

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МОРСЬКИЙ УНІВЕРСИТЕТ
НАВЧАЛЬНО-НАУКОВИЙ МОРСЬКИЙ ГУМАНІТАРНИЙ ІНСТИТУТ (ННМГІ)

Кафедра практичної психології

Навчально-методичні рекомендації з дисципліни

ПСИХОСОМАТИКА ТА СОМАТОПСИХІКА

Одеса
Сілекс-прінт
2021

Навчально-методичні рекомендації з дисципліни
«**Психосоматика та соматопсихіка**» для студентів усіх
спеціальностей рівня бакалавр.

Підготовка: бакалавр з психології
Галузь знань: 05 Соціальні та поведінкові науки
Спеціальність: 053 «Психологія»
Спеціалізація: Практична психологія

Розробники: Бондаревич Світлана Майславівна, кандидат психологічних наук, доцент кафедри «Практична психологія» Навчально-наукового морського гуманітарного інституту (ННМГІ) Одеського національного морського університету;

Пальчинська Мар'яна Вікторівна, д. філос., н., проф., завідувачка кафедри філософії, психології та педагогіки державного університету інтелектуальних технологій і зв'язку.

Рецензент: Шевченко Росіна Петрівна, д. психол. наук, проф., завідувачка кафедри «Практична психологія» Навчально-наукового морського гуманітарного інституту (ННМГІ) Одеського національного морського університету.

Навчально-методичні рекомендації з дисципліни
«**Психосоматика та соматопсихіка**»
схвалено на засіданні кафедри «Практична психологія»
Навчально-наукового морського гуманітарного інституту
(ННМГІ) Одеського національного морського університету
(протокол від №1 від 28 серпня 2020 року).

ЗМІСТ

Вступ до навчальної дисципліни	5
Основний зміст лекцій з дисципліни «Психосоматика та соматопсихіка»	8
Змістовий модуль 1. Введення у основи психосоматики	8
Лекція 1. Тема 1. Введення у основи психосоматики. Класифікації психосоматичних розладів.....	8
Лекція 2. Тема 2. Психосоматика в історії науки. Психоаналітична концепція виникнення психосоматичних розладів. Сучасні поведінкові (біхевіоральні) підходи у психосоматики.....	8
Змістовий модуль 2. Інтегративні підходи до психосоматики та соматопсихіки	9
Лекція 3. Тема 3. Біопсихосоціальна модель. Поняття про інтеграційні моделі	9
Лекція 4. Тема 4. Емоції та їх роль у психосоматичному виникненню. Концепція стресу. Феномен алекситемії.	10
Лекція 5. Тема 5. Роль кортико-вісцеральних зв'язків у виникненні психосоматичних розладів. Психофізіологія та психологія стресу, совладання з ним як проблема психосоматики	11
Змістовий модуль 3. Особистісні феномени психосоматики. Проблема психодіагностики та корекції особистісних феноменів у психосоматики	12
Лекція 6. Тема 6. Внутрішня картина здоров'я та хвороби. Ятрогенні захворювання.	12
Лекція 7. Тема 7. Особистісні феномени психосоматики. Проблема психодіагностики та корекції особистісних феноменів у психосоматиці	12
Лекція 8. Тема 8. Психопатологічні прояви соматизованої депресії у дітей. Проблема психодіагностики та корекції особистісних феноменів у психосоматиці. Психологічна саморегуляція при психосоматичних розладах.	13

Основний зміст практичних занять з дисципліни «Психосоматика та соматопсихіка»	15
Практичне заняття 1. Тема 1. Введення у основи психосоматики. Класифікації психосоматичних розладів.	15
Практичне заняття 2. Тема 2. Психосоматика в історії науки. Психоаналітична концепція виникнення психосоматичних розладів. Сучасні поведінкові (біхевіоральні) підходи у психосоматикі.	19
Практичне заняття 3. Тема 3. Біопсихосоціальна модель. Поняття про інтеграційні моделі.	23
Практичне заняття 4. Тема 4. Емоції та їх роль у психосоматичному виникненні. Концепція стресу. Феномен алекситемії.	27
Практичне заняття 5. Тема 5. Роль кортико-вісцеральних зв'язків у виникненні психосоматичних розладів. Психофізіологія та психологія стресу, оволадання з ним як проблема психосоматики.	31
Практичне заняття 6. Тема 6. Внутрішня картина здоров'я та хвороби. Ятрогенні захворювання	36
Практичне заняття 7. Особистісні феномени психосоматики. Проблема психодіагностики та корекції особистісних феноменів у психосоматикі. Психопатологічні прояви соматизированної депресії у дітей. Проблема психодіагностики та корекції особистісних феноменів у психосоматикі. Психологічна саморегуляція при психосоматичних розладах.	39
Критерії оцінювання аудиторної та самостійної роботи студентів	140
Питання до заліку	144
Самостійна робота студента (СРС).....	148
Рекомендована література	151
Глосарій	154

Вступ до навчальної дисципліни «Психосоматика та соматопсихіка»

Метою викладання навчальної дисципліни «Психосоматика та соматопсихіка» є: підготовка фахівця до професійної діяльності в галузі психології; вивчення феноменів психосоматичної норми і формування симптомів при психосоматичних розладах; засвоєння студентами найважливіших проблем теорії, методології психосоматичної психології; засвоєння студентами основних положень і методів психосоматики; оволодіння певними сучасними знаннями і вміннями в області психосоматики.

Завданнями вивчення дисципліни «Психосоматика та соматопсихіка» є: формування здатності орієнтуватися в сучасних вітчизняних та зарубіжних концепціях психосоматики на основі накопичених знань; вивчення формування психосоматичних явищ в процесі індивідуального розвитку під впливом соціальних, культуральних та інших факторів в нормі та патології; вивчення психологічних механізмів утворення симптомів при психосоматичних розладах та роль особистісних факторів в цьому процесі; оволодіння вмінням адекватно оцінювати та компетентно вирішувати основні проблеми психосоматики; вивчення теоретичних основ надання психологічної допомоги та освоєння навичок роботи психолога з психосоматичними хворими.

Процес вивчення дисципліни спрямований на формування елементів наступних компетентностей:

Загальних (ЗК):

ЗК 01 – Знання та розуміння предметної області та специфіки професійної діяльності психолога.

ЗК.02 – Знання та розуміння предметної області та професійної діяльності.

ЗК.04 – Здатність до професійного розвитку та навчання.

ЗК.05 – Здатність планувати та управляти власним робочим часом.

ЗК.06 – Здатність до адаптації та дії в новій ситуації.

ЗК 08 – Здатність приймати обґрунтовані рішення.

ЗК.09 – Здатність до пошуку, оброблення та аналізу інформації з різних джерел, проведення досліджень на відповідному рівні.

ЗК 16 – Здатність діяти на основі етичних міркувань (мотивів), добросовісності, соціальної відповідальності, поваги до різноманітності та мультикультурності

Спеціальних фахових (СК):

СК 1. Знання категоріально-понятійного апарату загальної психології та специфічних понять з практичної психології морегосподарської галузі.

СК 2. Вміння самостійно збирати та критично опрацьовувати, аналізувати та узагальнювати психологічну інформацію з різних джерел.

СК 5. Здатність аналізувати та систематизувати одержані результати, формулювати аргументовані висновки та рекомендації.

СК 6. Уміння організовувати та надавати психологічну допомогу (індивідуальну та групову) співробітникам морського та річкового транспорту. Здатність здійснювати просвітницьку та психопрофілактичну роботу відповідно до запиту.

СК 7. Здатність усвідомлювати межі своєї компетентності та дотримуватися норм професійної етики у морегосподарській галузі.

СК 8. Здатність до особистісного та професійного самовдосконалення, навчання та саморозвитку.

СК 10. Уміння адаптуватися до нових ситуацій пов'язаних з особливостями роботи практичного психолога у морегосподарській галузі та здатність до професійної мобільності.

Практичні результати навичок (ПРН):

ПРН 2. Демонструвати розуміння закономірностей та особливостей розвитку і функціонування психічних явищ в контексті професійних завдань практичного психолога у морегосподарській галузі.

ПРН 12. Складати та реалізовувати план консультативного процесу з урахуванням специфіки запиту та індивідуальних особливостей клієнта, встановлювати ефективність власних дій.

У результаті вивчення навчальної дисципліни студент повинен:

знати:

основні положення сучасних теорій і моделей, розроблених в області психосоматичної медицини; основні види психосоматичних розладів; особистісні особливості, психологічні ресурси і адаптаційні можливості хворих; особистісні та професійні якості клінічного психолога під час роботи в психосоматичній клініці; правові та етичні аспекти роботи з хворими, на психосоматичні порушення; принципи побудови комплексного клініко – психологічного обстеження хворих з психосоматичними захворюваннями;

вміти:

диференціювати роль лікаря та клінічного психолога в психокорекції та психотерапії; обґрунтовано вибирати психокорекційний підхід; організовувати роботу клінічного психолога у взаємодії з медичним персоналом у психосоматичній клініці; осмислено здійснювати соціальну взаємодію з пацієнтом та іншими учасниками діагностичного, лікувального процесу (медперсонал, консультанти за суміжними спеціальностями, родичі пацієнта, інші члени соціальних мереж та ін);

володіти навичками взаємодії психолога з пацієнтами, на психосоматичні захворювання та їх найближчим мікросоціальних оточенням; володіти принципами та методами психологічного консультування, психокорекції хворих з психосоматичними захворюваннями; володіти навичками рефлексії, самоаналізу, емпатії, суб'єктивного контролю ситуації, проблем – що дозволяє мати соціально-підтримуючу поведінку у роботі з хворими.

Основний зміст лекцій з дисципліни «Психосоматика та соматопсихіка»

ЗМІСТОВИЙ МОДУЛЬ 1. Введення у основи психосоматики.

Тема 1. Введення у основи психосоматики. Класифікації психосоматичних розладів.

Поняття про психосоматичні проблеми як проблеми зв'язку психічної та соматичної «сфер».

Предмет та завдання психосоматики.

Психосоматика, соматопсихіка та психосоматична медицина.

Психосоматика як область міждисциплінарних досліджень.

Психосоматичні та соматоформні розлади.

Класифікації психосоматичних розладів у міжнародній класифікації хвороб 10-го перегляду, в керівництві з діагностики та статистики IV перегляду.

Основна термінологія: взаємини психіки та тіла; «психосоматичний» та «соматопсихічний»; психоцентричний та соматоцентричний підходи; фактори стресостійкості; стрес.

Тема 2. Психосоматика в історії науки. Психоаналітична концепція виникнення психосоматичних розладів. Сучасні поведінкові (біхевіоральні) підходи у психосоматики.

Психосоматика як предмет вивчення філософії, релігії, медицини.

Конверсійна модель З. Фрейда.

Друга модель психосоматичної освіти симптомів по З. Фрейду.

Теорія специфічних для хвороби психодинамічних конфліктів Ф. Александер та її теоретичні передумови. Вектори якості психічних процесів.

Багатофакторна модель вегетативного неврозу. Сучасна оцінка теорії Ф.Александер.

Концепція профілю особистості Ф. Данбар.

Особистісна схильність як фактор ризику при психосоматичних розладах.

Концепція профілю особистості Ф.Данбар.

Теорії конституцій, їх недоліки та значення для психосоматичної медицини.

Сучасні поведінкові (біхевіоральні) підходи у психосоматикі.

Концепція типів поведінки. Роль типів поведінки в походженні психосоматичних симптомів.

Особистісна схильність як фактор ризику при психосоматичних розладах.

Роль типів поведінки в походженні психосоматичних симптомів.

Психологічна характеристика поведінкових типів А, В, С, Д.

Холістичний підхід та роль представників вітчизняної клінічної школи в його розвитку (Мудров М.Я., Остроумов, Захар'їн Г.А. та ін).

Основна термінологія: психосоматична проблема; вегетативний невроз; теорія конституцій; феномени десоматизації та ресоматизації; холістичний підхід; тілесність; біопсихосоціальна модель психосоматичного сімптомогенеза; феноменологія тіла, герменевтика здоров'я і хвороби.

ЗМІСТОВИЙ МОДУЛЬ 2. ІНТЕГРАТИВНІ ПІДХОДИ ДО ПСИХОСОМАТИКИ ТА СОМАТОПСИХІКИ.

Тема 3. Біопсихосоціальна модель. Поняття про інтеграційні моделі.

Інтеграційна модель здоров'я, хвороби и хворобливий стан по Г. Вайнеру.

Різна природа хвороби, почуття хвороби и страждань.

Біопсихосоціальна модель Т. Ікскюля та В. Везіака.

Моделі психосоматичного синдромогенеза у концепціях десоматизації М. Шура, двох-ешелонної лінії оборони А.Мітчерліха.

Культурно-історичний підхід до тілесності.

Культурно-історичний підхід Л. С. Віготського та його застосування у психосоматиці.

Феноменологія тіла, герменевтика здоров'я та хвороби.

Поняття «тілесність», «психосоматичний феномен норми», «психосоматичний розвиток», «психосоматичний симптом».

Роль пізнавальної активності хворого у психосоматичному симптомогенезі (нозогнозії).

Теорія об'єктних **відносин** Мясищева.

Особливості сучасної психосоматики.

Основна термінологія: інтеграційна модель здоров'я, хвороби; феноменологія тела, герменевтика здоров'я і хвороби; «тілесність»; теорія об'єктних відносин.

Тема 4. Емоції та їх роль у психосоматичному виникненню. Концепція стресу. Феномен алекситемії.

Неспецифічність змін особистості при хронічних соматичних захворюваннях та основні типи змін.

Емоційна специфічність вегетативних неврозів.

Специфічній та неспецифічній підходи до розуміння природи психосоматичних розладів.

Концепція стресу. Біологічний рівень інтерпретації.

Психосоматичні розлади та стрес.

Роль емоцій у функціонуванні організму людини.

Основні теорії емоцій.

Визначення, основні ознака, походження, структура, концепція Р.Сіфнеоса.

Роль алекситемії у симптомообразованні та її психокорекція.

Основні принципи психологічної корекції алекситемії.

Основна термінологія: емоційна специфічність вегетативних неврозів; психосоматичні розлади і стрес; алекситемія.

Тема 5. Роль кортико-вісцеральних зв'язків у виникненні психосоматичних розладів.

Психофізіологія та психологія стресу, совладання з ним як проблема психосоматики.

Ідеї російської фізіологічної школи (І.М. Сеченов та І.П. Павлов).

Вчення про умовні рефлекси та психосоматична медицина.

Гіпотеза за кортико-вісцеральне походження психосоматичних захворювань К.М. Бикова, І.Т. Курцина.

Переваги та недоліки вчення І.П. Павлова та кортико-вісцеральної теорії.

Психофізіологія та психологія стресу, совладання з ним як проблема психосоматики.

Фізіологічні механізми реакції на загрозу.

Теорія стресу Г. Сельє, її витоки та роль у розробці проблем психосоматики.

Стрес фізіологічний, психологічний і емоційний.

Сучасні теоретичні уявлення про совладання зі стресом (coping behavior) .

Когнітивна теорія стресу та поведінка співволодіння Р.Лазаруса.

Пошукова активність та її роль у адаптації до стресу.

Концепція вивченої безпорадності М.Селігмана.

Стрес та психосоматичний симптомогенез.

Основна термінологія: умовні рефлекси та психосоматична медицина; кортико– вісцеральна теорія; стрес фізіологічний, психологічний та емоційний; концепція поведінки співволодіння.

ЗМІСТОВИЙ МОДУЛЬ 3. ОСОБИСТІСНІ ФЕНОМЕНИ ПСИХОСОМАТИКИ. ПРОБЛЕМА ПСИХОДІАГНОСТИКИ ТА КОРЕКЦІЇ ОСОБИСТІСНИХ ФЕНОМЕНІВ В ПСИХОСОМАТИКИ.

Тема 6. Внутрішня картина здоров'я та хвороби. Ятрогенні захворювання.

Поняття про внутрішню картину здоров'я та хвороби, історія виникнення та психологічні характеристики поняття.

Моделі ВКЗ за Ананьєвим.

Моделі ВКХ (А.Гольдшейдера, Р. А. Лурія, В.В. Ніколаєвої та ін.).

ВКХ як проблема психіатрії та клінічної психології.

Структура ВКХ та фактори, які впливають на її формування та динаміку.

Вікові аспекти ВКХ.

Динаміка ВКХ в процесі лікування.

Поняття про ятрогенні захворювання.

***Основна термінологія:** внутрішня картина здоров'я та хвороби; моделі ВКЗ за Ананьєвим; моделі ВКХ; поняття про ятрогенні захворювання.*

Тема 7. Особистісні феномени психосоматики. Проблема психодіагностики та корекції особистісних феноменів у психосоматики.

Особистісні феномени у психосоматики.

Психопатологічні прояви соматизованої депресії.

Історична еволюція поняття соматизованої депресії.

Клінічні прояви соматизованої депресії.

Особистісна схильність як фактор ризику при психосоматичних розладах.

Неспецифічність змін особистості при хронічних соматичних захворюваннях та основні типи змін.

Діагностичні ознаки соматизованої депресії.

Характеристика виділених видів депресії: вегетативний, астеничний, сенестопатичний, іпохондричний варіанти соматизованої депресії.

Астенія як одне з симптомообразуючих проявів депресії.

Больовий синдром.

Іпохондрія. Психопатологічні симптоми іпохондрії. Маски соматизованої депресії.

Психосоматичні розлади при захворюваннях серцево-судинної системи.

Психосоматичні розлади при захворюваннях дихальної системи.

Психосоматичні розлади при захворюваннях сечовивідної системи.

Психосоматичні розлади при захворюваннях травної системи.

Психологічна саморегуляція при психосоматичних розладах.

Значення психосоматичної патології у сучасній медичній практиці.

Основна термінологія: особистісні феномени; соматизована депресія; астенія; іпохондрія; маски соматизованої депресії.

Тема 8. Психопатологічні прояви соматизованої депресії у дітей.

Проблема психодіагностики та корекції особистісних феноменів у психосоматики.

Психологічна саморегуляція при психосоматичних розладах.

Психопатологічні прояви соматизованої депресії у дітей.

Розлади ритму сну та неспання.

Види пароксизмальних явищ у ві сні.

Складні поведінкових та психічних феноменів: сноходження, сноговоріння та кошмарні сновидіння.

Етіологія розладів сну.

Псевдоневрологічні розлади у дітей.

Больовий синдром. Етіологія.

Дискінезії.

Психосоматичні розлади діяльності серцево-судинної системи.

Псевдоревматичні розлади. «Артрична» особистість.

Психосоматичні розлади дихальної системи. Задишка.
«Астматична» особистість.

Психосоматичні розлади сечовивідної системи. Структура особистості.

Енурез. Види енурезу.

Психосоматичні розлади травної системи.

Розлади апетиту: анорексія; булімія; ожиріння.

Нудота та блювання. Структура особистості. Провокуючі фактори.

Синдром роздратованого кишечника (СРК).

Психосоматичні розлади у дерматології.

Затримка фізичного та мовного розвитку (ЗФР та ЗРР).

Лікування психосоматичних розладів у дітей.

Загальні принципи традиційної терапії психосоматичних розладів.

Діагностика у психосоматиці.

Діагностична бесіда та психологічне тестування.

Психотерапія. Принципи психотерапії.

Основна термінологія: соматизованна депресія у дітей; ритму сну та неспання; сноходження, сноговоріння та кошмарні сновидіння; «артрична» та «астматична» особистість; енурез; анорексія; булімія; ожиріння; синдром роздратованого кишечника; затримка фізичного та мовного розвитку; принципи традиційної терапії психосоматичних розладів.

Основний зміст практичних занять з дисципліни «Психосоматика та соматопсихіка»

ПРАКТИЧНЕ ЗАНЯТТЯ 1.

Тема 1. Введення у основи психосоматики. Класифікації психосоматичних розладів.

Поняття про психосоматичні проблеми як проблеми зв'язку психічної та соматичної «сфер».

Предмет та завдання психосоматики.

Психосоматика, соматопсихіка та психосоматична медицина.

Психосоматика як область міждисциплінарних досліджень..

Психосоматичні та соматоформні розлади.

Класифікації психосоматичних розладів у міжнародній класифікації хвороб 10-го перегляду, у керівництві із діагностики та статистики IV перегляду.

Основна термінологія: взаємини психіки та тіла; «психосоматичний» та «соматопсихічний»; психоцентричний та соматоцентричний підходи; фактори стресостійкості; стрес.

Основні питання:

1. Дайте визначення термінам «психосоматика» та «соматопсихіка». Зіставте на прикладах принципи психосоматичного та соматопсихічного дослідницьких підходів.

2. Складіть схему зв'язків психосоматики з іншими науками, опишіть міждисциплінарний характер психосоматики.

3. Порівняйте терміни: «психосоматика» та «психосоматична медицина».

4. Охарактеризуйте сучасні побутові та наукові погляди на проблему психосоматики.

5. Психоцентричний підхід та соматоцентричний підхід у дослідженні проблеми психосоматики.

6. Практичні завдання психосоматики: профілактика; діа-

гностика; психологічна допомога, реабілітація.

7. Психосоматика як область міждисциплінарних досліджень (біологічних, фізіологічних, медичних, психологічних, соціальних та др.наук.

8. Етіопатогенез психосоматичних розладів.

9. Психодинамічний напрямок у інтерпретації психосоматичних захворювань.

10. Характеристика комплексу тестових методик для дослідження психосоматичних пацієнтів.

11. Роль діагностичної бесіди та опитування.

12. Психологічні тести у психосоматичній практиці.

Підготувати усні доповіді на тему або написати реферати/есе на тему:

1. Аспекти взаємовідносин психіки та тіла у сучасній психосоматиці.

2. Історія виникнення терміну «психосоматичний» і терміна «соматопсихічний».

3. Поняття про психосоматичну проблему як проблему зв'язку психічної і соматичної «сфер».

4. Варіанти взаємозв'язку соматичних і психічних розладів.

5. Психодинамічний напрямок у інтерпретації психосоматичних захворювань.

6. Характеристика термінів: «психосоматика» та «психосоматична медицина». Предмет і завдання психосоматики.

7. Три національних школи та їх внесок у розробку проблеми психосоматичної медицини.

8. Види психотерапевтичних підходів у психосоматиці.

9. Моделі психотерапії: медична, психологічна, соціологічна і філософська.

10. Загальні завдання, які об'єднують різні за спрямованістю та змістом психотерапевтичні методи у психосоматиці. Мета психотерапевтичного впливу.

11. Практичні завдання психосоматики: профілактика; діагностика; психологічна допомога, реабілітація.

12. Психосоматика як область міждисциплінарних досліджень (біологічних, фізіологічних, медичних, психологічних, соціальних та др.наук.

13. Види психотерапії та різні «мішені» їх психотерапевтичного впливу.

14. Існування медичної, психологічної, соціологічної і філософської моделей психотерапії.

15. Складові психосоматичних розладів соматичних і психічних факторів симптомокомплексів. Психосоматичні захворювання в традиційному розумінні.

16. Вплив стресів на діяльність внутрішніх органів, в тому числі на імунні та обмінні процеси.

17. Характеристика комплексу тестових методик для дослідження психосоматичних пацієнтів.

18. Роль діагностичної бесіди та опитування. Роль тестів в індивідуальній клінічній діагностиці при психосоматичних дослідженнях.

19. Види психосоматичних розладів, загальне уявлення про психосоматичні розлади.

20. Фактори, що сприяють розвитку психосоматичної патології у різних вікових груп.

21. Психосоматична патологія у дітей: окремі симптоми та різноманітні психосоматичні реакції.

22. Розуміння організму людини як єдності психічного та тілесного.

23. Класифікації психосоматичних розладів в міжнародній класифікації хвороб 10-го перегляду.

24. Систематика психосоматичних розладів по А.Б. Смулевіч, 1998.

25. Неспецифічні психологічні особливості, характерні для всіх хворих з різноманітними видами психосоматичної патології.

26. Психологічні характеристики, пов'язані з агресивністю як властивістю особистості.

27. Концепції агресивної поведінки Гюнтера Аммона і три

види агресії.

28. Роль психологічних чинників походження психосоматичної патології. Амбівалентність. Перфекціонізм. Пошукова активність. Вивчена безпорадність.

29. Роль сім'ї у формуванні психосоматичних захворювань.

30. Реакції на хворобу – нозогенії (психогенна і біологічна складова).

Основна література:

1. Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина: Кратк. учебн. – М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1999. – 376.

2. Клиническая психология / Под ред. М.Перре, У. Баумана. 2-е международное издание. Пер.с нем. СПб. : Питер, 2002 (Серия «Мастера психологии»). Глава 34. – с. 962–1005.

3. Лурия Р.А. Внутренняя картина болезней и иатрогенные заболевания. М. : Медицина, 1977. – 111 с.

4. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику. М, 1987. 168 с.

5. Сидоров П.И., Парняков А.В. Клиническая психология: Учебник. 2е изд., дополн. – М.: ГЭОТАР МЕД, 2002. Главы 29, 30. с. 682–723.

6. Соколова Е.Т., Николаева В.В. Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях. Часть II. М. : SvR – Аргус, 1995. с. 207–357.

7. Тхостов А.Ш. Психология телесности. – М.: Смысл, 2002. 287 с.

8. Шерток Л. Непознанное в психике человека. – М.: Прогресс, 1982. 310 с.

9. Фрейд З. О психотерапии истерии/В кн.З.Фрейд.О клиническом психоанализе. М., 1992. с.41–90.

10. Александер Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и применение. М. : Институт Общегуманитарных Исследований, 2004 – 336 с.

11. Алекситемия и методы ее определения при пограничных психосоматических расстройствах. Методическое пособие.

С-Пб., 1994. 17 с.

12. Аммон Г. Психосоматическая терапия. СПб: Изд-во «Речь», 2000. – 238 стр.

13. Бассин Ф.В. Проблема бессознательного (О неосознаваемых формах высшей нервной деятельности). М. : Изд-во «Медицина», 1968. – 467с.

14. Карвасарский Б.Д., Простомолотов В.Ф. Невротические расстройства внутренних органов. Кишинев, изд-во «Штиница», 1988. 165с.

15. Кулаков С.А. Основы психосоматики. СПб. : Речь, 2003. – 288с.

16. Курцин И.Т. Теоретические основы психосоматической медицины. – Изд-во «Наука», Ленингр. отд.-Л., 1973. – 336 с.

17. Менеgetti А. Психосоматика / Пер. с итал. Славянской ассоциации Онтопсихологии. М. : ННБФ «Онтопсихология», 2003. 328 с.

18. Тополянский В.Д., Струковская М.В. Психосоматические расстройства. М. : Медицина, 1986. 384 с.

ПРАКТИЧНЕ ЗАНЯТТЯ 2.

Тема 2. Психосоматика у історії науки. Психоаналітична концепція виникнення психосоматичних розладів. Сучасні поведінкові (біхевіоральні) підходи у психосоматикі.

Психосоматика як предмет вивчення філософії, релігії, медицини.

Конверсійна модель З. Фрейда.

Друга модель психосоматичної освіти симптомів по З. Фрейду.

Теорія специфічних для хвороби психодинамічних конфліктів Ф. Александер і її теоретичні передумови. Вектори якості психічних процесів.

Багатофакторна модель вегетативного неврозу. Сучасна оцінка теорії Ф. Александер.

Концепція профілю особистості Ф.Данбар.

Особистісна схильність як фактор ризику при психосоматичних розладах.

Концепція профілю особистості Ф.Данбар.

Теорії конституцій, їх недоліки та значення для психосоматичної медицини.

Сучасні поведінкові (біхевіоральні) підходи у психосоматики.

Концепція типів поведінки. Роль типів поведінки в походженні психосоматичних симптомів.

Особистісна схильність як фактор ризику при психосоматичних розладах.

Роль типів поведінки в походженні психосоматичних симптомів.

Психологічна характеристика поведінкового типів А, В, С, Д.

Холістичний підхід і роль представників вітчизняної клінічної школи в його розвитку (Мудров М.Я., Остроумов, Захар'їн Г.А, і ін).

***Основна термінологія:** психосоматична проблема; вегетативний невроз; теорія конституцій; феномени десоматизації та ресоматизації; холістичний підхід; тілесність; біопсихосоціальна модель психосоматичного сімптомогенеза; феноменологія тіла, герменевтика здоров'я і хвороби.*

Основні питання:

1. Дайте визначення поняттю «психосоматична проблема».
2. Перерахуйте філософські передумови розвитку психосоматики.
3. Перерахуйте медичні передумови розвитку психосоматики.
4. У чому суть концепції психосоматичної єдності?
5. Охарактеризуйте сучасний холістичний підхід у вивченні психосоматичних відносин.
6. Охарактеризуйте суть психоаналітичної концепції виникнення психосоматичних розладів.
7. Опишіть конверсійну модель та модель психосоматичного виникнення симптомів по З.Фрейду.

8. Розкрийте концепцію вегетативного неврозу за Ф.Александром.

9. Опишіть теорію профілів особистості Ф.Данбар.

10. У чому значення феноменів десоматизації і ресоматизації (М.Шура) для психосоматогенеза.

11. Охарактеризуйте концепцію двухфазного витіснення А. Мітчерліха.

12. Перерахуйте поведінкові підходи у психосоматикі. Опишіть концепцію типів поведінки (М. Фрідман та Р.Розенман), поведінковий тип А та Б.

Підготувати усні доповіді на тему або написати реферати/есе на тему:

1. Психосоматика як предмет вивчення філософії, релігії, медицини.

2. Теорії конституцій, їх недоліки та значення для психосоматичної медицини.

3. Холістичний підхід і роль представників вітчизняної клінічної школи в його розвитку (Мудров М.Я., Остроумов, Захар'їн Г.А та ін).

4. Психосоматичний підхід в рамках психоаналітичної теорії.

5. Теорія «символічної мови органів».

6. Концепція Г. Аммона – про психогенії тілесних недуг.

7. Філософська концепція холізму і холістична медицина.

8. Зарубіжний психосоматичний підхід.

9. Біопсихосоціальна модель.

10. Теорії і моделі формування психосоматичних розладів (характерологічні (концепції профілю особистості), психоаналітичні, емоційні, теорії стресу).

11. «Психологічні» теорії і моделі формування психосоматичних розладів.

12. Теорія вегетативного неврозу (Александр, 2002).

13. Теорія акцентуації особистості, представлена К.Леонгарда (1981) та А.Е.Лічко (1983).

14. Фізіологічні, нейрогуморальні, кортико-вісцеральні теорії.

15. «Фізіологічні теорії» та фізіологічні механізми розвитку психосоматичного процесу.

16. Сучасний розвиток в роботах вегетології.

17. Моделі формування психосоматичних розладів в психологічних теоріях конституції Ернста Кречмера (Кречмер, 2000) та Вільяма Шелдона (Sheldon, Stevens, 1942).

18. Класичні психосоматичні роботи характерологічного напрямку Флендерс Данбар (Dunbar, 1947).

19. Дослідження типології «особистостей ризику» Rosenman і Friedman (1959, 1978) в розробці так званого поведінки типу А і В.

20. Теорія специфічного психодинамічного конфлікту Александера.

Основна література:

1. Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина: Кратк. учебн. –М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1999. – 376.

2. Клиническая психология / Под ред. М.Перре, У. Баумана. 2-е международное издание. Пер.с нем. СПб. : Питер, 2002 (Серия «Мастера психологии»). Глава 34. – с.962 -1005.

3. Лурия Р.А. Внутренняя картина болезней и иатрогенные заболевания. М. : Медицина, 1977. –111с.

4. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику. М, 1987.168с.

5. Сидоров П.И., Парняков А.В. Клиническая психология: Учебник. 2е изд., дополн. – М.: ГЭОТАР МЕД, 2002. Главы 29, 30. с.682 – 723.

6. Соколова Е.Т., Николаева В.В. Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях. Часть II. М. : SvR – Аргус, 1995. с. 207 – 357.

7. Тхостов А.Ш. Психология телесности. – М.: Смысл, 2002. 287с.

8. Шерток Л. Непознанное в психике человека.– М.: Прогресс, 1982. 310с.

9. Фрейд З. О психотерапии истерии/В кн.З.Фрейд. О клиническом психоанализе. М., 1992. с.41-90.

10. Александер Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и применение. М. : Институт Общегуманитарных Исследований, 2004 – 336с.

11.Алекситемия и методы ее определения при пограничных психосоматических расстройствах. Методическое пособие. С-Пб., 1994. 17с.

12. Аммон Г. Психосоматическая терапия. СПб: Изд-во «Речь», 2000. – 238 стр.

13.Бассин Ф.В.Проблема бессознательного (О неосознаваемых формах высшей нервной деятельности). М. : Изд-во «Медицина», 1968.– 467 с.

14.Карвасарский Б.Д., Простомолотов В.Ф. Невротические расстройства внутренних органов. Кишинев, изд-во «Штиница», 1988. 165с.

15.Кулаков С.А. Основы психосоматики. СПб. : Речь, 2003. – 288с.

16. Курцин И.Т.Теоретические основы психосоматической медицины.– Изд-во «Наука», Ленингр. отд.-Л., 1973. – 336с.

17. Менегетти А. Психосоматика / Пер. с итал. Славянской ассоциации Онтопсихологии. М. : ННБФ «Онтопсихология», 2003. 328 с.

18. Тополянский В.Д., Струковская М.В. Психосоматические расстройства. М. : Медицина, 1986. 384с.

ПРАКТИЧНЕ ЗАНЯТТЯ 3.

Тема 3. Біопсихосоціальна модель. Поняття про інтеграційні моделі.

Інтеграційна модель здоров'я, хвороби и хворобливий стан по Г.Вайнеру.

Різна природа хвороби, почуття хвороби и страждань.

Біопсихосоціальна модель Т.Ікскюля та В.Везіака.

Моделі психосоматичного синдромогенеза у концепціях десоматизації М. Шура, двох-ешелонної лінії оборони А.Мітчерліха.

Культурно-історичний підхід до тілесності.

Культурно-історичний підхід Л. С. Віготського та його застосування у психосоматиці.

Феноменологія тела, герменевтика здоров'я та хвороби.

Поняття «тілесність», «психосоматичний феномен норми», «психосоматичний розвиток», «психосоматичний симптом».

Роль пізнавальної активності хворого у психосоматичному симптомогенезі (нозогностії).

Теорія об'єктних відносин Мясищева.

Особливості сучасної психосоматики.

Основна термінологія: інтеграційна модель здоров'я, хвороби; феноменологія тела, герменевтика здоров'я і хвороби; «Тілесність»; теорія об'єктних відносин.

Основні питання:

1. Інтеграційна модель здоров'я, хвороби и хворобливий стан по Г.Вайнеру.

2. Різна природа хвороби, почуття хвороби та страждань.

3. Біопсихосоціальна модель Т.Іксюля та В.Везіака.

4. Моделі психосоматичного синдромогенеза у концепціях десоматизації М. Шура, двох-ешелонної лінії оборони А.Мітчерліха.

5. Культурно-історичний підхід до тілесності.

6. Культурно-історичний підхід Л. С. Віготського та його застосування у психосоматиці.

7. Феноменологія тела, герменевтика здоров'я та хвороби.

8. Поняття «тілесність», «психосоматичний феномен норми», «психосоматичний розвиток», «психосоматичний симптом».

9. Роль пізнавальної активності хворого у психосоматичному симптомогенезі (нозогностії).

10. Теорія об'єктних відношень Мясищева.

11. Особливості сучасної психосоматики.

Підготувати усні доповіді на тему або написати реферати/есе на тему:

1. Інтеграційна модель здоров'я, хвороби і хворобливий стан по Г.Вайнеру.
2. Різна природа хвороби, почуття хвороби і страждання.
3. Біопсихосоціальна модель Т.Ікскюля та В.Везіака.
4. Інтегративний підхід в психосоматиці.
5. Модель функціонального кола Якоба Ікскюля.
6. «Медична антропологія» Віктора Вайцзеккера. Явище «коло образів» («Gestaltkreis») по Вайцзеккер.
7. Різна природа хвороби, почуття хвороби та страждання.
8. Моделі психосоматичного синдромогенеза в концепція десоматизації М. Шура, двох-ешелонної лінії оборони А.Мітчерліха.
9. Культурно-історичний підхід до тілесності.
10. Феноменологія тіла, герменевтика здоров'я і хвороби.
11. Поняття «тілесність», «психосоматичний феномен норми», «психосоматичний розвиток», «психосоматичний симптом».
12. Проблеми онтогенезу тілесності (в рамках різних теоретичних підходів).
13. Теоретико-методологічна основа підходу до психосоматичної проблеми – концепція Л. С. Виготського.
14. Формування патології, пов'язаної з порушенням сприйняття тілесного вигляду (дисморфофобии, дісморфоманія, анорексія).
15. Структура образу «Я» як тілесний феномен, структурні компоненти.
16. Формування почуття власного тіла та розвиток самосвідомості людини.
17. Образ фізичного «Я» як психічні відображення психосоматичної функціональної системи організму. Розвиток образу тіла і схеми тіла.
18. Роль пізнавальної активності хворого у психосоматичному симптомогенезі (нозогнозії).

19. Проблеми сучасної клінічної психології: проблема психічної норми і патології.

20. Феноменологічний підхід в психології і психіатрії.

21. Поняття негативної афективної як поняття поведінкового типу «А».

22. Феноменологія хронічного болю.

23. Концепція відносин у медичній психології – сенс концепції В. Н. Мясіщева.

24. Система патогенетичної психотерапії згідно з концепцією В. Н. Мясіщева.

ОСНОВНА ЛІТЕРАТУРА:

1. Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина: Кратк. учебн. – М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1999. – 376.

2. Клиническая психология / Под ред. М.Перре, У. Баумана. 2-е международное издание. Пер.с нем. СПб. : Питер, 2002 (Серия «Мастера психологии»). Глава 34. – с. 962 -1005.

