

шості студентів цей показник не є високим. Відповідно незначними є мотиваційні та когнітивні характеристики, що ставить проблему розроблення психологічного тренінгу для майбутніх фахівців юридичного профілю.

ЛІТЕРАТУРА

1. Богоявленская Д. Б. Психология творческих способностей / Д. Б. Богоявленская. – М. : Academia, 2002. – 320 с.
2. Кульчицкая Е. И. Сирень одаренности в саду творчества / Е. И. Кульчицкая, В. А. Моляко. – Житомир : Вид-во ЖДУ ім. І. Франка, 2008. – 487 с.
3. Психологічна діагностика обдарованості: Монографія [Р. О. Семенова, Д. К. Корольов та ін.] / за ред. Р.О.Семенової – Кіровоград: Імекс-ЛТД, 2012. – 172 с.
4. Юркевич В. С. О “наивной” и “культурной” креативности // Основные современные концепции творчества и одаренности; под ред. Д. Б. Богоявленской. – М.: Молодая гвардия, 1997. – С. 127–142.

Крылов С. М. ДИАГНОСТИКА МОТИВАЦИОННОЙ СФЕРЫ НАУЧНО ОДАРЕННЫХ СТУДЕНТОВ

В статье представлено диагностическую программу изучения научно одаренных студентов юридического профиля. Анализируются психологические особенности мотивационной сферы научно одаренной молодежи. Материал может быть использован для идентификации одаренной молодежи в практике психологической службы.

Ключевые слова: одаренность, мотивация, научная одаренность.

Krulov S. M. DIAGNOSTICS OF MOTIVATIONAL SPHERE OF THE SCIENTIFICALLY GIFTED STUDENTS

The troubleshooting routine of study of the scientifically gifted students of legal type is presented in the article. The psychological features of motivational sphere of the scientifically gifted young people are analyses. Material can be used for authentication of the gifted young people in practice of psychological service.

Keywords: gift, motivation, scientific gift.

УДК 159.96

А. М. Кушнерьова (м. Київ)

ОСОБЛИВОСТІ ВЗАЄМВІДНОСИН МІЖ ПСИХОЛОГОМ ТА ХВОРИМ З ІХС. ТВОРЧИЙ ПІДХІД

Стаття присвячена проблемі емоційних факторів впливу та взаємодії психолога та хворого на ішемічну хворобу серця (ІХС). Психологічні особливості пацієнта в умовах лікувальних взаємовідносин та взаємодії приходять в зіткнення з психологічними особливостями медичного працівника. Крім того, особами, залученими в контакт з пацієнтом, можуть бути лікар, психолог, медсестра, соціальний працівник.

Ключові слова: ішемічна хвороба серця (ІХС), емоційні фактори, емоційно-особистісні якості психолога.

Актуальність дослідження. Захворювання серцево-судинної системи є самими розповсюдженими у світі, ними страждають до 5% населення землі. Вони займають перше місце серед причин втрати працездатності та смерті

хворих. Серед серцевих захворювань провідне місце займає ішемічна хвороба серця, а її важке ускладнення – інфаркт міокарда.

Постановка загальної проблеми та її зв'язок із важливими практичними завданнями. Ішемічна хвороба серця (ІХС) є дуже поширеною серед населення цивілізованих країн. У зв'язку з цим вона віднесена до так званих хвороб цивілізації. Кількість хворих на ІХС невідомо зростає і в нашій країні. Збільшується і смертність населення внаслідок ІХС, незважаючи на бурхливий розвиток фармакології та появу й застосування нових медикаментів. Така ситуація змушує лікарів і науковців більше уваги звертати на психологічні фактори, що спричиняють виникнення ІХС, та психологічні методи лікування і профілактики. Дослідження, в яких започатковано розв'язання проблеми. На нашу думку, суть цього глибинного мотиваційного конфлікту влучно асоціюється з висловом “розбите серце”, що на клінічному рівні цілком відповідає стану серця при інфаркті міокарду. Цікавим у контексті нашої статті є дослідження А.М. Ostfeld і співавторів (1964) та С.В. Bakker і R.М. Levenson (1967), які за допомогою методики ММРІ виявили кореляцію ІХС із ознаками іпохондрії, істерії, депресії в преморбідному період.

