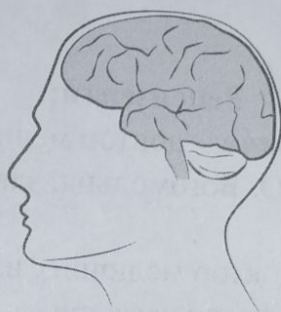


МЕДИЧНА ПСИХОЛОГІЯ



ТОМ • 2

СПЕЦІАЛЬНА 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, Н. О. Марута, Ц. Б. Абдряхімова, Н. К. Агішева, К. В. Аймедов, А. Е. Асанова, Ю. О. Асєсва, М. І. Винник, Л. М. Гайчук, Г. В. Гук, М. М. Денисенко, Н. О. Дзеружинська, О. В. Зубатюк, Г. Ю. Каленська, А. В. Канищев, С. П. Колядко, Г. М. Кожина, Є. В. Кришталь, Т. В. Кришталь, А. Р. Марков, М. В. Маркова, О. С. Марута, Б. В. Михайлов, В. Д. Мішиєв, І. Р. Мухаровська, Г. М. Науменко, О. П. Олійник, В. Ю. Омельянович, Т. В. Панько, О. В. Піонтковська, О. В. Радзєвілова, О. А. Ревенок, О. Є. Семікіна, О. Г. Сиропятов, І. Ф. Тєрьошина, І. В. Тодорів, В. Ю. Федченко, О. С. Череднякова, В. В. Чугунов, С. А. Чумак, Л. М. Юр'єва, І. О. Явдак.

Рецензенти:

Напреєнко Олександр Костянтинович – доктор медичних наук, професор, Національного медичного університету імені О. О. Богомольця, завідувач кафедри психіатрії та наркології.

Гриневиц Євгенія Геннадійовна – доктор медичних наук, професор, Національної медичної академії імені П. Л. Шупика, професор кафедри загальної, дитячої та судової психіатрії і наркології.

Медична психологія : в 2-х т. Т. 2. Спеціальна медична психологія / М42 [Г. Я. Пилягіна, О. О. Хаустова, Н. О. Марута та ін.] ; за ред. Г. Я. Пилягіної. – Вінниця : Нова Книга, 2020. – 496 с.

ISBN 978-966-382-867-1

Підручник "Медична психологія" складається з двох томів. В 2-му томі підручнику висвітлені основні розділи прикладної медичної психології. В ньому представлено розділи, які присвячені основним питанням щодо порушень психологічного здоров'я; діагностичним аспектам психопатологічних порушень; основам надання медико-психологічної допомоги хворим на психічні розлади; психологічним аспектам девіантної поведінки, проблеми психосоматичних розладів, в тому числі в терапії, хірургії та акушерстві-гінекології та психоонкології, вмирання і смерті; медико-психологічним аспектам, сексуальності, сексуальної поведінки та сексуального здоров'я і його порушень; медико-психологічній реабілітації, психогігієні та психопрофілактиці, інформаційно-психологічній безпеці особистості; процесуальним аспектам призначення і проведення судово-психологічної експертизи; медичній деонтології, етиці взаємодії лікаря з пацієнтом, правовому забезпеченню і психологічним аспектам професійної діяльності медичних працівників.

Даний підручник відповідає навчальним планам та програмам з медичної психології додипломного та післядипломного рівнів освіти та надає можливість набуття знання впровадження за цією спеціальністю. Він 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 978-966-382-867-1

© Колектив авторів, 2020

© Нова Книга, 2020

Зміст

Колектив авторів	8
Список скорочень	11
Передмова	12
1. Здоров'я та хвороба. Від психічної норми до психічного розладу:	
основні концепції, положення, поняття та розуміння	14
1.1. Загальна концепція здоров'я (О. О. Хаустова)	14
1.2. Основні чинники психологічного і психічного здоров'я людини (О. О. Хаустова)	18
1.3. Континуум "норма – патологія" (О. О. Хаустова)	23
1.4. Хвороба, психічна патологія, психічний розлад (О. О. Хаустова)	26
2. Порушення психологічного здоров'я (О. О. Хаустова)	32
3. Діагностичні аспекти психопатологічних порушень. Найрозповсюдженіші симптоми психічних розладів та психопатологічні стани	40
3.1. Основні поняття в діагностиці психопатологічних порушень. Симптом та синдром (В. Д. Мішиєв, В. Ю. Омелянович)	40
3.2. Найрозповсюдженіші симптоми і стани порушення свідомості й самосвідомості (В. Д. Мішиєв, В. Ю. Омелянович)	41
3.3. Найрозповсюдженіші симптоми порушень відчуття та сприймання (В. Д. Мішиєв, В. Ю. Омелянович)	45
3.4. Найрозповсюдженіші симптоми порушень уваги (В. Д. Мішиєв, В. Ю. Омелянович)	48
3.5. Найрозповсюдженіші симптоми порушень пам'яті (В. Д. Мішиєв, В. Ю. Омелянович)	50
3.6. Найрозповсюдженіші симптоми порушень емоцій та волі (В. Д. Мішиєв, В. Ю. Омелянович)	51
3.7. Найрозповсюдженіші симптоми порушень мислення (В. Д. Мішиєв, В. Ю. Омелянович)	54
3.8. Розвиток моделей інтелекту та найрозповсюдженіші стани при його порушеннях (В. Д. Мішиєв, В. Ю. Омелянович)	58
4. Медико-психологічна допомога хворим на психічні розлади	60
4.1. Загальні принципи надання медико-психологічної допомоги хворим з різними видами психічних розладів (Г. М. Кожна, І. Ф. Терьошина, Л. М. Гайчук)	60
4.2. Основні положення про психічні розлади внаслідок органічних уражень центральної нервової системи та принципи надання медико-психологічної допомоги хворим з цими порушеннями (Н. О. Марута, Г. Ю. Каленська, О. Є. Семікіна, І. О. Явдак)	63
4.3. Основні положення про розлади психіки внаслідок вживання психоактивних речовин та принципи надання медико-психологічної допомоги хворим із цими порушеннями (В. Д. Мішиєв, В. Ю. Омелянович)	70

