

mutual relations in professional activity, strengthening the ethical standards of the international business. The technique of measurement of efficiency of training program proposed and results of its approbation are described. The expediency of its introduction into system of improvement of entrepreneurs' professional skill is proved.

Статтю подано до друку 15.11.2013.

© 2013 р.

А. В. Зінченко (м.Київ)

ОСОБИСТІСНІ ЗМІНИ ТА НАВЧАННЯ ХВОРИХ НА ЕПІЛЕПСІЮ

Епілепсія та епілептичні синдроми є одними з найбільш поширених захворювань нервової системи. Поширеність епілепсії у більшості країн Європи становить 80-230 випадків на 100 тис. населення. В Україні на епілепсію страждають в середньому 50-73 особи на 100 тис. населення. Епілептичнохворі постійно стикаються з проблемами у різних сферах життєдіяльності. Хвороба, як правило, супроводжується обмеженням здатності до навчання, самообслуговування, порушенням мотиваційно-вольових компонентів особистості, що призводить до зниження можливості контролювати свою поведінку.

Серед факторів формування особистісних змін епілептичнохворих мають значення особливості преморбіда. О.І.Болдирев вказує на наявність цілого континууму психічних змін, де на одному полюсі знаходяться психічні відхилення, обумовлені різноманітними психогенними, супутніми соматичними захворюваннями, побічною дією лікарських засобів, а на іншому – психічні зміни, викликані безпосередньо хворобою. Між ними існують різноманітні проміжні поєднання та варіанти [2].

Як відмічалося О.І. Болдиревим [1; 2], у хворих на епілепсію вже на ранньому етапі захворювання і, навіть, в продромальній стадії спостерігається астенія, переважає її гіперстенічний варіант з послабленням активного, тобто внутрішнього, гальмування. На цьому фоні формуються застійні вогнища збудження, які лежать в основі різноманітних форм пароксизмів.

У зв'язку з послабленням внутрішнього гальмування з'являється потреба в захисному, охоронному гальмуванні – гіперсомнії, яка відзначається у 60% хворих. Поряд з підвищеною потребою охоронного гальмування виразно спостерігається і легкість виникнення цього гальмування.

У розгорнутій стадії епілепсії, перш за все, страждають два показники, які лежать в основі психічної діяльності: швидкість протікання основних нервових процесів та їх рухливість. У результаті цього спостерігається їх сповільненість та інертність.

Інертність стосується також майже всієї психічної діяльності: уваги, мислення, емоцій, інтелекту, звичок, різних сторін поведінки, способу життя та складеного стереотипу. Звідси застрягання уваги, асоціацій, переживань, вражень, важка рухливість мислення, образливість, злопам'ятство, відсутність інтелектуальної рухливості, важкість у переключенні з однієї форми діяльності на іншу, стабільність (константність) звичок, потягів, поведінки, життєвого стереотипу.

При довготривалому протіканні захворювання сповільненість стосується загальної моторики, рухів, ходи, мислення, мовлення – майже усієї психічної діяльності. Сповільненими є всі переходи від одного виду діяльності до іншого, від однієї теми бесіди до іншої, від активності до

сну, від сну до активності та ін. Сповільненими стають фізіологічні процеси (повільна їжа, тривалий ступ) [1].

Проте, на думку вчених, було б помилково вважати, що всім хворим на епілепсію властива сповільненість та інертність психічних процесів. Існують хворі досить і, навіть, надзвичайно рухливі. Це властиво переважно тій частині хворих, що страждають в основному з дитинства протягом багатьох років, з вираженими змінами особистості.

В епілептичній астенії, що з'являється на початку захворювання, розрізняють два види симптомів: первинні, пов'язані з основним патологічним процесом, та вторинні, які є наслідком реакції особистості на зміну, яка у ній відбулася. На думку О.З. Голубкова, роздратованість хворих на епілепсію викликана не стільки зниженням порогу чутливості на зовнішні подразники, скільки астенічним станом. Почуття власної меншовартості, ущербності, з одного боку, та специфічне астенічне зниження порогу збудження, з іншого, веде до нездатності особи хворого стримувати себе. Наростаюча асенізація особистості позначається і в симптомах в'язкості, поєднавши в собі дві основні ознаки: утруднення в протіканні психічних процесів та моторних проявів особистості, що наростає; схильність до «топання» на одному місці з характерними докладністю та порожнім багатослів'ям хворих. Обидві ці ознаки свідчать про значне зниження психічної енергії та активності, зниження того запасу довільної активності, яке дозволяє людині швидко змінювати свої психічні установки та забезпечувати цим багатство психічних реакцій у співвідношенні з умовами навколишньої дійсності, що постійно змінюються [4].

