

# МЕДИЧНА ПСИХОЛОГІЯ



ТОМ • 1

ЗАГАЛЬНА МЕДИЧНА ПСИХОЛОГІЯ

За редакцією професора, доктора медичних наук Г. Я. Пилягіної

NK  
PUBLISHERS

Вінниця  
НОВА КНИГА  
2020

УДК 159.97:616.89(075.8)

М42

*Рекомендовано вченою радою НМАПО імені П. Л. Шупика  
як підручник для студентів вищих медичних навчальних закладів  
(протокол № 5 від 10.06.2020 р.)*

**Колектив авторів:**

**Г. Я. Пилягіна, О. О. Хаустова, О. С. Чабан, К. В. Аймедов, Ю. О. Асєєва, О. П. Венгер, Н. О. Дзеружинська, О. В. Зубатюк, В. Д. Мішиєв, В. Ю. Омельянович, О. Г. Сиропятов, С. А. Чумак.**

**Рецензенти:**

**Напреско Олександр Костянтинович**, доктор медичних наук, професор, Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, завідувач кафедри психіатрії та наркології.  
**Гриневич Євгенія Геннадійовна**, доктор медичних наук, професор, Національна медична академія імені П. Л. Шупика, професор кафедри загальної, дитячої та судової психіатрії і наркології.

**М42**      **Медична психологія** : в 2-х т. Т. 1. Загальна медична психологія / [Г. Я. Пилягіна, О. О. Хаустова, О. С. Чабан та ін.] ; за ред. Г. Я. Пилягіної. – Вінниця : Нова Книга, 2020. – 288 с.

ISBN 978-966-382-850-3

Підручник “Медична психологія” складається з двох томів. У 1-му томі підручника висвітлені основні розділи загальної медичної психології. В ньому представлені розділи, які присвячені основним питанням щодо предмету та завдання медичної психології, короткого історичного нарису її розвитку, психічної діяльності та психічним процесам, нейропсихології, психології особистості й поведінки, віковій психології, видам і методам дослідження та медико-психологічної допомоги.

Даний підручник відповідає навчальним планам та програмам з медичної психології додипломного та післядипломного рівнів освіти та надає можливість набути знання впродовж навчання за цією спеціальністю.

Призначений для студентів медичних вищих навчальних закладів, інтернатури, магістратури та спеціалізації з медичної психології, а також для безперервного професійного навчання в межах післядипломної освіти.

