

Психосоматичні порушення і захворювання

Поняття психосоматичного розладу

Незважаючи на те, що феномен психосоматичного розладу, як вегетативна реакція на негативні емоції, був відомий давно, перше визначення психосоматичних розладів зробив S.L. Halliclay у 1943 році: "Психосоматичним захворюванням слід вважати таке, природу якого можна зрозуміти лише зі встановленням безумовного впливу емоційного фактора на фізичний стан". За визначенням Дж. А. Вінтера, психосоматичне захворювання, по-перше, має функціональний, а не структурний характер, хоча згодом може стати причиною структурних змін в організмі, по-друге – викликається неадекватним стимулом, по-третє – є неадекватною реакцією (переважно завищеною) організму на стимул, по-четверте – зароджується у минулому в момент, коли виникли вкрай неприємні хворобливі відчуття, по-п'яте – ґрунтується на механізмі фіксування реакцій, шосте – характеризується тимчасовими змінами свідомості, коли людина живе власним минулим.

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

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

Психосоматичний напрямок – це не самостійна медична галузь; це підхід, що враховує усе різноманіття як фізіологічних, так і психологічних, соціально-психологічних та екологічних причин, які призводять до виникнення у людини хвороби. Досить чітко розмежування поля зацікавленості у фахівців різних лікарських спеціальностей та їх погляд на людину як на біологічний індивідуум, а не на особистість, і призвели до спотворення цінностей та ідей у лікарській діяльності. Психосоматичний підхід, який об'єднує досягнення і медицини, і психології, завдяки різноманіттю методів і технік дослідження та лікування, дозволяє працювати з людиною цілісно.

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

Відомо, що за час еволюційного розвитку людини вона не лише фізіологічно та анатомічно пристосувалася до довкілля, а й істотно змінився універсальний механізм пристосування її психіки до навколишнього

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

Про такі особливості психіки людини вчені знали з давніх часів. Згідно з вченням школи Гіппократа хворобу трактували як порушення відношень між суб'єктом і дійсністю. Однак у школі анатомів Кнідоса її розглядали як порушення певної матеріальної структури. Ці два підходи в подальшому протягом багатьох століть відображалися у різних підходах до лікування пацієнта і хвороби. Ще Платон в діалозі "Хармід" писав: "...тіло не можна лікувати без душі. Адже від душі іде все – і добре, і погане – як на тіло, так і на усю людину, а душа повинна лікуватися особливими цілющими розмовами", чим уперше сформулював психосоматичний підхід у медицині.

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

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

Перші дослідження психосоматичних розладів та узагальнення щодо їх перебігу та лікування зробили Ф. Александер,

Ф. Данбар та І. Вольф, який у книзі "Стрес і хвороба" здійснив перше психофізіологічне обґрунтування психосоматичних розладів. Хоча в 1960-70 роки радянськими науковцями (Т.І. Царегородцев, Н. С. Лебедінський, К.Н. Биков, І.Т. Курцин) проводились окремі дослідження щодо психічного впливу на виникнення, перебіг і лікування психосоматичних розладів, більшого поширення на пострадянському просторі психосоматична медицина набула у посттоталітарний період.

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

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

Соматопсихічні впливи

Сьогодні термін "психосоматика" має два значення: одне – пов'язане з його застосуванням в галузі медицини, друге – з хворобами, в патогенезі яких важливу роль відіграють психологічні, психовегетативні фактори та риси особистості. Розлади, які відносяться до психосоматичних, включають не лише психосоматичні захворювання в традиційному, вузькому розумінні цього терміну, але й значно ширше коло порушень – соматизовані розлади, патологічні психогенні реакції на соматичні захворювання та інші, а також психічні розлади, які часто ускладнюються соматичною патологією.

В Україні психосоматична медицина як науковий напрям лише починає розвиватися. Це переважно стосується лікарів та науковців, які працюють у сфері психіатрії, психології та невропатології. Об'єктом їх уваги постають саме психосоматичні розлади – психогенно або переважно психогенно обумовлені порушення функції внутрішніх органів та/або систем організму. До класичних психосоматичних розладів відносять кардіалгії, психогенні розлади серцевого ритму, ішемічну хворобу серця (ІХС) за незмінених коронарних судин, артеріальну гіпо- та гіпертензію, психогенну задишку, психогенну дизурію, синдром подразнення товстого кишечника тощо. З іншого боку, практично поза увагою лікарів соматичних стаціонарів залишається велика група захворювань, об'єднаних у "соматопсихічні захворювання", при яких виникають різноманітні соматовегетативні, соматопсихічні функціональні порушення, а також відбувається зміна рис характеру особистості внаслідок гострих або хронічних захворювань внутрішніх органів. До соматопсихічних захворювань відносяться обструктивні захворювання легень, есенціальна гіпертензія, цукровий діабет, пептична виразка та інші.

Базуючись на аналізі літератури, можна зауважити, що поширеність психічних розладів дуже близька до частоти захворювань внутрішніх органів, таких як цукровий діабет, ішемічна хвороба серця, артеріальна гіпертензія, бронхіальна астма (БА) та хронічна обструктивна хвороба легень (ХОХЛ). Як показує практика, у хворих соматичних стаціонарів та поліклінік досить часто спостерігаються симптоми, які неможливо пояснити проявом лише соматичної патології. Такі пацієнти часто відвідують лікарів, тривало обстежуються в поліклініках та стаціонарах, часто викликаючи тим самим роздратування лікарів. З іншого боку, адекватна діагностика та лікування цієї категорії хворих може значно поліпшити їх стан та зменшити частоту відвідувань дільничних лікарів та стаціонарів, зменшити тривалість госпіталізації.

Етіологія і патогенез психосоматичних розладів

Психодинамічна концепція психосоматичних розладів

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

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

Теорія психосоматичної специфічності Ф. Александера

На думку Ф. Александера, на виникнення і перебіг захворювань впливають три основні чинники: особистісна диспозиція, конституція (схильність органа до захворювання, так званий конституціональний фактор) і життєва ситуація, що провокує певний емоційний афект та актуалізує несвідомий конфлікт. Невідреаговані ворожі емоції, почуття провини, почуття власної неповноцінності, а також невиражені сексуальні імпульси призводять до пригнічення і подальшого порушення функції вегетативних органів.

Концепція особистісних профілів Ф. Данбар

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

Теорія десоматизації M.Shur

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

Теорія алекситимії П. Сіфнеуса

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

Нейропсихологічні теорії

Вчення І.П. Павлова та І.М. Сеченова поклали початок низці нейропсихологічних досліджень, які пізніше сформулювалися у кортико-вісцеральну гіпотезу К. Н. Викова та І. Т. Курцина, котрі довели, що формування психосоматичних розладів пов'язане з первинними порушеннями коркових механізмів управління внутрішніми органами, зумовленими перенапруженням процесів збудження і гальмування в корі головного мозку.

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

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

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

- • Внутрішній конфлікт особистості.
- • Мотивація у вигляді умовної "вигоди", яка дає змогу хворому уникати негайного вирішення значущих проблем або нівелювати їх важливість "порівняно з серйозністю хвороби".

- • Ефект навіювання, який виникає в результаті підсвідомого наслідування хворими поведінки (в тому числі демонстративної), яку вони в дитинстві спостерігали у значущих дорослих, або таку, що була їм нав'язана цими дорослими.

- • "Елементи органічного мовлення", коли вербалізація фізіологічних проявів хвороби стає відображенням емоцій та переживань особистості і виявляється у реальних симптомах.

- • Ідентифікація – коли постійні зусилля, скеровані на ототожнення своїх психічних чи фізіологічних реакцій (або їх імітація), призводять до відсторонення від власного тіла (без деперсоналізації) та сприймання його як ідентичного з тілом значущого іншого. Найчастіше виникає у здорової мами щодо хворої дитини.

- • Самопокарання – неусвідомлювана поведінка людини, що виникає внаслідок несвідомого бажання покарати себе за якийсь ганебний вчинок та має деструктивні прояви, що найімовірніше призведуть до соматичних або психічних порушень чи травм.

- • Травматичний досвід минулого (в першу чергу з раннього дитинства), який витісняється ознаками соматичного розладу.

- • Алекситимія.

Найважливіші етіологічні чинники розвитку соматовегетативних, психосоматичних та соматопсихічних розладів із позицій психосоматичної парадигми:

- • Спадкова схильність, тобто сімейно-спадковий, або природжений, синдром (конституційно-психологічні особливості центральної нервової системи (ЦНС) та типи акцентуацій особистості й характеру);
- • Ендокринні порушення, особливо в пубертатний та клімактеричний періоди життя людини;
- • Психоемоційні та психогенні фактори, дія гострого або хронічного стресу, що призводять до дезадаптації організму та зриву компенсаторно-приспосувальних механізмів, дисбалансу вазоактивних нейрогуморальних речовин, а також виражених порушень мікроциркуляції;
- • Дія малих доз іонізуючого випромінювання, що особливо актуально для України після аварії на Чорнобильській АЕС;
- • Соматичні захворювання – органічне ураження органів та систем, що сприяють органічному (травматичному, інфекційному, токсичному, гіпоксичному, алергічному та іншому) впливу на інтегруючі церебральні структури головного мозку, результатом чого є розвиток специфічного ураження – специфічної енцефалопатії з клінічними ознаками психовегетативного синдрому:
- • Органічні ураження центральної та периферичної нервової систем (периферичні синдроми, остеохондроз із порушенням мозкового кровообігу, черепно-мозкова травма, гострі порушення мозкового кровообігу, церебральний атеросклероз, захворювання вегетативної нервової системи, системне ураження судинного русла тощо).

З цього приводу особливу зацікавленість лікарів викликає група факторів розвитку психосоматичних патологічних станів, яким суттєво сприяють пренатальні та постнатальні травми, хронічні інфекційні процеси та відповідна реакція макроорганізму на них, а також дія факторів гострого та хронічного стресу, пов'язаного з хронічним виснажливим захворюванням. Зважаючи на наведені факти, патогенез розвитку соматопсихічних та соматовегетативних розладів у хворих із патологією внутрішніх органів можна представити таким чином.

Психосоматичні розлади при хворобах внутрішніх органів характеризуються взаємодією як психологічних, так і соматофізіологічних характеристик. Із позиції структурного підходу та урахування лише психологічних факторів розрізняють 4 компоненти генезису психосоматичних та соматовегетативних розладів:

- • Психологічний (особливості особистості, психологічного захисту, співвідношення свідомого та несвідомого в психічній діяльності):
- • Корково-підкорковий (специфічні особливості діяльності кори головного мозку, гіпоталамо-гіпофізарно-наднирникової системи, лімбіко-ретикулярного комплексу);
- • Нейрогуморальний (складові частини вегетативної, соматичної нервової та ендокринної систем, особливості їх взаємодії та реагування на ситуацію):
- • Вибір органу та системи організму (які характеризуються функціональною дисфункцією внаслідок дії 1-3 факторів). У цьому випадку це може бути нейрогенний аспект перебігу соматичного захворювання, зумовленого спадковістю до психосоматичних розладів або ж гіперреактивністю

дихальних шляхів як субстрату бронхіальної астми, або ж формуванням патологічного типу гіперліпідемій у разі гіпертонічної хвороби як приклади соматичних захворювань, пов'язаних із ураженням лімбічних структур мозку.

У межах цієї патології виділяють 4 типи станів, що відображають різну структуру психосоматичних співвідношень:

- • соматизовані психічні реакції (соматоформні реакції): формуються без участі соматичної патології у межах утворень невротичного або конституційного реєстру (неврози, невропатії):

- • психогенні реакції (нозогенії): виникають унаслідок соматичних захворювань, що розглядаються як психотравмуючі події і належать до групи реактивних станів:

- • реакції за типом соматичної лабільності: психогенно спровоковане, пов'язане з дією соціальних та ситуаційних факторів загострення проявів соматичного захворювання (психосоматичне захворювання в традиційному розумінні терміна);

- • реакції екзогенного типу (соматогенії) – маніфестують унаслідок дії соматичної шкідливості, що реалізуються на патогенетичній основі й належать до категорії симптоматичних психозів.

Першими ознаками, що вказують на залучення нервової системи при соматичних захворюваннях, є підвищена стомлюваність, дратівливість, головний біль, порушення сну.

Клінічні прояви соматопсихічних розладів у клініці внутрішніх хвороб відрізняються широким поліморфізмом, але серед них чітко виділяють 4 найпоширеніші у соматичних хворих клінічні синдроми: вегетативний, невротичний (або астеноневротичний), тривожний та депресивний.

Соматоформні вегетативні розлади нагадують різноманітні фізичні симптоми функціонального характеру, незважаючи на відсутність об'єктивних підстав для таких порушень, до яких належать:

- • дисфункція вегетативної нервової системи (разноманітні алгії, нудота, відрижка, блювання, свербіж шкіри, сенестопатичні розлади – відчуття поколювання, оніміння, "повзання мурашок");

- • помірні коливання артеріального тиску та лабільність пульсу;
- • іпохондричний розлад (постійна знервованість, стійкі думки про наявність серйозного захворювання, постійні скарги, прискіпливе описання відчуттів та переживань, часте відвідування клінік, зміна лікарів, недовіра до них);

- • соматоформна вегетативна дисфункція (поліморфізм вегетативних симптомів за відсутності органної патології – нейроциркуляторна дистонія, диспепсія, аерофагія, гикавка, пілороспазм, психогенний метеоризм, синдром подразненого кишечника, психогенний кашель та задишка, гіпервентиляційний синдром та ін.)

Соматопсихічні впливи

Усі вузькопрофесійні знання лікаря виявляються недостатніми для успішної лікувально-діагностичної діяльності, якщо в її основу не закладено цілісне розуміння людини. При підході до стану хворого на основі цілісного розуміння людини завжди беруть до уваги складне співвідношення між його психічним станом і хворобою. Психічна напруга, конфліктні ситуації можуть відбиватися на соматичному стані хворого і викликати так звані психосоматичні захворювання. Соматичне ж захворювання, у свою чергу, чинить вплив на настрій, сприйняття навколишнього світу, поведінку, плани і психічний стан людини в цілому. *Соматопсихічний синдром* – комплекс симптомів, що характеризують розлади психіки і поведінки, зумовлений вторинною реакцією центральної та периферичної нервової системи у відповідь на первинну дисфункцію соматичної системи. Тому діагностика його у соматичного хворого має бути такою ж ретельною, як і діагностика основного захворювання внутрішніх органів.

Захворювання, що відносяться до групи соматичних, вельми численні і різноманітні, тому можна виділити лише загальні усереднені характеристики особистісних реакцій хворих на соматичне захворювання. Крім особливостей особистості хворих, на внутрішню картину хвороби і реакцію людини на хворобу в клініці внутрішніх хвороб найбільш значущий вплив мають такі чинники самої хвороби, як:

- труднощі у визначенні характеру патологічного процесу;
- локалізація патологічного процесу (серце, шлунок, пряма кишка і т.д.):
- вираженість больового синдрому;
- порушення функції органу або системи;
- наявність інтоксикації;
- гострота початку захворювання;
- тривалість захворювання і його можлива хроніфікація;
- виліковність захворювання та ін.

На психічний стан хворих соматичними захворюваннями також чинять вплив і супутні шкідливі чинники. Так, наприклад, пневмонія або інфаркт міокарду протікають з великими порушеннями психічної діяльності у осіб, що зловживають алкоголем. Зокрема, у них можуть виникати психотичні явища. Не меншу роль в зміні психічної діяльності хворого при соматичних захворюваннях відіграє реактивність організму, пов'язана з конституціональними особливостями, перенесеними захворюваннями і іншими чинниками. Несприятливий вплив на психіку хворого, безумовно, мають неправильна тактика лікаря щодо конкретного пацієнта, включаючи ятрогенії і лікарські помилки.

Психічні порушення при соматичних захворюваннях залежно від тяжкості, тривалості і характеру хвороби можуть виражатися різними синдромами, спектр яких поширюється від неспецифічних астенічних, різних невротичних розладів, афективних порушень до симптоматичних соматогенних психозів і психоорганічних проявів.

Психіка хворого з початку захворювання опиняється в незвичайному стані, оскільки у зв'язку з хворобою порушується звичний ритм життя, праці, відпочинку, сну і неспання. Особливої значущості для хворого набувають відчуття або "темні валові відчуття" (за І.М. Селеновим), які викликаються великою кількістю інтероцептивних сигналів від внутрішніх органів унаслідок наявних в них морфофункціональних змін. Спочатку суб'єктивно сприймані дифузні або локальні (в ділянці серця, шлунку, печінки і т.д.) невизначені відчуття трактуються як дискомфортні. Разом з ними можуть з'являтися і больові відчуття, які, проте, не завжди є об'єктивним показником наявної патології. Фізіологічний дискомфорт і больові відчуття, у свою чергу, пов'язані з афективними переживаннями у вигляді відчуття тривоги і страху. При наростаючій інтоксикації у хворих виникає гіперестезія, коли шум, світло, розмови, дотик одягу стають неприємними, з'являються дратівливість, підвищена образливість і плаксивість. Звичні шуми робляться нестерпними, світло ліхтаря з вулиці – дратівливим, розмови оточуючих призводять хворого до стану нервово-психічного збудження. Порушується вітальний тонус. Апетит знижений, сон стає поверхневим, хворі легко прокидаються. При безсонні нерідко виникають напливи спогадів про минуле, роздуми про хворобу і її можливі наслідки, що також заважають заснути. Не кожен хворий може зізнатися лікареві, що вночі відчував страх, через хибний сором за свій психічний стан або через небажання виглядати "боягузом". Лікар повинен зрозуміти хворого в такому стані, уважно поставитися до його скарг і, по можливості, усунути подразники, помістивши в тихішу палату, на зручніше місце і т.п.

Соматогенія – комплекс порушень у нервово-психічній сфері людини при кисневому голодуванні, больовому симптомі та при інтоксикації. Може проявлятися при різноманітних психічних розладах, починаючи від неврозоподібних реакцій і до психотичних станів з маячнею.

Астенія – найтипівіше явище при соматогеніях. Наразі у зв'язку з патоморфозом соматогенних психічних розладів, обумовленим сучасними засобами і методами терапії, що дозволяють зменшити тяжкість перебігу багатьох захворювань і попередити їх ускладнення, вона може бути єдиним проявом психічних змін. Деякі автори (Смулевич А.Б. і ін., 1991) схильні розглядати астенію лише в рамках соматопсихічних розладів, заперечуючи її психогенний характер (психічні травми, перевтома і ін.). Астенічні стани мають різні варіанти прояву, але типовими завжди є надмірна стомлюваність, іноді з самого ранку, важкість концентрації уваги, уповільнення сприйняття. Спонтанна млявість виникає без навантаження або при незначному навантаженні, тримається тривалий час і не проходить після відпочинку. Характерні також емоційна лабільність, підвищена ранимість і образливість, виражена відволіканість. Хворі не переносять навіть незначної емоційної напруги, швидко втомлюються, засмучуються через будь-які дрібниці. Часто має місце гіперестезія, що виражається в нестерпності різких подразників у вигляді гучних звуків, яскравого світла, запахів, дотиків. Іноді гіперестезія буває настільки вираженою, що хворих дратують навіть неголосні шуми, звичайне світло, дотик білизни до тіла. Часті різноманітні порушення сну.

Глибина астенічних розладів зазвичай пов'язана з тяжкістю основного захворювання. Іноді за астенію помилково може бути прийнята м'язова слабкість

при захворюваннях м'язової і нервової системи. Крім астенії в чистому вигляді, досить часто зустрічається її поєднання з іншими варіантами психічних порушень. На тлі симптомів астенії можуть виникати невротичні реакції і стани, найбільш частими серед яких є депресія, страхи за своє здоров'я або не властиві раніше істеричні реакції.

У соматичні відділення можуть надходити хворі з *іпохондричними фобіями і нозофобіями* (кардіофобією, канцерофобією і ін.) за відсутності соматичного захворювання, і від правильності поведінки лікаря та персоналу щодо такого хворого залежить успіх лікування. Пацієнт з нав'язливим страхом перед якимось захворюванням тимчасово задовольняється роз'ясненням лікаря, що у нього немає важкого небезпечного захворювання. У хворого на істеричний невроз, прояви якого завжди носять характер "умовної приємності і бажаності", оскільки "звільняють", "захищають" від нестерпної для нього ситуації, може спостерігатися полегшення симптомів і стану, якщо лікар не виявить належної уваги до його стану і постійно підкреслюватиме легкість і несерйозність страждання, руйнуючи тим самим "психологічний захист" хворого.

Особливе місце в клініці внутрішніх хвороб займають *афективні розлади*. Вони широко поширені і відрізняються клінічною різноманітністю. Найбільш частими є депресивні стани або субдепресії, причинами яких можуть служити самі соматичні хвороби (за типом нозогеній або соматогеній) або інші психогенні чинники, але вони можуть бути і проявом типових або атипових форм ендогенних психічних захворювань. Зокрема, завжди треба пам'ятати про можливість соматизованих проявів депресій у вигляді безлічі "масок", що імітують різні захворювання. Такі хворі часто пригнічені, похмурі, малоактивні. Вони відчувають тривогу у передранкові години, розбитість і слабкість.

Значно рідше зустрічаються хворі з гіпоманіакальними станами, що також мають різну генезу. Але частіше такі стани є проявами інтоксикації з наростаючою гіпоксією мозку або фазами психічних афективних розладів. Характеризуються гіпоманії не властивою раніше хворим балакучістю і жвавістю: вони жартують, сміються, веселять оточуючих, легковажно відносяться до рекомендацій і призначень лікарів.

Лікарі повинні знати, що подібні стани виникають нерідко, але не вони визначають основний фон настрою, і удавана веселість – явище тимчасове. У цьому стані хворі іноді порушують режим відділення.

Гострі *психотичні стани*, або психози, що виникають при важких соматичних захворюваннях на тлі виражених астенічних проявів, найчастіше носять характер розладу свідомості у вигляді делірію або оглушеності. Передвісниками затьмарення свідомості часто бувають психічні розлади, які виникають при закритих очах (психосенсорні розлади і гіпнагогічні галюцинації). У зв'язку з цим велике значення має опитування хворих, особливо при скаргах на безсоння. Услід за розладом сну, гіпнагогічними галюцинаціями може розвинути деліріозне затьмарення свідомості з неправильною поведінкою хворого. Після виходу соматично хворого з психозу, як правило, мають місце значні астенічні явища.

Психотичні розлади – достатньо рідкісне явище в клініці соматичних захворювань, вони виникають, як правило, при гострому розвитку хвороби. Причинами їх є виражена інтоксикація (при захворюваннях печінки і нирок) або

порушення мозкового кровообігу (при гіпертонічній хворобі, атеросклерозі і т.д.). Наявність психотичної симптоматики вимагає диференціальної діагностики з власне психічними захворюваннями (ендогенними) у соматичних хворих.

Відомий німецький психіатр К. Шнайдер (1959) запропонував поняття "Соматично обумовлені психози", близьке до поняття "Екзогенний тип реакції" іншого німецького психіатра К. Бонгеффера (1910). Шнайдер вважав, що соматичні і ендогенні психози принципово різні, надаючи значення у виникненні останніх генетичним чинникам. На його думку, для віднесення психозу до розряду соматично обумовлених, необхідна присутність таких чинників:

- наявність виразної симптоматики соматичного захворювання:
- очевидний зв'язок за часом між соматичними і психічними розладами:
- паралелізм перебігу соматичних і психічних порушень:
- наявність "екзогенної" або "органічної" симптоматики.

При підгострому або хронічному перебігу соматичного захворювання частіше маніфестують *невротичні розлади*, а у разі наростання енцефалопатичних явищ можливий розвиток *психоорганічного синдрому з явищами деменції*. У цих випадках у хворих з'являються підвищена стомлюваність, зниження працездатності, дратівливість, образливість, ослаблення пам'яті та інтелектуальних здібностей.

Тривале соматичне захворювання, необхідність місяцями і роками знаходитися в стаціонарі, "особливе положення хворого" у ряді випадків призводять до *змін особистості у вигляді її патологічного розвитку*, при якому виникають аномальні риси, раніше не властиві цій людині. Зміни характеру у таких хворих сприяють виникненню численних конфліктів з оточуючими як в умовах лікувальної установи, так і поза нею, і можуть перешкоджати проведенню своєчасної діагностики і ускладнювати лікування хворих. Лікар повинен уміти розпізнавати ці хворобливі зміни психіки і при роботі з хворим використовувати різноманітні психотерапевтичні підходи для їх корекції.

Грубі психічні порушення, що спостерігаються при соматичних захворюваннях, повинні вивчати і лікувати психіатри. Для психіатра важливо, по можливості, чітко класифікувати і встановити приналежність того або іншого психопатологічного синдрому. Для лікаря загального профілю не мають такого істотного значення тонкості симптоматики психічного розладу, а велику роль відіграє оцінка особливостей поведінки і загального стану хворого. Тому вивчення психічних захворювань не є завданням клінічної психології, проте знання можливих психічних порушень допоможе лікареві в роботі з соматично хворими, особливо при встановленні контакту, проведенні діагностичних і лікувальних заходів, а також підкаже психотерапевтичні шляхи впливу на психіку пацієнта.

Залежно від особливостей психічного стану соматично хворого будуються бесіда лікаря з ним, поведінка медичного персоналу і вся тактика медичних заходів. Особлива роль належить психотерапевтичному впливу з боку лікаря, який повинен виявлятися з першого контакту з хворим. Лікар зобов'язаний в доступній для пацієнта формі пояснити особливості його стану і відчуттів у

різних частинах тіла, значення діагностичних і лікувальних процедур, що проводяться у лікарні, обережно висловитися з приводу прогнозу захворювання.

Велике значення для хворого мають обходи, особливо в клініках, де проводиться навчання студентів. Часто у присутності хворого, кажучи про клінічні особливості хвороби, користуються незрозумілими термінами, не замислюючись, яку реакцію це у нього викличе. Враховуючи особливості викладання терапії і психотерапевтичну дію на хворого обходів професора і доцента, відомий вітчизняний терапевт Б.Е. Вотчал розділив обхід на три частини: перша – обговорення стану хворого в кабінеті, друга – огляд його в палаті і третя – аналіз та обговорення стану хворого знову в кабінеті. При цьому, посилаючись на свого вчителя Ф.Г. Яновського, він підкреслював, що сумніви в діагнозі є хорошою ознакою і для лікаря, і для хворого, але останній ніколи не повинен підозрювати про ці сумніви.

В умовах високої оснащеності медичних установ складною апаратурою виникає необхідність в розробці диференційованих свідчень для проведення спеціальних досліджень, які повинні бути направлені на вдосконалення діагностики основного захворювання, його ускладнень, сприяти виявленню супутніх захворювань, встановленню прогнозу і правильному лікуванню. Під час підготовки до обстеження хворому потрібно роз'яснити, що цим методом уточнюються особливості захворювання, деякі деталі діагностики, знання яких необхідне для вибору найбільш ефективної терапії.

З не меншими труднощами пов'язаний період одужання, коли у хворого настає компенсація або він повинен примиритися з дефектом, який виник у результаті хвороби, інвалідністю і у зв'язку з цим із новим положенням у сім'ї, суспільстві. Коли хвороба невиліковна, лікар повинен уміти щодня підбадьорююче дивитися в очі хворому, зрозуміти всю своєрідність його стану, бути уважним до всіх дрібниць у період симптоматичного лікування.

Відомий вислів чудового французького письменника Антуана де Сент-Екзюпері про роль особистості лікаря: "Я вірю навіть, що прийде день, коли ми, захворівши і не відаючи причини захворювання, довіримося фізикам, які, не питаючи ні про що, візьмуть у нас шприцом кров, виведуть на підставі її аналізу декілька величин, перемножать їх, після чого, заглянувши в таблицю логарифмів, зцілять нас якого-небудь пілюлею. І все-таки варто мені захворіти, я, мабуть, піду до старого сільського лікаря, який погляне на мене куточком ока, помацає пульс і живіт, вислухає мої легені, потім трошки покашляє, розкуривши свою люльку, потре підборіддя і, щоб мене зцілити, посміхнеться мені. Зрозуміло, я схилиюся перед наукою, але я схилиюся і перед мудрістю". Дефіцит цілющого впливу особистості лікаря став, на жаль, вельми відчутною ознакою сучасного лікування. Безумовно, необхідно використовувати в медицині і розвивати сучасні досягнення, пов'язані із загальним технічним прогресом, і спроби зупинити цей процес виглядали б абсурдними. Але важливо, щоб розвиток медицини не призводив до ігнорування особистості хворого, без урахування якої неможливо надати повноцінну допомогу.

Клінічна діагностика та класифікація психосоматичних та соматопсихічних синдромів

Експерти ВООЗ визначили основні ознаки недиференційованого психічного розладу, який є характерним для соматичних хворих. До них відносять:

- – наявність чіткого психологічного дискомфорту;
- – порушення спроможності виконувати певну роботу або навчатися;
- – підвищення ризику смерті, страждання або порушення діяльності.

