладу.

Лікувальна програма

Лікування повинно бути біологічним і психосоціальним.

Біологічна терапія

Процес лікування включає різні фази захворювання: активну терапію маніакального чи змішаного епізоду, активну терапію депресивного епізоду, профілактичну (підтримуючу) терапію. Зміст терапії залежить від ступеня тяжкості поточного психічного стану.

Активна терапія маніакального чи змішаного епізоду

Для більшості пацієнтів у маніакальному стані показане лікування в умовах спеціалізованої психіатричної установи з обов'язковою медикаментозною терапією.

При менш тяжких маніакальних чи змішаних станах можливе призначення монотерапії вальпроатами, солями літію або антипсихотиками другого покоління. У більшості випадків засобом потенціювання основного лікування є короткострокове призначення бензодіазепінів. Засобом другого

вибору серед стабілізаторів настрою після вальпроатів і солей літію є карбамазепін.

Першою лінією вибору терапії при більш тяжких маніакальних чи змішаних станах, з урахуванням доведеного швидкого формування антиманіакального ефекту, є комбіноване призначення вальпроатів і антипсихотичних засобів. Залишається прийнятою схема комбінованого призначення солей літію і антипсихотиків. Серед антипсихотичних засобів перевагу варто віддавати антипсихотичним засобам другого покоління, у яких ризик виникнення побічних ефектів незначний, а також накопичуються за останні роки докази самостійних антиманіакальних можливостей цих препаратів. При психомоторному порушенні в деяких випадках варто застосовувати парентеральне введення антипсихотичних і бензодіазепінових препаратів. При цьому не слід прагнути до форсованого нарощування дози антипсихотика з метою досягнення максимального седативного ефекту.

У пацієнтів із змішаним епізодом перевагу варто віддавати призначенню вальпроатів, а не солей літію.

Призначення будь-яких антидепресантів при розвитку маніакального чи змішаного епізоду повинно бути обов'язково поступово скасоване.

При відновленні здатності пацієнтів до співробітництва в рамках терапевтичного процесу слід якомога раніше почати застосування реабілітаційних і психоосвітніх програм із пацієнтами та їхніми близькими.

Для пацієнтів з повторним епізодом манії, що одержуть підтримуючу терапію, слід в першу чергу переконатися в дотриманні рекомендованого терапевтичного режиму, потім підвищити дозу препарату профілактичної терапії в межах його індивідуальної переносимості. Тільки після цього при недостатньому ефекті варто додавати нові антиманіакальні засоби з препаратів першої лінії вибору.

При призначенні терапії варто враховувати переваги самого пацієнта і думку членів його родини в рамках попереднього досвіду лікування – як у плані ефективності, так і переносимості психотропних засобів.

При відсутності ознак позитивної терапевтичної реакції в гострому маніакальному стані протягом 10-14 днів слід додатково до прийнятих препаратів призначити препарати першої лінії вибору (вальпроати, солі літію або антипсихотики другого покоління) або засобу другого вибору (карбамазепін або антипсихотики першого покоління). Наявність ознак резистентності (відсутність терапевтичного ефекту при адекватній терапії понад 4 тижні) є показанням для призначення клозапіну чи електросудомної терапії (ЕСТ). ЕСТ також є засобом вибору при виражених змішаних епізодах або маніакальному стані при вагітності.

При наявності психотичної симптоматики в структурі маніакального чи змішаного епізоду призначення антипсихотичних засобів є обов'язковим,

при цьому перевагу варто віддавати антипсихотикам другого покоління.

У середньому період активної терапії складає 3-4 місяці. Припинення активної терапії маніакального або змішаного епізоду повинне проводитися з поступовим скасуванням препаратів (не менше 2-х тижнів) тільки після досягнення стану ремісії. Один із базових препаратів-стабілізаторів (солей літію, вальпроатів, антипсихотиків другого покоління), що ефективно застосовувався під час активної терапії в конкретного пацієнта, повинен розглядатися як препарат першого вибору для подальшої профілактичної терапії.

Активна терапія депресивного епізоду

Основною умовою для лікування депресивного епізоду в рамках біполярного розладу є відмова від монотерапії антидепресантами.

Існує два основних підходи в лікуванні депресивного епізоду у пацієнтів із вказівкою в анамнезі на перенесений маніакальний епізод:

1. Одночасне комбіноване призначення антидепресантів групи СІЗЗС і препаратів -стабілізаторів – солей літію, вальпроатів, антипсихотиків другого покоління.
2. Призначення тільки стабілізаторів – солей літію і ламотриджину, як у монотерапії, так і в комбінації. При цьому варіанті відсутність ознак позитивної терапевтичної реакції протягом 3-4 тижнів припускає додаткове призначення антидепресантів СІЗЗС, бупропіону, венлафаксину, інгібіторів MAO.

Існує ризик інверсії фази при призначенні антидепресантів, особливо трициклічних. У пацієнтів із вказівкою в анамнезі на випадки інверсії фази варто віддавати перевагу комбінованій терапії солями літію і ламотриджином, а при наявності стійкої до терапії або тяжкої депресивної симптоматики варто розглядати можливість призначення ЕСТ.

Когнітивно-поведінкова і міжособистісна психотерапія повинні призначатися якомога раніше в поєднанні з медикаментозним лікуванням.

Профілактична (підтримуюча) терапія

Запобігання повторних епізодів біполярного розладу

Проведення профілактичної підтримуючої терапії в даний час рекомендується після першого перенесеного маніакального епізоду.

Найбільша доказова база існує у відношенні профілактичної ефективності солей літію. Дозування препарату визначається моніторингом досягнутої концентрації в крові з розрахунку 0,5-1,2 мгекв/л. Монотерапія препаратами літію більш ефективна в запобіганні маніакальних епізодів. Призначення препаратів літію знижує ризик суїцидальної поведінки у пацієнтів з біполярним розладом. При недостатній переносимості чи ефективності солей літію засобами профілактичної терапії можуть бути вальпроати (запобігання обох полюсів афективної патології), ламотриджин (переважно

ефективний у запобіганні депресивних фаз), антипсихотики другого покоління (найбільш інтенсивно поповнювана доказова база у відношенні їх профілактичної ефективності в запобіганні обох полюсів афективної патології).

При виборі засобу профілактичної терапії рекомендується:

- враховувати частоту, клінічні і функціональні наслідки кожного з полюсів афективної патології;
- віддавати перевагу одному з препаратів, що ефективно використовувалися в активній терапії останнього епізоду захворювання;
- враховувати позитивний попередній досвід профілактичного лікування і переваги самого пацієнта, що в значній мірі буде сприяти дотриманню терапевтичного режиму. Недостатня ремісія, що полягає в наявності підпорогових афективних коливань, є

підставою для призначення комбінованої профілактичної терапії. Зокрема, переважання симптомів маніакального спектра припускає комбінацію антипсихотиків з літієм або вальпроатами, депресивних симптомів – комбінацію літію або вальпроатів з ламотриджином і антидепресантами. Часта зміна фаз у пацієнта з біполярним розладом також є показанням для призначення комбінованої профілактичної терапії.

На відміну від лікування уніполярного депресивного розладу, застосування антидепресантів при депресивному епізоді у пацієнтів з біполярним розладом у середньому не повинно перевищувати 10-12 тижнів.

У зв'язку з підвищеним ризиком інверсії фази і несприятливим профілем побічних ефектів варто відмовитися від застосування в рамках довгострокової терапії антипсихотиків першого покоління (нейролептиків) і трициклічних антидепресантів.

Варто підкреслити особливу важливість реабілітаційних соціально-психологічних заходів, включаючи психотерапію, для досягнення результативності довгострокової профілактичної терапії. Психотерапія повинна бути спрямована на раціональний моніторинг і контроль проявів захворювання та на поліпшення міжособистісного функціонування.

Психосоціальна терапія

З першого дня лікування обов'язково проводиться психоосвітня робота з родиною та когнітивно-поведінкова та інші форми психотерапії з пацієнтом для усвідомлення ним свого розладу та сутності терапевтичного процесу, відновлення соціального функціонування.

Характер кінцевого очікуваного результату лікування

1. Етап активної терапії:

- Усунення ризику суїцидальної поведінки
- Зменшення виразності (редукція) депресивної або маніакальної симп-

томатики.

2. Етап профілактичної (підтримуючої) терапії:

- Зворотний розвиток залишкової афективної симптоматики
- Відновлення попередньої (до захворювання) соціальної і трудової адаптації та подальша підтримка оптимального рівня соціального функціонування пацієнта
- Профілактика повторних епізодів манії або депресії.

Тривалість лікування в спеціалізованому стаціонарі

Перебування в спеціалізованому стаціонарі обмежується терміном, необхідним для досягнення мети етапу активної терапії.

Критерії якості лікування

1. Клінічний критерій – редукція маниакальної та депресивної симптоматики і стабільність досягнутого психічного стану протягом не менше 6 місяців.
2. Соціально-психологічний – відновлення попереднього рівня психологічної, соціальної та трудової адаптації.

Можливі побічні дії та ускладнення

Побічна дія стабілізаторів

Побічні ефекти	Літій	Вальпроа-	Карбамазепін
Тремор	+++	-	-
Зниження когнітивних функцій	+++	-	+++
Порушення ниркової функції	+++	-	-
Шкірні реакції (дерматити, вуг-	++	-	+++
Нейроендокринні зміни	++	++	+
ШКТ-розлади (диспепсія)	++	+	+
Порушення функцій печінки	+	++	++

Швидка відміна літію пов'язана з високим ризиком повторного маниакального епізоду.

Ламотриджин – повільна титрація у зв'язку з високим ризиком тяжких дерматитів.

Холінергічний синдром: сухість у роті, порушення зору, когнітивні розлади (перш за все, при використанні трициклічних антидепресантів) – відміна трициклічного антидепресанту і його заміна селективним інгібітором зворотного захоплення серотоніну або антидепресантом подвійного спектра дії.

Надмірна седация – зменшення дози антидепресанту, що викликав седацию, із подальшим переключенням на інший антидепресант без седативної дії.

Ортостатична гіпотензія – необхідно повідомити пацієнта про небезпе-

ку, пов'язану з цим станом, і зменшити дозу антидепресанту.

Сексуальна дисфункція виникає, перш за все, при використанні трициклічних антидепресантів та інгібіторів зворотного захоплення серотоніну – сімейна терапія; можливе переключення на антидепресант, що не викликає сексуальної дисфункції.

Серцево-судинні розлади (порушення серцевої провідності та ортостатична гіпотензія) – контроль ЕКГ і при збільшенні QT до >400 мсек – якщо використовувався трициклічний антидепресант, слід його замінити антидепресантом іншої групи.

Серотонінергічний синдром (симптоми: психічні розлади аж до розладів свідомості, ажитація, пітливість, пронос, блювота, гіперрефлексія, тремор, підвищення температури тіла та ін.) виникає, як правило, внаслідок призначення комбінації антидепресантів – зменшення дози або повне припинення лікування антидепресантами.

Найбільший ризик серотонінергічного синдрому виникає при комбінаціях з інгібіторами MAO інших антидепресантів. Через це категорично забороняється використовувати інгібітори MAO в комбінації з іншими антидепресантами.

Рекомендації щодо подальшого надання медичної допомоги та реабілітації

Основною умовою успіху є вживання всіх заходів щодо чіткого дотримання терапевтичного режиму. Продовження психоосвітньої роботи з родиною та пацієнтом, спрямованої на прийняття хвороби, позитивне сприйняття терапії, підвищення стресостійкості у повсякденному житті (стрес-менеджмент), тренування навичок самостійного життя.

Нині не існує можливості визначення індивідуальної тривалості підтримуючої терапії біполярного розладу. Успішна підтримуюча терапія, що забезпечує відсутність повторних епізодів протягом декількох років, є підставою для продовження її на максимально тривалий період. Надається можливість отримання довгострокової диспансерної допомоги.