4.4. Основні положення про розлади шизофренічного спектра (шизофренія, шизоафективний, поліморфний психотичний, шизотиповий і маячні розлади) та принципи надання медико-психологічної допомоги хворим з цими порушеннями (Н. О. Марута, С. П. Колядко, О. С. Череднякова).	80
4.5. Основні положення про афективні розлади та принципи надання медико-психологічної допомоги хворим із цими порушеннями (Т. В. Панько., В. Ю. Федченко, О. С. Марута, М. М. Денисенк).	86
4.6. Основні положення про невротичні розлади та принципи надання медико-психологічної допомоги хворим із цими порушеннями	93
4.6.1. Загальні положення про невротичні розлади (Г. Я. Пилягіна)	93
4.6.2. Тривожно-фобічні розлади та принципи медико-психологічної допомоги таким хворим (Г. Я. Пилягіна, О. В. Зубатюк)	96
4.6.3. Обсесивно-компульсивні розлади та принципи медико-психологічної допомоги таким хворим (Г. Я. Пилягіна, О. В. Зубатюк).	103
4.6.4. Дисоціативні та конверсійні розлади і принципи медико-психологічної допомоги таким хворим (Г. Я. Пилягіна, С. А. Чумак).	107
4.6.5. Соматоформні розлади та принципи медико-психологічної допомоги таким хворим (Г. Я. Пилягіна, С. А. Чумак)	115
4.6.6. Неврастенія та принципи медико-психологічної допомоги таким хворим (Г. Я. Пилягіна)	121
4.7. Розлади харчової поведінки та принципи медико-психологічної допомоги таким хворим (Г. Я. Пилягіна).	124
4.8. Розлади особистості та принципи медико-психологічної допомоги таким хворим (Г. Я. Пилягіна).	134
4.9. Основні положення про розумову відсталість та принципи надання медико-психологічної допомоги цим хворим (Б. В. Михайлов).	149
4.10. Основні положення про розлади психічного розвитку і психопатологічні розлади, які формуються в дитячому та підлітковому віці, та принципи надання медико-психологічної допомоги дітям і підліткам (Б. В. Михайлов, Г. Я. Пилягіна)	155
5. Психологічні аспекти девіантної поведінки.	178
5.1. Девіантна поведінка, її прояви та психологічне підґрунтя девіантної поведінки (Г. Я. Пилягіна)	178
5.2. Поведінкові (нехімічні) адикції як варіант девіантної поведінки та принципи надання медико-психологічної допомоги при таких порушеннях (К. В. Аймедов, Ю. О. Асеева)	184
5.3. Залежність від віртуальної реальності як варіант девіантної поведінки та принципи надання медико-психологічної допомоги при таких порушеннях (Л. М. Юр'єва).	193
5.4. Саморуїнлива та суїцидальна поведінка (Г. Я. Пилягіна).	200
6. Розлади, пов'язані зі стресом, та принципи надання медико-психологічної допомоги при таких порушеннях	214
6.1. Адаптація, теорія стресу та психічний стрес (Г. Я. Пилягіна)	214

6.2. Реакції на важкий стрес і порушення адаптації та принципи медико-психологічної допомоги таким хворим (Г. Я. Пилягіна, С. А. Чумак)	220
6.3. Кризові стани, обумовлені соціально-стресовими подіями, та принципи медико-психологічної допомоги таким хворим (Л. М. Юр'єва)	228
6.4. Психічні розлади, обумовлені бойовою психічною травмою, та принципи медико-психологічної допомоги таким хворим	238
6.4.1. Бойова психічна травма та її основні наслідки (М. І. Винник, І. В. Тодорів)	238
6.4.2. Гостра реакція на бойовий стрес та принципи медико-психологічної допомоги таким хворим (М. І. Винник, І. В. Тодорів)	240
6.4.3. Посттравматичний стресовий розлад, що формується внаслідок бойової психічної травми, та принципи медико-психологічної допомоги таким хворим (М. І. Винник, І. В. Тодорів)	243
7. Психологічні проблеми психосоматичних розладів	256
7.1. Історія розвитку психосоматичного напрямку в медицині й теоретичні основи вивчення психосоматичних та соматопсихічних взаємовпливів у формуванні психосоматичних розладів (О. О. Хаустова)	256
7.2. Сучасні наукові погляди на формування психосоматичних розладів (О. О. Хаустова)	267
7.3. Класифікація, діагностика та принципи медико-психологічної допомоги пацієнтам із психосоматичними розладами (О. О. Хаустова)	271
8. Психосоматичні розлади в терапії, хірургії та акушерстві-гінекології	281
8.1. Психосоматичні розлади, що зустрічаються в терапевтичній практиці (О. О. Хаустова)	281
8.1.1. Психосоматичні розлади серцево-судинної системи	281
8.1.2. Психосоматичні розлади органів дихання	287
8.1.3. Психосоматичні розлади органів травлення	289
8.1.4. Психосоматичні розлади, пов'язані з порушеннями імунітету	291
8.2. Психосоматичні розлади, що зустрічаються в перинатології, акушерстві та гінекології (О. О. Хаустова)	294
8.2.1. Психологічні особливості вагітних жінок	294
8.2.2. Психологічні аспекти пологів та післяпологового періоду	296
8.2.3. Психологічні особливості жінок, хворих на гінекологічні захворювання	297
8.3. Психосоматичні розлади, що зустрічаються в практиці хірургії та травматології (О. О. Хаустова)	304
8.3.1. Психологічні особливості особистості, психічні й психосоматичні розлади, які зустрічаються в пацієнтів у хірургічному стаціонарі	304
8.3.2. Психологічні особливості особистості, психічні й психосоматичні розлади, які зустрічаються в пацієнтів у травматологічному стаціонарі	309
8.3.3. Особливості роботи медичного психолога у клініці хірургії та травматології	310

