

# ПСИХОЛОГІЧНІ БАР'ЄРИ МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ

Д. м.н., професор Т. І. Ахмедов,

к.м.н., доцент О. С. Балабуха

Кафедра лікувальної фізкультури, спортивної медицини та  
реабілітації

Харківська медична академія післядипломної освіти

Реабілітація хворих і інвалідів – це комплекс медико-психологічних впливів на людину; досить багатогранний процес відновлення життєдіяльності, відтворення й підвищення якості життя людини, повернення її у суспільство як активного члена. У ньому (в суспільстві) прийнято вважати, що хвороба – це завжди погано. Існує думка, що кожен хворий хоче одужати. Очікується, що він шукає допомоги й прагне допомагати лікарю в своєму одужанні. Але, насправді, так буває не завжди. Розглянемо причини такого явища.

Ще приблизно століття тому засновник психоаналізу психіатр Зигмунд Фрейд, що лікував хворих на неврози, помітив дивну особливість: пацієнти, що страждали від хвороб і зверталися до лікаря з надією на одужання, під час лікування чинили йому опір. Метод лікування, що застосовував Фрейд, полягав у наступному: психоаналітик намагався допомогти пацієнту пригадати травматичні епізоди його життя, які були забуті, витіснені у підсвідоме, тому що являлися для нього надто травматичними. На той час вже було відомо, що таке пригадування призводило до зникнення симптомів неврозу. Фрейд зіткнувся з тим, що якась невідома сила ніби то чинила опір при спробах хворого пригадати, перевести у свідомість пережиту психічну травму. Було абсолютно очевидно, що саме ця сила й підмувала хворобливий стан людини.

Парадоксом виглядало те, що хворий, з одного боку, платив гроші й витрачав багато часу на досить довготривалі відвідування лікаря протягом багатьох місяців, а то й років, прагнучи одужати, а з іншого боку, він весь час чинив опір лікарю, так що складалося враження, ніби то він не хоче одужувати, намагається зберегти своє захворювання як щось дуже цінне. Стало зрозуміло, що в деяких випадках хвороба дає людині певну вигоду. З. Фрейд відокремив вигоду первинну від вторинної.

Розглянемо **первинну вигоду**. В чому вона полягає?

Інколи в житті людини може виникнути така ситуація, що стає для неї надто складною – у особистості не вистачає сил, можливостей, ресурсів, щоб її подолати, знайти з неї вихід. І тоді хвороба стає сховищем, в яке можна втекти. Але від чого? Перш за все, від внутрішнього конфлікту, але також і від необхідності приймати рішення, брати на себе відповідальність, щось змінювати в житті, у власній особистості; від надмірних навантажень, складних взаємин – варіантів безліч, і в кожному конкретному випадку, коли має місце

первинна вигода, потрібно розбиратися, від чого саме особистість намагається втекти у хворобу, заховатися за симптомами, інколи дуже тяжкими.

Наведемо **приклад** надто складної життєвої ситуації, що людиною сприймається як безвихідна, а також те, як саме психіка призводить до виникнення хвороби.

Пацієнтка М., 27 років, має середню освіту (закінчила ПТУ за спеціальністю повар-кондитер), працює касиром у супермаркеті. Проживає у маленькому районному містечку. Звернулася до психотерапевта з приводу панічного розладу.

М. із сім'ї, де 4 дітей. Перший раз вийшла заміж у 17 років і народила дівчинку. Сімейне життя не склалося, тому у 21 рік розлучилася з чоловіком. При розлученні він, роблячи акцент на тому, що у М. немає свого власного житла, через суд залишив дочку у себе.