Вимоги до дієтичних призначень та обмежень

Дієтичні обмеження та лікувальна фізкультура при збільшенні ваги.

Вимоги до режиму праці, відпочинку

Визначаються індивідуально з урахуванням досягнутого рівня соціального функціонування згідно з діючим законодавством.

Директор Департаменту

організації та розвитку

медичної допомоги населенню

Р. О. Моїсеєнко

Затверджено
Наказ МОЗ України
від 05.02.2007 № 59

КЛІНІЧНИЙ ПРОТОКОЛ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ НА ПАНІЧНИЙ РОЗЛАД

Код МКХ-10 F 40–48

У процесі диференційної діагностики необхідно виключити наступні патології:

- ендокринні порушення (гіпо- та гіпертиреоз, гіпоглікемічний стан при цукровому діабеті);
- деякі серцеві захворювання (стенокардію, аритмію, гіпертонічну хворобу);
- захворювання органів дихання, що зумовлюють часте і поверхневе дихання (хронічний бронхіт та бронхіальну астму);
- неврологічні захворювання (епілепсію, гіпоталамічні порушення);
- абстинентний синдром, зловживання алкоголем чи наркотичними речовинами;
- гормональні порушення, пов'язані з наднирниками;
- напади гіпотонії чи інші органічні зміни, зумовлені інфекцією або травмами.

Умови, в яких повинна надаватись медична допомога

Позалікарняно, за винятком випадків наявної небезпеки для пацієнта або його оточення, неможливості самообслуговування на життєво необхідному рівні та відсутності належних умов лікування поза межами спеціалізованого стаціонару.

Клініко-діагностична програма

1. Клініко-анамнестичний, клініко-психопатологічний методи
2. Психодіагностичні (в тому числі скринінгові) методи
3. Методи інструментального обстеження
4. Лабораторні методи.
5. Консультації інших спеціалістів при потребі для виключення соматичних чинників.

Лікувальна програма

Лікування панічного розладу (ПР) включає фармакологічні, психотерапевтичні та психосоціальні заходи. Перевага надається комбінуванню цих заходів.

Процес лікування ПР включає такі етапи: купірування панічної атаки (ПА), етап стабілізуючої терапії та профілактичної терапії.

Тривалість періоду купірування ПА становить від 6 тижнів до 2–3 місяців, періоду стабілізації – 4–6 місяців, періоду профілактичної терапії – не менше 1 року.

Фармакологічне лікування

На етапі купірування ПА провідна роль у лікуванні ПР належить антидепресантам, β -адреноблокаторам та бензодіазепінам.

Вибір антидепресантів зумовлюється особливостями симптоматики, психофармакологічним анамнезом, поточним використанням медикаментозних засобів. При цьому застосовуються препарати наступних груп: трициклічних, гетероциклічних антидепресантів, інгібіторів моноаміноксидази (МАО), селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС), інгібіторів зворотного захоплення серотоніну та норадреналіну (СІЗЗС та Н) та ін. Перевага надається антидепресантам групи СІЗЗС, СІЗЗС та Н і гетероциклічним, починаючи з мінімальних доз, передбачених в інструкціях, із поступовим їх збільшенням до досягнення бажаної терапевтичної реакції.

Бензодіазепіни є симптоматичними засобами для купірування нападу. Застосовуються як типові бензодіазепіни (седуксен, феназепам та ін.), так і атипові (клоназепам, альпразолам). Термін використання бензодіазепінів не повинен перевищувати 3–4 тижнів.

Термін використання β -адреноблокаторів становить 2–3 місяці і більше.

Антидепресанти є патогенетичним засобом лікування ПР. Провідна роль у його лікуванні належить групі СІЗЗС.

При неефективності препаратів групи СІЗЗС призначають антидепресанти інших груп: трициклічні, гетероциклічні, СІЗЗС та Н, інгібітори МАО.

Фармакологічне лікування на етапі стабілізуючої терапії включає використання підтримуючих доз попередньо ефективних засобів.

Необхідність застосування антидепресантів на етапі профілактичної терапії визначається особливостями перебігу клінічної симптоматики.

Психотерапевтичне лікування ПР передбачає використання:

- біхевіоральної психотерапії;
- когнітивної психотерапії;
- когнітивно-біхевіоральної психотерапії.

Характер кінцевого очікуваного результату лікування

1. Етап купірування ПА:

- усунення гострої тривоги;
- зменшення страху;
- регрес соматовегетативного симптомокомплексу.

2. Етап стабілізуючої терапії:

- усунення агорафобічних проявів, у тому числі тривоги очікування та поведінки уникнення;
- запобігання виникненню ранніх рецидивів симптоматики;
- відновлення попереднього рівня психологічної, соціальної та трудової адаптації.

3. Етап профілактичної терапії:

- запобігання розвитку повторних ПА;
- підтримка оптимального рівня соціального функціонування пацієнта.

Тривалість лікування в спеціалізованому стаціонарі

Перебування у спеціалізованому стаціонарі обмежується терміном, необхідним для досягнення мети етапу активної терапії.

Критерії якості лікування

1. Клінічний – ступінь редукції клінічної симптоматики протягом не менше 6 місяців і стабільність психічного стану протягом 6 місяців.
2. Соціально-психологічний – відновлення попереднього рівня психологічної, соціальної та трудової адаптації.

Можливі побічні дії та ускладнення

Холінергічний синдром (сухість у роті, порушення зору, когнітивні розлади) виникає перш за все при використанні трициклічних антидепресантів – відміна трициклічного антидепресанту і його заміна селективним інгібітором зворотного захоплення серотоніну або антидепресантом подвійного спектра дії.

Надмірна седація – зменшення дози антидепресанту, що викликав седацію, із подальшим застосуванням іншого антидепресанту без седативної дії.

Ортостатична гіпотензія – необхідно повідомити пацієнта про небезпеку, пов'язану із цим станом, і зменшити дозу антидепресанту.

Сексуальна дисфункція виникає перш за все при використанні трициклічних антидепресантів та селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну – сімейна терапія, можливе, призначення антидепресанту, що не викликає сексуальної дисфункції.

Серцево-судинні розлади (порушення серцевої провідності та ортостатична гіпотензія) – контроль ЕКГ і при збільшенні QT до > 400 мсек, якщо використовувався трициклічний антидепресант, його слід замінити антидепресантом іншої групи.

Серотонінергічний синдром (психічні розлади аж до розладів свідомості, ажитація, пітливість, діарея, блювання, гіперрефлексія, тремор, підвищення температури тіла і т. п.) виникає, як правило, внаслідок комплексної терапії антидепресантами – зменшення їх дози або повне припинення лікування антидепресантами.

Найбільший ризик серотонінергічного синдрому виникає при одночасному застосуванні інгібіторів MAO з іншими антидепресантами. Через це категорично забороняється комплексна терапія інгібіторами MAO з іншими антидепресантами.

Рекомендації щодо подальшого надання медичної допомоги та реабілітації

Основною умовою успіху є вживання всіх заходів щодо чіткого дотримання терапевтичного режиму. Продовження психоосвітньої роботи з пацієнтом та його родиною, спрямованої на прийняття розладу, позитивне сприйняття терапії, підвищення стрес-стійкості у повсякденному житті (стрес-менеджмент), тренінг навичок самостійного життя.

Надається можливість отримання довгострокової диспансерної допомоги.

Вимоги до дієтичних призначень та обмежень

Дієтичні обмеження та лікувальна фізкультура при збільшенні ваги.

Вимоги до режиму праці, відпочинку

Визначаються індивідуально з урахуванням досягнутого рівня соціального функціонування згідно із чинним законодавством.

Директор Департаменту
організації та розвитку
медичної допомоги населенню

Р. О. Моїсеєнко

Затверджено
Наказ МОЗ України
від 05.02.2007 № 59

КЛІНІЧНИЙ ПРОТОКОЛ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ НА ГЕНЕРАЛІЗОВАНИЙ ТРИВОЖНИЙ РОЗЛАД

Код МКХ-10 F 40–48

У процесі діагностичної процедури необхідно враховувати, що в 50–65 % випадків генералізований тривожний розлад (ГТР) супроводжується коморбідними розладами (панічними атаками, депресивним епізодом, соціальними або простими фобіями, розладами особистості, станами залежності, обсесивно-компульсивним розладом).

Умови, в яких повинна надаватись медична допомога

Позалікарняно, за винятком випадків наявної небезпеки для пацієнта або його оточення, коморбідних розладів, неможливості самообслуговування на життєво необхідному рівні та відсутності належних умов лікування поза межами спеціалізованого стаціонару.

Клініко-діагностична програма

1. Клініко-анамнестичний, клініко-психопатологічний методи.
2. Психодіагностичні (в тому числі скринінгові інструменти).
3. Методи інструментального обстеження.
4. Лабораторні методи.
5. Консультації інших спеціалістів при потребі для виключення соматичних чинників розладу.

Лікувальна програма

Лікування ГТР включає фармакологічні, психотерапевтичні та психосоціальні заходи. Перевага надається комбінуванню цих заходів. Процес лікування включає наступні етапи: активної терапії, стабілізуючої терапії та профілактичної терапії.

Тривалість етапу активної терапії – 6 тижнів, стабілізуючої – до 6 місяців, профілактичної – до 1 року.

Фармакологічна терапія

При лікуванні ГТР використовуються препарати різних фармакологічних груп. Препаратами першої лінії є селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС), інгібітори зворотного захоплення серотоніну та норадреналіну (СІЗЗС та Н), трициклічні та гетероциклічні антидепресанти, парціальні агоністи 5 НТ-1а рецепторів (буспірон).

Препаратами другої лінії є нейролептичні засоби, інгібітори моноаміноксидази (МАО), антигістамінні засоби (H₁-блокатори).

При необхідності призначають бензодіазепіни (термін їх застосування не повинен перевищувати 3–4 тижнів).

Лікування ГТР із коморбідними станами включає:

1. При коморбідній депресії та коморбідних панічних атаках – СІЗЗС або СІЗЗС та Н.
2. При коморбідних obsесивно-компульсивних розладах – кломіпрамін або СІЗЗС. Якщо після 6-тижневого лікування не спостерігається ніяких змін, необхідно перейти до застосування іншого препарату або комбінації препаратів.

Можлива зміна психотерапевтичної тактики.

На етапах стабілізуючої та профілактичної терапії використовується попередньо ефективний фармакологічний засіб.

Психотерапевтичне лікування ГТР включає використання наступних методів або їх поєднання:

- релаксаційної терапії;
- недирективної психотерапії;
- біхевіоральної психотерапії;
- когнітивної психотерапії;
- когнітивно-біхевіоральної психотерапії.

Психосоціальна терапія

З першого дня лікування обов'язково проводиться психоосвітня робота з пацієнтом та його родиною з метою усвідомлення ними сутності розладу та терапевтичного процесу, відновлення соціального функціонування.

Характер кінцевого очікуваного результату лікування

1. Етап активної терапії:
 - регрес соматичних симптомів;
 - зменшення виразності психологічних проявів.
2. Етап стабілізуючої антидепресивної терапії:
 - зворотний розвиток залишкових психологічних проявів;
 - відновлення попереднього рівня психологічної, соціальної та трудової адаптації.
3. Етап профілактичної терапії:
 - підтримка оптимального рівня соціального функціонування пацієнта;
 - профілактика рецидивів ГТР.

Тривалість лікування в спеціалізованому стаціонарі

Перебування у спеціалізованому стаціонарі обмежується терміном, необхідним для досягнення мети етапу активної терапії.

