

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:

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

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
1. Медична психологія, її предмет та завдання. Організація медико-психологічної допомоги населенню	8
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
2. Короткий історичний нарис розвитку медичної психології (О. С. Чабан, О. О. Хаустова, Г. Я. Пилягіна)	17
3. Психічна діяльність та психічні процеси	24
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
4. Нейропсихологія (Г. Я. Пилягіна)	90
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
5. Психологія особистості	106
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

6. Психологія поведінки та соціальної активності	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
7. Вікова психологія	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
8. Методи дослідження в медичній психології	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
9. Види і методи медико-психологічної допомоги	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. Фреїда, 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

уособлює максимальну повноту її самореалізації, творчий потенціал і різноманітні можливості та життєву силу. Саме тому після інтеграції інших основних архетипів структури особистості процес психотерапевтичного втручання зосереджується на провідному завданні – досягненні та реалізації Самості.

Запропонований К. Г. Юнгом термін "індивідуація" вказує водночас на два напрями, основні змісти особистісного зростання: унікальність, неповторність кожної людини та її духовну, психічну і тілесну цілісність. Метою процесу індивідуації є досягнення повного розвитку Самості. Індивідуація Самості – це досягнення певного й достанього рівня самопізнання і саморозвитку. Проникнення у власну унікальну природу

передбачає насамперед пізнання особистістю свого несвідомого, інтеграцію окремих архетипів особистісної структури – Тіні, Персони, Аніми чи Анімуса. Відповідно процес індивідуації відбувається в декілька етапів: усвідомлення тіньової сутності, вихід з-під влади Персони, конструктивна взаємодія з Анімою чи Анімусом та свідомо реалізація Самості.

К. Г. Юнг також запропонував концепцію особистого міфу, яка допомагає структурувати терапевтичний процес: аналітик супроводжує клієнта на окремих стадіях його життєвого шляху, надаючи терапевтичну допомогу в опрацюванні певних архетипічних структур особистості, вирішуючи проблеми, що виникають у житті внаслідок їх неусвідомлення та сприяючи цілісній самореалізації людини.

Питання для самоконтролю:

1. Що таке класичний психоаналіз?
2. Що таке теорія структурної організації психіки?
3. Які основні терапевтичні методи психоаналізу вам відомі?
4. Які стадії психосексуального розвитку виділяв З. Фрейд?
5. Що є найважливішим лікувальним фактором у психоаналізі?
6. Що таке аналітична психологія К. Г. Юнга?
7. Що таке "архетип" у юнганстві та які архетипи виділяв К. Юнг?
8. Що таке процеси індивідуації та реалізації Самості?

9.4.4. Когнітивно-поведінковий напрям у психотерапії та його провідні методи

Г. Я. Пилягіна, О. В. Зубаток

Когнітивно-поведінковий напрям у психотерапії – це група психотерапевтичних методів, які теоретично

спираються на когнітивну психологію й теорію навчання, з логічним та інтелектуальним підходом до процесу

вирішення психопатологічних порушень або життєвих труднощів пацієнта. Основні положення методів цього напрямку стверджують, що більшість психічних розладів і психологічних проблем особистості розвиваються на тлі "неправильного" навчання, мислення і поведінки, тому що думки, переконання й очікування управляють емоційним станом людини та її поведінкою. Така навчена дезадаптивність спотворює сприйняття реальності особистістю (себе, інших людей, майбутнього тощо) і не дає їй можливості самореалізуватися та конструктивно пристосовуватися у житті.

Більшість когнітивних та поведінкових методів мають специфічні сфери застосування. Це пояснюється тим, що вони розроблені для лікування конкретних симптомів або форм поведінки: фобій, тривоги, нав'язливостей, депресій. Багато когнітивних та поведінкових технік розроблені як такі, що можуть використовуватись пацієнтом для самодопомоги. Наприклад, у когнітивній терапії пацієнт бере активну участь у визначенні дезадаптивних уявлень та шукає шлях встановлення контролю над ними.

До основних методів психотерапії когнітивно-поведінкового напрямку відносяться власне когнітивно-поведінкова терапія, поведінкова терапія, раціонально-емотивна терапія Альберта Еліса (1913–2007), когнітивна терапія А. Бека.