З часом М. повторно вийшла заміж і народила хлопчика – на момент звертання до лікаря йому виповнилося 2 роки 7 місяців і хвора збиралася вийти на роботу з декретної відпустки. М. живе в атмосфері жорстокого сімейного насилля. Теперішній чоловік хворої постійно чинить над нею психологічне, фізичне й сексуальне насильство. Ще в більшій мірі він знущається над своєю бабусею, якій 82 роки, роблячи це в присутності жінки й дитини («бий чужих, щоб свої боялися»). Він гвалтує стару жінку, погрожує вбивством. Багаторазово піднімав руку на М. Постійно її принижує, погрожує вбивством, якщо вона хоча б якусь дрібницю зробить не так, як він хоче. Патологічно ревнивий – проявляє вербальну й фізичну агресію з-за найменших дрібниць. Наприклад, зчинив скандал після того, як М «надто довго» (5 хвилин) розмовляла зі старим чоловіком, у якого купувала овочі на базарі: «Якщо я визнаю, що ти з ким-небудь була, я тебе розрубав на куски й розкидав їх по хаті». Примушує М. до протиприродних способів сексуального контакту. Щодня зловживає алкоголем, а 2-3 рази на місяць бувають кількадевні запої. Коли знаходиться в нетверезому стані – особливо агресивний. М. живе в постійному страху й очікуванні гвалтування.

Чоловік ніде не працює вже два роки, і вони утрюх (він, вона й дитина) живуть на грошову допомогу, яку виплачують на дитину, так що М. не має достатньо коштів, щоб її нормально годувати й купувати собі ліки. Повторні спроби чоловіка працювати щоразу закінчувалися тим, що його звільняли з роботи з-за зловживання спиртними напоями у часи роботи. Чоловік забороняє М. зустрічатися з її дочкою (вона живе з батьком у сусідньому селі); дозволяє лише після того, як жінка довго принижується перед ним.

Одного разу М. спробувала його покинути й пішла жити з сином до своєї матері. Чоловік прийшов туди й вів себе настільки агресивно, що мати не змогла

захистити свою дочку, оскільки розуміла, що він здатен навіть на те, щоб вбити або покалічити М. Вона була змушена повернутися жити до нього, а він, відчувши свою силу, свою владу над нею, став поводитися ще більш жорстоко. З того часу жінка боїться навіть думати про те, щоб розірвати шлюб: «Якщо від нього піти, то треба кудись поїхати, так щоб він ніколи у житті не міг мене знайти. Але ж тоді, по-перше, син ніколи більше не побачить свого батька, по-друге, я не зможу бачити свою дочку, й по-третє, я не впевнена, що зможу сама прогодувати нас двох - у мене немає ніякої підтримки, немає житла, дитина маленька й досить часто хворіє, та й моє здоров'я також не найкраще».

М. розуміє, що їй потрібно змінити ситуацію, що вона повинна діяти, адже не тільки вона сама, але й її дитина живе в обстановці страху і, скоріше за все, буде повторювати поведінку батька, коли виросте. Всі її родичі й подруги підштовхують М. до того, щоб вона зробила крок у невідоме й поїхала, втекла від чоловіка, але жінка не має достатньо ресурсів, щоб зважитися на таке.

У цьому прикладі ми можемо бачити об'єктивно складну ситуацію. З неї, дійсно, важко знайти вихід. Та, крім зовнішніх обставин, нас цікавить внутрішній світ пацієнтки. З одного боку, М. прагне й повинна піти від чоловіка, щоб зберегти не тільки фізичне й психічне здоров'я своє й своєї дитини, але, можливо, й життя - і вона це добре розуміє. З іншого боку, вона не може цього зробити, не може зважитися на такий крок з досить поважних причин, які її стримують. Цей внутрішньоособистісний конфлікт між «хочу» й «можу» породжує дуже сильну внутрішню напругу. Як від неї звільнитися, якщо не можеш ні піти від чоловіка, ні залишитися з ним? І тут на допомогу приходять захворювання, яке стає для жінки оправданням, вагомим аргументом: «Якби хоч я сама була здорова, я б пішла від нього». Тепер є дуже серйозна причина, що виправдовує її бездіяльність, перешкоджає тому, щоб прийняти відповідальність за майбутнє на себе, розірвати коло насильства й піти в невідоме, яке лякає ще сильніше, ніж обстановка знущання в сім'ї, у крайньому разі, ця обстановка гарно знайома, вже стала досить звичною, відомою: М. знає, як себе поводити, щоб чоловік менше знущався – треба нескінченно принижуватися, й тоді він дещо заспокоюється. Якщо ж забрати сина й втекти, то потрібно всю відповідальність за подальше життя взяти на себе, а це для неї досить складно.