Якої тактики має дотримуватися терапевт у цьому випадку? За умови використання усього комплексу клінічних та лабораторно-інструментальних методик він повинен у першу чергу виключити у пацієнта соматичне захворювання, зокрема стерті та атипові форми. Наявність будь-якого психічного розладу зазвичай можна запідозрити за таких опосередкованих ознак:

- – клінічні симптоми захворювання не схожі на наявні описані соматичні синдроми та захворювання;
- – у разі ретельного обстеження не була виявлена патологія внутрішніх органів або вона не відповідає вираженості скарг, які висуває хворий:
- – пацієнт тривало та без особливого ефекту лікувався у багатьох спеціалістів, часто різного фаху:
- – пацієнт вимагає множинних діагностичних обстежень;
- – тимчасове полегшення стану пацієнта виникає від нетрадиційних методів лікування або в результаті інвазивних терапевтичних втручань:
- – відповідь на симптоматичну терапію має суперечливий характер :
- – спостерігається схильність до перебільшення тяжкості побічних реакцій ліків:
- – відзначається підвищена залежність організму від психогенних впливів;
- – з усього арсеналу фармацевтичних засобів найбільш ефективним є використання психотропних засобів.

Психосоматичний синдром – комплекс симптомів соматичного характеру, обумовлений первинною дисфункцією центральної і периферичної нервової системи без первинного ураження соматичної системи. Основною ознакою психогенних розладів дихання є наявність дихального дискомфорту у хворого без змін органічного характеру в нервовій і дихальній системах, без ознак гіпоксемії і гіперкапнії артеріальної крові. Клінічними симптомами психосоматичних проявів цього синдрому у пацієнтів пульмонологічного профілю є психогенна задишка, психогенний кашель та гіпервентиляційний синдром.

Частіше у практиці терапевтів зустрічається чотири варіанти дихальних клінічних проявів гіпервентиляційного синдрому (синдром Коста, синдром зусилля, нервовий дихальний синдром, психофізіологічні респіраторні реакції та інші).

1. Синдром "порожнього" дихання (незадоволеність вдихом, при цьому акт дихання відчувається вільно, характерні відчуття браку повітря, кисню, необхідність періодично робити додаткові глибокі вдихи, щоб надихатися, "повітряна" булімія, хворі стають "борцями" за свіже повітря.

- 2. Синдром "неповноцінного автоматизму" дихання або "зупинки" дихання (хворі стверджують, що якщо вони самі не зроблять вдих, то він самостійно не відбудеться, можлива "втрата свого дихання", стурбовано стежать за здійсненням циклу дихання, активно "включаючись" у його функцію).

- 3. Синдром "утрудненого" дихання (незадоволеність вдихом; при цьому акт дихання відчувається як важкий, здійснюється хворим із напругою, відчуття "грудки в горлі", "непроходження повітря в легені", "перешкоди на шляху проникнення повітря", "затиснення" дихання всередині або "здавлення" із зовні).

- 4. Гіпервентиляційні еквіваленти – стерті редуковані дихальні прояви: зітхання, кашель, позіхання, сопіння; при цьому хворі не усвідомлюють своїх дій, на ці симптоми їм указують колеги по роботі, близькі люди.

Верифікація психогенних розладів дихання ґрунтується на з'ясуванні психогенного анамнезу (діагностична співбесіда), відсутності органічного ураження дихальної системи під час об'єктивного обстеження та виявлення позитивних функціональних проб – після гіпервентиляційної проби – спостерігається посилення симптоматики під час глибокого дихання (гіпервентиляції) протягом кількох хвилин; має місце позитивний ефект від інгаляції CO₂ – зменшення симптоматики у разі вдихання суміші газів, що містить 5% CO₂; у хворого є симптоми підвищеної нервово-м'язової збудливості.

Крім того, найчастіше в клініці внутрішніх хвороб трапляються такі соматопсихічні синдроми, як соматоформна вегетативна дисфункція, астеноневротичний розлад, тривожний та депресивний розлади, які відрізняються широким поліморфізмом.

Соматоформна вегетативна дисфункція (СВД) – симптомокомплекс, що повторює різноманітні фізичні симптоми функціонального характеру поряд із потребою в повторних обстеженнях, незважаючи на відсутність підстав для таких симптомів. Сюди відносяться різноманітні алгії, нудота, відрижка, блювання, свербіж шкіри, сенестопатичні розлади – відчуття поколювання, оніміння, "повзання мурашок", помірні коливання АТ та лабільність пульсу, іпохондричний розлад (постійна стурбованість можливістю захворіти, стійкі думки про наявність "серйозного захворювання", множинні скарги, прискіпливе описання відчуттів та переживань, часте відвідування різноманітних клінік, зміна лікарів, недовіра до них); поліморфізм вегетативних симптомів за відсутності органної патології – нейроциркуляторна дистонія, диспепсія, аерофагія, гикавка, пілороспазм, психогенний метеоризм, синдром подразненого кишечника, психогенний кашель та задишка.

Верифікація СВД можлива за допомогою методики інтегральної табличної оцінки, що розроблена А.М. Вейном, та співавторами. При цьому протягом обстеження використовуються 2 види таблиць-шкал – перша (суб'єктивна шкала), яка заповнюється особисто хворим, дає змогу припустити наявність психоемоційних порушень, друга (об'єктивна) – заповнюється лікарем, дає змогу верифікувати або виключити їх наявність. Суб'єктивна шкала містить 11 запитань, об'єктивна – 13, що відображають різні сторони психовегетативних параметрів. Відповідно до інструкції варіанти відповідей кодуються "Так" або "Ні". Для кількісної оцінки ознак попередньо була проведена експертна оцінка вегетативних та психоемоційних симптомів шляхом балування кожної ознаки за

її питомою вагою серед різноманітних симптомів психовегетативного синдрому. На цій підставі кожному симптому була присуджена кількість балів від 1 до 10 у разі позитивної відповіді на питання. Математична обробка отриманих результатів такого анкетного дослідження свідчить про те, що у здорових осіб загальна сума балів за суб'єктивною шкалою не повинна перевищувати 15, а за об'єктивною – 25 балів. Тому психовегетативний синдром діагностують за умови отриманої суми балів вище 15 за суб'єктивною та 25 балів за об'єктивною шкалами відповідно.

Наведена стандартна орієнтовна схема дозволяє виявити наявність психовегетативного синдрому не тільки у хворих, а й в осіб, які не висувають активних скарг психоемоційного та вегетативного типу. Опитувальник можна використовувати для дослідження наявного психовегетативного розладу на тлі вже існуючого захворювання; встановлення у здорових пацієнтів факторів ризику розвитку патологічного процесу за відсутності виражених соматичних симптомів.

Астеноневротичний синдром проявляється зниженням адаптаційних можливостей організму та особистості соматичного хворого, наростанням їх безпорадності та відчуттям недостатності соціального захисту.

Якщо для верифікації клінічно значущих неврозів потрібна кваліфікована консультація лікаря-психіатра, то для верифікації межових порушень у рамках астеноневротичного синдрому доцільно використовувати скринінгову (орієнтовну) методику дослідження рівня невротизації за Л.І. Вассерманом.

Синдром тривоги (тривожний стан) характеризується станом безнадійності, напруженого та неспокійного очікування майбутнього. Встановлено, що тривожні розлади періодично виникають у 20% жінок та 8% чоловіків і тривають переважно 6 міс та більше. Близько 70-90% пацієнтів із соматичними захворюваннями, які відвідують лікаря, відчувають тривогу.

Критеріями тривоги вважають такі ознаки: психічні (неспокій, невпевненість у собі, відчуття безпомічності, небезпеки, що загрожує, зниження критичного сприйняття оточуючого середовища; хворі перебувають на грані зриву, важко концентрують увагу, порушені процеси засинання та сну, часті пробудження вночі, роздратованість, може з'явитися відчуття, що предмети нереальні (дереалізація), або власне "Я" віддалилося від хворого (деперсоналізація), вторинний страх смерті (танатофобія) та інші, психомоторні порушення (тремор, відповідна міміка та жестикуляція, збудження або пригнічення аж до ступору, головний біль, відчуття неможливості розслабитися, метушливість, неможливість вєдїти на місці, біль у м'язах та інші) та ознаки вегетативної дисфункції (підвищення АТ, розширення зіниць, сухість у роті, блідість обличчя, пітливість, абдомінальний дискомфорт, нудота, діарея, поліурія, часте сечовиділення та інші). Особливістю тривоги є її спрямованість у майбутнє та дифузний безпредметний характер на відміну від страхів.

Для швидкого встановлення рівня тривоги можна використати експрес-метод визначення рівня тривоги за І.В. Молдовану-Н.Г. Шпитальниковою, який полягає у визначенні часу (кількості секунд) у разі затримки дихання на видиху після 30-секундної гіпервентиляції, під час якої пацієнт виконує маневр чотирьохразового глибокого вдиху та видиху. Якщо час затримки дихання на видиху становить менше 30 сек., діагностується високий рівень тривожності

(перший рівень), що корелює з означеними показниками за тестом Спілбергера-Ханіна. У разі затримки дихання на видиху більше 30 сек. – відповідно низький рівень тривожності, що не потребує корекції у процесі лікування.

Депресивний синдром – синдром зниження настрою. Клінічно проявляється у вигляді депресивного епізоду (за важкістю буває легким, помірним, тяжким) та хронічного розладу настрою: дистимії (хронічна, помірно виражена депресія, втома, зниження настрою, песимізм, зниження апетиту, розлади сну) та циклотимії (пом'якшений варіант депресії, що часто змінюється рівним настроєм).

Класифікація психосоматичних розладів

Психосоматичні розлади поділяються на психогенні, що супроводжуються незначними функціональними порушеннями, а також на психосоматози, які супроводжуються вираженою органічною паталогією внутрішніх органів:

- *Функціональні синдроми*, до яких зараховують усі скарги та симптоми, що наявні у пацієнта і не складають цілісної соматичної нозологічної форми. В цю групу входять усі "неправильні" скарги на функціонування серцево-судинної, травної та сечостатевої системи, рухового апарату, органів дихання. Саме такі прояви Ф. Александер назвав органними неврозами та описав як супровідні ознаки емоційної напруги без характерних рис.

- *Психосоматози* – психосоматичні хвороби, що виникають як реакція на конфліктне переживання, яка ґрунтується на наявних морфологічних змінах та патологічних порушеннях у певних внутрішніх органах. У поняття "психосоматози" спершу об'єднали захворювання, у виникненні яких значну роль відігравали несприятливі психологічні фактори: артеріальну гіпертензію, ішемічну хворобу серця, ревматоїдний поліартрит, бронхіальну астму, нейродерміт (псоріаз), виразкову хворобу шлунка і дванадцятипалої кишки, неспецифічний виразковий коліт і гіпертиреодний синдром – т.зв. "чиказька сімка" Ф. Александера.

У радянській, а зараз – в українській і російській психологічній і медичній літературі до психосоматичних розладів включають не лише суто психосоматичні захворювання, а й соматизовані розлади і патологічні психогенні реакції на соматичні захворювання.

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

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

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

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

А. Реакції екзогенного типу (соматогенії), що належать до категорії симптоматичних психічних реакцій і маніфестують внаслідок впливу соматичного захворювання на психічну сферу.

Окрім того, до психосоматичних розладів А. Б. Смулевич вважає за доцільне зараховувати стани, пов'язані з репродуктивною функцією жінки: передменструальний синдром, перед- і післяпологові депресії, смуток породіллі

та інволюційну істерію. Зараз усе більша кількість клініцистів вказують на психосоматичну природу виникнення та розвитку у деяких пацієнтів інфекційних, онкологічних хвороб, туберкульозу, цукрового діабету, ожиріння.

Б. Блейлер запропонував умовний розподіл пацієнтів з психосоматичними розладами на 3 основні групи,

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

У другу групу Е. Блейлер зараховує *психосоматичні, функціональні синдроми*, т. зв. *соматизовані форми неврозів*. Особливість цих розладів полягає в тому, що вони є наслідком фізіологічного відображення емоцій або психічних станів. У першу чергу йдеться про ендogenous депресії, симптоми яких імітують симптоми певного соматичного захворювання. Окрім прихованої депресії, до цієї групи належать мігрень, сексуальні дисфункції та психогенні розлади функціонування органів дихання (бронхіальна астма), серцево-судинної системи (психогенні болі у серці або тахікардія), органів травлення (психогенні закрепи, діарея).

У третю групу варто віднести *розлади, пов'язані, з особливостями емоційно-особистісного реагування* або поведінки пацієнта, в результаті яких виникає порушення здоров'я, окрім поведінки, скерованої на саморуйнування: алкоголізму, наркоманії, тютюнопаління, токсикоманії.

Наприклад, до цієї групи належить схильність до розладів харчування.

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

- – невизначеному болі дифузного характеру без чіткої локалізації (біль у животі, хребті, головний біль):
- – тимчасовій чи ситуативній прив'язаності болю (зростання больового симптому в ситуаціях, пов'язаних з психічним напруженням), коли сам пацієнт не може надати свідчень про його причини;
- – порушеннях сну:
- – авторитарному характері стосунків у родині, позбавленні права самостійного прийняття рішень:
- – наявності високих вимог до дітей з боку батьків, високій відповідальності та внутрішній тривожності дитини;
- – вихованні по типу гіпоопіки або гіперопіки;
- – постійних конфліктах дитини в дитячому садку, школі;
- – у дітей, що перенесли постгіпоксичну енцефалопатію;
- – при покращенні загального стану дитини під впливом плацебо та сугестивної терапії.

Згідно з класифікацією швейцарського психіатра Ейгена Блейлера, виділяють психосоматичні функціональні синдроми – "неврози органів", системні неврози або вегетоневрози. Це, насамперед:

- – мігрень;
- – аритмії, кардіалгії;
- – психогенні запори і проноси;
- – психогенні розлади дихання;
- – сексуальні розлади.

Класичні психосоматичні хвороби об'єднані під назвою "чиказька сімка" (F.Alexander, 1968), до яких належать:

- – артеріальна гіпертензія;
- – виразкова хвороба шлунка та дванадцятипалої кишки;
- – ревматоїдний артрит;
- – гіпертиреоз (тиреотоксикоз);
- – бронхіальна астма;
- – виразковий коліт;
- – нейродерміт.

Психологічні особливості соматично хворих

Особистісні особливості психосоматичного пацієнта

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

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

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

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

Ще на початку ХХ ст. відомий америкаський психофізіолог Уолтер Кеннон описав і назвав відповідь організму на стрес "реакцією боротьби або втечі". Адже відомо, що тварина у відповідь на загрозу бореться або тікає. На думку У. Кеннона, сильні негативні емоції, наприклад, гнів або страх, відіграють важливу роль у згаданому процесі, готуючи організм до вступу в бій або порятунку втечею. Активація симпатичної системи, яка при цьому відбувається, допомагає насичити м'язи киснем для розвитку їх максимального зусилля. Цей філогенетичний механізм у деякі часи рятував людину під час явної загрози.

Особливостями сьогодення є переважання психоемоційних навантажень над фізичними. Сучасна людина у більшості випадків не може відповісти на стрес фізичною агресією або втечею від нього. Тому виникає дисбаланс між стрес-реалізуючими і стрес-лімітуючими системами. Інтенсивна і тривала стрес-реакція організму є причиною як виникнення, так і прогресування захворювання. І в результаті формуються психосоматичні хвороби. Згідно з класифікацією ВООЗ, найбільшого значення для здоров'я людини сьогодні набуває спосіб та стиль її життя. І серед усіх чинників найагресивнішим є стресогенна ситуація на роботі та в побуті.

Минулого року Європейське співтовариство кардіологів опублікувало нові рекомендації, згідно з якими психосоціальні моменти є незалежними факторами

ризик у ішемічної хвороби серця (ІХС). На додаток до підвищення ризику розвитку і погіршення прогнозу ішемічної хвороби серця ці чинники можуть стати бар'єром для комплаентності і поліпшення способу життя людини. У хворих на ішемічну хворобу серця часто спостерігається емоційна лабільність, підвищена дратівливість, неспокійний сон із неприємними сновидіннями, раннє тривожне пробудження. Також у них легко виникають астенічні реакції, стан невмотивованої тривоги. Окрім того, їм властива постійна внутрішня напруженість, підвищена вразливість, образливість. Нерідкими є прояви кардіофобії і постійне тривожне очікування чергового нападу. Усі ці психосоматичні порушення підвищують ризик розвитку інсульту, інфаркту міокарда та збільшення загальної смертності в популяції. Також вони є предикторами раптової коронарної смерті, спричиненої фібриляцією шлуночків.

Через низку медико-соціальних причин, таких як матеріальні витрати на діагностичні процедури та купівлю ліків, зниження фізичної активності, поступова втрата працездатності, необхідність постійного прийому препаратів тощо, у пацієнтів формується депресивний стан. За визначенням Killip (2001) депресію після інфаркту міокарда можна прирівняти до такого прогностичного чинника летального наслідку, як серцева недостатність. Із цим висновком погоджуються й інші вчені. Зокрема, за результатами першого проспективного етапу російського багатоцентрового дослідження "Координата" (2007), депресивна симптоматика погіршує прогноз у хворих на артеріальну гіпертензію та ішемічну хворобу серця.

Згідно з висновками найбільшого багатоцентрового дослідження INTER-HEART Study, депресія і стрес є третім за значимістю і цілком незалежним чинником ризику інфаркту міокарда. Нарешті, відмічається, що ризик смертності після аортокоронарного шунтування у пацієнтів з депресією сягає 12,5%, у той час як за її відсутності становить 2,2% (Fraguans J.R. et al., 2000).

Прогресування психосоматичної патології є однією з провідних причин захворюваності та інвалідизації населення, особливо в розвинених країнах. З'явився навіть спеціальний термін "психологічний суїцид" – це коли стиль життя людини в кінцевому результаті призводить до передчасної смерті.

Європейське співтовариство кардіологів пропонує для вирішення проблеми збирати психосоматичний анамнез. Це допоможе виявити у кардіологічних пацієнтів фактори ризику, такі як депресія або стрес, і вжити відповідних заходів. Рекомендується проводити інтерв'ю за допомогою стандартизованих опитувальників. Важливо також враховувати психологічний профіль особистості, конфлікти, з ясувати ставлення пацієнта до світу, його таємні бажання.

Приклад опитування:

- 1. Скарги, які ґрунтуються на симптомах, що проявилися.
- – Що саме привело вас сюди?
- 2. Точний час появи скарг.
- – День і година.
- – Періоди загострень і ремісій.
- 3. Життєва ситуація до моменту появи симптомів.

- – Що відбувалося у вашому житті останнім часом, протягом одного чи кількох років (розлучення, хвороба або смерть близьких людей, чи мало місце насильство, тривалий ремонт у квартирі тощо)?

- 4. Анамнестична ретроспектива.
- 5. Картина особистості та її конфлікти.
- – Як ви це пережили?
- – Що це означає для вас?

Важливий момент: ініціатива в розмові повинна бути надана пацієнту.

Крім того, необхідно визначити наявність факторів ризику, що сприяють розвитку психосоматичної патології у пацієнта.

Фактори ризику для здоров'я людини (ВООЗ):

Сфера життєдіяльності індивіда	Фактори ризику (в інтегральному групуванні), що знижують якість життя і потенціал здоров'я	Значення для здоров'я, приблизна питома вага даної групи чинників, %
Спосіб та стиль життя	Нездорові умови професійної та трудової діяльності, незадовільні матеріально-побутові умови проживання та відпочинку, стресогенні ситуації на роботі і в побуті, малорухливість (гіподинамія і гіпокінезія), неміцні сімейні узи, незадовільне сексуальне партнерство, самотність, низький освітній та культурний рівень	49-55
Біологія людини, генетичні чинники, фенотипи	Схильність до спадкових і мульти факторіальних хвороб, дегенеративної патології, ендокринних розладів, дефектів метаболізму, вроджених дисфункцій і вад розвитку	18-22
Навколишнє середовище (макро- і мікросередовище), природно-кліматичні умови	Забруднення атмо- і гідросфери, ґрунту екзотоксичними субстанціями, канцерогенами, мутагенами та іншими шкідливими речовинами, різка зміна атмосферних явищ, підвищення рівня магнітного,	17-20

	геліокосмічного та інших випромінювань.	
Охорона здоров'я та медицина	Низька ефективність гігієнічних заходів, недостатній рівень санітарної культури, низька якість медичної допомоги населенню, низька кваліфікація медичного персоналу, несвоєчасність і неповний обсяг надання необхідних медичних послуг	8-10

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

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

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

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

Соматогенний вплив хвороби на психіку зумовлений безпосереднім впливом на центральну нервову систему біохімічних чи фізіологічних чинників, пов'язаних з конкретною соматичною патологією, а також впливом больових відчуттів. Соматогенний вплив найбільш яскраво виявляється при злоякісних пухлинах у зв'язку з інтенсивним больовим синдромом, при захворюваннях нирок – через інтоксикацію, при серцево-судинних і легневих захворюваннях – внаслідок кисневого голодування. Комплекс порушень у нервово-психічній сфері людини при больовому синдромі, кисневому голодуванні та при інтоксикації називають *соматогенією*, яка може виявлятися у різноманітних психічних розладах, починаючи від неврозоподібних порушень і до психотичних станів з маячною та галюцинаціями. Та, зазвичай, інтоксикаційний вплив на центральну нервову систему при соматичних захворюваннях незначний. Значно істотніше на психіку особистості впливає власне факт захворювання та його ймовірні наслідки, тобто ми можемо говорити про *психогенний вплив хвороби* на психіку, який виявляється у погіршенні самопочуття, появі неприємних обтяжливих та обмежуючих хворобливих відчуттів, астенії.

Психічні, порушення при соматичних захворюваннях

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

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

Найчастіше при соматичних захворюваннях зміни психічної діяльності виражаються невротичними симптомами.

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

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

Непсихотичні розлади психіки у соматичних хворих

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

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

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

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

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

Перші серйозні дослідження нозогенних реакцій з'являються на початку ХХ ст. завдяки численным дослідженням радянських вчених. Проблему цілісного розглядання особистості і хвороби досліджували М.Я. Мудров, С.П. Боткін, Г.А. Захарін, М.І. Пирогов та інші. Пізніше цей клініко-особистісний підхід розвивався на підставі положень нервізму – І.М. Сеченов, І.П. Павлов і кортико-вісцеральної теорії – К.М. Бнков, І.Т. Курцин. Саме вони вперше звернули увагу, що в рамках межових (пограничних) станів, які традиційно відносилися до соматогенних, можуть виявлятися і психопатологічні симптомокомплекси, що зіставляються з нозогеніямн. Особливо інтенсивно дослідження проводилися з середини ХХ ст., коли внаслідок розвитку фармакології, що запропонувала нові ефективні медикаментозні засоби, удосконалення техніки органозамісних та органозберігаючих оперативних втручань, трансплантології, сучасної високо точною діагностики значно підвищився рівень медичного обслуговування і знизилась смертність, та водночас особливо виразно почали виявлятися ускладнення у формі нозогеній. З'явилася нагальна потреба лікування таких пацієнтів, що вимагало досягнення певного рівня розуміння та "партнерства" між пацієнтом та лікарем (т. зв. терапевтичний альянс). Загалом нині усі клініцисти погоджуються з тим, що частота нозогеній значно перевищує частоту усіх інших психічних розладів, які зустрічаються у загальномедичній практиці.

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

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

Гіпернозогностія визначається високою значущістю соматичного страждання, его-сентонним ставленням (спорідненість "Я"), що відповідає сприйняттю пацієнтом свого захворювання як дифузного, неструктурованого, невіддільного від власної особистості феномену, а саме соматичне страждання

сприймається як сукупність загрозливих для життя симптомів захворювання, у реагуванні на котре переважає емоційна модальність (страх, тривожність, пригнічення). Гіпернозогностичні реакції (з високим рівнем соматичного страждання) поділяються на тривожно-фобічні, еоматизовані, депресивні, іпохондричні (за типом ригідної іпохондрії або іпохондрії здоров'я), сенситивні, сутяжні, параноїчні (з надцінними ідеями реформування і раціоналізації терапії).

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

Лікування нозогеній проводять із застосуванням психотерапії, яка повинна допомогти хворому віднайти особистісний сенс у лікувальному процесі, та медимекаментозно (транквілізатори, антидепресанти, нейролептики). Однак, гіпонозогностичні реакції практично резистентні до психофармакотерапії. Своєчасна діагностика та адекватна терапія нозогеній сприяє усім лікувальним заходам, полегшує профілактику як медичну, так і соціально-психологічну.

Клінічна психологія та реабілітація терапевтичних хворих

Зміни психіки у пацієнтів із захворюваннями шлунково-кишкового тракту

Загальновизнаним фактом є те, що органи травлення майже завжди реагують на значні психоемоційні переживання особистості. Близько 80 % всіх диспептичних розладів зумовлені емоційними порушеннями. Відомі експерименти І.П. Павлова підтверджують тісний зв'язок нервової системи і органів травлення. Немає необхідності підкреслювати, яке велике значення мають для психіки травлення і харчування. Розвиток дитини тісно пов'язаний з харчуванням материнським молоком, материнською турботою та доглядом. Для особистості певних людей характерні "особливі звички" щодо харчування. Відома роль чистоти, гігієни, естетичності для запобігання розладів травлення. У скаргах на дисфункцію шлунково-кишкового тракту у дорослої людини часто знаходять відображення наслідки шкідливих чинників, які мало місце ще в дитинстві. На ґрунті негативних психічних впливів можуть сформуватися важкі хронічні розлади ковтання, іноді виникає розширення стравоходу, яке потребує хірургічного втручання. Відчуття "*клубка в горлі*" виникає при ковтанні і характеризується відчуттям сухості, тиску, напруження.

На думку Аствацатурова МЗ., причиною функціональних розладів травлення є не лише гострі або тривалі психотрамуючі ситуації, а й смуток, докори сумління, туга, страх, розчарування, нудьга.

Виразка дванадцятипалої кишки та шлунка

Бачачо численні вивчення психологічних особливостей осіб, захворівших виразковою хворобою шлунка, дванадцятипалої кишки та виразковим (спастичним) колітом, виявили певні зміни психологічної діяльності. Частіше за все хворі стають дратівливими, образливими, у них порушується сон, знижується працездатність у результаті швидкої стомлюваності та виснаження. У деяких з них ці порушення настільки виражені, що змушують звернутися до невропатолога, в інших, навпаки, вираженість зазначених розладів незначна, тому ні вони самі, ні лікарі не надають їм значення і жодної спеціальної терапії не призначають. Лише при детальному розпитуванні вдається вияснити, що в цих хворих стали частіше виникати конфлікти вдома та на роботі, а також в тих лікувальних установах, куди вони звертаються. Контакти з лікарями та іншим медичним персоналом в процесі лікувально-діагностичної роботи ще більше ускладнюються, якщо у хворих чітко проявляються вибуховість, іпохондрична налаштованість та явища канцерофобії.

Доведено, що в розвитку виразкової хвороби шлунка та дванадцятипалої кишки більше значення відіграє порушення центральних механізмів нервової регуляції. Кортико-вісцеральна теорія К.М. Бнкова та І.Т. Курцина отримала визнання більшості вітчизняних та закордонних вчених. Виявлено конституційно обумовлені риси визначеної нервової стигматизації або психосоматичної готовності у хворих. Невропатичні явища полягають в розладі регуляції, що призводить до дискінезій, схильності до спазмів. Вказується, що в патогенезі виникаючих розладів вагому роль відіграють емоційні фактори. На думку багатьох дослідників, шлунково-кишковий тракт являє собою своєрідний емоційний резонатор, з допомогою якого психічна напруга проявляється в соматичній сфері: зникає апетит, з'являється нудота, пронос і т.д. Такі емоції, як тривога, злість, почуття провини та сорому, здатні посилювати шлункову секрецію.

У більшості наукових робіт вказується на зв'язок між стресовою ситуацією та змінами в дванадцятипалій кишці; для виразки шлунка подібний зв'язок менш характерний. Крім того, у осіб, які по виду своєї діяльності пов'язані з частими ситуаціями стресу (наприклад, авіадиспетчерів), виразкова хвороба дванадцятипалої кишки зустрічається вдвічі частіше в порівнянні із загальною популяцією.

Вивчення преморбідних особливостей показує, що, поруч із зовнішньою стриманістю, цілеспрямованістю, врівноваженістю, які спостерігались до хвороби, у хворих відмічається дратівливість, ригідність, прямолінійність, формальне розуміння обов'язку. Під час конфліктів у них частіше виникають реакції гніву, роздратування, ніж занепокоєння. В преморбіді осіб, які страждають неспецифічним виразковим колітом, описуються м'якість з рисами підвищеної загальмованості та вираженим "почуттям неповноцінності" в життєвих ситуаціях, які вимагають рішучих дій (Александр Ф., 1950). У деяких хворих до хвороби відмічаються, разом із впертістю та недовірою до оточуючих вибуховість та паранояльність.

Ще 100 років тому Апісгаї вказав на тісний зв'язок між змінами в нервовій системі і виникненням виразки дванадцятипалої кишки. В сучасній літературі дослідники різних шкіл і напрямків надають значну роль властивостям

особистості та різноманітним потрясінням в житті хворих у виникненні цієї хвороби. Так, наприклад, психічні фактори виявляють значний вплив на секрецію шлунку. Особливо часто доводиться зустрічатися з виразковою хворобою шлунку у депресивних хворих, а також у людей з вираженою тривожністю, егоцентризмом, тривожно-фобійним синдромом. І все ж стрес і надалі вважають основним етіологічним фактором у формуванні виразкової хвороби.