Поведінкова, або біхевіоральна терапія (англ. *behaviour* — поведінка) — один із провідних напрямків сучасної психотерапії, теоретичним базисом якого є теорія навчання та принципи класичного й оперантно-

го обумовлювання. Біхевіоризм як теоретичний напрямок психології виник і розвивався приблизно в той же час, що й психоаналіз (з кінця XIX століття). Методи поведінкової терапії значною мірою базуються на ідеях В. М. Бехтерева та І. П. Павлова. Однак систематичне застосування принципів біхевіоризму для психотерапевтичних цілей відноситься до повоєнних років (кінець 50-х — початок 60-х років XX сторіччя). Як метод він був заснований на знаннях, що були отримані у психологічних поведінкових експериментах.

У поведінковій терапії немає єдиної моделі розладів для різних психічних порушень (як, наприклад, модель підсвідомого конфлікту в психоаналізі), а є специфічні теорії, які базуються на різних закономірностях, що встановлені у різних областях фундаментальної психологічної науки. Основне положення поведінкової психотерапії стосується того, що симптоми деяких психічних розладів зобов'язані своєю появою невірно сформованим навичкам поведінкового реагування. Це зумовлює її мету — усунення небажаних форм поведінки та вироблення корисних для клієнта навичок поведінки.

У поведінковій психотерапії виділяються два види поведінки: відкрита і прихована. Відкрита поведінка є такою, яка спостерігається іншими людьми і фіксується за зовнішніми ознаками. Прихована поведінка — це думки, почуття, спонукання, бажання людини, тобто те, що є "невидимим" для оточуючих, про що можна дізнатися тільки побічно і тільки через яку-небудь форму відкритої поведінки. Для проведення терапії важливо

враховувати вербальні та невербальні прояви прихованої поведінки. Прихована і відкрита поведінки пов'язані між собою відношеннями зворотного зв'язку, чи реципрочною взаємодією. Тобто з точки зору біхевіорального підходу когнітивно-емоційні феномени (думки, переконання, припущення, очікування, побоювання) керують поведінкою людини у вигляді рефлекторно закріплених патернів. Але є і зворотна залежність. У такій взаємодії і під таким взаємовпливом формуються певні функціональні системи психічної діяльності і психічний стан людини в цілому. І якщо вдається змінити одну сторону взаємодії, тоді інша сторона взаємозалежної функціональної системи повинна теж змінитися. Цей принцип знаходить висвітлення у багатьох методах групової чи індивідуальної поведінкової психотерапії, коли пацієнт під керівництвом психотерапевта вчиться поводитися більш упевнено в складній для нього ситуації, і в підсумку дійсно росте почуття впевненості або зменшується страх у таких обставинах (наприклад, при страху висоти або панічних нападах).

Із системної точки зору розрізняють декілька рівнів поведінки: фізіологічний, когнітивний, емоційний та поведінковий. Припускають їх комплексну інтеракцію із взаємним зворотним зв'язком. Також у цій моделі розрізняють три рівні: альфа, бета і гамма. Альфа-рівень визначає все, що приходить іззовні, або вплив оточуючого середовища. Интрапсихічні, але не біологічні процеси, такі як думки, почуття, досвід, формують бета-рівень. Гамма-рівень включає біоло-

гічні процеси, фізіологічні структури, генетичні та актуальні реакції.

Поведінка в біхевіоризмі в розумінні психічних порушень, у діагностиці й терапії розглядається як безперервний і динамічний процес, який здійснюється завдяки окремим його елементам: подразнику (стимул, S), реакції (R) та наслідкам (C). Основою терапії є точний опис причин "проблемної поведінки". Причинами визначаються умови, що зумовлюють, викликають та підтримують проблемну поведінку. В цілому діагностичний процес розглядається як "проблемний аналіз", при якому визначають проблему, аналізують її причини та здійснюють планування майбутніх змін. За основу беруть системну модель регуляції людської поведінки у якості базисної моделі поведінкової терапії.

Найуспішніше поведінкова терапія застосовується для лікування фобій, поведінкових розладів (неконтрольований гнів, імпульсивні потяги тощо) і залежностей, тобто тих станів, у яких можливо виділити якийсь певний симптом і патерни поведінки, пов'язані з ним, як "мішень" для терапевтичного втручання. Тобто поведінкова психотерапія переважніше займається факторами, що підтримують розлад, ніж факторами, що дали поштовх для його розвитку.

