

Психогенні психічні розлади: навчально-методичний посібник

Про книгу

Навчально-методичний посібник присвячено історії, сучасним концептуальним моделям психосоціальної дезадаптації, етіопатологічним механізмам формування психогеній, питанням діагностики та сучасним поглядам на терапію. У ньому системно розглянуто історичні етапи та сучасний стан різноманітних аспектів психогенних психічних розладів. Книга є цінним джерелом для студентів медичних закладів вищої освіти зі спеціальностей «Психіатрія та наркологія», «Медична психологія», «Медсестринство», «Педіатрія», «Стоматологія», лікарів-психіатрів, клінічних психологів, психотерапевтів та спеціалістів суміжних галузей, соціальних працівників, а також може бути рекомендована для поглибленого вивчення предмета «Посттравмівні стресові розлади».

Л.О. ГЕРАСИМЕНКО
А.М. СКРИПНИКОВ
Р.І. ІСАКОВ



ПСИХОГЕННІ ПСИХІЧНІ РОЗЛАДИ

НАВЧАЛЬНО-МЕТОДИЧНИЙ ПОСІБНИК

РЕКОМЕНДОВАНО
вченою радою Української
медичної стоматологічної академії
як навчально-методичний посібник
для студентів – здобувачів
вищої освіти ступеня магістра,
які навчаються за спеціальностями
221 «Стоматологія», 222 «Медицина»,
228 «Педіатрія» у медичних закладах
вищої освіти

Київ
ВСВ «Медицина»
2021

УДК 616.89
ББК 56.14я75
Г-87

Рекомендовано вченою радою Української медичної стоматологічної академії як навчально-методичний посібник для студентів — здобувачів вищої освіти ступеня магістра, які навчаються за спеціальностями 221 «Стоматологія», 222 «Медицина», 228 «Педіатрія» у медичних закладах вищої освіти (протокол № 11 від 24 червня 2020 р.)

Автори:

Герасименко Лариса Олександрівна, доктор медичних наук, професор кафедри психіатрії, наркології та медичної психології Полтавського державного медичного університету;

Скрипніков Андрій Миколайович, доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри психіатрії, наркології та медичної психології Полтавського державного медичного університету;

Ісаков Рустам Ісроїлович, кандидат медичних наук, доцент кафедри психіатрії, наркології та медичної психології Полтавського державного медичного університету.

Рецензенти:

Марута Наталія Олександрівна, доктор медичних наук, професор, заступник директора з наукової роботи ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України», завідувач відділу пограничної психіатрії, заслужений діяч науки і техніки України;

Маркова Маріанна Владиславівна, доктор медичних наук, професор, в. о. завідувача кафедри психотерапії Харківської медичної академії післядипломної освіти, академік АН ВШ України;

Дельва Михайло Юрійович, доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри нервових хвороб з нейрохірургією та медичною генетикою Полтавського державного медичного університету

Герасименко Л.О.

Г-87 Психогенні психічні розлади / Л.О. Герасименко, А.М. Скрипніков, Р.І. Ісаков : навч.-метод. посіб. — К. : ВСВ «Медицина», 2021. — 208 с. ISBN 978-617-505-867-1

Навчально-методичний посібник присвячено історії, сучасним концептуальним моделям психосоціальної дезадаптації, етіопатологічним механізмам формування психогеній, питанням діагностики та сучасним поглядам на терапію. У ньому системно розглянуто історичні етапи та сучасний стан різноманітних аспектів психогенних психічних розладів. Книга є цінним джерелом для студентів медичних закладів вищої освіти зі спеціальностей «Психіатрія та наркологія», «Медична психологія», «Медсестринство», «Педіатрія», «Стоматологія», лікарів-психіатрів, клінічних психологів, психотерапевтів та спеціалістів суміжних галузей, соціальних працівників, а також може бути рекомендована для поглибленого вивчення предмета «Посттравмативні стресові розлади».