3. Лурия Р.А. Внутренняя картина болезней и иатрогенные заболевания. М. : Медицина, 1977. –111с.

4. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику. М, 1987.168с.

5. Сидоров П.И., Парняков А.В. Клиническая психология: Учебник. 2е изд., дополн. – М.: ГЭОТАР МЕД, 2002. Главы 29, 30. с.682 – 723.

6. Соколова Е.Т., Николаева В.В. Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях. Часть II. М. : SvR – Аргус, 1995. с. 207 – 357.

7. Тхостов А.Ш. Психология телесности. – М.: Смысл, 2002. 287с.

8. Шерток Л. Непознанное в психике человека. – М.: Прогресс, 1982. 310с.

9. Фрейд З.О психотерапии истерии/В кн.З.Фрейд. О клиническом психоанализе. М., 1992. с.41-90.

10. Александер Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и применение. М. : Институт Общегуманитарных Исследований, 2004 – 336с.

11.Алекситемия и методы ее определения при пограничных психосоматических расстройствах. Методическое пособие. С-Пб., 1994. 17с.

12. Аммон Г. Психосоматическая терапия. СПб: Изд-во «Речь», 2000. – 238 стр.

13.Бассин Ф.В. Проблема бессознательного (О неосознаваемых формах высшей нервной деятельности). М. : Изд-во «Медицина»,1968.– 467с.

14.Карвасарский Б.Д., Простомолотов В.Ф. Невротические расстройства внутренних органов. Кишинев, изд-во «Штиница», 1988. 165с.

15.Кулаков С.А.Основы психосоматики. СПб. : Речь, 2003. – 288 с.

16. Курцин И.Т.Теоретические основы психосоматической медицины.– Изд-во «Наука», Ленингр. отд.-Л., 1973. – 336 с.

17. Менегетти А. Психосоматика / Пер. с итал. Славянской ассоциации Онтопсихологии. М. : ННБФ «Онтопсихология», 2003. 328 с.

18. Тополянский В.Д., Струковская М.В. Психосоматические расстройства. М. : Медицина, 1986. 384 с.

ПРАКТИЧНЕ ЗАНЯТТЯ 4.

Тема 4. Емоції та їх роль у психосоматичному виникненню. Концепція стресу. Феномен алекситемії.

Неспецифічність змін особистості при хронічних соматичних захворюваннях та основні типи змін.

Емоційна специфічність вегетативних неврозів.

Специфічній та неспецифічній підходи до розуміння природи психосоматичних розладів.

Концепція стресу. Біологічний рівень інтерпретації.

Психосоматичні розлади та стрес.

Роль емоцій у функціонуванні організму людини.

Основні теорії емоцій.

Визначення, основні ознака, походження, структура, концепція Р.Сіфнеоса.

Роль алексітемії у симптомообразованні та її психокорекція.

Основні принципи психологічної корекції алексітемії.

Основна термінологія: *емоційна специфічність вегетативних неврозів; психосоматичні розлади і стрес; алексітемія.*

Основні питання:

1. Неспецифічність змін особистості при хронічних соматичних захворюваннях та основні типи змін.

2. Емоційна специфічність вегетативних неврозів.

3. Специфічній та неспецифічній підходи до розуміння природи психосоматичних розладів.

4. Концепція стресу. Біологічний рівень інтерпретації.

5. Психосоматичні розлади та стрес.

6. Роль емоцій у функціонуванні організму людини.

7. Основні теорії емоцій.

8. Визначення, основні ознака, походження, структура, концепція Р.Сіфнеоса.

9. Роль алексітемії у симптомообразованні та її психокорекція.

10. Основні принципи психологічної корекції алексітемії.

Підготувати усні доповіді на тему або написати реферати/есе на тему:

1. Характеристика п'яти базових емоцій: страх, тривога, сум, гнів та радість.

2. Функціональні порушення та «золота семірка» класичних стресових хвороб.

3. Концепція стресу. Теорія Г. Сельє.

4. Види стресу: фізіологічний (вегетативний, первосигнальний) та психологічний (емоційний, другосигнальний). Біологічний рівень інтерпретації.

5. Психосоматичні розлади та стрес.

6. Роль емоцій у функціонуванні організму людини.

7. Основні теорії емоцій. Периферична теорія емоцій Джеймса-Ланге.
8. Таламичесна теорія емоцій Кенона-Барда.
9. Лімбічна теорія емоцій – лімбічна теорія Пейпеца (1937).
10. Біологічна теорія емоцій П. К. Анохіна.
11. Теорія когнітивного дисонансу Л.Фестингера.
12. Дослідження емоцій у психосоматичних медицині.
13. Патологічні емоційні стани.
14. Психофізіологічний рівень інтерпретації психосоматичного захворювання.
15. Фіксовані емоційно-негативні стани як психологічний фактор формування психосоматичних розладів. Класифікація емоційних станів.
16. Психологічний рівень інтерпретації психосоматичного захворювання.
17. Феноменологія емоційно-негативних станів.
18. Емоційні стани при агресії.
19. Феномен алексітемії.
20. Визначення, основні ознаки, походження, структура, концепція Р.Сіфнеоса.
21. Роль алексітемії у симптомообразованні та можливості її психокорекції.
22. Основні принципи психологічної корекції алекситимії.

Основна література:

1. Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина: Кратк. учебн. –М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1999. – 376.
2. Клиническая психология / Под ред. М.Перре, У. Баумана. 2-е международное издание. Пер.с нем. СПб. : Питер, 2002 (Серия «Мастера психологии»). Глава 34. – с.962 -1005.
3. Лурия Р.А. Внутренняя картина болезней и иатрогенные заболевания. М. : Медицина, 1977. –111с.
4. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику. М, 1987.168с.
5. Сидоров П.И., Парняков А.В. Клиническая психология:

Учебник. 2е изд., дополн. – М.: ГЭОТАР МЕД, 2002. Главы 29, 30. с.682 – 723.

6. Соколова Е.Т., Николаева В.В. Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях. Часть II. М. : SvR – Аргус, 1995. с. 207 – 357.

7.Тхостов А.Ш. Психология телесности. – М.: Смысл, 2002. 287с.

8.Шерток Л. Непознанное в психике человека.– М.:Прогресс,1982. 310с.

9. Фрейд З.О психотерапии истерии/В кн.З.Фрейд.О клиническом психоанализе. М., 1992. с.41-90.

10.Александр Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и применение. М. : Институт Общегуманитарных Исследований, 2004 – 336с.

11.Алекситемия и методы ее определения при пограничных психосоматических расстройствах. Методическое пособие. С-Пб., 1994. 17с.

12. Аммон Г. Психосоматическая терапия. СПб: Изд- во «Речь», 2000. – 238 стр.

13.Бассин Ф.В.Проблема бессознательного (О неосознаваемых формах высшей нервной деятельности). М. : Изд-во «Медицина»,1968.– 467с.

14.Карвасарский Б.Д., Простомолотов В.Ф. Невротические расстройства внутренних органов. Кишинев, изд-во «Штиница», 1988. 165с.

15.Кулаков С.А.Основы психосоматики. СПб. : Речь, 2003. – 288с.

16. Курцин И.Т.Теоретические основы психосоматической медицины.– Изд-во «Наука», Ленингр. отд.-Л., 1973. – 336с.

17. Менегетти А. Психосоматика / Пер. с итал. Славянской ассоциации Онтопсихологии. М. : ННБФ «Онтопсихология», 2003. 328 с.

18. Тополянский В.Д., Струковская М.В. Психосоматические расстройства. М. : Медицина, 1986. 384с.

ПРАКТИЧНЕ ЗАНЯТТЯ 5.

Тема 5. Роль кортико- вісцеральних зв'язків у виникненні психосоматичних розладів.

Психофізіологія та психологія стресу, совладання із ним як проблема психосоматики.

Ідеї російської фізіологічної школи (І.М.Сеченов та І. П.Павлов).

Вчення про умовні рефлекси та психосоматична медицина.

Гіпотеза за кортико-вісцеральне походження психосоматичних захворювань К.М.Бикова, І.Т. Курцина.

Переваги та недоліки вчення І.П. Павлова та кортико – вісцеральної теорії.

Психофізіологія та психологія стресу, совладання з ним як проблема психосоматики.

Фізіологічні механізми реакції на загрозу.

Теорія стресу Г. Сельє, її витоки та роль у розробці проблем психосоматики.

Стрес фізіологічний, психологічний і емоційний.

Сучасні теоретичні уявлення про совладання зі стресом (coping behavior) .

Когнітивна теорія стресу та поведінка співволодіння Р.Лазаруса.

Пошукова активність та її роль у адаптації до стресу.

Концепція вивченої безпорадності М.Селігмана.

Стрес та психосоматичний симптомогенез.

Основна термінологія: *умовні рефлекси та психосоматична медицина; кортико-вісцеральна теорія; стрес фізіологічний, психологічний та емоційний; концепція поведінки співволодіння.*

Основні питання:

1. Ідеї російської фізіологічної школи (І.М.Сеченов та І. П.Павлов).

2. Вчення про умовні рефлекси та психосоматична медицина.

3. Гіпотеза за кортико-вісцеральне походження психосоматичних захворювань К.М.Бикова, І.Т. Курцина.
4. Переваги та недоліки вчення І.П. Павлова та кортико – вісцеральної теорії.
5. Психофізіологія та психологія стресу, совладання з ним як проблема психосоматики.
6. Фізіологічні механізми реакції на загрозу.
7. Теорія стресу Г. Сельє, її витоки та роль у розробці проблем психосоматики.
8. Стрес фізіологічний, психологічний і емоційний.
9. Сучасні теоретичні уявлення про совладання зі стресом (coping behavior) .
10. Когнітивна теорія стресу та копінг-поведінки Р.Лазаруса.
11. Пошукова активність та її роль у адаптації до стресу.
12. Концепція вивченої безпорадності М.Селігмана.
13. Стрес та психосоматичний симптомогенез.
14. Механізм співвідношень між психічним та соматичним рівнями функціонування людини або механізм «замкненого кола».

Підготувати усні доповіді на тему або написати реферати/есе на тему:

1. Афективні переживання та поведінка – їх контроль різними відділами мозку.
2. Лімбічна система як орган управління соматичним вираженням емоцій та їх регуляції.
3. Вплив лімбічної системи на ендокринну, вегетативну та сенсорно-рухову системи.
4. Роль кортико – вісцеральних зв'язків у виникненні психосоматичних розладів.
5. Нейродинамічні механізми соматичних проявів емоційної нестабільності.
6. Передача, аналіз та зберігання інформації.
7. Реакція організму на роздратування, здійснювана за допомогою нервової системи та рефлекс.

8. Механізми саморегуляції функцій організму, що знаходяться на різних рівнях нервової системи на прикладі дихання.

9. Приклад саморегуляторні механізму – взаємовідношення кори мозку зі стовбурної частиною та зі спинним мозком – серцево-судинна система.

10. Сегментарно-рефлекторний апарат спинного мозку та роль нервових імпульсів, що надходять по кортико-спінальному (пірамідному) шляху на сегментарно-рефлекторний апарат, на рухові його відділи (на клітини передніх рогів), та забезпечує довільні рухи.

11. Координація функцій різних систем, що беруть участь у автоматичних актах, за рахунок сетевидної системи довгастого мозку.

12. Інстинкти та умовні рефлекси на емоції.

13. Емоції та мотивації. Механізм виникнення емоцій – динамічний корковий стереотип.

14. Взаємодія кори та підкірки. Кора мозку та вегетативна нервова система.

15. Взаємозв'язок гіпофіза, гіпоталамуса з корою та підкірковими структурами.

16. Кортикостероїди та їх підвищення продуктивності на весь організм.

17. Кортико-вісцеральна патологія як циклічний процес по типу формування механізмів умовного рефлексу.

18. Нові уявлення висцерального патогенеза, патогенном впливі середовища та корковою активності, обумовленої зовнішнім середовищем як принцип «перевертання» психофізіологічної проблеми.

19. Принцип пірамідальної ієрархії органів системи сприйняття сигналів зовнішнього середовища методом викликаних потенціалів для вивчення коркових аналізаторів вісцеральних рефлексів.

20. Генез захворювань внутрішніх органів та систем – етіопатогенез пов'язаний з первинним порушенням діяльності кори великих півкуль.

21. Функціональна вісцеральна патологія та становлення вісцеральних функціональних розладів шляху: перший шлях: транспіофізарно (який реалізує) фактор гіпоталамуса, тропний фактор – гормони гіпофіза та, гормони периферичних ендокринних залоз; другий шлях – парагіофізарно: по каналах нервово-вегетативних зв'язків центру з периферією.

22. Поєднання емоційних та вегетативних розладів: психогенні (емоційні) порушення – «вегетативна дисфункція» – соматичні розлади як «соматичний відгук».

23. Аналіз клінічних форм неврозів: неврастенія, істерія та невроз нав'язливих станів.

24. Фізіологія емоцій та роль невідреагованих емоцій у формуванні неврастенії.

25. Функціональна вісцеральна патологія (етіопатогенетичне становлення).

26. Медико-психологічні аспекти психосоматичних співвідношень у дослідженнях вітчизняних авторів останнього періоду.

27. Механізм співвідношень між психічним та соматичним рівнями функціонування людини або механізм «замкнутого кола».

28. Види і форми стресу. Фізіологічний компонент стресу та поняття адресності.

29. Фази загального адаптаційного синдрому (ОАС). Вплив стресу на розвиток психосоматичних захворювань.

30. Теорія стресу та поведінки співволодіння Р. Лазаруса.

Основна література:

1. Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина: Кратк. учебн. –М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1999. – 376.

2. Клиническая психология / Под ред. М.Перре, У. Баумана. 2-е международное издание. Пер.с нем. СПб. : Питер, 2002 (Серия «Мастера психологии»). Глава 34. – с.962 -1005.

3. Лурия Р.А. Внутренняя картина болезней и иатрогенные заболевания. М. : Медицина, 1977. –111с.

4. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику. М, 1987.168с.

5.Сидоров П.И., Парняков А.В. Клиническая психология: Учебник. 2е изд., дополн. – М.: ГЭОТАР МЕД, 2002. Главы 29, 30. с.682 – 723.

6. Соколова Е.Т., Николаева В.В. Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях. Часть II. М. : SvR – Аргус, 1995. с. 207 – 357.

7.Тхостов А.Ш. Психология телесности. – М.: Смысл, 2002. 287с.

8.Шерток Л. Непознанное в психике человека.– М.:Прогресс,1982. 310с.

9. Фрейд З.О психотерапии истерии/В кн.З.Фрейд.О клиническом психоанализе. М., 1992. с.41-90.

10.Александр Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и применение. М. : Институт Общегуманитарных Исследований, 2004 – 336с.

11.Алекситемия и методы ее определения при пограничных психосоматических расстройствах. Методическое пособие. С-Пб., 1994. 17с.

12. Аммон Г. Психосоматическая терапия. СПб: Изд– во «Речь», 2000. – 238 стр.

13.Бассин Ф.В.Проблема бессознательного (О неосознаваемых формах высшей нервной деятельности). М. : Изд-во «Медицина»,1968.– 467с.

14.Карвасарский Б.Д., Простомолотов В.Ф. Невротические расстройства внутренних органов. Кишинев, изд-во «Штиница», 1988. 165с.

15.Кулаков С.А.Основы психосоматики. СПб. : Речь, 2003. – 288с.

16. Курцин И.Т.Теоретические основы психосоматической медицины.– Изд-во «Наука», Ленингр. отд.-Л., 1973. – 336с.

17. Менегетти А. Психосоматика / Пер. с итал. Славянской ассоциации Онтопсихологии. М. : ННБФ «Онтопсихология», 2003. 328 с.

18. Тополянский В.Д., Струковская М.В. Психосоматические расстройства. М. : Медицина, 1986. 384с.

ПРАКТИЧНЕ ЗАНЯТТЯ 6.

Тема 6. Внутрішня картина здоров'я та хвороби. Ятрогенні захворювання.

Поняття про внутрішню картину здоров'я та хвороби, історія виникнення та психологічні характеристики поняття.

Моделі ВКЗ за Ананьєвим.

Моделі ВКХ (А.Гольдшейдера, Р. А. Лурія, В.В. Ніколаєвої та ін.).

ВКХ як проблема психіатрії та клінічної психології.

Структура ВКХ та фактори, які впливають на її формування та динаміку.

Вікові аспекти ВКХ.

Динаміка ВКХ в процесі лікування.

Поняття про ятрогенні захворювання.

Основна термінологія: внутрішня картина здоров'я та хвороби; моделі ВКЗ за Ананьєвим; моделі ВКХ; поняття про ятрогенні захворювання.

Основні питання:

1. Поняття про внутрішню картину здоров'я та хвороби, історія виникнення та психологічні характеристики поняття.

2. Моделі ВКЗ за Ананьєвим.

3. Моделі ВКХ (А.Гольдшейдера, Р. А. Лурія, В.В. Ніколаєвої та ін.).

4. ВКХ як проблема психіатрії та клінічної психології.

5. Структура ВКХ та фактори, які впливають на її формування та динаміку.

6. Вікові аспекти ВКХ.

7. Динаміка ВКХ в процесі лікування.

8. Поняття про ятрогенні захворювання.

Підготувати усні доповіді на тему або написати реферат/есе на тему:

1. Поняття про внутрішню картину здоров'я та хвороби.

2. Історія виникнення та психологічні характеристики поняття – внутрішня картина здоров'я (ВКЗ).

3. Феномен ВКЗ. Структура внутрішньої картини здоров'я.
4. Специфіка підходу до ВКЗ та моделі уявлення про здоров'я та хвороби у дітей.
5. Структура ВКЗ по Ананьєву. Формування внутрішньої картини здоров'я у процесі розвитку дитини.
6. ВКЗ дитини як частина її Я-концепції та сукупність установок, спрямованих на своє здоров'я.
7. Мотиваційні моделі поведінки, пов'язані зі здоров'ям.
8. Співвідношення внутрішньої картини здоров'я та внутрішньої картини хвороби.
9. Внутрішня картина хвороби: визначення, структура.
10. Типи ставлення до свого захворювання, типи та позначення окремих компонентів.
11. Поняття «внутрішня картина хвороби». Класифікації.
12. Психологічні особистісні реакції при відсутності психічної патології.
13. Концепція психології відносин (В.М. Мясіщев) та ВКХ.
14. Ставлення до хвороби та їх компоненти: когнітивний, емоційний і поведінковий компоненти.
15. Типологія відносин до хвороби та класифікація, запропонована А.Е. Лічко та Н.Л.Івановим.
16. Вивчення внутрішньої картини здоров'я дитини та її структура.
17. Принципи дослідження ВКЗ: системний підход; особистісний підхід; віковий підхід.
18. Зовнішні та внутрішні умови розвитку та особливості віку дитини як тимчасової характеристики її індивідуального розвитку.
19. ВКЗ як складова частина самосвідомості особистості.
20. Компонент ВКЗ та три його рівня відображення здоров'я: когнітивний, емоційний та поведінковий.
21. Вікові особливості внутрішньої картини здоров'я дитини.
22. Типи материнських відносини.
23. Самооцінка та її функція у формуванні ВКЗ та ВКХ.
24. Індивідуально-психологічні фактори та їх роль у формуванні внутрішньої картини здоров'я дитини.

25. Види психологічного захисту у формуванні ВКЗ та ВКХ.
26. Роль сім'ї у формуванні внутрішньої картини здоров'я.
27. Стилі сімейного виховання у формуванні ВКЗ дитини.
28. Психологічна допомога дітям та підліткам з перекрученою внутрішньої картиною здоров'я.
29. Ятрогенні захворювання. Різновиди ятрогеній.
30. Характеристика форм ятрогенних захворювань.

Основна література:

1. Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина: Кратк. учебн. –М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1999. – 376.
2. Клиническая психология / Под ред. М.Перре, У. Баумана. 2-е международное издание. Пер.с нем. СПб. : Питер, 2002 (Серия «Мастера психологии»). Глава 34. – с.962 -1005.
3. Лурия Р.А. Внутренняя картина болезней и иатрогенные заболевания. М. : Медицина, 1977. –111с.
4. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику. М, 1987.168с.
5. Сидоров П.И., Парняков А.В. Клиническая психология: Учебник. 2е изд., дополн. – М.: ГЭОТАР МЕД, 2002. Главы 29, 30. с.682 – 723.
6. Соколова Е.Т., Николаева В.В. Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях. Часть II. М. : SvR – Аргус, 1995. с. 207 – 357.
7. Тхостов А.Ш. Психология телесности. – М.: Смысл, 2002. 287с.
8. Шерток Л. Непознанное в психике человека.– М.: Прогресс, 1982. 310с.
9. Фрейд З. О психотерапии истерии/В кн.З.Фрейд. О клиническом психоанализе. М., 1992. с.41-90.
10. Александер Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и применение. М. : Институт Общегуманитарных Исследований, 2004 – 336с.
11. Алекситемия и методы ее определения при пограничных психосоматических расстройствах. Методическое пособие. С-Пб., 1994. 17с.

12. Аммон Г. Психосоматическая терапия. СПб: Изд-во «Речь», 2000. – 238 стр.

13. Бассин Ф.В. Проблема бессознательного (О неосознаваемых формах высшей нервной деятельности). М. : Изд-во «Медицина», 1968. – 467с.

14. Карвасарский Б.Д., Простомолотов В.Ф. Невротические расстройства внутренних органов. Кишинев, изд-во «Штаница», 1988. 165с.

15. Кулаков С.А. Основы психосоматики. СПб. : Речь, 2003. – 288с.

16. Курцин И.Т. Теоретические основы психосоматической медицины. – Изд-во «Наука», Ленингр. отд.-Л., 1973. – 336с.

17. Менегетти А. Психосоматика / Пер. с итал. Славянской ассоциации Онтопсихологии. М. : ННБФ «Онтопсихология», 2003. 328 с.

18. Тополянский В.Д., Струковская М.В. Психосоматические расстройства. М. : Медицина, 1986. 384с.

ПРАКТИЧНЕ ЗАНЯТТЯ 7.

Особистісні феномени психосоматики.

Психопатологічні прояви соматизованої депресії у дітей.

Проблема психодіагностики та корекції особистісних феноменів у психосоматики.

Психологічна саморегуляція при психосоматичних розладах.

Особистісні феномени у психосоматики.

Психопатологічні прояви соматизованої депресії.

Історична еволюція поняття соматизованої депресії.

Клінічні прояви соматизованої депресії.

Особистісна схильність як фактор ризику при психосоматичних розладах.

Неспецифічність змін особистості при хронічних соматичних захворюваннях та основні типи змін.

Діагностичні ознаки соматизованої депресії.

Характеристика виділених видів депресії: вегетативний, ас-

тенічний, сенестопатичний, іпохондричний варіанти соматизованої депресії.

Астенія як одне із симптомообразуючих проявів депресії.

Больовий синдром.

Іпохондрія. Психопатологічні симптоми іпохондрії. Маски соматизованої депресії.

Психосоматичні розлади при захворюваннях серцево-судинної системи.

Психосоматичні розлади при захворюваннях дихальної системи.

Психосоматичні розлади при захворюваннях сечовивідної системи.

Психосоматичні розлади при захворюваннях травної системи.

Психологічна саморегуляція при психосоматичних розладах. Значення психосоматичної патології у сучасній медичній практиці.

Психопатологічні прояви соматизованої депресії у дітей.

Розлади ритму сну та неспання.

Види пароксизмальних явищ у ві сні.

Складні поведінкових та психічних феноменів: сноходження, сноговоріння та кошмарні сновидіння.

Етіологія розладів сну.

Псевдоневрологічні розлади у дітей.

Больовий синдром. Етіологія.

Дискінезії.

Психосоматичні розлади діяльності серцево-судинної системи.

Псевдоревматичні розлади. «Артрична» особистість.

Психосоматичні розлади дихальної системи. Задишка.

«Астматична» особистість.

Психосоматичні розлади сечовивідної системи. Структура особистості.

Енурез. Види енурезу.

Психосоматичні розлади травної системи.

Розлади апетиту: анорексія; булімія; ожиріння.

Нудота та блювання. Структура особистості. Провокуючі фактори.

Синдром роздратованого кишечника (СРК).

Психосоматичні розлади у дерматології.

Затримка фізичного та мовного розвитку (ЗФР та ЗРР).

Лікування психосоматичних розладів у дітей.

Загальні принципи традиційної терапії психосоматичних розладів.

Діагностика у психосоматиці.

Діагностична бесіда та психологічне тестування.

Психотерапія. Принципи психотерапії.

Основна термінологія: особистісні феномени; соматизована депресія; астенія; іпохондрія; маски соматизованої депресії; соматизована депресія у дітей; ритму сну та неспання; сноходження, сноговоріння та кошмарні сновидіння; «артрична» та «астматична» особистість; енурез; анорексія; булімія; ожиріння; синдром роздратованого кишечника; затримка фізичного та мовного розвитку; принципи традиційної терапії психосоматичних розладів.

Основні питання:

1. Особистісні феномени у психосоматиці.
2. Психопатологічні прояви соматизованої депресії.
3. Історична еволюція поняття соматизованої депресії.
4. Клінічні прояви соматизованої депресії.
5. Особистісна схильність як фактор ризику при психосоматичних розладах.
6. Неспецифічність змін особистості при хронічних соматичних захворюваннях та основні типи змін.
7. Діагностичні ознаки соматизованої депресії.
8. Характеристика виділених видів депресії: вегетативний, астеничний, сенестопатичний, іпохондричний варіанти соматизованої депресії.
9. Астенія як одне із симптомообразуючих проявів депресії.
10. Больовий синдром.

11. Іпохондрія. Психопатологічні симптоми іпохондрії. Маски соматизованої депресії.
12. Психосоматичні розлади при захворюваннях серцево-судинної системи.
13. Психосоматичні розлади при захворюваннях дихальної системи.
14. Психосоматичні розлади при захворюваннях сечовивідної системи.
15. Психосоматичні розлади при захворюваннях травної системи.
16. Психологічна саморегуляція при психосоматичних розладах.
17. Значення психосоматичної патології у сучасній медичній практиці.
18. Психопатологічні прояви соматизованої депресії у дітей.
19. Розлади ритму сну та неспання.
20. Види пароксизмальних явищ у ві сні.
21. Складні поведінкових та психічних феноменів: снохдження, сноговоріння та кошмарні сновидіння. Етіологія розладів сну.
22. Псевдоневрологічні розлади у дітей. Больовий синдром. Етіологія. Дискінезії.
23. Психосоматичні розлади діяльності серцево-судинної системи.
24. Псевдоревматичні розлади. «Артрична» особистість.
25. Психосоматичні розлади дихальної системи. Задишка. «Астматична» особистість.
26. Психосоматичні розлади сечовивідної системи. Структура особистості. Енурез. Види енурезу.
27. Психосоматичні розлади травної системи. Розлади апетиту: анорексія; булімія; ожиріння. Нудота та блювання. Структура особистості. Провокуючі фактори.
28. Синдром роздратованого кишечника (СРК).
29. Психосоматичні розлади у дерматології.

30. Затримка фізичного та мовного розвитку (ЗФР та ЗРР).
31. Лікування психосоматичних розладів у дітей.
32. Загальні принципи традиційної терапії психосоматичних розладів.
33. Діагностика у психосоматиці. Діагностична бесіда та психологічне тестування.
34. Психотерапія. Принципи психотерапії.

Підготувати усні доповіді на тему або написати реферати/есе на тему:

1. Поширеність психосоматичних порушень.
2. Сутність маскованих депресій.
3. Історична еволюція поняття соматизованої депресії.
4. Клінічні прояви соматизованої депресії.
5. Діагностичні ознаки соматизованої депресії.
6. Характеристика виділених видів депресії: вегетативний, астеничний, сенестопатичний, іпохондричний варіанти соматизованої депресії.
7. Характерні особливості вегетативної депресії в клінічній картині: вегетативні функціональні порушення.
8. Астенія як одне з симптомообразуючих проявів депресії.
9. Больовий синдром. Форми больового синдрому.
10. Іпохондрія. Психопатологічні симптоми іпохондрії.
11. Маски соматизованої депресії.
12. Вегетосоматичні порушення при депресії.
13. Псевдоневрологічні розлади. Порушення чутливості.
14. Головний біль. Типи головних болів.
15. Психосоматичні розлади при захворюваннях серцево-судинної системи.
16. Вплив особистості хворого на формування захворювань серцево-судинної системи.
17. Вплив особистості хворого на формування кардіоневроза.
18. Ішемічна хвороба серця (стенокардія, інфаркт міокарда).
19. Психосоматичні розлади при захворюваннях дихальної системи.

20. Психічні розлади при бронхіальній астмі.
21. Психосоматичні розлади при захворюваннях сечовивідної системи.
22. Психосоматичні розлади при захворюваннях травної системи.
23. Психологічні механізми патогенезу цукрового діабету.
24. Психосоматичні розлади при злоякісних новоутвореннях.
25. Психічні порушення при шкірних захворюваннях.
26. Роль сексуальних розладів у виникненні соматичних та психічних захворювань.
27. Психопатологічні прояви соматизованої депресії у дітей.
28. Розлади ритму сну та неспання. Види пароксизмальних явищ у ві сні.
29. Складні поведінкових та психічних феноменів: снохдження, сноговоріння та кошмарні сновидіння. Етіологія розладів сну.
30. Псевдоневрологічні розлади у дітей. Больовий синдром. Етіологія. Дискінезії.
31. Психосоматичні розлади діяльності серцево-судинної системи.
32. Псевдоревматичні розлади. «Артрична» особистість.
33. Психосоматичні розлади дихальної системи. Задишка. «Астматична» особистість.
34. Психосоматичні розлади сечовивідної системи. Структура особистості.
35. Енурез. Види енурезу.
36. Психосоматичні розлади травної системи. Розлади апетиту: анорексія; булімія; ожиріння.
37. Нудота та блювання. Структура особистості. Провокуючі фактори.
38. Синдром роздратованого кишечника (СРК).
39. Психосоматичні розлади у дерматології.
40. Затримка фізичного та мовного розвитку (ЗФР та ЗРР).
41. Лікування психосоматичних розладів у дітей.

42. Загальні принципи традиційної терапії психосоматичних розладів.

43. Діагностика у психосоматиці. Діагностична бесіда та психологічне тестування.

44. Психотерапія. Принципи психотерапії.

Основна література:

1. Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина: Кратк. учебн. – М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1999. – 376.

2. Клиническая психология / Под ред. М. Перре, У. Баумана. 2-е международное издание. Пер.с нем. СПб. : Питер, 2002 (Серия «Мастера психологии»). Глава 34. – с.962–1005.

3. Лурия Р.А. Внутренняя картина болезней и иатрогенные заболевания. М. : Медицина, 1977. – 111 с.

4. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику. М, 1987. 168 с.

5. Сидоров П.И., Парняков А.В. Клиническая психология: Учебник. 2е изд., дополн. – М.: ГЭОТАР МЕД, 2002. Главы 29, 30. с. 682–723.

6. Соколова Е.Т., Николаева В.В. Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях. Часть II. М. : SvR – Аргус, 1995. с. 207–357.

7. Тхостов А.Ш. Психология телесности. – М.: Смысл, 2002. 287с.

8. Шерток Л. Непознанное в психике человека. – М.: Прогресс, 1982. 310с.

9. Фрейд З. О психотерапии истерии / В кн. З. Фрейд. О клиническом психоанализе. М., 1992. с. 41–90.

10. Александер Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и применение. М. : Институт Общегуманитарных Исследований, 2004 – 336 с.

11. Алекситемия и методы ее определения при пограничных психосоматических расстройствах. Методическое пособие. С-Пб., 1994. 17 с.

12. Аммон Г. Психосоматическая терапия. СПб: Изд-во «Речь», 2000. – 238 с.

13. Бассин Ф.В. Проблема бессознательного (О неосознаваемых формах высшей нервной деятельности). М. : Изд-во «Медицина», 1968. – 467 с.

14. Карвасарский Б.Д., Простомолотов В.Ф. Невротические расстройства внутренних органов. Кишинев, изд-во «Штиница», 1988. 165 с.

15. Кулаков С.А. Основы психосоматики. СПб. : Речь, 2003. – 288 с.

16. Курцин И.Т. Теоретические основы психосоматической медицины. – Изд-во «Наука», Ленингр. отд. - Л., 1973. – 336 с.

17. Менегетти А. Психосоматика / Пер. с итал. Славянской ассоциации Онтопсихологии. М. : ННБФ «Онтопсихология», 2003. 328 с.

18. Тополянский В.Д., Струковская М.В. Психосоматические расстройства. М. : Медицина, 1986. 384 с.

Орієнтовна теоретична інформація з курсу

ЛЕКЦІЯ 1. Вступ у основи психосоматики. Класифікації психосоматичних розладів.

Подання про тісний взаємозв'язок самопочуття людини із її психічним, і перш за все емоційним, станом є одним з найважливіших у сучасній медицині та медичної психології.

Сучасна психосоматика вивчає обидва аспекти взаємин психіки та тіла, а на початку 19 століття для розмежування цих сфер застосовувалися терміни «психосоматичний» та «соматопсихічний».

Поява терміна «психосоматичний» відноситься до 1818 року (Heinroth Хайнрот), а терміна «соматопсихічний» до 1822 (Jakobi Якобі).

Новаліс створив свого роду «психофізіологію», яка являє собою вчення про хвороби, інтуїтивно об'єднує тіло, душу і дух індивідуума (1897). Новаліс захищав максимально широку концепцію психосоматики: «будь-яке захворювання можна назвати психічним» (1898).

Психосоматика (грец. *psyche* – душа, *soma* – тіло) – напрям в медицині і психології, що займається вивченням впливу психологічних (переважно психогенних) чинників на виникнення і подальшу динаміку соматичних захворювань (І.Г. Малкіна-Пих).

З одного боку, цей термін має на увазі науковий напрям, який встановлює взаємини між психікою та тілесними функціями, досліджує, як психологічні переживання впливають на функції організму, як переживання можуть викликати ті чи інші хвороби. З іншого боку, під терміном психосоматика мається на увазі ряд феноменів, пов'язаних із взаємовпливом психічного та тілесного, в тому числі цілий ряд патологічних порушень. По-третє, під психосоматикою розуміють напрямок медицини, що ставить собі за мету лікування психосоматичних порушень – **це психосоматична медицина.**

Предмет психосоматики – психосоматичні захворювання та систематика психосоматичних розладів.

Психосоматична медицина – наука про взаємини психічних та соматичних процесів, які тісно пов’язують людину з навколишнім середовищем (В. Бройтігам, П. Крістіан, М. Рад).

В основі психосоматичного захворювання лежить реакція на емоційне переживання, яке супроводжується функціональними змінами та патологічними порушеннями в органах.

Відповідна схильність може впливати на вибір ушкодженого органу або системи.

Будь-яке психосоматичне захворювання є властивістю людського організму як системи. Воно не виводиться окремо ні з психічних, ні з фізіологічних (включаючи спадкові) властивостей індивіда, його неможливо пояснити шляхом дослідження властивостей якоїсь однієї підсистеми – психічної або соматичної.

Тільки взаємодія між цими підсистемами і навколишнім середовищем може привести до нового стану організму, який визначається як психосоматичне захворювання. І тільки розуміння цих зв’язків може дати можливість ефективно впливати на виникнення захворювання, в тому числі методами психотерапії.

Внутрішні конфлікти, невротичні типи реакцій або психореактивний зв’язок обумовлюють картину органічного страждання, його тривалість, перебіг і, можливо, резистентність до терапії.

Психосоматичні співвідношення, що виникають у хворих, розглядаються у межах двох основних підходів.

В рамках психоцентричного, аналізується вплив на виникнення, клінічні прояви, перебіг та прогноз захворювання гострого чи хронічного психічного стресу, а також різноманітних характеристик, пов’язаних із психічним статусом пацієнта.

Також розглядаються конституційні особливості особистості, вони інтерпретуються в рамках психодинамічного та психометричного підходів, концепції алекситимії, специфічних «профілів особистості», поведінкового типу А, а також коморбідних розглянутого захворювання психічного розладу (афективні, тривожно-фобічні та ін.).

В рамках другого, соматоцентричного, підходу вивчаються нозогенні реакції – вплив особливостей клінічних проявів

та перебіг хвороби на суб'єктивне сприйняття пацієнтом свого захворювання та особливості психічних розладів, маніфестація яких пов'язана з соматичним стражданням (соматогенії та психогенні стани, обумовлені комплексом психотравмуючих подій, пов'язаних з соматичним захворюванням).

Дослідження ВКХ і якості життя

– методичка для психологічної діагностики типів відносин до хвороби.

– класифікація соматичних відчуттів (Тхостів)

– методика Сакса-Сиднея

– проєктивний малюнок «Я і моя хвороба»

– опитувальник для вивчення відносин до хвороби і лікування

– відношення до хвороби (Березовського)

– опитувальник Сердюка для вивчення самооцінки соціальної значимості хвороби

– опитувальник якості життя

– опитувальник оцінки статусу здоров'я (SF-36).

Практичні завдання:

1. Профілактика.

а) психогігієна – попередження розвитку несприятливих психосоматичних та соматичних захворювань. Група ризику: люди з невротичним складом особистості, психопати та акцентуйовані особистості, алекситимікі;

б) психоімунітет як вторинна профілактика – формування правильних уявлень та ставлення людини до себе, хвороби та світу у цілому;

в) запобігання розвитку ускладнень – третинна профілактика.

2. Діагностика.

а) диференціальна – постановка діагнозу, виявлення питомої ваги психологічного фактора у розвитку захворювання;

б) динамічна – динаміка хвороби. Важке соматичне захворювання, викликає психічну активність хворого хвилюванням, переживанням і перетворює його у психосоматичне. Необхідно виявити момент цього переходу.

3. Психологічна допомога – консультування, корекція, психотерапія, сенсомоторна корекція.

