

ДЕРЖАВНА СЛУЖБА УКРАЇНИ З НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЙ
ЧЕРКАСЬКИЙ ІНСТИТУТ ПОЖЕЖНОЇ БЕЗПЕКИ ІМЕНІ ГЕРОЇВ ЧОРНОБИЛЯ
НАЦІОНАЛЬНОГО УНІВЕРСИТЕТУ ЦИВІЛЬНОГО ЗАХИСТУ УКРАЇНИ

Предмет: «Клінічна психологія»

ЛЕКЦІЯ 2.1
«ОСОБИСТІТЬ ТА ХВОРОБА. ВНУТРІШНЯ
КАРТИНА ХВОРОБИ»

- 1. Психічна структура особистості: темперамент (реферат)**
- 2. Психічна структура особистості: характер (реферат)**
- 3. Психічна структура особистості: інтелект (реферат)**
- 4. Психічна структура особистості: здібності (реферат)**

5. Акцентуації особистості

Акцентуйовані особистості – це не хворі люди, це здорові індивіди зі своїми індивідуальними особливостями (Карл Леонгард).

Є акцентуації рис характеру та акцентуації рис темпераменту

Акцентуації рис характеру:

- *Демонстративний тип.* Для осіб цього типу акцентуації є характерними схильність до «витіснення» зі свідомості тих оцінок, які є неприємними для образу «Я»; прагнення за будь-яку ціну завжди бути в центрі уваги; завищена самооцінка, намагання приймати «бажане за дійсне».
- *Педантичний тип.* Цьому типу акцентуації притаманні інертність психічних процесів, схильність «загрузати» в дрібницях, наявність проблеми складності прийняття рішення. В спілкуванні люди цього типу приваблюють рівним настроєм, надійністю в справах, сумлінністю та охайністю.

- *Застраглий тип.* Основна риса цього типу акцентуації - значна стійкість афекту, «злопам'ятність», прагнення і в головному і в дрібницях відстоювати свою точку зору, не враховуючи позицію групи.
- *Збудливий тип.* Для таких осіб є характерною схильність до «вибуху» емоцій, як засобу періодичної розрядки нервової системи.

Акцентуації рис темпераменту:

- *Гіпертимний тип.* Людям цього типу притаманні високий рівень оптимізму, а також жадоба діяльності при можливій схильності до поверхових висновків.
- *Дистимічний тип.* Для цього типу акцентуації є характерною песимістична спрямованість особистості, фіксація на похмурих сторонах життя.
- *Тривожний тип.* Головна риса - високий рівень тривожності, сильно розвинений «комплекс неповноцінності» - як підтвердження заниженої самооцінки.
- *Циклотимічний тип.* Провідна ознака - схильність до невмотивованих різких змін настрою протягом короткого часового інтервалу: від підвищено-оптимістичного до знижено-песимістичного і навпаки.

- *Екзальтований тип.* Для носіїв цього типу акцентуації є характерним великий діапазон емоційних станів, вони захоплюються чимось радісним і так само легко впадають у відчай.
- *Емотивний тип.* Це чутливі та вразливі люди, що відзначаються глибиною переживань у галузі тонких емоцій.
- *Екстравертований тип.* Люди цього типу відкриті до всякої інформації, готові вислухати і надати допомогу кожному, хто до них звертається, здатні до конформізму. їм притаманні високий рівень товариськості, балакучості, поступливість, ретельність.
- *Інтравертований тип.* Для таких осіб є характерними низька контактність, замкненість, відірваність від реальності, схильність до філософствування. Вони орієнтовані на свій внутрішній світ, на свою оцінку предмета або події, а не на предмет як такий.

Аакцентуація особистості – дисгармонічність розвитку характеру, гіпертрофована виразність окремих його рис, що обумовлює підвищену уразливість особистості у відношенні визначеного роду впливів і ускладнює її адаптацію в деяких специфічних ситуаціях (Лічко А.Е.).

Гіпертимний тип. Підлітки, що відносяться до гіпертимного типу, з дитинства відрізняються великою галасливістю, товариськістю, надмірною самостійністю, навіть сміливістю, схильністю до бешкетництва. У них немає ні сором'язливості, ні боязкості перед незнайомцями, але зате бракує почуття дистанції у відношенні до дорослого. В іграх люблять командувати однолітками. Вихователі скаржаться на їхню невгамовність.