При виразковій хворобі шлунка та дванадцятипалої кишки, у випадках їх повільного початку і в'ялого протікання, психічні порушення зазвичай вичерпуються соматогенною астеною. У таких хворих спостерігаються слабкість, підвищена стомлюваність, неглибокий сон, образливість, плаксивість. Вибуховість та роздратованість в цих випадках нечітко виражені.

В інших хворих появі виразкової хвороби передують реактивні стани, часто характерна картина невротичної депресії, яка включає скарги на біль та неприємні відчуття в ділянці шлунка і серця. До поміщення в стаціонар такі хворі краще себе почувають поза психотравмуючою ситуацією, відзначається пряма залежність між погіршенням соматичного стану та психічними розладами. Хворі зазвичай тривожно сплять, бувають вибухові та дратівливі, але загалом відчують пригніченість та слабкість. Присутні добові коливання стану. Частіше зранку стан гірший, ніж ввечері. Але це не туга, як буває при циклотимії, а в'ялість, слабкість, як при неврастенії.

При ускладненні протікання виразкової хвороби, появі кровотеч, схудненні, болях, втраті працездатності можуть виникнути *реактивні стани* з тривогою, відчаєм, іноді з суїцидальними думками. В таких випадках хворих необхідно консультувати у психіатра та призначати антидепресанти в комбінації з транквілізаторами для купірування тривожної депресії та нормалізації сну.

Соматозогнозія при виразковій хворобі багато в чому залежить від вираженості клінічних проявів. Вираженість больового синдрому, прогресуюча втрата ваги сприяють гіперсоматозогнозії з проявами фобійних (частіше канцерофобії) або іпохондричних розладів. Слабка вираженість клінічних ознак, навпаки, може слугувати причиною гіпсоматозогнозії.

Необхідність оперативного втручання може виникнути раптово. У зв'язку з цим у хворого неминуче з'являється емоційна реакція хвилювання та тривоги. Травмує психіку людини як неминучість самої операції, так і обстановка, пов'язана з нею: необхідність прийняття швидке рішення, вигляд лікарні, лікарів, переляканих родичів. Від правильного психотерапевтичного підходу лікарів в даній ситуації не лише до хворого, але й до його близьких залежить багато в поведінці і подальшому стані хворого. Тому необхідно, по можливості, враховувати особистість хворого, вміти заспокоїти його, переконати в необхідності оперативного втручання, дати зрозуміти, що іншого виходу немає. Лікар має прагнути до того, щоб максимально пом'якшити страх хворого і перед плановою операцією. Такий хворий шукає підтримки в лікаря, у рідних, тому розмови з близькими хворого мають носити суворо продуманий характер, щоб через них психотерапевтично впливати на нього. У багатьох хворих перед операцією виникає відчуття страху за своє життя. Розмови з іншими хворими, вісті про загиблих під час операції можуть не лише викликати у хворого страх, але й виявити несприятливий вплив на результат операції.

Після операції з приводу виразкової хвороби шлунку та резекції шлунка необхідно пам'ятати про можливість розвитку у хворого клінічної картини демпінг-синдрому: через 10-20 хвилин після прийому їжі з являються приступи гострих болей, слабкість, пітливість, нудота, рвота, серцебиття, запаморочення, які іноді мають виражений характер та нагадують колаптоїдні стани. Від цих порушень відрізняються розлади, які вкладаються в картину гіпоглікемії, яка виникає зазвичай через 1,5 – 3 години після їжі та носить також характер приступів. У розмежуванні цих станів більшу роль відіграє вміння лікаря детально розпитати хворого, вмовити провести додаткові дослідження. Хворому необхідно пояснити причини порушень, що в нього виникають.

1. Overbeck і Viebl пропонують п'ять типів гастроентерологічних хворих: до першого типу відносяться психічно здорові люди, у яких виразкова хвороба виникла при значній регресії "Я": до другого – хворі на невроз з формуванням псевдонезалежних реакцій, obsесивно-депресивними рисами, в стані психічної декомпенсації внаслідок особливих переживань образи, невдачі, любовної втрати; до третього – хворі з соціопатією, схильні до надмірної залежності; до четвертого – психосоматичні хворі, які завжди на психотравми та психічні навантаження реагують соматично; до п'ятого – нормопатичні хворі, у яких на тлі хронічного психічного стресу в результаті надмірної орієнтованості на "норму" поведінки формується виразка.

Найчастіше клінічна картина виразкової хвороби маскує приховану депресію, пов'язану з невідреагованою дитячою психотравмою.

У численних наукових дослідженнях зроблені спроби виокремити психологічні типи хворих з виразковою хворобою. Більшість авторів (Freyberger, Valint, Loch) виокремлюють гіперактивний і пасивний типи, які ґрунтуються на внутрішньому конфлікті, основаному на неможливості поєднати протилежні потреби – у залежності та страху виявити свою залежність. Пацієнти з пасивним типом задоволені своїм залежним становищем і бояться його втратити, а з гіперактивним – уникають залежності, намагаючись зробити залежними інших людей

Пасивний "виразковий" тип особистості схильний до субдепресивного тла настрою і прямо виражає свої потреби в залежності. Він вважається маніфестно-залежним. Виразковий напад настає, "коли підсвідомі чи свідомі бажання залежності зустрічають відмову" (Freyberger, 1972).

Кроки до самостійності і незалежності не починаються. Хворий насолоджується перевагами залежності і відмовляється від усякого ризику. Життєва стратегія полягає в тому, щоб бути захищеним.

Цей маніфестно-залежний, пасивний "виразковий" тип хворого часто походить з родини, у якій ним опікувалась дуже турботлива матір. Хворому не вдається досягти переривання "психологічної пуповини", стати незалежним від матері. Він залишається з бажанням захисту і допомоги, сильно прив'язаним до материнської опіки, у той час як батько може зайняти лише другорядне положення.

При гіперактивному "виразковому" типі особистості бажання залежності дуже сильні, однак заперечуються хворими. Вони відмовляються від своїх бажань і тим самим фруструють самі себе. Гіперактивний тип позбавлений спокою. Хворий агресивно переслідує свою мету, компенсаторно прагне до

незалежності і постійно прагне довести свою силу. Пацієнт має потребу в такому підтвердженні, оскільки не в змозі забезпечити собі почуття захищеності іншим способом, крім досягнення успіху. Цей тип хворого шукає успіху, але в цілому є неуспішним, оскільки предметом його прагнень є визнання і престиж. Вони одночасно активні і невпевнені в собі.

F. Alexander (1932) висловив припущення, що хронічна фрустрація при явній потребі у залежності формує характерний несвідомий конфлікт. Останній переростає у інтенсивну потребу в залежності, турботі, що викликає хронічний підсвідомий регресивний голод або гнів. Ця реакція проявляється фізіологічно стійкою вагусною гіперактивністю, яка призводить до гіперсекреції шлункового соку та обумовлює розвиток виразки шлунку та дванадцятипалої кишки.

Вважається, що майже усі хворі з виразковою хворобою мають внутрішній конфлікт типу "віддати-взяти", що проявляється боротьбою між двома протилежними прагненнями (залежності та побоюванням відкрито демонструвати свою залежність).

При пасивному "виразковому" типі хворі насолоджуються перевагами залежності та не роблять кроків до незалежності. На першому плані у таких хворих стоїть підсвідомий страх бути кинутими.

При гіперактивному типі бажання залежності свідомо відкидаються. Ці хворі турбуються про інших, намагаються бути лідерами, постійно шукають успіху, але не знаходять його.

Деякі дослідники (Zander, 1976) вважають, що початковим фактором є заздрість – "виразка виникає, коли людина з "голодною" установкою повинна бачити як їсть інший". У думках дитини бажання бути коханим та бажання бути нагородженим пов'язані дуже глибоко. Коли у більш зрілому віці бажання отримати допомогу від іншого викликає сором або сором'язливість, що часто зустрічається у суспільстві, головною цінністю якого є незалежність, це бажання знаходить регресивне задоволення у підвищеному потязі до поглинання їжі. Цей потяг стимулює секрецію шлунку, а хронічне підвищення секреції у індивіда може призвести до утворення виразки.

У процесі наукових досліджень стало відомо, що більша частина пацієнтів з виразковою хворобою пов'язує своє захворювання з психологічними причинами, що підтверджується достовірно підвищеним рівнем тривожності та депресії у порівнянні з пацієнтами, які не співвідносять хворобу із психологічними чинниками. При цьому рівень тривожності на 5–7 пунктів вище рівня депресії. Підвищений рівень тривожності пов'язаний як із особистісними особливостями пацієнтів, так і з лікуванням хворих у стресогенних умовах стаціонарного відділення. Пацієнти відмічали що у домашніх умовах вони відчують себе більш комфортно і вільно.

Хворі на виразкову хворобу відрізняються педантичністю та схильністю до іпохондрії та пригніченого настрою.

Синдром подразнення товстої кишки. Особливої уваги заслуговує зв'язок між діяльністю кишечника і психічним станом людини. Терміном "синдром подразнення товстої кишки", запропонованим Н. Воекус, об'єднують такі розлади: функціональна діарея, нервова діарея, невроз товстої кишки, спастичний коліт та ін. За даними А.Б. Смулевича, синдром подразненої товстої кишки – найпоширеніший психосоматичний розлад, на який страждає кожен

п'ятий мешканець планети. Водночас, за даними J. Richter, діагноз синдрому подразнення товстої кишки гастроентерологи ставлять 11 % своїх пацієнтів. Загалом можна зауважити певні спільні риси, притаманні пацієнтам із синдромом подразнення товстої кишки: ригідність, педантизм, схильність до фіксації на переживаннях неприємних ситуацій.

Синдром подразнення товстої кишки В.М. Мясіщев вважав маніфестацією тривожних і депресивних розладів, які супроводжуються вираженими вегетативними розладами. Да Коста вказував на зв'язок між абдоміналгіями, діареєю та підвищеною тривожністю, патологічними страхами: це підтверджується тим, що у стресових ситуаціях разом з гастроентерологічною симптоматикою загострюється і психопатологічна. Існує багато спостережень психічних впливів на діяльність кишечника. Відомі експерименти, коли через свищ спостерігали за впливом різних емоційних подразнень на кровопостачання кишечника. Під впливом подразників стінка його червонішає, судини розширюються. Коліти психогенної етіології супроводжуються діареєю, закрепами або тенезмами. Профузна діарея може бути спровокована переживанням страху.

Основними клінічними проявами синдрому подразнення товстої кишки є порушення її моторної функції та абдоміналгії. Порушення моторної функції виявляються у вигляді закрепів, діареї та чергуванні закрепів і діареї. У чутливих, сором'язливих людей почуття сорому може викликати тимчасові закрепи, як-от: закрепи у громадських місцях у молодих жінок, "дорожні закрепи". Особливо важливо слідкувати за травленням у людей похилого віку, оскільки розлади дефекації можуть стати у них витоком різноманітних страхів і приводом для занепокоєння. Психогенна діарея виявляється у вигляді частих рідких випорожнень, загальний об'єм яких не перевищує звичайний. Абдоміналгії виявляються приступами спастичного болю, який може змінювати як локалізацію, так і інтенсивність.

Більшість пацієнтів адаптуються до розладу і не звертаються за лікуванням ні до гастроентерологів, ні до клінічних психологів. Систематична робота з клінічним психологом може допомогти пацієнтові позбутися патопсихологічних чинників, що призводять до формування розладу. Для пацієнтів із синдромом подразнення товстої кишки характерна перебільшена фіксація на діяльності травної системи, яка призводить до формування надцінного іпохондричного симптомокомплексу, що змушує їх кардинально змінювати режим життя та інтереси пацієнта. У таких випадках розлад може призвести не лише до соціальної дезадаптації, а й до інвалідизації пацієнта.

Розлади харчової поведінки

У групу поведінкових порушень входять розлади прийому їжі, походження яких пов'язане з впливом психогенних чинників.

Нервова анорексія переважно виникає у дівчаток 12-18-річного віку, у яких відзначається порушення ідентифікації або депресія пубертатного віку, та виявляється у свідомій відмові від прийому їжі та цілеспрямованих зусиллях, скерованих на схуднення (блювання, прийом послаблюючих препаратів, діуретиків, психостимуляторів, надмірні фізичні вправи). У зв'язку з формуванням надцінної ідеї загрози ожиріння, раціональне переконування у недоцільності та шкідливості подібних заходів не знаходить у них розуміння. Втрата ваги на 15% і більше за бажану та поява аменореї і затримка пубертатного розвитку переконливо свідчать на користь наявності нервової анорексії. Патопсихологічне дослідження підтверджує у них зниження самооцінки та підвищену депресивність із суїцидальними тенденціями.

Позитивний результат дає терапія антидепресантами у поєднанні з транквілізаторами. Та лише за наявності ефективної психотерапії результат лікування вдасться закріпити. Випадки повторної нервової анорексії складають близько 50 %.

Нервова булімія – етіологія розладу подібна до нервової анорексії, хоча у багатьох випадках виступає як захисна реакція при підвищеній сексуальності. Пацієнти відзначають нездоланий потяг до їжі, задовольнивши який вони намагаються позбутися їжі за допомогою блювання, прийому послаблюючих препаратів, діуретиків, обмежень у споживанні їжі.

Зміни психіки у пацієнтів із захворюваннями органів дихання

Основною фізіологічною функцією, яку виконують органи дихання, є насичення крові киснем і підтримання кислотно-лужної рівноваги, що спільно з серцево-судинною діяльністю забезпечує реакції пристосування організму до навколишнього середовища. Відомо, що респіраторні прояви є чи не основним способом вираження психоемоційного стану та переживань людини. Обмеження свободи людини ототожнюють з браком повітря, переляк, захоплення, збентеження – зі збільшенням частоти дихання, неможливість вербально виявити свої емоції – з відчуттям спазму в горлі. Отже, при психічній травмі, переляку, тривозі виникають виражені порушення дихання, які вказують на зміни внутрішнього стану людини, зумовлені психогенними чинниками. Навіть такі незначні респіраторні порушення, як зітхання, виникають при потребі людини виявити відчуття смутку та журби – зітхання на висоті вдиху або полегшення на висоті видиху (E. Straus).

Психогенна задишка – найбільш поширений симптом респіраторних розладів, що виявляється у скаргах на брак повітря, потребу у глибоких вдихах, утруднений вдих і/або видих, сухий надривний кашель, сухість у горлі, обмеженості дихання через "відчуття клубку" у горлі та відчутті стиснення в грудях (т. зв. "дихальний корсет"), які виникають при незначних фізичних або емоційних навантаженнях. Водночас хворі відзначають неприємні відчуття та заніміння в кінцівках, спазми верхньої губи. Розлад переважно формується у дорослих людей молодого та середнього віку. Дослідження свідчать, що причиною появи психогенної задишки зазвичай стає надмірна тривожність.

Хворі часто переживають нездоланну потребу безпричинного збільшення частоти та глибини дихання, яке не лише не дає їм відчуття полегшення, а й супроводжується подальшою нетривалою затримкою дихання, що наймовірно їх лякає та одразу стає об'єктом іпохондричної фіксації. Пацієнти відзначають зв'язок між появою задишки та зміною настрою, тривожними чи депресивними думками, особливо на тлі пригнічення, тривоги, страху (особливо страху смерті від задухи).

При нелікованому розладі спостерігається значне погіршення стану пацієнта. Розлад не піддається лікуванню за допомогою традиційних методів пульмонології, однак за умови адекватної психотерапії, яка призводить до нормалізації афективного статусу, повністю зникає.

Невротична бронхіальна астма, У значної частини хворих на бронхіальну астму при патопсихологічному та клінічному дослідженні діагностується так звана уявна невротична астма, яка клінічно імітує бронхіальну астму – проявляється бронхоспазмом, порушенням секреції, набряком слизових оболонок, – але яка завжди має психогенну, а не алергічну причину виникнення. На сьогодні немає єдиної точки зору щодо природи формування бронхіальної астми, адже активізувати макрофаги, що призведе до вивільнення медіаторів, які викличуть локальну реакцію у трахеобронхіальному дереві, можуть різні причини – і психологічні (стрес,

психотравма), і вплив алергену. Однак, зазвичай, приводом до появи нападу стає страх пацієнта. На користь психогенного походження також свідчать раптові переходи від рівномірного до прискороного поверхневого дихання і навпаки, залежно від появи чи зникнення психотравмуючого фактора. Клінічно напад невротичної бронхіальної астми виявляється у стійкій нестачі повітря з затрудненням видихом, але супроводжується специфічними "шумовими ефектами" (стогін, гикавка, зітхання) і завершується патологічною сонливістю.

Деякі науковці вважають, що астматичний стан виникає як умовнорефлекторна відповідь на подразники (стрес, страх, гнів, а також алергени, різкі запахи, інфекції). Інші вважають (Ф. Александер), що він пов'язаний з внутрішнім конфліктом через брак материнської любові. До формування цього розладу більш схильні особистості, яких з дитинства примушували до оцінювання результатів власної діяльності та спонукали до пригнічення будь-яких прилюдних проявів власних емоцій, особливо негативних. Даний психотип особистості через страх "осоромитися", постійне намагання приховати власну агресивність, зазвичай також схильний до формування сексуальних дисфункцій. Патопсихологічні дослідження хворих із невротичною астмою також свідчать про високий рівень депресивності, істеричності та низьку самооцінку, зниження соціальних контактів.

На відміну від неврогенної бронхіальної астми існує як психосоматичне захворювання, з аналогічною назвою, яке характеризується періодичними нападами задухи внаслідок спазму бронхів.

Бронхіальна астма – захворювання, відоме давно, про нього згадується ще в працях Гіппократа. В середині XVII століття Гельмонт і Ніліс ввели поняття спазматичної астми, що характеризується раптовими нападами.

Природа захворювання в основному інфекційно-алергічна. Стан підвищеної чутливості може виникнути під впливом речовин, які з'являються в організмі внаслідок життєдіяльності бактерій при інфекційних захворюваннях органів дихання. Алергенами можуть бути квітковий пилок, хімічні речовини, ліки, побутовий пил, гриби, ягоди, вовна тварин і таке інше.

Психосоматичні фактори також беруть участь у патогенезі алергічної бронхіальної астми. У хворих бронхіальною астмою невротичні реакції відіграють важливу роль. Емоційні конфлікти часто служать причиною чергового загострення астми. У клінічній практиці зустрічаються хворі, у яких перший приступ виник у результаті стресу. Так, серед факторів, що мають значення в її розвитку, 30 % становлять психологічні, 40 % – інфекційні та 30 % – алергічні.

Бронхіальна астма може виникати в будь-якому віці, але найчастіше вона розвивається в перші десять років життя. Зanedужують в 2-3 рази частіше хлопчики, ніж дівчатка. У половині випадків астма виліковується в пубертатному періоді.

При приступі бронхіальної астми різко змінюється механізм дихання, особливо видих, повітря повністю не виходить із легенів. Це призводить з кожним вдихом до збільшення повітря в альвеолах, здуття легень, недонасиченості крові киснем і недостатнім звільнення її від вуглекислого газу. Хворому не вистачає повітря, виникає страх задихнутися, він блідне, згодом обличчя стає синюшним. Дихання відбувається з великим зусиллям. Під кінець приступу починається відкашлювання мокротиння, що зібралось внаслідок надмірного виділення слизу в бронхах. Через кілька годин після приступу хворий відчуває себе практично здоровим. Однак прогресуюче захворювання може привести до зниження еластичності легень, хронічного бронхіту, легеневої й серцевої недостатності. У деяких хворих приступи виникають рідко, у певний період року, в інших – по кілька разів на добу. Іноді виникає "астматичний статус" – приступи не проходять протягом декількох днів. Сам приступ може тривати від декількох хвилин до декількох годин і більше. Лікування бронхіальної астми спрямовано на попередження приступу (медикаменти, фізична та психологічна реабілітація). При хронічній астмі спостерігається наростаюча тенденція хворих до самоізоляції.

Як зазначають С.М. Вороніна та Г.С. Маскова, емоційна сфера психосоматичних хворих відрізняється слабкою диференційованістю. Вони виявляють нездатність до точного опису власного емоційного етану й емоційного етану інших людей. Тому, на нашу думку, основна психологічна робота із хворими спрямована на зниження почуття страху у зв'язку з можливістю виникнення приступу, оволодіння методами саморегуляції емоційних станів.

В силу специфічності даного захворювання у хворих спостерігаються деякі патопсихологічні особливості особистості. На думку В.Д. Менделевича, люди, що страждають на бронхіальну астму часто мають істеричні або іпохондричні риси характеру, але вони не здатні при цьому "випустити гнів у повітря", що провокує приступи задухи.

На думку, Д.Н. Ісаєва, у більшості хворих на бронхіальну астму (83 %), яка протікає в тяжкій або середньотяжкій формі, спостерігаються зміни особистості, невропатичні прояви: підвищена чутливість, збудливість, тривожність, лякливність, дратівливість, швидка зміна настрою з переважанням зниженого, вразливість. Більш виражені ці риси у дівчат, які хворі на важку форму бронхіальної астми, а також у тих, хто хворіє більше п'яти років та чітко усвідомлює своє захворювання. Більшості хворим властиві істероїдні риси особистості: демонстративна поведінка, прагнення завойовувати увагу, негайно одержати бажане, прагнення досягти успіху, переоцінка власної особистості, вразливість та бурхлива емоційність.

Таким чином, у внутрішній картині хвороби людини з даними соматичними захворюваннями спостерігаються переважно зміни у особистісній сфері.

Психологія і поведінка хворих бронхіальною астмою багато в чому визначаються особистісними реакціями на хворобу. Реакція на хворобу

залежить від тих же чинників, що і при інших захворюваннях та вичерпується основними варіантами у вигляді гіпер- або гіпонозогнозії.

Специфіка внутрішньої картини хвороби при бронхіальній астмі полягає в тому, що вона включає два види реакцій – реакцію на астматичний напад і реакцію на хворобу. Вираженість розладів у більшості випадків обумовлена гостротою і раптовістю нападу. При раптовому гострому нападі найчастіше з'являються страх смерті від задухи або зупинки серця, страх нападу, що не зникає (Костюніна З.Г., 1971). Причому рідкі, але важкі напади астми супроводжуються більш вираженими проявами страху, що виникає не тільки під час нападу але і в очікуванні його. Короткочасні неважкі напади задухи, що не пов'язані з найбільш поширеними тригерами (психічними чинниками, алергенами та ін.) і легко знімаються інгаляцією протиастматичних засобів, навпаки, частіше супроводжуються гіпонозогностичними реакціями.

При подальшому хронічному перебігу хвороби і необхідності у зв'язку з цим тривалий час лікуватися, зокрема, в умовах соматичних стаціонарів, у багатьох хворих можлива фіксація уваги на своїх відчуттях і переживаннях з формуванням *тривожно-фобічних* і *депресивних реакцій*. Виражений страх стосується вже не тільки можливого нападу, але і свого здоров'я в цілому, своєї подальшої долі. Хворі фіксовані на власній дихальній функції, постійно зайняті аналізом відчуттів. У деяких з них з'являються страхи не тільки перед нападом бронхіальної астми, але і інші *іпохондричні страхи*, наприклад "за серце". Хворі побоюються, що діяльність серця порушиться у зв'язку з прийомом ліків, які можуть "зіпсувати серце". Через ці страхи часто виникають ускладнення з медикаментозною терапією, і тому великого значення набуває психотерапевтична робота.

Порівняно рідше за іпохондричні фобії виникають різні *істероформні розлади*, які зазвичай носять характер вегетативних і сенсомоторних пароксизмів без виражених істеричних форм поведінки.

Пасивність хворих, песимістична оцінка свого стану і майбутнього в цілому, негативізм відносно лікування, свідчать про наявність *депресивних розладів*, що вимагають іноді консультації психіатра і призначення психотропних засобів, вибір яких обмежений у зв'язку з тим, що деякі з них протипоказані при бронхіальній астмі (антидепресанти, бета-блокатори та ін.).

При зтяжньому несприятливому перебігу бронхіальної астми з'являються зміни особистості (патологічний розвиток, по Г.К. Ушакову), у структурі яких переплітаються реактивні і соматичні порушення. Причому, так само, як і при інших соматичних захворюваннях, проявляється зворотня пропорційність цих компонентів: з наростанням соматогенних розладів зменшується питома вага психогенних порушень і навпаки.

У системі лікування хворих бронхіальною астмою, разом із спеціальними бронхолітичними засобами і психотропними препаратами, велике значення повинні відігравати психотерапевтичні методи. Найбільш ефективними з них є когнітивна (раціональна) та біхевіоральна (поведінкова) психотерапія, навчання хворого прийомам релаксації за

допомогою аутогенного тренування. Якщо істеричні випадки носять характер нападів задухи і виникають у зв'язку з психотравмуючою ситуацією, то добрий результат спостерігається при гіпнотерапії.

При першому нападі бронхіальної астми, при якому особливо виражене відчуття страху у зв'язку із задухою, правильна бесіда лікаря, підбадьорююча і заспокійлива не тільки для хворого, але і для його родичів, має велике значення для подальшого лікування цього захворювання. Чим раніше почато психотерапію, тим вища ефективність використання її методів. Поява стійких, незворотних патофізіологічних змін, характерних для бронхіальної астми, різко звужує можливості психотерапевтичного впливу.

Відомо, що, за оцінкою лікарів давнини, захворювання органів дихання відносилися до одних із "двох воріт смерті" разом із хворобами серцево-судинної системи. Це пов'язано, в першу чергу, з поширеністю запальних захворювань легень і відсутністю ефективних засобів лікування. Найбільш небезпечним захворюванням легень як для життя, так і в плані виникнення психічних розладів вважалася *крупозна пневмонія*. Безумовно, зараз завдяки наявності антибактеріальних засобів терапії істотно зменшилася поширеність важких форм пневмонії і, відповідно, скоротилися кількість і вираженість психічних порушень при цьому захворюванні.

На причини виникнення психічних розладів при пневмонії існують різні точки зору. Багато авторів велику роль у виникненні *деліріозних розладів свідомості* при крупозній пневмонії відводять попередній алкогольній інтоксикації. Зараз виділяють два варіанти гострих психотичних розладів при пневмонії. Деліріозне затьмарення свідомості в перші дні захворювання, як правило, спостерігається у осіб, що довго зловживають алкоголем. У цих випадках в профілактиці психічних розладів і неправильної поведінки хворого має значення бесіда лікаря в приймальному відділенні і виявлення зловживання алкоголем шляхом розпитування самого хворого і його родичів. Тривожний сон у першу ніч, страхи, які відчуває хворий, скарги на зовнішні подразники, наявність гіпнагогічних галюцинацій вказують на можливість виникнення психотичного стану.

У осіб, що не зловживають алкоголем, гострий психотичний стан можна спостерігати при лікуванні крупозної пневмонії, коли температура вже знизилася і йде активне розсмоктування вогнища запалення.

Відомі випадки, коли лікарі поліклінік, не надаючи достатньо серйозного значення тяжкості стану у молодих хворих після зниження температури, не відвідували їх вдома, а наполягали на приході в поліклініку. Саме це додаткове навантаження може спровокувати психотичний стан із бурхливим розвитком клінічних проявів деліріозного затьмарення свідомості, вчинками і діями, небезпечними як для самих хворих, так і для оточуючих.

У багатьох хворих після перенесеної крупозної пневмонії *астенічні прояви* зберігаються більш-менш тривалий час.

Астенічні розлади, пов'язані з інтоксикацією і обмінними порушеннями, є значними і у хворих з *хронічними захворюваннями легень* – бронхітами і бронхопневмоніями. На тлі астенії можуть виникати тривожні побоювання, що стосуються здоров'я, думки про невиліковність хвороби, приреченість. Іноді ці переживання є віддзеркаленням депресивного стану, що вимагає консультації і лікування у психіатра. *Депресії* частіше носять характер *дистимії*, коли хворі всім незадоволені, скандалять, дорікаючи оточуючим у недостатній увазі до себе, відсутності допомоги. Іноді, при вираженому кашлі і великій кількості відокремлюваної мокроті, хворі обтяжуються перебуванням в суспільстві, у них можуть виникати сенситивні ідеї ставлення: здається, що оточуючі зневажають їх, "гідують" знаходитися поряд із хворим.

Частіше у хворих мають місце *іпохондричні розлади* з фіксацією уваги на своєму самопочутті. Вони багато часу приділяють різним методам обстеження і лікування, всіляко прагнуть захищати себе від чинників, що сприяють загостренню захворювання.

Серед захворювань органів дихання, при яких велике значення мають психологічні особливості хворого, а також можуть мати місце психопатологічні прояви, особливе місце належить *туберкульозу легень*. Актуальність психічних розладів при цьому захворюванні обумовлена також несприятливими епідеміологічними показниками по туберкульозу останніми роками.

Особливості психологічного реагування хворих туберкульозом на захворювання і складнощі лікування таких пацієнтів пов'язані з упередженнями і помилковими уявленнями про туберкульоз як про важке, "заразне", невиліковне захворювання, що існують в суспільстві до теперішнього часу. Тому повідомлення про підозру або наявність туберкульозного процесу у пацієнта може сприйматися ним як катастрофа, трагедія. У багатьох хворих виникає страх опинитися в ізоляції, тому що, боячись заразитися, їх уникатимуть родичі, товариші по службі, сусіди. Глибокі переживання і відчай посилюються при поміщенні хворого в спеціалізовану лікарню або санаторій, у відриві від звичного оточення. Тому вже в першій бесіді з хворим лікар повинен заспокоїти його, розсіяти сумніви і побоювання, пояснити необхідність та характер лікування і вселити надію на одужання. Психологічна допомога хворому з боку лікаря, а також робота останнього з родичами пацієнта повинна проводитися увесь період захворювання. Необхідне психотерапевтичне опосередковування всіх вживаних засобів та методів обстеження й лікування хворого.