Критерії якості лікування

1. Клінічний – ступінь редукції тривожної симптоматики протягом не менше 6 місяців і стабільність психічного стану протягом 6 місяців.
2. Соціально-психологічний – відновлення попереднього рівня психологічної, соціальної та трудової адаптації.

Можливі побічні дії та ускладнення

Холінергічний синдром (сухість у роті, порушення зору, когнітивні розлади) виникає перш за все при використанні трициклічних антидепресантів – відміна трициклічного антидепресанту і його заміна селективним інгібітором зворотного захоплення серотоніну або антидепресантом подвійного спектра дії.

Надмірна седація – зменшення дози антидепресанту, що викликав седацію, із подальшим застосуванням іншого антидепресанту без седативної дії.

Ортостатична гіпотензія – необхідно повідомити пацієнта про небезпеку, пов'язану із цим станом, і зменшити дозу антидепресанту.

Сексуальна дисфункція виникає перш за все при використанні трициклічних антидепресантів та селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну – сімейна терапія, можливо, призначення іншого антидепресанту, що не викликає сексуальної дисфункції.

Серцево-судинні розлади (порушення серцевої провідності та ортостатична гіпотензія) – контроль ЕКГ і при збільшенні QT до > 400 мсек (якщо використовувався трициклічний антидепресант, його слід замінити антидепресантом іншої групи).

Серотонінергічний синдром (психічні розлади аж до розладів свідомості, ажитація, пітливість, діарея, блювання, гіперрефлексія, тремор, підвищення температури тіла і т. п.) виникає, як правило, внаслідок комплексної терапії антидепресантами – зменшення їх дози або повне припинення лікування антидепресантами.

Найбільший ризик серотонінергічного синдрому виникає при одночасному застосуванні інгібіторів MAO з іншими антидепресантами. Через це категорично забороняється комплексна терапія інгібіторами MAO з іншими антидепресантами.

Рекомендації щодо подальшого надання медичної допомоги та реабілітації

Основною умовою успіху є вживання всіх заходів щодо чіткого дотримання терапевтичного режиму. Продовження психоосвітньої роботи з пацієнтом та його родиною, спрямованої на прийняття хвороби, позитивне сприйняття терапії, підвищення стресстійкості у повсякденному житті (стрес-менеджмент), тренінг навичок самостійного життя.

Надається можливість отримання довгострокової диспансерної допомоги.

Вимоги до дієтичних призначень та обмежень

Дієтичні обмеження та лікувальна фізкультура при збільшенні ваги.

Вимоги до режиму праці, відпочинку

Визначаються індивідуально з урахуванням досягнутого рівня соціального функціонування згідно з чинним законодавством.

Директор Департаменту
організації та розвитку
медичної допомоги населенню Р.О. Моїсеєнко
Затверджено
Наказ МОЗ України
від 05.02.2007 № 59

**КЛІНІЧНИЙ ПРОТОКОЛ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ
ХВОРИМ НА ОБСЕСИВНО-КОМПУЛЬСИВНИЙ РОЗЛАД
Код МКХ-10 F 40–48**

У процесі діагностичної процедури слід враховувати, що обсесивно-компульсивні розлади (ОКР) супроводжуються коморбідними станами (депресивним епізодом, простими та соціальними фобіями, панічними атаками, станом залежності, розладами харчової поведінки).

Умови, в яких повинна надаватись медична допомога

Позалікарняно, за винятком випадків наявної небезпеки для пацієнта або його оточення, коморбідних розладів, неможливості самообслуговування на життєво необхідному рівні та відсутності належних умов лікування поза межами спеціалізованого стаціонару.

Клініко-діагностична програма

1. Клініко-анамнестичний, клініко-психопатологічний методи.
2. Психодіагностичні (в тому числі скринінгові інструменти).
3. Методи інструментального обстеження.
4. Лабораторні методи.
5. Консультації інших спеціалістів при потребі для виключення соматичних чинників розладу.

Лікувальна програма

Лікування ОКР включає фармакологічні, психотерапевтичні та психосоціальні заходи. Перевага надається їх комбінуванню.

Процес лікування ОКР включає наступні етапи: активної терапії, стабілізуючої терапії та профілактичної терапії. Тривалість активної терапії становить 12–16 тижнів, стабілізуючого етапу – від 6 місяців до 1 року, профілактичного – 1 рік.

Фармакологічне лікування

У фармакологічному лікуванні провідна роль належить антидепресантам: селективним інгібіторам зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС), інгібіторам зворотного захоплення серотоніну та норадреналіну (СІЗЗС та Н), трициклічним, гетероциклічним та іншим групам. Перелічені засоби використовуються у вищих дозах, ніж при лікуванні депресії.

Якщо в межах періоду активної терапії (12–16 тижнів) не спостерігається позитивних змін психопатологічної симптоматики, йдеться про резистентні форми ОКР. Подолання резистентності включає наступні стратегії:

- збільшення доз і тривалості призначення антидепресанту (якщо використовується трициклічний антидепресант, то збільшення його дози слід супроводжувати лабораторним моніторингом з метою підтримання концентрації препарату у крові в межах 300–400 мкг/л);
- перехід на застосування антидепресантів інших груп;
- зміна способу введення антидепресанту (з ентерального на парентеральний в умовах спеціалізованого стаціонару);
- підсилення ефекту антидепресантів шляхом одночасного призначення препаратів інших фармакологічних груп (наприклад, антипсихотиків другого покоління, антиконвульсантів, стабілізаторів настрою та ін.);
- комплексна терапія двома антидепресантами різних груп;
- електроконвульсивна терапія.

Етап стабілізуючої терапії включає використання підтримуючих доз попередньо ефективних засобів. Необхідність застосування фармакологічних засобів визначається особливостями перебігу клінічної симптоматики.

Психотерапевтичне лікування ОКР передбачає використання:

- біхевіоральної психотерапії;
- когнітивної психотерапії;
- когнітивно-біхевіоральної терапії.

Психосоціальна терапія

З першого дня лікування обов'язково проводиться психоосвітня робота з пацієнтом та його родиною з метою усвідомлення сутності хвороби та терапевтичного процесу, відновлення соціального функціонування.

Характер кінцевого очікуваного результату лікування

1. Етап активної терапії:

- усунення соматичних проявів;
- зменшення виразності obsесивно-компульсивних порушень;
- зменшення депресивного фону настрою.

2. Етап стабілізуючої антидепресивної терапії:

- нормалізація настрою;
- зворотний розвиток obsесивно-компульсивних проявів;
- відновлення попереднього рівня психологічної, соціальної та трудової адаптації.

3. Етап профілактичної терапії:

- підтримка оптимального рівня соціального функціонування пацієнта;
- профілактика повторних епізодів ОКР.

Тривалість лікування в спеціалізованому стаціонарі

Перебування у спеціалізованому стаціонарі обмежується терміном, необхідним для досягнення мети етапу активної терапії.

Критерії якості лікування

1. Клінічний – ступінь редукції obsесивно-компульсивної симптоматики протягом не менше 6 місяців і стабільність психічного стану протягом 6 місяців.
2. Соціально-психологічний – відновлення попереднього рівня психологічної, соціальної та трудової адаптації.

Можливі побічні дії та ускладнення

Холінергічний синдром (сухість у роті, порушення зору, когнітивні розлади) виникає перш за все при використанні трициклічних антидепресантів – відміна трициклічного антидепресанту і його заміна селективним інгібітором зворотного захоплення серотоніну або антидепресантом подвійного спектра дії.

Надмірна седація – зменшення дози антидепресанту, що викликав седацію, із подальшим застосуванням іншого антидепресанту без седативної дії.

Ортостатична гіпотензія – необхідно повідомити пацієнта про небезпеку, пов'язану із цим станом, і зменшити дозу антидепресанту.

Сексуальна дисфункція виникає перш за все при використанні трициклічних антидепресантів та селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну – сімейна терапія, можливо, призначення антидепресанту, що не викликає сексуальної дисфункції.

Серцево-судинні розлади (порушення серцевої провідності та ортостатична гіпотензія) – контроль ЕКГ і при збільшенні QT до > 400 мсек (якщо використовувався трициклічний антидепресант, його слід замінити антидепресантом іншої групи).

Серотонінергічний синдром (психічні розлади аж до розладів свідомості, ажитація, пітливість, діарея, блювання, гіперрефлексія, тремор, підвищення температури тіла та ін.) виникає, як правило, внаслідок комплексної терапії антидепресантами – зменшення дози або повне припинення лікування цими препаратами.

Найбільший ризик серотонінергічного синдрому виникає при одночасному застосуванні інгібіторів MAO з іншими антидепресантами. Через це категорично забороняється комплексна терапія інгібіторами MAO з іншими антидепресантами.

Рекомендації щодо подальшого надання медичної допомоги та реабілітації

Основною умовою успіху є вживання всіх заходів щодо чіткого дотримання терапевтичного режиму. Продовження психоосвітньої роботи з пацієнтом та його родиною, спрямованої на прийняття хвороби, позитивне сприйняття терапії, підвищення стресстійкості у повсякденному житті (стрес-менеджмент), тренінг навичок самостійного життя.

Надається можливість отримання довгострокової диспансерної допомоги

ги.

Вимоги до дієтичних призначень та обмежень

Дієтичні обмеження та лікувальна фізкультура при збільшенні ваги.

Вимоги до режиму праці, відпочинку

Визначаються індивідуально з урахуванням досягнутого рівня соціального функціонування згідно з чинним законодавством.

Директор Департаменту
організації та розвитку
медичної допомоги населенню

Р.О. Моїсеєнко

Затверджено
Наказ МОЗ України
від 05.02.2007 № 59

КЛІНІЧНИЙ ПРОТОКОЛ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ НА ПОСТТРАВМАТИЧНІ СТРЕСОВІ РОЗЛАДИ

Код МКХ-10 F 40–48

У процесі діагностики необхідно враховувати характерну для посттравматичних стресових розладів (ПТСР) коморбідну патологію. Особливо часто спостерігається поєднання ПТСР із депресивними розладами, різними формами хімічної залежності, а також із панічними, obsесивно-компульсивними, тривожно-фобійними розладами.

Умови, в яких повинна надаватись медична допомога

Позалікарняно, за винятком випадків наявної небезпеки для пацієнта або його оточення, коморбідних розладів, неможливості самообслуговування на життєво необхідному рівні та відсутності належних умов лікування поза межами спеціалізованого стаціонару.

Клініко-діагностична програма

1. Клініко-анамнестичний, клініко-психопатологічний методи.
2. Психодіагностичні (в тому числі скринінгові інструменти).
3. Методи інструментального обстеження.
4. Лабораторні методи.
5. Консультації інших спеціалістів при потребі для виключення соматичних чинників розладу.

Лікувальна програма

Лікування ПТСР включає фармакологічні, психотерапевтичні та психо-соціальні заходи. Перевага надається їх комбінуванню. Процес лікування включає наступні етапи: активної терапії, стабілізуючої терапії та профілактичної терапії.

Тривалість етапу активної терапії – 6 місяців, стабілізуючої – до 1 року, профілактичної – до 3 років.

Фармакологічна терапія

Фармакотерапія в більшості випадків має тривалий характер і полягає переважно в комбінованому застосуванні антидепресантів, транквілізаторів, тимостабілізаторів, ноотропних препаратів, β -адреноблокаторів, антипсихотичних засобів та інших засобів, причому основна роль належить антидепресантам. Терапія антидепресантами розпочинається з їх призначення разом із транквілізаторами або снодійними засобами, в разі потреби – і з β -адреноблокаторами. Вибір антидепресантів зумовлюється особливостями симптоматики, психофармакологічним анамнезом, поточним використан-

ням медикаментозних засобів. Перевага надається антидепресантам групи селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС), інгібіторів зворотного захоплення серотоніну та норадреналіну (СІЗЗС та Н) та гетероциклічним, починаючи з мінімальних доз, передбачених в інструкціях, із поступовим їх збільшенням до отримання бажаної терапевтичної реакції.

