

The use of art-therapy methods, in particular collage, during the lessons helps students memorize and understand material better. They study to develop reflection of their-selves behavior in a group. Students try to answer the question "What am I? ".

It is reasonable to use some technicians of art-therapy as separate elements of studies during different psychological disciplines: "Bases of psycho-correction", "Bases of psychotherapy", "Differential psychology", "Psychology of personality" etc.

The analysis of other scientists' researches and our own experience of the use of art-therapy facilities show that art-therapy effectively stimulates integral and deep self-knowledge of students of socioeconomic spheres and promotes them to professional development.

Art-therapy facilities stimulate knowledge activity of students on the whole, and self-knowledge, in particular.

Key words. Art-therapy, self-knowledge, students, psychologies, social pedagogues, collage, painting.

УДК 616.83-008.615-02-051-07

ФЕОХРОМОЦИТОМНА ДИСФУНКЦІЯ ТА ЇЇ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ІЗ ПСИХОЛОГІЧНИМ ЗМІСТОМ АДАПТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ

Поладко Г.О.

науковий кореспондент

Інституту психології

імені Г.С. Костюка НАПН України (м. Київ)

У статті обґрунтовується необхідність цінність здоров'я людини та відповідно, лікувально-діагностичного процесу у роботі із хворими на феохромоцитомну дисфункцію. Зокрема, увага акцентується на впливі психологічного компоненту на лікувальний процес. Так, усвідомлення пацієнтом власного діагнозу призводить до сильного стресу й без терплячого та тактовного ставлення лікаря процес лікування буде не ефективним. Відмічається також значимість активної позиції пацієнта для процесу вилікування в цілому.

Ключові слова: адаптація, взаємодія, дезадаптація, дисфункції організму, феохромоцитомна дисфункція.

Мета: розкрити медико-психологічну суть діагнозу «феохромоцитомна дисфункція» та його взаємозв'язку із психологічним змістом адаптації.

Матеріали і методи: матеріал, який лежить в основі статті зібрано у процесі аналізу, синтезу, порівняння, систематизації й узагальнення науково-методичної літератури.

Результати: проведення теоретичного дослідження дало нам можливість охрестили коло проблем із якими зустрічаються хворі із діагнозом «феохромоцитомна дисфункція» та психологічний зміст їх адаптації.

Актуальність дослідження. Сучасне суспільство потребує від його членів достатньо швидкого і легкого реагування й адаптування до мінливих умов життя і діяльності, а також вміння ставити і самостійно вирішувати різні задачі, продукувати нові ідеї, прагнути до самовдосконалення, зокрема у галузі здоров'я.

Стан здоров'я людей – один з головних показників соціально-економічного розвитку суспільства. В існуючих соціально-економічних умовах стан здоров'я залишається однією з найгостріших медико-соціальних проблем. Серед причин, що призводять до порушення здоров'я, важливу роль набувають особливості дисфункцій організму, зокрема, ті, які потребують тривалого лікування, як у випадку феохромоцитоми.

У загальному вигляді феохромоцитома є пухлиною з хромафінних клітин, продукуючого катехоламіни, - надниркова парагангліома. За результатами між клінічних аутопсійних даних, на 100 тис. досліджень феохромоцитома виявляється в 20-150 випадках (в середньому 50). За зведеними даними літератури, у 30-70% випадках діагноз феохромоцитоми ставиться посмертно.

Феохромоцитома зустрічається в середньому у 1 з 10 тис. осіб. Серед людей, які

страждають від гіпертонії, частота захворювання становить 1%, тобто 1 людина на 100 пацієнтів з підвищеним артеріальним тиском. Труднощі діагностики феохромоцитоми полягають у частому безсимптомному перебігу захворювання або у широкому спектрі клінічних симптомів феохромоцитоми. Так, за даними медиків, правильний діагноз у пацієнтів з феохромоцитомою встановлюється лише у 37-40% випадків. І ще в 10% випадків патології виявляють злоякісні симптоми феохромоцитоми – метастазування пухлини в лімфатичні вузли, кістки, м'язи, печінку, рідше – в легені та головний мозок.