9. Психоонкологія: психосоматичні аспекти в онкологічній практиці та основні принципи надання медико-психологічної допомоги онкохворим	314
9.1. Загальні питання психоонкології (М. В. Маркова, І. Р. Мухаровська, О. В. Піонтковська)	314
9.2. Психологічні особливості пацієнтів з онкологічними захворюваннями (М. В. Маркова, І. Р. Мухаровська, О. В. Піонтковська)	316
9.3. Психічні розлади у онкологічних пацієнтів (М. В. Маркова, І. Р. Мухаровська, О. В. Піонтковська)	324
9.4. Медико-психологічні проблеми родини онкологічного пацієнта (М. В. Маркова, І. Р. Мухаровська, О. В. Піонтковська)	328
9.5. Діагностичні й терапевтичні аспекти психоонкології в дитячому та підлітковому віці (М. В. Маркова, І. Р. Мухаровська, О. В. Піонтковська)	331
9.6. Медико-психологічна допомога та психологічна підтримка в онкологічній практиці (М. В. Маркова, І. Р. Мухаровська, О. В. Піонтковська)	334
10. Медико-психологічні аспекти вмирання і смерті	342
10.1. Загальні поняття та принципи надання паліативної допомоги (В. В. Чугунов, Г. В. Гук)	342
10.2. Психологічні особливості та психопатологічні порушення хворих, які помирають. Медико-психологічні аспекти надання паліативної (хоспісної) допомоги (В. В. Чугунов, Г. В. Гук)	346
10.3. Медико-психологічна допомога оточенню пацієнта при наданні паліативної допомоги та втраті близької людини (В. В. Чугунов, Г. В. Гук)	356
10.4. Взаємодія медперсоналу з умираючими пацієнтами. Психологічний супровід медперсоналу, що надає паліативну (хоспісну) допомогу хворим (В. В. Чугунов, Г. В. Гук)	361
11. Медико-психологічні аспекти сексуальності, сексуальної поведінки та сексуального здоров'я і його порушень	365
11.1. Основні поняття сексології: сексуальність, сексуальна поведінка, сексуальне здоров'я та їх багатофакторне забезпечення (М. В. Маркова, Є. В. Кришталь, Ц. Б. Абдряхімова, Н. К. Агішева, Т. В. Кришталь)	365
11.2. Сексуальна норма і системний підхід в оцінці сексуального здоров'я. Основні види розладів сексуального здоров'я (М. В. Маркова, Є. В. Кришталь, Ц. Б. Абдряхімова, Н. К. Агішева, Т. В. Кришталь)	372
11.3. Принципи надання медико-психологічної допомоги при розладах сексуального здоров'я (М. В. Маркова, Є. В. Кришталь, Ц. Б. Абдряхімова, Н. К. Агішева, Т. В. Кришталь)	382
12. Комбіноване лікування психічних розладів із включенням медико-психологічного втручання (Г. М. Кожна, І. Ф. Терьошина, Л. М. Гайчук)	391
13. Медико-психологічна реабілітація: основні положення та принципи проведення	399
13.1. Реабілітація як поняття та основні засади психореабілітаційного процесу (Г. Я. Пилягіна, О. В. Зубатюк)	399

13.2. Основні засади проведення медико-психологічної (психосоціальної) реабілітації при порушеннях соціальної компетентності та соціально-когнітивного функціонування у хворих з важкими й хронічними психічними розладами (Г. Я. Пилягіна, О. В. Зубатюк)	408
14. Психогігієна та психопрофілактика (Г. М. Кожна, І. Ф. Терьошина, Л. М. Гайчук)	417
15. Медико-психологічні аспекти інформаційно-психологічної безпеки особистості	426
15.1. Інформаційно-психологічна безпека особистості як проблема медичної психології (М. В. Маркова, А. Р. Марков)	426
15.2. Медико-психологічні наслідки надмірного користування екранними технологіями (М. В. Маркова, А. Р. Марков)	433
15.3. Основні принципи медико-психологічної допомоги у відновленні і підтримці інформаційно-психологічної безпеки особистості (М. В. Маркова, А. Р. Марков)	436
16. Судово-психологічна експертиза: організаційні та методологічні аспекти її проведення	441
16.1. Методологія проведення судово-психологічної експертизи (О. А. Ревенок, А. В. Каніщев, О. В. Радзевілова О. П. Олейник)	441
16.2. Організаційні аспекти проведення судово-психологічної експертизи (О. В. Радзевілова)	444
16.3. Загальні питання судово-психологічної експертизи в цивільному та в кримінальному провадженнях (О. В. Радзевілова, О. П. Олійник)	447
16.4. Окремі питання судово-психологічної експертизи в кримінальному та цивільному провадженнях (О. В. Радзевілова)	453
17. Медична деонтологія. Етичні аспекти взаємодії лікаря з пацієнтом. Правове забезпечення професійної діяльності медичних працівників в Україні (О. О. Хаустова, Г. М. Науменко, А. Е. Асанова)	459
18. Основні психологічні аспекти професійної діяльності медичних працівників	469
18.1. Основні засади професіоналізму медичних працівників: їх професійні компетентності та психологічні типи (О. О. Хаустова, Г. М. Науменко)	469
18.2. Психологічні і комунікативні аспекти взаємодії лікаря з пацієнтом (О. О. Хаустова, Г. М. Науменко)	472
18.3. Етапи становлення та кризи у професійній діяльності медичних працівників (Л. М. Юр'єва)	479
18.4. Проблемні аспекти професійної діяльності медичних працівників: синдром емоційного вигоряння і професійна деформація та принципи їх медико-психологічної корекції й психопрофілактики (Н. О. Дзеружинська, О. Г. Сиропятов)	486

ня, емоційної лабільності, дезадаптивних особистісних установок. Для цього спочатку вибирають релаксуючі методики з можливим додаванням релаксуючих фізіопроцедур чи масажу. У період реконвалесценції застосовують настанови, що активізують адаптивну поведінку людини в умовах психофізичних навантажень або стресових ситуацій.