Призначення транквілізаторів має тимчасовий характер і становить, як правило, 3–4 тижні, в особливих випадках – не більше 3 місяців. Застосування снодійних засобів рекомендується виключно впродовж коротких курсів і в тому разі, коли у клінічній картині спостерігається поєднання симптомів порушень сну з афективними розладами. β -адреноблокатори призначають малими дрібними дозами. Нейролептичні засоби застосовують виключно в тих випадках, коли тривога супроводжується вираженим психомоторним збудженням та/або дезорганізацією мислення, а також у разі неефективності інших анксиолітичних та седативних засобів.

Психотерапевтичне лікування ПТСР включає використання наступних методів або їх поєднання:

- біхевіоральної психотерапії;
- когнітивної психотерапії;
- когнітивно-біхевіоральної терапії;
- психодинамічної психотерапії.

Психосоціальна терапія

З першого дня лікування обов'язково проводиться психоосвітня робота з пацієнтом та його родиною з метою усвідомлення сутності розладу та терапевтичного процесу, відновлення соціального функціонування.

Характер кінцевого очікуваного результату лікування

1. Етап активної терапії:
 - регрес основної психопатологічної симптоматики;
 - афективна переоцінка травматичного досвіду.
2. Етап стабілізуючої антидепресивної терапії:
 - зворотний розвиток залишкових психологічних проявів;
 - відновлення відчуття цінності власної особистості;
 - створення нової когнітивної моделі життєдіяльності.
3. Етап профілактичної терапії:
 - підтримка оптимального рівня функціонування пацієнта;
 - профілактика рецидивів ПТСР.

Тривалість лікування в спеціалізованому стаціонарі

Перебування у спеціалізованому стаціонарі обмежується терміном, необхідним для досягнення мети етапу активної терапії.

Критерії якості лікування

1. Клінічний критерій – ступінь редукції симптоматики протягом не менше 6 місяців і стабільність психічного стану протягом 6 місяців.
2. Соціально-психологічний – відновлення попереднього рівня психологічної, соціальної та трудової адаптації.

Можливі побічні дії та ускладнення

Холінергічний синдром (сухість у роті, порушення зору, когнітивні розлади, перш за все при використанні трициклічних антидепресантів) – відміна трициклічного антидепресанту і його заміна селективним інгібітором зворотного захоплення серотоніну або антидепресантом подвійного спектра дії.

Надмірна седация – зменшення дози антидепресанту, що викликав седацию, із подальшим застосуванням іншого антидепресанту без седативної дії.

Ортостатична гіпотензія – необхідно повідомити пацієнта про небезпеку, пов'язану із цим станом, і зменшити дозу антидепресанту.

Сексуальна дисфункція виникає в першу чергу при використанні трициклічних антидепресантів та селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну – сімейна терапія, можливо, призначення антидепресанту, що не викликає сексуальної дисфункції.

Серцево-судинні розлади (порушення серцевої провідності та ортостатична гіпотензія) – контроль ЕКГ і при збільшенні QT до > 400 мсек (якщо використовувався трициклічний антидепресант, його слід замінити антидепресантом іншої групи).

Серотонінергічний синдром (психічні розлади аж до розладів свідомості, ажитація, пітливість, діарея, блювання, гіперрефлексія, тремор, підвищення температури тіла та ін.) виникає, як правило, внаслідок застосування комбінації антидепресантів – зменшення їх дози або повне припинення лікування цими препаратами.

Найбільший ризик серотонінергічного синдрому виникає при одночасному застосуванні інгібіторів MAO з іншими антидепресантами. Через це категорично забороняється комплексна терапія інгібіторами MAO з іншими антидепресантами.

Рекомендації щодо подальшого надання медичної допомоги та реабілітації

Основною умовою успіху є вживання всіх заходів щодо чіткого дотримання терапевтичного режиму. Продовження психоосвітньої роботи з пацієнтом та його родиною, спрямованої на прийняття розладу, позитивне сприйняття терапії, підвищення стрес-стійкості у повсякденному житті (стрес-менеджмент), тренінг навичок самостійного життя.

Надається можливість отримання довгострокової диспансерної допомоги.

Вимоги до дієтичних призначень та обмежень

Дієтичні обмеження та лікувальна фізкультура при збільшенні ваги.

Вимоги до режиму праці, відпочинку

Визначаються індивідуально з урахуванням досягнутого рівня соціального функціонування згідно із чинним законодавством.

Директор Департаменту
організації та розвитку
медичної допомоги населенню

Р.О. Моїсеєнко

Затверджено
Наказ МОЗ України
від 05.02.2007 № 59

КЛІНІЧНИЙ ПРОТОКОЛ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ НА ДИСОЦІАТИВНУ АМНЕЗІЮ

Код МКХ-10: F 40–48

Умови, в яких повинна надаватись медична допомога

Позалікарняно, за винятком випадків наявної небезпеки для пацієнта або його оточення, коморбідних розладів, неможливості самообслуговування на життєво необхідному рівні та відсутності належних умов лікування поза межами спеціалізованого стаціонару.

Клініко-діагностична програма

1. Клініко-анамнестичний, клініко-психопатологічний методи.
2. Психодіагностичні (в тому числі скринінгові інструменти).
3. Методи інструментального обстеження.
4. Лабораторні методи.
5. Консультації інших спеціалістів при потребі для виключення соматичних чинників розладу.

Лікувальна програма

Пацієнтам, хворим на дисоціативні розлади, необхідно проводити специфічну терапію, зумовлену клінічними проявами невротичного регістру, а також неспецифічну терапію, пов'язану із наявністю соматоневрологічних змін: зміцнювальну, тонізуючу, що підвищує реактивність. Поряд із цим проводиться психотерапія та реабілітаційні заходи.

Специфічною терапією для пацієнтів на дисоціативні розлади є психотерапія:

- а) **індивідуально-орієнтована психотерапія** проводиться після зняття гостроти хворобливих переживань. Проводиться як індивідуально, так і в межах групової психотерапії та спрямована на виявлення і вивчення збільшення адаптаційних можливостей особистості, досягнення у пацієнта усвідомлення причинно-наслідкового зв'язку між вагомістю переживань і особливостями системи відносин, корекцію неадекватних реакцій і форм поведінки, логічне переконання пацієнта, вироблення у нього адекватного ставлення до розладу. Частота – 3–5 разів на тиждень, тривалість – 4–6 тижнів;
- б) **гіпнотерапія** – спрямована на фіксацію уваги на розслабленні, на седацию емоційних порушень, відновлення настрою, проводиться щодня, усього 8–10 сеансів;
- в) **аутогенне тренування** – модифікації, спрямовані на розвиток і зміцнення процесу саморегуляції, самоконтролю і самовладання; прово-

диться щодня, 10–15 сеансів під контролем лікаря, а потім самостійно протягом 3–4 місяців;

г) **сімейна психотерапія** – спрямована на стабілізацію відносин у сім'ї;

д) **тілесно-орієнтована психотерапія**.

Медикаментозне лікування:

- транквілізатори – короткостроковий курс лікування для купірування гострих проявів захворювання;
- нейролептики – при грубих поведінкових розладах, порушеннях свідомості;
- антидепресанти.

Характер кінцевого очікуваного результату лікування

У стаціонарі – зменшення емоційних порушень. Купірування афективних розладів, гострих невротичних розладів, дезактуалізація психогенної дезадаптації тощо, пом'якшення змін особистості, покращання якості життя хворого.

Амбулаторне – зменшення емоційних порушень, зменшення впливу психогенних факторів. Купірування невротичних та афективних розладів, порушень поведінки, покращання якості життя пацієнта.

Тривалість лікування – від 3 тижнів до 6 місяців.

Критерії якості лікування

Нормалізація емоційного стану та психологічних установок пацієнта і, як наслідок, покращання якості життя.

Можливі побічні дії та ускладнення

Холінергічний синдром (сухість у роті, порушення зору, когнітивні розлади) виникає перш за все при використанні трициклічних антидепресантів – відміна трициклічного антидепресанту і його заміна селективним інгібітором зворотного захоплення серотоніну або антидепресантом подвійного спектра дії.

Надмірна седація – зменшення дози антидепресанту, що викликав седацію, із подальшим застосуванням іншого антидепресанту без седативної дії.

Ортостатична гіпотензія – необхідно повідомити пацієнта про небезпеку, пов'язану із цим станом, і зменшити дозу антидепресанту.

Сексуальна дисфункція виникає перш за все при використанні трициклічних антидепресантів та селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну – сімейна терапія, можливо, перехід на антидепресант, що не викликає сексуальної дисфункції.

Серцево-судинні розлади (порушення серцевої провідності та ортостатична гіпотензія) – контроль ЕКГ і при збільшенні QT до > 400 мсек (якщо використовувався трициклічний антидепресант, слід його замінити антидепресантом іншої групи).

Серотонінергічний синдром (психічні розлади аж до розладів свідомості, ажитація, пітливість, діарея, блювання, гіперрефлексія, тремор, підви-

щення температури тіла та ін.) виникає, як правило, внаслідок призначення комбінації антидепресантів – зменшення дози або повне припинення лікування антидепресантами.

Найбільший ризик серотонінергічного синдрому виникає при одночасному застосуванні інгібіторів МАО з іншими антидепресантами. Через це категорично забороняється комплексна терапія інгібіторами МАО з іншими антидепресантами.

Рекомендації для подальшого надання медичної допомоги

Реабілітаційні заходи в амбулаторних умовах: прийом підтримуючого лікування протягом 3–6 місяців із поступовим зниженням доз препаратів; обов'язкове використання умовнорефлекторного тренінгу упродовж тривалого часу, аутогенного тренування. Основною умовою успіху є вживання всіх заходів щодо чіткого дотримання терапевтичного режиму. Продовження психоосвітньої роботи з пацієнтом та його родиною, спрямованої на прийняття розладу, позитивне сприйняття терапії, підвищення стресостійкості у повсякденному житті (стрес-менеджмент), тренінг навичок самостійного життя.

Надається можливість отримання довгострокової диспансерної допомоги.

Вимоги до дієтичних призначень та обмежень

Дієтичні обмеження та лікувальна фізкультура при збільшенні ваги.

Вимоги до режиму праці, відпочинку

Визначаються індивідуально з урахуванням досягнутого рівня соціального функціонування згідно із чинним законодавством.

Директор Департаменту
організації та розвитку
медичної допомоги населенню

Р.О. Моїсеєнко

Затверджено
Наказ МОЗ України
від 05.02.2007 № 59

КЛІНІЧНИЙ ПРОТОКОЛ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ НА СОМАТИЗОВАНИЙ РОЗЛАД

Код МКХ-10 F 40–48

Умови, в яких повинна надаватись медична допомога

Позалікарняно, за винятком випадків наявної небезпеки для пацієнта або його оточення, коморбідних розладів, неможливості самообслуговування на життєво необхідному рівні та відсутності належних умов лікування поза межами спеціалізованого стаціонару.

Клініко-діагностична програма

1. Клініко-анамнестичний, клініко-психопатологічний методи.
2. Психодіагностичні (в тому числі скринінгові інструменти).
3. Методи інструментального обстеження.
4. Лабораторні методи.
5. Консультації інших спеціалістів при потребі.

