

28. *Мясищев В.Н.* О потребностях как отношениях человека //Ученые записки ЛГУ. – 1956. – № 214. – С. 8. – (Серия“Психология и педагогика”).
29. *Педагогическая энциклопедия.* В 4-х томах. – М.: Сов.энциклопедия, 1964. – Т. 1. – 831 с.
30. *Петровский А.В.* Введение в психологию / Под общ.ред. проф. А. Петровського. – Москва: Издательский центр «Академия», 1996. – 496 с.
31. *Половникова Н.А.* О воспитании познавательной самостоятельности. - Казань: Тат книг издат, 1968. - 197 с.
32. *Рубинштейн С.Л.* Основы общей психологии.-СПб.: Питер, 2005.-713 с.
33. *Сирота Г.В.* Воспитание познавательной активности учащихся учебными творческими заданиями: Автореф. дис. ...канд. пед. наук: 13.00.01 / Минск.гос. пед. ин-т им. А.М.Горького. - Минск, 1987. - 17с.
34. *Скрипченко О.В., Падалка О.С., Скрипченко Л.О.* Психолого-педагогічні основи навчання. - К.: Український Центр духовної культури. 2003.- 328 с.
35. *Усандро А.А.* Динамические модели как средство активизации познавательной деятельности учащихся: Автореф. дис. ... канд. пед. наук: 13.00.01 / Минск.пед. ин-т им. А.М.Горького. - Минск, 1992. -18с.
36. *Харламов И. Ф.* Как активизировать учение школьников. -Минск: Народная асвета, 1975. -208 с.
37. *Шамова Т.И.* Активизация учения школьников.-М.:Педагогика,1982.-208 с.
38. *Шаров Ю. В.* Психолого-педагогические условия развития у учащихся многосторонних интересов в едином педагогическом процессе // Формирование духовных потребностей школьников (очерки практической педагогики). – Новосибирск, 1976. – С. 220 – 232.
39. *Школьник Г. И.* К проблеме формирования потребности в знаниях у учащихся // Воспитание у учащихся познавательной активности. – Волгоград, 1971. – С.3 – 16.
40. *Щукина Г. И.* Активизация познавательной деятельности учащихся в учебном процессе. - М.: Просвещение, 1979. - 160 с.

Стаття посвящена изучению понятия познавательной активности, пониманию природы ее возникновения и развития в современной психолого-педагогической литературе. Рассматриваются общие факторы, влияющие на активность личности.

Article is devoted to the study of essence of cognitive activity, understanding the nature of its origin and development in modern psychological and pedagogical literature. Disclosed the general factors that affect on the individual's activity.

Статтю подано до друку 17.06.2013.

© 2013 р.

А. В. Зінченко (м. Київ)

РОБОТА З СІМ'ЄЮ ЯК НЕОБХІДНА УМОВА УСПІШНОЇ ПСИХОТЕРАПІЇ В ПРОЦЕСІ СОЦІАЛЬНОЇ АДАПТАЦІЇ ХВОРОГО НА ЕПІЛЕПСІЮ

Сучасний стан епілептичної науки та практики засвідчує зміну розповсюдженої у середині ХХ століття думки, що епілептичнохвора людина відноситься до групи інвалідів, повністю залежать від оточення та не повинна навіть навчатися у загальноосвітніх навчальних закладах [7]. Однак, не зважаючи на актуальність впровадження у систему психоневрологічної

допомоги людям психосоціальних заходів, безліч питань залишається поки що недостатньо вивченими. Саме тому особливого значення набувають розробки індивідуальних та групових програм психосоціальної допомоги хворим на епілепсію, зокрема, з урахуванням психологічних механізмів соціальної адаптації [1; 5; 6; 8; 9].

Робота з сім'єю є необхідною умовою успішної психотерапії в процесі соціальної адаптації хворого і є невід'ємною його частиною. Встановлено, що дефекти виховання більшою мірою зумовлюють девіантну, психоподібну поведінку хворого, появу асоціальних, утриманських тенденцій. На думку О.І. Болдирєва [3], в домашніх умовах якнайбільше розкриваються можливості соціальної адаптації хворих, їх якість життя, ставлення до оточуючих.