УДК 616.89
ББК 56.14я75

© Л.О. Герасименко, А.М. Скрипніков,
Р.І. Ісаков, 2021

© ВСВ «Медицина», оформлення, 2021

ISBN 978-617-505-867-1

ВСТУП

Психогенні психічні розлади завжди були поширеною патологією, зокрема неврози традиційно діагностують у близько 30 % дорослого населення, а короточасні невротичні стани, що минають без застосування терапії, спостерігають протягом життя майже у всіх жителів планети, і точному обліку такі стани не підлягають. Але останнім часом кількість хворих із психогенними розладами різної генези стрімко зростає, особливо у економічно розвинених країнах світу. Такі тенденції є наслідком безперервного еволюційного процесу соціалізації, що триває досі і, можливо, взагалі не може бути обмеженим жодною осяжною метою чи формальними часовими межами. Сучасна людина все менше зусиль витрачає на подолання біологічних загроз і природних катаклізмів та все активніше зосереджується на адаптації до психотравмивних інформаційних впливів, що здебільшого є суто антропогенними. Суспільна інтегрованість, яка постійно зростає, створює передумови для вразливості у випадку соціальної нестабільності, вимагає повної готовності відповідати на виклики, які породжує тотальний наступ науково-технічного прогресу. Поширенню психогенної патології на сучасному етапі сприяє: автоматизація праці та зростання рівня безробіття, нівелювання креативних аспектів трудових відносин, ускладнення норм міжособистісного спілкування, гіпертрофована роль психологічних аспектів комунікації. Такий цивілізаційний розвиток разом із очевидними перевагами зумовлює потребу підлаштовуватись під вимоги все більш виснажливого ритму життя і необхідність мобілізації адаптивних ресурсів особистості, до чого не всі виявляються готовими. Людство продовжує еволюціонувати, і у рамках пошуку механізмів адаптації постійно народжуються нові та модифікуються традиційні механізми психологічного захисту від впливу інформаційних стресорів. Не завжди цей процес відбувається гармонійно і дає бажаний ефект. Наприклад, особливістю інформаційного потоку, що постійно зростає, є виразне домінування повідомлень відверто негативного змісту, що варто оцінювати як цілком об'єктивне явище, а не результат чиєїсь «злої волі». Стан щастя є більш статичним і не потребує оперативного реагування, а ось загрозливий «негатив» зазвичай має пріоритетне значення для свідомості, оскільки є сигналом до дій з метою захисту соматичного і нервово-психічного гомеостазу. Тому цілком нормально, що із усього інформаційного потоку найбільшу увагу привертає інформація про загрози, але водночас зовсім

Вступ

ненормальним є інформаційний фон, який у процесі боротьби за увагу споживачів та гонитви за рейтингами створюють ЗМІ.

Труднощі пристосування до мінливих вимог соціуму, відсутність гнучкості та толерантності при реагуванні на інформаційні стреси мають наслідком поширення психогенної патології та станів психосоціальної дезадаптації, що супроводжуються розгубленістю, тривогою, пригніченістю, протестними реакціями і, як наслідок, зниженням якості життя. Психосоціальна дезадаптація різного ступеня тяжкості спостерігається у абсолютної більшості пацієнтів, які страждають на психічні розлади психогенного походження. Переважно порушується функціонування у професійній, сімейній та сексуальній сферах, але можливий також вплив на інші системи організму, включаючи імунну, що робить людину більш уразливою до соматичної патології. Своєю чергою, складний процес усвідомлення і прийняття факту ураження соматичного компоненту здоров'я сприяє розвитку вторинних психогенних реакцій патологічного характеру. Виникає замкнуте коло, у якому недосконалість механізмів адаптації робить людину вразливою щодо впливу інформаційних факторів і це призводить до розвитку психогенної патології, а психопатологічний процес іще більше погіршує адаптивні механізми психіки.

Таким чином, соматична і психічна патологія у комплексі із порушеннями соціального функціонування здатні потенціювати одне одного, створюючи єдиний патогенетичний механізм, терапевтичний вплив на який доцільно здійснювати комплексно. Тому особливо актуальним є інтерес фахівців до проблем, обумовлених психогенними впливами. Сучасні дослідження змістили фокус уваги від суто клінічних аспектів до соціальних наслідків, що вимірюються матеріальними збитками для суспільства, адже найбільш вразливими щодо психогенії є молоді чоловіки та жінки, при чому у жінок ці захворювання мають клінічно важчий перебіг і значно частіше закінчуються інвалідизацією.

Складність, різноманітність і динамічна мінливість етіопатогенетичних механізмів визначає необхідність комплексного підходу до терапії та профілактики вищезгаданої патології. Перед державними інститутами постає ряд нових завдань, пов'язаних із охороною психічного здоров'я населення. Серед найбільш кризових напрямків розвитку сучасної психіатрії та психології виділяють інформаційну гігієну й ефективність системи терапії психогенних психічних розладів.