Багатоманітність симптоматичних провів феохромоцитоми та високий процент виліковування при вчасному діагностуванні та лікуванні свідчить про те, що крім медичного компонента вагомий вплив на пацієнта має й психологічний компонент. Під психологічним компонентом ми розуміємо загальні принципи вибору хворою людиною тих чи інших типів психічного реагування на захворювання, закономірності формування ставлення до хвороби у поєднанні з клінічними ознаками хвороби й специфічними особливостями психічного стану пацієнтів, які дізналися про хворобу. Можна говорити про вплив самої хвороби на характер реагування, ступінь її проявів, успішність лікування і його результативність взагалі. При цьому типовість реакції на захворювання залежить від параметрів хвороби в такій же мірі, як і від індивідуально-психологічних особливостей людини. Кожна хвороба характеризується набором специфічних особливостей, які зачіпають значущі для пацієнта (реального чи потенційного) сфери життєдіяльності. Відповідно, в клініці внутрішніх хвороб важливе місце займає психологічна адаптація/деадаптація хворих, як форми реагування на звістку про захворювання. Так, зокрема, у дослідженнях Н.Н. Петрової зазначається, що для пацієнтів з важкими захворюваннями характерні певні зрушення в афективному стані, особистісному реагуванні і поведінкових проявах, і ці стани та форми поведінки в певній мірі схожі з психогеніями, що розвиваються в екстремальних умовах. В цих умовах очевидна необхідність психологічного супроводу лікувально-діагностичного процесу. При цьому, ключовими фігурами у цьому процесі є сам пацієнт та лікар, який ототожнюється у першого із хворобою. Саме якість лікарсько-пацієнтської взаємодії стає визначальним чинником для формування тої чи іншої стратегії адаптації пацієнтів.

На думку Л.В. Вассермана, Е.А. Трифонової виявлення і подальша корекція неадекватних способів психологічного реагування (деадаптація) є найважливішою складовою частиною роботи з усім комплексом проблем, пов'язаних з реакцією особистості на хворобу. Роботи у яких визначено зміст понять «психологічна адаптація» та «психологічний захист». У працях Л.І. Анциферової, Н.Я. Іванова, Д.А. Леонтєва, А.О. Личко і А.Г. Маклакова, А.А. Реана А. Налчаджян, А. Фрейд характеризується суть захисних та адаптаційних механізмів особистості; ставлення особистості хворого до травматичної ситуації у загальному вигляді (В.М. Баншиков); механізм компенсації психічної недостатності (В.Д. Вид, В.М. Воловик); психічна діяльність, спрямована на спонтанне викорінення наслідків психічної травми (В.Ф. Бассін, В.Е. Рожнов); способи переробки інформації в мозку, блокуючі загрозову інформацію (І.В. Тонконогий)/

Психологічна адаптація пацієнтів до стану хвороби є важливою складовою не тільки позитивного самосприйняття особистості але й складовою процесу виліковування, зокрема, оскільки, останнім часом процес індустріалізації з її високим темпом життєдіяльності, ставить значні вимоги до якості існування, на фоні інтенсивної пропаганди образу активної, успішної і здорової особистості.

У світлі вище сказаного постановка діагнозу «феохромоцитома» із перспективою складного та тривалого лікування, деколи, у її злоякісному вираженні, різко змінює життя хворого та його близьких. В уявленні більшості людей пухлина асоціюється зі смертним вироком, і навіть дуже мужній людина важко переносить звістку про такий діагноз.

Усвідомлення пацієнтом власного діагнозу призводить до сильного стресу у зв'язку з уявленнями про його невиліковність, труднощі лікування, пов'язаного з рядом ускладнень і дефектів (зміна традиційного темпу життя, важкі операції, що тягнуть за собою проблему естетичного неблагополуччя, почуття неповноцінності, відчуження від суспільства, зміни

сексуального функціонування і сексуальної привабливості в цілому, облісіння після хіміотерапії, тощо).