4. Реабілітація – відновлення статусу людини. Професійна трудова реабілітація, соціальна реабілітація.

Психосоматика це міждисциплінарний науковий напрям. П.І. Сидоров та співавт., розробили системно-динамічну концепцію розвитку хронічного розладу, згідно з якою виникнення порушення включає ряд етапів: соціо-, психо- і патогенезу, причому для загострення хвороби необхідно неодноразове вплив стресового чинника, що супроводжується загрозою благополуччю в найбільш значущою «життєвій сфері», тобто для розвитку порушення необхідні кілька різних умов, які у кожній окремої людини індивідуальні. Для розвитку захворювання повинні бути присутніми чинники: виникнення напруги та дисбалансу у багаторівневій системі соціуму (дія макро-, мікро-, мезо-, міліфакторів), наявність специфічних психофізіологічних особливостей особистості.

Як розділ психотерапії вона шукає способи зміни деструктивних для організму способів емоційного реагування та поведінки. Як соціальна наука досліджує зв'язок психосоматичних розладів з культурними традиціями та умовами життя.

Етіопатогенез психосоматичних розладів визначається спадковою схильністю до психосоматичних розладів; нейродинамічними зрушеннями (порушеннями діяльності ЦНС); особистісними особливостями; психічним та фізичним станом під час дії психотравмуючих подій; фоном несприятливих сімейних чи інших соціальних факторів; особливостями психотравмуючих подій; віковими особливостями онтогенезу.

Три національних школи внесли найбільший вклад в розробку проблеми психосоматичної медицини: американська школа (F. Alexander, H. Dunbar, I. Weies, і G. Engel), яка розробляє теоретичні основи психосоматики на основі психоаналітичних концепцій; німецька школа (W. von Krehl, von Weizsacker, von Bergman), вона віддає перевагу розробці філософських основ психосоматики, та вітчизняна школа, в якій основою вивчення психосоматичних розладів є вчення І. П. Павлова про вищу нервову діяльність.

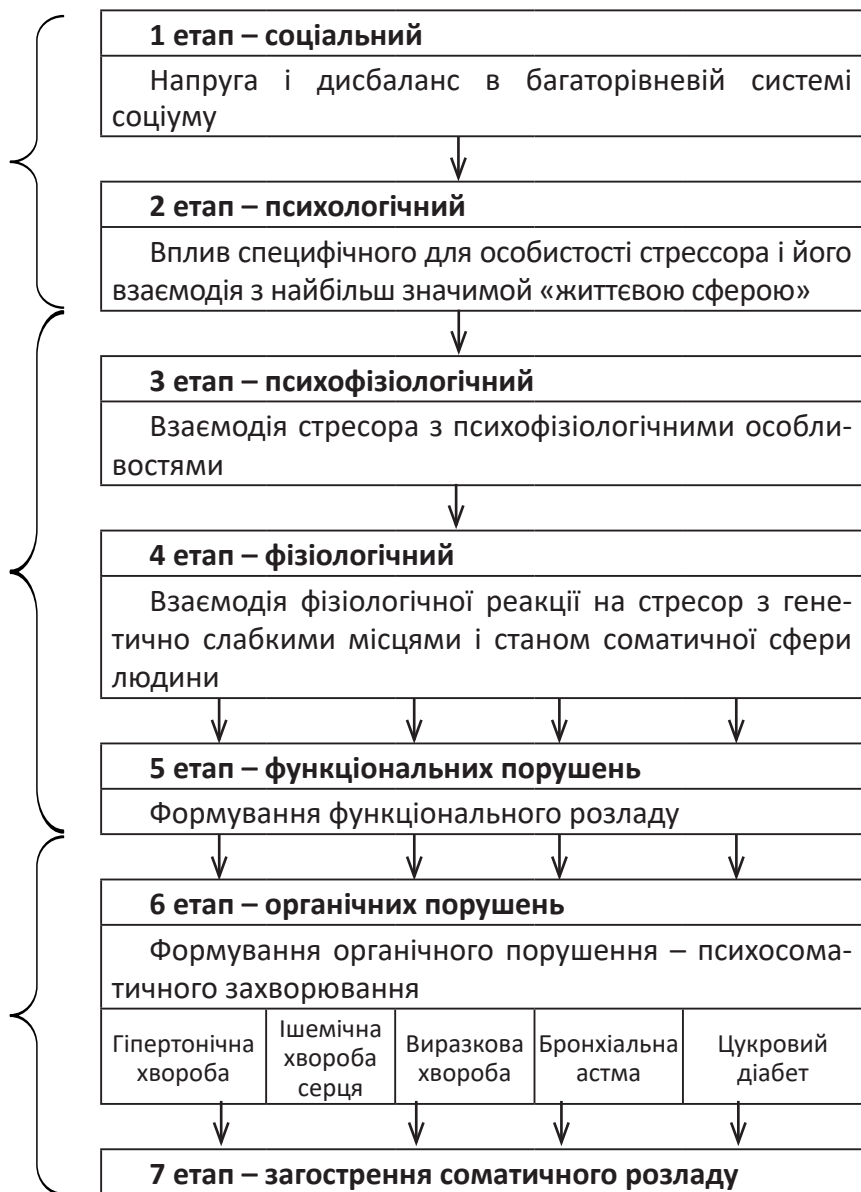


Рис. Взаємозв'язок компонентів системно-динамічної концепції

* Примітка. 1-2-й етапи – соціогенез хвороби. 2-3-4-5-й етапи – психогенез хвороби. 5-6-7-й етапи – патогенез хвороби.

До теперішнього часу з урахуванням співвідношення соматичних та психічних розладів можливе виділення наступних варіантів: соматичне і психічне захворювання можуть співіснувати у одного і того ж хворого незалежно один від одного; соматичне захворювання може бути безпосередньою ознакою появи тих чи інших психічних розладів (делірій у хворого на висипний тиф, депресії у хворого карциномою, про яку він не обізнаний); попередній варіант, але з приєднанням невротичної або депресивної реакції хворого на виникнення соматичної хвороби (при інфаркті міокарда, СНІД, променевої хвороби).

Види психосоматичних розладів.

У клінічній практиці виникло власне розуміння психосоматичних розладів, яке охоплює соматичні порушення без “однозначного органічного субстрату”.

Варіанти соматоформних розладів відбито двома провідними класифікаційними системами світу – МКХ-10 та DSM-IV.

Соматоформні розлади в МКХ-10 (F-45)

Соматизований розлад (F 45.0).

Соматоформна вегетативна дисфункція (F 45.1).

Конверсійний розлад (F 44. xx).

Соматоформний больовий розлад (F 45.4).

Іпохондрія (F 45.2).

Дисморфофобічний розлад (F 45.2).

Соматоформний розлад не уточнений (F 45.9).

Класифікація психосоматичних розладів (МКБ-10)

1. Соматизовані психічні (соматоформні) розлади: конверсійні розлади, хронічні саматоформні больові розлади, соматоформна вегетативна дисфункція.

2. Психогенні реакції (нозогенії, соматогенії) (Смулевич О.Б.) (В МКБ-10 класифікуються синдромально в залежності від рівня порушення: невротичний, афектний, патахарактєлогічний).

3. Власне психосоматичні захворювання (психосоматози)

4 Реакції екзогенного типу (соматогенії).

Соматоформні розлади – соматичні симптоми, які не можна достатньою мірою пояснити органічними захворюваннями та які не є вторинними наслідками іншої психічної симптоматики. Соматизований розлад – соматоформний розлад, який характеризується значною кількістю фізичних нездужань (вираженість), що повторюються (постійність) і не мають органічної основи (синдром Бріке).

Термін «соматизація» було введено в медичну практику як альтернативу конверсії.

Соматоформні вегетативні розлади – множинні соматоформні симптоми, відрізняються тим, що суб'єктивні відчуття та скарги не є вираженими та постійними і не пов'язуються хворим з одним органом або системою (наприклад, прискорене серцебиття, почервоніння, піт, тяжкість в епігастрії, неприємні відчуття в животі).

Конверсійні розлади розуміють як порушення фізіологічних функцій, які втрачають саморегуляцію внаслідок психологічних проблем. Конверсія – трансформація емоційних порушень у рухові, сенсорні та вегетативні еквіваленти. В утворенні істеричних соматоформних розладів відіграє роль первинний і вторинний зиск. Первинний зиск полягає в тому, що істеричні симптоми не допускають внутрішній конфлікт до свідомості, а вторинний – істеричні симптоми викликають в інших добре ставлення до хворого чи дозволяють йому уникнути неприємної діяльності.

Іпохондричні соматоформні розлади – такі розлади, за яких люди неправильно інтерпретують незначні симптоми, пов'язані з функціями організму, чи занадто сильно реагують на них.

Дисморфофобія – надзвичайна стурбованість із приводу не-доліків зовнішності. Соматоформний больовий розлад – зумовлює біль, провідну роль у виникненні, силі й тривалості якого відіграють психологічні форми.

У межах соматизованих розладів виділяються відносно ізольовані функціональні порушення окремих органів («функціональні синдроми» по Т. Уехкулл) – органні неврози.

Розрізняють кардіо- та ангіоневрози, синдром гіпервентиляції (психогенна задишка), ахалазія (кардіоспазм), синдром «роздратованого» шлунка, «роздратованої», або «збудливої», товстої кишки, «роздратованого» сечового міхура та ін.

Психопатологічні прояви таких неврозів найчастіше вичерпуються поєднанням конверсійних та соматизованих симптомкомплексів з тривожно-фобічними розладами і, зокрема, з фобіями іпохондричного змісту.

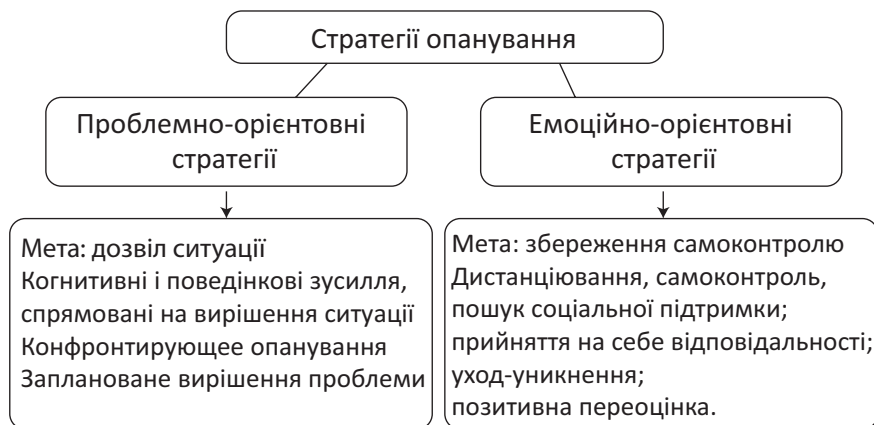
Більшість сучасних дослідників виділяють психосоматичні реакції та психосоматичні захворювання.

Перші по суті, ще не є точно окресленою патологією і зустрічаються у здорових людей поодинокі, ізольовані реакції організму на ті чи інші стресові моменти.

У той же час за певних умов ці поодинокі психосоматичні реакції можуть стати початком психосоматичного захворювання.

Останнім часом стали виділяти «класичні» психосоматичні розлади, у клінічній картині яких є органічне ураження тієї чи іншої системи (виразкова та гіпертонічна хвороба, неспецифічний виразковий коліт та ін).

Значення терміна «психотерапія» пов'язане з двома його тлумаченнями, що базуються на перекладі грецьких слів *psyche* – душа і *therapeia* – турбота, догляд, лікування: «зцілення душею» або «лікування душі».



Психотерапевтичні підходи можна умовно розділити на дві групи: директивна терапія, орієнтована на проблему, та недирективна, орієнтована на пацієнта.

Для шкіл, що відносяться до першого типу, характерна установка на обов'язкове «занурення» пацієнта в проблему. Якщо пацієнт не бажає «занурюватися», це трактується як опір терапії.

У психотерапії другого типу, навпаки, пацієнт є вільним у виборі того, про що говорити з терапевтом і скільки приділяти їй часу. Якщо він не говорить про свою проблему, це розглядається не як опір, а як законне право говорити про те, про що він сам бажає.

Умовно розрізняють клінічно-орієнтовану психотерапію, спрямовану переважно на пом'якшення або ліквідацію наявної симптоматики, та особистісно-орієнтовану психотерапію, яка прагне допомогти людині змінити своє ставлення до соціального оточення і до власної особистості.

Психотерапевтичні теорії і депресії

Психотерапія	Оцінка депресії
Психоаналітична	<ul style="list-style-type: none"> – авбівалентна інтроєкція зугубленого об'єкта лібідо в «его» (З. Фройд); – регресивний (в орально-садистську стадію) процес, що розвивається при втраті об'єкта лібідо (К. Абрахам). – розвиток стратегій провини, як результат відносно неконтролюємої депресивним індивидом агресії (С. Радо).
Поведінкова	<ul style="list-style-type: none"> – зумовлена безпорадність (М. Селигман, С. Маєр); – «збуджувальна теорія депресії» (Е. Клінгер); – переважання стратегій уникнення, в умовах відповідних підкрплень чи непослідовності підкрплень і покарань (К. Фостер).
Когнитивна	<ul style="list-style-type: none"> – когніції негативного змісту («я», «миро», «майбутнє») (А. Бек); – нездатність передбачувати і контролювати своє оточення (Д. Келлі)
Гуманістична	<ul style="list-style-type: none"> – відсутність життєвих сенсів (В. Франкл); – неможливість самореалізації і самоактуалізації (А. Маслоу); – екзистенціальна криза (К. Роджерс).

У клінічно-орієнтованої психотерапії традиційно використовуються такі методи, як гіпноз, аутогенне тренування, різні види навіювання та самонавіювання.

В особистісно-орієнтованої психотерапії виявляється величезна різноманітність методів і прийомів, заснованих на концептуальних моделях безлічі шкіл і течій.

Проте можна говорити про наявність ключовий і провідної ідеї, що об'єднує майже всі наявні в психотерапії підходи – прагнення допомогти розвитку особистості шляхом зняття обмежень, заборон і комплексів.

ЛЕКЦІЯ 2. Психосоматика у історії науки. Психоаналітична концепція виникнення психосоматичних розладів. Сучасні поведінкові (біхевіоральні) підходи у психосоматиці.

Історія психосоматики як частини медичної практики сходить до Гіппократа та Аристотеля, тому що саме Гіппократ як би об'єднував психічне та соматичне; прямо не кажучи про це і не зазначаючи це спеціально у своїх працях. Багато філософів протягом століть міркували про взаємини душі та тіла. Одним із духівників становлення психосоматичного підходу слід вважати Фрідріха Ніцше. Він створив філософію, яка «виходить з тіла та потребує його, як у дороговказної нитки», говорив про «розум тіла», його «множинності з єдиним сенсом». Ніцше не тільки передбачив ряд концепцій Фрейда у вченні про несвідомоме та про афект, але і дав багато вказівок лікарів з цього питання.

З середини 19 століття дослідження співвідношень психіки та соматики продовжилися вже в рамках психології: вже до кінця 50-х років в американській науковій літературі було опубліковано близько 5000 статей про соматичну медицину очима психологів.

У вітчизняній науці багато вчених використовуючи теорію Павлова також займалися питаннями психосоматики. Бехтерев В.М. не тільки проголошував, але і доводив у своїх роботах мож-

ливість виникнення соматичних розладів під впливом психічних змін, більш того, він був переконаний, що в наукове визначення організму входить середовище, яке впливає на нього.



Ф. Александер у своїй роботі «Психосоматична медицина» відбив свої погляди на зв'язок емоційної сфери та тілесної симптоматики.

У спільній роботі з Ш. Селесник, Ф. Александер підкреслював всеосяжний зв'язок емоційних факторів (в тому числі стресових) з органічними функціями людини. Пригнічена емоційна реакція має свій соматичний еквівалент як нормальний фізіологічний супровід хронізованого емоційного стану.

Ф. Данбар застосувала до досвіду лікарів методи психодинамічної діагностики. Вона досліджувала профілі особистості та пов'язувала їх з певними захворюваннями.

Багато концепцій початку ХХ століття стали фундаментом вчень про психогенії тілесних недуг.

Друга течія, яка також стала базою для психосоматичних досліджень у 1930-1960-х рр. ХХ століття, це відома філософська

концепція холізму. Грецьке слово «холон» перекладається як «цілісність». Відповідно, холізм як вчення базується на безпосередньому цілісному взаємозв'язку матеріального та духовного. Ця теорія про нероздільність взаємозв'язку всього навколишнього, про постійне оновлення та перетворення всіх видів живої матерії в їх нерозривній всеїдності.

У холістичній медицині багато уваги приділяється попередньому травматичному досвіду пацієнта та його ментальним установкам. Сучасні вчені цього напрямку G. Engel, Z. Lipowski, D. Kissen.

Внесок Z. Lipowski стосувався розвитку адекватного підходу до концепції психогенезу, базуючись на визнанні мультифакторного впливу на етіологію та патогенез захворювань.

D. Kissen не заперечив впливу психологічних факторів на розвиток захворювання, але говорив про їх різний внесок у кожного окремого індивіда.

G. Engel підкреслив, що сам по собі термін «психосоматичний розлад» дозволить думати, що захворювання, які не іменовані психосоматичними, можуть сприйматися як ті, що не мають картини психосоматичних співвідношень в цілому.

Вперше ідею конверсії З. Фрейд виклав в роботах «Психоневрози захисту» та «Дослідження істерії».

Під конверсією він розумів зміщення психічного конфлікту та спробу виявлення його через різні симптоми в області тіла – соматичні, моторні або чуттєві. Завдяки такому «переносу» лібідінозної енергії з області психічного до області тілесного, де патогенний конфлікт видаляється зі свідомості. У соматичному симптомі символічно представлено те, що повинно було міститися у несвідомій фантазії.

Теорія «специфічності інтрапсихічного конфлікту»

Ф. Александера.

У 1934 р Ф. Александер сформулював принципи, які лягли в основу концепції специфічності.

Гіпотеза про специфічність, яка була висунута Ф. Александром, спиралась на три базових положення.

1. Психологічний конфлікт поєднується з фізіологічними і біохімічними факторами, які схиляють к захворюванню.

2 Несвідомий конфлікт активується під впливом особливо значимих життєвих обставин.

3. Супроводжуючі внутрішньособистий кофлікт негативні емоції виражаються на фізіологічному рівні, що і призводить в кінцевому підсумку до розвитку хвороби.

Психічні фактори, які викликають соматичні розлади, мають специфічну природу та включають певне емоційне ставлення пацієнта до оточення або до власної особистості. Правильне знання цих причинних факторів може бути придбано у ході психоаналітичного лікування.

Свідомі психологічні процеси пацієнта відіграють підлеглу роль у причинах соматичних симптомів, поки такі свідомі емоції та тенденції можуть бути вільно виражені. Придушення емоцій та потреб викликає хронічну дисфункцію внутрішніх органів.

Александр запропонував векторну теорію розвитку психосоматичного симптому, яка включає три вектори: 1) бажання об'єднати, отримати, прийняти; 2) бажання виключити, видалити, віддати, витратити енергію для нападу або здійснення чого-небудь або для нанесення шкоди; 3) бажання зберегти, накопичити.

Александр припускав також, що специфічний психічний конфлікт між трьома векторами тягне за собою порушення в певних органах. Наприклад, в основі виникнення виразки шлунка та дванадцятипалої кишки лежать оральні конфлікти, а в основі захворювань товстої кишки (наприклад, за виразковий коліт) – специфічні анальні конфлікти.

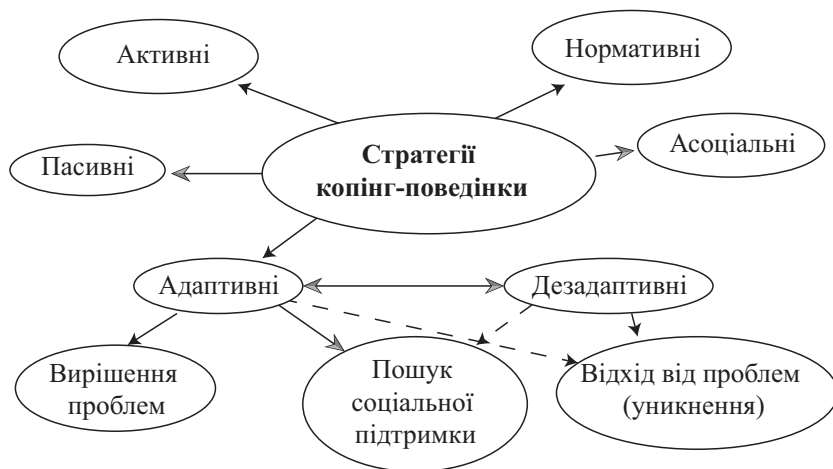
Концепція профілю особистості Ф.Данбар.

У 1948 р Ф. Данбар закінчила розробку концепції особистісних профілів, в якій ця дослідниця стверджувала, що емоційні реакції на проблемні життєві ситуації є похідними від структури особистості хворого.

Вона вважала, що ці профілі мають діагностичне, прогностичне та терапевтичне значення, специфічним для певної хвороби

виявилася взаємодія певних особистісних факторів та емоційних конфліктів. Нею були виділені коронарний, гіпертонічний, алергічний та схильний до пошкоджень типи особистості.

З концепцією особистісного профілю Ф.Данбар пов'язан цілий напрямок в інтерпретації психосоматичних захворювань, який вказує, зокрема, на специфічні особливості застосування форм та методів психотерапії.



Поведінкові типи А та В.

Кардіологи Г. Фрідман і Р. Розенман виявили людей з особливим набором установок та поведінкових реакцій. Їх поведінку вони позначили як поведінку типу А (ПТА).

Поведінка типу А включає до себе виражене прагнення що до досягнення успіхів, схильність до суперництва, нетерплячість, ворожість, швидкий темп мови, жваву манеру жестикуляції. Випробовувані, що не володіють перерахованими особливостями, були віднесені до поведінкового типу В. Головними характеристиками поведінкового типу В є здатність розумно чергувати роботу та відпочинок, емоційну врівноваженість, розслабленість, неквапливість, неспішність мови та жестикуляції.

У дослідженнях, присвячених особистісним особливостям хворих різними психосоматичними захворюваннями, були

встановлені загальні для осіб різної нозологічної приналежності риси, складові своєрідної «психосоматичної особистісної структури»: характерно розвинена фантазія та недостатня емоційна включеність в реальну життєву ситуацію; нездатність описати тонкі нюанси своїх почуттів та в більшості випадків не знаходять слова для самовираження; інфантильність та нездатність керувати символічними процесами із метою комунікації; егоцентризм, особистісна незрілість, недостатня ступінь емоційної залученості у події, які відбуваються.

Біхевіоральний (поведінковий) напрямок у інтерпретації психосоматичних захворювань.

В основі психосоматичних захворювань, може лежати порушення функціонально-гедоністичних співвідношень, які формують псевдоповедінку, яка є результатом неправильного, неадекватного навчання (Орлов Ю.М., Гройсман А.Л., 1998).

Інтерпретація психосоматичного захворювання як результату неправильного навчання в рамках біхевіоризму проводиться при розширеному трактуванні терміна «психосоматичний розлад», до якого відносяться різноманітні форми відхилень у поведінці, зокрема адиктивної поведінки.

В цьому випадку ключовими термінами є поняття мотивації (системи мотивів), адекватного або неадекватного опредмечування (процесу, в результаті якого та чи інша потреба знаходить свій «предмет») потреб, системи цінностей особистості.

При вивченні патогенного впливу на психічне здоров'я соціальних факторів слід диференціювати їх на дві групи: макросоціальні та мікросоціальні (Дмитрієва Т.Б., Положій Б.С., 1994): «макросоціальні чинники безпосередньо обумовлені суспільним ладом, соціально-економічною та політичною структурою суспільства.

Делінквентна та кримінальна поведінка, про що свідчать численні кримінологічні дослідження, не так корелює зі слабкими знаннями морально-правових вимог правопорушниками, скільки зі криміногенною деформацією їх спонукальних мотивів. При цьому наголошується, що, особистість як би тяжіє до

певних ситуацій в силу того, що вони для неї виявляються адекватними, тобто відповідають її внутрішній структурі.

Нездоровий спосіб життя, алкоголізація та нікотинізація населення, все більше розповсюджується до вживання наркотиків та токсичних речовин, делінквентна поведінка, включаючи сексуальні девіації, відхід від соціально конструктивної діяльності, веселе проведення часу – все це дає підстави для формування концепції поведінки саморуйнування як прояву дисфункціонального стану особистості (Попов Ю.В., 1994).

В основі поведінки саморуйнування лежить прагнення до відходу від життєвих проблем. Алкоголізація та наркотизація, хоча і вважаються універсальними засобами відходу від дійсності, не є єдиними.

У зв'язку з цим широке поширення набуло дослідження однієї з форм девіантної поведінки – адиктивної поведінки. Адиктивна поведінка – це форма поведінки, що відхиляється, вона характеризується прагненням до відходу від реальності шляхом штучної зміни свого психічного стану за допомогою прийому деяких речовин або постійною фіксацією уваги на певних видах діяльності, що спрямована на розвиток і підтримку інтенсивних емоцій (Короленко Ц.П., Донських Т.А.).

ЛЕКЦІЯ 3. Біопсихосоціальна модель.

Поняття про інтеграційні моделі.

При інтегративному підході здоров'я іта хвороба розглядаються у контексті складної біопсихосоціальної взаємодії.

В інтеграційних моделях підкреслюється багатofакторність етіології та патогенезу будь-якого захворювання, необхідність розгляду його з системних позицій.

Представники цього напрямку роблять акцент на дослідженні психосоматичних та соматопсихічних співвідношень у контексті функціонування складно організованої системи, яка взаємодіє з навколишнім світом у його різноманітних проявах.

Початок цьому було покладено у Німеччині Лудольфом Крелем (L. Krehl) та Густавом Бергманом (G. Bergmann), а потім значно розширено та розвинене В. Вайцзеккером (V. Weizsacker) та Т. Іксюлем (Th. Uexkiih), а також Олександром Йоресом (A. Jores) та Паулем Крістіаном (P. Christian). Ці клініцисти, здебільшого лікарі-терапевти, перебували у тій чи іншій мірі під впливом психоаналізу. Подібний напрямок створив у США Г. Вайнер (H. Weiner), який самостійно розвинув вихідні європейські традиції під впливом Ф.Александера.

Інтеграційна модель повинна була оцінити та об'єднати сучасний стан знань в медицині.

За інтегративною моделю стан здоров'я визначається не за абсолютним його значенням – по відсутності хвороби, а скоріше як успішне пристосування до навколишнього світу. Хвороба визначається як нанесення шкоди або порушенням певних компонентів (областей) структури або функцій організму людини.

3.2. Концепція психосоматики

Конверсійна теорія (З. Фрейд): конверсія – зсув психічного конфлікту і спроба вирішити його через різноманітні симптоми в області тіла.

Теорія вегетативного неврозу (Ф. Александер): безсвідомий конфлікт призводить до емоційної напруги, що супроводжується стійкими змінами ВНС. Подібні зміни можуть спричинити за собою зміни тканини, а, можливо, навіть необратимі ураження органів.

Концепція «особистих профілей» (Ф. Данбар): психосоматичне захворювання – це результат взаємодії соматичних реакцій з постійними особистими параметрами.

Модель «десоматизації – ресоматизації» (М. Шур). В її основі лежить розуміння «регресія» – повернення з вищого на більш низьку стадію розвитку, коли за об'єктивних ситуацій активізуються безсвідомі, невротичні конфлікти і під тиском невпевненості в собі може наступити регрес на інфантильно-соматичні, фізіологічні форми реагування.

Концепція двушелонної оборони (А. Митчерлих) – психосоматичне захворювання – це результат неспроможності виправитися особистості («перший ешелон») з внутрішніми конфліктами.

Хвороба не є єдиною підставою появи почуття хвороби та страждання. Це почуття виникає також внаслідок нездатності людини пристосуватися до різних життєвих ситуацій або до хвороби, воно є результатом невідповідності між адаптивними можливостями людини (здатність до пристосування) та вимогами, якими вони визначаються. Ця невдача адаптації призводить до страждання або до почуття хвороби.

Біопсихосоціальна модель Ікскюля та Везіака

Після другої світової війни Т. Ікскюль (Th. Uexkull) виклав всеосяжну «біопсихосоціальну модель». Опис функціональних зв'язків здійснюється за допомогою теорії систем та сучасної семіотики.

Психосоматична модель прагне розробити модель для тіла, яка відповідала б моделі для душі, з тим щоб лікар міг пов'язати процеси, які відбуваються на фізіологічному та соціальному рівнях. Теорія систем вступає в дію після того, як процеси на різних рівнях координуються у ієрархію систем та сверхсистему.

Для кожного з інтеграційних рівнів застосовується інша система знаків. Під фізіологічним рівнем розуміють клітини, органи та системи органів з біохімічними і / або електрофізіологічними властивостями. Серед них розрізняють спеціальні системи знаків – ендокринну, імунну та нервову. Всі системи знаків є «ендосеміотичними», тобто вони діють усередині організму.

На психічному рівні є специфічні та диференційовані системи знаків. До них відносяться відчуття та почуття, які ми сприймаємо від нашого тіла і / або через органи почуттів з навколишнього середовища.

За допомогою цих знаків суб'єкт будує свій суб'єктивний світ [Th. Uexkull і W. Wesiak, 1991].

Таким чином біопсихосоціальна модель визнає самостійність феноменів на кожному системному рівні.

Це дозволяє виявляти соматопсихічні «ефекти підйому» та психосоматичні «ефекти спуску», причому спостерігаються відмінності між вродженими чи набутими зв'язками значень.

Вони відповідають безумовним та умовним рефлексам. Розроблена І.П. Павловим модель обумовлення (кондиціонування) вперше показала, як виникають ці зв'язки значень.

«Медична антропологія» Віктора Вайцеккера

В.Вайцеккер (V. Weizsacker) у вченні про хвороби передбачає «медичну антропологію», в рамках якої хвороба людини повинна оцінюватися лікарем та купувати певний сенс. Вихідними пунктами цього підходу є прийом пацієнта лікарем, дослідження страждання та бесіда пацієнта з лікарем, який намагається зрозуміти це страждання. Таким чином, стражданням тіла надається якийсь сенс у житті людини.

Осмислення часто може стосуватися тільки тих процесів, які виникають природним шляхом та є вистражданими, «виперпеленими». Загальне розуміння історії життя, яке виникає в результаті лікарської бесіди або в процесі психоаналітичної терапії, надає нове значення хворобливому процесу. Вихідним пунктом для нього стала фізіологія органів почуттів.

Введення суб'єкта через фізіологію органів чуття до вчення про хвороби та психосоматику означає, що і тілесне сприйняття, і рух – це образи, які виникають у певній ситуації, в якійсь точці історії життя. І це охоплює також хвороба. Неважливо, що означає початок – суб'єктивна мета сприйняття (тобто щось психічне) або об'єктивна мета руху (тобто щось соматичне).

Також малоістотно переважання того або іншого (психічне чи керує соматичним або навпаки): суб'єктивне виражається у тілесних процесах, а соматичне – у душевних – це безперервний взаємозбагачуваний та **закінчений тілесно-психічний круговий зв'язок**. Це явище **Вайцеккер назвав «кругом образів» («Gestaltkreis»)**. Ідею «кола образів» він розвинув у процесі подальшого дослідження фізіології почуттів та використовував як модель психосоматичних зв'язків.

Душевне та тілесне можуть взаємно змушувати один одного. Тіло може пояснити душу, а душа – тіло. Співвідношення тіла та душі полягає не в тому, що вони перебувають поруч (субстанціальне значення) та діють один на одного (динамічне значення), але в тому, що вони взаємно представляють та пояснюють один одного.

Тілесність психосоматичного хворого

Абсолютна єдність тіла та душі відбивається на нашому самопочутті. У тілі відображені всі події та весь досвід, який ми купуємо в процесі життєдіяльності.

Тіло зберігає в собі все, що коли-небудь було пережито: події, емоції, стреси і біль укладені в тілесну оболонку.

Проблеми онтогенезу тілесності (в рамках різних теоретичних підходів).

Тілесність людини – це перший в онтогенезі предмет оволодіння та трансформації як універсальне знаряддя та знак.

Ця трансформація не байдужа для самої функції та для її розуміння.

Теоретико-методологічною основою для нового підходу до психосоматичної проблеми – є концепція Л. С. Виготського.

Культурно-історична концепція розвитку психіки дозволяє якісно змінити загальне уявлення про тілесний розвиток людини (нормальний чи аномальний), про закономірності та механізми соціалізації тілесних феноменів у нормі та патології.

Предметом психології тілесності є закономірності розвитку тілесності людини на різних етапах онтогенезу, а також її структура та психологічні механізми функціонування в якості людського, або культурно детермінованого феномену у нормі та патології; умови та чинники, які впливають на формування нормальних та патологічних явищ тілесності.

Один з методологічних принципів аналізу у психології тілесності формулює наступне:

крім двох традиційних аспектів розвитку дитини – фізичного та психічного – виділяється ще один аспект – це психосоматичний розвиток, який розглядається як процес закономірного ста-

новлення механізмів психологічної регуляції тілесних функцій, дій та феноменів.

Емпірично принцип «психосоматичного розвитку» може бути реалізований у двох сполучених конкретно-наукових діях: виділення феноменів відображають психосоматичний розвиток, та у виявленні закономірностей самого процесу розвитку.

Теоретико-методологічні основи психології тілесності дозволяють по-новому підійти до аналізу не тільки психосоматичних розладів, але і патології, пов'язаної з порушенням сприйняття тілесного вигляду (дисморфофобія, дисморфоманія, анорексія).

З іншого боку, спираючись на аналіз структури даних симптомів можна намагатися виділити нормальні феномени психосоматичного розвитку через механізм симптомоформування даної патології; аналіз закономірностей відображення тілесної сфери у нормі важливий для вивчення механізмів порушення онтогенезу тілесності та подальшого виникнення психосоматичних та психопатологічних захворювань.

У систему психологічної науки виявився вписаним психологічний феномен зовнішності (тілесний вигляд) у структурі образу «Я», який розглядається як тілесний феномен.

Важливим компонентом самосвідомості людини є її уявлення про власне тіло, образ її фізичного «Я»; відображення тілесної сфери входить до структури самосвідомості.

З формуванням почуття власного тіла починається розвиток всієї самосвідомості (Берні Р., 1986, Колоскова М. В., 1993.).

Дитина починає сприймати себе відокремленою від зовнішнього світу саме на основі тілесних відчуттів, в підлітковому віці уявлення про своє тіло істотно впливають на становлення самосвідомості (Миколаєва В.В.).

Образ фізичного «Я» розвивається як психічне відображення психосоматичної функціональної системи організму. Психосоматична функціональна система організму набуває характеру знаково-символічної системи.

Образ «фізичного я» та його спотворення.

Розвиток образу тіла та схеми тіла.

В процесі розвитку образ тіла органічно включається в усі ланки структури самосвідомості: домагання на визнання, статева ідентифікація, психологічний час особистості, соціальний простір особистості, що реалізовується через права та обов'язки.

Метаболізм забезпечує тіло енергією, яка реалізується в русі. Якщо в крові відчувається брак кисню, то рухливість всіх процесів в організмі буде знижена, і навпаки, будь-яке зменшення рухливості тіла впливає на метаболізм, тому що саме рух визначає дихання людини.

Дихання відбувається спонтанно та безперервно, воно дихає нами протягом усього життя, але в той же час ми можемо цілеспрямовано впливати на нього та формувати його усвідомлено.

На думку багатьох дослідників, дихання з'єднує свідомість та підсвідомість.

Розуміння посередницької природи дихання також призводить до усвідомлення того факту, що дихання не тільки є регулюючою силою для інших систем, але саме регулюється різними впливами.

Тілесно-орієнтована терапія використовує різні методики роботи із дихальною системою організму, приводячи її під контроль свідомості, таким чином допомагає людям повніше відчути зв'язок свідомості з тілом.

У соціальній сфері образ має позитивний та негативний аспект. Кожне людське зусилля досягає мети завдяки присутності образу бажаного.

Особливі проблеми можуть виникнути у дітей, які виховуються у обстановці зайвого закріпачення, у придушенні тілесного, чуттєвого начала.

Фізичне Я складається як будь-який інший спосіб Я у процесі взаємодії суб'єкта із зовнішнім світом. Фізичне Я суб'єкта складається на основі різних джерел.

По-перше, це індивідуальний досвід, який придбав суб'єкт у результаті функціонування свого тіла як фізичного об'єкта,

по-друге, це оцінки соціального оточення, сприймаються ним у процесі спілкування, по-третє, це культурні норми, стереотипи та стандарти фізичного розвитку, засвоювані у системі відносин суб'єкта та соціуму.

Згідно з цим принциповим джерелом виділяють три структурні компоненти:

- Я – фізичне функціональне;
- Я – фізичне соціальне;
- Я – фізичне ідеальне.

Ці три компоненти присутні як на кожному з рівнів ієрархічних моделей (вертикальні схеми), так і у будь-якому аспекті широкого феноменологічного поля тілесних проявів (горизонтальні схеми).

Таким чином, дана модель служить третьої координатою (об'ємної) для розгляду однієї реальності – тілесного досвіду.

Фактори які впливають на становлення образу тіла у онтогенезі.

Новонароджений, ідентифікуючись із тілесністю своїх батьків та найближчого оточення, формує власний образ тіла. У процесі присвоєння дитиною емоційно-ціннісного ставлення до нього дорослих та усвідомлення своєї тілесної ідентичності важливе значення має емоційно позитивно забарвлений тілесний контакт дитини з матір'ю та іншими близькими.