Розглянемо ще один **приклад**. Він не є, на перший погляд, настільки яскравим. Об'єктивно ситуація не така вже й складна, абсолютно не жахлива. Але ми хочемо проілюструвати, що мають значення не тільки і, навіть, не стільки зовнішні обставини життя людини, скільки те, що відбувається у її внутрішньому, психологічному просторі.

Молодому амбіційному піаністу Ф., що прагне всесвітньої слави, не вистачає таланту й уміння наполегливо працювати. Він починає відчувати, що його мрії про

славу й очікування батьків і педагогів навряд чи зможуть здійснитися. Для Ф. це є болючим ударом по самолюбству. Як бути, що робити? І тут з'являється захворювання – гострий бронхіт. Це не симуляція – це справжня хвороба. У таких випадках вона може бути якою завгодно: гострим респіраторним захворюванням, мігренню, вегето-судинною дистонією, виразковою хворобою чи травмою пальця...

Безумовно, у даному випадку механізмом виникнення психосоматичної патології може бути соматизація тривоги. Але можливий й інший варіант: хвороба може стати просто прекрасним виходом з положення, адже вона виправдовує всі невдачі. Бронхіт, що виник безпосередньо перед конкурсом, просто «звалив з ніг» талановитого виконавця й не дав можливості отримати найвищі нагороди на конкурсі. А якщо він ще й дасть ускладнення – наприклад, матиме розвиток у бронхіальну астму – то тут взагалі проблему вирішено раз і назавжди! «Я б досяг таких висот!!! Але ж хвороба...».

У випадку з Ф. також має місце внутрішній психологічний конфлікт - між бажанням всесвітнього успіху, слави й відсутністю можливості отримати жадане. Цей приклад показує, що для того, щоб з'явилася вигода захворювання, людина не обов'язково повинна знаходитися в жахливій зовнішній ситуації – душевні страждання не меншої сили може викликати внутрішньоособистісний конфлікт навіть тоді, коли людина знаходиться у гарних, сприятливих умовах.

У цьому прикладі ми можемо спостерігати вже не тільки первинну вигоду, котра стала психологічною причиною захворювання, але й **вторинну вигоду**, яка буде його підтримувати.

Відомо, що коли людина починає хворіти, вона не тільки «вирішує» внутрішній психологічний конфлікт, полегшує напруження - у неї з'являються права, яких не було раніше. Прикладом може бути можливість не ходити на роботу або заняття, не виконувати якісь домашні обов'язки. До хворої людини ставляться менш вибагливо й з більшою поблажливістю. У цей час про неї починають піклуватися інші; нерідко вона, лише захворівши, може отримати увагу, турботу, співчуття, можливість відпочити, соціальні пільги чи фінансову підтримку.

Розглянемо **приклад**.

До психотерапевта звернувся батько 11-річної дівчинки Ю. Він розповів, що дочку останні півроку турбують порушення сну й часті сильні головні болі, з-за яких дитина змушена пропускати уроки в школі. Після обстеження, що призначив дитячий невролог, було встановлено діагноз: вегето-судинна дистонія. Повторні курси лікування не призвели до задовільного результату. Батько попросив направити дитину на консультацію до психотерапевта. Він, будучи уважним до дитини, помітив, що головний біль має певну регулярність і циклічність протягом тижня –

з'являється здебільшого по понеділках і четвергам. Розмова з дівчинкою допомогла розібратися в ситуації. З початку нового навчального року у її класі почала викладати англійську мову нова вчителька, що була надто вимоглива, несправедлива й деспотична. Вона могла собі дозволити принижати дітей і наодинці, і в присутності інших, неадекватно оцінювала їх знання, викликала страх і небажання йти на урок.

Які почуття можуть мати діти в таких ситуаціях? Тривогу, страх, приниженість, злість, пригніченість, безсилля щось змінити... Зрозуміло, що вони не хочуть йти на такий урок, але ж вони мусять! Що робити?