**УДК 159.97:616.89(075.8)**

ISBN 978-966-382-850-3

© Колектив авторів, 2020

© Нова Книга, 2020

# Зміст

Колектив авторів .....	6
Передмова .....	7
<b>1. Медична психологія, її предмет та завдання. Організація медико-психологічної допомоги населенню .....</b>	<b>8</b>
1.1. Предмет та завдання загальної та медичної психології. Роль психології у професійній діяльності медика (О. С. Чабан, О. О. Хаустова) .....	8
1.2. Основи організації медико-психологічної допомоги та сучасний стан медико-психологічної служби в Україні (Г. Я. Пилягіна) .....	10
<b>2. Короткий історичний нарис розвитку медичної психології (О. С. Чабан, О. О. Хаустова, Г. Я. Пилягіна) .....</b>	<b>17</b>
<b>3. Психічна діяльність та психічні процеси .....</b>	<b>24</b>
3.1. Загальна характеристика психічної діяльності (Г. Я. Пилягіна) .....	24
3.1.1. <i>Поняття психіки, її функцій, психічної діяльності та її явищ</i> .....	24
3.1.2. <i>Процес психічної діяльності. Вищі психічні функції</i> .....	26
3.1.3. <i>Загальна характеристика психофізіологічної основи вищих психічних функцій. Сигнальні системи ЦНС</i> .....	29
3.2. Окремі психічні процеси психічної діяльності (вищі психічні функції) .....	33
3.2.1. <i>Відчуття</i> (Г. Я. Пилягіна) .....	33
3.2.2. <i>Сприйняття</i> (Г. Я. Пилягіна) .....	37
3.2.3. <i>Увага</i> (О. С. Чабан, О. О. Хаустова) .....	40
3.2.4. <i>Мислення</i> (О. С. Чабан, О. О. Хаустова) .....	43
3.2.5. <i>Уявлення і уява</i> (О. С. Чабан, О. О. Хаустова) .....	48
3.2.6. <i>Мова та мовлення</i> (Г. Я. Пилягіна) .....	50
3.2.7. <i>Пам'ять</i> (О. С. Чабан, О. О. Хаустова) .....	55
3.2.8. <i>Емоції та почуття</i> (О. С. Чабан, О. О. Хаустова) .....	60
3.2.9. <i>Психомоторна активність</i> (Г. Я. Пилягіна) .....	68
3.2.10. <i>Воля та вольова діяльність</i> (О. С. Чабан, О. О. Хаустова, Г. Я. Пилягіна) ..	74
3.2.11. <i>Інтелект</i> (О. С. Чабан, О. О. Хаустова, Г. Я. Пилягіна) .....	79
3.2.12. <i>Свідомість та самосвідомість</i> (О. С. Чабан, О. О. Хаустова) .....	83
<b>4. Нейропсихологія (Г. Я. Пилягіна) .....</b>	<b>90</b>
4.1. Історія розвитку та сучасна нейропсихологія .....	90
4.2. Понятійний апарат нейропсихології .....	95
4.3. Методи дослідження та діагностики порушень вищих психічних функцій у нейропсихології .....	98
<b>5. Психологія особистості .....</b>	<b>106</b>
5.1. Особистість. Структура, розвиток та здібності особистості. Я-концепція. Гармонійні і дисгармонійні особистості (К. В. Аймедов, Ю. О. Асеева) .....	106
5.2. Темперамент і характер (К. В. Аймедов, Ю. О. Асеева) .....	116
5.3. Механізми психологічного захисту особистості (Г. Я. Пилягіна, С. А. Чумак) ..	124

<b>6. Психологія поведінки та соціальної активності</b> .....	133
6.1. Поведінка: її чинники, елементи та наукові напрямки її вивчення (Г. Я. Пилягіна) .....	133
6.2. Особистісна та соціальна активність і соціальна діяльність (Г. Я. Пилягіна) ..	137
6.3. Поведінка в міжособистісних взаєминах (К. В. Аймедов, Ю. О. Асеева) .....	140
6.4. Долаюча поведінка (Г. Я. Пилягіна) .....	147
<b>7. Вікова психологія</b> .....	153
7.1. Загальні положення про вікову психологію (Г. Я. Пилягіна) .....	153
7.2. Загальна характеристика психічного розвитку і формування людини (О. П. Венгер) .....	155
7.3. Психологія окремих вікових періодів (О. П. Венгер) .....	162
7.3.1. Психологія дитинства і дорослішання .....	162
7.3.2. Психологія старіння .....	168
<b>8. Методи дослідження в медичній психології</b> .....	172
8.1. Загальні підходи у проведенні досліджень у медичній психології (Г. Я. Пилягіна) .....	172
8.2. Окремі методи дослідження, що застосовуються в медичній психології .....	176
8.2.1. Психологічна керована бесіда, психологічне, клінічне інтерв'ю (О. П. Венгер) .....	176
8.2.2. Анамнестичний метод дослідження (В. Д. Мішиєв, В. Ю. Омелянович) ..	183
8.2.3. Методи експериментально-психологічного дослідження (Н. О. Дзеружинська, О. Г. Сироп'ятов) .....	188
8.2.4. Методи дослідження психічних процесів та станів (Н. О. Дзеружинська, О. Г. Сироп'ятов) .....	193
8.2.5. Методи експериментально-психологічного дослідження особистості, темпераменту і характеру (В. Д. Мішиєв, В. Ю. Омелянович) .....	202
<b>9. Види і методи медико-психологічної допомоги</b> .....	215
9.1. Загальні уявлення про види і методи медико-психологічної допомоги (Г. Я. Пилягіна) .....	215
9.2. Психологічне консультування (Г. Я. Пилягіна) .....	217
9.3. Медико-психологічна корекція (Г. Я. Пилягіна) .....	221
9.4. Психотерапія. Основні форми, напрями та методи .....	225
9.4.1. Загальне уявлення про психотерапію. Основні етапи історії її розвитку як науки (Г. Я. Пилягіна, С. А. Чумак) .....	225
9.4.2. Основні фактори дії психотерапії та форми її застосування: індивідуальна, групова та сімейна (Г. Я. Пилягіна, С. А. Чумак) .....	229
9.4.3. Психодинамічний напрям у психотерапії: класичний психоаналіз З. Фрейда, аналітична психологія К. Г. Юнга (Г. Я. Пилягіна, О. В. Зубатюк) .....	235
9.4.4. Когнітивно-поведінковий напрям у психотерапії та його провідні методи (Г. Я. Пилягіна, О. В. Зубатюк) .....	240
9.4.5. Сугестивний напрям у психотерапії та його основні методи (Г. Я. Пилягіна, О. В. Зубатюк, С. А. Чумак) .....	246