Психотерапія епілепсії в нашій програмі носила комплексний характер і поєднувалася з соціально-психологічною підтримкою оточуючих хворої людини (родичів, співробітників стаціонару). Методами роботи з сім'єю хворого були: групові лекторії, де пояснювалася специфіка протікання та можливих ускладнень хвороби, можливості адаптаційного режиму хворих, у тому числі – соціального; індивідуальні консультації. Як засвідчили результати нашої роботи, родичів цікавлять питання причин та перебігу хвороби, ускладнень у зв'язку з хворобою, поведінка хворих під час нападів, їхні можливості вступати у шлюб, народжувати дітей. Значна частина питань стосується лікарського, перш за все, державного забезпечення, можливості отримати інвалідність тощо.

Родичам хворих пояснювалося, що, крім невротичної реакції власне на хворобливий стан, обумовлений преморбідними (до хвороби) особливостями особистості, у людини розвивається астенізація і підвищена стомлюваність у результаті патогенної дії конкретного захворювання. Вона супроводжується підвищеною психологічною напруженістю, яка не дозволяє хворому адекватно реагувати на додаткові психогенні впливи. Змінюється емоційний стан, що впливає на його суб'єктивне ставлення до дійсності. За дослідженнями Ю.О. Олександровського [2] та О.І.Болдирєва [4] найчастіше при цьому спостерігаються страх, туга, лабільність настрою, депресія.

Психотерапевтична, просвітницька робота з близькими епілептичнохворої людини була спрямована на пояснення змін що часто роблять характер людини нестерпним. Хворі на епілепсію часто не рахуються ні зі станом інших, ні з їхнім часом, ні з їхніми переживаннями та потребами. На фоні зниження інтелекту часто притупляються емоції, відбувається зниження поваги, співчуття, чуйності. Звертають на себе увагу прискіпливість, протистояння, прагнення зробити все по-своєму. Загрозу для особистості епілептика та його оточення можуть мати сумеречні стани, що виявляються після сильного судомного нападу або серії нападів. Якщо в стані оглушення хворий не представляє небезпеки, то при сумеречному стані вони можуть здійснювати агресивні дії, утікати, здійснювати підпали тощо. У сумеречному стані хворі на епілепсію, зазвичай, не орієнтуються в оточенні. Крім того, що вони можуть представляти джерело небезпеки, також можуть стати і жертвою нещасного випадку. Після нападів краще утримуватися від виходів на вулицю або супроводжувати хворого в цих прогулянках.

Спокійна обстановка в сім'ї для хворого на епілепсію є важливою умовою успішного лікування. Причому спокій не повинен перетворюватися у жалість, потурання, постійний нагляд, заборони або контроль. Останні можуть негативно вплинути на появу та закріплення небажаних проявів. Хворий потребує, перш за все, психологічної підтримки, щоб не залишатися наодинці з проблемою. Близьким варто усвідомити, що хвороба родича - не привід замкнутися і відсторонитися від людей. Варто надати йому підтримку та стимулювати суспільні та інтелектуальні інтереси.

Інколи хворі стикаються або з надмірною байдужістю, холодністю до ворожості, або з надмірною поблажливістю, увагою, особливо в дитячому та підлітковому віці. І те, й інше може спричинити погіршення особистісного розвитку до появи улесливості, з одного боку, та агресії, дисфорії, з іншого. Реакції можуть варіюватися від вибуховості до застрягання на дрібних образах. Причому через особливості мислення вони не диференціюють серйозну образу від дрібного непорозуміння, а тому можуть наносити важкі ушкодження іншим людям, навіть фізичні, через незначну дрібницю.

Позитивним моментом групових заходів з рідними та близькими епілептичнохворих стало їх знайомство один з одним і можливість підтримувати один одного у тих питаннях, що їх турбують.