Ідентифікація яскраво представлена у інфантильних оцінках дитиною своєї зовнішності:

«Я схожий на тата» або «Я схожа на маму». Оволодіння схемою тіла включає механізми відокремлення. Тілесний образ дитини характеризується вже не у контексті займенника «Ми», а в контексті займенника «Я».

Дитина, яку примушують змінитися, щоб відповідати несвідомому батьківському образу, втрачає відчуття Я, почуття отождоження та контакт із реальністю.

**Концепція відносин у медичній психології –
сєнс концепції В. Н. Мєсищєва
(по Л.І. Вєссєрману, Б. І. Іовлєву, Е. Б. Карпову)**

У вітчизняній медичній психології концепція відносин, розроблена В. Н. Мєсищєвим, як загальнопсихологічна теоретична основа наукових досліджень.

Основна для концепції відносин книга В. Н. Мєсищєва «Особистість і неврози» – видана в 1960 р., першою удостоєна Бєхтерівської премії. а основі цієї концепції побудована цілісна система, а саме система патогенетичної психотерапії психогенних порушень, які розвиваються у зв'язку з соматичними захворюваннями.

Цє визначає вибір концепції відносин як теоретичної основи для особистісного підходу до проблеми «хворий – хвороба».

Згідно з концепцією В. Н. Мєсищєва, сутністю особистості є ставлення до дійсності.

«Психологічні відносини людини у розвиненому вигляді представляють цілісну систему індивідуальних, виборчих, свідомих зв'язків особистості з різними сторонами об'єктивної дійсності. Ця система впливає з усієї історії розвитку людини. Вона висловлює його особистий досвід та внутрішньо визначає його дії, його переживання».

Ставлення В. Н. Мєсищєв розглядав як психічний вираз зв'язку суб'єкта і об'єкта.

Ставлення, за його словами, «об'єктивно, як реально існуючий зв'язок між людським індивідом та предметами об'єктивної дійсності. Але воно одночасно і суб'єктивно, так як належить суб'єкту, людському індивіду, діячеві, отримує в його свідомості суб'єктивне відображення».

У концепції В. Н. Мєсищєва як першоелементами виступають окремі ставлення до окремих сторін дійсності. Саме відповідно до цього особистість визначається як система відносин. Ставлення в концепції В.Н.Мєсищєва виступає в якості «першооснови», «первоматерии», «субстанції», «речовини» особистості.

Всі інші, розглядаються в контексті теорії відносин як вторинні, похідні, співвідносні з поняттям відношення.

Зокрема, В. Н. Мясичев велику увагу приділяв розгляду співвідношення психологічних понять, які залучаються для опису психічної індивідуальності, таких як темперамент і характер.

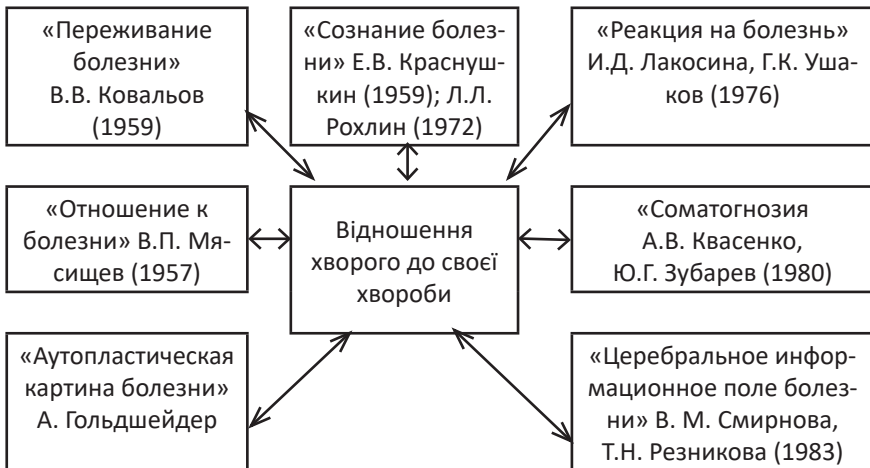
Сутнісні характеристики відносин.

Відносини, що виступають як структурні першоелементи особистості, володіють цілим спектром характеристик.

Деякі з них є для відносин сутнісними.

До сутнісних характеристик відносин, таким чином, відносяться: **цілісність, активність, свідомість та вибірковість.**

Поряд з цими сутнісними властивостями, в концепції відносин виділяються три компоненти, за допомогою яких психологічні відносини описуються: емоційний, пізнавальний та вольовий.



Виділені В. Н. Мясичевим три компоненти з кожних відносин відповідають в сучасній психології виділенню трьох сфер психічного: емоційної, когнітивної та мотиваційно-поведінкової.

Згідно В. Н. Мясичеву, всі феномени психіки можна при психологічному їх аналізі розглядати в контексті двох категорій – потенційного (латентного) та процесуального (актуального).

Таким чином, поряд з сутнісними властивостями відносини – цілісність, активність, свідомість, вибірковість – ставлення як категорія психологічного аналізу описується в контексті трьох

компонентів, а саме: емоційного, мотиваційно-поведінкового (вольового) та когнітивного.

Опис змін у цих трьох сферах психічного в самому узагальненому вигляді можуть бути представлені як відповіді на питання: які почуття, емоції пов'язані зі ставленням до об'єкта; які мотиви пов'язані зі ставленням до об'єкта; які знання пов'язані зі ставленням до об'єкта.

Класифікації відносин

Є ряд загальних при психологічному аналізі класифікацій відносин.

Такі класифікації можуть будуватися на основі трьох сутнісних компонентів відносин: когнітивному, емоційному та мотиваційно-поведінковому.

Поряд з відносинами до одиничних об'єктів, можуть бути виділені відносини до більш-менш загальних класів об'єктів (наприклад, ставлення до конкретних індивідів – ставлення до чоловіків, жінок, дітей та т.п. – ставлення до людей взагалі).

Психологічний аналіз показує, що можуть бути виділені найбільш істотні класи відносин. Це ставлення до суб'єкта або ставлення до себе.

В системі відносин людини особливе місце займає його ставлення до самого себе.

Ставлення до себе, у свою чергу, є системним.

Однією із інтегральних характеристик ставлення до себе є самооцінка. Така самооцінка формується на основі прийнятих людиною етичних, естетичних правових та інших громадських критеріїв вчинків, поведінки та життєдіяльності людей.

Ставлення до інших (конкретних) людей.

Найважливішим з цих властивостей є адаптабельність до змін середовища.

Проблема співвідношення особистості та її адаптації, дозволяє розглядати концепцію відносин в контексті сучасних уявлень до психологічної адаптації.

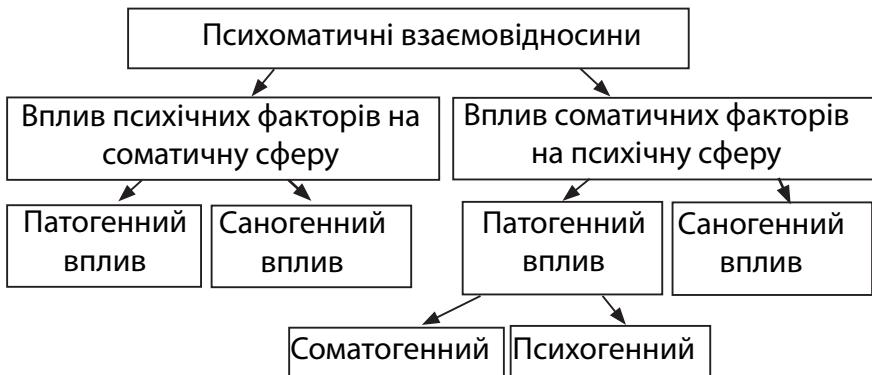
Адаптабельність системи відносин являє собою результуючу всіх інших властивостей. Кожен з аспектів розглянутої системи

відносин може оцінюватися, проектуючи на проблему адаптації особистості.

При цьому важливо підкреслити, що адекватна регуляція поведінки повинна здійснюватися як у незмінному середовищі, так і у нових, дезадаптируючих умовах середовища.

Розвиток та динаміка відносин

Четвертою найважливішою смисловою віссю, необхідної для аналізу категорії відносин, є час. Розгляд відносин у проекції на вісь часу являє собою розгляд становлення та динаміки відносин.



Особистість являє собою таку систему відносин, яка утворюється та розвивається у часі. Виникнення відносин не залишається незмінним, вони безперервно змінюються на основі нового життєвого досвіду. При зміні однієї відносини змінюються і всі інші, це обумовлено цілісністю як сутністю властивості відносин особистості. Мінливість відносин особистості є правилом, а не винятком. У цьому сенсі всі зміни мають абсолютно глобальний характер.

Характеристика локалізації змін у системі відносин відображає те, які смислові підсистеми відносин порушені змінами. Динаміка відносин може бути природним, некерованим процесом.

До таких некерованих процесів можна віднести патологічну зміну системи відносин особистості, яке спостерігається при розвитку нервово-психічних захворювань.

У той же час цей процес може управлятися свідомо, як самою людиною, так її оточенням.

Саме на цій основі будуються процеси виховання, психокорекції та психотерапії.

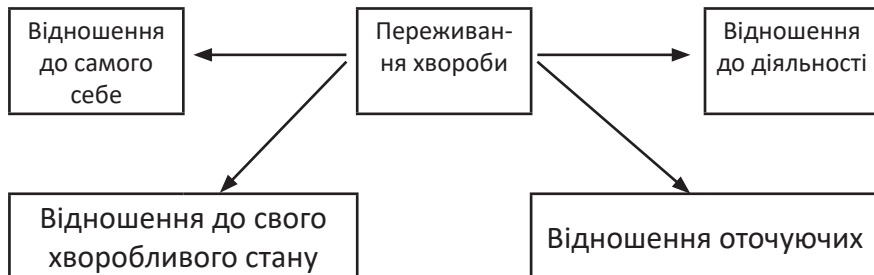
Система відносин особистості розвивається та змінюється у процесі життя.

При одних умовах рівень розвитку цієї системи підвищується, особистість стає більш духовно зрілою та здоровою. Інші умови можуть викликати порушення системи відносин, серед яких особливе місце займають невротичні порушення.

У відповідності зі своєю концепцією В. Н. Мясищев розглядав невроз як порушення системи відносин особливого роду.

Таке порушення, що є сутністю неврозу, стосується, перш за все, особливо значущих відносин особистості, які займають високе місце у ієрархії системи відносин, вони мають виражений емоційний та мотиваційно-поведінковий компоненти.

Психологічні реакції, які входять до складу «внутрішньої картини хвороби» (Е.А. Шевальов)



Однією з найголовніших форм порушень системи відносин у хворих неврозама є внутрішньоособистісний конфлікт. Поняття невротичного конфлікту є одним з найбільш істотних понять у патогенетической концепції неврозів.

Порушення значущих відносин особистості тягне за собою ланцюговий процес найрізноманітніших порушень у фізіологічному, психологічному та соціальному функціонуванні.

У той же час деякі з психологічних та фізіологічних захисних механізмів, виконуючи адаптивну функцію у сьогоденні, можуть

в подальшому самі призводити до розвитку нових додаткових порушень та нових форм дезадаптації.

Дезадаптація, обумовлена неврозом, має специфіку, яка відрізняє невроз від багатьох інших захворювань.

Порушення адаптації при неврозі виступає у тій формі, яка може бути названа «патологічної адаптацією». Хворі неврозом використовують систему захисних реакцій, які дозволяють уникнути багатьох станів фрустрації, виступають як засоби досягнення особистісно заданих цілей. У зв'язку з цим прийнято говорити, що невроз як захворювання «вигідний», «корисний» хворому.

Концепція неврозів В. Н. Мясищева отримала назву патогенетичної.

Найістотнішим у патогенетичній концепції неврозів, є те, що у якості первинної причини цього патологічного процесу розглядаються порушення значущих відносин.

Порушення значущих відносин як первинна причина неврозу виявляється похованою потоком наслідків, у якості яких виступають найрізноманітніші психологічні та фізіологічні реакції. Завдання терапії неврозів пов'язані з виявленням цих первинно порушених значущих відносин особистості.

Таке виявлення здійснюється при патогенетичному аналізі, проведеному у процесі психотерапії, яка у В. Н. Мясищева отримала назву патогенетичної.

ЛЕКЦІЯ 4. Емоції та їх роль у психосоматичному виникненню. Концепція стресу. Феномен алекситемії.

Вважається, що природа наділила людину п'ятьма базовими емоціями: страх, тривога, сум, гнів та радість. Неможливо назвати їх негативними або позитивними, все емоції необхідні нам для виживання та самозбереження (функції емоцій).

Тіло людини, як будь-який живий об'єкт нашого світу, має здатність до пульсації «стиснення – розширення».

Психосоматичні захворювання та емоції			
Емоція	Органи, що резонують з емоціями	Можливі захворювання	Коректуючі емоції
Напруга	Кишечник	Розлад травлення	Розслабленість
Занепокоєння	Шийні відділи	Регідність плечового поясу	Безтурботність
Розгубленість	Вегетативна нервова система	Безсоння	Спокій
Страх	Нирки	Захворювання нирок	Душевна рівновага
Тривога	Шлунок	Дислепсія	Розрада
Гнів	Печінка	Захворювання печінки і жовчного міхура	Співчуття
Апатія	Хребет	Загальна слабкість	Ентузіазм
Нетерплячість	Підшлункова залоза	Панкреатит, діабет	Терплячість
Почуття самотності	Відділ головного мозку	Старече недоумство	Радість
Смута	Кров	Хвороба крові	Задоволення
Образа	Шкіра	Висипання, виразки	Вдячність

Небезпека – стиснення, минула небезпека – тіло розширилося.

Тому наші м'язи стискаються у відповідь на почуття, пов'язані з тривогою, страхом, гнівом, сумом.

Кожне почуття, яке відчувається людиною, має певні зони напруги у тілі. Розглянемо детальніше, як реагує тіло на деякі емоції.

Радість. Коли ми радіємо – тіло розширюється, стає легким, ми летимо від щастя. Всі інші емоції скорочують, звужують, стискають тіло.

Страх. Уявіть ситуацію: ви йдете по вулиці, позаду чуєте вереск гальм машини. Що ви відчуваєте? Ваше тіло стискається в області сонячного сплетіння. Йде «обрив» у малий таз. Кажуть: «людину паралізує від страху», «підкосилися ноги» (особливо у колінах). Це і є зони страху у тілі. Кожне почуття, яке відчувається людиною, має певні зони напруги у тілі.

Тривога. Уявіть: ви чекаєте когось, хто затримався пізно ввечері. Це вас несе в тривозі. З'являється якась непосидючість. Серце стукає, дихання поверхневе, відчуття браку повітря, все деренчить і всередині, і навіть зовні є якесь тремтіння. Приливи жару, холоду в тілі, мурашки. Тривога заповнює все тіло.

Гнів. Гнів необхідний нам для того, щоб, «згрупувавшись», прийняти рішення, дати відсіч, подолати яку-небудь перешкоду, захиститися, довести свою правоту.

Образ людини у гніві абсолютно певен: стиснуті щелепи, глибоке та важке дихання. Напружується шия, особливо її бічні верхні, а також груди та руки (як для удару). Це все – зони гніву.

Образа. Образа – це пригнічений гнів, який в силу певних обставин немає можливості висловити. Тому зони образи включають у себе зони гніву. Крім того, образа здавлює горло (клубок у горлі). Від образи перехоплює подих, болить серце.

Вина. Коли нас у чомусь звинувачують, плечі стискаються, голова нахилиється, страшно подивитися в очі.

Причому, у тварин та людей базові емоції одні й ті ж. Але якщо тварини та діти ці емоції не приховують, то проблема дорослої людини у тому, що у силу соціальних умов вона далеко не завжди має можливість висловити пережиті почуття.

Як правило, ці емоції, почуття не усвідомлюються, а лише проявляються психологічним дискомфортом, болями, підвищенням артеріального тиску, хронічною втомою, депресією. Але як би людина не пригнічувала свої емоції, м'язи все одно реагують на них та всі почуття відображаються на тілі у вигляді потужного м'язового спазму. Залежно від того, у якій ситуації частіше знаходиться людина, які почуття відчуває, в тих чи інших ділянках тіла виникають зони постійного хронічного напру-

ження – м'язові блоки. Це призводить до функціональних порушень, а потім до появи тих чи інших хвороб.

Наприклад, як що накопичилися пригнічені образи, вони блокують грудну клітку, сприяють формуванню хронічного бронхіту, «покашлюванню», яке не має інфекційної природи.

Так, бронхіальна астма є класичним психосоматичним захворюванням.

Також захворювання печінки (неінфекційної природи), печінка є «органом-архівом» пережитих образ та гніву.

Діагноз «дискінезія жовчовивідних шляхів» з'явився в останні роки, а до цього існувало поняття «невроз жовчного міхура».

Підшлункова залоза – це орган, який реагує на тривогу та занепокоєння, а цукровий діабет входить до «золотої семірки» класичних стресових хвороб.

Найбільш уразливі органи, які реагують на страхи та побоювання – нирки, кишечник, сечовий міхур. Особливий акцент необхідно зробити на ділянці малого тазу, особливо у жінок. Тільки уявіть, для якої кількості почуттів ця зона тіла є «архівом» – страхи, тілесні відчуття, пов'язані з гінекологічними втручаннями, пологами.

Таким чином, тілесні недуги є матеріальний прояв психологічних проблем людини.

Концепція стресу

Під стресом розуміють стан організму, який виникає при впливі незвичайних подразників та призводить до напруження неспецифічних адаптаційних механізмів організму.

Спочатку поняття стресу (від англ. Stress – тиск, напруга) виникло у фізіології для позначення неспецифічної біологічної реакції організму у відповідь на будь-який несприятливий вплив. Пізніше воно стало використовуватися для опису типових психічних станів людини у екстремальних умовах – психологічний стрес.

Психологічний стрес, в свою чергу, підрозділяється на емоційний стрес, який виникає у ситуаціях загрози, та інформаційний стрес, який формується при інформаційних перевантаженнях, пов'язаних з напруженістю когнітивних процесів.

Подання про стрес отримало інтенсивний розвиток у теоретичних та експериментальних дослідженнях у зв'язку із запропонованою Гансом Сельє концепцію реагування організму на несприятливі дії, він дозволяє розглядати різні фізіологічні та психологічні прояви адаптації у її цілісності.

Розуміння ролі неспецифічних адаптаційних та хворобливих проявів біологічної активності у рамках концепції стресу зв'язало розрізнені відомості про процеси адаптації організму, які мала медицина.

Г. Сельє виділяє три стадії цих змін: перша – реакція тривоги, друга – резистентність, третя – виснаження.

На першій стадії мобілізуються захисні сили організму, починається процес перебудови системи регуляції. У цей момент опірність організму знижується і, якщо результат дії подразника виходить за межі компенсації, може наступити смерть.

Основні ознаки першої стадії – інкреція у кров стероїдних гормонів кірковим шаром надниркових залоз, зниження гормонів, посилення гемоконцентрації, гіпохлоремія, переважання катаболічних процесів в тканинах.

Якщо сила дії надзвичайного подразника не перевищує компенсаторних можливостей організму, розвивається друга стадія – резистентності, або адаптації. У цей період опірність організму під впливом подразнюючого подразника підвищується. Ознаки, характерні для першої стадії, зникають.

У корі надниркових залоз знову спостерігаються секреторні гранули, гемодилуція, гіперхлоремія, переважають анаболічні процеси у тканинах з тенденцією до відновлення маси тіла.

Після тривалого впливу надзвичайного подразника можуть вичерпатися компенсаторні можливості та організм переходить в третю стадію – виснаження. Знову з'являються ознаки реакції тривоги, які носять вже тепер незворотний характер.

Таким чином, інтегральна мета розвитку загального адаптаційного синдрому – підвищення резистентності організму – адекватна якійс і кількісної характеристики подразника.

Організація поведінки					
Структурні компоненти: сигнальні системи	Функціональні компоненти: фокус чи спрямованість			Форми поведінки: стилі реагування	
	«Я»	Проблема	Інші люди		
Першосигнальний (емоційний за Лазарусом)	1а: з усіх сил намагаюся забути що трапилося	1б: згадую час, коли все було значно краще	1в: звертаюся по допомогу до інших людей	Відчуження Уникнення Придушення Проекція Витіснення	ЗАХИСТ
Другосигнальний (раціональний за Лазарусом)	2а: займаюся чим-небудь іншим, щоб відволіктися	2б: віддаю перевагу зачекати, поки с часом усе вирішиться саме	2в: звертаюся за емоцією підтримкою до родичів чи друзів	Раціональна	
Першосигнальний (емоційний за Лазарусом)	3а: труднощі тільки мобілізують мене	3б: роздивляюся, що трапилося як новий іспит своїх можливостей	3в: намагаюся подивитися на ситуацію в іншому світі, намагаючись знайти хоч щось позитивне	Емоційна компетентність (представлена трьома факторами)	СОВЛADАНIE
Другосигнальний (раціональний за Лазарусом)	4а: складаю план дій і приступаю до його виконання	4б: думаю про те, що сталося і перебираю можливі варіанти дій	4в: запитую того, хто вже має досвід, як треба діяти в таких випадках	Раціональна компетентність (представлена трьома факторами)	

Р. Лазарус у 1970 р. розділив стрес на фізіологічний (вегетативний, первосигнальний) та психологічний (емоційний, другосигнальний).

Емоційний стрес – стан яскраво вираженого психоемоційного переживання людиною конфліктних життєвих ситуацій, які

гостро або тривало обмежують задоволення його соціальних або біологічних потреб (Судаков К.В., 1986).

Психологічний (емоційний) стрес може бути зрозумілий, якщо його розглядати з точки зору певної особи, так як то внутрішнє значення, яке він має для неї, пов'язане з її минулим життям і з її психологічним розвитком.

Чи не абсолютна сила стресора, а соціально-особистісне ставлення до нього індивіда визначає виникнення емоційної напруги.

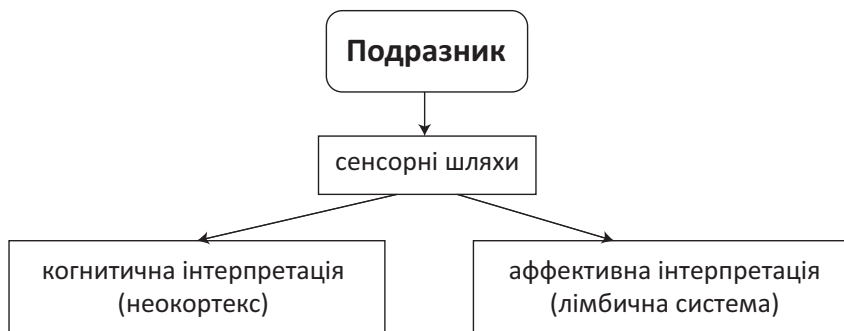
Сполучною концепцією між психологічної та соматичної сферою є афект, що виражається головним чином у формі туги та постійної тривоги, нейро-вегетативно-ендокринної моторної реакції та характерному відчутті страху.

Психосоматичні розлади і стрес

У психологічних дослідженнях різних комплексів емоційного реагування зіставляється схильність до формування тієї чи іншої психосоматичної патології.

Кожна емоція характеризується перш за все внутрішньоособистісним станом суб'єкта – переживанням. Переживання – імпресивна сторона емоції.

Експресивною стороною емоції є характерні об'єктивні зміни життєдіяльності організму, які проявляються електрофізіологічними, біохімічними, вегетосудинними та моторними ефектами.



Як фізіологічний феномен емоція є результатом діяльності цілісного мозку, як психологічний – специфічним виразом ак-

тивності особистості. Спочатку виникаючи як фізіологічне явище і не перестаючи бути такою на рівні складних особистісних взаємин, емоція виступає як переживання, тобто як психічне явище – у вигляді своєрідної форми відображення ставлення людини до значимих для неї об'єктів і подій.

Емоції можуть супроводжуватися симпатичним налаштуванням одних органів і систем та парасимпатичним – інших. Наприклад, при обуренні у судинній системі переважають симпатичні впливи, тоді як в шлунково-кишковому тракті – парасимпатичні.

У стані гніву збільшується екскреція катехоламінів, особливо норадреналіну. При переживанні страху на тлі підвищення рівня катехоламінів спостерігається переважне збільшення адреналіну.

Емоціогенні активування вегетативних систем у нормальних умовах є пристосувальною реакцією організму що не веде до патології внутрішніх органів.

Емоційні стани, стають факторами патогенезу соматичних захворювань або при наявності різко змінених структур органів-мішеней, адаптивні можливості яких різко знижені, або за умовами надзвичайної сили та тривалості таких станів. При ослабленні будь-якої фізіологічної системи (органу) вона втягується у патологічний процес, незалежно від конкретного психологічного змісту конфлікту.

Основні теорії емоцій.

Периферична теорія емоцій Джеймса-Ланге.

Американець В.Джеймс (1884) і незалежно від нього датчанин Г.Ланге (1885) сформулювали теорію, згідно з якою виникнення емоцій обумовлено зовнішніми впливами, які призводять до фізіологічних зрушень в організмі.

Відчуття цих власних змін в організмі переживається людиною як емоція. Емоціогенний сигнал, впливаючи на мозок, включає певну поведінку, а зворотна соматосенсорна та вісцеросенсорна афферентації викликають емоцію.

Таламічна теорія емоцій Кеннона-Барда.

Одна з перших центральних емоцій – таламічна теорія емоцій – була створена Кеноном та Бардом. У. Кеннон прийшов до

висновку про те, що тілесні зміни при емоціях біологічно доцільні та є засобом для досягнення мети – вони готують організм до боротьби або втечі. В рамках таламічної теорії емоцій була зроблена важлива спроба не тільки відшукати мозковий субстрат емоцій, а й описати церебральну динаміку «емоційних процесів».

Лімбічна теорія емоцій.

У відповідності з поглядами Пейпеца, структурно та функціонально пов'язані між собою гіпоталамус, передні таламічні ядра, поясна звивина та гіпокамп складають замкнуте коло, по якому циркулюють «емоційні процеси». Це коло активізується імпульсацією, що надходить з кори у гіпокамп або гіпоталамус та запускає емоційні процеси.

Останні, циркулюючи по колу Пейпеца, досягають поясної звивини, яка розглядається автором теорії як рецептивна область емоційних переживань. З поясної звивини емоційні процеси поширюються на інші області кори, надаючи поточним психічним процесам емоційне забарвлення.

==Було встановлено, що важливу роль в регуляції емоцій грає також ретикулярна формація, активність якої визначає багато динамічні параметри емоцій – силу, тривалість, мінливість. Зовнішні або внутрішні стимули породжують імпульси, що активують стовбур мозку. Ретикулярна формація стовбура, в свою чергу, активує гіпоталамус та кору мозку.

Біологічна теорія емоцій П. К. Анохіна

Розглядаючи проблему емоцій з біологічної точки зору, П.К.Анохін підкреслює, що емоційні відчуття закріпилися як своєрідний механізм, який утримує життєві процеси у їх оптимальних кордонах, та попереджуючий руйнівний характер нестачі або надлишку будь-яких чинників.

Кожне емоційне переживання відзначається відповідним нейрофізіологічним супроводом; тривалий емоційно-негативний стан переводить організм у екстремальний режим функціонування з напругою самих різних фізіологічних систем. При будь-якому стресі соціального генезу спостерігаються супутні

вегетативно-судинні зрушення, вираженість яких, в певній мірі відображає ступінь емоційної напруги.

Фізіологічними коррелятами негативних емоцій стають підвищення системного артеріального тиску або почастищення дихання, зміна тону сечового міхура або секреторною або моторної активності травного тракту, напруга скелетної мускулатури і збільшення згортання крові.

Когнітивні теорії емоцій.

Серед теорій, що інтерпретують природу емоцій через механізми мислення, найбільший інтерес представляють собою теорія когнітивного дисонансу Л.Фестингера та інформаційна теорія емоцій П.В. Симонова.

Дослідження емоцій у психосоматичній медицині

Участь емоцій у формуванні того чи іншого психосоматичного захворювання вивчається в декількох аспектах.

Перш за все, емоційна сфера хворого розглядається як прояв його специфічної особистісної структури. У патогенезі психосоматичних захворювань, виділяється особистісний фактор, який реалізує свій вплив через тривалі або постійно повторювані несприятливі емоційні стани.

У зв'язку з цим в літературі описані «коронарний особистісний тип», або «Сизифов тип», «гіпертонічний особистісний тип», «алергічний тип» та інші особистісні типи, для кожного з яких характерний цілком певний спосіб емоційного переживання і реагування.

Опис емоцій в цьому випадку проводиться відповідно до такими поняттями, як «ставлення до хвороби» (Мясищев В.Н., 1935; Скворцов К.А., 1958);

«свідомість хвороби» (Краснушкин Е.К., 1950; Рохлін Л.Л., 1972);

«концепція хвороби» (Лібих С.С., 1977);

«реакція на хворобу» (Лакосина Н.Д., Ушаков Г.К., 1976);

«внутрішня картина хвороби» (Лурія Р.А., 1944).

Патологічні емоційні стани

Одним з найважливіших умов, що визначають та підтримують сталість внутрішнього середовища організму, є взаємини та

функціональний стан симпато-адреналових та вагоінсулярних гомеостатичних механізмів.

Характер симпатичних та парасимпатичних впливів в організмі людини у багатьох відношеннях протилежний.

Симпатичний відділ мобілізує ресурси організму, призводить всі функції в стан готовності до дії та забезпечує здійснення оптимальної та екстреної активності, що визначає його особливу роль у механізмах адаптації організму. Мобілізація всіх енергетичних ресурсів організму в разі екстреної необхідності – перша та основна функція симпатичного відділу вегетативної нервової системи.

Друга, не менш важлива його функція (адаптаційно-трофічна функція) – підтримання гомеостазу, здійснення загальної настройки організму відповідно до вимог мінливого середовища. Симпатична іннервація визначає рівень функціонування всіх органів і тканин, в тому числі рівень вищої нервової діяльності.

Парасимпатичний відділ нервової системи забезпечує розслабленість та відпочинок організму. Парасимпатична іннервація здійснює також захист організму від надмірних виснажувальних, непоправної енергетичних втрат.

Якщо симпатичний відділ нервової системи регулює ерготропних, то парасимпатичний відділ – трофотропні функції.

Таким чином, фізіологічні зрушення, які супроводжують емоційні стани, пов'язані з діяльністю симпатичної і парасимпатичної нервової системи.

Фізіологічною основою емоцій є, перш за все, діяльність підкіркових відділів мозку – таламуса, гіпоталамуса, лімбічної системи. Кора головного мозку робить стримуючий вплив на прояви емоцій.

Різноманіття фізіологічних змін, що виникають при емоційному стресі, дозволяє вважати, що емоційний стрес може виступати як фактор патогенеза при самих різних формах соматичної патології.

Феномен алексітемії.

Термін «алексітемія» означає: «без слів для почуттів» або у близькому перекладі – «немає слів для назви почуттів» (від

грец. а – відсутність, lexis – слово, thymos – почуття). П.Сіфнеос та Дж. Неміах запропонували застосовувати термін «**алексітемія**», характеризуючи деякі розлади у когнітивно-емоційній сфері у хворих з психосоматичними розладами.

До їх числа відносять: ускладненість або нездатність людини ідентифікувати та давати опис своїх емоційних переживань, нечутливість та нерозуміння почуттів інших людей, труднощі у розрізненні почуттів та тілесних відчуттів, фіксація на зовнішніх подіях у збиток внутрішнім переживанням, обмежене використання символів, про що свідчить бідність фантазії і уяви, сновидінь.

Н. Д. Семенова та П. Сіфнеос до цього переліку додають недостатню глибину емоційного потенціалу особистості.

Такі особливості мислення, як переважання раціонального над емоційним, когнітивна недиференцированність з тенденцією до різного роду альтернатив.

Алексітемія часто є коморбідним станом з іншими розладами, з відповідною поширеністю у 63% при анорексії, у 56% при булімії, у 45% при великому депресивному епізоді, у 50% при залежних від ПАР формах поведінки, при розладах особистості, сексуальних розладах.

Є гіпотеза, згідно з якою обмежене усвідомлення емоцій та когнітивної переробки афекту веде до акцентування уваги на соматичному компоненті емоційного збудження та до його посилення. Цим пояснюється тенденція алексітимічних індивідів до розвитку іпохондричних та соматичних розладів. Можуть посилюватися фізіологічні реакції на стресові ситуації, що нерідко закінчується психосоматичними захворюваннями.

Для пояснення синдрому алекситимии J.S.Nemah виділяє дві моделі: «заперечення» та «дефіциту». Модель «заперечення» передбачає глобальне гальмування афектів, тому можна говорити про «вторинну **алексітемію**» і розглядати її як психологічний захист, припускаючи її оборотність. У багатьох хворих ці прояви незворотні, незважаючи на тривалу, інтенсивну та майстерну глибинну психотерапію. Такого роду **алексітемія** є первинною. Для її пояснення використовується модель «дефіциту»,

викликаного біохімічними, нейрофізіологічними або генетично зумовленими порушеннями.

Алекситимікі використовують незрілі механізми психологічного захисту, такі якотреагування, заперечення, проектну ідентифікацію.

Безпосередньою причиною подібного дефекту розвитку може бути розлад ранніх відносин «мати-дитина», які негативно впливають на становлення уявлень про світ і про власну особистість.

В.В.Ніколаева встановлює зв'язок феномена алекситимии з особливостями психічної саморегуляції, ґрунтуючись на концепції смислових утворень особистості (Братусь Б.С, Василіук Ф.Е.).

Основні принципи психологічної корекції алекситимии описані Н.Д.Семеновою (1993). В умовах групових занять психологічна корекція повинна складатися з трьох послідовних етапів: 1) релаксація і дидактична спрямованість; 2) опора на невербальні засоби спілкування; 3) актуалізація «внутрішнього діалогу».

ЛЕКЦІЯ 5. Роль кортико-вісцеральних зв'язків у виникненні психосоматичних розладів. Психофізіологія та психологія стресу, совладання з ним як проблема психосоматики.

Нейрофізіологи встановили, що спонукання, афективні переживання та способи поведінки контролюються різними відділами мозку.

Спостереження Уолтера Кеннона (W.Cannon) та систематичні експерименти Вальтера Хесса (W. Hess) з роздратуванням мозкових центрів показали, що однакові емоційні, вегетативні та гормональні реакції можуть бути обумовлені як зовнішніми подразниками, так стимуляцією певних мозкових центрів.

Анатомічно мозкові структури поділяються на проміжний мозок, поясну звивину, мигдалеподібне тіло та філогенетично старі скроневі та лобові відділи мозку.

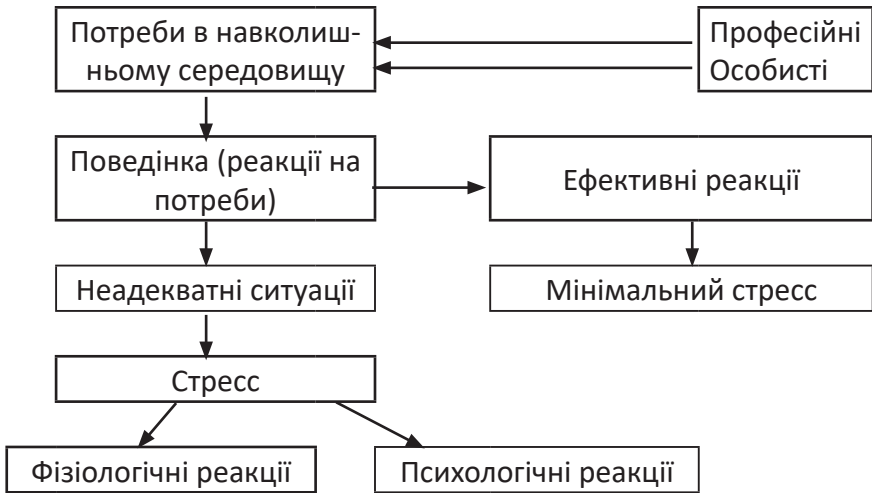
Лімбічна кора сприймає збудження з зовнішнього світу через чутливі сфери та впливає на всі вегетативні інтерніруєми органи (серце, судини, кишечник, сечовий міхур та гіпофіз). Тут здійснюється регуляція моторики внутрішніх органів (активності, спорожнення кишечника ін.). Лімбічна кора стимулюється ретикулярної формацією у формі підвищення або пригнічення активності. Відомо, що роздратування певних зон лімбічної системи призводить до спалахів гніву або, навпаки, до гальмування потягів та афектів. Лімбічна система у своїй основі є функціональною єдністю, якій приписують «активуючі» та «модулюючі» функції. Фізіологія лімбічної системи дозволяє встановлювати зв'язки між філогенетично новими системами, такими, як лобові відділи мозку та асоціативними полями, та областями, контролюючими моторику та мову, за допомогою яких трансформуються старіші форми поведінки.

Лімбічну систему слід розглядати як орган управління соматичним вираженням емоцій та їх регуляцією. Вплив лімбічної системи направлено на ендокринну, вегетативну та сенсорно-рухову системи. Воно здійснюється через гіпофіз та верхню частину стовбура мозку та у цілому є циклічним, тобто регулюється за принципом зворотного зв'язку. Провідну роль при цьому відіграють зв'язки між лімбічною системою та неокортексом, завдяки яким зовні події набувають свою оцінку та афективне забарвлення.

Кожен живий організм у процесі своєї життєдіяльності отримує з навколишнього світу різні чуттєві подразнення – тактильні, світлові, звукові, нюхові, смакові. Роль апарату, що сприймає та аналізує роздратування та забезпечує відповідну реакцію, у всіх живих істот виконує нервова система. Відповідна реакція організму на роздратування, здійснювана за допомогою нервової системи, носить назву рефлексу. Нерівнозначності різних відділів кори мозку, наявність у ній великої кількості аналізаторів дали підставу для анатомо-функціонального підрозділу кори на окремі поля (ділянки), де структура визначає собою у якійсь мірі функцію.