Невирішена частина загальної проблеми. При ознайомленні з літературними даними ми звернули увагу на велике різноманіття емоційних феноменів, що описуються в існуючих дослідженнях, присвячених психосоматичним аспектам ІХС. Зокрема, розглядається патогенне значення таких емоційних явищ, як: стрес, дистрес, депресія, тривога, страх, невдоволення, гнів, агресивність, конфліктність, образа, образливість, фрустраційні реакції, понижений і підвищений фон настрою, самозвинувачувальні та зовнішньозвинувачувальні емоційні реакції тощо.

Мета статті – визначити роль емоційно-особистісних якостей медичного психолога (лікаря) у роботі з хворими на ІХС. На підставі теоретичного дослідження наукової літератури визначено основні емоційно-особистісні якості, з якими пов'язано виникнення ІХС. Простежено внутрішньо-особистісну суперечливість як характерну рису, що корелює із ІХС.

На нашу думку, накопичений у літературі матеріал стосовно ролі емоційних факторів у виникненні та перебігу ІХС, потребує систематизації. Адже емоційна сфера особистості та емоційні фактори є неоднорідними за своєю структурою. Для здійснення такої систематизації ми вважаємо за доцільне взяти за основу структуру емоційної сфери, яку наводить О.Д. Хомська. Вона виділяє в емоційній сфері три рівні:

- 1) емоційна реактивність або емоційне реагування – короточасна відповідь на той чи інший вплив, яка має ситуативний характер;
- 2) емоційні стани (настрої, емоційний фон), які відображають загальне ставлення людини до оточуючої ситуації, до самої себе;
- 3) емоційно-особистісні якості (особистісні якості людини, які відображають її емоційні особливості).

Основні роботи з вивчення психогенної природи виникнення коронарного захворювання, серед закордонних психологів, приходяться на 50-60-і роки ХХ століття. У США визначили 5 основних причин які можуть приво-

дити до захворювання: стрес, паління, гіперліпідемія, фізична гіпоактивність, підвищений тиск. Це дало можливість розробляти психологічні програми, які застосовувалися у психодіагностиці психічного стану хворих, реабілітації та дослідження впливу хвороби на емоційно-вольову сферу пацієнта. Вітчизняні вчені приділили увагу вивченню цієї проблеми тільки у 70-80-х роках. Це запізнення було пов'язано з пануванням поглядів нейро-ендокринної теорії виникнення цього захворювання. Під впливом робіт Александера, Данбера, Фрідмана були переглянуті погляди на етіологію ІХС (ішемічної хвороби серця) та методи психологічної допомоги.

Емоційна і вольова сфери людини впливають на формування внутрішньої картини хвороби і на результати лікування. Більшість досліджень при вивченні наслідків ІХС сфокусовані на емоційному впливі даної події на пацієнта. Особлива увага фокусується на тривозі, стурбованості, депресії та відмові, запереченні та зреченні, і на показниках виліковності і поверненні до соціального життя. Незначна кількість досліджень сфокусовані на змінах в ризикованій поведінці, паління та рівні фізичних навантажень. Так, Wiklund та інші (1984) дослідили що 74% пацієнтів через рік після першого ІМ, часто демонструють занепокоєння стосовно їхнього серцевого стану та симптомів; та 58% повідомили, що друзі та родина оберігали їх від фізичного навантаження, часто як наслідок занепокоєння, ніж із-за сильних симптомів.

Новизна дослідження. Психічна астения виражена більшою мірою при тривалому перебуванні на постільному режимі та у хворих літнього віку. Якщо не проводити спеціальних заходів, зміни психіки поглиблюються, стають стійкими і в подальшому можуть значно перешкоджати реабілітації аж до інвалідизації за психічним станом.