Типологія психологічного реагування на хворобу, створена А.О. Личко і Н.Я. Івановим, ґрунтується на оцінках впливу трьох факторів: природи самого захворювання, типу особистості, що включає також характер, ставлення до захворювання в найближчому оточенні хворого. Вказані типи об'єднані у блоки. Перший включає типи ставлення до хвороби, при яких соціальна адаптація істотно не порушується, а саме: гармонійний, ергопатичний і анозогностичний.

У другій блок включені типи реагування на хворобу, що характеризуються наявністю психічної дезадаптації у зв'язку з захворюванням. Ця дезадаптація виражається через інтрапсихічну спрямованість (тривожний, іпохондричний, неврастенічний, меланхолійний та апатичний стани). Третій – з інтрапсихічною спрямованістю, включає типи з таким сенсibiliзованим ставленням до хвороби, яке найбільшою мірою залежить від преморбідних особливостей особистості хворого (сенситивний, егоцентричний, параноїдальний і дисфоричний).

У вітчизняній психології становлення суб'єктивної оцінки до хвороби розглядається як процес самопізнання. Внаслідок цього процесу людина ідентифікує себе зі здоров'ям чи хворобою, а свій стан – як стан «здоров'я» або «хвороби».

Таким чином, хвороба і здоров'я є, в тому числі, і суб'єктивною реальністю. Вона, включає всю систему самосприйняття, самооцінки, ідентифікації себе зі здоровими або хворими людьми, а також вибудовування суб'єктивної картини життєвого шляху особистості.

Комплекс психо-фізіологічних реакцій людини на хворобу утворює сукупність відповідних стратегій. Стратегії переживання здоров'я і хвороби можна розглядати як окремих випадок стратегії адаптації. В роботах Л.І. Анциферової, А.Г. Маклакова, Д.А. Леонтьєва, А.А. Реана підкреслюється, що здатність до адаптації як особистісна властивість людини – це цілісне утворення, яке дістало назву – особистісний адаптаційний потенціал.

Цей феномен описується як інтегральна характеристика рівня особистісної зрілості, й включає в себе такі складові, як: сила внутрішнього опору, локус контролю, орієнтація на дію, вольові якості, тощо. Розподіл стратегій адаптації на активну і пасивну можна зустріти в роботах Л.І. Анциферової та С.Т. Посохової.

В сучасних умовах підвищені технологічні можливості надання медичної допомоги при серйозних патологіях визначають особливу актуальність виконання заходів щодо забезпечення комплексної реабілітації та психологічної адаптації хворого.

Соціально-психологічна адаптація у загальному вигляді - складний і багатоплановий процес, який включає в себе психофізіологічні, емоційні, інтелектуальні і соціальні аспекти. Як пише А.А. Налчаджян, при сприятливому перебігу ці компоненти формують стан адаптованості, яку можна охарактеризувати як специфічні взаємини особистості, при яких особистість без тривалих (внутрішніх і зовнішніх) конфліктів виконує свою провідну діяльність, задовольняє свої основні соціально-психологічні потреби екстернального та інфернального характеру.

Представники сучасних зарубіжних і вітчизняних підходів розглядають різні ресурси соціальної адаптації, які допомагають людині впоратися зі стресогенними ситуаціями. Серед них виділяють особистісний потенціал, життєстійкість, локус контролю, тощо.

Розвиток індивідуальних адаптаційних ресурсів людини залежить від особистістю стилю життєдіяльності, ставлення до життя і пов'язаних з ним установок. Проте, наявність певних особистісних ресурсів і здібностей ще не є фактом того, що людина впорається з усіма виникаючими перед нею труднощами. Можливість використання їх суб'єктом, ймовірно, визначається життєвим сценарієм людини. Зокрема, з точки зору трансакційного аналізу дитячі враження впливають на подальший хід життя людини. Готовий сценарій життєдіяльності людини є результатом прийняття нею емоційного рішення.