Фармакотерапія при неврастенії призначається при суттєвій вираженості клінічних проявів. При необхідності призначаються транквілізатори, фітоседативні та ноотропні препарати й неспецифічні загальноміцнювальні засоби, малі дози антидепресантів із седативним ефектом.

Ці засоби допомагають стабілізувати настрій, поліпшують роботу мозку, усувають проблеми зі сном. Всі ліки підбираються індивідуально і корегуються залежно від зміни симптомів.

Завдяки застосуванню комплексної терапії прояви неврастенії можуть зникнути за декілька тижнів і таким чином відновиться відповідність особистісної оцінки дійсності пацієнтом, його можливість керувати ритмом психофізичних навантажень, здійснювати необхідну соціальну активність, налагоджувати адекватні міжособистісні зв'язки на тлі підвищення рівня стресостійкості, адаптивних копінг-стратегій та стійкої позитивної оцінки майбутнього.

Питання для самоконтролю:

1. Що таке неврастенія?
2. Назвіть основні клінічні ознаки неврастенії.
3. Що таке інформаційний невроз?
4. Які методи психотерапевтичного втручання ефективні при неврастенії?
5. Назвіть основні цілі застосування аутогенного тренування або самонавіювання.
6. Що є приводом для призначення психофармакотерапії при неврастенії?

4.7. Розлади харчової поведінки та принципи медико-психологічної допомоги таким хворим

Г. Я. Пилягіна

Розлади харчової поведінки — це група психічних розладів, яка характеризується порушенням звичок, пов'язаних із прийомом їжі, та супутніми проблемами у фізичному та психологічному стані. Вони пере-

шкоджають повноцінному функціонуванню людини через надмірне або недостатнє споживання їжі, призводять до фізичного та психологічного нездоров'я і являють собою комплексну медико-психологічну пробле-

му. З точки зору поведінки розлади харчової поведінки призводять до надмірної або недостатньої ваги, пов'язаної з прийомом їжі. З огляду на вживання їстівних продуктів чи неїстівних речей, вони поділяються на:

- ⇒ суттєво підвищене вживання їжі (гіперрексія);
- ⇒ суттєво ослаблене вживання їжі (гіпорексія чи анорексія);
- ⇒ імпульсивне чи компульсивне вживання їжі (нескоримий потяг до прийому їжі);
- ⇒ викривлене відчуття апетиту (парарексія чи дизрексія, до якого відноситься поїдання неїстівного).

Взагалі стиль харчування є відображенням стану і потреб людини; насамперед, це потреба в любові, прийнятті, турботі з боку близьких. Так, під час годівлі ще новонароджена дитина має відчуття захисту, спокою та любові; зазвичай для малечі харчування є основною “розрадою” тілесного неблагополуччя. І в переживаннях дитини залишаються нероздільними почуття ситості і відчуття бути улюбленим, захищеним, одержуючи задоволення від сполучення прийому їжі й отримання ознак турботи оточуючих.

Таким чином, харчування (прийом їжі) має не тільки метаболічне значення, але нерозривно пов'язане з почуттям захищеності, любові й турботи, або з їхньою протилежністю, їхніми перекрученими формами — відторгненням, беззахисністю, страхом.

У багатьох дослідженнях було виявлено значущий зворотний зв'язок між рівнем задоволеності життям та індексом маси тіла. Причини і наслідки цього мають два напрямки:

1. Зайва вага може виступати як фактор, що перешкоджає задоволеності життям внаслідок невідповідності ідеальному образу власного тіла (красота стрункості та худорлявості), що викликає незадоволеність власним тілом і призводить до загальної незадоволеності собою і своїм життям.
2. Незадоволеність життям (способом життя, сталими психотравмуючими обставинами, окремими психологічно значущими ситуаціями) може стати фактором, що впливає на порушення харчової поведінки: незадоволеність життям формує постійний негативний емоційний стан і викликає бажання його позбутися за рахунок задоволення через вживання улюбленої їжі, але надмірне вживання високовуглеводної та жирної їжі потенціє набір надмірної ваги (особливо при компульсивному переїданні).
3. Поведінкова фіксація на прийомі їжі супроводжується в одних випадках позитивною залежністю (призводить до надмірного зловживання їжею), в інших — негативною залежністю (викликає стійке небажання їсти, відмову від їжі). Тому розлади харчової поведінки є різновидом поведінкової залежності (харчових адикцій), девіантного “фетиш-залежного” поведіння, коли “фетишем” є їжа (її прийом) або відмова від неї. У такій “фетиш-залежній” поведінці надцінне захоплення стає

визначальним вектором поведінки харчові адикції характеризуються:

- надмірною і тривалою фіксацією уваги на їжі (компульсивне досягнення насичення) або відмові від неї, ідея про що стає надцінною та/або нав'язливою для особистості;
- порушенням та/або зниженням здатності контролювати своє втягнення у реалізацію поведінки стосовно вживання їжі;
- неможливістю для людини бути вільною (самостійною) у виборі своєї харчової поведінки, що відтісняє на другий план або повністю блокує будь-яку іншу активність людини.

Нервова анорексія — це розлад харчової поведінки, який характеризується свідомою навмисною (іноді нав'язливою) відмовою від їжі. Розлад викликає зниження ваги різного ступеня, якого навмисно досягає та підтримує сам пацієнт, коли відмова від нормального харчування призводить до вторинних метаболічних змін і значних порушень функцій організму, в тому числі — летального результату.