У цьому посібнику зроблено спробу інтегрувати накопичений досвід теорії та практики психіатрії, подавши його як систему поглядів на основні значимі аспекти психотравмування та його наслідки для психічного здоров'я. Сподіваємось, що ця книга знайде «живий» відгук і буде корисною не лише безпосередньо причетним фахівцям, а й усім, кого цікавить визначене коло питань на рівні культурної та філософської проблематики.

РОЗДІЛ 4

Норма і патологія у психіатрії

В умовах впливу психічної травми на особистість є проста альтернатива: або власна стійкість до стресу і наявність ефективного психологічного захисту дає змогу людині лишатись розумово і соматично здоровою, або ж виникає психогенна патологія. Проте є переконливі докази, що між нормальними і патологічними явищами можливі, та насправді існують, численні межові прояви. Здебільшого при патологічних реактивних станах діють ті ж самі механізми, що і в «нормальному» психічному житті. Тому питання діагностики психогенних розладів тісно пов'язане із визначенням критеріїв норми і патології, здоров'я і хвороби. Ці категорії виходять за межі суто медичних і тому часто становлять неабияку складність для теоретичного обґрунтування і практичного застосування.

4.1. Психічне здоров'я

Здоров'я людини як цілісний феномен інтегрує чотири компоненти: фізичний, психічний, соціальний та духовний, і вони невід'ємні один від одного.

Загальне визначення здоров'я, запропоноване Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ), передбачає стан людини, при якому:

- 1) збережені структурні та функціональні характеристики організму;
- 2) наявна висока адаптивність до змін звичного природного і соціального середовища;
- 3) зберігається емоційне й соціальне благополуччя.

Таким чином, поняття здоров'я трактують значно ширше, ніж тільки нормальні фізіологічні функції організму на всіх рівнях його організації, доповнюючи, зокрема, соціальними характеристиками.

Психічне здоров'я — динамічна сукупність психічних властивостей індивіда, що забезпечують стан душевного благополуччя. Характеризується передовсім відсутністю хворобливих психічних проявів і адекватною умовам дійсності регуляцією поведінки.

За ініціативою Всесвітньої федерації психічного здоров'я, починаючи з 10 жовтня 1992 р., відзначають День психічного здоров'я. На думку фахівців ВООЗ, на нашій планеті більше 450 млн людей страждають на психічні захворювання. Важливість цієї проблеми на сьогодні важко переоцінити.

Критерії психічного здоров'я за визначенням ВООЗ:

- усвідомлення безперервності та сталості власного «Я»;
- почуття сталості переживань в однотипних ситуаціях;
- критичність до себе і результатів своєї діяльності;
- відповідність психічних реакцій характеру зовнішніх впливів;
- соціальна адаптивність — здатність керувати своєю поведінкою відповідно до загальноприйнятих норм;
- здатність планувати своє життя і реалізовувати свої плани;
- здатність до здорової рефлексії — зміни поведінки залежно від життєвих ситуацій і обставин.

Протилежним психічному здоров'ю станом є психічний розлад, проміжним — межові психічні розлади.

Отже, ключовими характеристиками психічно здорової людини є поняття *гармонії* та *саморегуляції*, у розумінні максимальної адаптивності суб'єкта до мінливих умов середовища.

4.2. Норма, хвороба, розлад

Поняття «норма» і «патологія» та «здоров'я» і «хвороба» мають надважливе значення у медицині. Категорію норми використовують як базовий критерій порівняння поточного (актуального) і постійного (звичного) стану людини. Відхилення від норми вважають *хворобою* — станом, що не здається «нормальним» і «звичайним». Однак змістовне, а не інтуїтивне визначення клінічної норми — важлива методологічна проблема.

Норма — це термін, у який можуть вкладатися два основних змісти.

1. **Статистична норма** — відображає діапазон рівнів функціонування психіки, що є найбільш поширеним, властивим більшості людей. Вона об'єктивно існує і визначається за допомогою обчислення середньоарифметичних значень деяких емпіричних (що належать спостереженню і обліку) даних. Наприклад, більшість людей не бояться опинитися у замкненому просторі, отже, відсутність такого страху є статистично нормальною.