Когнітивна частина поведінки, безумовно, враховується в поведінковій психотерапії. Це полягає в тому, що виявляються патогенні, тобто неадекватні думки, переконання, припущення, очікування, які перетворюються патологічним (неадекватним) почуттям (депресії, страху) та/або поведінкою. Думки проявляються

різними способами — у розмові, систематичних записах (спеціальні щоденники) думок, почуттів, поведінки, подій тощо. Зафіксовані патогенні, неадекватні думки психотерапевт допомагає змінити, наприклад, шляхом сократівського діалогу або порівняння з реальністю, описаною й представленою самим пацієнтом.

Одним із перших розповсюджених варіантів когнітивної терапії можна вважати раціонально-емотивну психотерапію — підхід у психотерапії та психологічному консультуванні, розроблений А. Еллісом у 50-х роках ХХ століття.

Основна ідея цього методу полягає в тому, що головною причиною психічних розладів є помилкові, ірраціональні когнітивні особистісні установки (переконання, вірування, ідеї, припущення). А. Елліс виразив суть своєї концепції моделлю “А—В—С”, де:

➤ “А” (англ. *Activating Event* — активуюча подія): збудлива подія, ситуативно-емоційний стимул (це може бути будь-яка поточна подія або пов’язані з нею власні думки чи почуття);

➤ “В” (англ. *beliefs* — переконання): система переконань, суджень, поглядів або несвідомих установок людини. Саме ця система переконань призводить до того, а не іншого “С”;

➤ “С” (англ. *consequences* — наслідки): емоційний наслідок, внутрішня реакція людини на те, що трапилось, та внутрішню психологічну переробку події.

Для розуміння, як виникають симптоми у людини, керуються наступним психологічним механізмом: коли сильний чи надмірний емоцій-

ний наслідок (С) слідує за важливою збудливою подією (А), тоді людина може вважати, що А викликає С, але насправді емоційний наслідок виникає під впливом В — системи переконань людини. Коли цей небажаний емоційний наслідок такий, як сильна тривога, гнів тощо, то його причину можна знайти в тому, що А. Елліс назвав ірраціональними переконаннями людини. В той час як раціональні погляди на повсякденні або стресові події життя призводять до продуктивної поведінки, то ірраціональні переконання, ті, які напівсвідомо “пробігають”, миготять у психіці людини, можуть спровокувати емоційно-ірраціональне реагування, розвиток невротичних розладів, навіть призвести до саморуйнуючої поведінки.

Тобто, виникнення надмірних негативних емоцій, патологічних станів і психічних порушень виникає внаслідок когнітивних помилок або ірраціональних переконань, що є основним положенням раціонально-емотивної психотерапії. Саме для позначення всіх різних категорій когнітивних помилок А. Елліс запропонував термін “ірраціональні судження” (співвідноситься з “В” у моделі “А—В—С”), до яких належать такі форми помилок, як перебільшення, спрощення, необґрунтовані припущення, помилкові висновки, абсолютизація тощо. Ці переконання ірраціональні, тому що людина, як правило, не сприймає їх свідомо, і вони спотворюють розуміння реальності такою, як вона є.

Якщо такі переконання ефективно спростовувати у ході терапевтичного втручання, наводячи раціональні докази, й показувати їхню неаде-

кватність на поведінковому рівні, то надмірна емоція зникає. У процесі раціонально-емотивної психотерапії людина набуває здатності управляти своїми ірраціональними установка-ми (судженнями) на власний розсуд, на противагу початковому етапу терапії, коли ірраціональні установки керують поведінкою людини. Тому основну мету раціонально-емотивної терапії можна сформулювати як виправлення когнітивних помилок у сприйнятті реальності та “відмову від вимог”. Тому що раціонально-емотивна терапія чітко спрямована на радикальну зміну перфекціонізму (прагнення досконалості), грандіозності й нетерпимості людини.