Лікувальна програма

Терапією даного розладу є комплексність та одночасність застосування медикаментозних та психотерапевтичних засобів. Використовується:

Психотерапія:

- а) раціональна психотерапія** – спрямована на роз'яснення пацієнту особливостей формування захворювання, неадекватного відношення до свого стану, переоцінки значущості виникаючих відчуттів, проводиться 2–3 рази на тиждень протягом 1 місяця;
- б) групова психотерапія** – спрямована на формування нових психологічних установок, проводиться щодня впродовж 21 дня;
- в) аутогенне тренування** має переважно симптоматичний характер і спрямоване на усунення симптомів, проводиться 2–3 рази на тиждень протягом 1 місяця;
- г) тілесно-орієнтована психотерапія;**
- д) сімейна психотерапія** використовується з метою створення сприятливого мікроклімату в сім'ї, проводиться 1 раз на тиждень протягом 2–3 місяців;
- є) поведінкова (умовно-рефлекторна) терапія**, проводиться 1 раз на тиждень протягом 2–3 місяців.

Медикаментозне лікування:

Транквілізатори; β -адреноблокатори; антидепресанти; нейролептики; нейрометаболічні, ангіотропні та вегетотропні препарати. **Тривалість лікування** – від 3 до 6 місяців.

Критерії якості лікування

Нормалізація емоційного стану та психологічних установок пацієнта і, як наслідок, покращення якості життя.

Можливі побічні дії та ускладнення

Можливі побічні дії, які пов'язані із застосуванням антидепресантів та транквілізаторів.

Холінергічний синдром (сухість у роті, порушення зору, когнітивні розлади) виникає перш за все при використанні трициклічних антидепресантів – відміна трициклічного антидепресанту і його заміна селективним інгібітором зворотного захоплення серотоніну або антидепресантом подвійного спектра дії.

Надмірна седация – зменшення дози антидепресанту, що викликав седацию, із подальшим призначенням іншого антидепресанту без седативної дії.

Ортостатична гіпотензія – необхідно повідомити пацієнта про небезпеку, пов'язану із цим станом, і зменшити дозу антидепресанту.

Сексуальна дисфункція виникає перш за все при використанні трициклічних антидепресантів та селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну – сімейна терапія, можливо, перехід на антидепресант, що не викликає сексуальної дисфункції.

Серцево-судинні розлади (порушення серцевої провідності та ортостатична гіпотензія) – контроль ЕКГ і при збільшенні QT до > 400 мсек (якщо використовувався трициклічний антидепресант, його слід замінити антидепресантом іншої групи).

Серотонінергічний синдром (психічні розлади аж до розладів свідомості, ажитація, пітливість, діарея, блювання, гіперрефлексія, тремор, підвищення температури тіла та ін.) виникає, як правило, внаслідок призначення комбінації антидепресантів – зменшення їх дози або повне припинення лікування антидепресантами.

Найбільший ризик серотонінергічного синдрому виникає при одночасному застосуванні інгібіторів MAO з іншими антидепресантами. Через це категорично забороняється комплексна терапія інгібіторами MAO з іншими антидепресантами.

Рекомендації для подальшого надання медичної допомоги

Реабілітаційні заходи в амбулаторних умовах: призначення підтримуючого лікування впродовж 2–3 місяців із поступовим зниженням доз препаратів. Основною умовою успіху є вживання всіх заходів щодо чіткого дотримання терапевтичного режиму. Продовження психоосвітньої роботи з пацієнтом та його родиною, спрямованої на прийняття розладу, позитивне сприйняття терапії, підвищення стрес-стійкості у повсякденному житті (стрес-менеджмент), тренінг навичок самостійного життя.

Надається можливість отримання довгострокової диспансерної допомоги.

Вимоги до дієтичних призначень та обмежень

Дієтичні обмеження та лікувальна фізкультура при збільшенні ваги.

Вимоги до режиму праці, відпочинку

Визначаються індивідуально з урахуванням досягнутого рівня соціального функціонування згідно із чинним законодавством.

Директор Департаменту
організації та розвитку
медичної допомоги населенню

Р. О. Моїсеєнко

Затверджено
Наказ МОЗ України
від 05.02.2007 № 59

КЛІНІЧНИЙ ПРОТОКОЛ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ НА НЕВРАСТЕНІЮ

Код МКХ-10 F 40–48

Умови, в яких повинна надаватися медична допомога

Позалікарняно, за винятком випадків наявної небезпеки для пацієнта або його оточення, коморбідних розладів, неможливості самообслуговування на життєво необхідному рівні та відсутності належних умов лікування поза межами спеціалізованого стаціонару.

Клініко-діагностична програма

1. Клініко-анамнестичний, клініко-психопатологічний методи.
2. Психодіагностичні (в тому числі скринінгові інструменти).
3. Методи інструментального обстеження.
4. Лабораторні методи.
5. Консультації інших спеціалістів при потребі.

Лікувальна програма

Особливістю терапії даного розладу є комплексність та одночасність застосування медикаментозних та психотерапевтичних засобів.

Психотерапія:

- а)раціональна** – спрямована на роз'яснення пацієнту особливостей формування захворювання, неадекватного відношення пацієнта до ситуацій, що призвели до розладу, переоцінки своєї ролі та положення у психотравмуючій ситуації;
- б)індивідуально-орієнтована** – спрямована на всебічне вивчення особистості пацієнта, специфіки формування, структури і функціонування його системи відношень; досягнення у пацієнта усвідомлення і розуміння причинно-наслідкового зв'язку між особливостями його системи відношень і захворюванням; допомога в розумінні ситуації, що є психотравмуючою, зміна відношення до цієї ситуації, корекція неадекватних реакцій і форм поведінки.
- в) аутогенне тренування** проводиться із застосуванням спеціально розроблених вправ з урахуванням скарг пацієнта і симптоматики розладу та спрямована на розвиток і зміцнення саморегуляції, самоконтролю і самовладання, при цьому здійснюється вплив на загальноневротичну симптоматику, нейровегетативні розлади, тривалість – 2–3 місяці, перші 2–3 тижні під контролем лікаря, потім самостійно.

Медикаментозне лікування:

- адаптогени природного походження;

- ноотропи;
- нейрометаболичні препарати;
- транквілізатори;
- антидепресанти.

Характер кінцевого очікуваного результату лікування

Редукція психопатологічної симптоматики, остаточно реконвалесценція.

Тривалість лікування – від 3 до 6 тижнів.

Можливі побічні дії та ускладнення

Можливі побічні дії, пов'язані із застосуванням антидепресантів та транквілізаторів.

Холінергічний синдром (сухість у роті, порушення зору, когнітивні розлади), перш за все при використанні трициклічних антидепресантів – відміна трициклічного антидепресанту і його заміна селективним інгібітором зворотного захоплення серотоніну або антидепресантом подвійного спектра дії.

Надмірна седація – зменшення дози антидепресанту, що викликав седацію, із подальшим переключенням на інший антидепресант без седативної дії.

Ортостатична гіпотензія – необхідно повідомити пацієнта про небезпеку, пов'язану із цим станом, і зменшити дозу антидепресанту.

Сексуальна дисфункція виникає перш за все при використанні трициклічних антидепресантів та селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну – сімейна терапія, можливо, перехід на застосування антидепресанту, що не викликає сексуальної дисфункції.

Серцево-судинні розлади (порушення серцевої провідності та ортостатична гіпотензія) – контроль ЕКГ і при збільшенні QT до > 400 мсек (якщо використовувався трициклічний антидепресант, його слід замінити антидепресантом іншої групи).

Серотонінергічний синдром (психічні розлади аж до розладів свідомості, ажитація, пітливість, діарея, блювання, гіперрефлексія, тремор, підвищення температури тіла та ін.) виникає, як правило, внаслідок призначення комбінації антидепресантів – зменшення їх дози або повне припинення лікування антидепресантами.

Найбільший ризик серотонінергічного синдрому виникає при одночасному застосуванні інгібіторів MAO з іншими антидепресантами. Через це категорично забороняється комплексна терапія інгібіторами MAO з іншими антидепресантами.

Рекомендації для подальшого надання медичної допомоги

Основною умовою успіху є вживання всіх заходів щодо чіткого дотримання терапевтичного режиму. Продовження психоосвітньої роботи з пацієнтом та його родиною, спрямовану на прийняття розладу, позитивне

сприйняття терапії, підвищення стрес-стійкості у повсякденному житті (стрес-менеджменту), тренінгу навичок самостійного життя.

Надається можливість отримання довгострокової диспансерної допомоги.

Вимоги до дієтичних призначень та обмежень

Дієтичні обмеження та лікувальна фізкультура при збільшенні ваги.

Вимоги до режиму праці, відпочинку

Визначаються індивідуально з урахуванням досягнутого рівня соціального функціонування згідно із чинним законодавством.

Директор Департаменту
організації та розвитку
медичної допомоги населенню

Р. О. Моїсеєнко

Затверджено
Наказ МОЗ України
від 05.02.2007 № 59

КЛІНІЧНИЙ ПРОТОКОЛ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ НА ДЕПРЕСИВНИЙ ЕПІЗОД ТА РЕКУРЕНТНУ ДЕПРЕСІЮ

F 30–39

Ознаки та критерії діагностики захворювання.

Згідно з МКХ 10

Умови, в яких повинна надаватись медична допомога

Позалікарняно, за винятком випадків наявної небезпеки для пацієнта або його оточення, тяжких соматичних розладів, неможливості самообслуговування на життєво необхідному рівні та відсутності належних умов лікування поза межами спеціалізованого стаціонару.

Клініко-діагностична програма

1. Клініко-анамнестичні, клініко-психопатологічні методи.
2. Психодіагностичні (в тому числі скринінгові інструменти).
3. Методи інструментального обстеження.
4. Лабораторні методи.
5. Консультації інших спеціалістів при потребі, для виключення соматичних чинників депресивного розладу.

Лікувальна програма

Лікування повинне бути біологічним і психосоціальним.

Біологічна терапія

Процес лікування включає наступні етапи: активної терапії, стабілізуючої терапії та профілактичної (підтримуючої) терапії. Зміст терапії залежить від ступеня тяжкості поточного психічного стану.

Етап активної терапії

Підставою для початку медикаментозного лікування є наявність депресивної симптоматики протягом більше ніж 2 тижнів. Перевага надається антидепресантам групи селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС), інгібіторів зворотного захоплення серотоніну та норадреналіну (СІЗЗС та Н), починаючи з мінімальних доз, передбачених інструкціями, з поступовим нарощуванням доз до бажаної терапевтичної реакції. Враховується психофармакологічний анамнез. Перевага надається попередньо ефективному препарату. На початку терапії рекомендоване використання одного антидепресанту. При повній відсутності його терапевтичного ефекту протягом 4 тижнів необхідно перейти до іншого антидепресанту. При незначному поліпшенні афективного стану – ще 2 тижні продовжують розпочату терапію обраним препаратом, а в разі відсутності про-

гресу слід перейти до іншого антидепресанту. При наявності клінічно значущих симптомів тривоги, рекомендується призначення транквілізаторів (бензодіазепінів) строком на 1–2 тижні.

Залежно від тяжкості стану

При тяжкому депресивному епізоді, який потребує інтенсивнішого лікування, або при відсутності прогресу у лікуванні депресивного епізоду середнього ступеня тяжкості зазначеними вище засобами, бажано призначати сучасні антидепресанти подвійної дії або трициклічні антидепресанти (бажаний лабораторний моніторинг трициклічного антидепресанту в крові). Депресивний епізод, обтяжений психотичною симптоматикою, потребує обов'язкового поєднаного призначення антидепресантів і антипсихотиків другого покоління, що пов'язано, зокрема, із особливою схильністю пацієнтів цієї категорії до виникнення екстрапірамідних ускладнень. Тривалість етапу активної терапії – 8–16 тижнів.

Етап стабілізуючої терапії

Терапія антидепресантами продовжується в дозах, які були обрані на етапі активного лікування. Тривалість етапу стабілізуючої терапії – не менше 6 місяців.