2. **Оцінювальна норма** — деякий ідеальний з філософської та світоглядної точки зору стан людини, до «досконалості» якого мають тією чи іншою мірою прагнути всі люди. У цьому аспекті норма виступає суб'єктивним, довільно встановленим нормативом, що приймається за

Розділ 4

зразок уповноваженими особами, наприклад експертами. Така ідеальна норма є засобом спрощення та уніфікації різноманіття форм психічної діяльності, у результаті чого деякі з них виявляються за межею прийнят-ного рівня функціонування. Усе, що не відповідає обраному ідеалу, ви-значають як ненормальне.

Проблема норми пов'язана із проблемою вибору *нормативної групи* — людей, чия життєдіяльність стає стандартом ефективного рівня функ-ціонування. До кола норм-нормативів включають не тільки ідеальні ха-рактеристики, а і функціональні, соціальні та індивідуальні норми.

Функціональні норми оцінюють діяльність людини через призму на-слідків (шкідливо чи не шкідливо), або можливості досягнення певної мети (сприяє або не сприяє).

Соціальні норми контролюють поведінку людини, спонукаючи її від-повідати певному бажаному (запропонованому оточенням) або встанов-леному владою зразку.

Індивідуальна норма передбачає порівняння стану людини не з ін-шими людьми, а зі станом, у якому вона перебувала раніше і який відпо-відає її особистим можливостям. Інакше кажучи, індивідуальна норма є ідеальним з погляду індивіда, а не домінуючої соціальної групи станом, що враховує можливості конкретної людини.

Для оцінки нормальності (відповідності нормі) психічного стану особистості, залежно від обставин, психологом або психіатром можуть застосовуватися ті чи інші з перерахованих концепцій визначення норми.

Загалом у поведінкових реакціях поняття «межі норми» є дуже роз-митим. Реакцію на безпосередній подразник можна вважати нормаль-ною, якщо вона по силі відповіді адекватна інтенсивності стимулу, а її тривалість дорівнює тривалості дії психотравми. Нормальна реакція за-вжди мотивована і є чуттєво адекватною відповіддю на переживання.

Будь-яке відхилення від усталеної норми може характеризуватися як **патологія**. У медичному лексиконі під патологією зазвичай мається на увазі порушення функціонування організму на біологічному рівні. Однак у психіатрії до змісту поняття «патологія» також включаються і відхи-лення від норми, позбавлені біологічної складової.

Об'єктивне визначення граничного діапазону безпечних рівнів функ-ціонування можливе відносно біологічної норми. Щодо психічної норми жодних чітких об'єктивних меж установити не можна, оскільки тут до-мінує довільний оцінювально-нормативний підхід. Встановлення психо-логічних меж, що характеризують норму, тісно пов'язане із теоретични-ми уявленнями про природу особистості, у яких моделюється деяке іде-альне уявлення про людину як соціальну істоту. Наприклад, у класично-му психоаналізі гомосексуальність трактується як патологія, тоді як у

сучасних психологічних теоріях, орієнтованих на поняття індивідуальної норми, — як варіант норми.

Оригінальне значення давньогрецького слова *patos*, від якого й походить термін «патологія», — це страждання або ж незвичний стан. Отже, патологічними можна вважати тільки ті відхилення від норми, які супроводжуються емоційним дискомфортом. Зокрема, для вищезгаданого гомосексуалізму та інших перверзних проявів сексуальності зараз використовують терміни «егодистонія» і «егосинтонія».

Егодистонія характеризується вираженням занепокоєнням щодо своїх незвичних уподобань, наявність яких викликає у людини страждання і бажання їх змінити або приховати.

Егосинтонія характеризується сприйняттям своїх уподобань як природних, що узгоджуються з уявленнями про власну особистість.

Патологічним визнається тільки таке відхилення від норми, що спричиняє емоційний дискомфорт і тому психологічно відторгається.

Вживання слова «патологія» також передбачає наявність однієї провідної причини відхилення від норми. Однак у одного й того самого психічного стану може бути декілька причин. Наприклад, депресії можуть бути обумовлені нейрохімічними та гормональними змінами, але з такою ж імовірністю їх може спричиняти психогенний стрес. І, виходячи з цього, часто дуже важко однозначно стверджувати, зміни якого рівня є першопричиною наявних відхилень від норми. Зрештою, термін «патологія» містить виражений оцінювальний компонент, що у випадку зловживання дає змогу навішувати налічку «хворої» на будь-яку людину, яка не відповідає визначеним суспільством як ідеал нормам.