Міжособистісні стосунки між психологом та хворим будуються за принципом практичної взаємодовіри, адже довіра як морально-психологічна категорія визначає ставлення як до дій іншої особи, так і до себе самої, ґрунтується на переконанні, що діє ця особа правильно, їй притаманні сумління і чесність. Довіра є обов'язковим компонентом у діяльності будь-якої соціальної групи, в якій люди спілкуються і мають тимчасові чи постійні цілі. Такими цілями у взаємовідносинах психолога та хворого є успіхи у лікувальному процесі. Але щоб завоювати довіру пацієнта, медичному психологу недостатньо бути просто фахівцем, потрібно вміти розуміти психологічний стан хворого і знаходити відповідний підхід до нього. Все це становить сучасний медичний підхід до проблеми взаємовідносин психолога і хворого. Що більше ці стосунки ґрунтуються на довірі, то повніше вони виконують роль емоційного захисту, здатні відгукнутися співчуттям й співпереживанням, то вища їхня моральна цінність. Така «відкритість» відносин між психологом і хворим дає змогу розв'язати найрізноманітніші проблеми – від діагностичного пошуку до найінтимніших питань.

Взаємовідносини психолога і хворого – це не просто обмін інформацією, це – частина лікування. Адже давно відомо, що лікарі можуть впливати на хворобу без будь-яких ліків: прикладом може слугувати ефект плацебо. Плацебо – це біологічно інертна речовина, котру лікар дає хворому як біоло-

гічно активну. У 1953 р. психіатр Е. Мендел працював у психіатричній лікарні Сент-Елізабет поблизу Вашингтона у відділенні, в якому лікувались вихідці з Пуерто-Ріко та Віргінських островів. Більшість хворих були госпіталізовані через спалахи ворожої та агресивної поведінки. Деякі з них були настільки небезпечні, що їх тримали в спеціальних сорочках, а Мендела в лікарні супроводжували двоє охоронців. Спілкування було ускладнено ще й тим, що хворі не знали англійської мови, а Мендел – іспанської. В той час став популярним новий транквілізатор резерпін, який давав хороші результати саме для таких хворих. Керівники лікарні вирішили випробувати ці ліки, причому за допомогою спеціального подвійного сліпого методу. Хворі не були поінформовані про те, що одні отримували справжні ліки, а інші – так звану «пустушку» (просто солодкі таблетки). Лікарі також не знали, хто з хворих отримував препарат, а хто лише думав, що отримує його. Мендел розповів пацієнтам про новий препарат, його ефективність, швидкість дії та відсутність побічних наслідків. Хворі знали, що беруть участь у дослідженні. Експеримент тривав кілька місяців. Однак дуже скоро Мендел дійшов висновку, що препарат досить позитивно впливає на пацієнтів. Хворі стали спокійнішими, привітніше спілкувалися з лікарем, тож невдовзі він дозволив відмовитися від гамічних сорочок. Сам Мендел пережив піднесення, він вважав, що резерпін зробить революцію в психіатрії, особливо щодо агресивних хворих. Однак він був шокований, коли дізнався, що його хворі отримували саме «пустушку». Проаналізувавши всі події, Мендел зрозумів, що позитивні зміни сталися саме через його поведінку і добре ставлення до хворих. Лікар вважав, що його хворі отримують резерпін і тому стають спокійнішими, у них привітні погляди, усмішки, жести. Мендел всюди бачив ознаки покращання психічного стану хворих. Лікар зрозумів, що хворі просто почали реагувати на його спокійне ставлення, яке було результатом упевненості лікаря в тому, що діє резерпін. Він просто почав краще ставитися до своїх хворих, тож і вони відповіли йому привітнішою поведінкою; їм було приємно, що до них ставляться як до повноцінних людей. Прояви ефекту плацебо пов'язані із неусвідомленим очікуванням пацієнта, його здатністю піддаватись впливу, мірою довіри до психолога. Типовий рівень позитивного плацебо-ефекту в клінічних дослідженнях становить 5-10%. У дослідженнях також нескладно викликати і негативний ефект ноцебо, коли від прийому «пустушки» 1-5 % досліджуваних відчувають дискомфорт (алергію, нудоту, порушення серцевої діяльності). Клінічні спостереження свідчать про те, що знервований персонал зумовлює ноцебо-ефекти, а призначення хворим ліків, які знижують тривогу, значно знижує тривогу у самих лікарів. Таке явище було названо «плацебо-рикошет». Для особливо емоційних пацієнтів, які схильні до самонавіювання, лікарі приписують нейтральні препарати, що допоможуть покращити стан людини та уникнути прийому зайвих ліків. Яскраві та великі пігулки діють краще, ніж невиразні й маленькі, а препарати («біоеквівалентні») відомих фірм дають більший ефект, ніж ліки скромних виробників з таким самим складом. Основою плацебо-ефекту є навіювання, що препарат має певну дію, й очікуваний ефект з'являється тому, що мозок починає стимулю-

вати вироблення ендорфінів, які частково замінюють дію препарату, а також спрацьовує «мобілізаційний ефект» – підвищення імунітету, мобілізація захисних сил організму. Прояви ефекту плацебо залежать від рівня самонавіювання і фізіологічних можливостей утворення необхідних хімічних речовин.