Коркові відділи аналізаторів були об'єднані Павловим у першу сигнальну систему. Такі ж функції мозку, як мислення,

судження, планування, були віднесені їм до другої сигнальної системи. Регуляція всіх функцій йде за принципом обслуговування своїх механізмів, рефлексів. Фіксація інформаційних слідів – необхідна умова для створення складних безумовних та умовних рефлексів. Емоції мають велике значення у фіксації сліду. Умовні рефлекси створюються не тільки у корі, а й у підкіркових відділах.



Механізми взаємозв'язку кори та вегетативних нервових центрів

Фізіологічною основою діяльності вегетативної нервової системи є рефлекс, це саморегулюючий пристрій.

Важливою фізіологічною особливістю вегетативної нервової системи є її здатність реагувати не тільки на чисто нервові, але в значній мірі на хімічні та гуморальні подразнення. Таким медіатором у парасимпатичній нервовій системі є ацетилхолін, а у симпатичної нервової системи – адреналін.

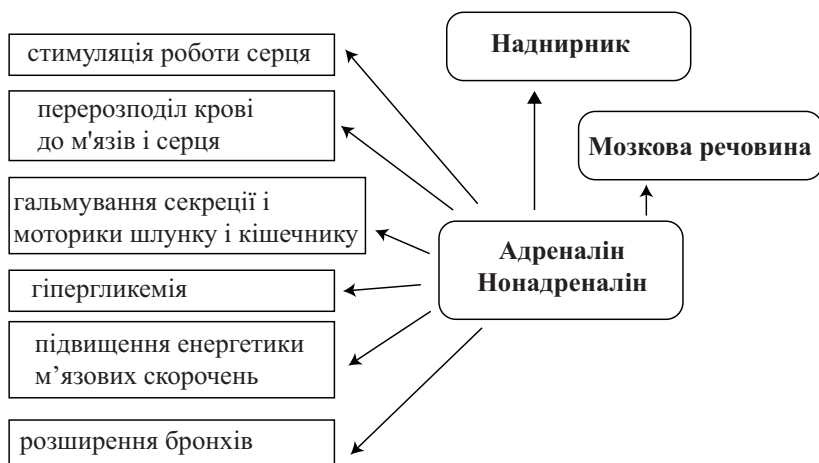
Вищим вегетативним центром є гіпоталамус, ядра якого знаходяться у стінках III шлуночка та в основі мозку. На нього впливають багато частин мозку: кора, ретикулярна формація та ядра лімбічної системи.

У свою чергу гіпоталамус посилає відповідні імпульси у кору, вегетативні центри стовбура та спинного мозку та інші частини лімбіко-ретикулярного комплексу.

Гіпоталамус є однією із частин, що бере участь у регуляції дихання, кровообігу, температури тіла, голоду та насичення, водно-сольового балансу, жирового обміну та статевої діяльності. Дуже істотним є вплив гіпоталамуса на вироблення гормонів гіпофіза, це теж один з саморегульованих приладів. Особливо велику активність проявляють області гіпоталамуса та гіпофіза, а через них кора надниркових залоз при стрес-реакції, коли мобілізуються всі сили організму для відбиття нападу або для виходу із трудної ситуації.

У цих випадках стрес-подразник, впливаючи через центральну нервову систему на гіпоталамус, активує його, а він, у свою чергу, стимулює через судинну мережу передню частку гіпофіза, яка виділяє адренотропний гормон (АКТГ), що підсилює виділення кортикостероїдів надниркові залози. Кортикостероїди дають підвищення продуктивності на весь організм.

Завдяки дослідженням І. М. Сеченова, І. П. Павлова, Н.Є.Введенського, отримала розвиток кортико-вісцеральна теорія К. М. Бикова та І. Т. Курцина у 1960-х роках.



Основні принципи кортико-вісцеральної теорії можна представити таким чином:

1. Участь механізмів кори головного мозку у відтворенні патологічних реакцій організму за типом умовного рефлексу.
2. Роль невротичного стану у патогенезі кортико-вісцеральних хвороб.

Невротичний стан обумовлено процесами збудження, гальмування та рухливості процесів кори головного мозку.

І.П. Павлов відкрив функціональну взаємодію між внутрішніми органами та корою головного мозку. Посередниками між корою великих півкуль та внутрішніми органами є лімбіко-ретікулярна, вегетативна та ендокринна системи. А основними трансмітерами є кортизол, тироксин та адреналін. Звідси впливає, що емоційний фон людини, впливаючи на нервову та гормональну системи запускає біохімічні процеси, які відображаються на тілесному рівні.

Розробки в сфері рефлексології І.М.Сеченова, що знайшли розвиток у вченні І.П.Павлова про вищу нервову діяльність дозволяють стверджувати, що через умовно-рефлекторні механізми може виникнути та бути змінена будь-яка із вегетативних функцій та у відділі залоз внутрішньої секреції, у діяльності системи крові, обміну речовин та ін.

Таким чином, завдяки кортико-вісцеральній теорії, можна говорити про сомато-формну природу таких захворювань: секреторні розлади відділів шлунково-кишкового тракту, шлунка, печінки, кишечника, підшлункової залози, ендокринні розлади типу цукрового діабету, тиреотоксикозу, імпотенції і т.д.

Хвороби з органічними проявами: виразкова хвороба дванадцятипалої кишки, атеросклероз, гіпертонічна та гіпотонічна хвороба, стенокардія, бронхіальна астма, інфаркт міокарда.

З точки зору формування симптому слід зазначити наступне – формування умовних рефлексів у людини можуть формуватися на двох рівнях, на свідомому та несвідомому. Причому, рефлекторний процес на несвідомому (підкірково-му) рівні може формуватися незалежно від свідомого (корко-

вого). А оскільки для формування рефлексу на несвідомому рівні потрібно менше «інстанцій», то формується він швидше, ніж на свідомому.

Тут же (у несвідомому) формується механізм формування емоцій, які усвідомлюються людиною, як остання інстанція цього механізму.

Функціональна вісцеральна патологія (етіопатогенетичне становлення).

Перший шлях – трансігіпофізарно спочатку через вивільність (реалізацію) факторів гіпоталамуса, потім гормонів-тропів гіпофіза та, нарешті, відповідні гормони периферичних ендокринних залоз.

Другий шлях – парагіпофізарно: по каналах нервово-вегетативних зв'язків центру з периферією.

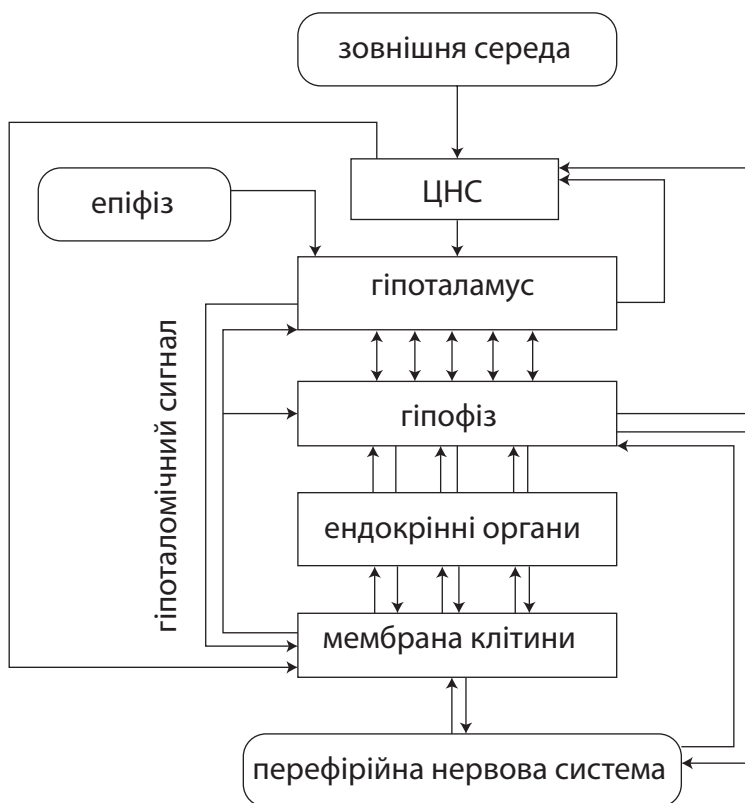
Якщо механізми гуморально-гормональної регуляції, за висловом А.Ф.Самойлова (1960), діють відповідно до гасла «всім – всім – всім!», то вплив вегетативної нервової системи здійснюється за принципом «листи з адресою», тобто більш предметно, а тому наочно. Становлення вісцеральних функціональних розладів у більшості своїй обумовлюється дефектом нервово-вегетативного шляху регулювання та топографічно асоціюється з дисфункцією надсегментарних (підкоркових – коркових) вегетативних утворень. Як підкреслюють А. М. Вейн зі співавт. (1981), особливістю сучасного етапу є підхід до вегетативно-вісцеральних порушень як до психовегетативних. Йдеться про сочетаність емоційних та вегетативних розладів, що виникають або одночасно, або у певній послідовності. Відповідно, формування функціональної вісцеральної патології можна виразити такою побудовою: психогенні (емоційні) порушення – вегетативна дисфункція – соматичні розлади.

Таким чином, функціональні захворювання внутрішніх органів та серця зокрема є наслідком та складовою частиною невроту, тобто являють собою його «соматичний відгук».

Згідно з уявленнями І.П.Павлова, невроз або зрив вищої нервової діяльності розвивається у результаті зіткнення («по-

милки») та перенапруження коркових процесів збудження чи гальмування.

Особистісні конфлікти, що ведуть до неврозу, найчастіше розвиваються саме за цим типом: у тій чи іншій життєвій колізії якесь спонукання людини вступає у протиріччя з іншою системою збуджень, тобто з тими самими «обставинами», які чомусь не допускають її реалізації. Звідси випливає практичний висновок: якщо у конкретному випадку неврозу вдається приховати зміст конфліктуючих збуджень, то, посилюючи одне та послаблюючи друге, можна знизити нервові напруження – зворотний бік конфлікту. Власне кажучи, у цьому полягає сутність та кінцева мета психотерапії або, кажучи словами П.К.Анохіна, «виховання гальмування».



Джерелом психогеній можуть стати не тільки зовнішні (екстероцептивні), але внутрішні (інтероцептивні) подразники. Йдеться про вторинні психоемоційні порушення, які пов'язані з особливостями сприйняттям, переживанням та самооцінки органічної патології, тобто при так званому соматогенному неврозі.

Зрозуміло, що людина не може не пригнічувати погіршення якості життя, обумовлене яким-небудь захворюванням, будь то перенесений інфаркт міокарда, повторювані напади бронхоспазму, шкірні хвороби, неполадки із боку шлунково-кишкового тракту та ін. У свою чергу, соматогенно обумовлені психоемоційні розлади бумерангом позначаються на вісцеральних симптомах, посилюючи старі або породжуючи нові. Створюється «порочне коло» або відомий образ «змії, що кусає себе за хвіст».

Формування емоцій пов'язують з діяльністю лімбічної системи мозку (лімбіко-ретикулярного комплексу), яка включає велику групу підкіркових утворень, зосереджених навколо мозкового стовбура.

З одного боку, лімбічна система має нейрональні зв'язки з « новою » корою, зокрема « орбітальною корою », та бере активну участь у організації поведінкових та інших свідомих актів. З іншого боку, у лімбічній системі, головним чином у гіпоталамусі, зосереджені вищі вегетативні центри. Отже, вона тісно пов'язана із внутрішніми органами та наділена функціями регулювання та контролю за їх діяльністю. Таким чином, якщо скористатися термінологією А.Слод (1960), лімбічна система являє собою « сомато-психічне перехрестя ». Схематично становлення емоціогенних (психогенних) вісцеральних розладів відображено на рис.

У будь-емоційної реакції можна виділити два паралельних ефекта.

Перший ефект – висхідний, або корковий, контрольований свідомістю.

Він визначає чуттєве забарвлення подразника та адекватність психічної та поведінкової реакції на нього, включаючи міміку,

жест, слово. Він може бути пригнічений зусиллям волі (зовнішній спокій) та штучно відтворений (акторська майстерність).

Другий ефект – спадний, або нейрогуморальний, що виблизає від коркового контролю. Йому належить функція вегетативного забезпечення цілісної поведінки. Де, емоція є психовегетативна реакція організму, а вегетативна нервова система виступає у ролі посередника між корою великих півкуль та вісцеральними органами.

Для розуміння психогенезу неврозу важливо мати на увазі, що патогенність психотравмуючого визначається не «фізичною силою» подразника, а його високою індивідуальною значущістю, тобто гострота для даного індивідуума.

Одночасно «у випадках тривалих та повторних виходів емоційних збуджень на вегетативні органи створюються всі умови для виникнення так званих вегетативних неврозів» або інакше – дисрегуляторних вісцеропатій. У їх становленні особливо велика роль невідреагованих емоцій.

Медико-психологічні аспекти психосоматичних співвідношень у дослідженнях вітчизняних авторів останнього періоду.

Соматичні порушення при неврозах мають різне походження.

Часто (особливо демонстративно це виступає у кардіо-васкулярних реакціях) вони являють собою психофізіологічне супроводження наявних у хворих емоційних порушень із наявністю у багатьох випадках змістовного зв'язку розладів функції тієї чи іншої соматичної системи із психогенією.

У інших хворих – це пароксизмальні порушення діяльності вісцеральних систем, які є вираженням дезінтеграції вегетативної регуляції, характерною для неврозу (Вейн, Родштат).

Зараз вже очевидно, що однією із причин виникнення різних соматичних захворювань можуть бути психічні чинники. Важливою групою таких факторів є негативні емоції.

Три важливі механізми можуть полягати у тому, що емоції впливають: 1) на імунну систему, 2) на гормональний стан, 3) на периферичну фізіологічну активацію (наприклад, частоту серцебиття та артеріальний тиск).

При цьому роль відіграють, перш за все, такі емоції:

А. Важливими для виникнення виразки (виразки шлунка або дванадцятипалої кишки) крім інфекцій, очевидно, є емоції, що виникають у недостатньо контрольованих ситуаціях: тривога та почуття безпорадності та перевантаження.

Б. Гнів, орієнтований на подолання виниклої проблеми, навпаки, здається основною причиною виникнення есенціальної гіпертонії (підвищеного кров'яного тиску) та у зв'язку із цим стенокардії та інфаркту міокарда.

Гнів та ворожість відносяться до тих компонентів особистості «типу А», у яких укладено чітке розходження між особами, які мають або не мають серцево-судинні захворювання.

В. Для інших розладів (таких, як астма, шкірні захворювання та ін.), навпаки, менш ясно, які емоції є причинами їх виникнення (Перре, Бауманн).

З позицій психології відносин переживання є наслідком порушення відносин людини; хворобливий патогенний характер воно набуває при розладах відносин особистості, що займають центральне місце у загальній системі відносин людини до дійсності.

Їх значимість – основна умова емоційно-афективної напруги, нейро-вегетативно-ендокринний корелят якого є центральною ланкою у механізмах розвитку психосоматичних розладів.

Стрес.

Стрес – це стан психофізіологічного напруження – сукупність захисних фізіологічних реакцій, які наступають у організмі людини у відповідь на вплив різних несприятливих факторів.

У 1936 році з'явилася концепція стресу Г. Сельє, яка була підхоплена багатьма представниками медицини, психології, соціології, етнографії.

З погляду стресової реакції не має значення приємна чи неприємна ситуація, з якою ми зіткнулися. Має значення лише інтенсивність потреби у перебудові або у адаптації.

Типова тріада реакції тривоги являє наступну схему:

А – наднирники;

Б – тимус (вилочкова залоза);

В – група з трьох лімфатичних вузлів;

Г – внутрішня поверхня шлунка.

Для підтримки гомеостазису, тобто стабільності організму, важлива вісь гіпоталамус – гіпофіз – кора надниркових залоз, яка бере участь у розвитку також багатьох болючих явищ.

Історія ЗАС (загального адаптаційного синдрому) показує, що ключем до реального прогресу було відкриття об'єктивних ознак стресу – збільшення надниркових залоз, атрофії виличкової залози, шлунково-кишкових виразців.

Зрозуміло, будь-яке захворювання викликає певний рівень стресу, оскільки пред'являє організму вимоги до адаптації. У свою чергу стрес бере участь у розвитку кожного захворювання. Дія стресу нашаровується на специфічні прояви хвороби та змінює картину у гіршу чи кращу сторону. Ось чому дія стресу може бути позитивною (при різних формах шокової терапії фізіотерапії та трудотерапії) або згубною – в залежності від того, бореться з порушенням або підсилює біохімічні реакції, властиві стресу (наприклад, гормони стресу або нервові реакції на стрес).

Вплив стресу на розвиток психосоматичних захворювань.

Стрес є складовою частиною життя кожної людини, його не можна уникнути так само, як їжі чи пиття. Стресові дії не повинні перевищувати пристосувальні можливості людини, бо у цих випадках виникає погіршення самопочуття і навіть хвороба – соматична або невротична.

Люди реагують на однакові навантаження по-різному. У одних – реакція активна. При стресі ефективність їх діяльності досить довго продовжує зростати (так називаємий «стрес лева»), а у інших реакція пасивна, ефективність їх діяльності швидко падає («стрес кролика»).

Чутливість людини до психотравми визначається рівнем її стресостійкості. Під стресостійкістю розуміють такий набір особистісних рис, який визначає стійкість людини до різного виду стресів.

Стресостійкість складається з трьох компонентів: відчуття важливості свого існування; почуття незалежності; здатності

впливати на власне життя (відкритість та інтерес до змін, відношення до них не як до загрози, а як до можливості розвитку).

Поведінка



Стресостійкість залежить від самої людини, від бажання і вміння користуватися тими чи іншими прийомами психічної саморегуляції.

ЛЕКЦІЯ 6. Внутрішня картина здоров'я та хвороби. Ятрогенні захворювання.

Внутрішня картина здоров'я (ВКЗ) – продукт пізнавальної та особистісної активності суб'єкта, цілісне уявлення людини про здоров'я, його цінності, шляхи його досягнення та підтримки, а також оцінка власного стану та доступних психічних або фізичних ресурсів.

Термін був вперше використаний В. М. Смірновим та Т. Н. Резниковою у 1983 р.

Структура внутрішньої картини здоров'я. Рівні ВКЗ.

Сенсорний рівень. Сенсорний рівень є базовим в становленні ВКЗ.

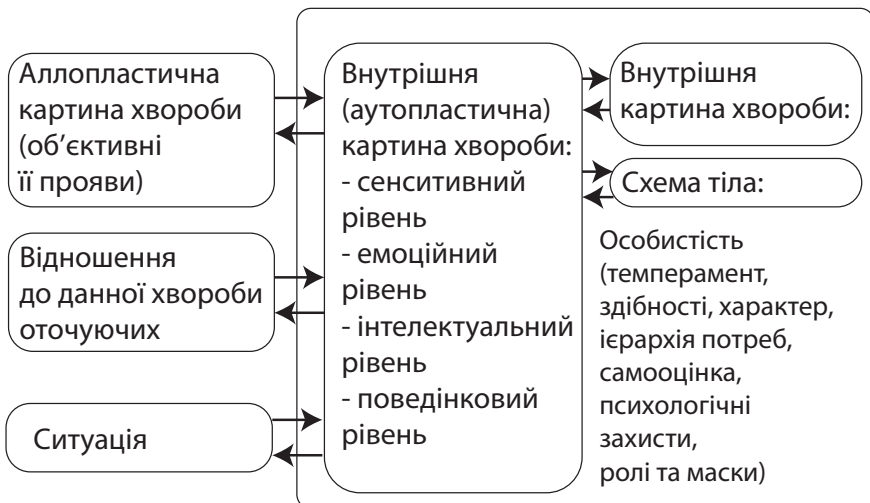
Тілесний досвід складається з самопочуття та образу тіла. Самопочуття формується на основі інтрацептивних відчуттів, які грають провідну роль у дитячому віці.

Первинне розрізнення тілесних сигналів йде по лініях базових потреб (біль – не біль, голод – ситість, тепло – холод, сухість – волога, приємність – неприємність). При цьому, самопочуття людини являє собою психосоматичну єдність: як із точки зору єдності інтероцептивних та емоційних процесів, так з точки зору розділеність її з матір'ю.

Образ тіла формується на основі екстероцепції та метакогнітивного механізму (наприклад, прихильності або соціально – емоційного зворотного зв'язку).

У цілому можна сказати, самопочуття та образ тіла є два вектори психосенсорного розвитку.

Так, перший являє собою диференціацію відчуттів, а другий – їх інтеграцію.



Когнітивний рівень. До когнітивного рівня відносяться уявлення про здоров'я, когнітивні аттитюди, локус контролю здоров'я.

Уявлення про здоров'я – це визначення суб'єктом здоров'я як такого.

Вони є найбільш широко вивченими у психології, як в рамках ВКЗ, так в підходах до побудови моделей поведінки, пов'язаної зі здоров'ям.

Емоційний рівень. До емоційного рівня ВКЗ відносяться афективні аттитюди, тривога та страхи, пов'язані зі здоров'ям.

Афективні аттитюди – це почуття по відношенню до об'єктів, пов'язаних зі здоров'ям. Тривога про здоров'я – це тривога, яка пов'язана з невірною інтерпретацією тілесних відчуттів та сприйняттям їх як небезпечних для здоров'я. Високий рівень тривоги про здоров'я пов'язан з тугою.

Ціннісно-мотиваційний рівень. Ядром даного рівня є цінність здоров'я – абстрактна мотивація щодо збереження свого фізичного та психічного благополуччя. Сюди ж відносяться цінності, які можуть суперечити цій мотивації та створювати ціннісний конфлікт, яки відбивається на когнітивному та емоційному рівнях.

Структура ВКЗ по Ананьеву.

За В. А. Ананьеву, ВКЗ включає до себе когнітивний, емоційний та поведінковий рівні. Когнітивний рівень являє собою раціональну сторону ВКЗ та включає у себе сукупність суб'єкта про здоров'я: причини, зміст, можливі прогнози, а також оптимальні способи збереження, зміцнення та розвитку здоров'я.

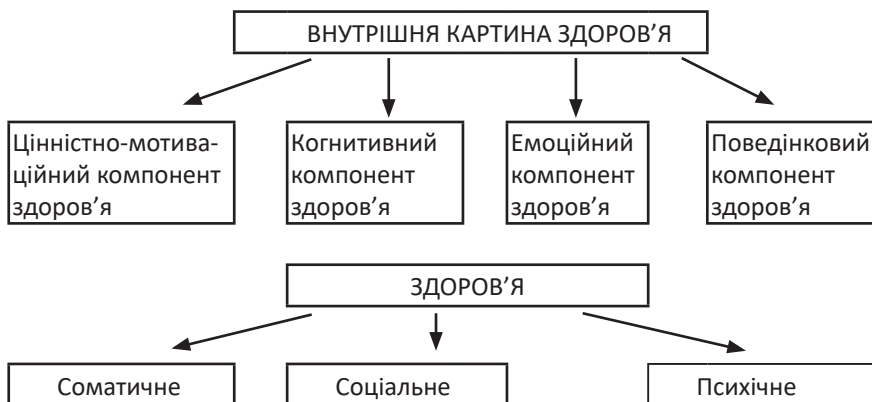
Емоційний рівень – це чуттєва сторона ВКЗ, яка включає у себе переживання здорового самопочуття, пов'язаного з комплексом відчуттів, які формують емоційний фон.

Поведінковий рівень ВКЗ є моторно-вольовою стороною. Це сукупність зусиль, прагнень, конкретних дій здорової людини, обумовлених її системою вірувань (когнітивний рівень) та спрямованих на досягнення суб'єктивно значущих цілей.

Формування внутрішньої картини здоров'я.

І здоров'я, і хвороба людини об'єктивуються її тілесністю.

Тілесність, в свою чергу, розвивається подібно вищої психічної функції, через засвоєння системи значень та способів регулювання дитиною її тілесних проявів. Важливу роль у цьому процесі відіграє значимий дорослий, який є посередником між дитиною та світом культури. У силу своєї соціальності, ВКЗ схильна до впливу культурних еталонів та стереотипів. Соціум задає ідеали зовнішності та еталони здоров'я, пропонує різні форми контролю над своїм самопочуттям.



Таким чином, формування внутрішньої картини здоров'я йде шляхом інтеріоризації суспільних значень та смислів у процесі взаємодії дитини із найближчим соціальним оточенням (сім'я, вчителі, лікарі, однолітки, ЗМІ).

Формування ВКЗ є гетерохронність, тобто рівні ВКЗ розвиваються нерівномірно на різних вікових етапах.

ВКЗ дитини – важлива частина її Я-концепції, яка представляє собою сукупність установок, спрямованих на своє здоров'я.

Співвідношення суб'єктивності та суб'єктності внутрішньої картини здоров'я

Суб'єктність ВКЗ розглядається перш за все з точки зору поведінки по відношенню до здоров'я, його чинників, способів становлення та управління ім.

У ідеальному випадку суб'єктивність (структура ВКЗ) розглядається як включена у суб'єктивність (саморегуляція).

При такому варіанті рівні ВКЗ не суперечать один одному та формують поведінку турботи про себе. Протилежністю є варіант, коли суб'єктивність та суб'єктивність виявляються роз'єднаними: діяльність людини щодо здоров'я не обумовлена її ВКЗ, яка здебільшого є перцептивно-оціночним феноменом (комфорт / дискомфорт), та підпорядковується зовнішнім агентам (батькам, спеціальним інститутам та ін.).

Мотиваційні моделі поведінки, пов'язаної зі здоров'ям.

Мотиваційні моделі (моделі континууму) були запропоновані для передбачення поведінки, пов'язаної зі здоров'ям, однак потім, у зв'язку із практичним запитом, їх завдання трансформувалися у зміну поведінки, пов'язаної зі здоров'ям.

Теорія суб'єктивної очікуваної корисності

Дана теорія була запропонована у 1954 році У. Едвардсом для пояснення процесу прийняття рішення. Відповідно до теорії, поведінка, спрямована на підтримку здоров'я, є наслідком суб'єктивної оцінки очікуваної корисності.

Модель переконань про здоров'я

Модель була розроблена А. Розенстоком у 1974 році. У ній виділяється шість чинників, які вносять вклад у поведінку, пов'язану зі здоров'ям незалежно один від одного: сприймається вразливість, сприймається тяжкість, сприймається вигода, сприймаються бар'єри, мотивація до здоров'я (мотивація до дій, що сприяють здоров'ю) та стимули до дії.

Теорія мотивації захисту

Теорія була введена Р. Роджерсом у 1983 році та ґрунтувалася на моделі стресу Р.Лазаруса. Згідно з його поглядами, поведінку, пов'язану зі здоров'ям, можна розглядати як копінг-стратегію. Вона залежить від мотивації захисту здоров'я, тавизначається як взаємодія оцінки загрози чи оцінки совладання.

Соціально-когнітивна теорія

У соціально-когнітивній теорії А. Бандури (1986), поведінка, пов'язана зі здоров'ям, є результатом взаємодії двох чинни-

ків: самоефективності (впевненість у своїх здібностях здійснити деяку поведінку) та очікування результату. Останнє може бути пов'язано із ситуацією (віра у те, що результат залежить від впливу зовнішніх сил) або із дією (переконаність у здатності вплинути на результат).

Теорія запланованої поведінки

А. Айзен та М. Фішбайн (1980) запропонували теорію запланованої поведінки, та на даний момент вона є однією з найбільш поширених та впливових моделей у психології здоров'я. Відповідно до моделі, поведінка, яка пов'язана зі здоров'ям, визначається силою наміри виконувати певні дії та досягати поставлених цілей (мотиваційний фактор), який залежить від установок (ставлення людини до поведінки), суб'єктивних норм (уявлення людини про соціально схвалюваних у даній ситуації дій) та сприйманого поведінкового контролю (суб'єктивна оцінка складності дії).

При цьому, останній може впливати на поведінку безпосередньо за умови, що він відповідає актуальному (реальному) контролю людини над діями.

Співвідношення внутрішньої картини здоров'я та внутрішньої картини хвороби.

Відповідно до нової парадигми та уявлення про здоров'я та хворобу як про один континуум, внутрішня картина хвороби (ВКХ) є окремим випадком ВКЗ, а саме у умовах хвороби.

Це пов'язано з тим, що саме кордон внутрішньої картини здоров'я визначають переживання актуального стану людини як здорове або хворобливе. Тобто, людина сприймає себе хворою у тому випадку, якщо її відчуття не «вписуються» у її концепцію здоров'я. Крім того, хвороба ніколи не сприймається абстрактно, «сама по собі», але завжди – у співвідношенні зі станом здоров'я, його образом у минулому чи у майбутньому.

Проблема внутрішньої картини хвороби.

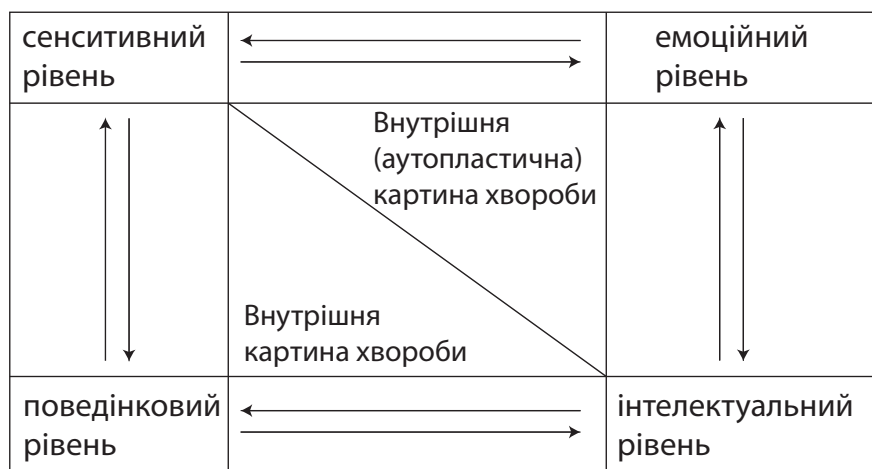
В.В. Миколаєва пропонує виділяти у структурі внутрішньої (суб'єктивної) картини хвороби такі рівні: **сенситивний, емоційний, інтелектуальний.**

Зміст суб'єктивної картини хвороби залежить від впливу ряду факторів: характер розладу; обставини життя; особистісні особливості пацієнта; соціальний статус до розвитку розладу

Залежно від змісту внутрішньої картини хвороби у особистості можуть розвиватися різноманітні типи ставлення до свого захворювання.

Внутрішня картина хвороби: визначення, структура

Центральним є питання про те, що означає хвороба для хворого.



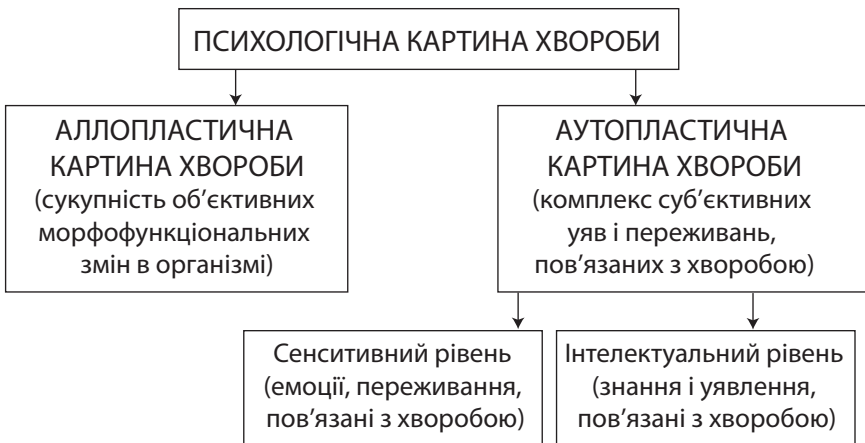
І.Харді виділяє три варіанти поведінки хворого у залежності від його тривалості або відношенню до пов'язаних із хворобою труднощів та проблем.

Хворий-борець відноситься до хвороби як до ворога, якого треба перемогти, він робить все можливе в інтересах одужання. Капітулює, коли хворий стає пасивним, безпорадним, його треба весь час підтримувати. Є і хворі, які не хочуть поглянути біди в очі, чути про лікарню та лікуванні, прагнуть обійти біду (реакція заперечення).

Все, про що пише І. Харді, можна назвати суб'єктивної стороною захворювання.

Різними авторами запропоновано багато термінів для позначення окремих компонентів: аутопластична картина хвороби, переживання хвороби, реакція адаптації, позиція до хвороби, ставлення до хвороби, соматонозогнозія.

Р. Конечний та М. Боухал пропонують типологію, у якій поряд із оцінкою хворим тяжкості свого захворювання використані й інші підстави класифікації: занурення, відхід у хворобу; отримання задоволення від того, що хвороба звільняє від обов'язків; отримання відомої вигоди від хвороби – матеріальної або моральної.



При розробці типології відносин до хвороби використовувалася класифікація, запропонована А.Е. Личко та Н.Л. Івановим.

Ця типологія включає наступні типи.

1. Гармонійний: твереза оцінка свого стану без схильності перебільшувати або недооцінювати тяжкість хвороби.

2. Тривожний: безперервне занепокоєння та недовірливість щодо несприятливого перебігу хвороби, її можливих ускладнень, успішності лікування.

3. Іпохондрічний: зосередження на хворобливих відчуттях, постійні розповіді про них, перебільшення дійсних та «вишукування» неіснуючих хвороб та страждань.

4. Меланхолійний: пригнічення хворобою, невіра у одужання, у можливе покращення, песимізм.

5. Апатичний: повна байдужість до своєї долі, до результату хвороби, до результатів лікування.

6. Неврастенічний: спалахи роздратування (особливо при неприємних відчуттях, при невдачах у лікуванні, несприятливих результатах обстеження), що нерідко закінчуються сльозами.

7. Сензитивний: надмірна заклопотаність з приводу можливого негативного ставлення оточуючих у зв'язку із хворобою.

8. Егоцентричний: «відхід у хворобу», «виставляння напоказ» своїх страждань з метою заволодіти увагою оточуючих.

9. Ейфорійний: легковажне ставлення до хвороби та лікування, порушення режиму.

10. Анозогнозичний: активне відкидання думок про хворобу, заперечення очевидного у її проявах, приписування їх випадковим обставинам.

11. Обсесивно-фобічний: побоювання щодо малоймовірних ускладнень, віра у прикмети, використання ритуалів.

12. Ергопатичний: «відхід у роботу» (навіть при важкої хворобі), прагнення продовжувати роботу у що б то не стало.

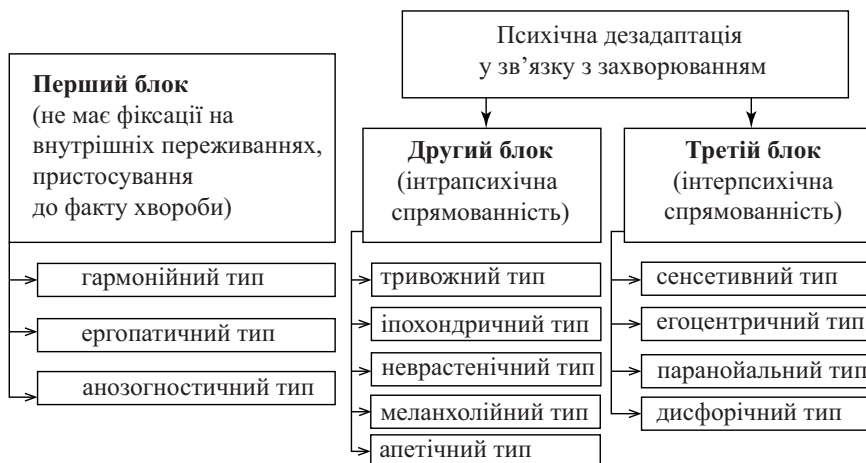
13. Паранойяльний: впевненість, що хвороба – результат чийогось злого наміру, крайня підозрілість у ставленні до ліків, процедур, медичного персоналу.

Ці типи об'єднуються в три блоки.

Перший включає ті з них, при яких істотно не порушується соціальна адаптація (гармонійний, ергопатичний та анозогнозичний типи).

У другій блок входять типи ставлення до хвороби, що викликають психічну дезадаптацію та мають інтрапсихічну спрямованість реакцій на хворобу (тривожний, іпохондричний, неврастенічний, меланхолійний та апатичний).

Типи відношень до хвороби (Личко А.Е., Іванов Н.Я.)



Нарешті, в третьому блоці об'єднані типи ставлення до хвороби, які також ведуть до дезадаптації, але відрізняються інтерпсихічною спрямованістю реагування, тобто проявляються, перш за все, у міжособистісної взаємодії.

Дещо спрощуючи ситуацію, можна сказати, що для другого блоку більш характерні страждання та психологічні проблеми самого хворого, а для третього – страждання людей, що взаємодіють з ним.

Теоретико-методологічні підходи до дослідження внутрішньої картини здоров'я.

Внутрішня картина здоров'я (ВКЗ) – це особливе ставлення особистості до свого здоров'я, яке виражається у усвідомленні його цінності та активно-позитивному прагненні до його вдосконалення.

Особливий інтерес представляє вивчення внутрішньої картини здоров'я дитини. При дослідженні внутрішньої картини здоров'я необхідні системний підхід та особистісний підхід.

До концептуального оформлення структури ВКЗ доцільно використовувати уявлення про особистість як про систему відносин, які формуються у онтогенезі у певних соціально-історичних, економічних та побутових умовах.

Найбільш важливим у структурі відносин є ставлення людини до себе, яке проявляється у самопізнанні, емоційно-ціннісному відношенні до себе.

Б. Г. Ананьєв розглядав ставлення до себе як найбільш пізніє утворення, яким завершується становлення системи відносин особистості та забезпечує її цілісність.