Етап профілактичної (підтримуючої) терапії

Профілактичне (підтримуюче) лікування необхідно всім пацієнтам протягом не менше 3 років, а пацієнтам з трьома та більше епізодами в минулому, з обтяженим депресією сімейним анамнезом та соматично обтяженим пацієнтам – більше трьох років. При вирішенні питання про відміну антидепресанту слід забезпечити поступове зменшення його дози протягом не менше 4 тижнів (для уникнення “синдрому віддачі”).

Терапевтична резистентність

Якщо в разі дотримання режиму терапії, достатніх дозувань та при умові відсутності ознак біполярного розладу протягом не менше 6 тижнів (для кожного із двох послідовно використаних антидепресантів) не настає бажаний терапевтичний ефект – йдеться про дійсну терапевтичну резистентність.

Для подолання терапевтичної резистентності рекомендується:

- підвищення дозувань і тривалості призначення антидепресанту, що використовується (якщо використовується трициклічний антидепресант, то збільшення його дози слід супроводжувати лабораторним моніторингом з метою підтримання концентрації препарату у крові в межах 300–400 мкг/л);
- переключення на антидепресанти інших груп;
- зміна способу введення антидепресанту (з ентерального на парентеральний в умовах спеціалізованого стаціонару);
- підсилення ефекту антидепресантів шляхом одночасного призначення

препаратів інших фармакологічних груп (наприклад, антипсихотиків другого покоління, антиконвульсантів, стабілізаторів настрою та інших);

- комбінація двох антидепресантів різних груп;
- електроконвульсивна терапія.

Психосоціальна терапія

З першого дня лікування обов'язково проводиться психоосвітня робота з родиною і когнітивно-поведінкова та інші форми психотерапії з пацієнтом для усвідомлення ним свого розладу та сутності терапевтичного процесу, відновлення соціального функціонування.

Характер кінцевого очікуваного результату лікування

1. Етап активної терапії:
 - Усунення ризику суїцидальної поведінки.
 - Зменшення виразності (редукція) депресивної симптоматики.
2. Етап стабілізуючої антидепресивної терапії:
 - Зворотній розвиток залишкової депресивної симптоматики.
 - Відновлення попереднього рівня психологічної, соціальної та трудової адаптації.
3. Етап профілактичної (підтримуючої) антидепресивної терапії:
 - Підтримка оптимального рівня соціального функціонування пацієнта.
 - Профілактика повторних епізодів депресії.

Тривалість лікування в спеціалізованому стаціонарі

Перебування у спеціалізованому стаціонарі обмежується терміном, необхідним для досягнення мети етапу активної терапії.

Критерії якості лікування

1. Клінічний критерій – ступінь редукції депресивної симптоматики протягом не менше 6 місяців і стабільність психічного стану протягом 6 місяців.
2. Соціально-психологічний – ввідновлення попереднього рівня психологічної, соціальної та трудової адаптації.

Можливі побічні дії та ускладнення

Холінергічний синдром: сухість в роті, порушення зору, когнітивні розлади (перш за все при використанні трициклічних антидепресантів) – відміна трициклічного антидепресанту і його заміна селективним інгібітором зворотного захоплення серотоніну або антидепресантом подвійного спектру дії.

Надмірна седація – зменшення дози антидепресанту, що викликав седацію, із подальшим переключенням на інший антидепресант без седативної дії.

Ортостатична гіпотензія – необхідно повідомити пацієнта про небезпеку, пов'язану із цим станом, і зменшити дозу антидепресанту.

Сексуальна дисфункція виникає перш за все при використанні трициклічних антидепресантів та інгібіторів зворотного захоплення серотоніну – сімейна терапія, можливо, переключення на антидепресанти, що не викликають сексуальної дисфункції.

Серцево-судинні розлади (порушення серцевої провідності та ортостатична гіпотензія) – контроль ЕКГ і при збільшенні QT до > 400 мсек (якщо використовувався трициклічний антидепресант слід його замінити антидепресантом іншої групи).

Серотонінергічний синдром (психічні розлади, аж до розладів свідомості, ажитація, гіпергідроз, пронос, блювання, гіперрефлексія, тремор, підвищення температури тіла та ін.) виникає, як правило, внаслідок призначення комбінації антидепресантів – зменшення дози або повне припинення лікування антидепресантами.

Найбільший ризик серотонінергічного синдрому виникає при комбінаціях з інгібіторами MAO інших антидепресантів. Через це категорично забороняється використовувати інгібітори MAO в комбінації з іншими антидепресантами.

Рекомендації щодо подальшого надання медичної допомоги та реабілітації

Основною умовою успіху є вживання всіх заходів щодо чіткого дотримання терапевтичного режиму. Продовження психоосвітньої роботи з родиною та пацієнтом, спрямованої на прийняття розладу, позитивне відношення до терапії, стрес-стійкості у повсякденному житті (стрес-менеджмент), тренінг навичок самостійного життя.

Профілактична підтримуюча антипсихотична терапія триває не менше 3-х років, індивідуально. Надається можливість отримання довгострокової диспансерної допомоги.

Вимоги до дієтичних призначень та обмежень

Дієтичні обмеження та лікувальна фізкультура при збільшенні ваги.

Вимоги до режиму праці, відпочинку

Визначаються індивідуально з урахуванням досягнутого рівня соціального функціонування згідно з діючим законодавством.

Директор Департаменту

організації та розвитку

медичної допомоги населенню

Р. О. Моїсеєнко

КАБІНЕТ МІНІСТРІВ УКРАЇНИ

ПОСТАНОВА

рід 27 вересня 2000 р.

№ 1465, Київ

Про затвердження Порядку проведення обов'язкових попередніх та періодичних психіатричних оглядів і переліку медичних психіатричних протипоказань щодо виконання окремих видів діяльності (робіт, професій, служби), що можуть становити безпосередню небезпеку для особи, яка провадить цю діяльність, або оточуючих.

Відповідно до статті 9 Закону України “Про психіатричну допомогу” (1489–14) Кабінет Міністрів України **постановляє:**

Затвердити Порядок проведення обов'язкових попередніх та періодичних психіатричних оглядів і перелік медичних психіатричних протипоказань щодо виконання окремих видів діяльності (робіт, професій, служби), що можуть становити безпосередню небезпеку для особи, яка провадить цю діяльність, або оточуючих (додаються).

Прем'єр-міністр України

Інд. 28

В. ЮЩЕНКО

ЗАТВЕРДЖЕНО постановою
Кабінету Міністрів України
від 27 вересня 2000 р. № 1465

**ПОРЯДОК ПРОВЕДЕННЯ ОБОВ'ЯЗКОВИХ
ПОПЕРЕДНІХ ТА ПЕРІОДИЧНИХ ПСИХІАТРИЧНИХ
ОГЛЯДІВ**

1. Метою проведення обов'язкових попередніх та періодичних психіатричних оглядів є встановлення придатності особи до виконання окремих видів діяльності (робіт, професій, служби) з особливими вимогами до стану її психічного здоров'я.
2. Обов'язковий попередній психіатричний огляд проводиться перед початком діяльності (влаштуванням на роботу), а обов'язковий періодичний – у процесі діяльності. Періодичність проведення цих психіатричних оглядів визначається переліком медичних психіатричних протипоказань щодо виконання окремих видів діяльності (робіт, професій, служби), що можуть становити безпосередню небезпеку для особи, яка провадить цю діяльність, або оточуючих (далі – перелік).
3. Обов'язкові попередній та періодичний психіатричні огляди проводяться лікарем-психіатром у державних та комунальних психіатричних закладах, закладах охорони здоров'я, що мають у своєму складі спеціалізовані психоневрологічні центри, відділення, кабінети (далі – психонев-

рологічні заклади), за місцем постійного проживання громадянина. Працівники МВС, СБУ, Міноборони та інших військових формувань, утворених відповідно до законів України, проходять обов'язкові попередній та періодичний психіатричні огляди у відповідних відомчих лікувально-профілактичних закладах.

4. Обов'язкові попередній та періодичний психіатричні огляди проводяться за програмою, яка передбачає обов'язкове та у разі потреби додаткове обстеження. Обсяги обов'язкового обстеження встановлюються МОЗ.
5. Під час проведення обов'язкових попереднього та періодичного психіатричних оглядів враховуються відомості про звернення особи у психоневрологічні заклади за психіатричною допомогою.
6. У разі виявлення в особи ознак психічного захворювання (розладу), зазначеного у переліку, яке є протипоказанням для виконання окремих видів діяльності, або якщо вона страждала на тяжкий психічний розлад в минулому (не менш як 5 років тому), а також у разі незгоди особи з результатами психіатричного огляду вона повинна пройти додаткове психіатричне обстеження – амбулаторне або в умовах стаціонару. Рішення про наявність психіатричних протипоказань для виконання окремих видів діяльності після додаткового психіатричного обстеження приймається лікарськоконсультативною комісією.
7. Після проведення обов'язкових попереднього або періодичного психіатричних оглядів, а у разі потреби – додаткового психіатричного обстеження, особі видається довідка про проходження обов'язкових попереднього або періодичного психіатричних оглядів (зразок додається), в якій зазначається наявність чи відсутність у неї психіатричних протипоказань для виконання окремих видів діяльності. Термін дії довідки встановлюється відповідно до періодичності психіатричних оглядів.
8. Наявність чи відсутність в особи наркологічних протипоказань для виконання окремих видів діяльності встановлюється відповідно до Порядку про обов'язковий профілактичний наркологічний огляд громадян (1238–97-п), встановленого Кабінетом Міністрів України.
9. Інструкція про проведення обов'язкових попередніх та періодичних психіатричних оглядів і форми відповідної медичної звітності розробляються і затверджуються МОЗ.

Зразок
(найменування установи)

ДОВІДКА

про проходження попереднього (періодичного) психіатричного огляду

Прізвище

Ім'я

По батькові

Рік народження

Адреса

Дата проходження огляду

Результати огляду:

а) психіатричних протипоказань для виконання
(вид професійних обов'язків)

б) психіатричних протипоказань для провадження
(вид діяльності)

Результати обстеження, проведеного лікарсько-консультативною комісією

Довідка дійсна до

Лікар-психіатр МП лікаря (підпис)

(прізвище та ініціали) МП установи

Додаток 9

ПРИЗНАЧЕННЯ ТА ПРОВЕДЕННЯ СУДОВО-ПСИХІАТРИЧНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ

Судово-психіатрична експертиза (надалі – експертиза) призначається органами досудового слідства та суду і проводиться за їх відповідним рішенням з метою відповіді на питання, що виникають під час провадження адміністративних, кримінальних та цивільних справ з приводу психічного стану особи.

Експертиза проводиться в Українському науково-дослідному інституті соціальної і судової психіатрії та наркології Міністерства охорони здоров'я України, центрах судовопсихіатричних експертиз, відділеннях (амбулаторних, стаціонарних експертиз), які є структурними підрозділами психоневрологічних (психіатричних) лікарень, психоневрологічних диспансерів. Значені заклади охорони здоров'я виконують функції судовоекспертних установ або підрозділів (далі – експертна установа / підрозділ).

Експертизу в експертній установі (підрозділі) виконує лікар-судово-психіатричний експерт (далі – експерт) одноособово або у складі амбулаторних (стаціонарних) судовопсихіатричних експертних комісій (далі – комісія). Посади експертів та голів комісій встановлюються згідно з чинними нормативними документами Міністерства охорони здоров'я. Склад комісій затверджується наказом керівника експертної установи (підрозділу). Проведення експертиз з кримінальних, цивільних та адміністративних справ у експертних установах (підрозділах); обов'язки, права та відповідальність експерта; організація проведення експертиз та оформлення їх результатів визначаються Законами України “Про судову експертизу”, “Про психіатричну допомогу”, Кримінально-процесуальним, Цивільним процесуальним кодексами, Кодексом України про адміністративні правопорушення та цим Порядком.