Різні діти поведуть себе по-різному: хтось може собі дозволити прогуляти урок, хтось буде демонструвати протестні реакції, огризатися вчителю, розмальовувати парти; дехто зовні буде виглядати чемним, але намалює вчительку у непристойному вигляді й познується над малюнком, щоб насолодитися помстою. Таким чином школярі прагнуть запобігти негативних емоцій або позбавитися від них. Але для Ю. були неприйнятні жодні з цих реакцій – вона була добре вихованою дівчинкою. А куди ж тоді подіти важкі почуття? Одним із механізмів їх переробки є соматизація – зменшення психічної напруги за рахунок появи соматичних порушень. З-за головного болю дівчинку відправили зі школи додому, і це допомогло їй уникнути приниження й страху. Це був прийнятний вихід зі складної ситуації. Але ж через декілька днів знову потрібно йти на урок англійської мови, правда, тепер підсвідомого Ю. вже добре відомо, як можна вирішити проблему так, щоб не викликати незадоволення батьків, вчителів і, в той же час, запобігти приниженню. Тепер головний біль з'являється регулярно по понеділках і четвергах.

Таким чином, виходить, що хворіти підчас вигідно. Хто не знає таких ситуацій, коли у шкільні роки напередодні вирішальної контрольної піднімалася температура або починалося гостре порушення роботи шлунково-кишкового тракту?

З цих прикладів може скластися враження, що кожна хвороба виникає як спосіб уникнути тієї чи іншої складної ситуації. Але так стверджувати не можна, хоча первинна й вторинна вигода захворювання можуть бути виявлені у хворих набагато частіше, ніж прийнято думати. До того ж, може скластися враження, що у складних життєвих обставинах людина симулює захворювання, лише прикидається хворою, та це, насправді, не так. Первинна й вторинна вигода, що первісно були виявлені З. Фрейдом при лікуванні хворих на неврози, мають місце й при самих різноманітних психосоматичних захворюваннях, які в клінічній практиці сприймаються лікарями як суто соматичні. І якщо при неврозах, які не мають будь-якої органічної патології і являються лише психічними розладами, можна було б припустити звичайну симуляцію, то при соматичних захворюваннях доказами їх істинності виступають дані об'єктивних і лабораторних методів дослідження.

**У якості прикладу** розглянемо випадок ніби то класичного соматичного захворювання – гострого бронхіту, що набув затяжного характеру.

В терапевтичний стаціонар запросили на консультацію психотерапевта до хворої К., 34 років. Діагноз: затяжний гострий бронхіт. К. знаходилася на лікуванні близько 1,5 місяців без задовільного результату. Всебічне обстеження не виявило причин того, чому хвора не одужувала. Зміна найновіших і найпотужніших антибіотиків, корекція стану імунної системи й інші заходи не дали позитивного результату. При цьому лікар помітив, що зміна тактики лікування кожного разу спочатку покращувала стан хворої, але він різко погіршувався перед тим, як її збиралися виписувати: знову підвищувалася температура, підсилювався кашель, збільшувалася кількість мокроти. Так повторювалося декілька разів, тому хвору направили на консультацію до психотерапевта.

Під час діагностичної бесіди й збирання анамнезу з'ясувалося наступне. К. працювала бібліотекарем в університетській бібліотеці, де робота була надзвичайно напруженою з-за постійного потоку студентів; до того ж, за 8 годин роботи їй доводилося переносити кілька сотень кілограмів книжок, тобто жінка на роботі дуже втомлювалася. При цьому вона мала двох дітей – 9 і 5 років, які потребували від неї багато уваги й часу. Чоловік напружено працював і приходив додому дуже пізно і вже не міг їй допомогти у домашніх справах. Півтора роки тому у матері К. стався інсульт і вона потребувала на допомогу дочки, при цьому слід враховувати, що мати жила в іншому кінці великого міста, і на дорогу до неї К. витрачала більше години. В іншому – протилежному – кінці міста жила свекруха, також стара й хвора жінка. К. щодня після роботи їздила один день до матері, другий день – до свекрухи. При цьому вона готувала їм їжу, прибирала, ходила в магазин, в аптеку й виконувала безліч інших справ, а потім приїжджала додому й займалася дітьми і домашніми справами. З її слів, вона почувала себе як білка в клесі – і хотіла б зупинитися, та не могла.