Крім системи відносин, особливе значення при дослідженні ВКЗ дитини має дослідження особистості із позицій теорії діяльності та соціальної ситуації розвитку, представлених у роботах вітчизняних психологів (Виготський Л. С.; Ельконін Б. Д.; Божович Л. І. та ін.)

Л. С. Виготський вперше ввів поняття «соціальна ситуація розвитку», яку він розглядав як особливе поєднання внутрішніх процесів розвитку та зовнішніх умов, як джерело формування особистісних властивостей та якостей. Соціальна ситуація розвитку найважливіша характеристика віку, що робить істотний вплив на формування життєвих цінностей, у тому числі здоров'я.

Принципом вивчення ВКЗ є віковий підхід. Зовнішні та внутрішні умови розвитку визначають особливості віку дитини як тимчасової характеристики індивідуального розвитку. Перехід від однієї провідної діяльності до іншої визначає зміну вікового періоду.

ВКЗ – складова частина самосвідомості особистості. Усвідомлене ставлення людини до своїх потреб, здібностей, потягів, мотивів поведінки, переживань та думок неможливо без пильної уваги до свого здоров'я.

Основний компонент ВКЗ як у дорослих, так у дітей – ставлення до здоров'я, що включає три рівні відображення здоров'я: когнітивний, емоційний та поведінковий.

Когнітивний рівень передбачає уявлення дитини про стан здоров'я, що у значній мірі залежить від її віку та рівня розвитку інтелекту.

Емоційний рівень пов'язан із різними видами емоційного реагування на здоров'я, що визначається індивідуально-типологічними та індивідуально-психологічними характеристиками

дитини, а також особливостями емоційного реагування на різні життєві ситуації.

Поведінковий рівень пов'язан із актуалізацією діяльності дитини по зберіганню здоров'я. Це більш високий рівень ставлення до здоров'я та вимагає активної діяльності суб'єкта, спрямованої на збереження та підтримання свого здоров'я.

Ставлення дитини до свого здоров'я – це частина її Я-концепції. У сучасній психології Я-концепція розглядається як багаторівнева система, що складається з трьох основних блоків: описовий (образ «Я»); «відносний» (ставлення до себе або до окремих своїх якостей); самооцінюваний (прийняття себе).

Підходи до невиліковної хвороби дитини, які сформувалися у батьків

Реалістичний	Песимистичний	Оптимистичний
В ситуації, що склалася актуальне, відповідальне відношення до дитини незалежно від важкості стану і прогнозу. Адекватні відносини між іншими членами сім'ї, сиблінгами. Занепокоєння, тривога батьків, їх взаємовідносини не є патологічними	Втрата життєвих інтересів батьків чи надмірна фіксація на здоровій дитині. Усі члени сім'ї знаходяться в стані хронічної емоційної втоми і напруги. Така поведінка може бути виразом, як маскованої депресії, так і прагненням уникнути відповідальності	Ігнорування погіршення стану дитини, бажання змінити лікуючого доктора. Зіткнення з важким станом у термінальній стадії хвороби батьки впадають в тяжку психологічну декомпенсацію. Їх поведінка не допомагає, а погіршує стан хворої дитини

Ситуації, що описані не є постійними і на різних етапах хвороби можуть змінювати одна одну чи проявлятися в різних комбінаціях

Я-концепція як інтегроване поняття включає не тільки уявлення індивіда про себе у сьогоднішній день, але те, що вона про себе думає, як дивиться на свою діяльність та можливість розвитку у майбутньому.

Формування ВКЗ у процесі розвитку дитини проходить кілька етапів. Для кожного етапу характерні основні психологічні системуючі чинники, що впливають на адекватне ставлення дитини до свого здоров'я.

Перший етап охоплює період дитинства. Умовно його можна назвати етапом емоційної прихильності дитини до матері. Емоційна прихильність – основа здорового емоційного та соціального розвитку дитини у наступні роки.

Другий етап – етап формування ідентичності та наслідування – охоплює період раннього дитинства. Приблизно з півтора до двох років дитина починає усвідомлювати свої якості, можливості та свій стан. Формування ВКЗ здійснюється на моделі батьківського ставлення до здоров'я, у процесі наслідування їм.

Третій етап – етап конкретно-ситуативного уявлення про здоров'я та емоційного ставлення до нього – спостерігається у дітей дошкільного віку.

Четвертий етап – етап усвідомлення та емоційно-оцінного ставлення до свого здоров'я (молодший шкільний вік).

П'ятий етап – соціальна установка особистості підлітка на своє здоров'я, що включає до себе когнітивні, емоційні та поведінкові компоненти.

Індивідуально-психологічні фактори та їх роль у формуванні внутрішньої картини здоров'я дитини.

Внутрішня картина здоров'я в значній мірі залежить від індивідуально-психологічних особливостей дитини. Негативний вплив на формування ВКЗ надає емоційне неблагополуччя дитини. У дітей із підвищеною особистісною тривожністю спостерігається виражене спотворення внутрішньої картини здоров'я та хвороби.

Роль сім'ї у формуванні внутрішньої картини здоров'я дитини.

Систему відносин батьків до здоров'я дитини доцільно розглядати за наступними напрямками: задоволення потреб дитини; способи задоволення потреб; стилі сімейного виховання.

Ятрогенні захворювання

Термін «ятрогенія» (від гр. *iatros* – лікар + *genes* – породжує – «хвороби, породжені лікарем») був запропонований у 1925 році

німецьким психіатром О. Бумка для позначення психогенних захворювань, що виникають внаслідок необережного висловлювання лікаря. Однак у 1970 р. після виходу у світ міжнародної класифікації хвороб (МКБ) він придбав трохи інший зміст.

Згідно МКБ-10, ятрогенія – це будь-які небажані або несприятливі наслідки профілактичних, діагностичних та лікувальних втручань або процедур, які призводять до порушень функцій організму, обмеження звичної діяльності, інвалідизації або навіть смерті; ускладнення медичних заходів, що розвинулися у результаті як помилкових, так правильних дій лікаря.

У понятті терміну І.А. Кассирській визначив ятрогенні захворювання як «хвороби функціональні та органічні, безпосередньою причиною яких є прямі дії лікаря». Автор дає характеристику форм ятрогенних захворювань у залежності від причин їх розвитку.

Класифікація за Калітєвським відрізняється тим, що кожен клас захворювання підрозділяється ще на підкласи.

1. Ятрогенії, пов'язані з лікуванням. Медикаментозні ятрогенії. Хірургічні. Фізичні.

2. Ятрогенії, викликані діагностичними заходами.

За захворювання, які обумовлені ризиком використання методу або засобів діагностики. Хвороби, що виникли в результаті неправильного проведення діагностики.

3. Ятрогенії, пов'язані з профілактичними заходами.

Наприклад, ризик побічної дії методу (щеплення). За захворювання, викликані помилковою профілактикою.

4. Інформаційні ятрогенії пов'язані найчастіше з самолікуванням, тобто пацієнт проводить терапію не тими препаратами, які призначив лікар.

5. Псевдохвороби, тобто ті ятрогенії, які виникли у результаті постановки неправильного діагнозу.

Класифікація Рикова заснована на застосуванні економічних санкцій при виникненні ятрогеній. Виділяється кілька груп:

Ятрогенії, що виникають на початковому етапі лікування.

За захворювання, спровоковані несподіваною реакцією організму на ліки та інші методи терапії.

Ятрогенії, викликані помилковою діагностикою та лікуванням.

Ятрогенії, які у патогенезі захворювання накладаються на основну хворобу або супутню. Проблеми, що виникають у результаті самолікування. У цьому випадку ні про які санкції по відношенню до медичної установи не може бути й мови.

Ось така багатоліка класифікація, яка як раз показує, що проблема ятрогенних захворювань не слабшає, а, навпаки, з кожним роком стає все гостріше.

Риси ятрогени

Медико-біологічні. Це означає, що розвиток ятрогеній завжди залежить від індивідуальних особливостей пацієнта, його стресостійкості, сприйнятливості, переносимості лікарських препаратів. До цих же характеристик відносяться помилки лікаря, які зроблені не спеціально, а викликані його недостатньою кваліфікацією.

Медико-соціальні риси. Розвиток ятрогеній може бути викликано помилками діагностики, пов'язаними із застарілим обладнанням.

Правові риси.

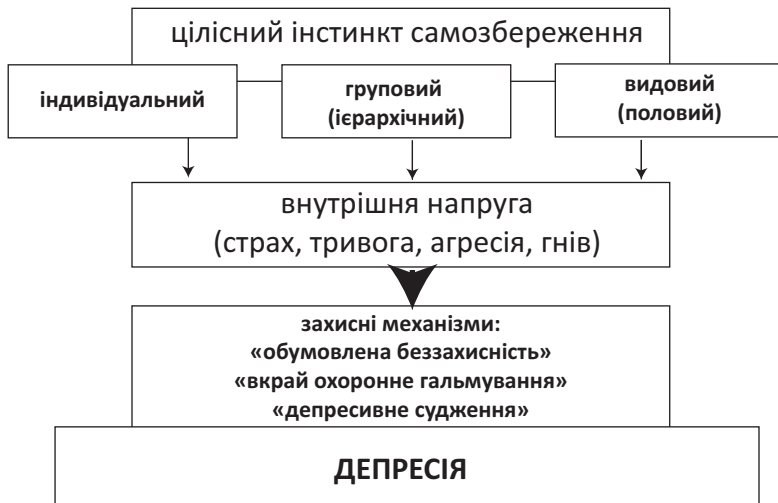
Стосуються відшкодування людині шкоди, завданої його здоров'ю у результаті лікарського втручання. Необхідно враховувати, що ускладнення або захворювання, які виникли в результаті відмови вунданні допомоги, до ятрогеній не належать.

ЛЕКЦІЯ 7. Особистісні феномени психосоматики. Проблема психодіагностики та корекції особистісних феноменів у психосоматикі.

Психічні розлади набувають в останні десятиліття особливу значимість серед усіх класів захворювань. Виявлення непсихотических психічних розладів, особливо депресій, зростає у всіх країнах і регіонах світу.

Це перш за все депресії, тривожні та соматоформні розлади або розлади афективного спектру.

Порушення афективної сфери є однією з найбільш частих форм психічної патології, поступають за ступенем тяжкості і поширеності лише астенії.



Поширеність психосоматичних порушень.

Значне збільшення числа депресивних станів за останні роки обумовлене не стільки почастищенням психічних захворювань, скільки виявленням їх більш м'яких і легких форм, які виявляють відому атипію і клінічний поліморфізм. Вони складаються з порушень афекту, психічної активності і порушень «соматичного тону».

Питома вага кожного з компонентів цього синдрому визначає різні прояви депресії – від легкої безпричинного смутку до вираженого психофізичного безсилля.

За даними П. Пишо, показники хворобливості для депресивних проявів складають 6% дорослого населення. Серед них значну частину становлять соматизовані (замасковані) депресії, таким чином, саме депресивні стани, основу яких складають порушення «соматичного тону».

На основі аналізу даних за зверненнями до сімейних лікарів афективні розлади були виявлені у 87% хворих. Серед них хворі

з соматизовані депресіями становлять від 7 до 31%. Порівняно більш високі показники поширеності соматизованих депресій відзначаються серед хворих прикордонного профілю та загальнономедичній практиці – до 22%.

Сутність маскованих депресій.

Під соматизовані (замаскованими) депресіями прийнято розуміти депресії, в клінічній картині яких на перший план виступають соматичні симптоми, а психопатологічні прояви залишаються в тіні, тобто депресивний афект ховається за різноманітними тілесними відчуттями. Це «соматичні еквіваленти депресії», іншими словами, є виразом «латентного депресивного стану».

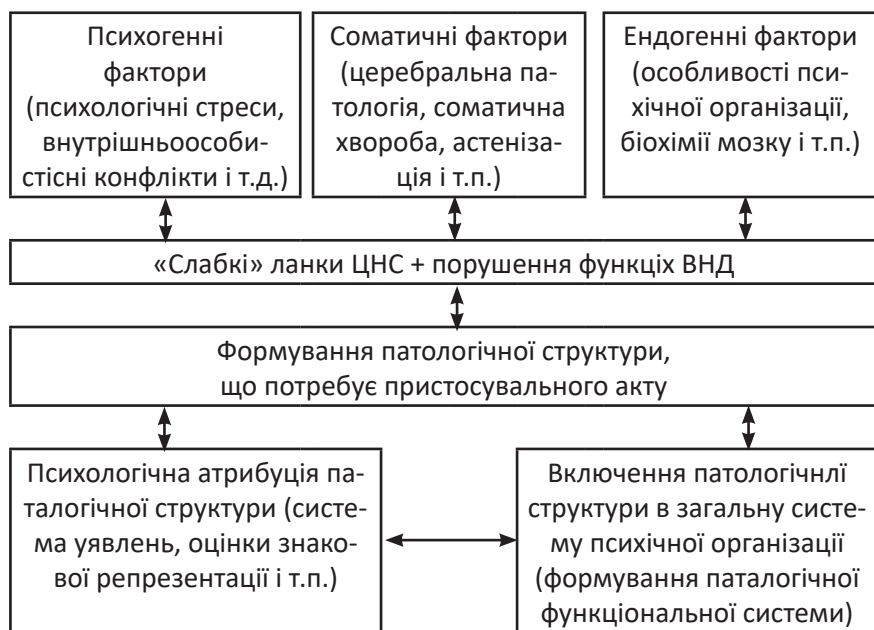
Соматизированная депресія є захворюванням «мімікрічним», те що імітує всі фізичні суб'єктивні переживання хворого на тлі вітального зниження настрою, іпохондричності, особливого емоційного ставлення до хвороби.

Відповідно за діагностичними принципами міжнародної класифікації психічних захворювань останнього перегляду (МКБ-10) у рамках депресій поряд із пригніченим настроєм, втратою інтересів, зниженою самооцінкою, ідеями винності та приниженням виділяють соматичний («вітальний», «біологічний», «ендогенноморфний») синдром, що включає порушення сну (пробудження вранці за 2 год або більше до звичайного часу), втрату апетиту, втрату маси тіла (5% протягом останнього місяця), виражене зниження лібідо. Соматичні симптоми можуть бути присутніми у клінічній картині депресій різного ступеня тяжкості, а у випадках атипової гіпотимії – бути основним діагностичним критерієм.

Клінічні прояви соматизированной депресії.

<p>Клінічна картина</p> <p>Депресивна тріада: зниження настрою; уповільнене мислення; рухова загальмованість;</p> <p>Феноменологія депресії: <i>Обов'язкові симптоми:</i> - зниження настрою; почуття зневіри, пригніченості, туги - втрата інтересу, здатності відчувати задоволення; - зниження енергійності, активності, збільшення стомлюваності.</p> <p><i>Додаткові симптоми</i> - зниження самооцінки, виникнення почуття непевненості у собі, ідеї винності і самознищення; похмуре песимістичне бачення майбутнього; ідеї чи дії по самопошкодженню і суїциду; - порушення сну, зміна апетиту, зниження лібідо; соматичні скарги без органічних причин, а також іпохондричний настрій.</p>	<p>Етиопатогенез</p> <p>Нейрофізіологія: Переважають процесів гальмування над процесами збудження</p> <p>Біохімія депресії: Ефективність трициклічних антидепресантів і інгібіторів MAO</p> <p>Селективність: серотонін – норадреналін – дафамін - Дефіцит нейромедіатора в синапсах: - Дисбаланс серотонін-норадренергичних систем мозку; - Зміна рецепторної чутливості (функціонального стану рецепторних мембран) і т.ін.</p> <p>Генетичні теорії</p>
---	--

Аналіз причин депресії, як правило, показує, що в кожному випадку є як біологічна причина (схильність), так негативний вплив навколишнього середовища, однак співвідношення цих факторів у кожному випадку різний.



Патогенез соматизированной депресії.

Генезис (походження) соматизованих депресій залишається до кінця неясним, але в якості гіпотези можуть розглядатися щонайменше три механізми: прихована депресія виявляє субклінічну соматичну та неврологічну патологію, тобто служить причиною її декомпенсації, маніфесту; прихована депресія поєднується з реальними соматичними синдромами (бронхіальна астма, нейродерміт, захворювання суглобів, алергічні явища), патогенетично пов'язаними з депресивним станом. Ефективне лікування депресії може мати результатом повну ліквідацію психосоматичних синдромів та компенсацію явною і субклінічною соматичною патологією; прихована депресія імітує соматичні порушення внаслідок своєрідності внутрішньої картини хвороби.

– початок захворювання часто не пов'язан із впливом психогенних, соматогенних та екзогенно-органічних чинників;

– фазна течія: у анамнезі можна зустріти вказівки на повторюваність періодів нездужання, слабкості, нервовості, зниже-

ного настрою, виражених порушень сну та інших розладів, властивих даному варіанту депресії. Тривалість фаз становить місяці або роки. Можуть мати місце епізоди легкої гіпоманії;

Діагностичні ознаки соматизированной депресії.

– спадкова обтяженість по лінії афективних психозів. Симптоматика захворювання пробанда (родича) може мати значну схожість із хворобливими розладами, що спостерігаються у найближчих родичів;

– добові коливання настрою та самопочуття (погіршення вранці, у першій половині дня, зі спонтанним поліпшенням у другій половині дня, до ночі – «вечірні інтервали»);

– вітальний відтінок зниженого настрою («тяжкість на душі, серці ниє, щемить, здавлює») із наполегливими порушеннями сну, анорексією, зниженням лібідо, відчуттям занепаду сил. У дітей та підлітків спостерігається дратівливість;

– помітне зменшення або збільшення маси тіла без використання дієти (більше 5% в місяць), тривала втрата апетиту; діти у масі тіла не додають;

– помітна втрата інтересу до всіх (майже) занять (робота, хобі, домашні справи), що зберігається, як правило, із дня на день протягом майже всього дня (так звана ангедонія);

– наявність у психічному стані вказівок на явища ідеаторного та психомоторного гальмування, порушення репродуктивної пам'яті, симптоми хворобливої психічної анестезії, деперсоналізації, дереалізації;

– нав'язливі думки про смерть (не тільки страх смерті), повторні думки про самогубство із планом або без нього або спроба самогубства;

– соматичні та вегетативні розлади при прихованій депресії не вкладаються у клінічну картину жодного певного соматичного захворювання.

Проте існують форми прихованої депресії, які виявляють значну схожість із проявами соматичних захворювань. Термін «маскована» адекватний саме для цих форм.

Залежно від присутності в клінічній картині тих чи інших розладів виділяють вегетативний, астеничний, сенестопатичний, іпохондричний варіанти соматизированной депресії.

До найбільш типових соматовегетативних проявів депресії відносять порушення сну, сон у таких пацієнтів носить поверхневий характер та супроводжується частими, тривалими пробудженнями. Така облігатність розладів циклу сон-неспанья при депресії базується на загальних нейрохімічних процесах.

Серотонін, порушення медіації якого грають найважливішу роль у генезі депресії, має не тільки видатне значення у організації глибокого повільного сну, але у ініціації фази швидкого сну. Це стосується інших біогенних амінів, зокрема норадреналіну та дофаміну, дефіцитарність яких має значення як у розвитку депресії, так в особливостях організації циклу сон-неспанья.

Розлади апетиту виражаються дефіцитом харчування із повною втратою почуття голоду аж до відрази до їжі, сполученими із схудненням, запорами; ранковою нудотою, відсутністю апетиту.

Астенія.

Астенія – одне із спроявів депресії. Картина розгорнутої астеничної депресії включає до себе підвищену виснаженість, зниження активності, легкодухість, сльозливість, скарги на фізичне безсилля, втрату енергії, «зношеність»; будь-яка діяльність пов'язана із необхідністю подолання немочі та не приносить задоволення.

Больовий синдром.

Алгопатія – больовий розлад. Термін запропонований А. Violin (1987 р) для відмежування фізіологічно та соматично обумовленої болю від «психічної». Синоніми: опановують відчуття, психалгія, ідіопатична біль. Хронічний біль як прояв маскованих депресії зустрічається у 50% хворих з цією патологією та може локалізуватися у будь-якій частині тіла. Найчастіше це: цефалгія (головні болі), болі у спині, кардіалгія, абдоміналгії (болі в животі), фибромиалгія та ін.

Іпохондрія. Психопатологічні симптоми іпохондрії.

Депресія іпохондрична – депресія, у структурі якої провідне місце належить своєрідним соматичним відчуттям із побоюваннями за стан свого здоров'я, пов'язаними з переживаннями відчуження, які стосуються нормальних тілесних відчуттів та уявлень. Неприємні відчуття (болі, горіння, поколювання, свердління, тиск та ін.) Не мають чіткої локалізації; хворі не можуть показати їх точне визначенні. За К. Leonhard (1957 р), мова йде про неприємні відчуття, яких немає у нормальних людей.

При депресії іпохондричної серцеві сенсації ніколи не залишаються ізольованими, а завжди супроводжуються неприємними відчуттями у тілі.

Змістовний комплекс такої депресії включає до себе песимістичне сприйняття (побоювання) реальної чи гаданої соматичної патології та гіпертрофовану оцінку її наслідків.

Соматичні симптоми іпохондрії

Серед соматовегетативних проявів переважають порушення сну (особливо його безперервності – «розірваний» сон у другій половині ночі із раннім пробудженням), а також розлади апетиту та порушення вазомоторики, що супроводжуються рясними соматопсихічними скаргами (відчуття тяжкості та стиснення у грудях, озноб, тиск чи пульсація у різних частинах тіла).

Маски соматизованої депресії.

При соматизованих депресіях виявляється розрив між поліморфізмом соматоформних проявів та потребою в медичній допомозі, з одного боку, і відсутністю об'єктивно виявляються ознак соматичного захворювання – з іншого.

Масковані депресії позначаються також як «приховані», «соматизовані», «ларвірованої» або «алексітиміческіе депресії».

Депресії, які беруть соматичні «маски», частіше зустрічаються у загальномедичній мережі. За даними S. Lesse (1980), від 1/3 до 2/3 всіх пацієнтів, що спостерігаються у лікарів широкого профілю та вузьких фахівців, страждають депресією, маскованих іпохондричною або соматизованою симптоматикою.

Вегетосоматичні порушення при депресіях.

Вегетативні порушення у клініці прихованих депресій можуть проявлятися у вигляді вегетосудинної дистонії та кризів. При дистонії вегетативні розлади бувають у вигляді різкої симпатикотонії (почастішання пульсу, підвищення артеріального тиску, сухість у роті, мерзлякуватість кінцівок, білий дермографізм та ін.) Або ваготонії (уповільнення пульсу, зниження артеріального тиску, підвищена салівація, посилення перистальтики кишечника, почервоніння шкіри, червоний дермографізм). Іноді явища симпатикотонії та ваготонії поєднуються. На тлі дистонії можуть спостерігатися вегетативні кризи, зазвичай пов'язані із емоційним станом: симпатико-адреналові, вагоінсулярні та змішані.

Однак особливо характерні для соматизованої депресії її соматичні еквіваленти у вигляді періодичних порушень обміну речовин, статевого потягу, головного болю, порушень сну, нічного енурезу, екземи, астматичних нападів та ін. І різні патологічні сенсації з боку тіла.

Психосоматичні розлади при захворюваннях серцево-судинної системи.

Серед функціональних розладів внутрішніх органів провідне місце у даний час займають порушення серцево-судинної системи.

Крім того, число пацієнтів із функціональними порушеннями діяльності серцево-судинної системи неухильно зростає та становить сьогодні не менше 15% всіх хворих стаціонарів кардіологічного профілю.

Вплив особистості хворого на формування кардіоневроза.

Найбільшу схильність до інфаркту міокарда виявляють люди, що належать до так званого коронарного типу особистості. Для них характерні такі якості, як наполегливість у досягненні поставленої мети, цілеспрямованість, здатність та бажання конкурувати.

Ці люди не задовольняються малим, рівень їх домагань досить високий. Їхня діяльність носить різноманітний характер,

при цьому завжди відзначається недолік часу для реалізації численних планів. Така людина постійно перебуває у тонусі, вона працює на випередження, не дозволяє собі розслабитися, долаючи втому силою волі.

Це не просто трудоголік; це людина, котра перебуває у стані постійної напруги, навіть після закінчення робочого дня. Однак, якщо виникає складна ситуація, що виходить з-під контролю, у такої людини може розвинутися захворювання.

До типових психосоматичних розладів серцево-судинної системи відносяться так звані «неврози серця» – функціональні порушення серцевого ритму.

Функціональні розлади серцевого ритму проявляються такими симптомами: збільшенням числа серцевих скорочень (тахікардія) із одночасним відчуттям пацієнтом прискореного серцебиття, спазмами у області серця та нетривалими розладами серцевого ритму (аритмії).

Нерідко пацієнти скаржаться на відчуття оніміння, свербіння, поколювання, печіння, холоду, повзання мурашок та ін. У різних ділянках тіла (парестезії), почуття тиску області серця у поєднанні із задишкою.

Характерними скаргами є страх задухи та страх розвитку інфаркту міокарда.

Артеріальна гіпертонія.

Виявлені взаємозв'язки артеріальної гіпертензії із ситуаціями, у яких виникають: постійна афективна напруженість, тривога, страх, занепокоєння, розгубленість перед обличчям незалежної від людини ситуації.

Особливості особистості. Характерні стримування емоцій, надмірно адаптивна, поступлива, орієнтована на соціальний успіх, пасивна, уникає конфліктів, змінене сприйняття конфлікту, заперечення стресу у ситуації напруги. На фрустрацію реагують фіксацією самозахисту та почуттям переважання перешкод, зниженням рівня мотивації на досягнення та рівня соціальної захищеності, наростанням страху невдачі.

Психосоматичні розлади при захворюваннях дихальної системи.

Із диханням пов'язано багато фізіологічних функцій: доставка кисню до тканин, виділення вуглекислого газу, регуляція температури тіла, виведення рідини і т. д.

У підтримці життєвих функцій організму дихання діє за фізіологічними принципами регулювання та управління. Виходячи з цього, дихання слід розглядати як своєрідний проміжний стан між довільним та мимовільним актом, між відкритою та закритою сферою регулювання.

Людина по-різному користується своїм диханням у різних життєвих ситуаціях, де не завжди передбачено фізіологією. Дихання є руховим актом, та виступає як засіб вираження у сфері міжособистісних відносин та є виразником внутрішнього стану людини.

Просте збудження як елементарна та ще недиференційована форма таких афективних станів, як страх, гнів, лють, призводить до почастишання дихання. Довго зберігаємо, не знаходячи розрядки збудження (наприклад сексуальне) може проявлятися характерним типом дихання, гіпервентиляцією. Врівноважений, приємний настрій приводить до спокійного та гармонійного ритму вдиху та видиху, як це буває уві сні. У стані жаху, раптового потрясіння може настати короткочасна зупинка дихання.

Для хворих на **бронхіальну астму характерна особистісна характеристика:**

незрілість механізмів психологічного захисту; неадекватний та нереалістичний образ власного Я та сімейного оточення; схильність до блокування емоційних переживань; низький рівень усвідомлення актуальних емоцій та потреб; інфантилізм, залежність, потреба у формуванні симбіотичних відносин; недорозвинення власної ціннісної системи; виражена комунікативна цінність симптому бронхіальної астми та тенденція до уникнення відкритого обговорення конфліктів.

Виявлено, що хворі на бронхіальну астму відрізняються тим, що за умовами фрустрації стан емоційної напруги, занепоко-

ення, провини, тривоги зменшують за допомогою соматичних симптомів – нападу астми. Цей же механізм бере участь у формуванні істероїдних рис особистості у процесі захворювань. Поява симптомів бронхіальної астми призводить до зміни дистанції між членами родини. Тому нерідко захворювання виступає у якості фактора, який зближує членів сім'ї (маніпулятивний аспект захворювання).

Як патодинамічні фактори розглядаються наявність у матерів хворих на астму невротичних рис та раннє порушення хворого із матір'ю, у якої виражений дефіцит емоційного та тілесного контакту. Для батьківських сімей хворих характерна наявність емоційного лідера, домінування одного із батьків та підпорядкована позиція іншого.

Психосоматичні розлади при захворюваннях сечовивідної системи.

За даними деяких авторів, близько 15% всіх «запалень» сечового міхура психогенно обумовлені, а у 25% всіх жінок із симптомами циститу не виявляється ніяких ознак інфекції.

Даний тип розладів може спостерігатися у структурі астенічних станів, істер-конверсійного синдрому, при «урологічному» типі соматизованої депресії. Подібні розлади інакше ще називаються локальним органоневротичним синдромом.

Хворі із проявами істер-конверсійного синдрому до уролога звертаються або із затримкою сечі, що триває місяцями, спричиненою спазмом сфінктерів або втратою позовів на сечовипускання, або із нетриманням сечі.

Тут мова йде про моносимптоматику істер-невротичного характеру. Істер-конверсійний синдром – це функціональні розлади чутливо-рухової сфери та діяльності внутрішніх органів, що не виявляють органічної основи.

Психосоматичні розлади при захворюваннях травної системи.

При захворюваннях печінки, шлунково-кишкового тракту поступово виникають дратівливість, безсоння, емоційна нестійкість, часом – іпохондричність, канцерофобія.

Психосоматичні розлади при виразковій хворобі.

Факторами є: схильність до несподіваних реакцій інтенсивною перистальтикою шлунка та пілороспазмом у разі фруструючих ситуацій.

Дванадцятипалу кишку робить мішенню психосоматичних порушень її гіпермоторіка, підвищення у ній тиску під час страху, гніву, емоційної напруги.

Нервово-психічний стрес – один із етіологічних факторів розвитку виразкової хвороби. Фактором ризику можуть вважатися переміщення та переїзди за межі звичного життєвого простору.

Особливості особистості. Виділяють три типи особистості виразкових хворих, пов'язаних із фрустрацією потреби у любові, характерною за психоаналітичним поняттям для даної патології.

Псевдонезависіми – любов, відносини, засновані на емоційній теплоті у їхньому уявленні роблять людину слабкою, залежною та, отже, є неприйнятними із точки зору позитивного сприйняття себе. Захворювання сприймається як загроза образу Я та, отже, ставлення до нього, як правило, анозогностичне.

Пасивнозависіми – характерно прагнення до залежності, емоційним відносинам, тісно пов'язане зі значною фігурою у своєму оточенні.

Проблеми у стосунках їх із останньої є пусковими у розвитку захворювання. Хвороба може бути джерелом відновлення відносин зі значною фігурою або встановлення нових – із лікарем.

Ставлення до хвороби гіпернозогностичне. Тиранічність – найбільш незріла. Характерно прагнення до задоволення всіх потреб із мінімальними витратами та без затримок, це призводить до конфліктів із оточенням та виникненням захворювання.

Вплив стресу на розвиток шкірних захворювань.

Шкіра людини – це засіб вираження гострих емоційних спонукань, типових форм поведінки та хронічних душевних навантажень, що підтверджено фізіологічними експериментами. Важкий емоційний стрес лежить у основі хронічної кропив'янки приблизно у 60-70% таких хворих та мало не у кожного такого хворого із плоским лішаєм (Б.Д.Тополянський). Безперечно

депресія із аутоагресією діагностується у 66% з 200 хворих на нейродерміт.

Самою звичайною реакцією організму на одноразовий емоційний розряд або патологічний афективний стан є локальний або дифузний гіпергідроз. Пусковим механізмом розвитку або загострення шкірних захворювань під впливом емоційних та афективних чинників стають такі події, як смерть близької людини, нещасний випадок, серйозні невдачі у службовій або громадській діяльності, сімейні конфлікти, залучення до судової відповідальності, моральні потрясіння.

Розвитку очевидної депресії можуть передувати важкі психічні переживання або надмірні емоційні навантаження, при цьому хворі висловлюють скарги астеничного характеру на невпинну слабкість та швидку стомлюваність, постійну внутрішню напруженість та явну тенденцію до зниження настрою із кожного приводу, тривожність та недовірливість, пригніченість та тужливість, втрату колишніх інтересів або стимулів до дії, плаксивість, самозаглибленість, прагнення до спокою чи самотності, розлади сну та апетиту, зниження лібідо та ін. За вираженою емоційною нестабільністю хворого або стійких афективних порушеннях свідчить разом із тим досить яскрава вегетативна симптоматика.

Роль вегетативної нервової системи у розвитку психогенних шкірних захворювань.

Вегетативна нервова система виступає при цьому як один із проміжних ланок у складній рефлекторній діяльності центральної нервової системи, що визначає функціональний стан шкірних покривів. Одним із загальноновизнаних симптомів центрального походження патологічного процесу вважають симетричну локалізацію шкірних висипань, розташованих часом по ходу нервових стовбурів.

Шкірні зміни можуть чергуватися із іншими (серцево-судинними, шлунково-кишковими, псевдоневрологічними) функціональними порушеннями. Загострення або виявлення шкірного процесу виводить його на перший план клінічної картини, перемикаючи на себе активну увагу хворого та тим самим витісняю-

чи інші соматовегетативні розлади, знову отримують розвиток при згасанні шкірної симптоматики.

Роль сексуальних розладів у виникненні соматичних та психічних захворювань.

Порушення статевої функції можуть бути не тільки причиною сексуальних конфліктів, але наслідком неврозу (обсесивно-фобічні неврози, невроз очікування, істерія).

Сексуальні дисфункції можуть бути проявом біологічних порушень (біогенні), внутрипсихічних та міжособистісних конфліктів (психогенні) або бути поєднанням цих факторів.

На сексуальну активність можуть несприятливо впливати будь-які стреси, емоційні розлади. Незалежно від етіології сексуальний розлад супроводжується стійкою тривогою, пов'язаною із сексуальною потенцією. Сексуальна дисфункція може бути вродженою чи набутою (розвинулася після періоду нормальної статевої функції), генералізованою або ситуаційною (обмеженою певним партнером або певною ситуацією), обумовленою психологічними факторами або поєднанням різних чинників.

Однією із найбільш частих причин виникнення у жінок різних «функціональних порушень діяльності внутрішніх органів», зокрема «неврозів серця», шлунково-кишкових та сечостатевих розладів, при яких не знаходять будь-яких змін із боку соматичної сфери, що пояснюють ці порушення, є статевая дисгармонія.

**Лекція 8. Психопатологічні прояви
соматизованої депресії у дітей.
Проблема психодіагностики та корекції особистісних
феноменів у психосоматики. Психологічна
саморегуляція при психосоматичних розладах.
Психопатологічні прояви соматизованої депресії
у дітей. Розлади ритму сну і неспання.**

Розлади сну розглядаються як компенсаторне або адаптаційне зміна у відповідь на захворювання, психологічні проблеми.

20-30% батьків скаржаться на розлади сну у своїх дітей.

А. Ц. Гольбін (1979 р.) розділяє феномени патологічного сну у дітей на:

- стереотипії, пов'язані зі сном;
- пароксизмальні явища уві сні;
- статичні феномени сну;
- складні поведінкові та психічні феномени;
- порушення у циклі сон-неспання.

У розвитку стереотипій істотну роль відіграють порушення взаємин дитини із батьками, провідним серед яких є підвищена увага з боку батьків до дитини (без елементів гіперопіки).

До складних поведінкових і психічних феноменів відносяться сноходження, сноговоріння та кошмарні сновидіння.

Сноходження (лунатизм, сомнамбулізм) – це форма поведінки у ві сні, яка включає до себе рухи, дії та ті вчинки, які мають видимість довільних та цілеспрямованих.

Найчастіше сноходження відзначаються у віці 5-10 років.

Розгорнуті прояви сомнамбулізму виражаються багатогодинним або багатоденним бродяжництвом («амбулаторний автоматизм»).

Епізоди сноходження, як правило, амнезуються.

Сомнамбулізм асоційований з психопатологічними синдромами.

Сногворіння зустрічаються майже у всіх дітей і проявляються в різній формі – від нечленороздільні звуків до монологів і пісень.

Кошмарні сновидіння зустрічаються у віковій періоді 3-7 років і 10-12 років, їх зміст відповідає особливостям розвитку дитини, рівню його денних переживань, при цьому часто вони носять символічний характер.

Астенія.

Астенія (астенічний синдром, астенічні стани; є симптомом ряду захворювань, розвивається при тривалій інтоксикації, захворюваннях внутрішніх органів.

Характеризується появою при найменшому емоційному і фізичному напруженні (або навіть у спокої) серцебиття, слабкості, відчуття жару або холоду, пітливості, запаморочення, дитина стає дратівливою, примхливою.

Ці симптоми більш тривалі і стійкі, ніж при астенічному неврозі. Настрій пригнічений, з'являються сльозливість, зниження працездатності, образливість, запальність, необов'язковість, бурхливі реакції на незначні зміни зовнішнього середовища (яскраве світло, гучний розмова).

Дискінезії.

Дискінезія – порушення рухової функції стравоходу, шлунка, кишечника, жовчного міхура. Діти з дискінезіями відрізняються наступними психологічними рисами: підвищеною тривожністю; підвищеною агресивністю, спрямованої у одних зовні, у інших – на себе; истероидно-демонстративними рисами.

Моторні порушення – один з найважливіших способів вираження емоцій (П. К. Анохін); посилюють порушення рухової функції емоційні і психічні переживання.

Дискінезії клінічно проявляються больовим синдромом в проєкції органу, диспепсією (нудота, блювота, відрижка – при дискінезіях стравоходу, шлунка; при дискінезії жовчовивідних шляхів – відрижка гірким, блювота жовчю; при дискінезії кишечника – запори або проноси).

Для дискінезії стравоходу також характерна дисфагія (утруднення при ковтанні їжі, спроби різними способами проштовхнути їжу).

Психосоматичні розлади діяльності серцево-судинної системи та псевдоревматичні розлади.

До психосоматичних розладів серцево-судинної системи відносяться:

кардіалгії (біль у області серця); аритмії (порушення серцевого ритму); функціональні захворювання серця; ішемічна хвороба серця; кардіофобія.