Когнітивно-поведінкова терапія (дуже часто в професійному вжитку використовується її аббревіатура — КПТ) утворилась в результаті об'єднання поведінкової та когнітивної терапії. На сьогодні це один з найпоширеніших методів психотерапевтичної допомоги, який застосовується при різних психологічних проблемах особистості або при психічних розладах (насамперед, невротичних, поведінкових, синдромах залежності). За літературними джерелами, саме когнітивно-поведінкова терапія має найбільшу доказову базу наукових досліджень з приводу її ефективності.

Основними принципами сучасної когнітивно-поведінкової терапії є:

- ⇒ когнітивний принцип: мається на увазі, що вирішальне значення має інтерпретація подій, а не сама подія;
- ⇒ поведінковий принцип: наші дії впливають на наші думки та емоції;

- ⇒ принцип континууму, за яким проблеми психічного здоров'я є крайнім ступенем вираження нормальних психічних процесів;
- ⇒ принцип “тут і тепер”, що означає фокус уваги на поточній події;
- ⇒ принцип інтерактивної системи, який розглядає проблему як процес взаємодії між думками, емоціями, поведінкою, фізіологією та навколишнім середовищем, у якому функціонує людина;
- ⇒ емпіричний принцип, що підкреслює важливість емпірично оцінювати теорії та методи лікування.

Саме ці принципи лежать в основі мети когнітивно-поведінкової терапії — змінити мислення і поведінку людини, що допоможе їй вирішувати різні життєві, соціальні та медичні проблеми.

Згідно з базисними теоретичними положеннями когнітивно-поведінкової терапії, на основі набутого досвіду у людини формуються глибинні переконання, які допомагають їй розуміти світ та жити в ньому. Ці переконання можуть бути як функціональними, так і дисфункціональними і не спричиняють проблем протягом певного часу. Але певна “критична” подія може активувати глибинні переконання та дисфункціональні припущення і порушити баланс, що призведе до появи таких негативних емоційних станів, як депресія чи тривога.

Когнітивно-поведінкова терапія виділяє декілька видів когніцій, розуміючи їх як когнітивні рівні: негативні автоматичні думки, дисфунк-

ціональні припущення та глибинні переконання.

А. Бек, у межах створеного ним варіанта когнітивної терапії, спрямованої насамперед на лікування депресій, визначив поняття “негативні автоматичні думки” як одне з базових положень його концепції когнітивно-поведінкової терапії. Цей термін описує негативно забарвлені оцінки або інтерпретації стосовно того, що відбувається навколо або всередині нас, та які впливають на наш настрій. Робота з ними є важливою частиною терапевтичного процесу.

Найглибшим рівнем когніцій є глибокі переконання, що визначають основні переконання особи про себе, інших людей та світ навколо. Вони переважно неоступні для свідомості, незмінні протягом часу та незалежні від конкретних подій, тобто є фундаментальними для особистості. Із цим рівнем зазвичай не працюють у короткостроковій терапії, але він важливий при роботі з хронічними проблемами, як наприклад, розлади особистості.

Дисфункціональні припущення займають проміжне місце між негативними автоматичними думками та глибинними переконаннями і часто є способом пристосування до життя з негативними глибинними переконаннями та одночасно є ґрунтом для формування негативних автоматичних думок. За А. Беком, роботу з ними починають на пізніших етапах терапії та вважають, що їх корекція може запобігати можливим рецидивам у майбутньому.

Процес проведення терапії власне спрямований на роботу з цими когнітивними рівнями, а когнітивно-поведінкова терапія в цілому сфокусована на можливості людини впоратися з дисфункціональними думками і переконаннями “тут і зараз” і, в остаточному підсумку, поводитися бажаним чином, завдяки набуттю навичок свідомого розпізнавання викривленого мислення, зміні дезадаптивних переконань та формуванню конструктивного відношення до реального контексту життя особистості.

Питання для самоконтролю:

1. Як розглядається поведінка в межах когнітивно-поведінкового підходу?
2. У терапії яких розладів найчастіше застосовується поведінкова терапія?
3. Що таке модель “А—В—С” в раціонально-емотивній терапії?
4. У чому полягає мета раціонально-емотивної терапії А. Елліса?
5. Назвіть основні принципи когнітивно-поведінкової терапії.
6. Назвіть мету когнітивно-поведінкової терапії.
7. Які види когнітивних рівнів виділяють у когнітивно-поведінковій терапії?