Разом з тим, доводиться зустрічатися і із зовсім іншим типом реагування хворих туберкульозом на хворобу. Можливим типом психологічного захисту у відповідь на повідомлення про наявність туберкульозу є витіснення або заперечення хвороби. Такі хворі, особливо при гарному суб'єктивному самопочутті, "не приймають хворобу", продовжуючи безтурботно вести колишній спосіб життя, відмовляючись від обстеження і лікування і не дотримуючись санітарно-гігієнічних правил. Така поведінка може являти собою небезпеку як для самих хворих,

внаслідок прогресування захворювання, так і для оточуючих у зв'язку з небезпекою поширення інфекції.

Іноді і родичі хворих через помилковий сором і страх образити близьку до них хвору людину також не дотримуються гігієнічних норм, піддаючи себе і своїх дітей небезпеці зараження туберкульозом.

Поведінкові розлади при туберкульозі легень найбільш виражені у хворих на алкоголізм. Як правило, такі хворі потрапляють до лікувальних установ вже із запущеною формою туберкульозу, оскільки погане самопочуття вони звикли "лікувати" за допомогою алкоголю. *Анозогнозія* у таких хворих проявляється протестом проти перебування в спеціалізованій лікувальній установі, недисциплінованості і самовільній втечі із лікувального закладу, порушенням режиму тверезості. Вираженість змін особистості і поведінкових розладів є показанням для консультації таких хворих психіатром і наркологом.

Були спроби окремих авторів виділити особливості психологічного статусу хворих на туберкульоз, які знайшли широке віддзеркалення в художній літературі. Підкреслювалася їх особлива чутливість, сентиментальність, виснажуваність, емоційна лабільність. Опис вказаних особливостей відноситься в основному до періоду доантибактеріальної терапії. Більшість же авторів не знаходять специфічних особистісних рис у хворих на туберкульоз (Берлін-Чертов С.В., 1948), але при цьому виділяють загальні чинники, здатні чинити вплив на психічний стан хворого: астенизуюча дія туберкульозної інтоксикації і соціально-побутові передумови, пов'язані з цією хворобою.

Психічні порушення, що спостерігаються у хворих на туберкульоз, складаються із:

- 1) порушень, що виникають в результаті самого процесу хвороби:
- 2) психогенних нашарувань, пов'язаних із фактом хвороби і необхідністю тривалого перебування в стаціонарі:
- 3) побічної дії антибактеріальної терапії.

Найбільш типовим психічним порушенням при туберкульозі є *астенічні прояви*, які можуть іноді виникати раніше проявлення інших клінічних ознак туберкульозу легенів. Як правило, переважає фізична, або *соматична астения*. У деяких хворих на тлі астенії виникають ситуативно обумовлені *афективні порушення*. Вони можуть виявлятися пригніченим настроєм, похмурістю, відчуженістю, іноді надмірною тривожністю. На тлі астенії можуть виникати *іпохондричні скарги* і *істеричні реакції*. У взаєминах з лікарем хворі іноді проявляють негативну реакцію, відмовляються від обстежень, бувають злісними та дратівливими, фіксованими на хворобливих відчуттях. Такі пацієнти скаржаться на розлади сну, часті пробудження, численні сновидіння неприємного змісту. У цей найбільш важкий для хворого період відбувається адаптація до нових умов, інтрапсихічна їх переробка, і тому саме в цей час велике значення мають психотерапевтичні бесіди і санітарно-освітня робота у відділенні.

Характер туберкульозного процесу також може сприяти виникненню психічних порушень у хворих. Для фіброзно-кавернозного туберкульозу легень характерні *астено-ейфоричні* та *атпено-апатичні синдроми* (Сергеев І.І., 1968).

При астено-ейфоричному стані на тлі різкої астенії з'являються піднесений настрій, балакучість, руховий неспокій, недостатня оцінка свого стану Підвищений настрій, як правило, чергується з примхливістю, гнівом або байдужістю. Це пояснюється тим, що на ці афективні порушення чинить вплив різка астенія.

Астено-апатичний стан виражається загальною слабкістю, байдужістю, спонтанністю, мовною і моторною загальмованістю. Коли хворі знаходяться в цьому стані, бесіди для них вкрай втомливі, вони часто відповідають лаконічно, незадоволеним тоном, просять залишити їх у спокої, при наполегливих вимогах обслуговуючого персоналу вступити в контакт можуть спостерігатися короткочасні реакції незадоволеності і дратівливості, які швидко затухають через виражену астенію.

З перебігом хвороби наростають зміни характеру і форм поведінки, типові і для інших хронічних соматичних захворювань: пасивність, байдужість і деяка відгородженість, звуження кола інтересів і контактів разом із підвищеною примхливістю, вибуховістю, що призводить до частих конфліктів з оточуючими.

Поява у деяких хворих на фоні більш менш виражених астеничних порушень, стійких змін характеру часто пов'язана, крім соматогенних чинників, з тривалою психотравмуючою ситуацією, обумовленою захворюванням. Ці стани можуть розцінюватися як патологічний розвиток особистості у зв'язку з туберкульозним процесом. Психічні прояви при цьому різноманітні: істеричні реакції, нав'язливі побоювання, сумніви, підозрілість, паранояльна настроєність, надцінні утворення.

В деяких випадках *паранояльність* виявляється недоброзичливим ставленням до лікарів: вони нібито раніше лікували їх "із злочинною халатністю", що призвело до несприятливого результату хвороби. Недоброзичливість і підозрілість можуть поширюватися і на родичів, які нібито спеціально тримають їх в лікарні. Такі хворі часто висловлюють думки про подружню невірність.

Лікарі повинні знати, що для хворих з *істеричними проявами* характерні так звані *рентні установки* – прагнення отримати максимальні вигоди з хвороби. Поява істеричних реакцій в картині хвороби не повинна розцінюватися лікарем як свідоме небажання підкорятися режиму, як симуляція і непристойна поведінка хворого. Це хворобливі форми поведінки і реагування на важкі ситуації, на неможливість впоратися із завданнями, що стоять перед хворим. Догани і зауваження хворим з істеричними проявами не досягають бажаного результату, а іноді призводять до ускладненого стану з появою протестних форм поведінки (відмова від лікування, втеча із стаціонару) аж до демонстративних суїцидів.

Обов'язок лікаря – виявити конфлікти і ускладнення, які сприяють появі вказаних форм поведінки і реагування.

Конфлікти, що виникають у хворих із іншими пацієнтами, родичами і обслуговуючим персоналом, є наслідком хвороби, тому разом із психологічною допомогою хворому необхідно проводити роз'яснювальну роботу з людьми, що його оточують. Особливо це стосується рідних і близьких хворого, бесіди з якими мають бути направлені, з одного боку, на захист інтересів хворого в цілях запобігання розпаду сім'ї, а з іншого – на необхідність дотримання гігієнічних правил.

Виникнення психотичних розладів у хворих, частіше деліріозного характеру, може бути пов'язане з токсичною дією медикаментозних засобів, вживаних для лікування туберкульозу. Сприяють цьому змінена реактивність організму, наявність патології інших систем органів, перш за все печінки.

Зміни психіки у пацієнтів кардіологічного профілю

За наявності різних соматичних захворювань виникають специфічні, характерні тільки для них переживання. Найчастіше лікар стикається з психологічними проблемами у разі *серцево-судинних захворювань*.

Серцеві і судинні розлади завжди взаємопов'язані (Н.Е. Бачериков, К.В. Михайлова, 1989). У разі захворювань серця відзначається мозкова гіпоксія, у разі ураження мозкових судин розвиваються гіпоксичні зміни в серці.

Психічні розлади, які виникають внаслідок гострої серцевої недостатності, можуть проявлятися синдромами порушеної свідомості, що здебільшого перебігають у формі глухоти і галюцинаторного збудження, яке характеризується нестійкістю галюцинаторних переживань.

Під час обстеження хворих із патологією серцево-судинної системи у них виділяють наявність виражених форм особистісних реакцій. Недостатність кровообігу, яка виникає у разі вад серця, призводить до хронічної гіпоксії мозку, розвитку загальнономозкової і вогнищевої неврологічної симптоматики, у тому числі й у вигляді судомних нападів.

Хворі із вродженими вадами серця часто відчують себе стигматизованими. У них виникає страх за майбутнє, який деякі пацієнти намагаються компенсувати шляхом високих досягнень.

Реакція на хворобу в пацієнтів після кардіохірургічного втручання є наслідком не тільки церебрально-судинних порушень, але і його особистісної реакції. Виділяють так званий кардіопротезний психопатологічний синдром, який часто виникає у разі імплантації мітрального клапана або після багатоклапанного протезування. Внаслідок шумових явищ, пов'язаних з діяльністю штучного клапана, порушення рецептивних полів у місці його вживлення і розладу ритму серцевої діяльності, увага хворих прикута до роботи серця. У них виникають переживання і страхи щодо можливого "відриву клапана", його поломку. Настрій погіршується вночі, коли шум від роботи штучних клапанів чути особливо чітко. Тільки вдень, коли хворий бачить навколо себе медичний персонал, він може заснути. З'являється негативне відношення до активної діяльності, виникає тривожно-депресивний фон настрою з можливістю суїцидальних дій.

У разі гіпертонічної хвороби найчастіше спостерігається гармонійна, іпохондрична, істерична або анозогнозична ВКХ. Потім з'являються астенія, гіпомнезія, зміни настрою, плаксивість, іпохондрія, образливість, кардіофобія (страх смерті від серцевого нападу). Часто спостерігається нав'язливість, емоційна лабільність, дратівливість.

При церебральному атеросклерозі хворі вразливі, необгрунтовано образливі, з неадекватними змінами настрою, з плаксивістю, зниженням працездатності, дратівливістю, загостренням рис характеру, вираженою гіпомнезією. У пізній період відзначають зниження інтелекту.

Ішемічна хвороба серця (ІХС) виникає внаслідок звуження коронарних артерій, зумовленого їх ураженням атеросклеротичним процесом, а також психо-емоційним сресом.

У літературі поширене поняття "коронарної особистості" (Ф Данбар), яка відзначається агресивно-імпульсивною поведінкою, коли багато зусиль

докладається для досягнення успіхів у професійній діяльності та визнання. М. Фрідман і Р. Росенман виокремили особистісні типи хворих на ІХС:

- 1. Тип А – ворожо-суперницький, до якого належать люди, що наполегливою працею намагаються досягти успіху, поставивши перед собою високі, але чіткі та досяжні цілі, водночас інтенсивно конкуруючи з колегами. Через неадекватну оцінку власних можливостей у їх професійній діяльності часто трапляються невдачі, які не лише пригнічують та засмучують їх, а й сприяють формуванню заниженої самооцінки не лише щодо власних професійних якостей, а й загалом до власної особистості. Ці люди потребують високої моторної активності, вони рухливі, нетерплячі, при хворобі у таких пацієнтів виявляють значне підвищення в крові холестерину, ліпопротеїдів, кортикостероїдів. Для них характерні амбіційність, нетерплячість, агресивність, підвищене почуття обов'язку та пригнічення бажань шляхом контролю за власними емоціями, що призводить до постійного афективного напруження. В їх поведінці спостерігається схильність до надмірної активності в праці, що не приносить задоволення та невміння відпочивати. Для хворих особистісного типу А характерна боязливо-ажитована поведінка в умовах хвороби: внутрішня напруга в міжприступний період, стан тривоги перед можливим загостренням. В динаміці патологічних змін виявляється своєрідна психосоматична спіраль: певні особистісні зміни обумовлюють виникнення захворювання – захворювання підсилює преморбідні риси – підсилення преморбідних та поява нових особистісних рис призводить до погіршення перебігу захворювання.

- 2. Тип Б – пацієнти з ІХС, які теж прагнуть досягнення успіху у житті, але у досягненні своєї цілі не виявляють надмірної наполегливості та агресивності.

Отже, розвитку ішемічної хвороби серця сприяють такі особистісні характеристики людини: прагнення до професійних досягнень, тривалий період "недооцінювання" соціумом їхніх чеснот, занижена самооцінка, а також вираження акцентуації! характеру, що призводить до конфліктів та емоційного напруження. Оскільки тривале емоційне напруження призводить до істотної активізації фізіологічних та біохімічних процесів (гіперглікемія, гіперхолестеринемія, тромбоцитоз, підвищення згортання крові), при гіподинамії виникають умови для виникнення розладів гемодинаміки, порушення обміну речовин, і як наслідок – артеріальної гіпертензії. Для пацієнтів з психогенною ІХС характерна дифузна тривожність, чіткий зв'язок між психоемоційним стресом та появою відчуття болю в ділянці серця. В результаті усунення психотравмуючих факторів та задоволення потреб особистості виникає покращення самопочуття.

На відміну від класичної ішемічної хвороби серця, яка характеризується гострими несподіваними короткотривалими приступами, що виникають внаслідок надмірного фізичного навантаження і знімаються нітрогліцерином та мають тенденцію до поступового погіршення стану пацієнта, при психогенній ІХС приступи поступово наростають після психоемоційного навантаження, тривають значно довше, не реагують на нітрогліцерин та не мають тенденції до посилення з часом.

Ускладненням ішемічної хвороби серця є інфаркт (змертвіння ділянки серцевого м'яза внаслідок спазму коронарних судин, утворення в них тромбів та

атеросклеротичних змін). Особливе значення мають рефлекторні впливи больових імпульсів на центральну нервову систему, зумовлені порушенням функції вегетативної нервової системи. Психічні порушення у разі інфаркту міокарда систематично почали вивчати в останні десятиріччя.

Виокремлюють кілька етапів у розвитку цих порушень. Продморальний період характеризується відчуттям "неясної затуманеності голови", нечіткістю сприймання оточення, заторможенням. В емоційній сфері – з'являються відчуття тривоги, небезпеки, туги, іноді ейфорія. Це симптоми, які сигналізують про наближення приступу та на які повинен звертати увагу сам пацієнт для того, щоб адекватно на них відреагувати і запобігти їх наростанню.

Основним проявом гострого періоду є больовий синдром, який досить часто супроводжується несвідомим страхом смерті. У такому стані хворі лежать непорушно, дещо відчужені від оточення, або тривожні, рухово неспокійні, метушливі, розгублені. Іноді такий стан наростає і хворі підскакують з ліжка, ходять, говорять, незважаючи на те, що розуміють небезпеку такої поведінки, але не можуть заспокоїтися і лягти. У передінфарктний період виникають відчуття тяжкості у голові, труднощі з концентрацією уваги, передчуття неминучої безпеки, тривога, інколи ейфорія. У гострий період – безсоння, ілюзії, галюцинації, рухове збудження, тривога, пригніченість, страх смерті, часом – анозогнозія, втрата критичності, ейфорія. Надалі розвиваються стійкі іпохондрії, фобії (кардіофобія тощо), астенодепресивні і невротичні реакції, стійка фіксація уваги на соматичних відчуттях. Описані депресивні стани, синдроми порушеної свідомості з психомоторним збудженням. Нерідко формуються надцінні утворення. Спостерігається певна кореляційна залежність між локалізацією інфаркту міокарда і характером зміни психічної діяльності. У разі дрібновогнищевого інфаркту міокарда виражений астеничний синдром з елементами сльозливості, загальною слабкістю, інколи нудотою, ознобом, тахікадією, субфебрильною температурою тіла. У разі багатогогнищевого інфаркту з ураженням передньої стінки лівого шлуночка виникає тривога, страх смерті; за умов інфаркту задньої стінки лівого шлуночка спостерігається ейфорія, балакучість, недостатність критики до свого стану зі спробами піднятися з ліжка, невиконанням лікарських призначень, проханнями дати якусь роботу. У післяінфарктному стані відзначають в'ялість, різку втомлюваність, іпохондричність. Нерідко розвивається фобічний синдром очікування болю, страх повторного інфаркту, страх рухатись в той період, коли лікарі рекомендують активний режим.

Після закінчення гострого періоду починають наростати слабкість, дратівливість та інші ознаки астенії. Хворих дратує яскраве світло, шум, галас, тактильні контакти, медичні процедури. Астеничні прояви зберігаються на досить тривалий термін, можливе виникнення іпохондричної фіксації на минулих відчуттях, змінюється ставлення до больового синдрому. Після перенесеного інфаркту навіть незначні больові відчуття в ділянці серця викликають страх. У деяких хворих після інфаркту формується певний стиль поведінки: дотримання особливого щадного режиму, обов'язкове, але формальне дотримання приписів лікаря, обмеження кола своїх обов'язків, зосередження уваги на хворобі, наростає тривожність, знижується почуття товаришкості та щирого ставлення до близьких, з'являється відвертий егоцентризм з акцентом

інтересів на самому собі, на власному організмі та його функціях і, нарешті, підсилена з часом тенденція до пильного спостереження за своїм здоров'ям помітно збільшують імовірність формування іпохондричного розвитку особистості.

Судинна дистонія під назвою синдрому Да Кости вперше описана ще в кінці XIX ст. лікарями Да Костою та Мак-Ліаном як розлад, що виникає внаслідок стресу і виявляється надмірною втомою, запамороченням, втратами свідомості, тахікардією, кардіалгією, систологічним шумом на верхівці серця, екстрасистолією, а також нетривалими втратами зору, ортостатичними розладами. Спершу розлад пов'язували зі значними психоемоційними перенавантаженнями, однак вже на початку XX ст. П. Вайт та Т. Джонс спостерігали його у 10% всіх пацієнтів із серцево-судинною патологією, а Т. Левіс – у людей з вираженими невротичними ознаками.

Про психопатологічну природу розладу свідчить обов'язкова наявність у пацієнтів транзиторної гіпер- або гіпотензії (резистентної до терапії), зниження сенсорного сприймання, зміна особистості пацієнта (обмеження професійної та соціальної активності, високий рівень тривожності за ймовірні небезпеки щодо своїх близьких та себе самого, схильність до іпохондрії), ознаки дистимії або депресії, а також вегетативна симптоматика. За даними С. Morris, симптомокомплекс, що відповідає поняттю синдрому Да Коста, відзначають у 21% усіх людей та у 56% терапевтичних пацієнтів.

Психогенна артеріальна гіпотензія

До групи психосоматичних розладів серцево-судинної системи входить патологічна гіпотензія. Особливий інтерес викликають гіпотонічні кризи, що виникають на тлі вираженої астенизації після тривалих хронічних захворювань або в результаті стресу чи психотравми. Синкопальні епізоди, які часто спостерігаються у вигляді короткотривалої втрати свідомості як у побуті, так і під час лікування та обстеження пацієнтів, не стають об'єктом дослідження медичної психології, але можуть виступити як провісники патологічної хронічної артеріальної гіпотензії.

Хронічна психогенна гіпотензія зазвичай формується у астеничних особистостей (переважно у жінок середнього віку), які ведуть малорухливий спосіб життя, педантичні та схильні до надмірного рефлексування. Загальні скарги при хронічній гіпотензії: різноманітні розлади сну, відчуття постійної втоми, що не минає після відпочинку і сну, зниження здатності до концентрації уваги, розлади пам'яті тощо. Специфічні кардіальні скарги – на різного виду та інтенсивності болі в ділянці серця, стійкі тривалі, резистентні до нітрогліцерину, суб'єктивне відчуття "серцебиття" або "випадіння" окремих серцевих ударів, задишка при мінімальному фізичному навантаженні, виражена пастозність або набряки гомілок і стоп, що з'являються наприкінці дня. Обов'язковими є такі церебральні симптоми, як запаморочення (особливо при незначному фізичному навантаженні, тривалому перебуванні у задушливому приміщенні), що супроводжуються вегетативними розладами і значною тривожністю, гіперчутливість до світла, звуку, дотиків, частий або постійний головний біль різноманітної інтенсивності, локалізації. характеру, резистентний до анальгетиків, який минає при необтяжливих фізичних вправах на свіжому повітрі, а також нерізко виражений латентний страх висоти та відкритих просторів, який може супроводжуватися втратою автоматизму ходи.

судинної системи у вигляді артеріальної гіпертензії – один з найбільш досліджених психологами та клініцистами, які погоджуються з залежністю між підвищенням артеріального тиску та характерологічними особливостями особистості пацієнта, що виявляється у: значній тривожності, підвищеній вразливості і збудливості, афективній нестійкості (особливо на фоні тривалої психотравмуючої ситуації), яка не знаходить емоційного виходу і не зменшується внаслідок позитивних переживань.

Г.Ф. Ланг виокремив основні патогенетичні фактори гіпертонічної хвороби:

- – психічна травматизація;
- – постійна афективна напруженість:
- – тривога і неспокій;
- – пригнічення гніву та агресивних імпульсів;
- – боротьба за визнання;
- – підвищене почуття відповідальності та страх не справитись з дорученою справою;
- – хронічний брак часу;
- – відчуття необхідності, безперервного контролю зовнішніх проявів своїх почуттів.

Серед преморбідних особливостей особистості, що призводять до розвитку лабільної артеріальної гіпертензії, особливо слід звертати увагу на виражену афективну нестійкість (нерідко на тлі тривалої психотравмуючої ситуації), тривожність, підвищену вразливість і збудливість, обмежену здатність до переживання позитивних емоцій (схильність до песимізму, фобій і спастичних явищ, замкнутість, ворожість і підозріливість до оточення). Іпохондрична налаштованість зазвичай формується в емоційно нестабільних особистостях з тенденцією до надмірної фіксації на своєму здоров'ї. Порушення психічної сфери, що виявляється у: підвищеній драматичності, надмірній чутливості щодо значущих зовнішніх подразників, швидкі й втомлюваності, зниженні працездатності, розладах сну і схильності до вазоконстрикторних реакцій на різні подразники – чітко окреслюються ще в ініціальной стадії захворювання.

Дані спеціальних психологічних досліджень свідчать про те, що хворим з артеріальною гіпертензією притаманна переважно "споживча" поведінка, скерована лише на задоволення власних потреб. У той же час ці хворі відзначаються значно більшою пасивністю в досягненні своїх цілей і ймовірно більш низьким ступенем "самооцінки" порівняно зі здоровими людьми. Неможливість активно реалізувати свої претензії і необхідність постійно контролювати свою поведінку відповідно до вимог суспільства стають постійним джерелом емоційної напруженості хворого.

У розвитку артеріальної гіпертензії вирішальну роль відіграє постійна або періодична афективна напруженість з домінуючими ангіоспатичними явищами, що спричиняє підвищення загального периферичного опору. Тимчасове підвищення артеріального (переважно систолічного) тиску під впливом афективних переживань або раптовий різкий підйом – гіпертонічний криз – безпосередньо після впливу психотравмуючих чинників, часто виникає не лише у клініці невротичних станів і стійкої артеріальної гіпертензії, а й у практично здорових людей. Наростаюча афективна напруженість на тлі соматогенної і

психогенної астенії обумовлює нерідко трансформацію стійкої артеріальної гіпотензії в лабільну гіпертензію, при якій починаються раптові і різкі перепади артеріального тиску, що переносяться особливо важко.

Серед скарг пацієнтів з артеріальною гіпертензією на перший план виступають скарги на головний біль, а також скарги на "неприємні відчуття в голові", запаморочення, озноб, різке похолодіння та заніміння кінцівок, шум у вухах, фотопсії, брак повітря, біль у ділянці серця, що імітує напад стенокардії або інфаркт міокарда. На тлі тривожно-тужливого настрою хворі відзначають неприємні болісні відчуття в голові (тиск, постукування) і у всіх частинах тіла (стискання, оніміння, поколювання тощо). Характерно, що стійкість поширеність і розмаїття цих алгій, що зберігаються в деяких хворих і при нормалізації артеріального тиску в процесі гіпотензивної терапії, дозволяють говорити про психогенний характер розладу. Постійний головний біль, який імовірно виникає внаслідок тривалого напруження м'язів обличчя та шиї через необхідність постійного контролю над проявами власних емоцій, образи, ворожості до когось, у хворих з психогенною артеріальною гіпертензією зникає при застосуванні транквілізаторів, що мають міорелаксуючі властивості, та рефлексотерапії.

Відомо, що в основі численних скарг хворих переважно є реальні відчуття, викликані судинними розладами, які самі хворі трактують згідно зі своїми уявленнями про хворобу, та потреба в отриманні вторинної вигоди. Специфічні симптоми гіпертензії сприяють активізації фобій, які нерідко на ранніх етапах захворювання набувають виразного пароксизмального характеру і протікають за типом церебрально-судинних або гіпоталамічних кризів, що супроводжуються вітальним страхом, наростаючим головним болем, відчуттям браку повітря і "нудоти", ознобу і похолодання кінцівок, а відтак – роблять уявлення про наближення смерті ще більш переконливим для хворого.

Психопатологічні прояви виявляються не лише у постійному, стійкому нездоланному страху смерті, а й можливих наслідках захворювання, в першу чергу паралічів, психічних розладів, безпорадності та залежності від оточення.

Усе це свідчить, що психогенна артеріальна гіпертензія за своїм походженням та перебігом наближена до неврозів з домінуючою вазоконстрикторною реакцією і повинна лікуватися в першу чергу з цієї позиції.

Клінічна психологія в реабілітації хворих дітей, пацієнтів з дефектами тіла, зору та слуху

Психологія хворих з ушкодженнями обличчя та тіла

Під час Другої світової війни велика увага приділялася психічним порушенням у осіб, що отримали поранення, які призвели до серйозних дефектів тіла або обличчя. Відомий вітчизняний медичний психолог і психіатр, організатор і керівник психологічної лабораторії в Московському інституті травматології і ортопедії М.С. Лебединський писав, що будь-яка ділянка власного тіла для людини представляє особливу цінність і глибоко пов'язана з особистістю. Є спостереження, що кінцівка залишається для людини дуже важливою, навіть якщо функція її повністю втрачена. Такі хворі, при відсутності загрози для життя, рідко погоджуються на ампутацію абсолютно недіючої ноги або руки, щоб замінити її протезом.

Естетичний критерій відносно свого тіла властивий кожній нормальній людині, але особливу значущість він має відносно обличчя. Тому поранені переживають пошкодження обличчя набагато важче, ніж втрату якої-небудь іншої частини тіла. Це пов'язано з тим, що по обличчю людини не тільки створюється враження про неї у інших людей, але і власне уявлення про себе. Виразні рухи м'язів обличчя відображають емоційні стани людини. Деформації обличчя, що позбавляють його виразних мимічних реакцій, викликають важкі зміни в свідомості людини. Людина, яка втратила руку або ногу, страждає від того, що на неї дивляться оточуючі. Проте, як правило, це не супроводжується відчуттям огиди, що нерідко спостерігається при спотворюючому пошкодженні обличчя, зокрема в результаті важких опіків.

Люди, що мають виражені деформуючі пошкодження обличчя, стають гіперсенситивними, підозрілими і надмірно образливими. Вони бояться виходити на вулицю, оскільки можуть привернути увагу оточуючих, або зустрічатися з людьми, що знали їх раніше.

Вважають за краще якомога довше залишатися в лікувальній установі, прагнуть змінити місце проживання, щоб почати нове життя там, де їх раніше не знали.

У ригідних осіб з схильністю до тривалої фіксації негативних емоцій можливі хронічні розлади настрою і стійкі зміни характеру за типом патологічного розвитку. Серед найбільш поширених новосформованих особистісних радикалів можна спостерігати збудливі, істеричні і астеничні. Нерідко у хворих спостерігається паранояльна настроєність з ідеями ставлення.

Правильний психотерапевтичний підхід до таких хворих і використання спеціальних особистісно орієнтованих методів психотерапії в реабілітаційному періоді можуть значно полегшити їх страждання, допомогти адаптуватися за допомогою отримання нових життєвих домінант.

Психологічні реакції на пошкодження обличчя або на природжену потворність мають певний зв'язок з онтогенезом психіки людини. Дитина вже з 3 років починає користуватися займенником "я" замість "він", виділяючи себе з навколишнього середовища, що відповідає формуванню у неї алопсихічної самосвідомості. Проте в цьому віці вона ще не дає реакцій на власний недолік, оскільки не здатна оцінити свою зовнішність. Уявлення про власне тіло виникають до 7 років, коли з'являється здатність виразно розрізняти праву і ліву

сторону тіла у себе й інших, тобто з періоду формування соматопсихічної самосвідомості. Але і цьому віку поки що не властиві цілком адекватні емоційні реакції на пошкодження і потворність обличчя.

Приблизно з 12 років, в період біологічно обумовленого зародження підліткової сексуальності, виникають і нові людські взаємини. У міру розширення контактів у підлітків ускладнюються і їх зв'язки. Часто індивідуальні відносини в колективах будуються не тільки залежно від характерологічних особливостей, але і від зовнішнього вигляду. Підлітки стають вкрай чутливі до розмов з приводу їх зовнішності. Так, зауваження щодо зайвої повноти, "потворного носа", "відкопаних вух", родимої плями можуть стати причиною тривалих і важких переживань, особливо якщо йдеться про дефекти обличчя. У них виникають стійкі нав'язливо-фіксовані переживання своєї неповноцінності. У зв'язку з цим настрій стає зниженим, підлітки обмежують свої контакти, шукають способи усунення дефектів обличчя. У цих випадках йдеться про домінуючі або надцінні ідеї. Підлітки вкрай стурбовані, переймаються своєю "потворністю", перебільшують значення дефектів, що наявні у них, сприймають перспективу вельми трагічно.