У дитячому віці зустрічаються функціональні захворювання серця, аритмії, кардіалгії, кардіофобії.

Різні страхи, головний біль, лють, сварки і конфлікти в дитячому колективі впливають на серцеву діяльність, яка, в свою чергу, є еквівалентом душевної та духовної активності та установок.

Через впливу зовнішнього фактора серцева діяльність не реалізується, виникає моторна реакція та зберігається збудження в очікуванні виконання дії. У іншому випадку витіснена зі свідомості установка на дію призводить до напруження у системі кровообігу.

При страху, небезпеки виникає відчуття, ніби серце починає стукати у скронях, у горлі.

При цьому відбувається викид адреналіну, який викликає спазм (звуження) судин, частішають серцеві скорочення, що призводить до виникнення кардіалгії, відчуття неспокою.

Псевдоревматичні розлади.

Данбар досліджувала особливості особистості психосоматичних хворих, у результаті чого була описана, крім «виразкової» та «коронарної», так звана «артритична» особистість. Нерозв'язний конфлікт мотивів, неусунення стресу породжують відмову від пошукової поведінки, що створює передумову для розвитку психосоматичних реакцій.

«Артритична» особистість характеризується:

неврівноваженістю та відсутністю полюсів м'якості і жорсткості;

прагненням до панування і в той же час – до самопожертви;
додержанням почуттів;

сверхсовістлістю, обов'язковістю, поступливістю, схильністю пригнічувати агресію та ворожнечу (злобу і лють);

сверхнравственною поведінкою та схильністю до депресій; вираженою потребою у фізичній активності до захворювання.

Псевдоревматичні розлади (ПРР) виявляються більш-менш вираженим суглобовим синдромом (болями у суглобах, частіше великих: колінних, ліктьових, гомілковостопних, тазостегнових; хрускотом у них при русі та ін.).

Тривало існуюче хронічне системне захворювання суглобів, таке, наприклад, як ревматоїдний артрит, змінює розвиток особистості.

Психосоматичні розлади дихальної системи.

Будь-яка емоція – страх, гнів, лють, хвилювання, радість – призводить до почастішання дихання.

За захворювання, при якому кардинальним симптомом є задишка, – це бронхіальна астма – типовий психосоматичний розлад.

«Астматична» особистість характеризується:

прихованим бажанням ніжності, любові, підтримки при всій видимості агресії;

підвищеною чутливістю до запахів;

підвищеною реакцією на непорядну поведінку оточуючих;

прагненням до чистоти у всьому (в поведінці, помислах, побуті).

Психосоматичні розлади сечовивідної системи. Енурез.

Енурез – це мимовільне сечовипускання, як під час нічного, так і денного сну. Нічний енурез являє собою складний синдром, що включає до себе мимовільне сечовипускання у ві сні, порушення процесів сну, зміну рухової активності днем, порушення поведінки, неадекватним ставленням до свого дефекту, терапевтичну резистентність до мимовільного лікування.

У розвитку нормального сечовипускання у дітей виділяють кілька періодів: новонароджені мочаться автоматично; між 1-м і 2-м роками життя з'являється почуття наповненого сечового міхура; до 3-му році розвивається здатність утримувати сечу протягом короткого часу, коли сечовий міхур повний або майже повний; до 4-5-и років діти починають сечовипускання при пов-

ному сечовому міхурі; у 6-6,5 років дитина може мочитися при будь-якого ступеня наповнення сечового міхура.

Розрізняють первинний та вторинний енурез: первинний проявляється із дня народження, вторинний виникає після деякого періоду, коли дитина не мочиться у ліжку.

Причина первинного енурезу – затримка розвитку у поєднанні із психосоціальними факторами; вторинний розвивається за рахунок психосоціальних причин, до яких відносять:

дефекти виховання; несприятливі побутові умови; виховання дитини поза сім'єю; різні психічні травми.

Важливо, що нетримання сечі представляє для дитини проблему, психічно їй переважну; проблему, яка при неправильному догляді може загостритися.

Психосоматичні розлади травної системи. Розлади апетиту.

Розлади апетиту поширені у психосоматиці, особливо у підлітковому віці.

Розлади апетиту включають: анорексію; булімію; ожиріння.

Анорексія – хворобливий стан, що виявляється у відмові від прийому їжі. Зустрічається в підлітковому періоді, в основному у дівчаток, пов'язане з бажанням схуднути, стати витонченою. Біля витоків цього порушення знаходиться підлітковий конфлікт щодо своєї зовнішності.

Особистісні характеристики цієї патології пов'язані з особливістю статевого дозрівання таких дівчаток: вони не готові до своєї зрілості – важко переживають фізичне дозрівання (початок менструацій і зростання молочних залоз), вважають його чужим для себе, що призводить, в свою чергу, до прагнення вести аскетичний спосіб життя. Такі дівчатка дуже вразливі.

Провідне місце в клінічній картині займають астеничний синдром, адинамія (значне зниження фізичної активності) і виснаження, втрата критичного ставлення до свого стану. Будучи виснаженими, хворі як і раніше завзято відмовляються від їжі.

Наростання кахексії (виснаження) призводить до водно-електролітного зрушень, що може стати причиною летального результату і вимагає негайної госпіталізації.

Булімія – «бичачий, вовчий апетит». Це повторювані напади (епізоди) швидкого поглинання великої кількості їжі (напади обжерливості), частіше зустрічаються у дівчаток-підлітків.

Особливості цих нападів: здійснюються в повній самоті (при свідках дії перериваються і сором'язливо ховаються); до поглинання їжі хворі готуються, роблячи більші закупівлі або навіть крадіжки; думки про їжу займають велике місце в житті цих хворих; сімейні, міжособистісні та професійні проблеми відходять на другий план.

Дуже часто булімія переходить в хронічну форму.

Від анорексії (при якій також можуть мати місце напади обжерливості) булімію відрізняють напади саме «бичачого, вовчого апетиту»; хворі на булімію, як правило, мають нормальну або надлишкову масу тіла.

Структура особистості людини, що страждає булімією, характеризується такими рисами: схильністю до драматизації; екстравертірованність; схильністю до шкідливих звичок, звання (алкоголь, нікотин, наркотики).

Ожиріння.

Структура особистості дітей і підлітків з ожирінням характеризується: прихильністю (такі діти важко переносять розлуку, залежні від батьків, особливо від матері); імпульсивністю.

Провокуючі фактори: втрата об'єкта любові: догляд з батьківського дому, смерть або розлучення батьків; діти часто реагують підвищеним апетитом на народження молодшої дитини; негативні емоції: страх, гнів, почуття самотності; небезпеки та очікування: війна, підготовка до іспитів.

Нудота та блювання – прояви диспепсії.

Причинами диспепсії є порушення моторики шлунка, дуоденогастрального рефлюкс (закид вмісту дванадцятипалої кишки в шлунок), уповільнення виведення їжі з шлунку. Перебіг хронічне, клініка включає скарги на відчуття тиску в епігастральній ділянці, нудоту і блювоту після вживання будь-яких продуктів, але може бути непереносимість овочів, жирів.

Структура особистості включає: пасивність; залежність, особливо від матері; схильність до депресій.

Провокуючі фактори: стресові ситуації, конфлікти; розумові та психічні перевантаження.

Синдром роздратованого кишечника (СРК).

СРК є біопсихосоціальний функціональний розладом кишечника, основою якого є взаємодія двох основних механізмів: психосоціальної адаптації та сенсомоторної дисфункції, тобто мають місце порушення вісцеральної чутливості та рухової активності товстої кишки.

Стресові ситуації змінюють моторику сигмовидної кишки, знижують всмоктування води, іонів калію, хлору, натрію. Стрес перетворює всмоктувальну функцію в видільну. Діти з дискінезіями кишечника відрізняються наступними психологічними рисами: переважають симптоми депресії і тривоги (туга, смуток, загальмованість, лабільність настрою); істерія; фобії-страхи (дефакофобія – страх мимовільного відходження газів і калу, танофобія – страх смерті).

Психосоматичні розлади у дерматології.

Шкіра виконує безліч психологічних функцій.

Шкіра висловлює емоції: «червоніє» від сорому, «блідне» при деяких інших переживаннях, стає «гусячою» при переляку і холоді. Людини, стійко сприймає упередженості долі, спокійного і байдужого, нерідко називають «товстошкірим». Дуже часто пусковим механізмом у розвитку або загостренні дерматитів є стресові ситуації.

Затримка фізичного і мовного розвитку (ЗФР і ЗРР).

Для психогенної ЗФР характерною ознакою є те, що відставання у вазі передує відставання в рості.

Після ліквідації причинних факторів, проведення терапевтичних заходів відзначається збільшення маси тіла; дитина стає більш комунікабельним.

Загальні принципи традиційної терапії психосоматичних розладів.

Психотерапія – цілеспрямований метод впливу на хворого, на його патологічне соматичне і психічний стан.

Для лікування психосоматичних розладів використовують види психотерапії: психотерапевтична бесіда; підтримуюча психотерапія; динамічна психотерапія.

Психотерапія, заснована на глибинної психології: психоаналіз; аналітична групова психотерапія (АГПТ).

Сімейна психотерапія; поведінкова психотерапія; гіпноз.

Тілесно-центровані методики.

Сугестивні методики.

Стаціонарна психотерапія.

Групи самопомоги.

Діагностика у психосоматиці.

При постановці психосоматичного діагнозу у розпорядженні психотерапевта є дві основні методики: – діагностична бесіда та психологічне тестування.

Діагностична бесіда дає можливість зібрати психосоматичний анамнез, щоб навести на осмислення пацієнтом соматичні симптоми у зрозумілий смисловий зв'язок із зовнішнім та внутрішнім сенсом його життя.

При виборі комплексу тестових методик для дослідження психосоматичних пацієнтів повинні бути враховані наступні принципи:

Відносна простота застосовуваних методик.

Швидкість їх проведення.

Повнота вивчення досліджуваного явища.

Взаємна доповнюваність застосовуваних методик.

Висока сумарна валідність.

Достатня чутливість до зміни спостережуваного явища у здорових і хворих, а також до зміни показників протягом лікування.

Методика	Опис	Функція у процесі інтерв'ю
Відкриті питання	«Що?» – виявляє факти; «Як?» – почуття; «Чому?» – наслідки; «Чи можна?» – загальну картину.	Використовується для з'ясування загальних фактів і полегшує розмову.
Закриті питання	Звичайно включають в себе частку «чи», на них можна відповідати коротко.	Дають можливість виявити особливі факти, скорочують занадто довгі монологи.
Заохочення (підтримка)	Повторення деяких ключових фраз клієнта.	Заохочує детальну розробку специфічних слів і сенсу.
Відображення почуттів	Звертає увагу на емоційний зміст інтерв'ю	Прояснює емоційне підґрунтя ключових фактів, допомагає відкрити почуття
Переказ	Повторення сутності слів клієнта і його думок, використовуючи ключові слова.	Активізує обговорення, показує рівень розуміння.
Резюме	В стислому вигляді повторює основні факти і почуття клієнта.	Корисно повторювати періодично в час інтерв'ю. Обов'язково наприкінці зустрічі.

Поняття копінг-стратегій – «подолання». Стратегії поведінки при стресі.

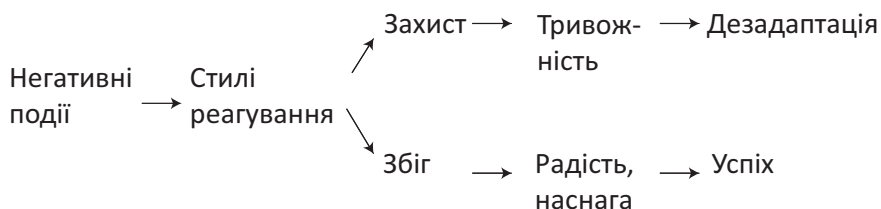
Теорія совладання особистості із важкими життєвими ситуаціями (копінга) виникла в психології у другій половині ХХ ст.

Термін введений американським психологом Абрахамом Маслоу (Maslow, 1987).

Під «копінг» (від англ. To cope – впоратися, впоратися) маються на увазі постійно змінючі когнітивні та поведінкові спро-

би впоратися із специфічними зовнішніми або внутрішніми вимогами, які оцінюють як напругу, бо перевищують можливості людини впоратися з ними (Neal, 1998).

Копінг-поведінка – форма поведінки, яка відображає готовність індивіда вирішувати життєві проблеми.



Це поведінка, спрямована на пристосування до обставин та передбачає сформоване вміння використовувати певні сили для подолання емоційного стресу.

При виборі активних дій підвищується ймовірність усунення впливу стресорів на особистість.

Особливості цього вміння пов'язані із «Я-концепцією», локусом контролю, емпатією, умовами середовища.

За уявленням Маслоу, копінг-поведінка протиставлена експресивної поведінки.

Виділяються наступні способи поведінки яка впоратиться: розв'язати проблеми; пошук соціальної підтримки; уникнення.

Ця поведінка реалізується за допомогою застосування різних копінг-стратегій на основі ресурсів особистості і середовища.

Одним з найважливіших ресурсів середовища є соціальна підтримка.

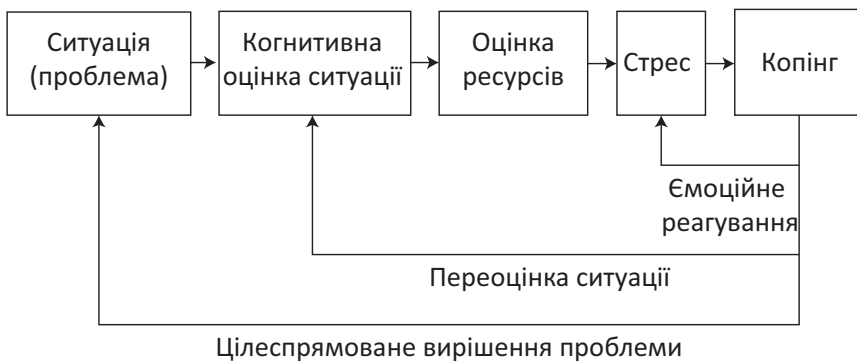
До особистісним ресурсів належать: адекватна «Я-концепція», позитивна самооцінка, низький нейротизм, інтернальність локус контролю, оптимістичний світогляд, емпатичний потенціал, аффилиативна тенденція (здатність до міжособистісних зв'язків) та інші психологічні конструкти.

У процесі дії стресора на особистість відбувається первинна оцінка, на підставі якої визначають тип ситуації – загрозливий або сприятливий (Averill et al., 1971).

Саме з цього моменту формуються механізми особистісної захисту.

Лазарус (Lazarus, 1991) розглядав цей захист (процеси совладання) як здатність особистості здійснювати контроль над загрозливими, турбуючими або доставляють їй задоволення ситуаціями.

Модель стресу Лазаруса



Процеси опанування є частиною емоційної реакції.

Від них залежить збереження емоційної рівноваги. Вони спрямовані на зменшення, усунення або видалення чинного стресора.

На цьому етапі здійснюється вторинна оцінка останнього.

Результатом вторинної оцінки стає один із трьох можливих типів стратегії подолання:

безпосередні активні вчинки індивіда з метою зменшення або усунення небезпеки (напад або втеча, захоплення або любовну насолоду); непряма або розумова форма без прямого впливу, неможливого через внутрішнього або зовнішнього гальмування, наприклад витіснення («це мене не стосується»), переоцінка («це не так вже й небезпечно»), придушення, перемикання на іншу форму активності, зміна напрямку емоції з

метою її нейтралізації і т. д. ; совладання без емоцій, коли загроза особистості не оцінюється як реальна (зіткнення із засобами транспорту, побутовою технікою, повсякденними небезпеками, яких ми успішно уникаємо).

Захисні процеси прагнуть позбавити індивіда від неузгодженості спонукань і амбівалентності почуттів, оберігати його від усвідомлення небажаних або хворобливих емоцій, а головне – усунути тривогу і напруженість.

Результативний максимум захисту одночасно є мінімумом того, на що здатне вдале совладання.



«Вдале» поведінки описується як те, що підвищує адаптивні можливості суб'єкта, реалістичне, гнучке, здебільшого свідоме, активне, включає до себе довільний вибір.

Існує досить велика кількість різних класифікацій стратегій копінг-поведінки (Fineman, 1987, 1983; Lazarus, 1966).

Класифікації стратегій копінг-поведінки

1. Емоційний / проблемний:

1.1. Емоційно-сфокусований копінг – спрямований на врегулювання емоційної реакції.

1.2. Проблемно-сфокусований – спрямований на те, щоб впоратися із проблемою або змінити ситуацію, яка викликала стрес.

2. Когнітивний / поведінковий:

2.1. «Прихований» внутрішній копінг – когнітивне вирішення проблеми, метою якої є зміна неприємної ситуації, що викликає стрес.

2.2. «Відкритий» поведінковий копінг – орієнтований на поведінкові дії, використовуються копінг-стратегії, які спостерігаються у поведінці.

3. Успешний / неуспішний:

3.1. Успішний копінг – використовуються конструктивні стратегії, що призводять в остаточному підсумку до подолання важкої ситуації, що викликала стрес.

3.2. Неуспішний копінг – використовуються неконструктивні стратегії, що перешкоджають подоланню важкої ситуації.

Звісно ж, що кожна використовувана людиною стратегія копінга може бути оцінена по всім перерахованим вище критеріям хоча б тому, що людина, яка опинилася у важкій ситуації, може використовувати як одну, так і декілька стратегій подолання.

Таким чином, можна припустити, що існує взаємозв'язок між тими особистісними конструктами, за допомогою яких людина формує своє ставлення до життєвих труднощів, і тим, яку стратегію поведінки при стресі (совладання з ситуацією) він вибирає.

Критерії оцінювання аудиторної та самостійної роботи студентів

Для ефективного вивчення навчального курсу «Психосоматика та соматопсихіка» пропонується виконати форми робіт, які в цілому становитимуть основу ваших спеціальних та базових знань:

1. Лекційний курс – створено задля введення шляхом передавання знань та основних умінь (теоретичних та практичних) під час проведення занять лектором.

2. Практичний курс – комплекс навчальних занять, під час яких Ви зможете актуалізувати теоретичні та практичні основи психофізіології задля закріплення актуального знання.

3. Самостійна робота студента (СРС) – комплекс теоретичних та теоретико-практичних завдань, які треба виконати самостійно протягом вивчення навчального курсу. СРС дає змогу опанувати знання, яке допоможе глибше пізнати теорію та практику.

Есе – виконання теоретико-практичного індивідуального завдання з курсу «Психосоматика та соматопсихіка». Есе студента є необхідною формою закріплення навчальних знань.

Теми до написання есе

1. Психосоматичні проблеми як проблеми зв'язку психічної та соматичної «сфер».

2. Психосоматика, соматопсихіка та психосоматична медицина.

3. Психосоматика як міждисциплінарне дослідження.

4. Психосоматика як предмет вивчення філософії, релігії, медицини.

5. Конверсійна модель З. Фрейда та психосоматика.

6. Друга модель психосоматичного захворювання по З.Фрейду.

7. Теорія специфічних для хвороби психодинамічних конфліктів за Ф. Александером.

8. Концепція профілю особистості Ф.Данбар.

9. Теорії конституцій, їх недоліки та значення для психосоматичної медицини.

10. Сучасні поведінкові (біхевіоральні) підходи у психосоматиці.

11. Роль типів поведінки у походженні психосоматичних симптомів.

12. Психологічна характеристика поведінкового типів А, В, С, Д.

13. Холістичний підхід та роль представників вітчизняної клінічної школи у його розвитку (Мудров М.Я., Остроумов, Захар'їн Г.А. та ін).

14. Інтеграційна модель здоров'я, хвороби та хворобливий стан по Г.Вайнеру.

15. Біопсіхосоціальна модель Т.Ікскюля та В.Везіака.

16. Моделі психосоматичного синдрому генеза у концепція десоматизації М. Шура, двох-ешелонної лінії оборони А.Мітчерліха.

17. Культурно-історичний підхід Л. С. Віготського до психосоматики.

18. Феноменологія тела, герменевтика здоров'я та хвороби.

19. Теорія об'єктних відносин М'ясищева.

20. Концепція стресу Сельє та психосоматика.

21. Роль емоцій у функціонуванні організму людини.

22. Концепція Р.Сіфнеоса. Роль алексітемії у симптомообразуванні.

23. Основні принципи психологічної корекції алексітемії.

24. Ідеї російської фізіологічної школи (І.М.Сеченов та І. П.Павлов) – умовні рефлекси та психосоматична медицина.

25. Кортико-вісцеральне походження психосоматичних захворювань К.М.Бикова, І.Т. Курцина.

26. Когнітивна теорія стресу та поведінка співволодіння Р.Лазаруса.

27. Концепція вивченої безпорадності М.Селігмана.

28. Моделі ВКЗ за Ананьєвим.

29. Моделі ВКХ (А.Гольдшейдера, Р. А. Лурія, В.В. Ніколаєвої та ін.).

30. Поняття про ятрогенні захворювання.
31. Історична еволюція поняття соматизованої депресії.
32. Особистісна схильність як фактор ризику при психосоматичних розладах.
33. Характеристика видів депресії: вегетативної, астенічної, сенестопатичної, іпохондричної.
34. Больовий синдром у психосоматиці.
35. Маски соматизованої депресії.
36. Психосоматичні розлади при захворюваннях серцево-судинної системи.
37. Психосоматичні розлади при захворюваннях дихальної системи.
38. Психосоматичні розлади при захворюваннях сечовивідної системи.
39. Психосоматичні розлади при захворюваннях травної системи.
40. Психологічна саморегуляція при психосоматичних розладах.
41. Складні поведінкових та психічних феноменів: снохдження, сноговоріння та кошмарні сновидіння. Етіологія розладів сну.
42. Псевдоревматичні розлади. «Артрична» особистість.
43. Психосоматичні розлади дихальної системи. «Астматична» особистість.
44. Психосоматичні розлади сечовивідної системи. Структура особистості. Енурез.
45. Психосоматичні розлади травної системи. Розлади апетиту: анорексія; булімія; ожиріння.
46. Психосоматичні розлади у дерматології.
47. Затримка фізичного та мовного розвитку (ЗФР та ЗРР).
48. Загальні принципи традиційної терапії психосоматичних розладів.
49. Діагностична бесіда та психологічне тестування.
50. Принципи психотерапії у психосоматиці.

Оцінювання роботи: поточний та підсумковий контроль.

Усне опитування, доповіді та реферати, письмові контрольні завдання, участь у дискусіях та обговореннях, індивідуальні завдання.

Шкала оцінювання: національна та ЕКТС

Сума балів за всі види навчальної діяльності	Оцінка за національною шкалою	
	для екзамену, курсового проекту (роботи), практики	для заліку
90-100	відмінно	зараховано
75-89	добре	
60-74	задовільно	
35-59	незадовільно з можливістю повторного складання	не зараховано з можливістю повторного складання
1-35	незадовільно з обов'язковим повторним вивченням дисципліни	не зараховано з обов'язковим повторним вивченням дисципліни

Питання до заліку

1. Поняття про психосоматичні проблеми як проблеми зв'язку психічної та соматичної «сфер».
2. Предмет та завдання психосоматики.
3. Психосоматика, соматопсихіка та психосоматична медицина. Психосоматика як область міждисциплінарних досліджень.
4. Психосоматичні та соматоформні розлади. Класифікації психосоматичних розладів в міжнародній класифікації хвороб 10-го перегляду, у керівництві з діагностики та статистики IV перегляду.
5. Психосоматика як предмет вивчення філософії, релігії, медицини.
Конверсійна модель З. Фрейда. Друга модель психосоматичної освіти симптомів по З.Фрейду.
6. Теорія специфічних для хвороби психодинамічних конфліктів Ф.Александр та її теоретичні передумови. Вектори якості психічних процесів.
7. Багатофакторна модель вегетативного неврозу. Сучасна оцінка теорії Ф.Александр.
8. Концепція профілю особистості Ф.Данбар. Особистісна схильність як фактор ризику при психосоматичних розладах.
9. Теорії конституцій, їх недоліки та значення для психосоматичної медицини.
10. Сучасні поведінкові (біхевіоральні) підходи у психосоматикі.
11. Концепція типів поведінки. Роль типів поведінки у походженні психосоматичних симптомів.
12. Психологічна характеристика поведінкового типів А, В, С, Д.
13. Холістичний підхід та роль представників вітчизняної клінічної школи у його розвитку (Мудров М.Я., Остроумов, Захар'їн Г.А. та ін).
14. Інтеграційна модель здоров'я, хвороби та хворобливий стан по Г.Вайнеру. Різна природа хвороби, почуття хвороби і страждань.
15. Біопсихосоціальна модель Т.Ікскюля та В.Везіака.

16. Моделі психосоматичного синдромогенеза у концепціяx десоматизації М. Шура, двох-ешелонної лінії оборони А.Мітчерліха.

17. Культурно – історичний підхід Л. С. Віготського та його застосування у психосоматикі.

18. Феноменологія тела, герменевтика здоров'я та хвороби.

19. Поняття «тілесність», «психосоматичний феномен норми», «психосоматичний розвиток», «психосоматичний симптом».

20. Роль пізнавальної активності хворого у психосоматичному симптомогенезі (нозогнозії).

21. Теорія об'єктних відносин Мясичева.

22. Особливості сучасної психосоматикі.

23. Неспецифічність змін особистості при хронічних соматичних захворюваннях та основні типи змін.

24. Специфічній та неспецифічній підходи до розуміння природи психосоматичних розладів.

25. Концепція стресу. Біологічний рівень інтерпретації.

26. Психосоматичні розлади та стрес.

27. Роль емоцій у функціонуванні організму людини.

28. Визначення, основні ознака, походження, структура, концепція Р.Сіфнеоса. Роль алексітемії у симптомообразованні та її психокорекція.

29. Основні принципи психологічної корекції алексітемії.

30. Ідеї російської фізіологічної школи (І.М.Сеченов та І. П.Павлов). Вчення про умовні рефлексии та психосоматична медицина.

31. Гіпотеза за кортико-вісцеральне походження психосоматичних захворювань К.М.Бикова, І.Т. Курцина.

32. Переваги і недоліки вчення І.П. Павлова та кортико-вісцеральної теорії.

33. Психофізіологія та психологія стресу, совладання з ним як проблема психосоматикі.

34. Теорія стресу Г. Сельє, її витоки та роль у розробці проблем психосоматикі.

35. Сучасні теоретичні уявлення про совладання зі стресом (coping behavior) . Когнітивна теорія стресу та поведінка співвродіння Р.Лазаруса.

36. Концепція вивченої безпорадності М.Селігмана.

37. Поняття про внутрішню картину здоров'я та хвороби, історія виникнення та психологічні характеристики поняття.

38. Моделі ВКЗ за Ананьєвим.Моделі ВКХ (А.Гольдшейдера, Р. А. Лурія, В.В. Ніколаєвої та ін.).

39. ВКХ як проблема психіатрії та клінічної психології. Структура ВКХ та фактори, які впливають на її формування та динаміку.

40. Поняття про ятрогенні захворювання.

41. Особистісні феномени у психосоматиці. Психопатологічні прояви соматизованої депресії.

42. Історична еволюція поняття соматизованої депресії.

43. Клінічні прояви соматизованої депресії. Особистісна схильність як фактор ризику при психосоматичних розладах.

44. Діагностичні ознаки соматизованої депресії.

45. Характеристика виділених видів депресії: вегетативний, астеничний, сенестопатичний, іпохондричний варіанти соматизованої депресії.

46. Астенія як одне із симптомообразуючих проявів депресії.

47. Больовий синдром.

48. Іпохондрія. Психопатологічні симптоми іпохондрії. Маски соматизованої депресії.

49. Психосоматичні розлади при захворюваннях серцево-судинної системи.

50. Психосоматичні розлади при захворюваннях дихальної системи.

51. Психосоматичні розлади при захворюваннях сечовивідної системи.

52. Психосоматичні розлади при захворюваннях травної системи.

53. Психологічна саморегуляція при психосоматичних розладах.

54. Психопатологічні прояви соматизованої депресії у дітей. Розлади ритму сну та неспання.

55. Складні поведінкових та психічних феноменів: снохдження, сноговоріння та кошмарні сновидіння. Етіологія розладів сну.

56. Псевдоневрологічні розлади у дітей. Больовий синдром. Дискінезії.

57. Психосоматичні розлади діяльності серцево-судинної системи.

58. Псевдоревматичні розлади. «Артрична» особистість.

59. Психосоматичні розлади дихальної системи. Задишка. «Астматична» особистість.

60. Психосоматичні розлади сечовивідної системи. Структура особистості. Енурез. Види енурезу.

61. Психосоматичні розлади травної системи. Розлади апетиту: анорексія; булімія; ожиріння.

62. Синдром роздратованого кишечника (СРК).

63. Психосоматичні розлади у дерматології.

64. Затримка фізичного та мовного розвитку (ЗФР та ЗРР).

65. Лікування психосоматичних розладів у дітей.

66. Загальні принципи традиційної терапії психосоматичних розладів.

67. Діагностика у психосоматикі.

68. Діагностична бесіда та психологічне тестування.

69. Психотерапія. Види.

70. Принципи психотерапії.

Самостійна робота студента (СРС)

1. Поняття про психосоматичні проблеми як проблеми зв'язку психічної та соматичної «сфер».

2. Предмет та завдання психосоматики.

3. Психосоматика, соматопсихіка та психосоматична медицина. Психосоматика як область міждисциплінарних досліджень.

4. Психосоматичні та соматоформні розлади. Класифікації психосоматичних розладів в міжнародній класифікації хвороб 10-го перегляду, у керівництві з діагностики та статистики IV перегляду.

5. Психосоматика як предмет вивчення філософії, релігії, медицини.

Конверсійна модель З. Фрейда. Друга модель психосоматичної освіти симптомів по З.Фрейду.

6. Теорія специфічних для хвороби психодинамічних конфліктів Ф.Александр та її теоретичні передумови. Вектори якості психічних процесів.

7. Багатофакторна модель вегетативного неврозу. Сучасна оцінка теорії Ф.Александр.

8. Концепція профілю особистості Ф.Данбар. Особистісна схильність як фактор ризику при психосоматичних розладах.

9. Теорії конституцій, їх недоліки та значення для психосоматичної медицини.

10. Сучасні поведінкові (біхевіоральні) підходи у психосоматикі.

11. Концепція типів поведінки. Роль типів поведінки у походженні психосоматичних симптомів.

12. Психологічна характеристика поведінкового типів А, В, С, Д.

13. Холістичний підхід та роль представників вітчизняної клінічної школи у його розвитку (Мудров М.Я., Остроумов, Захар'їн Г.А. та ін).

14. Інтеграційна модель здоров'я, хвороби та хворобливий стан по Г.Вайнеру. Різна природа хвороби, почуття хвороби і страждань.

15. Біопсихосоціальна модель Т.Ікскюля та В.Везіака.

16. Моделі психосоматичного синдрому генеза у концепціях десоматизації М. Шура, двох-ешелонної лінії оборони А. Мітчерліха.

17. Культурно-історичний підхід Л. С. Віготського та його застосування у психосоматикі.

18. Феноменологія тела, герменевтика здоров'я та хвороби.

19. Поняття «тілесність», «психосоматичний феномен норми», «психосоматичний розвиток», «психосоматичний симптом».

20. Роль пізнавальної активності хворого у психосоматичному симптомогенезі (нозогнозії).

21. Теорія об'єктних відносин М'ясищева.

22. Особливості сучасної психосоматикі.

23. Неспецифічність змін особистості при хронічних соматичних захворюваннях та основні типи змін.

24. Специфічній та неспецифічній підходи до розуміння природи психосоматичних розладів.

25. Концепція стресу. Біологічний рівень інтерпретації.

26. Психосоматичні розлади та стрес.

27. Роль емоцій у функціонуванні організму людини.

28. Визначення, основні ознаки, походження, структура, концепція Р. Сіфнеоса. Роль алексітемії у симптомообразуванні та її психокорекція.

29. Основні принципи психологічної корекції алексітемії.

30. Ідеї російської фізіологічної школи (І. М. Сеченов та І. П. Павлов). Вчення про умовні рефлекси та психосоматична медицина.

31. Гіпотеза за кортико-вісцеральне походження психосоматичних захворювань К. М. Бикова, І. Т. Курцина.

32. Переваги та недоліки вчення І. П. Павлова та кортико-вісцеральної теорії.

33. Психофізіологія та психологія стресу, совладання з ним як проблема психосоматики.

34. Теорія стресу Г. Сельє, її витоки та роль у розробці проблем психосоматики.

35. Сучасні теоретичні уявлення про совладання зі стресом (coping behavior) . Когнітивна теорія стресу та поведінка співволодіння Р.Лазаруса.

36. Концепція вивченої безпорадності М.Селігмана.

37. Поняття про внутрішню картину здоров'я та хвороби, історія виникнення та психологічні характеристики поняття.

38. Моделі ВКЗ за Ананьєвим.Моделі ВКХ (А.Гольдшейдера, Р. А. Лурія, В.В. Ніколаєвої та ін.).

39. ВКХ як проблема психіатрії та клінічної психології. Структура ВКХ та фактори, які впливають на її формування та динаміку.

40. Поняття про ятрогенні захворювання.

41. Особистісні феномени у психосоматики. Психопатологічні прояви соматизованої депресії.

42. Історична еволюція поняття соматизованої депресії.

43. Клінічні прояви соматизованої депресії. Особистісна схильність як фактор ризику при психосоматичних розладах.

44. Діагностичні ознаки соматизованої депресії.

45. Характеристика виділених видів депресії: вегетативний, астеничний, сенестопатичний, іпохондричний варіанти соматизованої депресії.

46. Астенія як одне із симптомообразуючих проявів депресії.

47. Больовий синдром.

48. Іпохондрія. Психопатологічні симптоми іпохондрії. Маски соматизованої депресії.

49. Психосоматичні розлади при захворюваннях серцево-судинної системи.

50. Психосоматичні розлади при захворюваннях дихальної системи.

51. Психосоматичні розлади при захворюваннях сечовивідної системи.

52. Психосоматичні розлади при захворюваннях травної системи.

53. Психологічна саморегуляція при психосоматичних розладах.

54. Психопатологічні прояви соматизованої депресії у ді-

тей. Розлади ритму сну та неспання.

55. Складні поведінкових та психічних феноменів: снохдження, сноговоріння та кошмарні сновидіння. Етіологія розладів сну.

56. Псевдоневрологічні розлади у дітей. Больовий синдром. Дискінезії.

57. Психосоматичні розлади діяльності серцево-судинної системи.

58. Псевдоревматичні розлади. «Артрична» особистість.

59. Психосоматичні розлади дихальної системи. Задишка. «Астматична» особистість.

60. Психосоматичні розлади сечовивідної системи. Структура особистості. Енурез. Види енурезу.

61. Психосоматичні розлади травної системи. Розлади апетиту: анорексія; булімія; ожиріння.

62. Синдром роздратованого кишечника (СРК).

63. Психосоматичні розлади у дерматології.

64. Затримка фізичного та мовного розвитку (ЗФР та ЗРР).

65. Лікування психосоматичних розладів у дітей.

66. Загальні принципи традиційної терапії психосоматичних розладів.

67. Діагностика у психосоматикі.

68. Діагностична бесіда та психологічне тестування.

69. Психотерапія. Види.

70. Принципи психотерапії.

Рекомендована література

Базова

1.Бассин Ф.В и др. Роль неосознаваемой психической деятельности в развитии и течении соматических клинических синдромов. // В кн.:Бессознательное: природа, функции, методы исследования.– Тбилиси, 1978, том 2, с 195-215.

2. Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина: Кратк. учебн. М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1999. 376.

3. Клиническая психология: Учебник, под ред. Б.Д. Карварсарского. Глава 14. Основы психосоматики.– СПб: Питер, 2004. – с.476 – 513.

4. Клиническая психология. Под ред. М.Перре, У. Баумана. 2-е международное издание. Пер.с нем. СПб.: Питер, 2002 (Серия «Мастера психологии»). Глава 34. с.962 -1005.

5. Лурия Р.А. Внутренняя картина болезней и ятрогенные заболевания. М.: Медицина, 1977. 111с.

6. Кулаков С.А. Основы психосоматики. СПб.: Речь, 2003. 288с.

7. Менделевич В.Д., Соловьева С.Л. Неврология и психосоматическая медицина. Часть 2. Психосоматическая медицина. М.: «МЕДпресс– информ», 2002. с.330 -608.

8. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику.– М, 1987. 168 с.

9. Сидоров П.И., Парняков А.В. Клиническая психология: Учебник. 2е изд., дополн. М.: ГЭОТАР МЕД, 2002.

10. Соколова Е.Т., Николаева В.В. Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях. Часть II. М.: SvR – Аргус, 1995. с. 207 – 357.

11. Тополянский В.Д., Струковская М.В. Психосоматические расстройства. М.: Медицина, 1986. 384с.

12. Тхостов А.Ш. Психология телесности. М.: Смысл, 2002. 287 с.

13. Фрейд З. О психотерапии истерии. В кн. З.Фрейд. О клиническом психоанализе. М., 1992.

Додаткова

1. Александер Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и применение. М.: Институт Общегуманитарных Исследований, 2004. 336с.

2. Алекситемия и методы ее определения при пограничных психосоматических расстройствах. Методическое пособие. С-Пб., 1994. 17с.

3. Аммон Г. Психосоматическая терапия. СПб: Изд– во “Речь», 2000. 238 стр.

4.Аммон Г.Динамическая психиатрия. Психосоматика. Глава 7. изд. Психоневрологического института им. В.М.Бехтерева. СПб,1995.

5.Антропов Ю.Ф., Щевченко Ю.С. Лечение детей с психосоматическими расстройствами. СПб.: Речь, 2002. 560 с.