Лікарі давно використовували ефект плацебо. Відомий терапевт ХІХ ст. М. Я. Мудров лікував хворих спеціальними порошками з назвами «золотий», «срібний», «простий». Цим назвам відповідав колір паперу, в який загортали ліки. Порошки Мудрова виліковували багато хвороб, мали справжній чудодійний ефект. Після смерті лікаря з'ясувалося, що це просто змелена крейда. Тож зрозуміло, що психологічне сприйняття, емоції, довіра до лікаря мали зцілюючий ефект. Сам лікар-практик плацебо-терапії писав: «Мистецтво лікаря полягає у створенні «ліків для душі», які б утішали сердитого, заспокоювали нетерплячого, зупиняли буйного, лякали зухвалого, робили сміливим соромливого, відвертим – відлюдькуватого, надійним – відчайдушного». Дію ефекту плацебо посилює авторитет лікаря, тому будь-які ліки з рук відомого світила значно ефективніше впливають на хворих, ніж призначені дільничним лікарем із місцевої поліклініки. Згідно з дослідженнями плацебо діє на всіх людей, однак найбільше – на екстравертів, які є тривожними, залежними, емоційно лабільними, поступливими та довіряють своїм лікарям. Ефект Плацебо активно використовують в процесі лікування та реабілітації хворих на ІХС.

Усе розмаїття підходів до співробітництва психологом та хворого складається із чотирьох головних компонентів: а) підтримки; б) розуміння; в) поваги; г) співчуття.

Підтримка – одна із найважливіших умов правильних взаємин психолога і хворого. Підтримка у цьому випадку означає прагнення лікаря бути корисним для хворого. Однак це не означає, що лікар повинен взяти на себе всю відповідальність за стан здоров'я і настрої хворого. Тут повинні допомагати й сім'я та близькі друзі хворого. Однак головні ресурси, вірогідно, приховані у самому хворому, їхнє повне розкриття й використання стане можливим, якщо хворий усвідомить: психолог прагне допомогти, а не намагається примусити. Таким чином, лікар відповідає за моральну підтримку хворого, тобто активізує роль хворого у лікувальному процесі. Ефективність плацебо насамперед залежить від самого бажання хворого одужати і, нарешті, від його впевненості в успіху. Згода хворого на активну участь у лікувальному процесі провіщає сприятливий результат.

Розуміння хворого з боку психолога – це підґрунтя, на якому закріплюється довіра, адже хворий переконується, що його скарги зафіксовані у свідомості лікаря і він їх активно осмислює. Розуміння може бути виражене і невербальним шляхом: поглядом, кивком голови тощо. Тон та інтонація здатні демонструвати як порозуміння, так і відстороненість, незацікавленість. Якщо хворий переконується у нерозумінні і небажанні зрозуміти, то він автоматично перетворюється з помічника лікаря на його супротивника. Невиконання лікарських рекомендацій (і, як наслідок цього – відсутність ефекту від лікування) може бути єдиною ознакою того, що хворий не впевнений у

зацікавленості лікаря його конкретним випадком, у бажанні лікаря вникнути в ситуацію і розібратися професійно. Взаємини психолога і хворого заходять у безвихідь.