Так, якщо в дитинстві був закладений і закріплений програшний життєвий сценарій, то людина, яка є його носієм, надалі не може використовувати наявні в неї внутрішньоособистісні ресурси для трансформації стресогенних ситуацій. Навпаки, людина з виграшним сценарієм буде використовувати весь запас наявних у неї ресурсів для подолання складних ситуацій і

досягнення поставленої мети. Психолог Берн Е. визначив життєвий сценарій як складений в дитинстві план життя, що виправдовується подальшими діями людини і завершується так, як було вирішено з самого початку (усвідомлено чи не усвідомлено). Згідно з концепцією сценарію, людина будучи дорослою, розіграє свій сценарій, підсвідомо вибираючи такі форми поведінки, які наближають її до відповідної задалегідь запланованої розв'язки. Так можна умовно виділяють три групи сценаріїв: програшні, безвиграшні та виграшні.

Емоції, які супроводжують процес програвання сценарію хворою людиною є упередженими. Між тим, пацієнт може переорієнтуватись на виграшний сценарій, завдяки зверненню за медичною, психологічною та/або комплексною допомогою й підтримкою близьких. Страх при озвучуванні діагнозу пов'язаного із такими утвореннями, як феохромоцитома, часто асоціюються із раком. Пануючі міфи про рак, змішуються деяких людей кидати діагностику і лікування, обираючи тим самим руйнівну модель сценарію хвороби. Відтак, логічного, що людині, яка дізнається, про наявність хвороби потрібен час на адаптацію. Така адаптація може тривати кілька днів або місяців, а деякі пацієнти взагалі не можуть прийняти цю інформацію.

Процес адаптації традиційно проходить в декілька етапів «вживання» з діагнозом виділених Е. Кюблером-Россом. У цьому процесі майже завжди, першою реакцією пацієнта є гнів. Хворий не вірить у точність поставленого діагнозу та йому суперечить. В залежності від особистості людини, її психічної стійкості, цей етап проходить з різною інтенсивністю. Відповідно пацієнт може проявляти полярні форми поведінки - він ізолюється або шукає підтримки серед інших людей. Потім з'являється так звана реакція дисфорії (другий етап). На цьому етапі хворий задає питання: «Чому я?» Часто гнівається, проявляє вороже ставлення, задрість і обурення. Це природний механізм, в якому пацієнт уникає любові та розуміння номінально прагнучи їх фактично. Тому, на цьому етапі відносини, між хворим і його сім'єю стають напруженими. Наступним етапом є так званий «торг». Хворі «торгуються» з лікарями, з Богом, іншими вагомими фігурами у своєму житті за ще один шанс, про продовження життя, про час для вирішення важливих справ. У цей період пацієнти обманюють себе, думаючи, наприклад, що, якщо вони будуть кращими людьми, то їх чекає нагорода у вигляді тривалого життя. Пацієнт хоче за всяку ціну жити, вірить у різні «чудодійні» ліки та препарати, які повинні зробити диво. Після етапу «торгу» настає етап депресії. Особливо гостро переживають цей етап пацієнти, які не мають динаміки у процесі лікування. Вони переживають почуття втрати сенсу життя, руйнування звичної системи стосунків, майна, кар'єри. Як наслідок – енергетичне виснаження викликає почуття безпорадності, безнадійності, печаль, відсутність апетиту і проблеми зі сном. Депресивний стан пацієнта, таким чином, стає «природним». Якщо цей стан триває довше, ніж два тижні, хворі повинні бути під наглядом не тільки медика, але й психолога та/або психіатра. Останнім етапом у процесі адаптації до хвороби є згода із нею. Пацієнти приходять до точки, в якій вже не почуваються втомленими, впоралися з сумом і прийняли нову ситуацію. Вони стають лагідними і спокійно реагують на будь-які непередбачені обставини. Саме на цьому етапі частіше всього медичні працівники можуть констатувати значний прогрес у лікуванні.

Психолог А.А. Реан виділяє більш розгалужену у порівнянні із Е. Кюблером-Россом систему стратегій можливої адаптації, а саме: активна зміна ситуації; активна робота над зміною якостей особистості; активний пошук нового соціального середовища з більш високим адаптаційним потенціалом для даної особистості та її розвитку; ймовірно-комбінований; пасивна адаптація (пасивне прийняття вимог, норм, установок, цінностей соціального середовища без включення процесу самозміни, самокорекції і саморозвитку).