Через ці три вищезгадані особливості вживання терміна «патологія» (обов'язкова наявність страждання; припущення про дію однієї провідної причини порушення; виражений оцінювальний компонент) багато вчених виступають за його виключення з лексики психіатрів і клінічних психологів. Як заміник пропонують вживати термін «розлад», лишивши застосування слова «патологія» виключно для характеристики біологічного рівня функціонування.

Розлад — порушення раніше звичайного для людини стану.

Розлади можуть зумовлюватися взаємодією ряду факторів біологічного, психічного й соціального рівня, при цьому в кожному конкретному випадку той або інший фактор може виявитися провідним. З огляду на це, використання терміну «розлад» видається на сьогодні оптимальним.

Діагностика **психічного розладу** базується на трьох основних критеріях:

1) перевищення статистично допустимої частоти виникнення певних реакцій у певний проміжок часу. Наприклад, якщо п'ять із дев'яти ознак

Розділ 4

депресії спостерігають протягом не менш ніж двох тижнів, то такий стан діагностують як депресивний розлад;

2) дисфункція — стан, що заважає людині адекватно досягати поставлених цілей;

3) поведінка, від якої страждає сам індивід або навколишні.

На соціальному рівні функціонування людини норма та патологія (розлад) є станами здоров'я і хвороби.

У визначенні стану здоров'я існує два наукових підходи: негативний і позитивний.

Негативне визначення здоров'я ґрунтується передовсім на відсутності патології. Норма є синонімом здоров'я, а патологія — хвороби.

Насправді ж поняття норми і патології ширші за здоров'я і хворобу, будучи завжди континуальними та охоплюючи цілу низку взаємопов'язаних станів. А здоров'я й хвороба виступають як дискретні, чітко окреслені у своїх межах стани. Вони пов'язані не з об'єктивно виявленим відхиленням від норми, а із суб'єктивним станом самопочуття, що впливає на виконання щоденних функцій. Характеристика загального самопочуття є центральною ланкою розмежування здоров'я і хвороби.

Здорова людина благополучно себе почуває і тому може виконувати щоденні соціальні функції.

Хвора людина має погане самопочуття і тому не може виконувати щоденні соціальні функції.

При цьому наявність або відсутність відхилень від норми на біологічному рівні існування не є визначальною для віднесення себе до здорових або хворих. Наприклад, люди, які вживали алкоголь на вечірці, мають змінений стан свідомості, що є відхиленням від «нормальних» параметрів психічного функціонування, однак вони не є хворими, доки системно не починають порушувати виконання соціальних функцій. Ця колізія привела дослідників до необхідності пошуку позитивних концепцій здоров'я.

Позитивне визначення здоров'я йде далі простої відсутності хвороби і намагається розкрити його автономний зміст як динамічного сполучення різних показників.

Відповідно хворобу, навпаки, можна визначити як порушення критеріїв здоров'я, його особливий випадок. У визначенні хвороби існують дві точки зору: хвороба — будь-який стан, діагностований професіоналом, або ж хвороба як суб'єктивне відчуття себе хворим. У першому випадку хворобу розглядають як оцінений за об'єктивними ознаками розлад функціонування. Але ситуація ускладнюється тим, що з приводу багатьох хвороб люди не звертаються до професіоналів, та й об'єктивних стандартів функціонування людини майже не існує.

Другий підхід також має свої обмеження: повідомлений пацієнтом стан швидше відображає проблеми пацієнта, а не сам розлад. До того ж, при ряді тяжких соматичних станів (наприклад, туберкульоз) суб'єктивного погіршення самопочуття може й не бути.

Поняття хвороби — це не стільки відображення об'єктивного стану людини, скільки загальний теоретичний і соціальний конструкт, за допомогою якого намагаються дати визначення порушенням здоров'я, що виникають. Конструкт хвороби, що існує в європейській культурі, передбачає таку послідовність: «причина — дефект — клінічна картина — наслідки» (рис. 1).



Рис. 1. Психологічний конструкт хвороби

У сучасній медицині існує дві моделі хвороби: біомедична та біопсихосоціальна.

Біомедична модель хвороби поширена з XVII ст. і зосереджена на вивченні природних факторів як зовнішніх причин захворювання. Її характеризують чотири основні ідеї:

- 1) теорія збудника;
- 2) концепція «хазяїна», «агента» і «оточення» — трьох сутностей, що перебувають у взаємодії;
- 3) клітинна концепція;
- 4) механістична концепція, відповідно до якої людина — це насамперед тіло, а її хвороба — поломка якоїсь частини організму.