Циклоїдний тип. У дитинстві не відрізняються від чи однолітків роблять враження гіпертимних осіб. З настанням пубертатного періоду може виникнути перша субдепресивна фаза. Надалі ці фази чергуються з фазами підйому і з періодами рівного настрою. Тривалість фаз міняється — спочатку дні, потім 1—2 тижня, з віком вони можуть чи продовжуватися, навпаки, згладжуватися.

Лабільний тип. У дитинстві не відрізняються від чи однолітків виявляють схильність до невротичних реакцій. Головна риса в підлітковому віці — крайня лабільність настрою, що міняється занадто часто і надмірно різко від незначних і навіть непомітних для навколишніх приводів.

Астеноневротичний тип. З дитинства нерідко виявляються ознаки невропатії: поганий сон і апетит, примхливість, лякливість, плаксивість, іноді нічні страхи, нічний енурез, заїкуватість і т.п. В інших випадках дитинство проходить благополучно, і перші ознаки астеноневротичної акцентуації виникають тільки в підлітковому віці.

Сенситивний тип. З дитинства полохливі і боязкі. Часто страшаються темряви, цураються тварин, бояться залишитися одні, бути замкненими вдома. Цураються жвавих і гучних однолітків. Не люблять рухливих ігор і бешкетництва. Боязкі і соромливі серед сторонніх і в незвичайній обстановці. Несхильні до легкого спілкування з незнайомими. Усе це може залишати помилкове враження про замкнутість і відгородженість від навколишнього.

Психастенічний тип. У дитинстві, поряд з деякою боязкістю і лякливістю, рано виявляється моторна незручність, схильність, до розсудливості і не за віком “інтелектуальні” інтереси. Іноді вже в дитячому віці починаються фобії, тобто острах незнайомих людей і нових предметів, темряви, страх виявитися за замкненими дверима.

Шизоїдний тип. З перших років такі діти люблять грати одні. Вони мало тягнуться до однолітків, уникають метушні і гучних забав, віддають перевагу суспільству дорослих, подовгу мовчачи слухаючи їхньої бесіди між собою. До цього може додаватися якась недитяча стриманість і навіть холодність.

Епілептоїдний тип. Лише в частині випадків риси цього типу виразно проступають ще в дитинстві. Така дитина може годину плакати і його неможливо ні утішити, ні відвернути, ні приструнити. Поряд з цим, можуть виявитися садистські схильності, діти Люблять мучити тварин, дразнити молодших, знущатися з безпомічного. Відзначається також недитяча ощадливість стосовно одягу, іграшкам, усьому “своєму” і вкрай злісна реакція на ті, хто збирається замірятися на їхню власність. У школі виявляється дріб’язкова акуратність у веденні зошитів, всього учнівського господарства.

Істероїдний тип. Головною рисою є егоцентризм, ненаситна спрага постійної уваги навколишніх до своєї особи, потреба викликати замилювання, подив, шанування, співчуття. На худий кінець перевага віддається навіть обуренню і ненависті у відношенні себе, але тільки не перспектива залишитися непоміченим. Всі інші якості визначаються цією рисою. Нерідко приписувана істероїдам сугестивність відрізняється вибірковістю: від її нічого не залишається, якщо обстановка чи вселяння саме вселяння не ллють воду на млин егоцентризму.

Хитливий тип. З дитинства відрізняються неслухняністю, непосидючі, усюди і в усі лізуть, але при цьому боягузливі, бояться покарань, легко підкоряються іншим дітям. Елементарні правила поведінки засвоюються з працею. За ними увесь час приходиться стежити. У частини зустрічаються симптоми невропатії (нічний енурез, заїкуватість і ін.).

Конформний тип. Головна риса — постійна і надмірна конформність до свого безпосереднього звичного оточення. Життєве правило -думати “як усі”, надходити “як усі”, намагатися, щоб усі було “як у всіх” — від одягу і манери поводитися до світогляду і суджень по животрепетних питаннях.