Протягом довгого часу жінка була перевтомлена й не виключено, що її імунна система була не в найкращому стані. Саме цим можна було б пояснити те, що її захворювання прийняло затяжний характер. Але імунограми були без будь-яких серйозних порушень, й до того ж, важливим був той момент, що ефект лікування погіршувався саме перед випискою.

У даному випадку хвороба допомогла вирішити внутрішньо-особистісний конфлікт між «хочу й можу», і в цьому полягає її вигода: з одного боку, К. потребувала на відпочинок, з

іншого боку, вона не могла його собі дозволити, оскільки повинна була окрім роботи, ще піклуватися про чоловіка, дітей і двох старих людей, не маючи ніякої підтримки.

Чи хотіла вона одужати? Зрозуміло, що хотіла – тому й звернулася до лікаря. Але одужання означало б повернення до стилю життя «білки в колесі», що виснажувало й не давало навіть найменшого часу на задовільнення власних потреб: відпочити, хоч колись подивитися телевизор чи зустрітися з подругою. Тому К., в той же час, «не хотіла» одужувати.

Одним з підтверджень того, що хвороба набула затяжної течії завдяки вигоді, був наступний момент. Запідозривши, що саме цей механізм підтримує захворювання, психотерапевт провів бесіду, у якій допоміг К. зрозуміти, що «відпочити» можна й іншим способом: було розглянуто, яку частину домашньої роботи можуть взяти на себе діти, у чому може хоч трошки допомогти чоловік, були знайдені брати й сестри, які могли взяти на себе частину турбот про старих жінок; лікар поговорив з чоловіком і пояснив, що його дружина потребує на допомогу і, час від часу, хоч якийсь відпочинок. Ці заходи допомогли хворій одужати.

Розглядаючи первинну й вторинну вигоду захворювання, слід чітко визначити, чим вони відрізняються від симуляції й агравації. Вигода захворювання не усвідомлюється хворою людиною і виникає не навмисно. Вона є результатом впливу психіки на процеси, що відбуваються в організмі. Її не можливо викликати вольовим зусиллям, як не можливо таким же чином і позбавитися.

**Симуляція** ж, навпаки, – це свідома поведінка, спрямована на імітацію захворювання чи окремих його симптомів з метою ввести в обман.

### **Приклади.**

В дитинстві дехто зі школярів, коли хотів прогуляти заняття «на законних підставах», натирав перцем під мишкою, зображував хворий вираз обличчя, йшов до медсестри, скаржився на те чи друге. Показання термометра сягали від 37, 2 до 40 градусів в залежності від ретельності й давності натирання. «Хворого» відправляли додому з рекомендацією викликати лікаря або навіть викликали швидку допомогу.

Іншим прикладом є абсолютно свідомі, навмисні дії призовника і його батьків, спрямовані на пошуки «захворювання», яке б допомогло юнаку запобігти служби в армії. Всім відомо, що заради цього можуть підроблятися медичні документи, ставитися неіснуючі діагнози й таке інше.

Симуляція може бути використана заради звільнення «за хворобою» з лав армії чи інших силових структур. Колишній військовослужбовець отримує при цьому певні пільги на все наступне життя.

**Агравация** – це також свідомо дія, але при агравации, на відміну від симуляції, дійсно має місце реальне захворювання, та хворий навмисно, заради якоїсь вигоди, перебільшує тяжкість симптомів, частоту їх виникнення, тривалість існування чи будь які інші показники.

#### **Приклад.**

Жінка, що спровокувала свого чоловіка на фізичну агресію, подала на нього заяву в міліцію з приводу побоїв (легкий струс мозку й декілька синців), свідомо перевищує скарги: головний біль після травми у неї, зрозуміло, не сильний, а просто нестерпний, запаморочення повторюються настільки часто, що вона відчуває себе абсолютним інвалідом; хиткість при ході виражена настільки, що вона не може пересуватися навіть по квартирі, тремтіння в тілі таке, що її просто колотить, вегетативні кризи повторюються так часто й так важко, що вона неодмінно потребує на постійну присутність іншої людини, що буде за нею наглядати «на всякий випадок». Свідомою метою жінки є намір відправити свого чоловіка у в'язницю на якомога довший термін і отримати від нього якомога більшу фінансову компенсацію «за лікування», і перебільшення наслідків травми допоможе їй в цьому.