У розгорнутій стадії захворювання психічні особливості хворих відрізняються більшим різноманіттям особистісних характеристик. Зокрема, О.І.Болдирєв відмічає: «Ми бачили різних хворих: добрих та жадібних, правдивих та брехливих, спокійних та тих, що знаходяться майже в постійному афективному напруженні, улесливих, догідливих та злобних, агресивних, зі зниженою статевою потенцією та гіперсексуальних, виконавчих, слухняних та грубих, недобррозичливих; хворих, які одразу ж виконують все, про що їх попросиш і тих, хто постійно сперечається, акуратних і надзвичайно неохайних. Зустрічались хворі з негативізмом, шизоїдними та істероїдними рисами особистості, з коливанням інтелектуальних здібностей в діапазоні від невгамовної геніальності до глибокого недоумства» [1, с. 134].

Крім характерологічних змін особистості та поведінки значна увага дослідників приділяється змінам в інтелектуальній сфері хворих. Так, Є.Крепелін (1910) основними в структурі деградації хворих на епілепсію вважав обмеженість, сповільненість мисленневих процесів, послаблення пам'яті. Певні суперечності у характері епілептичного мислення знаходили А.Н.Залманзон і С.І.Скорнякова (1934): з одного боку, – це конкретність, наочність і докладність, а з іншого, – невиразність, важкорухливість, застрягання на деталях. При цьому спостерігається слабка акцентуація характерних штрихів, намагання триматися певної теми поряд з втратою логічного зв'язку між окремими ланками цієї теми.

Майже всі дослідники єдині у тому, що інтелектуально-мнестичне зниження спостерігається на фоні характерологічних змін: характерологічні зміни передують інтелектуально-мнестичному зниженню. Н.В.Завязкіна відмічає, що основою для зміни інтелектуальних процесів служать епілептичні зміни характеру, а тому епілептична зміна інтелектуальних функцій якісно відрізняється від інших типів інтелектуальних деградацій. Це проявляється в тому, що епілептичний процес змінює спочатку темп протікання психічних явищ, переживань та устремлінь. Відбувається поступове наростання зміни реакцій та поведінки, способів їх вираження в бік сповільнення. Розвивається схильність до застрягання та персеверації [5].

Як зауважує Б.В.Зейгарник порушення інтелектуальної сфери проявляється, перш за все, в зниженні критики до себе, свого стану, оточення. У хворих спостерігається безпечність, невміння планувати свій день, правильно розподіляти вільний час, недостатність чи відсутність часового контролю за своїми діями. Цим інколи пояснюється повільність у виконанні дорученої справи.

Необхідно розрізнити докладність та застрягання мислення. Докладність мислення, якщо вона не досягає значних кількісних змін, може виступати позитивною якістю: приймаючи те чи інше рішення, людина обдумує його виконання в різних деталях, варіантах, зважуючи всі можливі ситуації та перешкоди. При епілепсії мова йде переважно не про докладність, а про застрягання мислення: надмірна концентрація уваги на дрібницях, деталях, які не мають суттєвого значення, неможливість відрізнити головне від другорядного. Замість головного, важливого, суттєвого хворий заціклюється на дрібницях [6].

При епілепсії мають місце не тільки застрягання та сповільненість мислення, але й зміни інших психічних процесів: уваги, емоцій (афективні порушення у вигляді гіпотимії), пам'яті, моторики та ін. Так, психомоторні порушення, на відміну від психомоторики здорових людей, представлені більшою мірою. Темп психомоторики для більшості епілептичнохворих зазвичай сповільнений, що відбивається на характері інших психічних порушень. Тому їх розглядають як центральні, базові.

Однак, всі ці порушення (за різними даними) зустрічаються далеко не у всіх хворих. Зокрема, О.З.Голубков називає цифру в 45-57% від загальної кількості хворих на епілепсію [4]. О.І.Болдирев вважає, що від 7 до 12% хворих епілепсією за своїми психічними особливостями не тільки не поступаються (за станом інтелекту, пам'яті, рухливості, швидкості протікання розумових процесів, рухів та мовленнєвої продукції, станом ясності свідомості, гарним настроєм аж до екстазу) здоровим людям, але й перевершують їх. У 50% хворих, наприклад, увага змінена у напрямку більшої концентрації, ніж у здорових людей. Це пояснюється включенням компенсаторних механізмів психічних функцій при епілепсії. Застрягання уваги, таким чином, стає декомпенсуючим проявом хвороби [1].