Пом'якшенню або зникненню надцінних ідей цього генезу сприяє використання методів психотерапії, іноді на тлі застосування помірних доз транквілізаторів і м'яких нейролептиків. Значно зменшити, а іноді і попередити психогенні реакції і патологічний розвиток у осіб з наявністю потворності і виражених дефектів зовнішності може своєчасне проведення косметичних (пластичних) операцій.

Вдаватися до пластичних операцій доводиться в тих випадках, коли хірургічне втручання може усунути або виправити наслідки важких травм, опіків або потворності різного походження. У пацієнтів клінік пластичної хірургії обличчя існують свої психологічні проблеми. Ці хворі не тільки вірять лікареві, але і терпляче, наполегливо тривалий час піддаються лікуванню, готові покірливо переносити численні операції, навіть, якщо вони важкі та болісні.

При цьому, не зважаючи на позитивну установку до лікування, що проводиться, у них завжди зберігається схильність до бурхливих емоційних переживань як в період підготовки, так і в процесі пластичних операцій. В цей час стан хворих характеризується, з одного боку, напружено-мрійливим очікуванням позитивних результатів від виправлення дефектів обличчя, з іншого- постійною тривогою за дії і надійність професійної підготовки хірурга, від якого залежать якнайтонші маніпуляції на кожному етапі складних операцій.

У передопераційному періоді з хворим необхідно проводити роз'яснювальну психотерапевтичну роботу, готувати його не тільки до операції, але і до "першого погляду в дзеркало після хірургічного втручання". Це сприяє усуненню неадекватних емоційних реакцій (розчарування, потрясіння від побаченого і т.д.) після порівняння свого обличчя з колишнім, коли воно було не пошкоджене, або результати операції виявилися не відповідними до уявлень, надій, мрій, ідеалів пацієнта. Якщо перед операцією хворі пригнічені, відчувають величезну напругу, тривогу, неспокій, у них порушується сон, необхідно, крім психотерапевтичної допомоги, використовувати седативні засоби, щоб зменшити вираженість емоційних порушень. Це необхідно для того, щоб запобігти появі в процесі операції, що проводиться під місцевою анестезією,

невротичних реакцій у вигляді тремору, посмикувань голови, виражених вегетативних порушень, непритомних станів.

Під час реабілітаційного періоду хворі потребують психологічної підтримки як з боку лікарів, так і з боку родичів. Ефективними є методи особистісно орієнтованої індивідуальної і групової психотерапії.

Лікарі повинні знати, що до них по допомогу можуть також звертатися молоді люди з "уявними" дефектами обличчя, тобто коли нормальна частина обличчя сприймається зміненою, потворною. Подібні важкі переживання є проявами психічних розладів у формі маревних ідей фізичного недоліку (*синдром дисморфофобії – дисморфоманії*). Хворому здається, що всі оточуючі звертають на нього увагу, спеціальними знаками або натяками дають йому зрозуміти, що він потворний, огидний та ін. Ці переживання супроводжуються тужливим настроєм. Хворі постійно розглядають себе в дзеркалі, порівнюють себе з ранішими фотографіями, часто відмовляються фотографуватися знов, щоб "не переживати зайвий раз" від вигляду своєї "потворності" (симптоми "дзеркала" і "фотографії"). За допомогою різних зачісок, головних уборів та інших хитрощів намагаються замаскувати значущий для них "дефект" зовнішності. Вони проявляють неймовірну стеничність, досягаючи усунення уявного дефекту.

Проте, пластичні операції, проведені на їх наполегливі вимоги або вимоги індукованих ними родичів, зазвичай не приносять хворим ніякого полегшення. Навпаки, вони як і раніше лишаються незадоволеними своєю зовнішністю, наполягають на повторних операціях, з уявних міркувань скаржаться в різні інстанції на хірургів, намагаються притягти їх до судової відповідальності за "недобросовісне виконання своїх обов'язків", іноді навіть роблять замах на їх життя, стверджуючи, що лікарі навмисне завдали непоправного збитку здоров'ю. Тому проведення пластичних операцій таким хворим протипоказане; при підозрі на психічний розлад у пацієнта хірург повинен направити його на консультацію до психіатра.

Порушення сприйняття свого тіла (дисморфоманія) має місце і у випадках деяких форм нервової анорексії. Прикладом служать пацієнтки молодого або зрілого віку, чия вага не перевищує 30 кг, але вони бачать в дзеркалі свій випираючий "жирний" живіт, "пухкі щоки".

Лікування хворих з дисморфофобічними і дисморфоманічними розладами повинне проводитися лікарями-психіатрами.

Психологічні особливості пацієнтів з порушеннями слуху та зору

Слух відіграє важливу роль у розвитку людини. Слухом називається здатність організму сприймати й диференціювати звукові коливання за допомогою слухового аналізатора.

Втрата слуху, навіть тимчасова, створює, бар'єр між людиною і суспільством, утруднює оволодіння знаннями і спеціальністю, обмежує трудову і суспільну діяльність, затримує розвиток особистості. Відсутність слуху серйозно обмежує й естетичне виховання особи, адже людина позбавляється можливості нормально сприймати музику.

Причини порушення слуху:

- 1. Вроджені: токсикоз вагітності, вірусна інфекція матері, травматичні пошкодження плоду, вроджена деформація слухових кісточок, недорозвинення слухового нерву (недорозвинення внутрішнього вуха), відсутність барабанної перетинки, атрезія (зарощування зовнішнього слухового проходу) та ін.

- 2. Придбані (до трьох років): різні захворювання – менінгіт, енцефаліт, пневмонія, свинка, запальні захворювання носа і носоглотки, неврит слухового нерва, грип та його ускладнення; механічні травми голови – забиті місця, удари, впливи надсильних звукових подразників.

У інвалідів з вадами слуху і мови можливі наступні порушення основних функцій організму: порушення психічних функцій (сприйняття, уваги, пам'яті, мислення, мови, емоцій, волі); порушення статодинамічних функцій.

Для інвалідів з порушенням функцій слуху найбільш значущим є обмеження здібності до спілкування.

Основою класифікації порушень слуху є наступні критерії: ступінь втрати слуху, час втрати слуху, рівень розвитку мовлення (Р.М. Боскіс). Відповідно до цих критеріїв виділяють наступні групи дітей.

- 1. Глухі (ті, хто не чує). До них відносять дітей зі ступенем втрати слуху, що позбавляє їх можливості природного сприйняття мови й самостійного оволодіння нею. Серед них виіляють:

- • Ранньоглухі. У цю групу входять діти, що народилися з порушеним слухом або втратили слух до початку мовленнєвого розвитку або на ранніх його етапах. Звичайно мають місце залишки мовленнєвого слуху, що дозволяють сприймати різні сильні звуки:

- • Пізньоглухі. Це діти, у яких тією чи іншою мірою збереглася мова, діти втратили слух у тому віці, коли вона вже була сформована. Головним завданням у роботі з ними є закріплення вже наявних мовленнєвих навичок, запобігання розладу мови й навчання читання з губ.

- 2. Туговухі (ті, хто погано чує). Це діти із частковою слуховою недостатністю, що ускладнює мовленнєвий розвиток, але зі здатністю до самостійного нагромадження мовного запасу за допомогою залишкового слуху.

Термін "глухий" застосовується тільки до тих, хто не сприймає ніякі звуки. У людей, страждаючих глухотою з дитинства, мова не розвивається, внаслідок вони приречені на глухонімосту.

У психічному розвитку дітей з порушеним слухом виділяють дві (за І. М. Соловйовим) характерні закономірності.

Перша з них полягає в тому, що через порушення слуху обсяг зовнішніх впливів на глуху дитину обмежений, взаємодія із середовищем збіднена, спілкування з оточуючими людьми ускладнено, у той час як необхідною умовою успішного психічного розвитку всякої дитини є значне зростання кількості, різноманітності й складності зовнішніх впливів. Внаслідок цього обмеження психічна діяльність такої дитини спрощується, реакції на зовнішні впливи стають менш складними й різноманітними, система міжфункціональної взаємодії змінена. Спостерігається нерівномірність у розвитку наочно-образного й словесно-логічного мислення (переважає перше); письмова мова в обох формах – імпресивній (читання) і експресивній (письмо) – здобуває більшу роль у порівнянні з усною.

Друга закономірність – це відмінності в темпі психічного розвитку в дітей з порушеннями слуху в порівнянні з дітьми, які нормально чують. Шлях психічного розвитку дитини з порушеним слухом проходить у такий спосіб: розходження в психічній діяльності між дитиною, яка чує й глухою дитиною, незначні на початкових етапах онтогенезу, потім зростають протягом наступного часу. Так відбувається до певного етапу коли внаслідок систематичного сурдопедагогічного впливу розходження перестають наростати й навіть зменшуються. Чим кращі умови, тим швидше й значніше зближується розвиток дитини з порушеним слухом з розвитком дитини, яка нормально чує.

Відчуваючи потребу в спілкуванні з оточуючими, глухі користуються міміко-жестикуляторною мовою, тобто своєрідним засобом передачі інформації. Як певна база для розвитку мислення й засіб спілкування, міміко-жестикуляторна мова не може повністю замінити словесну мову – могутній фактор розвитку психіки дитини. Функції її в спілкуванні з людьми досить обмежені, тому що розуміти міміко-жестикуляторну мову й використовувати її для передачі своїх думок може лише одна людина, яка володіє системою її знаків. У спілкуванні глухих зі спеціально підготовленими людьми, які чують, використання міміко-жестикуляторної мови вкрай обмежене. Тому найважливішу роль у вихованні глухих дітей відіграє формування в них словесної мови.

Отже, провідним обмеженням осіб з порушеннями слуху є обмеження здатності до повноцінного спілкування, тому становлення міжособистісних відносин для даної категорії осіб і суспільства в цілому набуває особливого значення. Як зазначає Т. Г. Богданова, для формування у них міжособистісних відносин необхідне створення спеціальних умов із сторони дорослих – батьків і педагогів, при цьому важливі два взаємопов'язаних процеса: з однієї сторони, необхідно, щоб діти засвоїли норми та правила поведінки, які необхідні при спілкуванні з іншими людьми, з другої сторони, слід навчити їх розпізнавати особистісні якості, виконання чи невиконання норм і правил в реальному процесі спілкування, надавати їм оцінку.

Проблеми соціально-психологічної адаптації глухих осіб до оточуючого середовища, можуть спричинити появу вторинних дефектів.

Так, це призводить до появи у них таких особистісних рис, як ригідність, егоцентризм. Для них характерна відсутність внутрішнього контролю, емоційна незрілість, імпульсивність, сугестивність, більш високий рівень агресивності в поведінці, менше, чим у здорових людей виражене прагнення до співпраці. При

цьому у жінок з порушеннями слуху відмічається більша, ніж у чоловіків, емоційна стабільність, кмітливість, сумлінність, менша, чим у них, підозрілість, наполегливість, схильність до ризику.

Розглядаючи медико-психологічні аспекти людей з обмеженими можливостями, В. Д. Менделевич звертає увагу на те, що у пацієнтів з порушеннями слуху частіше зустрічаються вразливість, підвищена тривожність. Вони стають підозрілими, сором'язливими, намагаються приховати свій дефект.

Незважаючи на серйозний та різноплановий негативний вплив глухоти й туговухості на розвиток дитини, навіть при найтяжчих ураженнях слухової функції, але при збереженому інтелекті, можливості всебічного розвитку особистості дітей із порушеннями слуху необмежені. Під впливом соціальних факторів (головним чином спеціального навчання), виявляючи наполегливість у подоланні труднощів, викликаних дефектом, люди зі стійкими порушеннями слуху досягають значних успіхів у різних сферах виробничої і суспільної діяльності, в реалізації своїх творчих здібностей.

Таким чином, у формуванні повноцінної, всебічно розвиненої особистості з порушеннями слуху важливе значення набуває позитивний вплив соціальних факторів, особливо в дитячому віці.

Зір відіграє провідну роль в орієнтуванні, пізнавальній та трудовій діяльності людини. За його допомогою сприймаються предмети: розрізняються форми, величини, розміри, відстані, кольори та світлотіні. Через візуальний канал людина здобуває уявлення про себе і світ. Зоровий контроль має велике значення для розвитку рухів людини. Візуальне сприймання людьми одне одного дуже важливе для становлення міжособистісних стосунків і визначається функціонуванням зорового аналізатора. При порушенні його діяльності у дитини виникають значні труднощі в пізнанні світу та орієнтуванні в ньому, в здійсненні контактів із людьми, що її оточують, у різних видах діяльності.

Причини порушення зору:

- 1. Вроджені: захворювання й аномалії розвитку органів зору (патологія судинної оболонки, захворювання рогової оболонки ока, вроджені катаракти, глаукоми, окремі форми патології сітківки та ін.).
- 2. Набуті: неврити зорового нерва, відшарування сітківки, механічні травми ока, фізичні перевантаження та ін.

Розрізняють хворих з наступними ступенями порушення зору.

Незрячі – це люди з повного відсутністю зорових відчуттів, або ті, які мають залишковий зір або здатність до світловідчуття.

Абсолютно або тотально незрячі – люди з повною відсутністю зорових відчуттів.

Слабкозорі – це люди, гострота зору яких дозволяє розрізняти предмети, контури яких вони бачать нечітко. Головна відмінність даної групи хворих від інших: при вираженому знижено і гостроти сприйняття зоровий аналізатор залишається основним джерелом сприйняття інформації про навколишній світ і може використовуватися як провідний у навчальній, професійній та інших видах діяльності.

Залежно від часу настання дефекту виділяють дві категорії дітей:

- – сліпонароджені – це діти з вродженою тотальною сліпотою або осліплі у віці до трьох років. Вони не мають зорових уявлень, і весь процес психічного розвитку здійснюється в умовах повного випадання зорової системи:
- – осліплі – діти, що втратили зір у дошкільному віці та пізніше.

Найбільш значущим видом обмеження життєдіяльності інвалідів даної категорії – обмеження здібності до орієнтації – здібності визначатися в часі і просторі. Як свідчать дані В. Д. Менделевича, пацієнти з подібними дефектами органів чуття стають нерішучими, боязкими, залежними від близьких. У них нерідко формуються надцінні ідеї меншовартості, що поєднуються з такими якостями особистості, як принциповість, справедливість, високий рівень моральних вимог до себе й навколишніх.

Радянський вчений А. Г. Літвак вважав, що складність вивчення психіки сліпих і слабкозорих полягає в тому, що в них досить різноманітний характер захворювання й ступінь порушення основних зорових функцій (гострота зору, поле зору та ін.). А. Г. Літвак виділив особливості психічного розвитку сліпої або слабкозорої дитини.

По-перше, ряд психічних процесів (відчуття, сприйняття) виявляються в прямій залежності від глибини дефекту, а деякі психічні функції (кольоровідчуття, швидкість сприймання та ін.) залежать також і від характеру патології: по-друге, є психічні процеси й стани, на які порушення зору спричиняють опосередкований вплив (наприклад, мислення, розвиток якого до певного моменту залежить від порушень в області сприйняття та уявлення): по-третє, є такі структурні компоненти психіки, які ні від глибини дефекту, ні від характеру патології зору виявляються незалежними (світогляд, переконання, темперамент, за винятком його зовнішніх проявів, моральні риси характеру та ін.)

Є. А. Клопота досліджуючи особливості переробки інформації й формування просторових уявлень в осіб з порушенням зору, прийшов до висновку, що процес розпізнавання образів і обробки інформації у зрячих і тотально сліпих людей ідентичний. Однак, він відрізняється швидкістю й динамікою одержання інформації з навколишнього середовища. Незрячі люди перебувають як би на один крок до "стартової лінії", тобто їм потрібен додатковий час і енергетичні ресурси для розпізнавання й обробки інформації, на основі якої формується образ світу. Високий рівень орієнтації й адекватних уявлень про навколишню дійсність можна досягти шляхом постійного збагачення образів і практичного наробітку навичок ходіння й переміщення в просторі. Необхідно використовувати аналізатори, що залишилися, а також тренувати їх.

При порушенні зору виникає ряд вторинних відхилень: відхилення у фізичному розвитку, спостерігається обмеження рухової активності дитини; при значній або повній втраті зору порушуються координація, витривалість, швидкість і ритм рухів та ослаблюються пізнавальні процеси. Так на думку Л. В. Кузнецовой сліпота та глибокі порушення зору викликають відхилення у всіх видах пізнавальної діяльності. Знижується кількість одержаної дитиною інформації й змінюється її якість. Відбуваються якісні зміни системи взаємин аналізаторів, виникають специфічні особливості в процесі формування образів, понять, мови, у співвідношенні образного й понятійного мислення, орієнтуванні

в просторі. Значні зміни відбуваються у фізичному розвитку: порушується точність рухів, знижується їхня інтенсивність. Отже, в дитини формується своя, дуже своєрідна психологічна система, якісно й структурно не схожа із системою дитини, яка нормально розвивається.

Дослідження Є.П. Синьової та інших вчених, присвячені вивченню ролі глибини порушення зору у формуванні особистості показали, що: "... існування інваліда за зором у соціальних групах, об'єднаних за ознакою подібності ушкоджених функцій, якими є колективи спеціальних шкіл-інтернатів, орієнтує його на вироблення в собі складових особистості, що відповідають ціннісним орієнтирам саме цієї групи. Зокрема, такими є особливості спрямованості особистості, обмеженої можливостями перцептивного досвіду, яка протягом шкільного дитинства здебільшого засвоює цінності групи, властиві спеціальній школі-інтернату для дітей з порушеннями зору".

Аналізуючи особливості розвитку слабкозорих дітей, слід вказати, що вони (на відміну від дітей із тотальними порушеннями) не завжди повного мірою усвідомлюють свій дефект.

Аналіз психосемантичних уявлень зрячих і незрячих людей про сліпоту, показав, що у суспільстві досить поширений стереотипний образ "типового сліпого", – образу, який включаючись у структуру взаємин зрячих і незрячих у соціумі, накладає відбиток на формування їх уявлень один про одного, а також незрячих про себе. Головна особливість цього образу – переоцінка серйозності наслідків дефекту. Іншими словами, зрячій людині і соціальна позиція, і життя незрячого уявляється більше безнадійними і трагічними, ніж це є насправді. Проте, добре адаптована незряча особистість почуває себе досить упевнено, принаймні у певних галузях життя й діяльності.

Таким чином, провідний вплив на формування повноцінної незрячої особистості надають саме позитивні умови соціального оточення.

Клінічна психологія в дерматології

Ряд шкірних захворювань, таких як нейродерміт, псоріаз, екзема та ін., справедливо відносять до психосоматичних захворювань. Ще у ХІХ ст. Л. Кірн зауважив, що у багатьох хворих з афективними розладами з'являється висип на шкірі та свербіння. L. Brocq і L. Jacquet встановили зв'язок між стресом та екземою. Розумінню механізму формування шкірних захворювань сприяли роботи П.К. Анохіна, котрий вважав, що стримувати емоцію неможливо, а внаслідок тривалих негативних переживань активізується певний вегетативний шлях, який викликає гіпертензійний стан судин, спастичний стан кишечника або дерматоз. У свою чергу, хвороба сприяє виникненню негативних емоційних реакцій на самий факт її існування, на оточуючих, що ще більше підсилює висип. В основі більшості шкірних захворювань лежить важкий стрес і/або прихована депресія.

Психологічна реакція хворих, які мають захворювання шкіри, зумовлена поширеністю і характером ураження (відкриті ділянки: обличчя, тіло), впливом на професійну діяльність, преморбідними особливостями особистості. У хворих з ураженням відкритих частин тіла відзначається гіпернозогнозична реакція. Вони стають несміливими, сором'язливими, скутими. Можуть виникати надцінні ідеї поведінки під час перебування в громадських місцях. При хронічному перебігу нейродерміту, екземи, псоріазу спостерігається патологічний розвиток особистості: закріплюється схильність до істеричних реакцій, тривожності, депресії; з'являється замкнутість, сором'язливість, сенситивність, невпевненість у собі. Такі хворі згодні на будь-які процедури та лікувальні заходи, щоб позбутися хвороби. Довге очікування процедури зазвичай викликає погіршення стану. Деякі пацієнти стають дратівливими, демонструють реакції протесту та вибуховість. Може відзначатися загострення інших патохарактерологічних рис. В їхньому виникненні не останню роль відіграє свербіння, яке посилюється вночі і не дає хворому спати. Найбільш виразні реакції на шкірні захворювання спостерігаються у підлітків. Вони призводять до депресивних станів, неадекватних характеру ураження, але сприймаються як катастрофа всіх планів та сподівань.

Шкіра, як підкреслюють в своїй праці з медичної психології Р. Конечний і М. Боухал, є органом, який людина демонструє оточуючим. Функції шкіри і її психологічне значення багатоманітні. Вона служить межею між людиною і навколишнім середовищем; органом контакту з навколишнім середовищем; органом чуття, за допомогою якого відчувається тепло, холод, біль, свербіння, дотик; органом, що відображає емоційний стан людини (хвилювання, гнів, страх, сором та ін.).

Психологічні реакції хворих на шкірні захворювання обумовлені тяжкістю захворювання, характером ураження шкірних покривів (відкриті ділянки, обличчя, руки), впливом на професійну діяльність (артисти, викладачі, лікарі).

Такі поширені захворювання, як *псоріаз*, *екзема*, *кропивниця*, *нейродерміт*, відносять до *психосоматичних захворювань*.

Кропивниця – хвороба, що виникає в результаті алергічних, нервових та ендокринних порушень та виявляється нестерпним свербінням та червоним висипом. Значний терапевтичний ефект, що виникає внаслідок застосування гіпнотерапії, дає підстави вважати, що провідним чинником у її формуванні є

психологічні фактори. *Червоний системний вовчак* поєднується з симптомами психопатії, психозу та афективних розладів. Зв'язок виникнення та особливостей перебігу *екземи* зі впливом важких психотравмуючих факторів не викликає сумніву і підтверджується терапевтичним ефектом гіпноугеетії та психотерапії. Гострі психотравми виявляють в анамнезі хворих на *склеродермію та алопецію*, що супроводжуються зниженням потенції та статевого потягу.

Не зважаючи на те, що механізми їх розвитку достатньо складні (мають місце алергічні, гормональні, обмінні порушення), більшість дослідників, що займалися цією проблемою, визнають зв'язок між *психогеніями* і початком або загостренням даного роду захворювань.

Простежується також зв'язок хронічних шкірних захворювань із тривалими (об'єктивно або суб'єктивно важкими для хворого) психічними травмами. При виникненні захворювання виявляється характерне для психосоматичних розладів замкнуте коло: симптоми шкірного захворювання сприяють виникненню емоційних реакцій як на саму хворобу, так і на оточення, а емоційні реакції, у свою чергу, підсилюють шкірні прояви.

У хворих з ураженням відкритих частин тіла часто спостерігається *гіпернозогнозична реакція*. Зовнішні прояви шкірного захворювання, помітні для оточуючих, виступають як естетичний чинник в структурі внутрішньої картини хвороби. Різні види висипань, сліди розчісувань та ін. викликають у хворих відчуття незручності і сором'язливості, у зв'язку з чим вони відчувають страх і скутість при спілкуванні з людьми. З цієї ж причини вони прагнуть обмежити своє перебування в громадських місцях, оскільки їм здається, що навколишні дуже пильно розглядають їх зовнішність або, навпаки, прагнуть відвертатися, оскільки їх вигляд викликає огиду. Багато хто з них не може дозволити собі ходити на громадський пляж, в басейн, спортивні зали.

У деяких хворих можуть з'являтися *надцінні ідеї*, які ще більше ускладнюють адаптацію і позначаються на їх соціальному становищі. Хворі можуть відмовлятися від улюблених занять (спорт, хореографія та ін.), залишати навчання, міняти місце роботи. Серйозні проблеми виникають у них і при влаштуванні особистого життя.

Найбільш виражені реакції на шкірні захворювання спостерігаються в підлітковому і юнацькому віці, коли поява виражених шкірних змін сприймається деякими хворими як катастрофа, здатна призвести до "краху всіх планів і надій". У хворих можуть виникати *депресивні стани*, які часто не відповідають характеру хворобливих змін шкіри, але викликають серйозні порушення адаптації. Хворі замикаються в собі, висловлюють ідеї самоприниження, втрачають інтерес до навчання та інших занять, що приносили їм раніше задоволення.

При хронічному перебігу таких захворювань, як *нейродерміт, екзема, псоріаз, невластиві хворим раніше типи реагування і форми поведінки* можуть закріплюватися і посилюватися, що зрештою призводить до *патохарактерологічного розвитку особистості*. Основними варіантами такого розвитку є істеричний, сенситивний та експлозивний. Останній зустрічається у хворих з емоційною нестійкістю, схильних до афективного реагування.

Певну роль у формуванні внутрішньої картини хвороби, крім відзначеного вище естетичного чинника, належить пекучому свербінню, що особливо турбує хворих ночами, порушує сон і нерідко доводить їх до повної знемоги. Емоційна лабільність і виражена дратівливість, що з'являється внаслідок цього у таких хворих, надалі призводять до вибуховості, реакцій протесту і опозиції. Подібні форми реагування і поведінки істотно ускладнюють адаптацію хворих у сім'ї і суспільстві. Виниклі при цьому часті конфлікти і пов'язані з ними емоційні прояви хворі намагаються заглушити за допомогою алкоголю або інших психоактивних засобів. Тому у них іноді може виникати *алкогольна або поєднана залежність* (алкогольно-токсикоманічна, зокрема від транквілізаторів, які призначаються для зняття свербіння, а надалі приймаються хворими безконтрольно в зростаючих дозах).

Лікування хворих на шкірні захворювання, як відомо, являє собою значну проблему. Такі хворі згодні на будь-які процедури, лікувальні заходи, щоб позбавитися від хвороби. Тривале очікування наміченої процедури, відкладання її, як правило, викликає погіршення стану, оскільки емоційна напруга, очікування, необхідність стримувати емоції підсилюють шкірне захворювання.

Лікування повинне бути комплексним і включати окрім лікарської терапії (гормональні, десенсибілізуючі, протисвербіжні засоби, препарати місцевої дії), бальнеологічні процедури та ін., психотерапевтичні методи. Найбільш ефективними з них є особистісно орієнтована психотерапія, що передбачає як когнітивні, так і сугестивні способи впливу на хворого, а також поведінкова і групова психотерапія. Разом із психотерапією, багатьом хворим показані седативні засоби (обов'язково під контролем лікаря, враховуючи можливість звикання і формування залежності) і антидепресанти.

Крім хворих з власне шкірними захворюваннями, у полі зору лікарів-дерматологів можуть опинитися хворі з психічними розладами, клінічними проявами яких можуть бути зміни з боку шкіри. Прикладами таких розладів можуть бути *артифіціальний дерматит (патомімія)* і *трихотиломанія*. У першому випадку має місце самозавдання пошкоджень шкіри, у другому – спонукана до висмикування волосся (патомімія від греч. *pathos* – страждання, хвороба, *mimesis* – наслідування, зображення). Вони зустрічаються у хворих на шизофренію з розладами особистості, з порушеннями тих чи інших потягів (один із варіантів синдрому Мюнхаузена). За наявності виразок незвичайних контурів (наприклад, трикутних або лінійних) і незвичайної локалізації в першу чергу слід виключити завдання травм самим пацієнтом. У типових випадках пацієнти у подробицях розповідають, що, прокинувшись вранці, вони побачили червоні плями, які раптово утворилися, і на місці яких стрімко розвинулися виразки. Звертає на себе увагу, що виразки локалізуються тільки на тих ділянках шкіри, до яких пацієнт може дотягнутися. При зборі анамнезу зазвичай вдається встановити, що подібні або ще дивніші випадки "траплялися" і раніше. При шизофренії причинами патомімії частіше є маревні або галюцинаторні розлади.

У разі трихотиломанії, що починається зазвичай в дитячому або підлітковому віці, відзначається непереборна спонукана до висмикування волосся на голові і тілі. Іноді хворі, крім того, заковтують висмикнуте волосся, що може призвести до утворення грудки в шлунку і непрохідності кишечника. Причиною трихотиломанії можуть бути різні психічні розлади. Лікування таких хворих,

також, як і у випадках артефіціального дерматиту повинно проводитися психіатрами і психотерапевтами.

Ще однією проблемою, з якою можуть стикатися дерматологи, що працюють в галузі косметології, є татуювання. Останніми роками, як відомо, в молодіжному середовищі спостерігається повсюдне захоплення нанесенням на тіло різноманітних тату і так званим пірсингом (piercing) – проколюванням шкіри в області брів, носа, соска, пупка і т.д. з метою введення різних металевих предметів. Будучи частиною молодіжної субкультури, ці захоплення привертають перш за все емоційно незрілих, інфантильних осіб, схильних до наслідування.

Бажання виділитися, звернути на себе увагу оточуючих, зрозуміле у молодому віці, надалі нерідко призводить до страждань моральних і фізичних, пов'язаних із видаленням тату, якщо їх наявність заважає влаштуванню особистого життя або кар'єрі. Наявність тату або дефектів шкіри, пов'язаних із пірсингом, можуть бути джерелом постійної психічної травми, викликаючи реакції сорому, смутку, а у ряді випадків – появу надцінних ідей ставлення. Тому лікування таких хворих, крім косметичних операцій і інших лікувальних процедур, повинне включати допомогу психолога і психотерапевта.