Автор вважає, що при виборі стратегії адаптації особистістю оцінюються: вимоги соціального середовища (сила, ступінь ворожості, ступінь обмеження потреб, тощо); потенціал самозміни (адаптаційний потенціал); ціна зусиль (фізіологічна, психологічна).

Складні життєві ситуації, до яких можна віднести і стан хвороби, як зрозуміло із вище сказаного, піддають людину випробуванням. Подолання цієї ситуації може призводити не тільки до зміни ситуації, але і до зміни самої особистості. А.О. Прохоров підкреслює значимість таких

ситуацій для появи нових особистісних утворень. Останні пов'язані з вибором стратегії психологічної адаптації активного типу (самореалізації) або пасивного (навчена безпорадність).

Можна виділили дві групи параметрів, найбільш близьких до тієї чи іншої стратегії: оволодіння адаптивного типу зі збереженням пошукової активності: цінність орієнтації на самоактуалізацію, гнучкість поведінки, креативність, самосприйняття, локус контролю «Я»; навчена безпорадність: внутрішня конфліктність, самозвинувачення, регресія, заперечення реальності, реактивні утворення, алекситимія. Ці стратегії подолання визначають вибір механізмів психологічного захисту, ціннісні орієнтації особистості і локус контролю, зумовлюючи спрямованість життєдіяльності.

Перелічені стратегії – смислове утворення, в якому інтегруються ставлення особистості до ситуації і до самої себе в даній ситуації, оцінка значущості цієї ситуації і прогнозування її результату.

Деадаптивна позиція особистості характеризується тим, що не дозволяє людині побачити перспективи і шляхи вирішення важкою життєвої ситуації вираженої у хворобі. До характеристик деадаптивної (неадаптивної) позиції В.А. Тихоненко відносить фіксованість або незмінюваність смислового образу ситуації, асоційованого обмеження уявлень про власні ресурси, втрату зв'язку з референтною групою, заборона на активні дії, пов'язані з відсутністю позитивного образу майбутнього.

Для пасивної стратегії переживання здоров'я і хвороби характерна асоційованість з емоційним реагуванням, як з позитивним – здоров'я, так і негативним – хвороба, відсутність уявлень про власні можливості впливу на ситуацію, можна розглядати як прояв навченої безпорадності, втрату зв'язку з близькими людьми, відсутність надій на одужання.

Дослідження методології питань психологічної адаптації до хвороби дозволяє диференціювати наступні типи суб'єктивної складової здоров'я і хвороби. Здоров'я в ситуації, в яких людина відчуває себе очевидно здоровою, розглядається як: відсутність проблем і симптомів; в цілому позитивний стан, без особистісного ставлення; радість, з описом емоцій, випробуваних в ситуації здоров'я; можливість і реалізація в значущих цінностях. Тоді, як стан хвороби є діаметрально протилежним станом.

Список використаної літератури:

1. Абрамов А.Н., Исурина Г.Л. Внутренняя картина болезни пациентов, страдающих заболеваниями крови и почек // Научные исследования выпускников факультета психологии СПбГУ. – 2013, Т. 1, № 1. - С. 11-15
 2. Агаджанян Н.А., Баевский Р.М., Берсенева А.П. Функциональные резервы организма и теория адаптации // Вестник восстановительной медицины. – 2004, № 3. – С. 4-11
 3. Бассин Ф.В. О «силе Я» и «психологической защите» самосознание и защитные механизмы личности: хрестоматия / Ф.В. Бассин. – Самара, 2000. – 312с.
 4. Бельцевич Д.Г. Феохромоцитома: клинические рекомендации і міжнародного симпозиума (ISP) // Эндокринная хирургия. – 2007, № 1. - С. 3-11
 5. Ветрова И.И. Сравнение динамики психологических механизмов регуляции поведения (совладания, психологических защит и контроля поведения) // Вестник Костромского государственного университета им. Н.А.Некрасова. Сер.: Педагогика. Психология. Социальная работа. Ювенология. Социокинетика. – 2009, Т. 15, № 4. – С. 23-32
 6. Конечный, Р. Психология в медицине / Р. Конечный, М. Боухал. – Прага: Авиценум, 1983. – 405с.
 7. Менделевич В.Д. Клиническая психология. – М.: МЕД-пресс, 1998. – 588с.
- В статье обосновывается необходимость ценности здоровья человека и соответственно, лечебно-диагностического процесса в работе с больными феохромоцитомной дисфункцией. В частности, внимание акцентируется на влиянии психологического компонента на лечебный процесс. Так, осознание пациентом собственного диагноза приводит к сильному стрессу и без терпеливого и тактичного отношения врача процесс лечение будет не эффективным. Отмечается также значимость активной позиции пациента для процесса излечения в целом.*