Під час індивідуальної роботи з сім'єю об'єктом консультування була сім'я як ціле, та окремі її члени. При індивідуальному консультуванні батьків та родичів хворого завданнями консультанта стало:

- доведення до відома сім'ї індивідуальних можливостей адаптаційного процесу хворого родича;
- привертання уваги батьків, чоловіка чи дружини до того, що їх фізичне і психічне здоров'я тісно пов'язане зі здоров'ям та психологічним станом їхніх родичів;
- допомога в усвідомленні родичами, що дотримання ними здорового способу життя (повноцінний сон, правильне харчування, оздоровчі заняття, прогулянки на свіжому повітрі) позитивно впливає на настрій і психічне здоров'я їхніх хворих дітей та родичів;
- допомога у прийнятті та усвідомленні ними своїх почуттів, навіть негативних (батьки часто поводяться надто стримано в прояві переживань, оберігаючи своїх дітей, а це погіршує їхній стан);
- допомога батькам у позбавленні відчуття провини за хворобу дитини;
- переконання у необхідності дотримуватися хворому родичу лікувального медикаментозного режиму, що є запорукою зниження нападів, і здійснення ними допомоги у дотриманні цього режиму;
- допомога родичам у здійсненні адекватної підтримки хворого з метою уникнення «культу хвороби» і повної підпорядкованості усім забаганкам хворого, з одного боку, і зневаги, відсторонення, байдужості, з іншого.

Батькам доводили, що щаслива дитина може бути у щасливих батьків, а спокійні, гармонійні, врівноважені та терплячі батьки здатні ефективніше справлятися з проблемами епілептичнохворої дитини. Батькам та іншим родичам пояснювалося, що не варто прикидатися, ніби немає образи, гніву, провини; не треба замикатися у своєму горі, а варто знайти співрозмовників для обговорення своїх переживань. Цими людьми можуть стати спеціалісти (лікарі-епілептологи, психологи, психотерапевти), рідні та близькі, що розуміють та підтримують, родичі людей з подібними проблемами тощо. Як співрозмовника рекомендували родичам використовувати щоденник, що сприяє зменшенню напруги при звільненні негативних почуттів, розкриттю творчого потенціалу, кращому розумінню себе і своїх стосунків з рідними.

Значні емоційні навантаження на родичів хворого через зміни його особистості (збільшення агресивності, роздратованості, в'язкість, застрягання) припускають необхідність допомоги їм у розвитку навичок самопомоги і саморегуляції. З цією метою використовували аутотренінг, релаксаційні, арт-терапевтичні методики (ізотерапію, музикотерапію, фототерапію), ароматерапію тощо.

Однією з розповсюджених сімейних проблем хворого на епілепсію є конфлікти між членами сім'ї. У цих сім'ях частими є розлучення, викликані неблагополучною ситуацією у зв'язку з хворобою родича. Найчастіше за індивідуальною допомогою до психолога звертаються

матері (якщо хвора дитина) або жінки (якщо хворий чоловік). Чоловіки набагато рідше звертаються до фахівців. Їм складніше розкриватися, говорити про свої переживання, визнавати свою безпомічність у деяких питаннях. Способами психологічного захисту для них є занурення у роботу, хобі (спорт, комп'ютерні ігри, рибалка тощо), можлива алкоголізація.

У цілому консультативна робота з батьками та родичами хворого була спрямована на їхню психологічну підтримку, підвищення самооцінки, формування позитивної Я-концепції.

В окремих випадках психологічна допомога торкалася і проблем здорової дитини, якщо інший родич (брат, сестра, батько, мати) хворий. Такі діти можуть переживати почуття самотності у зв'язку з замкнутим життям сім'ї, неможливістю запрошувати у дім друзів. У таких випадках рекомендували батькам виділяти окремо час для спілкування і спільних справ зі здоровою дитиною, зрозуміло і доступно пояснити особливості хвороби та стану хворого. Можливе проведення сімейної ради з обговоренням і розумним розподілом домашніх обов'язків. Така робота спрямована на забезпечення можливості спілкування здорової дитини з однолітками.