Реакція на хворобу у дітей та особливості надання їм психотерапевтичної допомоги

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

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

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

Працюючи з дитиною, хворою чи здоровою, завжди треба брати до уваги ступінь розвитку дитини. Підходи до немовлят, до дітей дошкільного, шкільного віку, підлітків відрізняються між собою.

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

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

Респіраторні порушення у дітей, що мають психологічне підґрунтя, зустрічаються не так часто, як у дорослих. Однак, діти шкільного віку досить часто скаржаться на відчуття нестачі повітря, утруднення вдиху, покашлювання, "клубок в горлі", задишку. При цьому діти відчувають страх смерті, боячись задихнутися. Приступи психогенної задишки у дітей нагадують напади бронхіальної астми і часто педіатрами діагностуються саме як соматичний

розлад. При психогенному походженні задишки застосування симптоматичного лікування не дає бажаного результату, і кожен наступний приступ задишки у дитини психологічно сприймається нею важче, ніж попередні. Серед опосередкованих діагностичних критеріїв слід звертати увагу на наявність у дитини інших психосоматичних розладів, таких як дискинезія жовчовивідних шляхів, гастродуоденіт, панкреатит або наявність шкірних алергічних реакцій чи рухових розладів у вигляді тиків або гіперкінезів. Психологічне обстеження пацієнтів з психосоматичними розладами дихання виявило у них низький рівень адаптованості до стресових ситуацій, неадекватний рівень самооцінки (внаслідок гіперопіки та обожнювання батьками, що суперечить оцінці та ставленню оточення). Оскільки в основі виникнення розладу зазвичай лежить астенична депресія, лікування передбачає поєднання симптоматичних препаратів з застосуванням антидепресантів, що мають слабо виражений седативний ефект, та препаратів, що мають активізуючу дію.

Поведінкові та емоційні розлади

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

Гіперкінетичні розлади – це група психічних розладів, яка виявляється надмірною активністю поведінки дитини, що супроводжується неухвальною та браком наполегливості у виконанні та особливо завершених поставлених задач. Розлад, зазвичай, виникає приблизно у п'ятирічному віці. Серед пацієнтів частіше зустрічаються хлопчики. Схильність дитини полишати незавершеною одну діяльність і починати іншу, надмірна активність, небажання докладати когнітивних зусиль до виконання поставлених завдань призводять до незадовільного опанування новими знаннями (особливо читанням) та спричиняє часті скарги дорослих на "некерованість" дитини, які мають місце і не менше ніж у двох різних ситуаціях (вдома, школа, повсякденні стосунки). Діти з гіперкінетичними розладами часто виявляють схильність до невваженої, асоціальної або навіть небезпечної поведінки. Діагноз ставлять на підставі гіперактивності та порушень уваги, що утримуються протягом досить тривалого часу (6 місяців і більше).

Розлади поведінки – психічний розлад, що характеризується стійкими повторюваними порушеннями поведінки, які виявляються в асоціальних, небезпечних, агресивних, руйнівних та інших вчинках, не притаманних віковій дитини та небезпечних як для неї самої, так і для оточення. Загалом, поведінка дитини не відповідає актуальній ситуації, ставленню до неї, суперечить побажанням, очікуванням та емоціям оточення. Діти з розладами поведінки часто потрапляють у поле зору співробітників правоохоронних органів.

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

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

Група психічних розладів, що починаються в дитячому віці, які не обумовлені конституціонально і не виникли внаслідок змін адекватних умов середовища або позбавлення сприятливого впливу соціуму і поширюються на усі сфери психічного функціонування дитини, в МКХ-10, об'єднана в рубрику

"Розлади соціального функціонування з початком, специфічним для дитячого і підліткового віку".

Елективний мутизм – психічний розлад, що полягає у стійкому небажанні розмовляти у певній (або у кількох) соціальних ситуаціях. Розлад спостерігають у дітей, які розуміють мову і самі вміють розмовляти, та, ймовірно, в результаті гіперопіки або психічної травми, відмовляються це робити. У деяких дітей також зазвичай відзначають затримку початку мовленнєвої активності, порушення артикуляції, зміни настрою з ознаками агресивності, схильність до компульсивних дій, а також енурез і енкопрез. Більшість дітей розмовляють з рідними та близькими знайомими, але сті ї'ю мовчать при зустрічі незнайомих або у великих групах ровесників (дитячий садочок, школа). Застосування сімейної, поведінкової та індивідуальної психокорекції та психотерапії зазвичай дає стійкий позитивний ефект.

Тикоїдні розлади – мимовільні стереотипні неритмічні моторні рухи або звуки, які несподівано виникають у дітей, в котрих відсутні неврологічні розлади, багаторазово повторюються і не піддаються цілеспрямованому керуванню, хоча у деяких випадках пацієнт може пригнічувати їх за певних умов. При розвитку хвороби дитина може свідомо їх викликати або пригнічувати. Тики можуть виявлятися як у вигляді ізольованого розладу, так і у поєднанні з симптомами нав'язливості або іпохондрії. *Прості тики* виявляються у кліпанні, посмикуванні повіки, шиї, плечей або носа; у покашлюванні, шмиганні носом, пирханні тощо. *Складні тики* – дотики до себе та різних предметів, жестикуляція, присідання; повторення певних слів або звуків (палілалія), лайка (копролалія) та ін.

Походження розладу пов'язане з порушеннями нейрохімічної регуляції ЦНС, має генетичний характер та може виникати після черепно-мозкової травми, психотравми або стресу.

Найчастіше тики виявляються у формі *транзиторного тикового розладу* і спостерігаються майже у чверті усіх дітей: кліпання, посмикування голови, покусання губ, випинання нижньої щелепи, обертання голови, а також смикання пальців, стискання руки в кулак, смикання ногами, гикавка, позіхання, прокашлювання. Розлад виникає зазвичай в результаті впливу психогенних чинників, у багатьох дітей припиняється спонтанно (особливо за умови ігнорування тики), піддається лікуванню за допомогою поведінкової психотерапії.

При *хронічному руховому або голосовому тиковому розладі* спостерігають множинні тики, які з'являються почергово майже щоденно і багаторазово. Тривала поведінкова психотерапія діє стійкий позитивний ефект.

Складніший клінічний перебіг спостерігається при *синдромі де ля Туретта* – комбінованому голосовому та множинному тиковому розладі, який має чітку генетичну схильність та виникає внаслідок дифузних порушень функціональної активності у базальних ядрах та лобних частках мозку. Різноманітні голосові та рухові тики виникають у дитини щоденно кількаразово, постійно змінюючи свою локалізацію та інтенсивність. Розлад призводить до підвищення рівня тривожності, агресивності та затримки розвитку дитини. Рекомендована тривала групова, сімейна, поведінкова та індивідуальна психотерапія у поєднанні з застосуванням нейролептиків.

Серед інших емоційних розладів і розладів поведінки, що переважно починаються у дитячому і підлітковому віці, в першу чергу варто пам'ятати про *неорганічний енурез*, який виявляється у мимовільному сечовипусканні, не пов'язаному з органічними розладами, та втратою контролю за функцією випорожнення. Виникнення розладу ймовірно залежить від когнітивних функцій, генетичної схильності та впливу психічної травми. Хворіють переважно хлопчики, у дівчаток частіше відзначають денний енурез. Хвороба призводить до формування у дитини заниженої самооцінки, соціальної ізоляції та міжособистісних конфліктів. Терапія меліпраміном, ретельне дотримання гігієнічних вимог, режиму сну та споживання рідини у поєднанні з поведінковою психотерапією дають позитивний ефект у половині випадків. У деяких пацієнтів розлад минає у юнацькому віці спонтанно.

Подібний за етіологією та перебігом *неорганічний енкопрез*, який виявляється у нетриманні калу у поєднанні з труднощами концентрації та утримування уваги, гіперактивністю, розсіяною увагою, іншими емоційними та поведінковими розладами. Інколи розлад можна пов'язати з регресивним розвитком в результаті сильного психотравмуючого чинника або з неспроможністю та небажанням дитини дотримуватися усталених соціальних норм поведінки. Сімейна, групова та індивідуальна психотерапія у поєднанні з прищепленням гігієнічних навичок у більшості випадків дає швидкий позитивний ефект.

На відміну від двох попередніх розладів, які формуються переважно у 4-6-річному віці, *розлад харчування у ранньому дитинстві* можна спостерігати у дітей починаючи з 3-місячного віку. Розлад виявляється у соматично здорових немовлят у постійній відмові від їжі, зригуванні, зниженні маси тіла. Походження розладу в першу чергу пов'язують з порушенням стосунків між матір'ю і дитиною, що виникає при нестачі емоційного задоволення у дитини. Лікування скероване на подолання ускладнень розладу – дистрофії та зневоднення – у поєднанні з сімейною та індивідуальною психотерапією матері може давати позитивний ефект. Однак смертність дітей з розладом харчування становить 25 %.

Майже третина дітей віком до шести років хоча б одноразово виявляла симптоми *поїдання неїстівного*. Однак, коли дитина виявляє стійке прагнення до споживання землі, фарби, паперу, волосся та інших неїстівних речовин, які вона вже куштувала і переконалася у їхній непридатності до їжі, свідчить про наявність психічного розладу. Переважно розлад виступає як симптом аутизму, шизофренії, олігофренії чи синдрому Кляйна-Левіна. У випадку ізольованого симптому його походження пов'язують з розладами взаємин матері з дитиною, яка намагається у спотвореній формі задовольнити оральну потребу, або про нестачу певних компонентів харчування (крейду їдять при дефіциті кальцію). Сімейна психотерапія, покликана спонукати батьків приділяти дитині більше уваги та задовольняти її емоційні потреби, корегуюча терапія з позитивним підкріпленням, зрідка – з негативним підкріпленням, зазвичай, дають стійкий, позитивний ефект.

Емоційний розлад, з яким найчастіше батьки хворої дитини звертаються не лише до лікарів, а й до медичних психологів – заїкання, виявляється у повторенні і/або пролонгації окремих звуків чи цілих складів, слів. Щодо походження

розладу єдиної думки не існує. Фізіологи вважають, що розлад виникає внаслідок порушення спеціалізації мовленнєвих функцій, психологи – що він пов'язаний з незадоволеними потребами, виникає під впливом стресових факторів та підкріплюється повтореннями, кібернетики – порушенням зворотного зв'язку в автоматичному процесі мовлення. Розлад починається з кількаразового повторення перших звуків або складів речення, згодом посилюється і виявляється при намаганні вимовити особливо важливі слова (іменники, дієслова, прикметники) у присутності значущих інших. Починаючись у дошкільному віці, заїкання може або повністю припинитися, або посилитися з віком і у підлітковому та дорослому віці призводити до фрустрації, тривожності, депресивності, а також вимушеної заміни "складних" слів, уникання спілкування та нападів балакучості. Психотерапевтичне лікування (окрім гіпнотерапії) неефективне. Позитивний ефект, який дають психокорекційні методики, скеровані на відволікання уваги та релаксацію, який переважно є нестійким, і приступи заїкання повторюються при значних емоційних та психічних навантаженнях.

Мовлення захлинаючись виявляється у порушенні його швидкості та ритму, що може робити його незрозумілим для оточення. У мовленні відзначають безладні неправильно складені фрази, які особливо помітні при сильному психоемоційному реагуванні. Причини формування розладу невідомі, однак те, що він часто супроводжується емоційними порушеннями та корелює із психотравмуючими ситуаціями, дає підстави думати про психогенну природу розладу. Фрустрація, тривожність, депресивність, порушення соціальної адаптації потребують застосування методів сімейної психотерапії, хоча у більшості випадків розлад спонтанно минає у старшому підлітковому та юнацькому віці.

В окрему групу психічних розладів у дітей об'єднані *патологічні звичні дії*. Зважаючи на те, що ці розлади досить поширені, часто можуть призводити до появи косметичних дефектів чи порушень соціальної адаптації, а також у зв'язку з імовірним впливом на їх формування патопсихологічних чинників, у групу включають: яктацію, оніхофагію, трихотиломанію, смоктання пальців і/або язика та деякі стереотипії у дітей.

Трихотиломанію (нав'язливе прагнення висмикувати власне волосся) (F63.3) розглядають як один із варіантів аутоагресії, розлад імпульсів (компульсію), що ґрунтується на приховуваній тривожності або депресії. Хворі відчувають нездоланну потребу торкатися до свого волосся (в т.ч. брів та вії), висмикувати їх і роздряпувати шкіру, вкриту волоссям (Keuthen; Christenson, McKenzie). Перед висмикуванням волосся у дитини відзначається виражена напруженість, яка зникає після висмикування. Від дерматологічних захворювань (наприклад, алопеції) трихотиломанія відрізняється відсутністю зони нестабільності росту волосся (при слабкому посмикуванні поряд із зоною ураження волосся не випадає) і тим, що зона ураження завжди знаходиться в межах легкої досяжності домінантної руки. Неусвідомлюване прагнення торкатися волосся, накручувати його на пальці або олівці, що з'являється у моменти відволікання дитини, вказують на схильність до трихотиломанії. Психологи як причину або провокуючий фактор розвитку розладу вказують на вчинки батьків: знущання, побої та приниження дитини, завищені вимоги, а

також на пияцтво батьків, сварки в сім'ї, розлучення або повторне одруження батьків, переїзд, смерть значущих близьких, народження іншої дитини тощо.

Розлад частіше формується у дівчаток, часто поєднується з оніхофагією. У деяких пацієнтів – продовжується у дорослому віці.

Трихотиломанія може минати спонтанно за умови усунення основного психотравмуючого фактора, а також у юнацькому віці, коли молода людина змінює своє ставлення до нього і зменшує емоційне залучення. Розлад загалом погано піддається лікуванню, показане застосування транквілізаторів та антидепресантів у поєднанні з поведінковою психотерапією, психоаналізом.

Оніхофагію (обгризання нігтів) розглядають як один із різновидів розладів харчування – поїдання неїстівних речей – або як аномальну поведінку при розладі потягів, що виявляється у специфічних звичних рухах. Разом із *яктацією* (розгойдування тулуба та похитування головою) та *смоктанням пальця, язика* оніхофагія є своєрідним рудиментарним непатологічним прообразом патологічних розладів: органічних уражень головного мозку, депресії, неврастенії. Усі ці звичні дії виконують роль компенсаторного фактора, що забезпечує дитині досягнення комфорту внаслідок тактильного контакту, а у немовлят сприяє засинанню (в першу чергу розгойдування тулубом та смоктання пальця або язика). Хоча формуються розлади, зазвичай, на тлі органічної церебральної недостатності та конституціональної схильності, безпосереднім приводом для їх появи стають психогенії. Психотравмуючими факторами, що передують формуванню патологічних звичних дій, є: емоційна депривація, розлука з матір'ю, сенсорна депривація, конфлікти в оточенні дитини. Варто відзначити й певні особистісні особливості дітей з патологічними звичними діями: млявість, байдужість, боязливість, плаксивість, що поєднуються з агресивністю, впертістю, конфліктністю, схильністю до істеричних поведінкових реакцій.

Часті патологічні звичні дії (крім трихотиломанії) спостерігають у дітей із затримкою психічного розвитку, а також у вихованців дитячих будинків або у дітей, позбавлених батьківської опіки, догляду та ласки. З віком виявлення (особливо публічне) патологічних звичних дій стає контрольованим і маніфестує лише за умови значного психотравмуючого впливу. Самі ж розлади ймовірно набувають інших форм патологічних розладів поведінки.

Психологічні складові ендокринології

Психологічні особливості в разі захворювань щитовидної залози та гіпофізу

Суттєву роль в систематизації психічних відхилень при ендокринологічних захворюваннях належать М. Блейлеру. Психопатологічні зміни, які спостерігаються при цих захворюваннях, він об'єднав в межах неспецифічного ендокринного психосиндрому, в структуру якого входять: порушення настрою, порушення мотивації та психічної активності, зміна інстинктів і потягів. Ендокринний психосиндром по Е. Блейлеру, включає тільки ті психічні порушення, які обумовлені власне ендокринними хворобами і не є результатом ураження головного мозку або психогенної реакції.

Велике місце займають різноманітні психогенні фактори, такі як реакція на хворобу, зміна соціального статусу, необхідність тривалого лікування та пов'язані з ним часті тривалі госпіталізації. Все це призводить до виникнення психогеній і різноманітних змін особистості хворих. При багатьох видах ендокринної патології мають місце зміни зовнішності та будови тіла (патологічні форми ожиріння або втрати ваги, екзофтальм, вірилізм, акромегалія, відсутність або передчасна поява вторинних статевих ознак), що також знаходить відображення у внутрішній картині хвороби.

У зв'язку з вищезазначеним при обстеженні та лікуванні хворих з ендокринними захворюваннями необхідно враховувати їх психічні особливості, а також давати відповідні рекомендації персоналу, який їх доглядає. У цих хворих спостерігається сповільнення мислення, труднощі у формулюванні відповіді, тому для виявлення необхідної інформації та врахування звертань і прохань пацієнтів іноді необхідно витратити багато часу та терпіння. При цьому хворі відрізняються підвищеною афективністю, у них легко виникають емоційні реакції образи та протесту. Вони вимагають до себе підвищеної уваги, зокрема у зв'язку зі створенням оптимальних умов комфорту, пов'язаних з основним захворюванням. Наприклад, у хворих з гіпотиреозом спостерігається підвищена потреба у теплі, тому їх прохання закрити квартиру або вкрити додатковою ковдрою не є капризами, так само як у хворих з гіпоглікемією підвищене відчуття голоду, і дуже часто з'їдений шматок їжі попереджує гіпоглікемічний стан.

Як у разі хронічних, так і гострих ендокринних захворювань, існує специфічний і неспецифічний психологічний і психопатологічний вплив хвороби на пацієнта. Більшість ендокринних захворювань часто спричиняють розлади особистості (неспецифічний ендокринний психопатоподібний синдром). Для нього характерні зниження психічної активності, зміна захоплень, інстинктів і настрою. Спостерігається зниження психічної активності різного ступеня – від підвищеної виснаженості і пасивності в рамках астеничного стану до повної спонтанності зі значним звуженням кола інтересів і примітивізацією контактів з оточуючими, коли стан наближається до апатико-абулічного.

Зміна потягів і інстинктів проявляється в зниженні або посиленні статевого потягу, апетиту, спраги; одні хворі намагаються піти з дому (дромоманія), інші, навпаки, залишитися в межах звичайного середовища, у них змінюється потреба у сні, теплі тощо. Хворим з ендокринопатіями більш властива кількісна, ніж якісна, зміна потягів. Можлива дисоціація з підвищенням одного і зниженням іншого потягу.

У разі довготривалого і особливо важкого перебігу ендокринних захворювань розвиваються розлади пам'яті і стани афекту. Вони характеризуються глобальним порушенням психічних функцій, яке стосується всіх сторін особистості і значно нівелюють її індивідуальну особливість. У більш важких випадках розвиваються значні розлади пізнавальної діяльності.

У разі *дифузного токсичного зода (тіреотоксикозу)* психологічні розлади займають значне місце в клінічній картині цього захворювання і інколи виникають на самих перших етапах його розвитку. Це дало підстави виділити нервову (нервово-психічну, нервово-вегетативну) форми тиреотоксикозу. Розлади емоційної сфери у разі тиреотоксикозу виступають на перший план. Їх виявляють практично у всіх хворих. Спостерігається підвищена афективна лабільність. Це проявляється у різноманітних вираженнях: від слабкодухості і сльозливості до вираженої схильності бурхливих афективних спалахів і гнівливості. Лабільність настрою супроводжується постійним внутрішнім напруженням, неспокоєм, тривогою. Зовнішньо це проявляється надмірною жвавістю, підвищеною збудливістю, роздратованістю, метушливістю, іноді малопродуктивною руховою гіперактивністю. Хворі можуть здійснювати несподівані і немотивовані вчинки. Слід підкреслити, що самі хворі нерідко не помічають зміни своєї особистості і фіксують увагу на змінах у зовнішньому світі: все навколишнє здається їм непостійним, метушливим і незвичайно мінливим.

Основні психологічні порушення при тиреотоксикозі представлені найчастіше всього неврозоподібними проявами: нервовість, непосидючість, дратівливість, недостатня здатність до концентрації, швидка втомлюваність, відсутність наполегливості в досягненні цілі, образливість, лякливість. Ці хворі погано переносять очікування, у них спостерігається підвищена потреба в русі, тремтіння в тілі, яке підсилюється при хвилюванні. Як правило, має місце вегетативна збудливість, легко виникають червоні плями на обличчі, пітливість, серцебиття, у зв'язку з чим хворі погано переносять спеку.

В лікарні пацієнти часто вступають в конфлікти із сусідами, переходять з однієї палати в іншу, у них можуть спостерігатися істеріоформні реакції, особливості клініки яких та вираженість залежить від ступеня тиреотоксикозу. Крім неврозоподібних проявів, обумовлених ендокринно-вегетативними порушеннями, у хворих часто виникають невротичні порушення. У них можуть мати місце різноманітні істеричні стигми: тремтіння всього тіла, відчуття "клубку в горлі", блювання, астазія-абазія та інші. Поведінка хворих носить все більше виражений демонстраційний характер з вимогами особливого відношення до себе з боку близьких та медперсоналу, незадоволеністю. В подальшому можуть розвиватися істеро-іпохондричні стани. Хворі драматично висовують велику кількість скарг, фіксовані на найменших відхиленнях у самопочутті, незадоволені проведеним лікуванням.

Психічні порушення у разі гіпотиреозу (мікседема, кретинізм) мають велике значення в клінічній картині захворювання, значною мірою визначають її специфічність. На самому початку захворювання і в разі відносно легких випадків може спостерігатися лише психічна в'ялість. За умов найбільш важкого перебігу хвороби розвивається глибоке слабоумство. У клінічній картині психічних порушень при мікседемі тісно переплітаються прояви обох

неспецифічних ендокринних синдромів – психопатоподібного і розладів пам'яті. У разі мікседеми більше, ніж за всіх інших ендокринних захворювань, проявляються розлади пам'яті та інтелекту, тобто порушення органічного типу. У разі важкої мікседеми в дорослих основними порушеннями є зниження пам'яті, сповільненість мислення (брадифренія) і мови, втрата набутих навичок, можливостей та інтересів, різке зниження інтелектуальної і моторної активності, апатичність і підвищена втомлюваність. Поведінка хворих стає ще більш своєрідною через туговухість, яка характеризує дане захворювання. У більш легких випадках можливі тільки сповільненість мови і мислення, спонтанність, втомлюваність. Тоді хворі можуть здаватися більш розумово відсталими, ніж насправді, внаслідок загальмованості і характерних змін обличчя (припухлість). Хоча пам'ять хворих прогресивно знижується і їм важко на чомусь зосередити увагу, все ж вони розуміють свій хворобливий стан, пред'являють багато соматичних скарг і часто дуже ретельно описують свої почуття.

З інших типів патологій ендокринної системи більш рідких в порівнянні з вищезгаданими захворюваннями, але для яких характерні психологічні порушення, необхідно звернути увагу на акромегалію (гігантизм), пангіпопітуїтаризм (недостатність гіпофізу), синдром Іценко-Кушинга (пухлина гіпофізу).

При *акромегалії* багато дослідників відмічали апатію та астенію. У цих хворих часто спостерігаються підвищена сонливість, в'ялість, відсутність реакції на зміну своєї зовнішності, підвищена образливість, що іноді змінюється на стани дисфорії з переважанням тужливо-злостивого афекту і підвищеним стремлінням до рухової активності. У зв'язку з цим під час лікування таких хворих у стаціонарі лікар та медичний персонал повинні пам'ятати, що їх поведінка може змінюватися незалежно від зовнішніх подразників. Так, апатичні та ніби байдужі до оточення, вони можуть давати злобні неадекватні реакції на оточуючих та вміщуватися не в свої справи. У багатьох хворих спостерігаються порушення пам'яті та іпохондричні скарги.

Пангіпопітуїтаризм (недостатність гіпофізу) супроводжується атрофією статевих залоз, щитовидної залози та наднирників.

М. Блейлер відмічав, що на початку цього захворювання мають місце емоційні порушення, втрата інтересів та потягів. Основним симптомом є апатія, яка може супроводжуватися астенією та адинамією. В структурі астеничного синдрому переважає м'язова слабкість, апатія набуває відтінку легкої депресії. Хворі лежать в ліжку, відвернувшись до стіни, на питання відповідають з невеликою затримкою. Хворим тяжко засвоювати інформацію, що необхідно враховувати при спілкуванні з пацієнтом.

Синдром Іценка-Кушинга (доброякісна пухлина гіпофіза) супроводжується розвитком депресії різного ступеня вираженості, як прояв реакції на свою хворобу. Це обумовлено тим, що на відміну від хворих з іншими видами ендокринної патології, у хворих з синдромом Іценка-Кушинга більш виражені реакції на своє захворювання та зміни зовнішності. Депресія не характеризується стійкістю: туга може замінюватися на дратівливість, злобність, апатію або ейфорію. У зв'язку з нестійкістю настрою, у хворих часто спостерігається схильність до порушення режиму, нетерпимість до мінімальних вимог дисципліни. Часто вони проявляють дитячу капризність та

недисциплінованість, вимагають додаткових прогулянок, відмовляються гасити світло в палаті, скаржаться, плачуть, вступають в конфлікт. Можуть виникати періоди з руховою активністю, які проявляються у вигляді дромоманічного синдрому. Хворі часто демонструють скарги іпохондричного характеру, які представляють контраст з їх зовнішнім, нібито дуже благополучним виглядом. Лікар та медперсонал повинні вміти коригувати труднощі взаємовідносин з пацієнтами, використовуючи психотерапевтичні бесіди.

Психологічні особливості хворих на цукровий діабет

Цукровий діабет – ендокринне захворювання, обумовлене абсолютною або відносною інсуліновою недостатністю, що призводить до порушення всіх видів обміну речовин, перш за все вуглеводного, ураження судин, нервової системи, а також інших органів і тканин.

Цукровий діабет – розповсюджене хронічне захворювання, що викликається недостатньою кількістю ендогенного інсуліну або його зниженою ефективністю. Існують дві основні форми захворювання. Цукровий діабет 1-го типу часто називають інсулінозалежними. Він звичайно розвивається в дитячому або підлітковому віці, починається гостро з появи виражених ознак нездужання, стомлюваності, втрати маси тіла, спраги, а іноді й коми. Цукровий діабет 2-го типу називають інсулінонезалежним. Він має тенденцію розвиватися в осіб з надлишковою масою тіла й людей похилого віку, часто протікає безсимптомно й виявляється при звичайному дослідженні сечі. у той час як особи з даним захворюванням звертаються за допомогою із приводу якого-небудь захворювання.

Причинами виникнення цукрового діабету можуть бути порушення центральної нервової регуляції, психотравми, спадковість, інфекційні захворювання підшлункової залози, надмірне споживання вуглеводів.

Основні ознаки захворювання: велике вживання води, тому що відчувається постійна спрага й сильне сечовиділення; ненаситний апетит; м'язова слабкість; свербіж шкіри.

Виокремлюють наступні форми цукрового діабету:

- – легка (порушення вуглеводного обміну лікується за рахунок дієти малим вмістом вуглеводів і жирів, раціональної організації праці й відпочинку, зниженням маси тіла до нормальних показників);
- – середня (у лікуванні використовують інсулін у великій кількості або антидіабетичні препарати);
- – важка (сувора дієта, високі дози інсуліну, лікують у стаціонарі, працездатність істотно порушена, багатьох переводять на інвалідність).

На відміну від дорослих цукровий діабет у дітей протікає важко. Ці особливості обумовлені інтенсивністю тих обмінних процесів, які властиві дитинству. Потреба в гормонах, що мають анаболітичну дію, у дітей дуже велика. Інсуліну властива анаболітична дія, тому і потреба дітей в інсуліні більша, ніж у дорослих. Захворювання у дітей характеризується бурхливим його початком. У початковому періоді у дитини відмічається загальна слабкість, схуднення при гарному апетиті, дратівливість, зниження успішності в школі, нудота, блювання, іноді нічне нетримання сечі, що вказує на декомпенсацію цукрового діабету

У підлітків велике значення має емоційний чинник, що впливає на перебіг захворювання. На жаль, батьки не завжди можуть створити дитині сприятливу соціально-психологічну атмосферу вдома. Це підсилює у хворого відчуття своєї неповноцінності в порівнянні з однолітками. Подолати ці проблеми допомагають розроблені програми з навчання хворих і їх родичів, консультування з психологом.

Підбір адекватної дози інсуліну представляє певні труднощі, тому можливе завищення дози й розвиток хронічного передозування інсуліну або

синдрому Сомоджи. У дітей з синдромом Сомоджи відзначають погане самопочуття як наслідок частих нападів слабкості, головного болю, запаморочення, порушеного сну, "розбитості" і сонливості протягом дня. Сон стає поверхневим, тривожним, часті кошмарні сновидіння. У ві сні діти плачуть, кричать, а при пробудженні у них з'являються сплутана свідомість і амнезія. Після таких ночей хворі протягом усього дня залишаються млявими, капризними, дратівливими, похмурими і апатичними. Нерідко у дітей спостерігають несподівані, невмотивовані зміни настрою і поведінки. Іноді на тлі гострого відчуття голоду хворі проявляють нез'ясований негативізм до їжі і наполегливо відмовляються від неї. У багатьох хворих спостерігаються раптові порушення зору у вигляді мигтіння яскравих крапок, "мурашок", появи "туману", "пелени" перед очима або двоїння.