В основному нервова анорексія починає розвиватися у дівчат віком 12–18 років. У дорослому віці цей розлад досить розповсюджений серед жінок певної професійної спрямованості (танцюристки чи балерини, моделі тощо). У юнаків та молодих чоловіків вона спостерігається в рази рідше.

Розвиток нервової анорексії пов'язаний із психічними травмами або психічним захворюванням. Іноді нервову анорексію спричиняє депресивний розлад пубертатного віку або високий рівень тривожності у сполученні з несприйняттям власного тіла. У хворих із психотичними розладами відмова від їжі викликана маячними ідеями.

Діагностика нервової анорексії визначається наступними критеріями:

1. Вага тіла людини знижена і зберігається на рівні як мінімум на 15 % нижче очікуваного (у препубертатному віці може виявитися нездатність набрати вагу в період росту).
2. Втрата ваги викликається самим пацієнтом за рахунок свідомої відмови від їжі та викликання в себе блювоти, приймання проносних засобів, надмірних гімнастичних вправ, використання засобів, що пригнічують апетит. З метою зниження власної ваги хворі обмежують приймання калорійної їжі, часто встановлюють для себе стереотипну дієту, фіксуючись на одному-двох типах продуктів (частіше фрукти або овочі).
3. Пацієнт має викривлений образ власного тіла з нав'язливими або надцінними ідеями страху перед надмірною вагою (ожирінням), на тлі яких вважає неприпустимою для себе лише неадекватно низьку вагу.
4. Захворювання часто супроводжується вторинними ендокринними розладами, що прояв-

ляються в жінок аменореею, а в чоловіків — втратою статевого потягу і потенції. Так, якщо анорексія розвивається в препубертатному періоді (9–12 років), то статевий розвиток хлопчиків і дівчаток різко вповільнюється: у дівчат не розвиваються грудні залози, має місце первинна аменорея, а у хлопців залишаються ювенільними статеві органи (при одужанні пубертатний період часто завершується нормально, але пізно настає перша менструація). А в кахектичній стадії вкрай знижена вага тіла може викликати суттєві порушення функцій всіх систем організму, зневоднення й білкові набряки, що призводить до смерті хворого.

Нерідко хворі диссимулюють свій стан, особливо коли зменшення ваги не викликає занепокоєння з боку оточення. У цьому випадку нервова анорексія представляє певні труднощі в діагностиці та проведенні лікувально-реабілітаційних заходів.

Причиною нервової анорексії є порушення самоідентифікації людини, яке виражається викривленим сприйняттям образу свого тіла. Так пацієнти сприймають себе занадто товстими, іноді вважаючи товстими окремі частини свого тіла (литки, ніг, щоки, сідниці). У хворих спостерігається анозогнозія — заперечення хвороби, яке веде до того, що хворі на анорексію з великою наполегливістю вважають себе “нормальними” і пишаються будь-яким подальшим зниженням ваги. Іноді дівчата прагнуть таким чином досягти відповід-

ності ідеальному образу якоїсь людини (моделі, кіноактриси, співачки, іноді — подружки), коли, розглядаючи себе в дзеркало, вони “бачать” значну невідповідність себе та зовнішності ідеалу. В деяких випадках анорексія починається з того, що оточуючі (однолітки, іноді батьки чи тренери) дразнять підлітка товстим, особливо на тлі функціонального збільшення ваги при гормональних змінах у пубертатному періоді.

У більшості випадків нервова анорексія розвивається в підлітковому віці на тлі девіантних родинних стосунків. Найчастіше це — родинна атмосфера перфекціонізму та амбіційності, марнославства і завищених батьківських очікувань, сімейний ідеал самопожертви задля соціального успіху. У цілому в таких родинах помітно домінує жіночий авторитет, коли батько приховано або явно підкоряється матері. За фасадом сімейної показової близькості часто виявляється глибоке обопільне розчарування батьків один в одному, що, однак, ніколи не визнається відкрито. У таких родинах порушення харчування дитини стає всепоглинаючою темою та мотивом об'єднання навколо проблеми, що виникла в сім'ї.

У психодинамічному розумінні анорексія відображає процес амбівалентного конфлікту близькості / дистанції дитини з матір'ю, до чієї близькості пацієнт прагне, одночасно побоюючись її. Найчастіше їх взаємодія визначається контролем і гіперопікою з боку матері, конфліктні стосунки нею заперечуються, а адекватне розв'язання конфліктів не відбувається. З одного боку, у дитини це

викликає почуття прихованої само-нищівної агресії, а з іншого — постійне намагання отримати любов і турботу, а також установити контроль над почуттями та поведінкою матері.

Нервова булімія (бичачий голод) є психогенним розладом харчової поведінки, який характеризується повторюваними приступами переїдання при надмірному намаганні контролювати вагу тіла, що призводить хворого до вживання різних заходів для схуднення.

Етіологія нервової булімії схожа до тієї, що має місце при нервовій анорексії — це психогенне порушення, що формується як поведінкова залежність у відповідь на стан хронічного стресу. Однак перемижовування епізодів переїдання з діями щодо позбування зайвої ваги призводить до того, що такі хворі досить часто не мають зменшеної чи підвищеної ваги — в основному вони зберігають нормальну вагу і в них відсутнє бажання надмірного її зниження. Тим не менш, нервова булімія може розглядатися як продовження нервової анорексії. Або анорексію та булімію розглядають як полюси того ж самого розладу (дизорексії), останній з яких характеризується сильним прагненням до їжі й процесу її споживання з одночасним страхом додавання у вазі. І, як анорексія, булімія як симптом може зустрічатися при важких психопатологічних розладах (органічних чи психотичних).

Гендерний та віковий розподіл при цьому розладі подібний тому, який зустрічається і при нервовій анорексії.