Апологетом цієї теорії був Парацельс, який 25 червня 1527 р. привселюдно спалив книги Гіппократа, Галена, Авіцени, назвавши їхніх авторів «великими шарлатанами» за їх учення, що лікар має добре знати не тільки методи терапії, а й внутрішні природні сили організму. «Не вірте їм, — вигукував Парацельс перед здивованими студентами, — адже хвороба — лише бур'ян, який потрібно знайти й вирвати з коренем».

Розділ 4

У рамках цієї моделі немає місця соціальним, психологічним та поведінковим факторам розвитку хвороби. Оскільки дефект (зокрема і психічний), які б фактори його не спричиняли, завжди має виключно соматичну природу, то відповідальність за лікування цілком і повністю покладається на лікаря.

На жаль, відголос такого підходу до лікування живий і досі, адже, при підготовці лікаря більше 90 % часу відводять вивченню тіла і лише 3—5 % лишають психології, етиці та деонтології. Іншими словами, застосовують «ветеринарний» підхід до підготовки медичних працівників.

У середині ХХ ст. біомедична модель була проревізована під впливом концепції загального *адаптаційного синдрому* Ганса Сельє (1954). Відповідно до цієї концепції хвороба є наслідком *маладаптації* (від лат. *malum* + *adaptum* — зло + пристосування — хронічна хвороба) — неправильно спрямованої або надмірної адаптаційної реакції організму.

Біопсихосоціальна модель хвороби виникла наприкінці 70-х років ХХ ст. і ґрунтується на баченні хвороби як ієрархічного континууму, в якому кожен нижчий рівень є компонентом вищого, включає його характеристики і зазнає його впливу. У центрі цього континууму перебуває особистість із її переживаннями та поведінкою.

Теоретичною базою цієї моделі є діада «діатез — стрес», де діатез — це біологічна схильність до певного хворобливого стану, а стрес — психосоціальні фактори, що актуалізують цю схильність. Взаємодія діатезу та стресу пояснює будь-яке захворювання.

Оцінювання стану здоров'я у рамках біопсихосоціальної моделі передбачає провідну роль психологічних факторів. Суб'єктивно здоров'я проявляється почуттям оптимізму, соматичного й психологічного благополуччя, радості життя. Цей суб'єктивний стан обумовлений такими психологічними механізмами:

- 1) прийняття відповідальності за своє життя;
- 2) самопізнання як аналіз своїх індивідуальних тілесних і психологічних особливостей;
- 3) самоусвідомлення й прийняття себе як результат процесу внутрішньої інтеграції;
- 4) вміння жити в сьогоденні;
- 5) усвідомлена ієрархія цінностей як наслідок усвідомленості індивідуального буття;
- 6) здатність до розуміння і прийняття інших;
- 7) *базова довіра* — описана Еріком Еріксоном (Е. Ericsson, 1952), психологічна риса душевної довіри до процесу життя, вміння дотримуватись природного плину життєвих процесів.

У рамках біопсихосоціальної парадигми хвороба розглядається як дисфункція — нездатність адаптуватися у певному соціокультурному просторі. При цьому хворобою є тільки такий розлад функціонування, що має потребу в терапії (корекції), оскільки завдає шкоди працездатності та соціальним відносинам, заподіює страждання. Відповідальність за одужання у біопсихосоціальній моделі хвороби повністю або частково покладається на самих хворих людей.

Хвороба завжди пов'язана з *роллю хворого* й обмеженнями звичайної рольової соціальної поведінки. Тому лейбелінг (англ. labeling — навішення налички) несе небезпеку прогресування вже наявного у людини порушення здоров'я. У результаті незначне відхилення від норми може перетворитись на тяжкий розлад як наслідок того, що людина приймає нав'язану їй роль «ненормальної». Вона почувається й поводить як хвора, а навколишні до неї відповідно ставляться, визнаючи її тільки у цій ролі. Фахівці вважають, що у деяких випадках психічні розлади виникають не через внутрішню схильність, а внаслідок порушення соціальних відносин, як результат життя у «хворому суспільстві».