Нерідко агравують хворі, що намагаються отримати або зберегти на якомога довший термін групу інвалідності. Іноді агравують діти, щоб відчувати увагу батьків або отримати дозвіл не йти до школи. Нерідко перебільшують свою безпорадність, навпаки, батьки, особливо у прихильному віці, щоб відчувати хоч якусь увагу дітей. Зловживати захворюванням можуть співробітники, коли їм необхідно позбутися необхідності виконувати якусь роботу або отримати дозвіл раніше піти з роботи – ситуацій, де можна помітити агравацию, існує безліч.

Ми розглянули поняття й явища первинної й вторинної вигоди захворювання, відокремили їх від понять симуляції й агравации. Чому ми так ретельно зупиняємося на цих питаннях? По-перше, тому що у випадках, коли мають місце вказані явища, хворого не можливо або майже неможливо вилікувати, найкращі спроби його медичного відновлення **не принесуть очікуваних результатів.**

#### **Приклади.**

Ще в 1972 році Brown і Rawlinson встановили, що навіть після операцій на серці вихід з «ролі хворого» залежить не від складності оперативного втручання і не від тяжкості стану; має значення лише схильність до прийняття ролі хворого. Особи, що не схильні до такої ролі, не мають до неї мотивації, легше й скоріше повертаються до звичайного життя.

Підтверджує неможливість відновлення інвалідів, що мають вторинну вигідність захворювання, наступна ситуація, описана В.М. Лейбіним.



Одного разу група російських лікарів була вражена тим, що товариство сліпих відхилило їх благодійну пропозицію зробити безкоштовні операції їх членам, щоб повернути зір. Операція практично не несла ніякого ризику життю й здоров'ю, її методика мала міжнародне визнання, але майже всі члени товариства відмовилися від неї. Причиною було те, що люди звикли бути сліпими, пристосувалися до своєї недуги й мали вторинну вигоду від захворювання у вигляді певних психологічних, соціальних і фінансових пільг. Жити по-іншому вони вже не вміли, не могли. Якби зір повернувся, вони повинні були б багато що змінити в своєму житті: в повній мірі самостійно забезпечувати себе фінансово, позбавитися пільг, знайти роботу, зуміти змінити стиль життя й навчитися по-іншому будувати стосунки з людьми...

Другою причиною нашої пильної уваги до питань, що розглядаються, є те, що вигода захворювання зустрічається **досить часто** не тільки при граничній психічній патології, але й при психосоматичних захворюваннях, і, навіть, у відновному періоді після травм.

Досвідчені лікарі досить добре можуть розгледіти симуляцію й агравачію, але мало які лікарі хоча б взагалі знають про первинну й вторинну вигоду хвороби (які мають характер неусвідомлених хворим психічних процесів), і лише частина з них пам'ятає про роль психіки у виникненні й підтримці існування захворювань й проявляє пильність у цьому питанні. Це підтверджується тим, що нерідкими є випадки, коли хворі **лікуються місяцями й роками**, консультуються у найкращих спеціалістів, але не отримують задовільних результатів і їм навіть у таких ситуаціях не рекомендують звернутися до психотерапевта чи медичного психолога. Та навіть коли лікар враховує роль психіки у виникненні й підтримці захворювання, постає інше питання: як виявити вигідність захворювання? На жаль, не існує будь-яких стандартизованих, визнаних методик психологічного тестування, що допомогли б встановити цей механізм етіології й патогенезу.

Щоб запідозрити вигідність захворювання, потрібно ретельно збирати анамнез хвороби й сімейний анамнез пацієнта, розпитувати його не тільки про захворювання, а й про те, в яких умовах він живе, який має психологічний клімат на роботі і вдома, які серйозні стреси, проблеми виникали у нього незадовго до початку захворювання (від кількох днів до останніх двох-трьох років), чи по'язані у часі загострення, рецидиви хвороби зі складними подіями у житті й таке інше.