Для хворих можуть стати корисними спілкування та взаємодія з тими, хто має подібні проблеми зі здоров'ям, поза лікувальним закладом. Особливо це стосується молоді, яка часто уникає контактів зі здоровими однолітками. Батьки можуть сприяти і заохочувати ці зустрічі.

Проблемою членів сім'ї хворого може стати їх відчуженість від захворілого родича. Специфіка хвороби може сприяти виникненню страху, почуттю сорому. Родині часто доводиться перебудовувати спосіб життя у зв'язку з хворобою одного з членів, обмежувати соціальні контакти, забувати про вільний час та відпочинок. У таких випадках просвітницька робота дозволяє отримати впевненість, долаючи байдужість або безпідставний сором. При організації сімейного дозвілля та розподілі обов'язків рекомендували не виключати хворого з них і визначати ступінь його участі у відповідності з наявними можливостями. Важливо, щоб в сім'ї не створювався «культ хвороби», а самовідданість не перетворювалася на самопожертву. У деяких випадках необхідна корекція референтних установок.

Психоосвітні програми для родичів також містили блок питань про можливості самостійного витрачання хворими грошових коштів не тільки на побутові речі, але й на лікувальні протиепілептичні засоби.

Ефективною формою роботи з сім'єю стала їх активізація на створення відповідних батьківських або родинних асоціацій, де вони могли б об'єднуватися для надання допомоги (моральної, матеріальної) тим, хто її особливо потребує. Обмін досвідом, контакт з людьми, які мають аналогічні проблеми, їх психологічна підтримка дозволяють родичам хворих позбутися відчуття самотності, безвихідності, незахищеності. Виникає впевненість у своїх силах, розуміння, що вони не самотні; відбувається краще усвідомлення своїх проблем, полегшуються пошуки адекватніших варіантів вирішення проблем. Допомога іншим дозволяє відчути себе сильнішим, надає впевненості, відступає самотність.

Отже, далеко не всі сім'ї епілептичнохворих людей будь-якого віку можуть самостійно справитися з постійними соціальними, медичними та психологічними проблемами, а тому психологічна допомога сім'ям хворих є необхідною умовою успішної соціальної адаптації таких хворих.

Можна виділити *три напрямки* роботи з сім'єю:

1. *Когнітивний напрям* передбачає просвітницьку роботу з проблем, пов'язаних з навчанням, лікуванням, працевлаштуванням хворого родича; інформування та обговорення індивідуальних особливостей родича, його стану та особистісних та інтелектуальних змін, пов'язаних з хворобою, в наслідок чого відбувається підвищення рівня батьківської компетентності і розуміння потреб хворого його родичами; інформування про характер

захворювання, його вплив на людину і формування адекватного ставлення до людини, яка захворіла. Знання про захворювання сприяють виробленню нових копінг-стратегій з хворобливими проявами. Родичі, які володіють інформацією про хворобу менше схильні до паніки при погіршенні стану родича і висувають до нього адекватні вимоги. Медикаментозне лікування стає більш ефективнішим при обізнаності родичів про можливі наслідки його припинення або нерегулярність вживання.

2. *Емоційний напрямок* включає: корекцію емоційного стану сім'ї; ослаблення стресу, пережитого сім'єю; зниження рівня тривожності її членів; роботу з емоційними реакціями (гнів, страх); корекцію почуттів батьків та інших родичів, викликаних наявністю хвороби у дитини (почуття неповноцінності, сорому, провини, самотності).

3. *Поведінковий напрямок* включає: корекцію неадекватних поведінкових реакцій членів сім'ї; корекцію дитячо-батьківських стосунків; розвиток комунікативної та конфліктної компетентності; активізацію особистісних ресурсів членів сімей хворих, формування спрямованості на пошук вирішення сімейних проблем. Спільна розробка системи конкретних заходів допомоги або рекомендації з приводу оптимального трудового навантаження, режиму дня, особливо коли хворий не працює, не навчається зумовлює запобігання можливих девіацій хворого (алголізації, дармоїдства, асоціальних вчинків).