Змішані типи. Ці типи складають майже половину випадків явних акцентуацій. Їхньої особливості неважко представити на підставі попередніх описів. Сполучення, що зустрічаються, не випадкові. Вони підкоряються визначеним закономірностям. Риси одних типів сполучаються один з одним досить часто, а інших практично ніколи.

Амальгамні типи — це теж змішані типи, але іншого роду. Вони формуються як наслідок нашарування чорт одного типу на ендогенне ядро іншого в силу неправильного чи виховання інших хронічно діючих психогенних факторів. Тут також можливі далеко не всі, а лише деякі нашарування одного типу на іншій.

6. Внутрішня картина хвороби

ВКХ – це сукупність емоційних порушень, певних процесів інтелектуального та вольового порядку, пов'язаних зі свідомістю, переживанням і ставленням до хвороби.

Рівні внутрішньої картини хвороби:

1. Болюча (сенсорна) сторона хвороби (рівень відчуттів, почуттєвий рівень) - локалізація болів і інших неприємних відчуттів, їхня інтенсивність і т.д.
2. Емоційна сторона хвороби зв'язана з різними видами емоційного реагування на окремі сторони, симптоми, захворювання в цілому і його наслідку.
3. Інтелектуальна сторона хвороби (раціонально-інформаційний рівень) зв'язана з представленнями і знаннями хворого про його захворювання, міркуваннями про його причини і наслідки.
4. Вольова сторона хвороби (мотиваційний рівень) зв'язана з визначеним відношенням хворого до свого захворювання, необхідністю зміни поведження і звичного способу життя, актуалізацією діяльності по поверненню і збереженню здоров'я.

Типи реакції на хворобу:

1. При активній позиції хворого до лікування й обстеження говорять про стенічну реакції на хворобу. Є, однак, і негативна сторона цього поведження, тому що хворий може бути слабко здатним до виконання необхідних обмежень стереотипу життя, що накладаються захворювань.
2. При астеничній реакції на захворювання в хворих проявляється похилість до песимізму і помисливості, але вони відносно легше, ніж хворі зі стенической реакцією, психологічно пристосовуються до захворювання.
3. При раціональному типу реакції має місце реальна оцінка ситуації і раціональний відхід від фрустрації .

Типи особистісної реакції на захворювання:

1. *Подружня реакція.* Ця реакція характерна для хворих з розвиненим інтелектом. Вони як би з перших днів захворювання стають «асистентами» лікаря, демонструючи не просте слухняність, але і рідку пунктуальність, увагу, доброзичливість. Вони безмежно довіряють своєму лікуючому лікарю і вдячні йому за допомогу.

2. *Спокійна реакція.* Така реакція характерна для облич зі стійкими емоційно-вольовими процесами. Вони пунктуальні, адекватно реагують на усі вказівки лікаря, точно виконують лікувально-оздоровчі заходи. Вони не просто спокійні, а навіть представляються «солідними» і «статечними», легко вступають у контакт із медичним персоналом. Можуть іноді не усвідомлювати свою хворобу, що заважає лікарю виявити вплив психіки на хворобу.

3. *Неусвідомлювана реакція.* Така реакція, маючи патологічну основу, виконує в ряді випадків роль психологічного захисту, і цю форму захисту не завжди варто усувати, особливо при важких захворюваннях з несприятливим результатом.

4. *Слідова реакція.* Хворі перебувають під владою упереджень, тенденційності. Вони підозрілі. Недовірливі. З працею вступають у контакт із лікуючим лікарем, не додають серйозного значення його вказівкам і радам. У них часто виникає конфлікт із медичним персоналом. Незважаючи на психічне здоров'я, вони демонструють часом так називану «подвійне переорієнтування».

5. *Панічна реакція.* Хворі перебувають під владою страху, легко навіювані, часто непослідовні, лікуються одночасно в різних лікувальних установах, як би перевіряючи одного лікаря іншим лікарем. Часто лікуються в знахарів. Їхні дії неадекватні, помилкові, характерна афективна нестійкість.

6. *Руйнівна реакція.* Хворі поводяться адекватно, необережно, ігноруючи усі вказівки лікуючого лікаря. Такі особи не бажають змінювати звичний спосіб життя, професійне навантаження. Це супроводжується відмовленням від прийому лік, від стаціонарного лікування. Наслідку такої реакції бувають часто несприятливими.