9.4.6. Екзистенціально-гуманістичний напрям у психотерапії та його основні методи (Г. Я. Пилягіна, О. В. Зубатюк, С. А. Чумак).....	253
9.4.7. Напрямок тілесно-орієнтованої психотерапії (Г. Я. Пилягіна, О. В. Зубатюк).....	264
9.4.8. Напрямок арт-терапії та його основні методи (Г. Я. Пилягіна, О. В. Зубатюк).....	268

дження допоможе у встановленні остаточного діагностичного висновку задля подальшої корекційної роботи з пацієнтом.

Роль методу спостереження зростає при підозрі фахівця щодо симуляції певного розладу чи диссимуляції наявних симптомів захворювання, особливо психічного.

Проте метод спостереження не дає можливості з абсолютною точністю встановити причину конкрет-

ного психологічного явища, оскільки в процесі спостереження не можна врахувати всі зв'язки спостережуваного психічного явища з іншими. Тому спостереження можна вважати методом психологічного дослідження лише тоді, коли воно не обмежується констатацією фактів та їх описанням, а стає основою наукового обґрунтування природи психічних явищ у їхньому причинно-наслідковому взаємозв'язку.

### Питання для самоконтролю:

---

1. Що таке психологічна керована бесіда?
2. Які умови проведення бесіди ви знаєте?
3. Що є основною метою клінічного інтерв'ю?
4. Які види психологічного, клінічного інтерв'ю ви знаєте?
5. Які основні принципи та етапи клінічного інтерв'ю ви знаєте?
6. Що є суттю та предметом клінічного спостереження?

### 8.2.2. Анамнестичний метод дослідження

В. Д. Мішиєв, В. Ю. Омелянович

**Анамнез** (грецьк. *ἀνάμνησις* — спогад) — сукупність відомостей про життя та хворобу пацієнта. Іноді анамнез розподіляють на об'єктивний та суб'єктивний, хоча насправді у такому структуруванні немає жодного сенсу. Для отримання анамнестичних відомостей використовується як опитування самого пацієнта (суб'єктивний анамнез), так і інформація з інших джерел: від родичів, друзів та колег пацієнта, від медичних працівників та з медичної документації, характеристики з місця навчання чи роботи, відомості з документів цивільної та військової реєстрації (об'єктивний

анамнез). При цьому суб'єктивні відомості можуть не співпадати з об'єктивними — особливо у випадках важких психічних розладів. Про всі джерела анамнестичної інформації слід робити помітки у медичній документації хворого (“зі слів пацієнта...”, “зі слів дружини пацієнта...”, “з виписного епікризу...” тощо).

Збирання анамнезу починається безпосередньо після вислуховування скарг пацієнта і має форму вільної бесіди. Насправді в медичній психології збирання скарг, анамнезу та первинна клінічна, психодіагностична бесіда — це єдиний безперервний процес,

який поділяється на частини тільки після завершення і викладання його результатів на папері. Немає якихось особливостей спілкування з пацієнтом під час збирання анамнезу, бо правила клінічної бесіди й анамнестичної бесіди абсолютно однакові, а її послідовність та структура завжди мають суто індивідуальний характер. Структурні частини анамнезу повинні міститися в ньому обов'язково, але послідовність їх з'ясування може бути зовсім іншою. Залежно від ситуації та психічних особливостей пацієнта бесіда, під час якої збираються анамнестичні дані, може переходити з однієї частини на іншу, а потім повертатися для уточнення до попередніх розділів, а може вестися і чітко "по пунктах", на кшталт структурованого клінічного інтерв'ю. Крім того, вже під час лікування пацієнта, через дні чи навіть тижні можуть надходити нові відомості, які додаються до анамнезу (наприклад, хворий заперечував попередні лікування у психіатричній лікарні, а потім надійшли архівні відомості про його неодноразове лікування).