Найбільш затребуваними запитами психологічної допомоги з боку сім'ї хворого є:

- проблеми сімейних стосунків як з хворим, так і між собою;
- соціальна депривація сім'ї (часто через свідоме обмеження соціальних контактів);
- створення сім'ї хворими людьми та народження в цих сім'ях дітей;
- підкріплення самооцінки та впевненості у власних силах;
- вирішення конфліктних ситуацій;
- опанування ефективними копінг-стратегіями у подоланні стресових ситуацій, викликаних перебігом хвороби родича;
- знаходження власних стресостійких ресурсів.

Як засвідчує досвід роботи з сім'ями, універсальних рекомендацій у роботі не існує. Кожна сім'я потребує індивідуального підходу і ретельного вивчення сімейного анамнезу.

Наприклад, мати хворого К. (20 років, діагноз - симптоматична епілепсія, тривалість хвороби чотири роки) звернулася за допомогою щодо підвищення мотивації до навчання сина, який постійно намагається уникати навчального процесу, схильний до обману, дармоїдства, інколи зловживає легкими алкогольними напоями (пиво). У процесі роботи з'ясувалося, що поява хвороби (травматичного ґенезу) зумовила зміну ставлення до дитини з перевагою поблажливості, поступливості з боку батьків. Відчуття вини з боку матері спровокувало зміни в поведінці сина у бік його деструктивного свавілля у сім'ї. Режим прийому лікарських засобів не дотримувався, що погіршувало синдромальну епілептичну симптоматику до появи вторинних генералізованих нападів. Батько відчував себе безпомічним у ситуації і переклав усю відповідальність за здоров'я та виховання сина на матір. Робота проводилася індивідуально. Роз'яснювальний блок програми дозволив матері адекватніше сприймати ситуацію та себе. Раціонально-терапевтичні бесіди дозволили знизити відчуття безпорадності, підвищити самоставлення жінки, відчутти віру у власні сили. Психологічне усунення повної відповідальності за перебіг хвороби сина, яку брала на себе жінка, дозволило конструктивніше почати взаємодіяти у сім'ї, що збільшило повагу до неї її чоловіка і хворого сина. Введення розподілу обов'язків та відповідальності поліпшило психологічний клімат у сім'ї, знизило напругу, зменшилися конфлікти, скандали. Мати хворого відмітила, що зі зростанням її самоповаги, зменшилися негативні прояви з боку сина, які він міг собі дозволяти раніше (образи, грубість). Підвищення контролю над прийомом протиепілептичних заходів спочатку з її боку поступово

перейшло у самоконтроль з боку хворого сина. Відмічено, що усвідомлення нею проблем дозволило змінити деструктивні способи взаємодії з сином, які не були ефективними. Нарешті, спокійніша обстановка в сім'ї, знецінення «культу хвороби» і перетворення її у піклування, розуміння, підтримку змінило ставлення хворого хлопця до навчання, що зумовило поліпшення рівня його соціального становища. Психотерапевтична робота з сім'єю тривала протягом трьох місяців з періодичністю у 2-3 зустрічі. У роботі брала участь переважно мати хворого, декілька зустрічей були з сім'єю у повному складі.