У осіб середнього віку і людей похилого віку перебіг цукрового діабету сприятливіший, ніж у молодих. Частіше цукровий діабет виникає поступово і поволі прогресує впродовж декількох років. У цій групі переважають хворі, схильні до ожиріння. У чоловіків може швидко знижуватися статева активність. У жінок в клімактеричний період нерідко виникає декомпенсація цукрового діабету, що обумовлено надзвичайною лабільністю нервової системи.

Дозоване фізичне навантаження сприяє поліпшенню кровообігу, збільшується споживання кисню і інтенсивніше виводяться з організму проміжні продукти обміну речовин. Режим фізичної активності спричиняє позитивний вплив на хворих цукровим діабетом. Чинники, які обумовлюють сприятливу дію фізичного навантаження, є: часткове засвоєння глюкози без інсуліну в працюючих м'язах; підвищення захоплення інсуліну еритроцитами; зниження рівня глікемії; зменшення потреби в інсуліні; значне збільшення утилізації жирних кислот і кетонових тіл в працюючих м'язах; підвищення толерантності до вуглеводів. Протипоказані всі види важкої атлетики, силові види спорту, особливо при діабетичній ретинопатії, альпінізм, марафонський біг. Не рекомендується участь в спортивних змаганнях, оскільки вони супроводжуються великими фізичними і психоемоційними навантаженнями.

Хворим на цукровий діабет притаманні виражені емоційні реакції і розлади поведінки неспецифічного характеру. Часто розвивається депресія і агресивність, у тому числі і спрямована на самого себе. У разі гіперглікемічних діабетичних і гіпоглікемічних ком спостерігаються сновидні і фантастичні переживання. Повторні коматозні стани, а також часті і різкі коливання вмісту глюкози в крові (як гіпер,- так і гіпоглікемія) завжди погіршують психічний статус хворих. У таких випадках можуть розвиватися стійкі зміни особистості (психоендокринний синдром), а в подальшому – психоорганічний синдром з більш або менш вираженою деменцією.

Діабет у дорослих нерідко супроводжується астенічною симптоматикою у вигляді підвищеної стомлюваності, зниження працездатності, порушень сну, головного болю, емоційної лабільності. Характерна підвищена збудливість і виснажуваність нервових процесів, ослаблення активної уваги, зниження пам'яті на поточні події, підвищена лабільність вегетативної нервової системи, нав'язливі сумніви, нав'язливі спогади, нав'язливий страх, дратівливість, що переходить у пригніченість і тривожність із фіксацією на дрібних образах. Поєднання деякої егоцентричності й підвищеної самооцінки з великою

емоційністю у ряда хворих було досить суттєвою основою багатьох психотравмуючих переживань. Хворі на цукровий діабет мають також схильність застрягати на різних емоційних конфліктах, мають підвищену тривожність і боязкість, некритичність, норовливість, упертість, деяку інтелектуальну негнучкість. Нерідко відзначають млявість, зниження настрою із пригніченістю.

Як зазначав Д.Н.Ісаев: "Майже у всіх хворих спостерігається астеничний стан різної вираженості: втома, зниження працездатності, послаблення уваги, головні болі після навантаження, дисомнія і т. д. Прояви астенії стійкі, втома у них викликається мінімальною напругою, супроводжується головними болями, сонливістю, загальмованістю, явною дратівливістю чи слізливістю".

З 1986 р. використовується термін "діабетична особистість". Їй властиві емоційна нестійкість, невротичні реакції, залежність, байдужість, лабільність настрою, тривожність. Реакція на хворобу в осіб, що страждають на цукровий діабет, можлива наступна:

- 1) реакція ігнорування хвороби;
- 2) невротичний тип реакції із тривожно-фобічним відношенням до хвороби;
- 3) емоційний тип реакції, при якому відношення до хвороби завуальовано переважно дратівливістю, емоційною лабільністю.

Психічні розлади при цукровому діабеті зустрічаються в 17,4- 18,4% хворих. У патогенезі цих розладів надається значення наступним факторам: гіпоглікемія, інтоксикація внаслідок порушення функцій печінки та нирок, безпосереднє ураження тканин мозку. Крім первинних розладів функції нервової системи, при цукровому діабеті мають значення соціально-психологічні фактори (зниження працездатності, щоденні ін'єкції, порушення статевої функції), особливості характеру індивіда (тривожно-недовірливі риси в поєднанні з прямолінійністю, обов'язковістю, принциповістю й ригідністю психіки), несприятливі зовнішні впливи у формі перенапруги й психічних потрясінь, вплив тривалого медикаментозного лікування.

Депресивні розлади із тривогою або без неї – найпоширеніші психологічні порушення у хворих на цукровий діабет. Багато вчених звертають увагу на наявність у осіб з цукровим діабетом депресій. Так, М.Ю. Дробіжев та Т.А. Захарчук відмічають у пацієнтів із цим ендокринним захворюванням легкі депресії. Багато авторів згадують про те, що вони спостерігають депресивні стани переважно в дебюті захворювання. Причому підкреслюється, що ці депресії звичайно діагностуються протягом місяця після встановлення діагнозу ендокринного захворювання. У літературі можна зустріти окремі описи депресії у хворих цукровим діабетом, що виникають при важкому плинні ендокринного захворювання, яке супроводжується частими комами. Так А.К. Добржанською (1973) описані депресивні стани, що протікають з емоційною лабільністю, плаксивістю у хворих, які перенесли діабетичні коми. У дослідженні, проведеному М.М. Жаріковим, описані хворі цукровим діабетом, у яких депресивні стани протікають зі скаргами на почуття нудьги, безрадісності.

Деякі науковці виділяють відмінності в профілі особистості залежно від статі: так, при цукровому діабеті середньої важкості в чоловіків має місце наростання тривоги про здоров'я й потребу в сторонній допомозі, у жінок –

аутизація, відчуження, ригідність. При цукровому діабеті важкої форми в чоловіків спостерігається іпохондрія, наростання депресії, надмірне занепокоєння, внутрішня напруженість, тривога, у жінок – ригідність поведінки, мислення.

Психологічні особливості хірургічних, онкологічних, гінекологічних хворих

Психологічні особливості хірургічних хворих

Психологічні особливості, особистості пацієнтів хірургічного стаціонару

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

У зв'язку з цим у хірургічних хворих в передопераційному періоді можуть спостерігатися різні варіанти ставлення до оперативного втручання. На думку Н.В. Виноградова, пацієнтів можна уявно поділити на дві групи: схильні до гіпернозогнозії та до гіпонозогнозії. Перші – перебільшують операційний ризик, що виявляється у тривожності, страху смерті, надмірній фіксації уваги на соматичних відчуттях, почутті приреченості і пасивному очікуванні несприятливого результату оперативного втручання або смерті. Другі, зважаючи на недовіру до хірурга, його практичних умінь, знань та навичок і невіру у позитивний результат оперативного втручання, намагаються уникнути його проведення і навіть приховують свої симптоми. Окрім того, не слід забувати про те, що проведення оперативного втручання порушує уявлення людини про свою "схему тіла", що незалежно від успішності проведеного хірургічного лікування може викликати повну або часткову втрату працездатності, змінювати звичайний для людини спосіб життя та діяльності.

Дуже важлива також стратегія вибору пацієнтом способу лікування. На думку В.Д. Менделевича, одні пацієнти погоджуються на оперативне втручання лише після того, як бажаного результату не дадуть інші паліативні засоби, тобто дотримуються стратегії "уникнення невдач", інші – домагаються чим швидшого проведення оперативного втручання.

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

- Хвороба – це ворог, який загрожує цілісності особистості.

- • Хвороба –покарання за гріхи, які були в минулому пацієнта (особливо часто виникає при невиліковних хворобах).
- • Хвороба – непоправна втрата, шкода, яка може обмежити подальшу професійну, соціальну та особистісну активність; переважно формується при оперативних втручаннях, пов'язаних з повним або частковим видаленням органа: повна екстирпація матки, видалення молочної залози, ампутація кінцівок.
- • Хвороба і оперативне втручання – полегшення. Зазвичай спостерігається у патологічно спрямованих на операцію особистостей.
- • Хвороба – перешкода, яку треба подолати для отримання бажаного результату. У першу чергу це стосується випадків, коли оперативне втручання дає шанс людині відновити свою працездатність або нормальне функціонування органа чи системи. Також цей аспект формується у людей, які прагнуть проведення пластичних операцій, що, на їх думку, призведе до кардинальних змін у житті на краще.

Значну частину пацієнтів хірургічної клініки складають пацієнти з психологічними порушеннями. Хворі з неврозами часто намагаються схилити хірургів до проведення їм хоча б мінімальних оперативних втручань, підсвідомо сподіваючись, що в результаті цього зменшаться прояви їх невротичних симптомів. А хворі з істеричним неврозом нерідко звертаються до хірургів зі скаргами, що імітують симптоми "гострого живота", і вимагають негайного оперативного втручання, щоб довести оточенню, що вони справді хворі, а попереднє лікування не дало бажаного результату. Хворі з психопатією за допомогою оперативного втручання намагаються врятуватися від важкого усвідомлення провини або нав'язливих ідей самозвинувачення.

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

Ашер описав три варіанти синдрому Мюнхаузена:

- 1. Гострий абдомінальний, що призводить до лапаротомії;
- 2. Геморагічний, пов'язаний з демонстрацією кровотечі;
- 3. Неврологічний, що включає демонстрацію втрати свідомості та нападів.

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

Оскільки проведення анестезії та оперативного втручання можуть виступати як пусковий момент формування реактивного психозу, медико-психологічна допомога у хірургічному стаціонарі повинна бути особливо ретельно скерована на ранню діагностику пацієнтів із психічними розладами, та

водночас допомагати у виявленні хірургічної патології у психічно хворих і скеровувати їх на необхідне оперативне втручання.

Емоція страху у хірургічних хворих

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

Для отримання задовільного результату оперативного втручання дуже важливо правильно сформулювати ставлення до нього пацієнта. Під час психологічного консультування доцільно дізнатися, які очікування пацієнта щодо його майбутнього після одужання, і провести певну психологічну підготовку до операції. В першу чергу, звичайно, йдеться про зниження рівня тривожності пацієнта, який боїться наркозу і того, що він не вийде з нього, болю, який він може відчувати при недостатній глибині анестезії та того, який виникне у післяопераційний період, обмежень та змін у подальшій трудовій, соціальній та особистісній діяльності, і врешті – смерті. Останнім часом збільшилася кількість пацієнтів, які окрім перелічених страхів висловлюють також тривожність з приводу небезпеки, яка може виникнути у зв'язку з повного втратою ними контролю над власним тілом під час анестезії та загрози "насилства чи вилучення власних органів" під час оперативного втручання. Несподівані психічні реакції спостерігають у хворих, яким виконують трансплантологічні оперативні втручання, що часто призводять до внутрішньоособистісного конфлікту через отримання органів іншої людини, яка на момент забору органа була біологічно живою. Це може вплинути на самооцінку людини, сприймання і прийняття нею себе як цілісної особистості після операції, і навіть призвести до деперсоналізаційних розладів або порушень сприймання власної схеми тіла.

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

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

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

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

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

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

Післяопераційний стан пацієнта майже завжди визначається його передопераційним станом. У людей, які адекватно реагували на необхідність оперативного втручання, тверезо оцінювали ризики і ймовірність досягнення успіху та позбавлення від певних симптомів захворювання, усвідомлювали можливість виникнення післяопераційних ускладнень та обмежень, після оперативного втручання теж переважно спостерігалась адекватна реакція на зміни власного стану. При високому рівні тривожності та неготовності пацієнтом усвідомити, оцінити та прийняти зміни свого стану перед операцією – у післяопераційному періоді зазвичай також відзначалась неспроможністю це зробити.

Слід звернути увагу на окремі форми страхів, тривоги і занепокоєності, які виникають після операції. На 3-4 день після операції отримують вихід страхи, які дотепер пацієнт стримував. Хворі, постійно аналізуючи проведене оперативне втручання, намагаються робити прогнози на майбутнє. Але в силу незавершеності лікування та невизначеності перспектив це зазвичай призводить до збільшення неспокою, незадоволеності, агресивності, плаксивості, дратівливості. Особливо важливо, що внаслідок проведення оперативного втручання у людей відбуваються глибокі емоційні порушення, активуються внутрішні конфлікти, що у поєднанні з післяопераційною астенизацією дуже швидко призводить до формування депресії.

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

- 1) ефективна адаптація передбачає сприймання сигналів тривоги, певний ступінь її асиміляції, що дає змогу полегшити душевний стан хворого;
- 2) для того, щоб адаптація була ефективною, її механізми повинні бути достатньо гнучкими, що дозволяло б вносити необхідні зміни в процес

інтеграції тривоги під час антиципації хірургічного стресу, а також в адаптацію до психологічних і фізіологічних наслідків операції;

- 3) для підтримання душевної рівноваги в хірургічній ситуації необхідна не стабільність, а реактивність.

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

Не менш частим постопераційним ускладненням є психотичні реакції, що виявляються надмірною тривожністю, психомоторним збудженням, порушенням орієнтації, галюцинаціями, маячними ідеями, оглушенням. Після виходу із психозу, як правило, настає стан виразної астенії та інколи легкі прояви психоорганічного синдрому. Хворі стають дратівливими, плаксивими, у них погіршується апетит і сон, з'являються тривожні сновидіння, розвивається депресія. Та найбільш поширеною є зміна психічної діяльності, яка виявляється в уповільненні реакцій на події, що відбуваються, емоційній нестійкості, збідненні психічної діяльності, обмеженні кола інтересів. Такі зміни переважно виникають після важких травматичних оперативних втручань і погано піддаються корекції.

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

Больовий синдром

Больовий синдром має велике значення при усіх соматичних і психічних розладах, але найбільш значущим він є у клініці хірургії, оскільки відіграє роль першого і значущого сигналу про виникнення нездоров'я в організмі. Відчуття болю пов'язане з церебральними системами стовбура мозку, кори великих півкуль головного мозку, таламуса і лімбічно-ретикулярного комплексу. На психічному рівні біль виявляється відчуттям страху і неспокою як під час нападу болю, так і в період його очікування.

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

Болі, що виникають у пацієнтів в післяопераційний період, значною мірою залежать і від психогенної складової. В результаті впливів сильних афектів, таких як страх, у людини виникають значні м'язові і судинні імпульси, які вона вербалізує як відчуття болю в певному органі.

Хворі на неврози часто висловлюють скарги на значні больові відчуття, що не мають визначеної органічної структури. Застосування препаратів специфічного психотропного впливу зменшують ці відчуття і покращують загальний психічний стан пацієнта. Характерним для цього болю є його тривалість, відсутність або змінність чіткої локалізації і часте поєднання несумісних, з анатомо-фізіологічних позицій, органів та систем. Для встановлення характеру болю слід пам'ятати, що психогенний біль рідко супроводжується симптомами, притаманними органічним ураженням: лихоманкою, блюванням, жовтяницею, гематурією тощо.

Психологічні особливості та реакція на хворобу онкологічних хворих
Онкологія – медична наука про захворювання на злоякісні і доброякісні пухлини та їх лікування.

Причиною встановлення інвалідності при онкологічній патології є не основне захворювання, а його ускладнення й супутні захворювання, що обумовлено відсутністю єдиних критеріїв визначення інвалідності в таких хворих.

Розглядаючи психологічні особливості девіантної поведінки онкохворих при медико-соціальної експертизі Ф.С. Голубцов звертає увагу на такі види соціально-психологічної дезадаптованості:

- 1) стійка ситуативна дезадаптованість, коли хворий намагається пристосуватися до нової важкої для нього ситуації, але ніяк не може;
- 2) тимчасова дезадаптованість, яку можна перебороти за допомогою соціально-психологічних заходів;
- 3) загальна стійка дезадаптованість у зв'язку із тривалою фрустрацією особистості, що супроводжується не тільки певним ступенем тривожності, але й агресивністю, ригідністю на тлі спроб поживити захисні механізми.

Л.М. Касімова та Т.В. Ілюхіна психічні зміни в онкологічних хворих умовно розподіляють на три групи:

- а) чисто психогенні;
- б) змішані психогенно-соматогенні;
- в) переважно соматогенні.

Для практики відновлювального лікування найбільше значення мають переважно психогенно обумовлені форми нервово-психічних розладів, тому що вони є головним дезадаптаційним фактором у пацієнтів онкологічної клініки. Для онкологічно хворих характерні психогенні реакції (нозогенії) – психічні розлади, пов'язані із звісткою про важке захворювання. Думки про невиліковність раку й майбутню смерть не можуть не турбувати людину, яка попала в онкологічний стаціонар.

Т.Ю. Мерилова, яка досліджувала групу онкологічних хворих за допомогою психологічних тестів (Айзенка, Тейлор), визначила, що у більшості з них спостерігалися складні депресивні, тривожно-депресивні і фобічні переживання. Надмірно виражені негативні емоції (депресія, тривога, фобії) здатні викликати у таких хворих суїцидальні думки. Виникненню депресії сприяють втрата соціального статусу, престижу, відчуття безпорадності і спотворення, безсоння, хронічний больовий синдром, непевність перспектив. У процесі лікування онкологічного захворювання пацієнта переслідують страждання, страхи: перед хворобою, болем, перед будь-чим новим, перед змінами, страх самотності, страх смерті. Емоційні переживання можуть підсилюватися за рахунок браку любові та розуміння.

Інколи, хворі на злоякісні пухлини, схильні до суїциду.

Існують такі основні типи суїцидальної поведінки, які можуть виникати у людей з тяжкими захворюваннями (у онкохворих зокрема). Суїцидальна поведінка завжди полімотивована. Така полімотивація не виключає, а припускає ієрархію мотивів. В.А. Тихоненко (1978) виділяє п'ять типів суїцидальної поведінки, тобто п'ять типів провідних мотивів: протест, заклик (до жалю,

співчуття), уникнення (психічних або фізичних страждань), самопокарання й відмову від життя (капітуляцію).

- 1. Суїцидальна поведінка за типом "протесту" – пов'язана із завданням збитків, помсти кривдникові, тобто тому, хто вважається причиною суїцидального акту: "Я вам помщусь, вам буде гірше від моєї смерті". Така спроба припускає стеничність, агресію, працюють механізми перемикання з гетероагресії на аутоагресію. Зустрічається частіше в чоловіків молодого віку (від 18 до 30 років), страждають органічними захворюваннями ЦНС. Психічний стан визначається як гостра психопатична реакція.

- 2. Суїцидальна поведінка за типом "заклику" – зміст мотивації передбачає активацію допомоги ззовні з метою зміни ситуації. Також зустрічається частіше в молодих людей від 18 до 30 років, але переважно у жінок. Суїцид звичайно відбувається увечері, частіше способом самоотруєння. Виникає гостро або підгостро, психічний статус суїцидента визначається як реактивна депресія з переживанням образи, жалості до себе, розпачем. Частіше зустрічається в психопатичних особистостях астено-депресивного кола. Як і протестна, дана суїцидальна поведінка звичайно характерна для осіб з інфантильним особистісним складом, яким властиві егоцентризм, негативізм, емоційна нестійкість.

- 3. Суїцидальна поведінка за типом "уникнення" – проявляється в ситуаціях погрози покарання, а зміст суїциду полягає в спробах уникнення погрози або при очікуванні психічного або фізичного страждання. Суїциди спричиняють чоловіки та жінки старше 30 років – звичайно інваліди, розведені й вдови, частіше шляхом самоповішання, самоотруєння. Пресуїцидальний період більше розтягнутий в часі.

- 4. Суїцидальна поведінка за типом "самопокарання" – визначається переживаннями провини реальної, або патологічного почуття провини. Самопокарання можна позначити як протест у внутрішньому світі особистості при своєрідному розщепленні "Я", коли існують "Я" підсудний і "Я" суддя. Серед суїцидентів мало інвалідів, переважно жінки з досить високим освітнім і суспільно-соціальним рівнем, одружені. Суїцид відбувається частіше в ранковий час. Пресуїцидальний період тривалий, а саме самогубство відбувається жорстким способом.

- 5. Суїцидальна поведінка за типом "відмови" від життя – тут мета й мотиви діяльності повністю збігаються. Мотивом є відмова від існування, а метою є позбавлення себе життя: "Я вмираю, щоб умерти". Цей тип суїциду пов'язаний із втратою особистісного смислу свого існування (наприклад, у зв'язку із втратою значимої близької людини, у зв'язку з важким захворюванням, особливо невиліковним) і неможливістю виконувати колишні, високо значимі ролі. Такий мотив, як відомо, часто характерний для досить зрілих, глибоких особистостей і може виражати не тільки відношення до особисто нестерпної ситуації, але й філософсько-песимістичне відношення до світу в цілому. Такий суїцид частіше роблять чоловіки старше 40 років, у ранні ранкові часи. Цей тип суїцидальної поведінки спостерігається також при субдепресіях, циклотимії й в осіб із психопатіями астенічного кола.

С.Я. Карпіловський зазначає, що одним із важливих психологічних наслідків переживання наявності важкої хвороби є почуття ізольованості від

людей, які не мають потрібного досвіду переживання своєї іншості, існування в зоні відчуження.

Онкологічні хворі відмічають не властиву їм раніше швидку стомлюваність, втрату спокою і внутрішньої рівноваженості, труднощі під час роботи, що вимагає зосередженої уваги і посидючості. Втома й одночасне збудження позбавляють їх чіткості та свіжості думки, що необхідні для продуктивної та цілеспрямованої діяльності. Особливої уваги заслуговують психологічні особливості онкохворих дітей.

Ряд вчених (Г.В. Кожарська, Н.Є. Колмановська, Ж.В. Смірнова, Г.Я Цейтлін та інші) вказують на те, що їх психологічний статус (онкохворих дітей) характеризується численними страхами, високим рівнем тривожності, почуттям провини, нерідко підвищеною агресією й аутоагресією, елементами посттравматичного стресового синдрому. Крім того, у них порушені комунікативні функції у зв'язку з дефіцитом спілкування із здоровими однолітками, має місце певна педагогічна занедбаність, девіантність поведінки.

Сім'ї з дітьми хворими на онкопатологію володіють цілим рядом особливостей, що негативно впливають на психологічний стан хворих дітей. Більшості батьків властиве специфічне відношення до дитини. Воно пов'язане з побоюванням за її здоров'я. Батьки пред'являють поступливі, а насправді інфантильні, вимоги до дитини. При цьому всі їх зусилля концентруються на збереженні здоров'я дитини, і як, наслідок, спостерігається недостатність її особистісного розвитку.

Всі психічні реакції людини на звістку про важку хворобу можна розділити на два етапи (за Ф.Є. Василюком). Ці етапи більш чутливо переживають батьки, ніж їхні хворі діти.

Перший етап – заперечення поставленого діагнозу, хвороби. Батьки на цьому етапі відмовляються приймати наявність онкологічної хвороби у їхньої дитини, часто, при цьому, відмовляючись і від необхідного лікування.

Другий етап – етап протесту, гніву. Він є специфічним наслідком питання, яке часто ставлять перед собою батьки: "Чому саме з моєю дитиною це відбулося?". На цій стадії тато чи мама можуть бути дуже агресивними, збудженими, злими. Злість і гнів в такій ситуації досить закономірні, так як завжди виникають внаслідок неможливості задовольнити свою потребу мати здорову дитину. В такі моменти батьки хворої дитини особливо потребують підтримки, емоційного контакту (хоч і схильні демонструвати протилежне). Якщо ви помітили прояви гніву чи злісті у батьків, запитайте, на що вони зляться, поговоріть з ними про це, адже проговорювання почуттів значно зменшує їхню інтенсивність.

Третій етап – етап "торгу" або "переговорів". Під час цього етапу відбувається різке звуження так званого "життєвого горизонту" людини. Адже життя зазнало серйозного удару, все нове може лякати, тому за допомогою старих звичних речей батьки дитини, та й сама дитина, можуть підтримувати свою рівновагу створювати ілюзію, що нічого не сталося, ніби все залишається таким як завжди, життя таке саме, як і до постановки страшного діагнозу. В цей час може спостерігатися відмова батьків від різноманітних життєвих подій, чи дій, що приносять задоволення і радість – це своєрідний компроміс, спосіб

неначе відкласти вирок долі. В цей час багато хто з батьків шукає різноманітні способи лікування дитини від традиційних до нетрадиційних.

Четвертий етап – етап депресивного стану. В цей час у батьків та й дітей можуть бути різкі перепади настрою: то вони плачуть, а то сміються. Вони переживають стани страху та тривоги, провини та відчаю. Також в цей час діти і батьки можуть дещо регресувати у своїй поведінці. Ті діти, які вже ходили, можуть почати повзати, змінюється протікання психічних процесів. У батьків регресивна поведінка може проявлятися у надмірному збудженні, метушні. У них може з'явитись підвищена роздратованість по відношенню до дітей – вони на них можуть кричати чи карати їх. Або ж може бути інший варіант – загальмованість фізичної та психічної реакції, апатія.

П'ятий етап – прийняття реальної дійсності та поставленого діагнозу. На цьому етапі батьки часто звертаються до релігії, що дає певний позитивний ефект у прийнятті реальності. Тяжка хвороба часто усамітнює людину, розриває її людські зв'язки, звужує життя. Дитина з онкологічним діагнозом та її батьки попадають в полон хвороби, стають обмежені у свободі дій, своєму волевиявленні. Вони переживають емоційну напругу, тривогу, відчай, гнів, страх перед майбутнім, неможливість керувати ситуацією, хаос найрізноманітніших почуттів. Звістка про рак часто позбавляє людей творчого пристосування до подій життя, вводить у ступор, робить їх ригідними. Часто цей стан супроводжується гострим переживанням можливості граничної межі та кінця життя.

Як зазначає І.Г. Малкіна-Пих: "Перебуваючи в близькому контакті з важкою хворобою, людина стикається з екзистенційними питаннями: питаннями життя та смерті, активністю та пасивністю, питаннями сенсу, вибору, відповідальності. Таке враження, що в подібній ситуації людина нічого не може зробити, від неї начебто нічого не залежить. їй так здається. І це дійсно так. Але тут приховується парадокс – людина не здатна змінити минуле, але вона може стати господарем теперішнього, може так спробувати побудувати, організувати своє сьогоднішнє життя, щоб стати його творцем". Отже, своєчасна психологічна допомога є важливим криком у боротьбі з такою важкою хворобою як онкологія.

Особливості психічного стану жінки в період вагітності протягом багатьох років привертають увагу фахівців. При цьому відзначається як емоційно негативна, так і позитивна роль вагітності. Про сприятливий вплив вагітності на різні психічні розлади писав ще Гіпократ, зазначаючи: "Істеричним дівчатам я наказую заміжжя, щоб вони вилікувалися вагітністю". У період вагітності спостерігається типова динаміка психологічних проявів. Звичайно в перші місяці вагітна відчуває себе невпевненою, залишається амбівалентною відносно майбутнього материнства. Страх перед невідомістю може призвести до пригніченості. Так, у разі небажаної вагітності в I триместрі відзначається тривога та депресія.

Реактивна депресія, що розвивається на початковому етапі вагітності, у більшості випадків припиняється до 4 – 5-го місяця, не дивлячись на те, що ситуація нерідко залишається напруженою. За наявності виражених психопатичних рис депресія набуває затяжного характеру, триває до кінця вагітності.

За літературними даними, реактивна депресія на початковому етапі вагітності часто зумовлена несприятливою сімейною ситуацією. У більшості випадків депресивні стани тривали до 3-го місяця вагітності, деякі жінки робили аборт. Іноді реактивний стан, незважаючи на переривання вагітності, набував затяжного характеру, причому в клінічній картині вже домінувала не депресія, а дратівливість та примхливість.

У разі бажаної вагітності молода жінка більш чи менш задоволена своїм станом, їй хочеться бути предметом уваги і турботи, у той самий час вона відчуває, що дорослішає, у ній борються немовби дві тенденції – інфантильність та дорослість. Ця подвійність, яка часто зумовлює тривогу, може стати причиною зміни настрою, що не завжди зрозуміло оточуючим.

У II триместрі спостерігається відносний спокій у стані вагітної, близькі ставляться до неї дбайливо, оберігають від різних проблем.

Основна риса III триместру – "занурення у дитину". У цей період можуть виникати страх перед майбутніми пологами та неспокій, пов'язаний із невпевненістю у нормальному розвитку плода. Дитина є зосередженням помислів, інтересів та занять майбутньої матері.

Безпосередньо перед пологами збільшується тривога, що проявляється гіперактивністю вагітної, яка бажає прискорити події.

На 6–8-му місяці вагітності може спостерігатися декомпенсація психопатичних рис характеру, які частіше за все зумовлені неповноцінністю ендокринно-діенцефальної системи.

Психопатологічні симптоми в період вагітності частіше виникають у жінок, в анамнезі яких є раніше перенесені психічні розлади, а також, ймовірно, наявність яких-небудь серйозних проблем зі здоров'ям, що впливають на перебіг вагітності, наприклад, цукрового діабету. Хоча серед вагітних поширені незначні афективні симптоми, однак серйозні психічні розлади у них спостерігаються рідше, ніж у не вагітних того самого віку. Поліпшення стану в таких жінок відзначається через кілька місяців після пологів.