Повага передбачає визнання цінності хворого як індивіда і серйозності його тривоги. Ідеться не тільки про згоду вислухати людину, головне – продемонструвати, що її слова є вагомими для лікаря: необхідно визнати значущість подій, які мали місце в житті хворого, і особливо тих, що становлять інтерес з погляду лікаря-професіонала. Щоб продемонструвати повагу, необхідно ознайомитися з умовами життя хворого якомога ґрунтовніше, щоб спілкуватися з ним як з особистістю, а не лише як із носієм певної хвороби. Вже сам час, витрачений на з'ясування особистісних обставин життя хворого, засвідчує повагу до хворого, засвідчує повагу до нього лікаря. Часто все, що вимагається від лікаря, – це активно проявити зацікавленість. Важливі прості речі, приміром, швидко запам'ятати ім'я і прізвище хворого. Невербальне спілкування здатне як закріпити довіру до лікаря, так і зруйнувати її. Якщо дивитися хворому в очі і сидіти поряд з ним, то він відчує, що його поважають. Постійно переривати розмову з хворим або самому вести у його присутності сторонні розмови – означає продемонструвати неповагу до нього. Доцільно буває похвалити хворого за терпіння, за скрупульозне виконання ваших призначень. Якщо хворий показав вам результати своїх аналізів, рентгенограми тощо, покажіть, наскільки корисною виявилася ця інформація, тоді у такий спосіб виникне позитивний зворотний зв'язок. Однією з найнебезпечніших і деструктивних звичок лікаря є здатність до принизливих щодо своїх пацієнтів зауважень. Хворий, який випадково почув, як лікар насміхається з нього у колі друзів, мабуть, ніколи цього не забуде і не пробачить. Аналогічна ситуація може виникнути під час збирання анамнезу, коли лікар постійно робить зауваження з приводу неточних висловлювань (формулювань) хворого, супроводжує зауваження відповідною незадоволеною мімікою обличчя, «нервовими» рухами рук.

Співчуття – ключ до співпраці між лікарем та хворим. Необхідно вміти поставити себе на місце хворого, подивитися на світ його очима. Співчуття – це певною мірою своєрідна екранізація (поглинання) почуттів іншого на свою духовну сферу. Співчувати – значить відчувати іншого всім своїм єством. Співчуття починається з факту нашої присутності, інколи мовчазної, з очікування, коли хворий заговорить. Психолог повинен терпляче слухати хворого, навіть коли він повторюється, давати можливість обговорювати причини і наслідки хвороби, його майбутнє. Співчуття можна висловити досить просто, поклавши руку на плече хворого, що створює певний позитивно-емоційний настрій, на якому можна будувати взаємодовіру. Однак таке ставлення до хворого зовсім не означає «панібратства» або «вседозволеності». Певна «дистанція» (непомітна для хворого) між лікарем та хворим повинна завжди витримуватися, що на певному часовому відрізку взаємин (коли хворий забажає використати добрі стосунки з лікарем у своїх не добропорядних цілях) буде гарантувати лікарю збереження свого авторитету й гідності та створюватиме сприятливі умови для «відступу» і надійної «оборонної

позиції». Технічний прогрес дещо руйнує хороші взаємини між медичним психологом та хворим. Інколи лікар повністю дозволяє машині стати між собою і хворим, він ризикує залишити хворого без свого сильного «одужувального впливу».

Налагоджені стосунки лікаря і хворого не тільки цілючі самі по собі, вони посилюють і полегшують вплив інших лікувальних процедур. Наприклад, від цих взаємовідносин часто залежить дисциплінованість хворого, тобто готовність виконувати лікарські рекомендації. Бажання співпрацювати зі своїм лікарем створює своєрідну платформу для бажання хворого змінити у для бажання хворого змінити спосіб життя.

Клінічна практика переконливо довела, що у переважній більшості випадків встановлюються добрі взаємовідносини лікаря і хворого, адже самі хворі прагнуть до плідної співпраці з лікарем. Однак зустрічаються й такі випадки, коли хворі або свідомо, або підсвідоме не бажають такої співпраці, а лікарю, з огляду на його професійні обов'язки, необхідно все ж таки віднайти «спільну мову» з категоричними хворими. Перша категорія – це хворі, які не хочуть співпрацювати з лікарем. Впізнати такого хворого, який скептично настроєний стосовно психологів і медицини в цілому, зовсім не важко, але уникнути його негативної або оборонної реакції значно складніше. Друга категорія – це хворі, які мають далекі від лікування цілі. Цих хворих важко розпізнати, адже вони, на відміну від перших, уміють створювати хибне враження про плідну співпрацю; мають цілком пристойний вигляд і нібито повністю довіряють лікарям. Однак ця категорія хворих, хоч на перших порах і найбільше вихваляє своїх лікарів, постійно робить їм компліменти, частіше за інших вступає в конфліктні ситуації з лікарями. Існує два типи ситуацій, у яких хворі прагнуть до деструктивної взаємодії з лікарем. Щодо обставин, за яких виникають різноманітні ситуації, то перший тип ситуацій – це випадки, коли хворий своїми словами і вчинками намагається схилити лікаря на свій бік до виступу проти членів своєї сім'ї. У даній ситуації лікар стає зброєю, яку хворий намагається використати проти своїх близьких. Хворий може прямо попросити лікаря втрутитись у домашній конфлікт. Такі прохання слід розцінювати як сигнал, що передрікає небезпеку.