У клінічній картині спостерігається наступне:

- постійна заклопотаність їжею з періодичною непереборною тягою до її приймання, неможливістю втриматися від переїдання, коли за короткий час приймається велика кількість їжі;
- хворий намагається протидіяти ефекту набирання ваги (ожиріння) тим, що позбавляється з'їденого за допомогою викликання блювоти, зловживання проносними засобами чи діуретиками, переходу до періодів голодування, використання препаратів, що пригнічують апетит, а також постійним бажанням встановити низьку межу ваги тіла.

При частій повторюваній блювоті можлива досить значна втрата ваги, а також порушення електролітного балансу та інші фізичні ускладнення. Фізичними наслідками нервової булімії можуть бути порушений електролітний баланс (дефіцит кальцію, недостатність хлору), що негативно позначається на роботі серцево-судинної системи, призводить до дисфункції травлення та зневоднення, викликає проблеми зі згортанням крові, ушкодження зубної емалі, підвищується ризик остеопорозу, подразнення слизової ротової порожнини і горла (з можливим утворенням виразок), кровотечі в шлунку, розтягнення шлунка, регулярні запори, панкреатит, захворювання кишечника і навіть онкологічні хвороби гортані чи стравоходу.

Як і анорексія, нервова булімія відноситься до харчових адикцій. Описуючи напади переїдання, хворі

висловлюються, що вони нагадують приступи гострого імпульсивного потягу до вживання їжі з нав'язливими думками, навіть сновидіннями про їжу. Але після переїдання у пацієнта виникають нестерпні негативні емоції. Таким чином у хворого формуються нав'язливі цикли нервової булімії: переїдання — почуття провини та самозвинувачення — блювота або інші способи позбавитися з'їденого — відчуття нестерпного голоду і потягу до їжі — новий напад переїдання.

Проблеми особистості, котрі лежать в основі її розвитку, пов'язані з порушеннями самоідентифікації — амбівалентним ставленням до власної особистості та поведінки (викривлених і неконтрольованих потягів).

Психологічно відчуття голоду перекручено інтерпретується хворою людиною як загроза втрати контролю над тілесними функціями, що гіпертрофовано прирівнюється до здатності впоратися з життєвими негараздами. Таким пацієнтам притаманне постійне рецидивування станів глобальної неусвідомлюваної тривоги з відчуттям втрати здатності справлятися з життям, радикальний сумнів у можливості власної автономії. Внутрішня амбівалентність, невпевненість у собі та алекситимія заважають пацієнтові свідомо позначати, диференціювати свій внутрішній стан щодо почуття насичення; це, у свою чергу, призводить до дифузного почуття внутрішньої загрози, що опановує хворим, яку можна зменшити лише завдяки швидкому насиченню. Приступ переїдання спрямований на зниження напруги, що короткочасно втішає та посилює самозадоволення,

а всі способи позбавитися з'їденого викликаються відчуттям провини, сорому та самовизначенням після переїдання. Постійно виникаюче почуття сорому й провини у зв'язку із цим може стати причиною хронічного відчуття безпорадності, емоційно-регресивної поведінки та зростаючої соціальної дезадаптації. Особистісна амбівалентність у хворих на булімію підкріплюється різким розходженням у сприйнятті себе та "Я-ідеалу", яке викликає стан постійної напруги внаслідок розщеплення на зовнішнє пред'явлення людиною стану благополуччя й успішності (демонструвати себе сильною, незалежною, цілеспрямованою особистістю) при прихованій низькій самооцінці з переживанням почуття внутрішньої порожнечі, безглуздості від некерованої поведінки й депресивного песимізму щодо майбутнього.

Хворі з нервовою булімією часто походять із родин з імпульсивно-агресивними взаємовідносинами та слабкими психологічними зв'язками між собою, малоуспішним поведінням і високим рівнем життєвого стресу, що, при високому рівні очікувань соціального успіху від дитини в майбутньому, стає причиною психологічного насильства в її вихованні. Батьки таких пацієнтів часто схильні до зловживання алкоголем, матері — до проблем із власною вагою (ожирінням).

Психогенне переїдання ("реактивна тучність", англ.: *bing-eating*) — це порушення харчової поведінки, варіант нападopodobної поліфагії (грец.: *πολύς* — багато + *φάγειν* — їсти), котрий проявляється підвищеним апе-

титом і компульсивними нападами ненажерливості, що призводить до надмірної ваги (тучності, ожиріння). Компульсивне переїдання характеризується наступними ознаками, що людина зазвичай їсть:

- ☉ багато, поза залежністю від того, голодна вона чи ні;
- ☉ доти, поки їй не стає фізично не комфортно;
- ☉ досить швидко, ковтаючи, а не ретельно прожовуючи їжу;
- ☉ на самоті, оскільки їй соромно за те, скільки вона їсть.

Компульсивне переїдання — це порушення нормальної регуляції відчуття насичення. Такі хворі не знають, коли вони голодні, і не відчують своєчасного насичення, однак після нападу обжерливості людина відчуває пригніченість і почуття провини, навіть відразу до себе.

Це найпоширеніший розлад харчування, якому більше піддані жінки, ніж чоловіки. Так, у США на нього страждають близько 3 % дорослого населення. Таке порушення харчування зустрічається в людей будь-якого віку, однак найчастіше — в дорослому віці (понад 30 років). Люди з цим розладом дуже страждають від зайвої ваги або ожиріння, хоча іноді мають і нормальну масу тіла, вони часто “сидять на дієтах”, маючи схильність до надлишкової ваги замолоду. Але важливо розуміти, що в більшості людей з надлишковою вагою немає компульсивного переїдання.