Отже, окрім описаного вище конструкту хвороби, що домінує, є й альтернативні. По-перше, психічні й поведінкові відхилення можна інтерпретувати як прояв порушених процесів соціальної взаємодії. По-друге, їх можна розглядати не як прояв внутрішнього дефекту, а як крайній ступінь вираженості окремих психічних функцій або паттернів поведінки. По-третє, психічні й поведінкові відхилення можуть бути розглянуті як наслідок затримки процесу особистісного росту.

Усі перераховані альтернативні конструкти хвороби акцентують увагу на тому, що межа між станами здоров'я й хвороби встановлюється довільно, відповідно до моделі хвороби, що домінує. Потрібно тільки змінити модель хвороби, як багато нинішніх психічних захворювань можуть виявитися крайнім варіантом норми. Необхідно визнати, що для багатьох психічних розладів встановлено тільки кореляційний, а не причинно-наслідковий зв'язок між патологічною симптоматикою та морфофункціональними змінами. До того ж, подібні трансформації виявляються і у практично здорових осіб. У цьому випадку прихильники традиційного конструкту хвороби говорять про так званий «латентний» перебіг захворювання. Цей підхід у клінічній практиці отримав назву «нозоцентричного».

Зазначені проблеми вживання поняття «хвороба» призвели до того, що сьогодні оптимальнішим є термін «психічні, особистісні й поведінкові розлади», що охоплює різні види порушень, включаючи хвороби у вузькому розумінні цього слова.

4.3. Психологічні феномени і психопатологічні симптоми

Просте спостереження відмінних від норми форм психічної діяльності ще не є підставою для вживання термінів «розлад» або «хвороба». Психологічні феномени (індивідуально-особистісні особливості функціонування) і психопатологічні симптоми (ознаки психічних розладів) часто мають досить значну зовнішню подібність. Наприклад, не маючи детальної об'єктивної інформації, складно розмежувати підозри в зраді, що є наслідком проблем у міжособистісному спілкуванні подружжя, і маячення ревнощів, що виникає як прояв психопатологічного процесу.

На початку ХХ ст. Карл Ясперс, спираючись на феноменологічну філософію Едмунда Густава Гуссерля (E.H. Husserl, 1859—1938), запропонував *феноменологічний підхід* у медицині. Будь-який психічний стан він розглядав як феномен, тобто цілісне переживання сучасного моменту, у якому можна виділити два нерозривно пов'язаних між собою аспекти: *усвідомлення навколишнього світу* (предметна свідомість) і *усвідомлення себе* (самосвідомість). Такий підхід лишає два шляхи оцінювання психічного стану пацієнта, і обидва є винятково суб'єктивними:

а) уявлення себе на його місці — відчуття, що досягається через ретрансляцію ряду зовнішніх ознак психічного стану;

б) аналіз умов, у яких ці ознаки виявляються пов'язаними між собою у певній послідовності.

За цією концепцією для розмежування психологічних феноменів і психопатологічних процесів важливо виявити логіку, за якою пацієнт вибудовує причинно-наслідкові зв'язки в предметній свідомості (бачить реальність) і між предметною свідомістю та самосвідомістю — що він вважає за необхідне робити у суб'єктивно сприйнятій реальності. Спираючись на цю тезу, Курт Шнайдер (Kurt Schneider, 1959) сформулював перший принцип розмежування: *психопатологічним симптомом визнається лише те, що може бути доведено у такій якості*.

Доведення будується на основі загальних законів логіки (закон тожності, закон достатньої підстави, закон виключеного третього) із застосуванням критеріїв вірогідності (переконливості) та ймовірності (застосування аналогій).

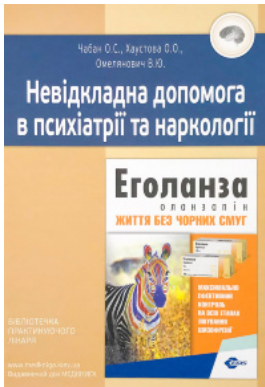
Відповідно до принципу Курта Шнайдера, завжди необхідно порівнювати дві логіки: *зовнішню логіку поведінки* пацієнта і *логічні пояснення* цієї поведінки ним самим. Тоді постає одне завдання: пояснити на підставі чого суб'єктивна логіка пацієнта визнається такою, що суперечить зовнішній логіці пояснення поведінки.