Примірна схема анамнезу в такому вигляді, який він повинен мати у виписному епікризі, коли всі можливі суб'єктивні та об'єктивні відомості зібрані, включає анамнез життя та анамнез захворювання. Іноді окремо виділяють ще трудовий анамнез, соціальний анамнез, страховий анамнез (для користувачів медичних страхових полісів), епідеміологічний анамнез та інші.

**Анамнез життя** (лат. *anamnesis vitae*) — сукупність відомостей про історію життя пацієнта, його родичів,

освіту, умови життя та роботи, його інтереси тощо. Описання анамнезу життя в психіатрії та медичній психології має певні відмінності від інших галузей медицини. По-перше, на відміну від інших медичних дисциплін, анамнез життя повинен бути вивчений та описаний дуже ретельно, бо не помічені при опитуванні чи не описані в медичній карті дрібниці можуть мати дуже велике діагностичне значення. По-друге, у зв'язку з тим, що внаслідок свого хворобливого стану пацієнт може спотворювати анамнестичні дані, а його близькі навмисно чи ненавмисно можуть надавати помилкові відомості, при описуванні анамнезу в медичній документації завжди необхідно вказувати джерело інформації ("зі слів пацієнта...", "зі слів брата пацієнта..." тощо).

Анамнестична бесіда може вестися вільно і питання, які необхідно з'ясувати, можуть включатися до неї в будь-якому порядку, але в медичній документації під час викладення анамнезу треба дотримуватись певної послідовності. При цьому анамнез викладається одним текстом, без розбиття на пункти, вказані нижче, та включає таку інформацію:

➤ **Спадковість пацієнта:** чи обтяжена вона психічними захворюваннями (якщо так, то хто з родичів і на який розлад страждав). Питання про це завжди слід формулювати максимально коректно (наприклад: "можливо, ви знаєте, чи звертався колись хтось з ваших родичів по допомогу до невролога чи психіатра?"). Після цього визначаються інші мож-

диві спадкові захворювання (“на які захворювання взагалі хворіли ваші родичі?”), а також про шкідливі звички (“може, хтось з ваших родичів зловживав алкоголем чи вживав наркотичні речовини?”). Пацієнти не завжди можуть назвати діагноз захворювання, з приводу якого їх родичі лікувалися, але часто відповідають: “бабуся лікувалася у невропатолога” чи “батько пив та лікувався в наркології”. Такі відповіді слід фіксувати в медичній документації буквально — прямою мовою пацієнта (“зі слів пацієнта: батько пив та лікувався в наркології”). Також на початку анамнезу бажано вказувати, хто є батьками пацієнта (їх вік, освіта, професія, чи живі вони), чи є в нього брати чи сестри (їхній вік, освіта, професія, чи живі вони).

➤ **Народження пацієнта:** якою дитиною в сім’ї народився, чи була у матері патологія вагітності, чи в строк почалися пологи, як перебігали пологи (без патології чи з патологією, з якою саме). Звісно, що далеко не всі пацієнти мають про це відомості, а з їх батьками далеко не в кожному випадку є можливість поспілкуватися, тому у випадку відсутності таких відомостей про це також слід зробити відмітку в медичній документації (наприклад: “народився першою дитиною з трьох у сім’ї; про те, як перебігала вагітність та пологи у матері, не знає” чи “народився другою дитиною з двох, пологи

дострокові (7 міс. 3 дні), термінові з обвиттям пуповиною та асфіксією”).

➤ **Раннє дитинство:** з якого віку почав тримати голову, сидіти, ходити, розмовляти. Чи ходив до дитячого садка, ким виховувався. Якщо таких докладних відомостей отримати не вдається, але пацієнт чи його близькі стверджують, що в дитинстві “все було добре”, в медичній документації можливо зазначити коротко: “ранній розвиток — без особливостей, виховувався у повній родині, переважно бабусею”.