#### **Про ймовірність вигоди захворювання свідчать:**

1. Випадки, коли діагноз приходить «натягувати», тому що захворювання значно відрізняється від так званого класичного, «студентського» і виникають хоч якісь сумніви у правильності діагнозу.

2. Мала ефективність лікування, особливо коли повторна зміна тактики терапії не дає задовільних результатів.

3. Перехід гострих захворювань у хронічні, часто рецидивуючі, особливо у випадках, коли для цього, здавалося б, немає вагомих підстав, як, наприклад, шкідливих умов праці, важких супутніх захворювань, залежності від алкоголю, наркотиків чи речовин, прирівняних до них, несприятливої спадковості тощо.

### **Тактика лікаря.**

Першим кроком, після того як лікар запідозрив вигідність захворювання, повинна бути його спроба звернути увагу хворого на зв'язок між захворюванням і тими чи іншими психологічними (чи соціально-психологічними) проблемами. Оскільки лікар здебільшого має авторитет в очах у хворого, останній, скоріше за все, прислухається до його порад. Цілком можливо, що така розмова зможе підштовхнути хворого до того, щоб почати щось змінювати у своєму житті. Але часто у лікаря не вистачає часу й спеціальних знань зі сфери психології й психотерапії, і він не може допомогти пацієнту. В такому разі слід його орієнтувати на те, щоб він звернувся за професійною допомогою до психолога чи психотерапевта. Найсприятливішою є ситуація, коли в лікарні, поліклініці чи санаторії є такий спеціаліст, але так буває не завжди, особливо у маленьких містах і селах. Та людина у теперішній час у переважній більшості випадків може знайти якусь іншу можливість, щоб потрапити до потрібного спеціаліста.

Це інколи потребує від неї певних зусиль, та вона на них зважиться, якщо буде добре розуміти, навіщо їй їх витратити. І в більшості випадків саме лікуючий лікар може переконати хворого звернутися за психологічною чи психотерапевтичною допомогою.

Перешкодою може стати ще й сьогодні досить поширена уява деяких людей, що до психолога звертаються тільки слабкі, що всі проблеми потрібно вирішувати самотужки, що до психотерапевтів йдуть лише психічно хворі люди... Та якщо лікуючий лікар правильно пояснить, навіщо хворому психотерапевт, розвіє його сумніви й страхи, то, скоріше за все, пацієнт все-таки зважиться на те, щоб звернутися до спеціаліста.

Розглянуті явища вигоди захворювання, симуляції й агравації зустрічаються досить часто в медичній практиці лікаря. Вони є однією з причин низьких показників ефективності лікування й реабілітації. Первинна вигода є одним із прихованих джерел захворювання, а вторинна сприяє хронізації патологічного процесу й, навіть, інвалідизації хворих. І все це свідчить про вагомий роль психіки у виникненні й перебігу захворювань і звертає увагу на необхідність доповнення соматичного лікування психотерапією чи наданням психологічної допомоги заради вирішення складних життєвих ситуацій і внутрішньоособистісних конфліктів, що призвели до хвороби й підтримують її.

## Література

1. Ахмедов Т.І. та ін. Керівництво з немедикаментозної реабілітації та психотерапії хворих у психоневрології: Навч. Посібник. – Х.: ВАТ «Видавництво «Прапор», 2007. – 524 с.
2. Григорьева В.Н. Психосоматические аспекты нейрореабилитации. Хронические боли. – Н. Новгород: Из-во Нижегородской гос. Медицинской академии, 2004. – 420 с.
3. Психология здоровья: Ученик для ВУЗов / Под ред. Г.С. Никифорова. – СПб: Питер, 2003. – 607 с.
4. Психосоматика: взаимосвязь психики и здоровья. Хрестоматия / Сост. К.В. Сельченков. – Мн.: Харвест, 1999. – 640 с.
5. Сидоров П.И., Соловьев А.Г., Новикова И.А. Психосоматическая медицина. – М.: «МЕДпресс-информ», 2006. – 568 с.