ЗМІСТ

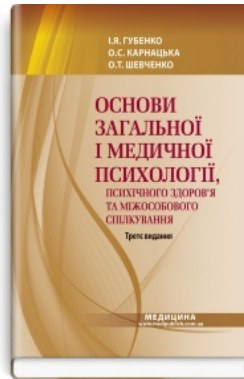
Вступ	3
Розділ 1. Основні дефініції психогенних психічних розладів	5
Розділ 2. Історичні аспекти	9
Розділ 3. Етіопатогенез психогенних психічних розладів	17
3.1. Етіологічні фактори психогенних психічних розладів	17
3.2. Патогенетичні механізми психогенних психічних розладів	21
Розділ 4. Норма і патологія у психіатрії	30
4.1. Психічне здоров'я	30
4.2. Норма, хвороба, розлад.....	31
4.3. Психологічні феномени і психопатологічні симптоми	38
Розділ 5. Психосоціальна дезадаптація і психогенні розлади	40
Розділ 6. Принципи діагностики та класифікації психогенних психічних розладів	54
6.1. Діагностика психогеній	54
6.2. Класифікація психогенних психічних розладів.....	55
6.2.1. Патохарактерологічні реакції дитячого і підліткового віку.....	57
6.2.2. Ятрогенії.....	68
6.2.3. Неврози.....	69
6.2.3.1. Істеричні неврози	69
6.2.3.2. Невроз нав'язливих станів.....	73
6.2.3.3. Неврастенія	79
6.2.4. Розлади адаптації та реакції на стрес	80
6.2.4.1. Розлади адаптації.....	80
6.2.4.2. Реакції на стрес.....	82
6.2.5. Реактивні психози.....	86
6.2.5.1. Реактивні параноїди	86
6.2.5.2. Реактивні депресії	89
6.2.5.3. Афективно-шокові реакції (гострі реакції на стрес).....	91
6.2.5.4. Істеричні (дисоціативні) реактивні психози	92
Розділ 7. Психогенні патохарактерологічні реакції	95
Розділ 8. Ятрогенії	106
8.1. Етичні моделі в медицині	106
8.2. Ятрогенні аспекти лікувально-діагностичного процесу	110
8.2.1. Ятрогенні аспекти спілкування лікаря і пацієнта.....	111

8.2.2. Невербальні елементи комунікації	113
8.2.3. Психологічні аспекти відносин лікаря і пацієнта	115
Розділ 9. Неврози	122
9.1. Істеричний невроз	122
9.2. Невроз нав'язливих станів.....	128
9.3. Неврастенія	135
Розділ 10. Розлади адаптації та реакції на стрес	141
10.1. Розлади адаптації.....	141
10.2. Психогенні депресії.....	144
10.2.1. Невротичні депресії.....	145
10.2.2. Реактивні депресії	148
10.2.3. Інші психогенні та змішані депресії.....	154
10.3. Посттравмівний стресовий розлад	155
Розділ 11. Реактивні психози	162
11.1. Гострі (афективно-шокові) реактивні психози	163
11.2. Підгострі (істеричні) реактивні психози	166
11.3. Затяжні реактивні психози.....	171
Розділ 12. Сучасна терапія психогенних розладів.....	178
12.1. Загальні принципи терапії психогенних розладів.....	178
12.2. Терапія патохарактерологічних реакцій.....	184
12.3. Терапія невротичних розладів.....	185
12.3.1. Терапія істеричного неврозу.....	185
12.3.2. Терапія неврозу нав'язливих станів.....	187
12.3.3. Терапія неврастенії.....	190
12.4. Терапія розладів адаптації та реакцій на стрес	192
12.4.1. Терапія розладів адаптації	192
12.4.2. Терапія психогенних депресій.....	194
12.4.3. Терапія посттравмівного стресового розладу.....	195
12.5. Терапія реактивних психозів	200
Список використаної літератури	202

Рекомендована література



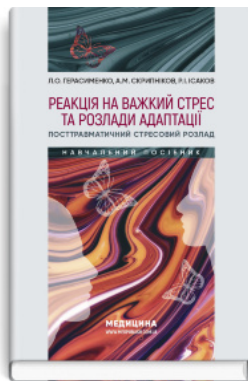
Невідкладна допомога
в психіатрії та
наркології



Основи загальної і
медичної психології,
психічного здоров'я та
міжособового
спілкування: підручник



Перинатальна
психологія



Реакція на важкий
стрес та розлади
адаптації.
Посттравматичний
стресовий розлад:
навчальний посібник

Перейти до категорії
Психіатрія. Наркологія

MEDLIT
медична література

КУПИТИ