Ключевые слова: адаптация, взаимодействие, дезадаптация, дисфункции организма, феохромоцитомная дисфункция.

The article substantiates the necessity of the value of human health and, accordingly, the diagnostic and treatment process in work with patient's feohromotsitomy dysfunction. In particular, attention is focused on the influence of the psychological component in the treatment process; after all, the awareness of the patient's own diagnosis leads to severe stress and without patient and tactful attitude of the doctor, the treatment process will not be effective. It is also noted the importance of active patient position for the healing process in General.

Key words: adaptation, interaction, maladjustment and dysfunction of the body, feohromotsytoma dysfunction.

УДК 159.92.15

ВПЛИВ ТРИВОЖНОСТІ НА ПСИХОЛОГІЧНЕ ЗДОРОВ'Я УЧНІВ ПРОФЕСІЙНО-ТЕХНІЧНИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ

Потоцька І.С.

У даній статті теоретично описано та емпірично доведено факт впливу тривожності на психологічне здоров'я учнів професійно-технічних навчальних закладів. Емпірично виявлено що більшості учнів притаманний середній рівень як особистісної так і ситуативної тривожності. При дослідженні впливу тривожності на психологічне здоров'я виявлено що високий рівень тривожності сприяє підвищенню рівня фрустрованості особистості та ригідності її поведінки. Позитивними характеристиками високого рівня тривожності можна назвати орієнтацію на підтримку інших людей, позитивні ціннісні орієнтації та високу компетентність у часі. Досліджено що при високому рівні особистісної тривожності зростає рівень сенситивності до себе а при високому рівні реактивної тривожності сенситивність навпаки знижується та зростає рівень агресивності.

Ключові слова: психологічне здоров'я, юнацький вік, тривожність, реактивна тривожність, особистісна тривожність, самореалізація.

Постановка проблеми. Дослідження психологічного здоров'я достатньо нещодавно стало окремою сферою вивчення психологів. Упродовж тривалого часу визначення «психічне здоров'я» та «психологічне здоров'я» використовувалися як подібні. І досі не всі словники психологічних термінів містять у собі визначення «психологічне здоров'я».

Психологічне здоров'я це втілення соціального, емоційного та духовного благополуччя (як ресурсу та стану), оскільки воно є потенційною передумовою забезпечення життєвих потреб для активного способу життя, досягнення власних цілей, адекватної та оптимальної взаємодії з людьми, соціальним та іншим оточенням [1].

Сучасні дослідження підтверджують що психологічне здоров'я визначає якість людського життя, виступає передумовою активного способу життя, адекватної взаємодії з людьми, складає основу оптимального життєздійснення особистості [7].

І. Дубровіна визначає психічне здоров'я як нормальне функціонування окремих психічних процесів, а психологічне здоров'я відносить до особистості в цілому, до прояву людського духу та вважає, що саме психологічне здоров'я робить особистість самодостатньою. Б. С. Братусь, аналізуючи тенденції сучасного суспільства, стверджує, що для все більшої кількості людей стає характерним діагноз «психічно здоровий, та особистісно хворий».

Р. Ассаджолі описує психологічне здоров'я як баланс між різними аспектами особистості; С. Фрайберг - між потребами індивіда та суспільства; О. Хухлаєва, Г. Нікіфоров розуміють психологічне здоров'я як динамічну рівновагу між індивідом та середовищем. Та здебільшого думка дослідників збігається у тому, що психологічне здоров'я пов'язане зі стійкістю до стресу, гармонією та духовністю [3].