Експертиза може проводитись амбулаторно (у тому числі посмертно), стаціонарно, у судовому засіданні.

Експертиза може бути первинна, додаткова і повторна.

Первинною є експертиза, яка призначається у даній справі з даних питань уперше.

Додатковою є експертиза, яка призначається для вирішення окремих питань, які не були поставлені при первинній експертизі, а також у разі неповноти або недостатньої якості первинної експертизи, і проведення її доручається експертам у тому самому або іншому складі.

Повторною є експертиза, яка призначається, якщо висновок первинної експертизи суперечить матеріалам справи, викликає сумніви щодо його правильності і визнаний органами дізнання, слідчим, прокурором, судом

необґрунтованим. Призначення повторної експертизи повинно бути мотивоване, а її проведення доручається іншому більш кваліфікованому складу експертів.

Предметом експертизи є визначення психічного стану осіб, яким призначено експертизу, у конкретні проміжки часу і відносно певних обставин, що становлять інтерес для органів слідства та суду.

Об'єктами експертизи є: підозрювані, стосовно яких в органів дізнання та слідства виникли сумніви щодо їх психічної повноцінності; обвинувачені та підсудні, стосовно яких в органах слідства та суду виникли сумніви щодо їх осудності або можливості за психічним станом брати участь у слідчих діях чи судовому засіданні; свідки і потерпілі, стосовно яких в органах слідства та суду виникли сумніви щодо їх психічної повноцінності; потерпілі, стосовно яких вирішується питання про взаємозв'язок змін у їхньому психічному стані зі скоєними щодо них протиправними діяннями (безпорадний стан та заподіяння шкоди здоров'ю); позивачі, відповідачі та інші особи, стосовно яких вирішується питання про їхню дієздатність; позивачі, стосовно яких вирішується питання про їх психічний стан у певні проміжки часу, про обґрунтованість установленого раніше психіатричного діагнозу та прийнятих щодо них медичних заходів; матеріали кримінальної або цивільної справи, медична документація, аудіовізуальні матеріали та інша інформація про психічний стан особи, відповідно до якої проводиться експертиза.

Експертизи мають призначатися відповідно до зони, яка обслуговується певною експертною установою (підрозділом). При повторній експертизі або в разі неможливості чи недоцільності проведення експертизи в експертній установі (підрозділі) за зоною обслуговування особа або орган, які призначають експертизу, указавши відповідні мотиви, можуть доручити її виконання експертам іншої експертної установи (підрозділу).

Організаційне, матеріально-технічне забезпечення виконання експертизи, контроль за своєчасним її проведенням та дотриманням чинного законодавства з питань експертизи покладаються на керівника експертної установи (підрозділу).

Якщо отримані матеріали оформлені з порушеннями, які унеможливають організацію проведення експертизи (не надійшло рішення про призначення експертизи, не надійшли об'єкти досліджень, поставлені запитання виходять за межі спеціальних знань експерта і т. ін.), то керівник експертної установи (підрозділу) негайно повідомляє про це особу або орган, які призначили експертизу.

Якщо особа або орган, які призначили експертизу, не вживають належних заходів для усунення цих перешкод, то керівник експертної установи (підрозділу) після закінчення одного місяця з дня надання зазначеного повідомлення повертає їм матеріали.

Кількісний склад експертів (одноособовий або комісійний) щодо конкретної справи встановлюється органом, який призначив експертизу. Якщо це не зазначено, його встановлює керівник експертної установи (підрозділу). При цьому враховуються форма проведення експертизи, її вид та складність. При проведенні комісійної експертизи експерт, призначений головою комісії, не має переваг перед іншими членами комісії при вирішенні порушених питань. Як голова комісії він виконує лише організаційні функції з проведення експертизи. В експертизі відсутня інстанційність. У разі розходження думок між експертами однієї комісії, у разі розходження висновків первинної та повторної експертизи жоден із висновків не має заздалегідь установленої сили. Права й обов'язки експерта, на якого покладено виконання експертизи, незалежно від виду судочинства передбачаються Законом “Про судову експертизу” (ст.ст. 12, 13) та процесуальним законодавством.

Експерт, на якого покладено виконання експертизи, зобов'язаний: з'явитися на виклик органу, який призначає експертизу; особисто досліджувати надані йому об'єкти і давати об'єктивний висновок на поставлені перед ним запитання; заявити про самовідвід за наявності підстав, передбачених законодавством, які виключають його участь у справі; повідомити у письмовій формі орган, що призначив експертизу, про неможливість проведення експертизи із зазначенням причин (ненадання об'єктів для проведення експертизи, ненадання витребуваних додаткових матеріалів або надання матеріалів, що недостатні для вирішення запитань, або запитання, що ставлять перед ним, виходять за межі його компетенції).

Експерт має право: ознайомитися з матеріалами справи, медичною документацією, які стосуються експертизи; порушувати клопотання про надання додаткових та нових матеріалів, необхідних для вирішення поставлених питань; з дозволу особи або органу, які призначили експертизу, бути присутнім під час проведення слідчих і судових дій, порушувати клопотання, що стосуються проведення експертизи, та задавати відповідні запитання особам, яких допитують; указувати у висновку експертизи на факти, які мають значення для справи і про які йому не були поставлені питання; у разі незгоди з іншими членами експертної комісії – скласти окремий висновок експертизи; оскаржувати в установленому порядку дії та рішення особи або органу, які призначили експертизу, внаслідок чого порушуються права експерта або порядок проведення експертизи; за наявності відповідних підстав на забезпечення безпеки.

Експерту забороняється: самостійно збирати матеріали, які підлягають дослідженню, а також вибирати вихідні дані для проведення експертизи, якщо вони відображені в наданих йому матеріалах неоднозначно; розголошувати без дозволу прокурора, слідчого, особи, яка провадить дізнання,

дані досудового слідства; вступати в контакти, не передбачені порядком проведення експертизи, з будь-якими особами, якщо такі особи прямо чи побічно стосуються експертизи; зберігати кримінальні, цивільні та господарські справи, а також речові докази й документи, що є об'єктами експертизи, поза службовим приміщенням.

Амбулаторна експертиза може проводитись у кабінеті слідчого, суді, слідчому ізоляторі, експертній установі (підрозділі). Виклик експерта на вимогу слідчих або судових органів здійснюється згідно з вимогами чинного законодавства.

Термін проведення амбулаторної експертизи становить до 30 діб з моменту отримання всіх відповідних матеріалів. Залежно від ступеня складності експертизи і обсягу її об'єктів, поданих на дослідження, цей термін може бути продовжений за узгодженням з органом, що призначив експертизу. Експерти, які проводять амбулаторну експертизу, у разі неможливості відповісти на всі запитання, поставлені перед ними, обґрунтовують висновок про необхідність проведення стаціонарної експертизи.

При проведенні експертизи в суді експерт оголошує акт експертизи в судовому засіданні і дає роз'яснення з питань, які виникли в учасників процесу. Стаціонарна експертиза обвинуваченого проводиться в експертній установі (підрозділі) за наявності рішення суду про призначення відповідної експертизи.

Стаціонарна експертиза потерпілого, свідка, позивача та відповідача у кримінальних і цивільних справах призначається судом тільки за їх згодою. Стаціонарна експертиза проводиться у експертній установі (підрозділі) з окремим утриманням осіб, які перебувають і не перебувають під вартою. При проведенні стаціонарної експертизи за наявності медичних показань до осіб застосовуються відповідні їх стану методи лікування і дослідження, дозволені Міністерством охорони здоров'я України.

Термін проведення стаціонарної експертизи становить до 30 діб. Залежно від обсягу та складності експертизи термін її проведення може бути продовжений за узгодженням з органом, що призначив експертизу.

Особа, яка перебуває під вартою, після завершення експертизи повертається до установи, звідки поступила на експертизу, незалежно від експертного рішення.

Особа, яка не перебуває під вартою, після закінчення експертизи може бути виписана з експертної установи (підрозділу) залежно від психічного стану самостійно або в супроводі родичів, законних представників на підставі дозволу слідчого на її виписку. Особа, яка за психічним станом не може усвідомлювати свої дії та свідомо керувати ними і становить безпосередню небезпеку для себе і оточення, може бути переведена до психіатричної лікарні за місцем порушення кримінальної справи, згідно з діючими норма-

тивними документами, де і перебуває до рішення суду за цією справою. Цей пункт поширюється на осіб, які на момент закінчення експертизи звільнені з-під варти.

По закінченні експертизи складається акт експертизи, що містить вступну, досліджувальну, мотивувальну частини і висновок.

Вступна частина акта експертизи містить: дату проведення експертизи; дату експертизи, її номер, чи є вона додатковою, повторною, комісійною або комплексною, форму проведення експертизи (амбулаторна, стаціонарна тощо); прізвище, ім'я та по батькові особи, якій призначено експертизу; прізвище експерта (експертів), фах, посаду, експертний стаж, кваліфікаційний клас, ранг, науковий ступінь, учене звання; ким і коли винесено рішення про призначення експертизи; прізвища присутніх при експертизі; перелік об'єктів, поданих на експертизу; запитання, поставлені перед експертом (експертами); підпис експерта (експертів) під попередженням про відповідальність.

Досліджувальна частина акта експертизи містить: факти, які отримані при дослідженні поданих на експертизу об'єктів, що стосуються психічного стану особи, у різні періоди часу та їх пояснення; дані клінічного дослідження особи, виявлені під час проведення експертизи (психічний, соматичний, неврологічний стани тощо).

Мотивувальна частина акта експертизи містить обґрунтоване пояснення даних про психічний стан особи та фактів, які встановлені і виявлені при дослідженні об'єктів експертизи.

Висновок експертизи повинен бути обґрунтованим і містити відповіді на поставлені перед ним питання у межах його компетенції, мати конкретний характер. У разі виявлення експертом важливих фактів, з приводу яких йому не були поставлені запитання, він дає відповідь з власної ініціативи. Відповіді не можуть мати форму рекомендацій або вказівок слідству чи суду. Акт експертизи (одноособової, комісійної) підписується експертом, членами комісії і засвідчується печаткою експертної установи. При комісійній експертизі у разі незгоди експертів щодо відповідей на поставлені питання кожен з них складає і підписує окремий акт або частину спільного акта, яка відображає хід і результати досліджень, проведених ним особисто. Акт експертизи складається у двох примірниках, один з яких направляється особі або органу, які призначили експертизу, а другий залишається в експертній установі.

Додаток 10
ЗАТВЕРДЖЕНО

постановою Кабінету Міністрів України
від 27 вересня 2000 р. № 1465

ПЕРЕЛІК

медичних психіатричних протипоказань щодо виконання окремих видів діяльності (робіт, професій, служби), що можуть становити безпосередню небезпеку для особи, яка провадить цю діяльність, або оточуючих

Загальними медичними психіатричними протипоказаннями для зазначених у цьому переліку видів діяльності, що можуть становити безпосередню небезпеку для особи, яка провадить цю діяльність, або оточуючих, є тяжкі хронічні та затяжні психічні розлади (захворювання), що супроводжуються затьмаренням свідомості, порушенням сприйняття, мислення, волі, емоцій, інтелекту чи пам'яті та позбавляють особу здатності адекватно усвідомлювати оточуючу дійсність, свій психічний стан і поведінку. Додаткові психіатричні протипоказання наведено у третій графі цього переліку.

Питання про наявність психіатричних протипоказань для провадження видів діяльності, зазначених у цьому переліку, в особи, яка у минулому страждала на тяжкий психічний розлад (не менш як 5 років тому) або має виражені форми (прояви) психічних розладів непсихотичного рівня, вирішується в кожному випадку окремо.