Психогенна реактивна тучність є ще одним варіантом харчової адикції, коли напади переїдання стають реакцією особистості на хронічний особистісний дистрес, спричинен-

ний різноманітними обставинами із психотравмуючим впливом, коли переїдання задовольняє психологічну потребу в зниженні рівня тривоги, а також у психологічному захисті від інших негативних емоцій (страху, пригнічення, гніву, через смутку, тугу чи нудьгу). Проблеми загальної невпевненості в собі, загальний підвищений рівень тривожності, боязнь відторгнення, депресія, проблеми із самоконтролем, складнощі у вираженні почуттів, низька самооцінка, самотність, невдоволення своїм тілом, а також звичка до переїдання приводять в умовах хронічного стресу до неможливості переносити будь-яку фрустрацію з потребою “заїдати” (зменшувати її вираженість), стирати незадоволеність собою та обставинами за рахунок харчового “підкріплення”. Хворі відчувають себе недосконалими, раними, неспроможними і при зіткненні з конфліктами й особистими проблемами використовують “ранньодитячий” стиль усунення негативних емоцій, коли надмірний обсяг їжі знижує рівень тривоги при неможливості задовольнити емоційні потреби іншим способом. Зниження активності внаслідок надлишкової ваги створює психологічну ілюзію захисту від почуття непевності в собі, фрустрації та підвищеної тривожності — особистісні відчуття тілесної масивності видаються людині ознакою сили й захищеності. Внаслідок порушень самоідентифікації і неусвідомленості власного “Я” поведінка такої особистості здебільшого характеризується вольовою пасивністю і неспроможністю формувати активні й конструктивні копінг-стратегії з до-

лання ситуативної та особистісної фрустрації.

Підґрунтям психогенного переїдання є девіантні дитячо-батьківські взаємовідносини, коли батьки (мама або бабуся), ще у ранньому віці, фіксують дитину на уявленні "гарної поведінки хорошої дитинки" за рахунок переїдання. Це відбувається, коли опікуючі дорослі на будь-яке вираження дитиною емоцій чи потреби в увазі відповідають пропонуванням їй їжі (в багатьох випадках досить смачної та поживної), у такий спосіб виявляючи свою любов та турботу до дитини, або ставлять свій прояв любові залежно від того, чи "гарно" вона їсть, чи ні. Така їстівна гіперопіка матері чи бабусі "стримує" вольову активність дитини, її готовність до інших варіантів вирішення власних потреб (окрім "заїдання"), фіксуючи її в пасивно-споживацькій позиції.

Всі розлади харчової поведінки є еквівалентами саморуїнуючої поведінки, як будь-які дії або стратегії поводження, які усвідомлюються чи ні, але викликають фізичну деструкцію органів або організму в цілому та просувають людину до більш ранньої фізичної смерті, всупереч її природному й очікуваному терміну.

Поведінкова активність при розладах харчової поведінки не несе усвідомлених інтенцій до безпосередньої психофізичної деструкції або осмисленого переживання привабливості власності смерті. Навпроти, пацієнт прагне до максимально швидкого досягнення стану задоволеності (досягнення "Я — ідеал") й задоволення (наприклад, розслаблення, завдя-

ки насиченню), однак реалізує аутодеструктивний варіант поводження. Тому при терапії хворих з розладами харчової поведінки треба обов'язково враховувати, цей дезадаптивний й патологічний спосіб зниження критичного рівня фрустрації шляхом реалізації аутодеструктивних патернів поведінки.

Медико-психологічна допомога при розладах харчової поведінки є основним методом терапії таких хворих. Дуже різні клінічні, особистісні, демографічні та соціальні характеристики цих хворих впливають на вибір методу корекційного та психотерапевтичного втручання.

Одним з початкових критеріїв вибору терапії є характер порушення харчової поведінки (переїдання чи відмова від їжі) та вага пацієнта, тобто терапевтичне втручання повинно враховувати і відповідати ступеню вираженості ожиріння або кахексії у хворого.

Головним на початку лікування цих порушень є нормалізація харчування. В більшості випадків на початку стан пацієнтів, насамперед, з нервовою анорексією, потребує нормалізації прийому їжі, її обсягу задля збільшення ваги. Тобто, медико-психологічна допомога при анорексії, в першу чергу, включає відновлення ваги пацієнта до рівня, що не викликає значних порушень функцій організму. При психогенному переїданні та нервовій булімії вона спрямована на збалансованість за обсягом та періодичністю прийомів їжі. Досить часто для нормалізації харчування потрібна ізоляція пацієнта у спеціалізований стаціонар: для

відновлення обсягу харчування – при нервовій анорексії, його зменшення – при психогенному переїданні та нервовій булімії. Також хворим на всі види розладів харчової поведінки на початку відновлення часто потрібні методи метаболічної корекції.

При цих розладах зазвичай є психопатологічні прояви, які потребують призначення медикаментозних препаратів (психофармакотерапії), однак це стосується лікування коморбідних станів, таких як виражені прояви тривожної, депресивної, obsесивної або дисфорічної симптоматики. Але застосування антидепресантів чи транквілізаторів повинно бути адекватним та обережним, враховуючи соматичний стан хворого, особливо при наднизькій вазі у хворих на нервову анорексію. Треба зауважити, що застосування антипсихотиків у лікуванні цього розладу з точки зору доказової медицини має суперечливі та обмежені результати, тоді як ці медикаменти мають досить серйозні побічні ефекти. Доказу використання антидепресантів для набору ваги обмежені й свідчать про відсутність користі їхнього застосування.

Основним лікуванням пацієнтів з розладами харчової поведінки є короткострокові психологічні інтервенції та тривала психотерапія. При анорексії вони застосовується тоді, коли це дозволяє стан пацієнта – не має потреби у госпіталізації до реанімаційного відділення.

Основними для всіх видів цих розладів є такі види психотерапевтичного лікування, як когнітивно-поведінкова терапія, діалектично-біхевіоральна терапія, психоаналіз, сімейна терапія.