Другий тип ситуацій, у яких можливе зловживання довірою лікаря, – коли хвороба або нездоровий спосіб життя дають хворому певну користь. Іншими словами, хворобливий стан надає йому певну перевагу, і він намагається за будь-яких обставин підтримувати Цей стан. Користь хворий може вбачати у підвищеній увазі до своєї персони з боку оточуючих, у меншій відповідальності за свої вчинки, в ухилянні від домашніх обов'язків, у деяких пільгах, передбачених законом. Хворому хочеться бути хворим, він уже ввійшов у цю роль, і тепер це потрібно довести або підтвердити офіційно. І тут він використовує всі ймовірні засоби, у тому числі й довірливі стосунки з лікарем. Водночас згадані вище типи деструктивної взаємодії хворого з лікарем характеризується тим, що поведінка хворого мало змінюється з часом, отже, й лікар з часом часто переживає розчарування, відчуваючи власну безпорадність. Нарешті, ще один досить рідкісний тип людей, не здатних до

плідної співпраці з лікарем, їх можна назвати конфліктними пацієнтами, їм усе не до вподоби: і порядки в лікарні, і харчування, і лікування, і нарешті, самі лікарі. В усьому вони вбачають порушення існуючого законодавства. Такого типу хворих слід відрізняти від тяжкохворих, які покладають на медицину нереалістичні надії і неодмінно відчують глибоке розчарування, коли стикаються з досить скромними результатами лікування. Таких хворих часто по-людськи можна зрозуміти і їм поспівчувати. Але й тут виникають подібні проблеми – скарги, нарікання тощо. Вихід для лікаря лише один-єдиний – добросовісно виконувати свої професійні обов'язки, робити все можливе, щоб зменшити страждання хворих. І адміністративні перевірки не будуть приносити неприємностей, коли лікар чітко оформив медичну документацію. Існує ще категорія хворих, з якими просто важко, їх умовно поділяють на такі типи: наполегливо-вимогливі, нав'язливі та хронічно невдоволені. Хронічно невдоволені доводять лікарів до розпачу своїми повідомленнями про неефективність використаного лікування. Важливо не сплутати наведені вище типи хворих із зовсім іншими категоріями «важких» хворих, яким дійсно важко встановити діагноз через атиповий перебіг хвороби. Незважаючи на те що згаданий вище тип хворих зустрічається рідко, сила їхнього впливу на лікаря може бути неадекватною, якщо він не вміє правильно поводити себе з ними. Взаємодія між пацієнтом і лікарем не є щось назавжди задане. Під впливом різних обставин вони можуть змінюватися, на них можуть вплинути більш уважне ставлення до хворого, більш глибоке увагу до його проблем. При цьому самі хороші відносини медпрацівника і пацієнта сприяють і більшій ефективності лікування. І навпаки – позитивні результати лікування поліпшують взаємодію між пацієнтом і медпрацівником. В даний час багато фахівців вважають, що необхідно поступово з процесу спілкування і лексику вивести такі поняття, як «хворий», замінивши поняттям пацієнт, з огляду на те, що саме поняття «хворий» несе певну психологічне навантаження. А звернення до хворих людям типу: «Як воші справи, хворий?», Застосовувати неприпустимо, і необхідно намагатися повсюдно замінювати такого роду звернення до пацієнта зверненнями на ім'я, ім'я по батькові, тим більше, що саме ім'я для людини, його вимова, є психологічно комфортним.