Тип відношення до хвороби:

1. *Гармонійний* – правильна, твереза оцінка стану, небажання обтяжувати інших тяготами відходу за собою.
2. *Ергопатичний* – «відхід від хвороби в роботу», бажання зберегти працездатність.
3. *Анозогнозичний* – активне відкидання думки про хворобу, «обійдеться».
4. *Тривожний* – безперервне занепокоєння і помисливість. Віра в прикмети і ритуали.
5. *Іпохондричний* – крайня зосередженість на суб'єктивних відчуттях і перебільшення їхнього значення, страх побічної дії лік, процедур.
6. *Неврастенічний* – поведження по типу «дратівливої слабості». Нетерплячість і спалахи роздратування на першого зустрічного (особливо при болях), потім – сльози і каяття.

7. *Меланхолійний* – невір'я у видужання, пригніченість хворобою, депресивний настрій (погроза суїциду).

8. *Апатичний* – повна байдужність до своєї долі, пасивне підпорядкування процедурам і лікуванню.

9. *Сенситивний* – чуттєвий до міжособистісних відносин, повний побоювань, що навколишні його уникають через хворобу, страх стати тягарем для близьких.

10. *Езопів (нозофільний)* – «відхід у хворобу» з виставлянням напоказ страждань, вимога до себе особливого відношення.

11. *Паранойяльний* - упевненість, що хвороба є результатом чийогось наміру, а ускладнення потязі є результатом недбалості медичного персоналу.

12. *Дисфоричний* – домінує похмуро-злий настрій, заздрість і ненависть до здорового.

Моделі взаємин лікаря і пацієнта: керівництво, партнерство і контрактна модель.

Керівництво. Основною, базовою моделлю відносин "лікар-хворий" в медицині залишається керівництво - владна, авторитарна модель з жорсткою структурою при провідній ролі лікаря.

Лікар домінує в цих взаєминах, займає активну лідерську позицію, визначає стратегію і тактику лікування; всі рішення з ключових питань лікувально-діагностичного процесу ухвалює він сам і бере на себе всю повноту відповідальності: як юридичну, так і моральну і психологічну.

Партнерство. Партнерська модель взаємин "лікар-хворий" демократичніша. Як модель неавторитарної співпраці, терапевтичного союзу вона припускає активну участь пацієнта в лікувальному процесі. При цьому передбачається певний ступінь відповідальності і самостійності хворого, його участь в ухваленні рішень, визначенні стратегії і тактики лікування. У основі взаємин лежить емпатичний підхід до пацієнта. Співпереживання визначає великий ступінь психологічної близькості, чим при моделі керівництва.

Контрактна модель. В умовах платної медицини склалася контрактна (договірна) модель взаємин "лікар-хворий". Вона дозволяє структурувати і контролювати лікувальний процес обом його учасникам. В рамках контрактної моделі лікар і пацієнт приступають до лікування на основі угоди (контракту) щодо загального розумінні хвороби, її причин, особливостей течії і прогнозу, стратегії лікування. Ця угода може бути визначена вже при першій зустрічі. Лікар, з урахуванням потреб і можливостей хворого, а також завдань терапії, прогнозує з певною часткою ймовірності вираженість емпатичної комунікації, визначає оптимальний рівень влади відносно пацієнта, міру його відповідальності за хід і результати лікування.

Теми рефератів:

1. Клінічні прояви психічної норми та патології.
2. Принципи розмежування психологічних феноменів та психопатологічних симптомів.
3. Діагностичні принципи-альтернативи (хвороба-особистість, нозос-патос, реакція-стан-розвиток, психотичне-непсихотичне, екзогенне-ендогенне-психогенне, дефект-одужання-хроніфікація, адаптація-дезадаптація, компенсація-декомпенсація).
4. Феноменологія клінічних проявів.
5. Патопсихологічні реєстр-синдроми.

Завдання на самостійну роботу:

1. Внутрішня картина хвороби як наукова проблема

Література

1. Медична психологія: підручник / Спіріна І.Д., Вітенко І.С., Леонов С.Ф., Ніколенко А.Є., Дячук А.М., Калініченко К.О., Кузнєцов О.В. – Дніпропетровськ., 2008. – С. 25-64.