➤ **Навчання у школі:** в якому віці пішов до школи, як навчався, скільки класів школи закінчив, якщо були незадовільні результати атестації, то з яких предметів; чим цікавився, які стосунки були з однокласниками та вчителями, чи були відхилення в поведінці (тікав з дому, прогулював уроки) тощо. У цьому розділі також раціонально описувати особливості статевого дозрівання пацієнта: в якому віці почалися менструації, статеве життя, як воно почалося (чи були зґвалтування, статеві стосунки з родичами тощо). Зрозуміло, що питання, які стосуються статевого життя, можуть викликати відчуття сорому у пацієнтів, тому з’ясовувати ці аспекти треба максимально коректно, за необхідності акцентуючи увагу на тому, що це важливі медичні питання.



⇒ **Подальше навчання, робота і військова служба:** чи продовжив навчання після школи; якщо так, то в якому навчальному закладі, за якою спеціальністю, як проходило навчання, які стосунки були з однолітками та викладачами, чи працював потім за отриманою спеціальністю. Також важливо з'ясувати, де й коли (конкретні роки) він працював, на яких посадах, чому звільнився, що його задовольняло чи, навпаки, драгувало на його роботах. Для пацієнтів чоловічого ґендеру особливо важлива інформація про строкову службу в армії: чи служив та як проходила служба, чи були проблеми з дисципліною, якщо служив — в які роки і на яких посадах був звільнений (на загальних засадах по закінченні строку служби, достроково за станом здоров'я — тоді з приводу якого захворювання), яку можливо отримати як від самого пацієнта, так і з його військового квитка чи відомчої медичної документації (за спеціальним запитом). Особливо докладно слід викладати анамнестичні відомості про осіб, які брали участь у бойових діях, відмічаючи військове звання, посаду, термін служби, строки перебування в зоні бойових дій (можливо, факти бойових зіткнень, артобстрілів), факти поранень, лікування у військових лікувальних закладах тощо.

⇒ **Теперішнє життя пацієнта:** чи працює зараз, чи задовольняє

його робота; якщо не працює — які джерела існування має, де мешкає, чи є родина, якщо є — вказати її склад, які стосунки в родині, чи є діти, якого вони віку, де живуть та працюють, чим займається пацієнт у вільний час тощо. У цьому розділі також слід з'ясувати сексологічну складову життя пацієнта — чи живе він статевим життям, якщо так, то з якого віку, чи почалася менопауза (та в якому віці) тощо.

⇒ **Перенесені захворювання, шкідливі звички та епідеміологічне оточення:** на які соматичні захворювання хворів пацієнт протягом життя (де й коли він з приводу цього лікувався), чи були оперативні втручання (які, коли). У цьому розділі анамнезу також необхідно з'ясувати періодичність та обсяги вживання пацієнтом психоактивних речовин. Слід зазначити, що в наркології для цього питання виділяють окремий розділ — *наркологічний анамнез*, але у випадках, коли захворювання не класифікується в межах розділу F10–F19 МКХ-10 — “Розлади психіки внаслідок вживання психоактивних речовин”, достатньо стислого опису цих аспектів анамнезу: чи палить тютюн (скільки цигарок на день); чи вживає алкоголь (в якому віці вжив уперше, який напій зараз вживає частіше, в якій дозі, скільки разів на тиждень чи на місяць, чи були травми у стані сп'яніння, чи похмеляється

вранці, чи бувають амнестичні форми сп'яніння, якщо так — як часто); чи вживає інші психоактивні речовини (які, з якого віку, як часто, в яких дозах). Важливою частиною анамнезу життя також є дані про епідеміологічне оточення пацієнта: чи контактував він з інфекційними хворими на роботі, дома чи десь ще, чи не кусали його комахи (кліщі, воші тощо), чи є у його житлі паразити, гризуни чи домашні тварини, чи проводилась йому імунізація; якщо так, то яка і коли.