Тактика медичного працівника. Спілкування з пацієнтом – найважливіший елемент процесу лікування. Мистецтво збирання анамнезу – нелегке мистецтво. Висловлюючись мовою психологів, це керований розмова, призначений для збору анамнестичних даних, причому управляти розмовою слід непомітно. Хворий, з яким проводиться бесіда, не повинен цього почувати. Все це вимагає великого такту, особливо, коли мова йде про з'ясування душевного стану, психічних травм, які грають велику роль у розвитку хвороби. Під час розпитування хворого потрібно завжди враховувати його культурний рівень, ступінь інтелектуального розвитку, професію та інші обставини. Слід уникати пустих, нічого не значущих слів, потурання нерозумним капризів і вимоги деяких хворих. Іншими словами, не можна запропонувати стандартну форму розмови медпрацівника з пацієнтом. Тут необхідні винахідливість і творче ставлення. Особливу увагу слід звернути на хворих похилого віку і дітей. Ставлення лікаря або мед-

сестри до дитини, пацієнту зрілого віку і старому, навіть при однаковій хвороби, має бути абсолютно різним, що обумовлено віковими особливостями цих хворих. Такі самі методологічні підходи до проблеми відвертості лікаря й пацієнта залишилися і в перехідний період розвитку нашої держави.

Висновки. Як свідчить аналіз літературних джерел, ішемічна хвороба серця (ІХС) є дуже поширеною серед населення цивілізованих країн і тому віднесена до так званих хвороб цивілізації. Визначено, що помітний вплив на процес лікування хворих на ІХС спричиняють емоційно-особистісні якості медичного психолога (лікаря), оскільки емоційна і волева сфери людини впливають на формування внутрішньої картини хвороби і результати її лікування. Основними компонентами конструктивної співпраці психолога та хворого є підтримка, розуміння, повага та співчуття.

ЛІТЕРАТУРА

1. *Аболин Л. М.* Психологические механизмы эмоциональной устойчивости человека / Л. М. Аболин. – Казань, 1987.
2. *Аболин Л. М.* Эмоциональная устойчивость и пути ее повышения / Л.М. Аболин // Вопросы психологии. – 1989. – № 4.
3. *Назар П. С.* Основи медичної етики / П. С. Назар, Ю. Г. Віденський, О. А. Грандо. – К. : Здоров'я, 2002. – 344 с.
4. *Сисоева Н. Ю.* Психологічні особливості хворих на серцево-судинними захворюваннями / Н.Ю. Сисоева. – 2010.
5. *Demikhov V. P.* Experimental Transplantation of Vital Organs. Authorized translation from the Russian by Basil Haigh. – New York : Consultants Bureau, 2008.
6. *Favaloro R. G.* Saphenous vein autograft replacement of severe segmental coronary artery occlusion. – Ann Thorac Surg, 2008.
7. *Valentin Fuster.* The Heart : [2-Vol, Set 11th edition] / R. Wayne, A. Fuster, J. Hein. – "McGraw-Hill Professional", 2008.

Кушнерева А. М. ОСОБЕННОСТИ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ МЕЖДУ ПСИХОЛОГОМ И БОЛЬНЫМ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА. ТВОРЧЕСКИЙ ПОДХОД

Статья посвящена проблеме эмоциональных факторов влияния и взаимодействия психолога и больного ишемической болезнью сердца (ИБС). Психологические особенности пациента в условиях лечебных взаимоотношений и взаимодействия приходят в соприкосновение с психологическими особенностями медицинского работника. Кроме того, лицами, вовлеченными в контакт с пациентом, могут быть врач, психолог, медсестра, социальный работник.

Ключевые слова: ишемическая болезнью сердца (ИБС), эмоциональные факторы, эмоционально-личностных качества психолога.

Kushneriova A. M. FEATURES OF PSYCHOLOGIST AND A PATIENT WITH CORONARY HEART DISEASE RELATIONS. CREATIVE APPROACH

The article deals with the emotional impacts and interactions psychologist and a patient with coronary heart disease (CHD). Psychological characteristics of patients in a therapeutic relationship and interaction come into contact with the psychological characteristics of medical workers. In addition, persons involved in contact with the patient, can be a doctor, psychologist, nurse, social worker.

Keywords: coronary heart disease (CHD), emotional factors, emotion-personal characteristics of psychologist.