Фокус-мішенями психотерапевтичного втручання при розладах харчової поведінки є:

- регулювання процесів нагромадження негативної фрустраційної енергії та компенсування вираженої стрес-уразливості;
- зміна переконань у сприйнятті власного тіла та самооцінки;
- трансформація деструктивних копінг-стратегій (порушень харчового поведінки) у конструктивні;
- робота із проявами несформованої або порушеної самоідентичності;
- пророблення патологічних батьківських послань і життєвих сценаріїв;
- лікування проявів розладу особистості;
- компенсування виснаження адаптаційних резервів особистості.

Індивідуальна когнітивно-поведінкова терапія (як і діалектично-біхевіоральна терапія) ефективно застосовуються при всіх розладах харчової поведінки. Зокрема, при нервовій анорексії вона спрямовується на зміну патернів харчування, когнітивне реструктурування сприйняття свого тіла та образу власного “Я”, регуляцію настрою, опрацювання стратегій взаємовідносин поваги як до себе, так і до оточуючих. При психогенному переїданні та нервовій булімії, окрім закріплення психологічних настанов на сприйняття власного “Я”, підвищення рівня впевненості тощо, поведінкова терапія спрямовується на таку поведінкову організацію харчування, яка дозволяє регулювати стан насичення і поступово зменшувати вагу. При цих

розладах саме вона є основним видом втручання — існує багато досліджень, що підтверджують ефективність поведінкової терапії в цих пацієнтів.

До когнітивно-поведінкового напрямку відноситься тренінг самоефективності, який спрямований на повсякденний моніторинг прийому їжі та пов'язаних із ним думок (переконань) чи емоцій з можливістю виробки конструктивних внутрішніх мотиваційних настанов. Робота за цим напрямом передбачає домашні завдання для допомоги пацієнту в практичній реалізації вивченого у повсякденному житті.

В основі застосування психоаналітичної терапії при нервовій анорексії покладена "гіпотеза регресії" — ідея про зміщення несприйняття власної сексуальності у дівчат в бік відмови від їжі. І як вже було сказано підсвідомий конфлікт у відносинах з матір'ю.

При всіх розладах харчової поведінки поширене використання групової психотерапії, яка націлена на розуміння хворими загальних психологічних основ виникнення порушень харчування, вирішення порушень комунікації в міжособистісних стосунках, а також взаємопідтримку у доланні поведінкової залежності.

Застосування сімейної терапії є вкрай важливим компонентом комплексного лікування розладів харчової поведінки. Насамперед, це стосується дітей, підлітків і молодих людей, особливо тих, що страждають на нервову анорексію. Її основним

завданням є нормалізація родинних взаємин, формування підтримуючих відносин взаємоповаги та прийняття. Цей метод використовує ресурси сім'ї у допомозі пацієнту вгамувати адиктивні когнітивні установки та відновити, по можливості, близькі стосунки в родині.

Одним із сучасних підходів у лікуванні і психологічній корекції розладів харчової поведінки є інтуїтивне харчування (в англійській літературі має назви: "антидієтичний підхід", "мудре харчування", "свідоме харчування", "настроювання харчування"). Він заснований на установці, що увага пацієнта повинна спрямовуватися на усвідомлення сигналів від власного тіла щодо голоду чи насичення, обсягу і характеру їжі, яку приймає людина. Вважається, що цей метод є більше ефективним методом регуляції ваги та харчового поведіння, ніж тактика обмежень, підрахунку калорій або ділення харчових продуктів на "корисні" і "шкідливі". Інтуїтивне харчування особливо ефективно при порушеннях, пов'язаних з переїданням.

Психоосвітні заходи і підтримувальний клінічний менеджмент анорексії є важливою частиною терапії з точки зору попередження рецидивів. Вони включають пояснення ризиків для організму хворого при наднизькій вазі та недостатньому раціоні харчування. Важливо, щоб пацієнт ясно усвідомлював можливі наслідки для здоров'я відмови від їжі.

Питання для самоконтролю:

1. Що таке розлади харчової поведінки та як вони поділяються з точки зору поведіння, пов'язаного з прийомом їжі?
2. Що таке нервова анорексія та з чим пов'язаний її розвиток?
3. У чому полягає етіологія та клінічна картина нервової булімії?
4. Чим характеризується компульсивне переїдання?
5. Які основні методи медико-психологічної допомоги при розладах харчової поведінки ви знаєте?
6. Які методи психотерапевтичного втручання ефективні при нервовій анорексії та нервовій булімії?
7. Що таке інтуїтивне харчування?

4.8. Розлади особистості та принципи медико-психологічної допомоги таким хворим

Г. Я. Пилягіна

Розлади особистості (застаріла назва — психопатії) — збірний термін для групи психічних порушень, котрі визначаються розладами характерологічної конституції особистості, які, у свою чергу, супроводжуються дисгармонічністю її психічного складу (специфічними порушеннями психічної діяльності і поведінки), мають тенденцію до стійкості, а також супроводжуються вираженою психологічною і соціальною дезадаптацією. Тобто розлади особистості констатуються в тих осіб, у яких патологічні особистісні і поведінкові зміни виражені настільки значно, що перешкоджають повноцінній соціальній адаптації, тобто в їхній діагностиці мають значення соціальні критерії. І вони не є прямими наслідками захворювання, травми чи іншого ураження головного мозку або інших важких психічних порушень.

Ці патологічні стани характеризуються і являють собою постійний, частіше вроджено притаманний індивіду поведінковий тип, а також набутий стиль життя і спосіб ставлення до себе та інших, що зберігається протягом усього життя. Деякі з цих станів і типів поведінки з'являються у досить ранньому віці в процесі індивідуального розвитку як результат впливу конституціональних факторів і соціального досвіду (психотравмуючого стилю виховання), в той час як інші набуваються пізніше — переважно в підлітковому віці, і у таких пацієнтів на формування особистісних порушень здебільшого впливають психологічно-соціальні фактори (девіантні дитячо-батьківські відносини, інші хронічні психотравмуючі обставини життя). На відміну від невротичних порушень розладу особистості,