Показник поширеності психічних розладів у вагітних коливається від 6% до 34%. Вони представлені як донозологічними проявами психіфізіологічної дезадаптації, так і клінічними психопатологічними симптомами.

Шизофренія, що проявляється в період вагітності, відрізняється несприятливим перебігом та призводить до тяжких змін особистості. Так само несприятливий перебіг відзначається і в разі ендогенної депресії. Як шизофренія, так і ендогенна депресія, що виникла в період вагітності, не пов'язані із соматичними змінами, які відбуваються в цей період в організмі.

Важливою психосоматичною проблемою є *гестоз вагітних*. Відомо, що в жінок з вираженим небажанням мати дитину частіше спостерігається тяжка форма гестозу, на відміну від жінок з запланованою вагітністю. Представники зарубіжної медицини, користуючись концепцією символічної мови органів, інтерпретують блювання вагітних як символічний прояв небажання вагітності та народження дитини. Інші вчені, виходячи з принципів вчення

З. Фрейда, розглядають ранні гестози вагітних як наслідок "ослаблення волі до материнства у зв'язку з розвитком цивілізації" або як прояв підсвідомої огиди до чоловіка.

У вітчизняній медицині більшість авторів оцінюють феноменологію гестозів залежно від функціонального стану нервової системи та психологічного статусу (в тому числі характерного преморбідного фону) вагітної.

За даними літератури, виділяють дві групи пацієнок. До першої групи належать жінки з незнаними афективними порушеннями, що проявляються дратівливістю, сльозливістю та образливістю. Ці порушення виникають на висоті гестозу та швидко минають після зникнення блювання і нормалізації загального стану. У всіх жінок цієї групи психологічна характеристика практично не відрізняється від такої у здорових вагітних. Є позитивна установка відносно вагітності, сприятлива сімейна ситуація, їх характеризує гармонійний склад особистості, реалістичний підхід до життєвих труднощів.

Аналізуючи причини гестозу та афективних розладів, що його супроводжують, у пацієнок цієї групи, слід пам'ятати, що будь-яка вагітність, у том числі й абсолютно нормальна, сама по собі є джерелом більшого або меншого психологічного напруження, внаслідок чого незначні у минулому чинники середовища і ситуації набувають іншого суб'єктивного значення і стають причиною особистісних реакцій.

У другій групі картина захворювання відрізняється значним поліморфізмом: крім блювання та нудоти, у вагітних часто відзначаються озноби з гіпертермією, головний біль, непритомність, лабільність настрою, гіпергідроз. Афективні порушення спостерігаються частіше і носять більше виражений характер: у жінок виникають тривога, почуття безпредметного неспокою та напруження. У багатьох відзначаються невротичні розлади і вегетативні порушення, яких не було раніше. Виражені розлади настрою й інші емоційні зміни тривалий час розглядалися як характерні фізіологічні особливості вагітних, однак ці прояви є психічними порушеннями. У жінок у пізні терміни вагітності розвиваються інтровертність, пасивна залежність, депресивність, відсутність упевненості у своїх силах та страх перед майбутнім материнством.

У вагітних, як правило, виявляють декілька видів тривожного стану:

- 1. Генералізований.
- 2. Соматизований (жінка тяжко переносить фізичні аспекти вагітності).
- 3. Страх за долю плода, його фізичне здоров'я.

- 4. Страх перед необхідністю доглядати за новонародженим.
- 5. Страх перед пологами (жінка боїться болю, боїться за своє життя і дитини).
- 6. Страх перед грудним вигодовуванням новонародженого.
- 7. Психопатологічний феномен тривоги.

У літературі описаний також феномен пренатальної тривоги. Тривога з приводу майбутнього материнства більш характерна для жінок старшого віку.

Частота депресивних феноменів різного ступеня тяжкості коливається від 10% до 14%, спостерігається тенденція до її зростання протягом вагітності. Відзначається виражена залежність депресії від психотравмуючих чинників сімейного характеру та серйозних побоювань, пов'язаних з народженням дитини. Депресія залежить від таких психогенних чинників, як психічно обтяжений анамнез, подружні конфлікти в період вагітності, почуття втрати у II і III триместрах, паління під час вагітності.

Одним з найбільш відомих патологічних феноменів поведінки вагітних вважається "синдром грубого поводження з плодом", характерний для осіб, які мають підвищену збудливість. Цей синдром відзначається в період відносно пізньої вагітності та характеризується агресією, спрямованою саме на плід, на відміну від випадків навмисної провокації абортів. Це прямий фізичний вплив на плід (удари по передній черевній стінці) з боку самих вагітних. Подібна агресивна поведінка може спостерігатись навіть у жінок з бажаною вагітністю.

Психози, спричинені еклампсією, на сьогодні досить рідкі, частіше спостерігаються астенодинамічні, астенодепресивні, депресивні, фобічні розлади. Однак одним з основних проявів еклампсії є судомні напади та тісно пов'язані з ними паморочні стани. У тяжких випадках еклампсії нерідко спостерігається екламптичний статус. Психічні розлади в їх вузькому значенні виявляються частіше після пологів, після ослаблення епілептиформних проявів та деякого прояснення свідомості. Постекламптичні психози частіше перебігають у формі гострої сплутаності свідомості та різних судомних проявів.

Судомні напади у разі еклампсії з моменту госпіталізації до лікарні звичайно вже не спостерігаються. Характерна швидка зміна синдромів, паморочні стани можуть змінитися маніакальною сплутаністю свідомості або кататонічним збудженням.

Захворюванню передують відчуття тяжкості у голові, фотопсія, пригнічений настрій. Наступна фаза – деліріозний розлад свідомості з вираженими галюцинаціями. Третя фаза проявлялася зазвичай у формі оглушення та акінезії. Стан збудження у разі еклампсії, що починається через декілька днів і після припинення коми та нападів, має афективний характер з яскраво вираженими страхами. Відзначаються незв'язні асоціації, причому хвора стає не учасницею, а глядачем галюцинаторних подій. Галюцинації відзначаються калейдоскопічністю. У хворих різко порушується сприйняття часу. Після припинення психозу розвивається ретроградна амнезія.

У типовому випадку екламптичного психозу у хворих можуть за чотири дні до пологів виникати зорові галюцинації, страхи. У навколишньому середовищі вони орієнтуються погано, наприклад, чують "стукіт у вікно", бачать "небіжчиків, що лежать на столі". Через день виникає стан епілептиформного збудження з вираженою сплутаністю свідомості. На висоті збудження можуть

виникати судомні напади. Має місце погана орієнтація у навколишньому середовищі, оглушення, запізнілі відповіді на запитання. Мова погано артикульована, хворічують, як їх окликають, загрози на свою адресу на тлі неясного шуму. На 3-й день після госпіталізації стан може значно поліпшитися. Весь період збудження і вираженого оглушення супроводжується амнезією.

Після пологів динаміка психосимптоматики розвивається у зворотному порядку.

У лікуванні психозів при еклампсії вирішальне значення має комплексне застосування магнію сульфату, нейролептичних та протисудомних препаратів.

Психічні порушення під час пологів

Пологи – фізіологічний процес зганняння плода з матки після досягнення ним життєздатності. За нормальних фізіологічних умов пологи відбуваються в середньому на 280-й день вагітності, вважаючи за її початок перший день останньої менструації. Це – складний фізіологічний процес, який виникає в результаті взаємодії багатьох органів і систем.

Пологовий акт – велике випробування духовних і фізичних сил жінки, яке пред'являє нервовій, ендокринній і судинній системам жінки підвищені вимоги і може за деяких обставин (особливо у разі ускладнених пологів) спричинити більш або менш виражені психічні розлади. Звичайно ці розлади короткочасні.

Досконала акушерсько-гінекологічна допомога в цей час зменшує вираженість, але не усуває пологових труднощів.

Фізичне напруження, психічне збудження, астения, гіпоглікемія, коливання судинного тону й артеріального тиску і, нарешті, тривалий біль, що повторюється, призводять іноді до порушення свідомості, неправильної поведінки роділлі. Не можна виключити можливість настання непритомності внаслідок сильного пологового болю, але це порушення спостерігається надто рідко та в основному в емоційно нестійких жінок, у жінок з істеричними рисами характеру. Навіть здорова та врівноважена жінка через сильний біль стає збудженою, неспокійною в ліжку, голосно кричить та може бути агресивною. Цей стан надмірної афективності виникає на фоні звуженої свідомості. Треба зазначити, що ці тяжкі переживання згодом забуваються і тільки в рідкісних випадках страх перед повторним випробуванням пологами зберігається на все життя.

Усі описані розлади належать до невротичного рівня порушення психологічного здоров'я, вони короткочасні, усуваються самостійно після припинення болю і в подальшому не залишають сліду в психіці жінки.

Однак часто психічні розлади виходять за межі фізіологічних станів. У разі тривалих пологів, внаслідок втрати крові, астенії у роділлі може розвинути стан протрації, що зовні проявляється повного байдужістю до навколишнього. Цей стан глибокої апатії може передувати колапсу або тяжкому потьмаренню свідомості, як, наприклад, аменція.

За даними вітчизняної і зарубіжної літератури, власне пологові психози спостерігаються надто рідко, приблизно один випадок на 10 000 породіль. Умовою виникнення пологового психозу є тяжкість самих пологів і особлива тривалість болю. Відомо декілька випадків, коли під час пологів протягом 3 – 5 днів у роділлі розвивалося збудження з імпульсивними діями, прагненням кудись бігти, викинутися з вікна. Можливість подібного короткочасного психозу збільшується у разі пологів двійнятами, оскільки відомо, що тривалий та інтенсивний біль пригнічує інстинкт самозбереження. Треба, однак, зазначити, що психологічні порушення у роділлі, її схильність до імпульсивності та суїцидального вчинку не є рідкістю. Але, як правило, ці дії не завжди серйозні. Ефективним методом лікування є гіпнотерапія.

У більшості випадків емоційним порушенням і змінам свідомості передують тривожність роділлі, страх перед пологами, що проявляється надмірною збудливістю. До цього можуть призвести як байдужість, так і нервозність оточуючих, зокрема медичного персоналу.

Можливість виникнення психічних порушень під час пологів зростає за наявності у роділлі преморбідного фону у вигляді істеричних або психопатичних рис характеру. Особливо несприятливим чинником є психічна патологія, як, наприклад, епілепсія, шизофренія, психопатія тощо. За цих умов психомоторне збудження стає більш вираженим. Усім вагітним, як правило, проводять профілактичну підготовку до пологів. Іноді ця робота буває не зовсім кваліфікованою, внаслідок чого у жінок зі слабким типом нервової системи часто спостерігаються розлади поведінки під час пологів.

Відомо, що нормальні вагітність і пологи не вичерпують усіх сил організму жінки, однак виникаючі механічні ушкодження тканин, кровотеча, рефлекторні порушення, біохімічні і гормональні зсуви нерідко бувають більш значними. Цей виключно фізіологічний стан характеризується тим, що супроводжується надмірним впливом на кору певних інтерорецепцій, при цьому ефект страху виявляє гальмівний вплив на кору головного мозку та посилює підкіркову імпульсацію. Слід зазначити, що внаслідок тяжких пологів у жінки може настати подальше ослаблення пам'яті на більш або менш тривалий час. Однак клінічно подібні порушення в психіці роділлі спостерігалися, коли вони мали патологічне підґрунтя, як, наприклад, органічну патологію головного мозку.

Власне пологові психози – розлади психіки, зумовлені перезбудженням, – можуть виявлятися як короткочасні запаморочення свідомості з моторним збудженням. У процесі пологового акту цей процес виникає як правило раптово. При цьому обличчя роділлі стає напруженим, зіниці – не реагують на світло. Іноді розвивається різке хаотичне рухове збудження, що супроводжується почуттям страху. На думку деяких авторів, подібні особливі стани виникають у період розкриття шийки матки та зникають з припиненням болю. У разі розривів, особливо розривів шийки матки, вираженість психічних порушень збільшується. До виникнення пологового психозу можуть призвести також акушерські операції.

Іноді на фоні збудження у роділлі виникає сноподібне потьмарення свідомості. Привертає увагу повна дезорієнтація хворої, блідість шкірних покривів та особливо обличчя, зіниці розширені, погляд "відсутній", на навколишнє не реагує, поведінка неадекватна. Разом з тим вона "бачить" біля себе своїх близьких, розмовляє з ними, а їх "мовчання" пояснює заборонаю розмовляти з нею. Такий стан звичайно короткочасний, але, якщо він виникає в передпологовий період, то може бути і тривалим. Характерна подальша амнезія у період пологів.

Медикаментозне лікування власне пологових психозів надто обмежене через патогенний вплив лікарських премаратів на плід. Оскільки основним етіологічним чинником пологових психозів є пологовий біль, роділлі рекомендується призначати знеболювальні та спазмолітичні засоби. У деяких випадках можливо призначення наркотичних препаратів – промедолу та ін. Правильна психопрофілактика пологового болю усуває напружене очікування переймів і панічний страх, що в свою чергу знижує перезбудження жінки.

Усунення тривожного очікування та негативних емоцій у роділлі є основною передумовою для її активного ставлення до процесу пологів. Цьому може сприяти обережне ведення пологів, навіювання впевненості у безболісності процесу. Дуже важливо заспокоїти роділлю за допомогою раціональної

психотерапії, підтримати діяльність кори великих півкуль, завдяки чому стримуються примітивні підкіркові прояви. За необхідності проводять медикаментозне знеболювання.

Слід враховувати, що в період вагітності жінка особливо емоційна та вразлива, а тому має бути захищена від залякування оточуючими. Медичний персонал також повинен створювати сприятливу емоційну атмосферу в акушерських закладах, дотримуватися принципів деонтології та не висловлювати в присутності вагітної свої припущення про особливості перебігу вагітності і пологів.

Післяпологові психози

Термін "генераційні психози" раніше об'єднував усі психічні порушення, які виникають у жінок у період вагітності, у післяпологовий та лактаційний періоди. У наш час дуже аморфне поняття "генераційні психози" майже не застосовують; встановлено, що вагітність і післяпологовий період мають цілу низку відмінностей та бувають навіть протилежними за своїми ендокринними зсувами.

Лактаційний період триває від 1,5 до 9 міс. Термін "лактаційні психози" застосовують досить рідко. Найбільше значення мають післяпологові психози.

До післяпологових належать психози, які розвиваються переважно в перші 1,5 міс. після пологів; до післяпологових умовно відносять і деяку частину психозів, що виникли в період лактації, не пізніше 3-го місяця після пологів. Післяпологові психози спостерігаються нечасто. За даними одних авторів, спостерігається 6 – 16 психозів на 10 000 випадків, інші автори стверджують, що цей показник коливається від 10 до 50. Психічні розлади, які виникають у післяпологовий період, вважають найбільш тяжкими ускладненнями пологів.

Клінічна картина. Розрізняють три групи психозів, які виникають після пологів:

- 1. Власне післяпологові психози.
- 2. Психози періоду лактації.
- 3. Ендогенні психози, спровоковані пологами.

Психопатологічна симптоматика характеризується гострим початком, іноді через 2–3 дні після пологів, і проявляється, як правило, трьома синдромами:

- – аментивним;
- – кататонно-онейроїдним;
- – депресивно-параноїдним.

Аментивна форма розвивається на 3–5-й день після пологів. Раптово, на фоні підвищеної температури тіла, породіллі стають неспокійними, рухи їхні рвучкі, різкі, мова односкладова. На перших етапах ще зберігається цілеспрямованість, однак зв'язок між окремими елементами швидко порушується, тому поведінка хворих хаотична. За короткий час, у гострій стадії аменції, цілеспрямованість втрачається, рухи хворих набувають хаотичного характеру і нагадують гіперкінези. Контакт з хворими немає. У тяжких випадках аменція переходить у сопорозний стан, потім у кому з повного нерухомістю.

Вихід з аментивного стану складний, з проявами лакунарної амнезії та порушенням відчуття часу. Після аменції, як правило, не спостерігаються тяжкі тривалі астеничні стани. У період амнезії у пам'яті хворого зберігаються лише окремі епізоди хворобливих переживань, що свідчить про грубі розлади просторово-часових відносин ("Не могла зрозуміти, коли день, коли ніч..., а час, як одна секунда... Неначе переночувала однієї ночі, все було у темряві, навколо темно, а день, як одна мить... Не можу вирішити, був він чи ні..."). Аментивні стани нерідко виникали на фоні гінекологічних ускладнень – ендометриту, маститу. Слід зазначити, що у багатьох жінок спостерігається невідповідність між незначними місцевими проявами ендометриту та температурною реакцією. Температура тіла звичайно підвищується на висоті психозу, при цьому гінекологічні ускладнення виявляються не відразу. Остання обставина

спричинює іноді невчасне призначення терапії, спрямованої на купірування гінекологічної патології.

Кататонно-онейроїдна форма післяпологового психозу спостерігається рідше за аментивну. Особливого значення набуває диференціальна діагностика з кататонічного формою шизофренії. Для цього необхідно враховувати динаміку синдрому, його прояви та збільшення вираженості у розпалі хвороби. Як відомо, основними симптомами є наявність негативізму та нерухомість. Треба пам'ятати, що у разі післяпологової кататонії немає тієї закономірності розвитку нерухомості, яка властива шизофренії: поява тяжкості, а потім тугорухомості у м'язах обличчя, верхніх кінцівках, тулубі, а значно пізніше – у верхніх кінцівках. Немає тенденції до збереження ембріональної пози, як це характерно для шизофренії. Одним із важливих диференціально-діагностичних критеріїв, що свідчить про післяпологову психічну патологію, є відсутність негативізму, характерного для парадоксальних форм реагування у разі шизофренії, відсутність мовної реакції на голосно задані запитання і, навпаки, відповіді на шепотнумову. У разі ослаблення кататонічних проявів хворі вступають у мовний контакт, починають споживати їжу.

Депресивно-параноїдальна форма розвивається на фоні нерізко вираженого оглушення, малопомітного під час звичайної бесіди з хворою. Депресія в післяпологовий період істотно відрізняється від ендогенної: до її структури входять такі компоненти, як постійні коливання рівня свідомості, втрата об'єктивної оцінки реальних подій, відсутність патологічного циркадного ритму (посилення пригніченого стану в ранні ранкові години характерне для ендогенної депресії). Коливання настрою в разі післяпологового психозу безпосередньо залежить від загального тону організму, а ідеї самозвинувачення витікають з астенії та реальних внутрішніх можливостей хворої.

Нерідко депресивний стан породіллі залишається непомітним як для персоналу пологового відділення, так і для родичів після виписки жінки додому. Разом з тим існує дуже висока ймовірність здійснення суїциду, у тому числі й складного суїциду, коли молода мати вбиває свою дитину ("щоб не мучилася без неї"), а потім накладає на себе руки.

Післяпологова депресія – один з найпоширеніших варіантів післяпологових психозів. Вона починається на 10 – 14-й день після пологів. Вже після повернення жінки з пологового будинку привертає увагу її незібраність, підвищена сенситивність. Вона не може виконувати обов'язки з догляду за дитиною. Перші ознаки ідомоторної загальмованості проявляються надзвичайною повільністю, незібраністю. Соматичні скарги рідкі. Жінкам дуже важко пристосуватися до нових умов життя. Якщо в період вагітності жінка була об'єктом підвищеної уваги близьких, їхньої турботи, то після народження дитини вона сама повинна піклуватися за дитиною та за чоловіком. Молоді матері часто виявляються безпорадними, беруться за багато справ, не доводячи почате до кінця. Постійно відчувають втому, що посилюється безсонням. Нерідко безсоння виникає ще в пологовому будинку, але бажання породіллі та її близьких швидше потрапити додому не сприяє адекватній оцінці цього симптому. Спочатку жінки ще намагаються доглядати дитину, але потім закидають усі справи, лягають у ліжку. Неможливість виконувати обов'язки матері та дружини призводить до

самозвинувачення. У деяких хворих депресія супроводжується проявами деперсоналізації та дереалізації.

На відміну від аментивних, онейроїдних та інших варіантів післяпологових психічних напружень у разі післяпологової депресії різні соматичні чинники спостерігаються значно рідше. Багато хворих зазначали, що "хвороба почалася, як тільки повернулася додому". Відсутність зв'язку із соматичними чинниками, а також низка відмінностей від типової ендогенної депресії, насамперед повне видужання та відсутність повторних нападів депресії тощо, були основою припущення про реактивний характер післяпологової депресії. Звичайно захворювання починалося з тривоги за дитину, іноді після конфліктів з чоловіком або його родичами. Через те, що дитина не спала і кричала, у матері виникало почуття провини. Ідеї самозвинувачення спостерігалися набагато частіше, ніж вороже ставлення до дитини, яке мало місце лише у тяжких випадках. Незважаючи на тісний зв'язок з післяпологовою ситуацією, депресія ближче за своєю структурою до ендогенної, ніж до реактивної.

За умов народження дітей з вадами, у разі смерті малюка і т.п. спостерігаються типові реактивні і депресії. Післяпологові депресії нерідко супроводжуються елементами ажитації та діенцефальними розладами, а на висоті клінічних проявів у окремих випадках бувають онейроїдні та аментивні епізоди, тоді як у разі реактивних станів ці психопатологічні синдроми не виникають. Хворі скаржаться на багато труднощів і нові турботи, але за своєю суттю залишаються абсолютно бездіяльними та безпорадними. Усвідомлення власної безпорадності, постійне почуття виснаження, втоми і нездатність забезпечити належний догляд за дитиною призводять до виникнення ідей самозвинувачення. Майже всі хворі зазначали, що у пологовому будинку в них було безсоння. Але його потрібно розглядати не як причину, а як ініціальний період депресії. Страх за дитину і почуття провини перед чоловіком, що спостерігаються початковий період депресії, надалі транслюватимуться у почуття відчуженості і ворожнечі. З народженням першої дитини закінчується безтурботний період, до жінки відразу пред'являють низку додаткових вимог. Залишаючись з чоловіком або родичами, жінки іноді відчувають себе краще вдень, але вранці, коли всі йдуть на роботу, у неї з'являється почуття самотності та розгубленості. Хворі спочатку не відпускають чоловіка на роботу, щоб він допомагав їм, оскільки в "інших є бабусі або хороша свекруха". Потім починають гнати його від себе, а в лікарні відмовляються від побачень з ним. Разом із почуттям провини, звичайно, є страхи та побоювання за своє здоров'я, хворі іпохондричні, але їхні скарги рідко досягають іпохондричного марення. Психічна та ідіомоторна загальмованість набагато менш виражені, ніж у разі типової ендогенної депресії, нерідко чергуються з періодами ажитації.

Виходячи з розуміння післяпологової депресії як окремого захворювання, лікувальні заходи повинні бути спрямовані, насамперед, на зміцнення всього організму хворої. У разі призначення курсу терапії враховують такі клінічні показники, як тяжкість загального стану, глибина порушення свідомості, стан серцево-судинної системи, дихання, видільної функції нирок. Особливу увагу необхідно приділяти стану грудних залоз (припинення лактації). Слід здійснювати ретельний гінекологічний контроль за станом функції матки. У разі

важких форм аменції найперспективнішими є заходи, спрямовані на боротьбу з інтоксикацією та профілактику набряку мозку.

Психологічні особливості жінок, хворих на гінекологічні захворювання

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

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

Психогенна дисменорея і передменструальний синдром

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

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

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

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

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

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

Менархе і первинна аменорея

Поява менструацій радикально змінює життя жінки. Менархе – перша менструація, яка з'являється у сучасних дівчаток на кілька років раніше, ніж кілька десятиліть тому, часто переживається двоїсто. З одного боку – початок місячних означає появу нових "жіночих" турбот, які щомісячно викликають певні ускладнення і переживання, а з іншого – це показник дозрівання і повної функціональної здатності бути дружиною і матір'ю. Саме тому, піклуючись про здоровий психічний розвиток дитини, необхідно, щоб перша менструація для неї не була несподіванкою. Адже менархе може викликати страх і навіть вороже ставлення, невротичну реакцію, особливо коли сімейне і статеве життя матері, з якою ідентифікує себе дівчина, не впорядковане. Хоча статеве дозрівання зараз випереджає психічне, особистісне і соціальне дорослішання, молодь стала більш сексуально інформованою. Також слід пам'ятати, що у хворих з неврозом скарги перед менархе стають більш виразними, спостерігаються приступи мігрені, часом епілептичні пароксизми.

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

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

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

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

Клімакс. Клімактеричним синдромом називають комплекс ендокринних, психічних і вегетосудинних симптомів, що виникають в результаті зниження

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

Пригнічення настрою, депресія, психози – афективні розлади, притаманні багатьом соматичним захворюванням та безпосередньо з клімаксом не пов'язані, однак у клімактеричному періоді значно зростає схильність до суїцидів, особливо у самотніх людей. Клімакс переважно виникає у жінок у віці 45 – 55 років, та лікарі відзначають, що у жінок, які виконують важку фізичну роботу, менструації припиняються раніше, а у заможних освічених жінок, які не працювали важко, – пізніше. Слід зазначити, що зараз про негативний вплив клімаксу на здоров'я жінки говорять значно частіше, ніж він насправді виявляється. Однак жінкам настирливо нав'язують думку про "загрозу" клімаксу, чим викликають ятрогенний вплив та спонукають до вживання препаратів, які допоможуть її уникнути. Справедливе, на нашу думку, зауваження Карнера: "Клімактеричний період кожна жінка переживає згідно з характером її статевого життя". У межах психокорекційної бесіди з жінкою з клімактеричним синдромом варто переконати її, що клімакс не є тотожним ні з втратою привабливості, ні з відмовою чи обмеженням сексуального життя.

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

Функціональні розлади овуляції

У клініці гінекології трапляються подружні пари, які, незважаючи на повне здоров'я обох партнерів, не можуть зачати дитину. Однією з причин виступає психосоматична стерильність жінки – функціональні розлади овуляції, що виникають у структурі депресії за відсутності морфологічних чи біохімічних причин внаслідок порушення регулюючої функції гіпоталамо-гіпофізарної системи. Іншою причиною стерильності стає психогенний спазм маткових труб, тобто неможливість заплідненої яйцеклітини, внаслідок підвищеного м'язового тону мати, імплантуватися. Психологи вважають, що саме цей психосоматичний розлад, зумовлений зростанням афективного напруження в очікуванні викидання плоду або інших патологічних проблем перебігу вагітності, є причиною більшості спонтанних абортів. Для успішного запліднення і виношування дитини необхідно знизити рівень тривожності жінки і допомогти їй позбутися страху невдачі.

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

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

Аборт і передчасні пологи

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

Аборти, як спонтанні (викидні), так і штучні (інструментальні), завжди серйозно впливають на психологічний та фізичний стан жінки. За даними гінекологів, 14-20% всіх клінічно діагностованих вагітностей закінчуються спонтанними абортами, а їхня загальна кількість ще більша. Оскільки більшість спонтанних абортів відбувається на ранніх термінах вагітності, протягом тривалого періоду наукові дослідження не враховували вплив психогенних факторів. Зараз більшість клініцистів погоджуються з тим, що психогенні фактори відіграють певну роль у виникненні як поодиноких, так- і звичних абортів. Причиною спонтанного абортu, ймовірно, можуть стати значні емоційні потрясіння: переляк, тривалі переживання, конфлікти; на користь цього твердження наводять приклади провокування ними викиднів, заснованих на психологічному впливі, що застосовують при небажаній вагітності у деяких малоцивілізованих народів. Однак інколи гінекологи не погоджуються з таким твердженням, вважаючи, що у соматично здорової жінки аборт внаслідок впливу психотравмуючих факторів не відбувається.

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

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

Синдром хибної вагітності. Функціональна психогенна аменорея у жінок відома як психічний розлад дуже давно і формується зазвичай у жінок, одержимих бажанням народити дитину. Незважаючи на дуже невелику кількість пацієнок, у яких спостерігали даний розлад, він як жодне інше психосоматичне порушення підтверджує вплив психіки людини на її тіло. Після тривалого періоду стійкого зниження настрою, зумовленого безперервними думками про бажання завагітнити та народити дитину, у жінки встановлюється стійка аменорея, яку сама жінка, намагаючись трактувати як очікувану вагітність, "підкреслює" іншими ознаками. У таких хворих збільшується об'єм живота, нагруджують молочні залози, виділяється молозиво, з'являються неприємні

відчуття в животі та попереку, нудота, блювання, з'являються характерні смуги на животі. Спостерігались випадки, коли на психогенній основі виникають такі явища, як зміна в розташуванні діафрагми, в її рухах, в тонусі м'язів живота (ослаблення прямих м'язів, скорочення поперечних м'язів, лордоз хребта). За відсутності адекватного психіатричного лікування, хибна вагітність може тривати місяцями і навіть роками і закінчуватися уявними пологами без новонародженого. Найбільш відомий істотний випадок хибної вагітності з уявними пологами без новонародженого спостерігали у англійської королеви Марії Тюдор (1516 – 1558). Хибна вагітність частіше спостерігається у самотніх жінок середнього віку, однак поширення версії про вагітність може бути пов'язане з намаганням вирішення соціальних конфліктів і шантажем.

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

Психогенні геніталгії та парестезії – симптоми гіперестезії, які дуже часто супроводжують перебіг депресії та астенії. Гінекологи відзначають їх майже у половини своїх пацієнток і називають неврозом гінекологічних хворих.