Працівники та види діяльності	Періодичність оглядів	Додаткові психіатричні протипоказання
1. Працівники всіх професій, які виконують підземні роботи та гірничі відкриті роботи	один раз на 5 років	епілепсія і синкопальні стани
2. Працівники всіх професій, які працюють на гідрометеорологічних станціях, спорудах зв'язку, розташованих у полярних, високогірних районах та важких кліматогеографічних умовах	-II-	-II-

3. Працівники усіх професій, які виконують роботи у віддалених, малонаселених, важкодоступних, заболочених і гірських районах країни	-II-	-II-
4. Роботи на висоті, роботи верхолазні та пов'язані з підніманням на висоту, а також роботи з обслуговування підйомних пристроїв	один раз на 5 років	епілепсія і синкопальні стани
5. Особи, що обслуговують діючі електроустановки з напругою 127 В і вище та здійснюють на них оперативні переключення, налагоджувальні, монтажні роботи і високвольтні дослідження	-II-	-II-

6. Робота у державній лісовій охороні, на рубанні лісу, сплавланні, транспортуванні та первинній обробці лісу	-II-	епілепсія і синкопальні стани (індивідуально)
7. Апаратники, які обслуговують посудини, що працюють під тиском	-II-	епілепсія з пароксизмальними розладами
8. Машиністи (кочегари), оператори газифікованих котелень, працівники експлуатаційних підрозділів газодобувних підприємств, газотранспортних підприємств, спеціалізованих підприємств газового господарства гагазотранспортних підприємств, спеціалізованих підприємств газового господарства	один раз на 3 роки	епілепсія і синкопальні стани

<p>9. Роботи, пов'язані із застосуванням вибухових речовин, а також на вибухо- і пожежо-небезпечних виробництвах</p>	<p>-II-</p>	<p>-II-</p>
<p>10. Працівники, які для виконання своїх професійних обов'язків повинні отримати, носити і використовувати вогнепальну зброю, в тому числі працівники воєнізованої охорони незалежно від відомчого підпорядкування; громадяни, які в установленому порядку повинні отримати чи перереєструвати дозвіл на право зберігання, носіння та використання вогнепальної зброї, в тому числі мисливської та газової</p>	<p>-II-</p>	<p>-II-</p>
<p>11. Працівники пожежної охорони, газорятувальної служби, служб запобігання виникненню відкритих газових і нафтових фонтанів, гірничорятувальних команд, служби екстреної медичної допомоги, спеціалізованих медичних бригад постійної готовності</p>	<p>один раз на рік</p>	<p>всі форми психічних розладів (у тому числі на стадії ремісії)</p>
<p>12. Працівники атомної енергетики та атомної промисловості</p>	<p>один раз на 2 роки</p>	<p>епілепсія і синкопальні стани</p>
<p>13. Роботи на механічному обладнанні (токарних, фрезерних та інших верстатах, штампувальних пресах)</p>	<p>один раз на 5 років</p>	<p>-II-</p>

Працівники та види діяльності	Періодичність оглядів	Додаткові психіатричні протипоказання
14. Водії транспортних засобів, у тому числі: мотоциклів, моторолерів, мотонарт усіх типів і марок (категорія А), міні-тракторів і мотоблоків, зареєстрованих у Державтоінспекції; автомобілів з ручним керуванням для інвалідів усіх категорій	один раз на 2 роки	епілепсія і синкопальні стани, захворювання, що супроводжуються нарколептичними та каталептичними пароксизмальними розладами, легка розумова відсталість, виражені форми (прояви) психічних розладів неспсихотичного рівня (індивідуально)
мопедів усіх типів і марок (категорія А)	-II-	епілепсія і синкопальні стани, захворювання, що супроводжуються нарколептичними та каталептичними пароксизмальними розладами, психічні захворювання за наявності I, II групи інвалідності, в інших випадках – індивідуально
автомобілів, повна маса яких не перевищує 3500 кг, а кількість сидячих місць, крім сидіння водія, – 8 (категорія В), з правом роботи за наймом: тракторів та інших самохідних машин	-II-	епілепсія і синкопальні стани, захворювання, що супроводжуються нарколептичними та каталептичними пароксизмальними розладами, розумова відсталість, виражені форми (прояви) психічних розладів неспсихотичного рівня (індивідуально)

автомобілів, повна маса яких не перевищує 3500 кг, а кількість сидячих місць, крім сидіння водія, – 8 (категорія В), без права роботи за наймом	один раз на 2 роки	епілепсія і синкопальні стани, захворювання, що супроводжуються нарколептичними та каталептичними пароксизмальними розладами, легка розумова відсталість, виражені форми (прояви) психічних розладів неспсихотичного рівня (індивідуально)
автомобілів, призначених для перевезення вантажів, повна маса яких перевищує 3500 кг (категорія С)	-II-	епілепсія і синкопальні стани, захворювання, що супроводжуються нарколептичними та каталептичними пароксизмальними розладами, легка розумова відсталість, виражені форми (прояви) психічних розладів неспсихотичного рівня (індивідуально)
автомобілів, які призначені для перевезення пасажирів та мають більш як 8 місць, крім сидіння водія (категорія D) складів транспортних засобів із тягачами, що належать до транспортних категорій В, С або Д (категорія Е)	-II-	епілепсія і синкопальні стани, захворювання, що супроводжуються нарколептичними каталептичними пароксизмальними розладами, розумова відсталість і виражені форми (прояви) психічних розладів неспсихотичного рівня, дефекти мови і заїкуватість важкої форми (індивідуально)

трамвая, тролейбуса	-II-	епілепсія і синкопальні стани, захворювання, що супроводжуються нарколептичними та каталептичними пароксизмальними розладами, розумова відсталість, виражені форми (прояви) психічних розладів неспсихотичного рівня, дефекти мови і заїкуватість важкої форми (індивідуально)
мотоколясок для інвалідів	один раз на 2 роки	епілепсія і синкопальні стани, захворювання, що супроводжуються нарколептичними та каталептичними пароксизмальними розладами, легка розумова відсталість, виражені форми (прояви) психічних розладів неспсихотичного рівня (індивідуально)
15. Працівники залізничного транспорту та метрополітену, робота яких пов'язана з рухом поїздів і роботою на залізничних коліях	-II-	епілепсія і синкопальні стани, захворювання, що супроводжуються нарколептичними та каталептичними пароксизмальними розладами, розумова відсталість, виражені форми (прояви) психічних розладів неспсихотичного рівня (індивідуально), дефекти мови і заїкуватість важкої форми (індивідуально)

16. Працівники плаваючого складу водного транспорту	один раз на 2 роки	епілепсія і синкопальні стани, захворювання, що супроводжуються нарколептичними та каталептичними пароксизмальними розладами, розумова відсталість, виражені форми (прояви) психічних розладів неспихотичного рівня (індивідуально), дефекти мови і заїкуватість важкої форми (індивідуально)
17. Персонал цивільної авіації, який підлягає медичній сертифікації в лікарсько-льотних сертифікаційних комісіях закладів цивільної авіації	один раз на рік	епілепсія і синкопальні стани, захворювання, що супроводжуються нарколептичними та каталептичними пароксизмальними розладами, усі форми психічних розладів (у тому числі на стадії ремісії), дефекти мови і заїкуватість важкої форми

<p>18. Інші види професійної діяльності: робітники підприємств харчової промисловості, громадського харчування і торгівлі, молочних ферм, молочних кухонь, роздавальних пунктів, баз і складів продовольчих товарів, що мають контакт з харчовими продуктами в процесі їх виробництва, зберігання і реалізації, у тому числі робітники, пов'язані з санітарною обробкою і ремонтом інвентарю, устаткування, а також особи, що мають безпосередній контакт з харчовими продуктами при транспортуванні на всіх видах транспорту</p>	<p>один раз на 5 років</p>	
<p>медичні працівники, інші фахівці психіатричних закладів, психоневрологічних закладів для соціального забезпечення та спеціального навчання, які здійснюють безпосереднє обслуговування хворих</p>	<p>один раз на 5 років</p>	<p>Епілепсія (індивідуально)</p>
<p>медичні працівники хірургічних стаціонарів, пологових будинків (відділень), дитячих лікарень (відділень), відділень патології новонароджених, недоношених</p>	<p>один раз на 5 років</p>	<p>Епілепсія (індивідуально)</p>
<p>працівники навчальних закладів -II-</p>		
<p>працівники дитячих і підліткових оздоровчих закладів, у тому числі сезонних</p>	<p>-II-</p>	

працівники дитячих дошкільних закладів, будинків дитини, дитячих будинків, шкіл-інтернатів, інтернатів при школах	-II-	
працівники лікувально-профілактичних закладів, санаторіїв, будинків відпочинку, пансіонатів, будинків-інтернатів, які безпосередньо пов'язані з організацією харчування	-II-	
працівники закладів санітарно-гігієнічного обслуговування населення (банщики, робітники душових, перукарі, манікюрниці, педикюрниці, косметички, підсобний персонал пралень, приймальних пунктів білизни, хімчисток)	-II-	Епілепсія (індивідуально)
тренери, інструктори з плавання, працівники басейнів і лікувальних Один раз на 5 років Епілепсія і синкопа-		
обслуговуючий персонал готелів, гуртожитків, провідники пасажирських вагонів поїздів далекого прямування	-II-	
працівники водопровідних споруд, які безпосередньо займаються підготовкою води, і особи, що обслуговують і водогінні мережі	-II-	
робітники тваринницьких ферм і комплексів	-II-	

Примітки:

1. Працівники, що здійснюють види діяльності, зазначені у графі першій цього переліку, перед влаштуванням на роботу проходять обов'язковий

- попередній) психіатричний огляд.
2. Обов'язкові попередні та періодичні психіатричні огляди працівників, зайнятих обслуговуванням руху залізничного транспорту та метрополітену, плаваючого складу водного транспорту, здійснюються за списками виробництв і професій, що затверджуються відповідними міністерствами.
 3. Особи, які поступають на службу в органи МВС і державної податкової служби, Міноборони, СБУ, митні органи та інші утворені відповідно до законів України військові формування, в тому числі такі, що призиваються на строкову військову службу, проходять психіатричний огляд відповідно до наказів МВС, Державної податкової адміністрації, Міноборони, СБУ, Держмитслужби та відповідних органів управління інших військових формувань, утворених відповідно до законів України.
 4. Інваліди всіх категорій для визначення медичних психіатричних протипоказань для керування транспортними засобами проходять огляд у медико-соціальних експертних комісіях.
 5. Роботами на висоті вважаються роботи, які виконуються на висоті 1,5 метра і більше від поверхні ґрунтового покриття або робочого настилу і виготовлені з монтажних пристосувань або безпосередньо з елементів конструкцій, устаткування, машин і механізмів під час їх встановлення, експлуатації, монтажу та ремонту.

Навчальне видання

Максименко Сергій Дмитрович;
Максименко Ксенія Сергіївна;
Коваль Ірина Андріївна;
Шпортун Оксаною Миколаївною;
Бондаренко Олександр Федорович;
Луцьов Віталій Євгенійович;
Гудкін Леонід Маркович;
Кочарян Олександр Суренович;
Барінова Наталія Вікторівна;
Барінов Сергій Андрійович;
Тарнавська Олена Вікторівна

Медична психологія

Підручник для студентів вищих навчальних закладів

Том II

Комп'ютерна верстка – Чалчинський В.І.

Підписано до друку 23.01.2023. Формат 60x84/16.
Папір офсетний. Гарнітура Таймс. Друк офсетний.
Ум. друк.арк. 31,5. Наклад 300. Зам. № 065.

Надруковано в “Видавництво Людмила”.
Свідоцтво про внесення до Державного реєстру
суб’єктів видавничої справи серія ДК № 5303 від 02.03.2017.
“Видавництво Людмила”
03148, Київ, а/с 115.
Тел./факс: + 38 050 469 7485, 068 340 8332
E-mail: lesya3000@ukr.net