**Анамнез захворювання** (лат. *anamnesis morbi*) — сукупність відомостей про захворювання, з приводу якого оглядається пацієнт. Цей розділ анамнезу слід починати з того моменту, з якого змінився стан пацієнта, і закінчувати часом його первинного огляду (у приймальному відділенні чи бригадою невідкладної допомоги). Внаслідок того, що у певної частини хворих на розлади психіки знижена чи відсутня критика до свого стану, нерідко ця частина анамнезу починається з об'єктивних відомостей (зі слів близьких, з медичної документації бригади невідкладної допомоги, з рапорту працівників поліції тощо).

⇒ **Початок та динаміка розвитку хронічного захворювання:** у випадках, коли психічний розлад є хронічним і його дебют виник у минулому, слід докладно описати його початок та всі епізоди амбулаторного лікування чи епізодів госпіталізації, при цьому слід вказувати (по можливості спираючись на ме-

дичну документацію) конкретні дати, діагноз, лікування та його результат (виписаний з покращенням, у стані неповної ремісії тощо).

⇒ **Динаміка розвитку захворювання:** у випадках, коли пацієнт звернувся по медико-психологічну (психіатричну) допомогу вперше в житті, слід вказати, з якого моменту змінився психічний стан пацієнта, в чому це виражалось (наприклад: “зі слів матері — стан пацієнта змінився гостро... (вказується конкретна дата), коли він почав багато разів перевіряти дверні замки, виглядати у вікно, говорив, що за ним слідкують і не треба нікому відчиняти”), чи може бути пов'язана ця зміна стану з якимись причинами (наприклад: “стан змінився після кількох місяців судового процесу з розірвання шлюбу”). Далі йде хронологічне висвітлення, коли і як змінювався стан пацієнта, викладаючи інформацію у тій формі, в якій вона була отримана (наприклад: якщо отримані відомості про те, що пацієнт “стверджував, що за ним почали слідкувати працівники СБУ, а через кілька днів сказав, що вони взагалі поселилися в сусідній квартирі і за допомогою спеціальної техніки забирають його думки прямо з мозку”, то не слід перетворювати отриману інформацію на готові висновки — “до проявів марення переслідування через декілька днів додалися явища психічних автоматизмів”). Не-

обхідно докладно описувати вплив конкретних змін у психічному стані пацієнта на його соціальне функціонування та взаємини з оточуючими, звертаючи увагу на можливі порушення статевого потягу, апетиту та зміну гастрономічних переваг, порушення сну. У випадках, якщо до огляду пацієнта він вживав якісь лікарські препарати (за призначенням іншого лікаря чи за наполяганням

родичів) — проведене лікування слід ретельно з'ясувати та описати.

Закінчується викладення анамнезу захворювання описанням процесу звернення за допомогою (наприклад: “звернувся по допомогу самостійно за рекомендацією сімейного лікаря” чи “був затриманий працівниками поліції, згідно з рапортом... (вказується посада, звання службовця та конкретна дата); “погрожував ножем офіціанту кав'ярні за адресою...”).

### Питання для самоконтролю:

1. На які структурні частини поділяється анамнез?
2. У чому полягають особливості збирання анамнезу в психіатрії та медичній психології?
3. Як треба проводити збирання анамнезу при спілкуванні з пацієнтом?
4. Як треба викладати в медичній документації анамнестичні відомості, отримані від пацієнта?
5. Як називається додаткова структурна частина анамнезу хворих на розлади психіки внаслідок вживання психоактивних речовин?
6. Яка послідовність викладення відомостей анамнезу життя при веденні медичної документації?
7. Яка послідовність викладення відомостей анамнезу захворювання при веденні медичної документації?

### 8.2.3. Методи експериментально-психологічного дослідження

Н. О. Дзеружинська, О. Г. Сирон'ятов

Значення експериментально-психологічного обстеження в діагностиці психічного стану людини важко переоцінити. Воно міцно зайняло своє місце у виявленні й кваліфікації патопсихологічних порушень та психічних розладів. Цей метод дослідження дозволяє не лише оцінити стан пацієнта або клієнта, який

звернувся по допомогу, але й персоніфікувати подальші корекційні та терапевтичні стратегії психолога або психотерапевта.

Області й мета застосування експериментально-психологічного дослідження ВПФ і станів:

- ⇒ диференційно-діагностична;
- ⇒ терапевтично-динамічна;