Хворий Б., 28 років, симптоматична епілепсія нейроінфекційного ґенезу (хворіє з дворічного віку). Одружений, має двох здорових дітей. Жінка звернулася за допомогою стосовно несприятливого клімату у сім'ї. Чоловік може дозволяти грубість, інколи вживає алкоголь. Спостерігаються часті зміни настрою, дистимія, дисфорія. На фоні нерегулярного прийому ліків погіршується фізичний стан (часті головні болі), збільшується частота генералізованих нападів. Порушення трудової дисципліни призводить до постійних нарікань з боку керівництва і загрози позбутися роботи, а отже заробітку. Жінка Б. хвилюється за чоловіка та за дітей. Значну частину сімейних клопотів вона взяла на себе, але останнім часом відчуває роздратованість на чоловіка, яка змінюється жалістю і відчуттям провини. Робота з самооцінкою дружини Б., підвищення ресурсів стресостійкості, зміна неефективних копінг-стратегій (запобігання, гнів, жалість та саможалість) ефективнішими (розуміння, підтримка, звертання за допомогою к іншим, уміння розслаблятися, знаходження способів спільного проведення часу сім'єю, яке усім приносить задоволення), збільшення самоповаги покращили психологічний клімат у сім'ї, знизили дію самостигматизації, відгородженості сім'ї від соціального життя. Знайомство у відділенні з людьми, що переживають подібні труднощі, дозволило завести нові знайомства й отримати психологічну підтримку. Жінка взяла на себе контроль за прийомом протиепілептичних засобів чоловіком, а звернення до лікаря психотерапевта та отримання спеціального психофармакологічного лікування покращило загальне самопочуття хворого. Ці заходи сприяли поліпшенню трудової дисципліни та усунули загрозу звільнення.

Хворі на епілепсію потребують психокорекційної допомоги в процесі соціальної адаптації, оскільки навіть тимчасова соціальна чи трудова дезадаптація цих пацієнтів, викликана періодичним хворобливим станом і повторною госпіталізацією, може призводити до порушення соціального розвитку особистості.

Література

1. *Актуальні проблеми соціально-реабілітаційної психіатрії в Україні* / Є.М.Горбань, І.Й.Влох, М.В.Маркова, Б.В.Михайлов, С.І.Табачников, В.В. Чугунов // *Медицинские исследования.* – 2001. – Т. 1, Вып. 1. – С. 6–8.
2. *Александровский Ю.А.* Пограничные психические расстройства / Ю.А. Александровский. М., – 2000. – 284 с.
3. *Болдырев А.И.* Семейное положение больных эпилепсией / А.И. Болдырев // *Журн. неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова.* – 1986. —Т. 86, № 6. –С. 829–833.
4. *Болдырев А.И.* Психические особенности больных эпилепсией / А. И. Болдырев. М. : Медицина, 2000. – 384 с.
5. *Добряков И.* Семейный диагноз и семейная психотерапия. / Добряков И., Никольская И., Эйдемиллер Э. — СПб.: Речь, 2006.
6. *Курило В.О.* Система психотерапії та психопрофілактики сімейної дезадаптації в осіб із розладами особистості. *Медична психологія*, Том 6 № 4 (24) 2011, –С.55–59

7. Манухина Н. М. Системная семейная психотерапия соматических больных в период их госпитализации. // Семейная психология и семейная терапия. – 2000. – №2, С. 15—20.
8. Психотерапия при эпилепсии. - [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://medicalplanet.su/neurology/702.html>
9. Принципы терапии больных эпилепсией с психическими нарушениями / Э. А. Максимова и др. // Современные методы лечения эпилепсии : материалы Рос.науч.-практ. конф. – Смоленск, 1997. – С. 40.
10. Смирнов В. Е. Психотерапия при эпилепсии. Руководство по психотерапии. / – Т.: Медицина, 1979.– 620 с.
11. Чайка Ю.Ю. Помощь пациентам, страдающим эпилепсией. / Ю.Ю.Чайка. [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://www.nedug.ru/library/>

В статье рассматриваются вопросы поисков путей и средств улучшения социально-психологической адаптации людей, страдающих эпилепсией. Акцентируется внимание на индивидуальных и групповых формах работы из семьями больных на эпилепсию.

This article devoted to the question of finding ways and means of improving social – psychological adaptation people who suffer with epilepsy , with help of social- psychological support people, who surrounds sick person. Emphasizes attention on individual and group forms of work with families' person, who suffers with epilepsy.

Статтю подано до друку 03.05.2013.