6.Арина Г.А.Психосоматический симптом как феномен культуры. // Телесность человека: междисциплинарные исследования (сборник факультета психологии МГУ). М.,1991 - с.45-54.

7.Бассин Ф.В.Проблема бессознательного (О неосознаваемых формах высшей нервной деятельности). М.: Изд-во «Медицина», 1968. 467с.

8.Бодров В.А.Психологический стресс: развитие учения и современное состояние проблемы.– М., Институт психологии РАН, 1995. 128с.

9.Вейн А.М., Молдовану. Нейрогенная вентиляция. Кишинев, изд-во «Штиница», 1988. 182 с.

10.Губачев Ю.М., Жузжанов О.Т., Симаненков В.И.Психосоматические аспекты язвенной болезни.– Алма-Ата: Казахстан, 1990. 216с.

11. Заболевания вегетативной нервной системы .Руководство для врачей. Под редакцией профессора Вейна А.М. М.:Медицина,1991. 624с.

12. Исаев Д.Н. Эмоциональный стресс, психосоматические и соматопсихические расстройства у детей. СПб.;Речь,2005. 400с.

13. Карвасарский Б.Д., Простомолотов В.Ф. Невротические расстройства внутренних органов. Кишинев, изд-во «Штиница», 1988. 165с.

14. Квасенко А.В., Зубарев Ю.Г. Психология больного. Л., Медицина,1980. 184с.

15. Курцин И.Т.Теоретические основы психосоматической медицины. Изд-во «Наука», Ленингр. отд. Л., 1973. 336с.

16. Менегетти А. Психосоматика. Пер. с итал. Славянской ассоциации Онтопсихологии. М.:ННБФ «Онтопсихология», 2003. 328 с.

Глосарій

Абазія (від грец. а – отрицат. частка, basis – ходьба) – порушення здатності ходити при збереженні інших рухів ніг; зустрічається частіше при диссоціативних розладах (істерія).

Агнозія (від грец. а – отрицат. частка і gnosis – знання) – порушення різних видів сприйняття, що виникає при ураженні кори головного мозку і найближчих підкіркових структур.

Агравація (лат. aggravare – погіршувати, обтяжувати). Перебільшення хворим реально існуючої хвороби. А. може бути активною, навмисною, свідомою і пасивною, коли посилюються лише окремі прояви хвороби, але хворий не перешкоджає проведеному лікуванню. Про А. підсвідомої кажуть в тих випадках, коли хворий прагне викликати співчуття оточуючих, привернути їх увагу. А. патологічна спостерігається у психічно хворих (найчастіше при истероидной психопатії), які прагнуть відтворити картину серйозного соматичного захворювання.

Адаптація (лат. adaptatio – пристосування). У біології – пристосування будови і функцій організму до умов існування в навколишньому середовищі, до мінливих умов функціонування. А. людини формується в процесі його еволюції і спрямована на збереження сталості його внутрішнього середовища (гомеостазу). А. (реадаптація) є важливим етапом в процесі реабілітації психічно хворих, слідуючи за етапом відновної терапії і випереджаючи реабілітацію в прямому сенсі слова. Розрізняють А. психічну, під якою розуміють пристосування психічної діяльності людини до умов навколишнього середовища, і трудову (професійну), тобто пристосування людини до певних форм трудової діяльності (характеру праці і умовами виробництва), що сприяє поліпшенню її працездатності. А. – один з основних критеріїв розмежування норми і патології в психічної діяльності людини.

Аграфія – втрата здатності писати слова або букви при збереженні інтелекту і відсутності розлади координації рухів руки або кисті. Виникає при ураженні задніх відділів середньої лобової звивини в домінантному півкулі.

Адiадохокiнез – порушення правильного чергування протилежних рухів, наприклад пронації i супiнацiї кистей. Виникає при ураженнi мозочка.

Акинезия – вiдсутнiсть рухів.

Акомодацiя – в фiзiологiї процес пристосування збудливої тканини до поступово наростаючою силi подразника, що проявляється поступовим зниженням її збудливостi.

Алалiя – вiдсутнiсть або обмеження мовлення у дiтей, обумовлене ураженням коркових зон великих пiвкуль в домовному перiодi. Моторна алалiя – недорозвинення моторної мови при схоронностi її розумiння; сенсорна алалiя – порушення розумiння мови при збереженому елементарному слуху.

Амiмiя – вiдсутнiсть або ослаблення рухів мiмiчних м'язiв, внаслiдок чого вираз обличчя стає маскоподiбним. Зустрiчається при паркинсонiзми, а також при двосторонньому ураженнi лицьового нерва.

Анамнез психологiчний (вiд грец. спогад) – сукупнiсть вiдомостей про людину, отриманих рiзними методами з метою органiзацiї з ним ефективної роботи.

Анестезия – повна втрата чутливостi, що настає в результатi припинення надходження iмпульсiв вiд рецепторiв на периферiї тiла до клiтин кори головного мозку.

Анізокорiя – (anisocoria; грец. anisos нерiвний + kore зiницю) нерiвнiсть величини зiниць, пов'язано з порушенням iннервацiї двох гладких внутрiшнiх м'язiв ока (кругового м'яза – звужує зiницю, i радiальної, м'язи, яка розширює його).

Анізорефлексiя – нерiвномiрнiсть однозначних рефлексiв на симетричних дiлянках правого i лiвого боку.

Анозогнозия – вiдсутнiсть свiдомостi свого дефекту (своєї хвороби).

Антиципацiя (вiд лат. anticipation – предвосхищаю) – поняття, що означає уявлення про предмет, явище, внаслiдок дiї, що виникає ще до того, як вони будуть реально сприйнятi i здiйсненi.

Аперцепцiя (лат. ad – до, до, пiд час, perceptio – сприйняття). Властивiсть психiки людини, що виражає залежнiсть сприйняття

предметів і явищ від попереднього досвіду даного суб'єкта, від його індивідуальних особистісних особливостей. Сприйняття дійсності не є процесом пасивним – здатність до А. дозволяє людині активно будувати психічну модель дійсності, детерміновано складену і властивий даному індивідууму особистісними особливостями. Поняття А. широко застосовується в медичній психології, зокрема в патопсихології.

Апраксія (від грец. а – отрицат. частка і praxis – дія) – порушення довільних цілеспрямованих рухів і дій, що виникають при ураженні кори головного мозку.

Асинхронія – вид психічного дизонтогенеза, при якому виражено випередження розвитку одних психічних функцій і властивостей особистості, що формується у значному відставанні темпів і термінів дозрівання інших функцій і властивостей.

Асоціативні нервові шляхи – провідні шляхи ЦНС, що з'єднують різні відділи кори в межах однієї півкулі великого мозку.

Астазія (від грец. а – отрицат. частка і stasis – стояння) – втрата здатності стояти, яка викликається порушенням координації м'язів тіла.

Атаксія – розлад координації рухів.

Атетоз – мимовільне червоподібне скорочення пальців рук і ніг.

Атрофія – зменшення об'єму того чи іншого органу внаслідок порушення його харчування.

Афазія (від грец. а – отрицат. частка, phasis – висловлювання) – порушення мови, що виникають при локальних ураженнях кори лівої півкулі (у правшів) і представляють собою системний розлад різних видів мовленнєвої діяльності.

Аферентний – доцентровий.

Брадикінезія – уповільнення темпу рухів.

Брадїлалія – уповільнення темпу мови.

Бульбарний параліч – периферичний параліч IX, X, XII пар черепно-мозкових нервів.

Вентрикулографія – рентгенографічний метод дослідження головного мозку шляхом введення в шлуночки мозку повітря в якості рентгеноконтрастної речовини.

Осудність. Можливість нести відповідальність за скоєні вчинки. О. встановлюється шляхом проведення судово-психіатричної експертизи, що керується у своєму рішенні медичних та юридичних критеріями. Юридичний критерій неосудності характеризує тяжкість (глибину) психічних порушень, яка виключає осудність (неосудним є особа, яка під час вчинення суспільно небезпечного діяння не могло віддавати собі звіту в своїх діях або керувати ними). Медичний критерій представлений узагальненим переліком психічних захворювань, що виключають О. до медичного критерію належить хронічна душевна хвороба, тимчасовий розлад душевної діяльності, слабоумство та інші хворобливі стани (стани, які не є психічною хворобою у вузькому сенсі цього слова, але характеризуються тими чи іншими порушеннями психічної діяльності : психопатії, психічний інфантилізм, деякі випадки глухонімоти). При цьому діагноз хворобливого стану не грає ролі абсолютного чинника: враховується перебіг хвороби, наявність ремісії і її якість і т.д. У ряді країн існує поняття зменшеної О., яка встановлюється в зв'язку з наявністю у випробуваного психічних відхилень, що зменшуює його здатність керувати своїми діями і вчинками, усвідомлювати скоєне.

Внутрішня картина хвороби (синонім – суб'єктивна концепція хвороби) – відображення в психіці хворого своєю хворобу. Поняття «ВКХ» ввів в клінічну медицину Р.А. Лурія, виділяючи в її структурі сенситивний і інтелектуальний рівні.

Гідроцефалія – водянка голови, надмірне скупчення рідини всередині порожнини черепа.

Глибинна психологія – ряд напрямів в психології і психіатрії, в основі яких лежить положення про провідну роль несвідомих, ірраціональних, афективно-емоційних, інстинктивних і інтуїтивних процесів, спонукань, мотивів, прагнень в психічній житті і діяльності людини, в формуванні його особистості.

Гнозис – пізнання предметів, явищ, їх смислового значення.

Гомеостаз – відносна динамічна постійність внутрішнього середовища, стійкість основних фізіологічних функцій (кровообігу, дихання, терморегуляції, обміну речовин і т. д.) організму.

Дієздатність. Здатність власними діями набувати цивільних прав і створювати для себе цивільні обов'язки. Дієздатними вважаються особи, які досягли повноліття, так як до цього віку людина досягає психічної зрілості і набуває життєвого досвіду, необхідного для правильного розуміння і регулювання своїх вчинків. Відсутність Д. (недієздатність) є наслідком психічної хвороби або (і) недоумства. У вітчизняних цивільних кодексах вказується, що судом визнається недієздатною людина, яка «внаслідок душевної хвороби або недоумства не може розуміти значення своїх дій або керувати ними». Медичний критерій Д., як і осудності, враховує різноманіття форм психічних захворювань і відмінності вираженості психічних розладів. Питання Д. відносяться до судово-психіатричної експертизи в цивільному процесі.

Дезадаптація (дез + новолат. *adaptatio* – пристосування). Порушення пристосування організмів до умов існування. У психіатрії під Д. розуміється в першу чергу втрата пристосованості до умов соціального середовища, що є наслідком психічного захворювання. Відповідно один з етапів реабілітації психічно хворих носить назву реадаптаційних.

Девіантна (відхиляема) поведінка – дії, які не відповідають офіційно встановленим або фактично сформованим у даному суспільстві (соціальній групі) нормам і очікуванням і призводять порушника до ізоляції, лікування, виправлення чи покаранню.

Деменція (від лат. *Dementia* – безумство) – набуте недоумство, яке проявляється в ослабленні пізнавальної здатності, збіднення почуття, зміні поведінки, крайній скруті при використанні знань минулого досвіду.

Депривація (англ. *Deprivation* – позбавлення, втрата) – недостатність задоволення будь-яких потреб організму.

Дермографізм (дерма + грец. *Grapho*– писати, зображати). Феномен, що виявляється зміною забарвлення шкіри внаслідок нанесення механічного штрихового роздратування. За характером Д. можна судити про деякі особливості діяльності вегетативної нервової системи. Так, Д. білий з'являється внаслідок

спазму капілярів у відповідь на роздратування; піднесений виникає при підвищеній проникності стінок капілярів (підносяться над шкірним рельєфом червоні смуги); червоний свідчить про розширення капілярів; місцевий або розлитий розрізняють по відповідності зони Д. місця нанесення подразнення; в основі Д. рефлекторного (він представлений широкою смугою чергувань білих і червоних плям з нерівними краями) лежить спинальний вазомоторний рефлекс; проявляється пухирями і обумовлений підвищеною проникністю стінок судин.

Дитячий церебральний параліч – захворювання центральної нервової системи з непрогресуючим плином, що виникає в результаті пошкодження мозку на ранніх етапах онтогенезу і виявляється нездатністю зберігати нормальну позу і виконувати довільні рухи, які поєднуються з порушеннями мови, інтелекту, особистості.

Диплегія – параліч обох ніг або рук.

Диплопія – двоїння в очах.

Диссимуляція (від лат. *Dissimulatio* – приховування) – свідоме прагнення людини приховати свої хворобливі розлади, симптоми психічних захворювань.

Захворюваність загальна. Показник захворюваності. Статистичний показник, який вираховується з кількості загального числа первинно виявлених, зареєстрованих за певний період часу хворих, що припадають на 1000, 10 000 або 100 000 чоловік населення (досліджуваного контингенту).

Затримка психічного розвитку – особливий тип аномалії психічного розвитку дитини. ЗПР. – парціальне недорозвинення ВПФ, що носять тимчасовий характер і долають в дитячому або підлітковому віці.

Захист психологічний – система регуляторних механізмів, які спрямовані на усунення або зведення до мінімуму негативних, травмуючих особистість переживань, пов'язаних з внутрішніми або зовнішніми конфліктами, станами тривоги і дискомфорту.

Інсульт – (лат. *Insultus* – напад). Гостре порушення мозкового кровообігу з розвитком стійких симптомів ураження ЦНС, ха-

ракти яких залежить від локалізації І. Залежно від патогенетичних особливостей і клінічної картини розрізняють: геморагічний (апоплексичний), ішемічний, тромботичний і емболічний.

Інфантилізм психічний. Особливий вид зупинки розвитку особистості на ювенільній ступені. Відзначається в першу чергу емоційними характерологічними особливостями, нестійкістю настрою, поганими контрольованими потягами, недостатністю свідомої і цільової активності, в ряді випадків – поверхневими, незрілими судженнями. G. Anton виділяв так званий «парціальний» психічний інфантилізм, що характеризується відсутністю будь-якого було інтелектуального дефекту і виявляється лише порушеннями поведінки. За Г.Є. Сухаревим [1959], розрізняють органічний, дисгармонічний і гармонійний варіанти психічного інфантилізму в залежності від того, до чого примикають його симптоми – до олігофренії, до психопатії або нормі. Нерідко психічний інфантилізм поєднується з фізичним.

Клінічна психологія (від грец. Kline – ліжко, лікарняне ліжко) – термін, що набув поширення в психології, позначає досить широку область прикладної психології, що має справу з діагностикою відхилень в психічному і особистісному розвитку, корекцією і психотерапією, психопрофілактикою і соціально-психологічною реабілітацією осіб з широким спектром психічних розладів.

Ковальова концепція психічного дизонтогенеза [Ковальов В.В., 1976]. Психічний дизонтогенез виділяється як один з найважливіших компонентів загального дизонтогенеза, що виявляється в порушеннях психічного розвитку і обумовлений як біологічними (генетичними, екзогенно-органічними і ін.) патогенними факторами, так і тривалий час несприятливо впливає мікро – соціально-середовищними моментами, а також їх різноманітними поєднаннями. Основні типи психічного дизонтогенеза наступні: 1) ретардація – запізнювання або призупинення всіх сторін або переважно окремих компонентів психіки; 2) асинхронія – непропорційний, спотворений психічний розвиток при вираженому випередженні розвитку одних психічних

функцій і відставанні темпу і термінів розвитку інших функцій і властивостей; 3) дисфункція дозрівання – дисфункція, пов'язана з морфофункціональною віковою незрілістю центральної нервової системи і взаємодією незрілих структур та функцій головного мозку з несприятливими факторами зовнішнього середовища. Психічний дизонтогенез грає важливу роль в розвитку різноманітних форм психічної патології, пов'язаних з порушенням розвитку, – від станів загального психічного недорозвитання, тобто синдромів розумової відсталості, до патологічних феноменів, що виникають внаслідок дисфункції дозрівання, – моторних і мовних стереотипії, страхів, патологічного фантазування і ін.

Континуум (лат. Continuum – безперервне, суцільне). Безперервність, нерозривність процесів, безперервна сукупність.

Контузія – забій мозку, наслідок черепно-мозкової травми. Правильніше говорити про поєднання коммоції і контузії (коммоціонально-контузійний синдром). Крім симптоматики гострого періоду, характерного для коммоції, відзначаються осередкові неврологічні ознаки. Характерні крововиливи в оболонки і тканину мозку. У гострому періоді можливі психотичні стани за типом гострих екзогенних реакцій. У резидуальному періоді – явища посттравматичної енцефалопатії, часто стійке інтелектуально-мнестичне зниження.

Конформаційні хвороби – група дегенеративних захворювань, переважно, центральної нервової системи, в основі яких лежить порушення тривимірної просторової укладки певних білкових молекул, що супроводжується зміною конформації білків, утворенням в уражених клітинах нерозчинних білкових агрегатів у вигляді внутрішньоклітинних включень і в кінцевому підсумку запускає механізм загибелі цих клітин. До даної групи відносять, наприклад, хвороба Паркінсона.

Краніографія – рентгенографія черепа.

Особистості порушення – порушення структури і динаміки ставлення людини до навколишнього світу і самої себе, що спостерігається при психічних захворювань і локальних ураженнях

головного мозку. Висловлюється в змінах поведінки: зниження активності, критичності, зміни спрямованості і перебудови структури мотиваційної сфери, порушенням самооцінки та ін.

Менінгіт (анат. meninges – мозкові оболонки, грец. -itis – суфікс, що позначає запальний процес). Запалення оболонок головного і (або) спинного мозку, протікає з менінгеальним синдромом. Різні форми М. відрізняються етіологічними моментами (туберкульозний, бруцеллезний, травматичний і т.д.) і локалізацією, поширенням патологічного процесу (базальний, метастатичний, вогнищевий).

Менінгоенцефаліт (менинго + грец. Enkephalos – головний мозок, -itis – суфікс, що позначає запальний процес). Одночасне запалення оболонок і речовини головного мозку

Мігрень (фр. Migraine). Нападopodobний головний біль, частіше односторонній, що супроводжується запамороченням, нудотою, світлобоязню. Залежно від характеру вегетативної симптоматики під час нападів розрізняють М. ангіоспастичний і ангіопаралітичний. Основні форми М. : офтальмічна, з явищами однобічної миготливої скотоми; офтальмоплегічна, що супроводжується диплопією і птозом; мозочкова, що протікає з минущими мозочковими розладами координації. Є дані про спадковий характер М. з домінантним типом передачі. Відомі описи М. як аури або еквівалентів епілептичних випадків.

Мозкові оболонки (анат. Meninges). Сполучнотканинні оболонки головного і спинного мозку – м'яка, що прилегає безпосередньо до мозку; павутинна, розташована між м'якою і твердою; тверда, зовнішня.

Неврози – група «прикордонних» функціональних нерво-психічних розладів, що виявляються в специфічних клінічних феноменах при відсутності психотичних явищ.

Невралгія – болі по ходу нерва.

Неврит – запалення нерва.

Неврологія (грец. Neuron – нерв, logos – вчення, наука). Сума дисциплін, об'єктом яких є нервова система в нормі та патології. Включає в себе відповідні розділи описової і порівняльної ана-

томії, ембріології, гістології, біохімії, нормальної, порівняльної і патологічної фізіології, клінічну невропатологію, нейрогенетику, нейрогігієну і ін. Нерідко цим терміном користуються замість терміна «неврологія», хоча поняття ці не еквівалентні – перша значно ширше.

Ністагм (грец. Nystazo – дрімати, сонливо хилити голову). Мимовільні ритмічні посмикування очних яблук, протікають у дві фази – швидкою і повільною фазами. Розрізняють за спрямованістю рухів очних яблук Н. вертикальний, горизонтальний, копіювальний та ін. Спостерігається при органічних ураженнях головного мозку з локалізацією в області вестибулярного апарату, моста, мозочка, заднього поздовжнього пучка, при інтоксикаціях, істерії. Може спостерігатися і у здорових – при тривалій фіксації погляду на близько до ока розташованому предметі (Н. фіксаційний), в поїзді при фіксації-погляду на предмети, що швидко змінюються, або рухаються в одну сторону предметів (Н. оптокінетичний).

Нозологічна форма – певна хвороба, виділена на підставі встановленої етіології і патогенезу і (або) на підставі однаковості клінічної картини. В даний час цілий ряд психічних захворювань ще не відповідає всім трьом критеріям, тим більше, що вони не завжди збігаються в рамках однієї нозологічної форми, можуть бути, наприклад, нозологічно однорідними, але патогенетично і клінічно відрізнятися (алкогольні психози, нейросифіліс). Н.Ф. є одиницею номенклатури і класифікації хвороб. Прийнята в нашій країні класифікація розрізняє три основні групи психічних захворювань: ендогенні, екзогенні та стану, зумовленому патологією розвитку.

Нозологія (грец. Nosos – хвороба, logos – наука, вчення). Вчення про хвороби і їх класифікації.

Олігофренія – вроджене слабоумство – психічне, головним чином розумове недорозвинення.

Відчуття інтероцептивне [від лат. interior – внутрішній, cario – брати, приймати] – органічні відчуття, які сигналізують за допомогою спеціалізованих рецепторів, розташованих у внутріш-

ніх органах і тканинах тіла, про протікання обмінних процесів у внутрішньому середовищі організму

Вогнищева неврологічна симптоматика (вогнищевий неврологічний дефіцит) – термін, який позначає неврологічні симптоми, характерні для локального ураження певних структур центральної або периферичної, нервової системи. Вогнищеві неврологічні симптоми характерні для цілого ряду захворювань, в тому числі черепно-мозкової травми, пухлин головного мозку, інсультів та ін.

Розумова відсталість – стійке, необоротне, обумовлене Ц. н. с. порушення психічного розвитку, в першу чергу інтелектуального.

Параліч – випадання функції будь-якої м'язи або кінцівки внаслідок порушення іннервації. Залежно від поширеності паралічів розрізняють:

- моноплегії (паралізована одна кінцівка),
- геміплегії (параліч однієї половини тіла),
- параплегії (параліч обох рук або ніг),
- тетраплегії (параліч всіх чотирьох кінцівок).

Парез – (грец. Paresis – ослаблення) неповний параліч. Зменшення сили і (або) амплітуди активних рухів у зв'язку з порушеннями іннервації відповідних м'язів.

Паркінсона хвороба [Parkinson J., 1817]. Хронічне прогресуюче захворювання, що виявляється наростаючим тремтінням кінцівок, екстрапірамідними явищами (акінетико-ригідний синдром) і поступово розвиваючимися паралічами. У психіці – афективні порушення, явища депресії, кверулянтські тенденції. Періодично – підвищена збудливість або апатичність. При тривалому перебігу – ослаблення пам'яті, уповільнення темпу мислення, характерологічні зміни (настирливість). Захворювання носить сімейно-спадковий характер. Розвивається в літньому віці. Син. : тремтливий параліч.

Паркінсонізм – неврологічний синдром, який характеризується низкою симптомів: тремором, м'язовою ригідністю, нестабільністю і брадикінезією. Зустрічається при цілому ряді захворювань. Найбільш частою причиною є хвороба Паркінсо-

на. П. спостерігається при різних захворюваннях (епідемічний енцефаліт, черепно-мозкова травма, пухлини головного мозку, церебральний атеросклероз, нейролептична енцефалопатія і т.д.), що вражають підкіркові, в першу чергу – базальні, ядра і призводять до порушення обміну катехоламінів.

Патогенез (грец. Pathos – хвороба, genesis – походження, розвиток). 1. Вчення про загальні принципи, закономірності розвитку, перебігу і наслідків захворювань (вивчення властивих захворювань патогенетичних механізмів). 2. Механізм розвитку будь-якого конкретного захворювання, хворобливого процесу, стану, пошуки закономірностей в цьому.

Патогенний – хвороботворний, здатний викликати хворобливі зміни.

Поліомієліт (Поліо + грец. Myelos – спинний мозок, -itis – суфікс, що позначає запалення). Гостре інфекційне вірусне захворювання, що вражає центральну нервову систему, в першу чергу клітини передніх рогів спинного мозку, мозкові оболонки. Частіше хворіють діти. Сін .: параліч дитячий спінальний, параліч дитячий епідемічний.

Передхвороба. [Семич С.Б., 1987]. Дисфункціональний стан, психічна дезадаптація, яка виходить за рамки норми, але не досягає ступені хвороби. П. відображає ймовірність виникнення захворювання. Властива їй дезадаптація досягає ступені субклінічних розладів, однак від хвороби вона відрізняється одним або декількома такими ознаками: клінічної неокресленістю великої міри розладів, більшою їх оборотністю, епізодичністю, парціальністю, доступністю контролю свідомості та волі, наявністю критики. Таке розуміння П. сприяє поліпшенню діагностики психічних розладів, вирішенню питань прогнозу захворювання, виділенню груп підвищеного ризику. У теоретико-методологічному аспекті дозволяє більш точно вирішувати проблеми психіатричної нормології, постачає психіатрів передумовами для вивчення саногенетичних факторів.

Профілактика (грец. Prophylaktikos – запобіжний). Сукупність заходів, спрямованих на попередження розвитку захворювання

або його рецидиву. Завдання П .: 1. Запобігання дії на організм хвороботворних причин. 2. Попередження розвитку захворювання шляхом ранньої діагностики та лікування. 3. Запобіжне лікування і заходи, що запобігають рецидиву хвороби і переходу у хронічні форми.

Психопрофілактика (психо + профілактика). Розділ загальної профілактики, що включає до себе заходи щодо попередження психічних захворювань.

П. первинна охоплює систему заходів, спрямованих на вивчення психічних впливів на людину, властивостей її психіки та можливостей попередження психогенних і психосоматичних хвороб;

П. вторинна – заходи, спрямовані на попередження небезпечного для життя або несприятливого перебігу вже почавшого психічного або іншого захворювання, вона включає до себе ранню діагностику, прогноз і попередження небезпечних для життя хворого станів, ранній початок лікування і застосування адекватних методів корекції з досягненням найбільш повної ремісії, тривалої підтримуючої терапії, яка виключає можливості рецидиву хвороби;

П. третинна спрямована на попередження виникнення інвалідності при хронічному перебігу захворювання.

Психогігієна (психо + гігієна). Наука про забезпечення, збереження та підтримку психічного здоров'я, система заходів, спрямованих на ці цілі. Безпосередньо пов'язана з психопрофілактикою, попередженням виникнення й розвитку психічних захворювань. Розділи П. відрізняються як спрямованістю заходів відповідно основним віковим періодам (наприклад, П. дитячого віку, юнацтва, осіб похилого віку), так і характером діяльності людини (П. праці, П. шкільна і т.д.).

Психосоматика (психо + грец. Soma – тіло). 1. Напрямок в зарубіжній психології і психіатрії, що вивчає походження соматичних захворювань з позиції психоаналізу. Скарги соматичного характеру розглядаються як прояв символічної мови внутрішніх органів, що відображає либидонозну тенденцію, витіснені

комплекси. Придушення такого роду неприйнятних несвідомих потягів, на думку представників зарубіжної психосоматики, ще більше загострює їх і створює ланцюг негативних впливів на організм. П. в такому розумінні являє біологічно орієнтований варіант вчення S. Freud. За F. Alexander [1948, 1951], всі захворювання людини є психосоматичними.

2. Напрямок в медицині, що вивчає роль психічних, в першу чергу особистісних, факторів у виникненні та перебігу ряду хвороб. Набула широкого поширення в нашій країні.

Психосоматичні розлади. Розлади функцій органів і систем в зв'язку з впливом психогенно-травмуючих чинників при певній особистісній диспозиції. Розрізняють: істинні («органічні») психосоматози – виразкова хвороба, ішемічна хвороба серця, бронхіальна астма; функціональні психосоматози, наприклад, логоневроз. Психосоматичні захворювання «в широкому сенсі», наприклад, вуличний травматизм, який багато в чому залежить від особистісних властивостей постраждалих.

Психотерапія (психо + терапія). Процес лікувальної дії лікаря психологічними методами на психіку окремого хворого або групи хворих. За В.Н. Мясищевим [1968– 1973], основне завдання П. полягає в зміні особистості хворого на основі усвідомлення причин і характеру розвитку хвороби і перебудови відносин хворого до патогенних факторів хвороби.

Реабілітація – комплекс медичних, педагогічних і соціальних заходів, спрямованих на відновлення (або компенсацію) порушених функцій організму, а також соціальних функцій і працездатності хворих та інвалідів.

Ретардація – вид психічного дизонтогенеза, при якому відзначається запізнювання або призупинення психічного розвитку.

Розпад – вид психічного дизонтогенеза, при якому спостерігається груба дезорганізація, або випадання функції.

Регрес – вид психічного дизонтогенеза при якому спостерігається повернення функції на більш ранній віковий рівень, як тимчасового, так і стійкого характеру.

Ремісія (лат. Remitto – відпускати, ослабляти). Етап перебігу хвороби, що характеризується тимчасовим зменшенням ступеня вираженості або ослабленням психопатологічної симптоматики. Розрізняють Р. спонтанні, обумовлені патогенезом і наступаючі без лікування, і терапевтичні, що наступають унаслідок лікувань.

Симптоми (грец. Symptoma – збіг, ознака). Клінічні прояви хвороби. Розрізняють С. загальні і місцеві, функціональні і органічні, дифузні і вогнищеві, сприятливі і несприятливі.

У відповідності зі структурою рефлекторної дуги за А.В. Снежневським [1983], він розрізняв С., що відносяться до її рецепторної частини (сенсопатії), С. інтрапсихічні (патологія емоцій, мислення, сприйняття та ін.) і, С. ефекторних розладів (розлади спонукань, моторики, потягів, імпульсивні явища та ін.) . Будучи ознакою хвороби, взятий сам по собі С. нозологічною специфічністю в істотній мірі не володіє; останнє набувається ним у структурі синдрому.

С. неврологічні загально мозкові. Прояв порушень діяльності головного мозку внаслідок патологічного процесу (при підвищенні внутрішньочерепного тиску, інтоксикації і ін.) без вогнищевих порушень. Наприклад, затьмарення свідомості, застійні соски зорових нервів.

С. неврологічні осередкові. Спостерігаються при вогнищевих ураженнях головного мозку, наприклад, порушення мови при інсульті.

Синдроми (грец. Syndromos – разом біжить, syndrome – збіг ознак хвороби). Система взаємопов'язаних в патогенезі симптомів хвороби. Нозологічна діагностика можлива при обліку статичної і динамічної С. За А.В. Снежневським [1983], розвиток психічного захворювання супроводжується збільшенням числа симптомів, виникненням нових, змінами в їх взаємовідносинах, що призводить до перетворення одного синдрому в інший. Зміна синдромів, їх патокінез відображає специфічний для захворювання механізм розвитку патологічного процесу [Давидовський І.В., 1962].

Термін С. іноді вживається для позначення захворювання, головним чином це відноситься до спадкових хвороб.

Соматичний – тілесний.

Стрес емоційний. На відміну від інформаційного, пов'язаного з перевантаженнями інтелектуальної інформацією, С.є. виникає в загрозливих ситуаціях, в зв'язку з образою, небезпекою і т.д. Розрізняють, за характером поведінкових реакцій, такі форми С.є. як імпульсивний, гальмівний, генералізований. Порушується протікання психічних процесів, відбуваються емоційні зрушення, змінюється структура мотивації, порушується рухова і мовна поведінка.

Стрессор. Фактор, що викликає стан стресу. Розрізняють С. фізіологічний (надзвичайне фізичне навантаження, висока або низька температура, біль і ін. надзвичайні і гостро сприймаємо симптоми соматичної патології) і психологічний (загроза благополуччю, страх, почуття небезпеки, надлишок інформації, що не дозволяє впоратися з нею, і т.д.). До психологічних С. відносяться і фактори фрустрації (Розенцвейг – теорія фрустрації). Син. : стрес-фактор.

Тактильний – дотиковий.

Тетраплегія – параліч всіх чотирьох кінцівок.

Томографія комп'ютерна (грец. Tomos – відрізок, шар, grapho – писати, зображати). Рентгенологічне дослідження головного мозку, в якому використовується послойна реєстрація (сканування) щільності мозкової тканини. Включає в себе дві групи методів: 1. Методи дослідження морфології мозку (трансмісійна, магнітно-резонансна); 2. Методи дослідження функції мозку (фотонів-емісійна, позитронно-емісійна, магнітно-резонансна спектроскопія).

Вона дозволяє виявляти структурні зміни мозкової тканини, функціональні порушення, які проявляються в особливостях регіонального розподілу лікарських речовин, порушення кровотоку і обміну речовин.

Тремор – тремтіння.

Тріплегія – параліч трьох кінцівок.

Фенотип (грец. Phaino – являти, проявляти + тип). Сукупність усіх властивостей і ознак індивіда, що сформувалися на певній стадії розвитку в результаті взаємодії генотипу з навколишнім середовищем.

Церебральний – мозковий.

Електроміографія – графічний метод дослідження біострумів м'язів.

Електроенцефалографія (електро + енцефалографія). Метод реєстрації електричної активності головного мозку через неушкоджені покрити черепа. Застосовується в психіатрії головним чином для діагностики органічних захворювань головного мозку, допомагає встановити наявність патологічного органічного процесу і його топіку. Записи біострумів проводяться в стані спокою (фонова ЕЕГ) і при різних навантаженнях (гіпервентиляція, використання звукових і зорових подразників, введення фармакологічних речовин). Аналіз показників ЕЕГ може проводитися за допомогою ЕОМ.

Ендогенні розлади – рід психічних розладів, патогенез яких обумовлений в основному спочатку внутрішніми механізмами, сформованими генетично.

Екзогенні розлади – рід психічних розладів, при яких етіологічний фактор, діючи з зовнішнього матеріального середовища, при взаємодії з організмом викликає його пошкодження, що і формують патогенез хвороби та її клініку.

Експертиза судово-психіатрична. Проводиться для огляду осіб з метою вирішення питання про їх осудність, дієздатність і можливість відбувати покарання, якщо припущення про психічне захворювання виникло під час перебування в місцях позбавлення волі.. Е.с.-п. можуть піддаватися відповідчі, свідки і потерпілі. Крім медичних даних використовують матеріали судової справи. Призначається судово-слідчими органами в тих випадках, коли обстежуваний психічним захворюванням не страждає, однак є вказівки на наявність у нього відомих психологічних особливостей, які можуть грати роль в скоєнні правопорушення. Проводиться спеціальними

судово-експертними психіатричними комісіями, рішення яких надаються органам, які призначили Е.с.-п.

Екстрапірамідні розлади – це зміни м'язового тону, порушення рухової активності, поява гіперкінезів (сіпання) або гіпокінезії (знерухомлених) і їх поєднань. З'являються такі симптоми при ураженні особливих структур головного мозку – екстрапірамідної системи. Це – зоровий бугор, базальні ганглії, підбугорна область, внутрішня капсула. В процесі розвитку екстрапірамідних порушень лежить порушення нейромедіаторного обміну – порушення рівноваги між допамінергічними медіаторами і холінергічними, а також взаємозв'язків з пірамідною системою. В результаті виникає дискоординація рухів.

Енцефаліт (енцефало + іт). Запалення головного мозку. Термін часто використовується для позначення збірної групи захворювань, які не завжди носять чітко запальний характер, а то і зовсім незапальної етіології, загальним для яких є дифузне і прогресивне ураження головного мозку. Приклад Е. не запального генезу – Е. алергічний, Е. гострий періаксіальний (хвороба Шильдера) і ін.

Тому слід говорити про Е. в строгому значенні цього слова, тобто як про зумовлені інфекційним фактором запальні захворювання головного мозку: Е. дизентерійний, грипозний, ревматичний і ін.

Епілепсія (грец. Epilepsia – схоплювання, епілептичний припадок). Хронічне ендогенно-органічне захворювання, що протікає з повторюваними пароксизмальними розладами (судорожними і безсудорожними) і формуванням недоумства з характерними змінами особистості. При Е. спостерігаються гострі і затяжні психотичні стани.

Починається переважно в дитячому або юнацькому віці. Є дані про наявність спадкового нахилу. Значну роль в етіопатогенезі грають органічні ураження головного мозку – внутрішньоутробне ураження плода, наслідки черепно-мозкової травми, нейроінфекція. У патогенезі центральне місце належить наявності епілептогенних і епілептичних вогнищ.

Етіологія (грец. Aitia – причина, logos – вчення, наука). 1. Вчення про причини хвороб; 2. Походження, причину хвороби, патологічного стану.

Етіопатогенез (етіо + патогенез). Сукупність уявлень про причини і механізми розвитку хвороби.

Ехоенцефалографія. Ехоенцефалоскопія (відлуння + енцефало + грец. Skoreo – дивитися) – метод ультразвукового дослідження головного мозку. Застосовується для виявлення внутрішньочерепної структурно-дислокаційної патології на основі визначення і вимірювання латерального зміщення медіально розташованих структур мозку (М-ехо-сигналу). Використовується при діагностиці пухлин, абсцесів, гumm, субдуральних і епідуральних гематом, гострих порушень мозкового кровообігу, забиття і деяких інших захворювань мозку.

Ятрогенія (грец. latros – лікар, -genes – породжує, викликає) [Bumke O., 1925]. Один з варіантів психогенії. Причиною хворобливих розладів є неправильна поведінка лікаря (необережне висловлювання лікаря про тяжкість і поганий прогноз хвороби, надання хворому можливості ознайомитися з медичною документацією, науково-популярна лекція, побудована в песимістичному плані, розповідь про погані результати аналогічного захворювання в іншого хворого і т.п.). Ятрогенні захворювання були майже одночасно описані Н.W. Gruhle, E. Bleuler, E. Kretschmer. Найчіткіше патогенез Я. був охарактеризований О. Bumke, який підкреслював, що часто сам лікар не помічає своєї ролі в психогенезі захворювання. Найбільш характерні для Я. депресивні та іпохондричні стани.