Про те, що яскраво виражене зниження розумових здібностей має місце не у всіх хворих, вказують і зарубіжні дослідники. Так, Г.Герцер, Дж.Рабендінг, М.Гримберген [12] на основі даних спостереження великої кількості хворих показали, що рівень психічних можливостей у хворих на епілепсію за такими показниками, як інтелект, сприйняття, пам'ять, здатність до навчання, переключення, концентрація уваги у порівнянні зі здоровими мають тенденцію до зниження у легкому ступені. Значно рідше відмічається навіть гіперфункція деяких психічних процесів, наприклад, концентрація уваги, підвищення настрою, високий інтелектуальний рівень тощо.

За даними О.І. Болдирева, статистика інтелектуальних змін виглядає приблизно так: у 30% обстежених хворих виявляються незначні зміни у функціях інтелекту, у 50% – виражені порушення зі зниженням інтелекту, у 20% має місце деменція [2].

Таким чином, при епілепсії змінюються майже всі психічні функції, причому в різних випадках неоднаковою мірою і в двох протилежних напрямках: гіперфункції та гіпофункції, які, наростаючи в своєму кількісному відношенні, набувають іншого якісного змісту.

При описанні перебігу хвороби і тих змін, що відбуваються в інтелектуальній, особистісній та поведінковій сферах, необхідно вказати на наявність первинних психічних розладів, обумовлених психічним захворюванням – епілептичним процесом, і вторинних психічних та неврологічних порушень, які виникають у зв'язку із впливами оточення, і, перш за все, психогенним впливом.

Психічні та невротичні порушення, у свою чергу, можуть бути наслідком різноманітних інтоксикацій, наприклад, алкоголю, а також побічної дії антиепілептичних препаратів.

Вторинні психічні порушення нерозривно пов'язані з первинними. Серед вторинних психічних розладів провідне місце займають різноманітні невротичні стани. Досить розповсюдженим психічним порушенням є реакція особистості на захворювання, напади, а також на лікування [2].

Той чи інший тип реагування на хворобу, різноманітні психотравмуючі фактори частіше за все залежать від особистісних властивостей хворого. Наприклад, страх появи нападу в громадському місці виникає тільки в деяких хворих з психоастенічними рисами особистості, які мали місце ще в преморбіді. Від особистісних властивостей залежить і ставлення хворого до лікування. Такі вторинні невротичні порушення, як страх побічної дії ліків, частіше виникає у сенситивних осіб, дуже чутливих, невпевнених у собі, які постійно сумніваються у власних діях.

Вторинні психічні порушення можуть бути наслідком недостатньо ефективної антиепілептичної терапії, коли хворий починає сумніватися в ефективності лікування, оскільки напади не зникають. При цьому він мало усвідомлює факт можливого погіршення стану у разі повної відміни лікувальних заходів. Негативна реакція на хворобу може проявлятися суїцидальними спробами та діями у осіб молодого та середнього віку з пізнім початком епілепсії. Ці реакції виникають у зв'язку із значними соціальними обмеженнями, гіпертрофованими власними обмеженнями: не можна вчитися у бажаному навчальному закладі, вступати у шлюб, мати дітей, абсолютне утримання від алкоголю та ін. Вторинні зміни впливають на структуру та частоту нападів, а напади, в свою чергу, – на психічний стан. Виникає постійний зв'язок у вигляді замкнутого кола [2].

Епілепсія має динамічний характер, протікає за певними закономірностям: на віддалених етапах захворювання, через 10-20 років від початку, під впливом лікування спостерігається зниження судомних нападів, але розвиваються гострі або хронічні епілептичні психози. Розвиваються характерні стійкі зміни особистості, які відбиваються на соціальному функціонуванні та соціальній адаптації хворих (егоцентризм, педантизм, пунктуальність, злопам'ятність, мстивість, гіперсоціальність, прихильність, інфантилізм, поєднання брутальності і догідливості); розлади мислення (брадіфренія – в'язкість, сповільненість, докладність, схильність до деталізації, конкретно-описовий характер мислення, персеверація); перманентні емоційні розлади (в'язкість афекту, імпульсивність, експлозивність, дефензивність – м'якість, догідливість, вразливість, переважання похмурого настрою); зниження пам'яті та інтелекту (легкі когнітивні порушення, деменція – епілептичне, егоцентричне, концентричне недоумство); зміна сфери потягів і темпераменту (підвищений інстинкт самозбереження, підвищення потягів – уповільнений темп психічних процесів) [3].

Більшість дослідників найтипівшими стержневими змінами особистості при епілепсії вважають полярність характеру психічних порушень у вигляді поєднання афективної ригідності, в'язкості, схильності «застрягати» на тих чи інших афективних переживаннях (особливо негативно забарвлених), з одного боку, і афективною вибуховістю, експлозивністю, – з іншого, а також порушення інтелектуально-мнестичних функцій у вигляді сповільненості, важкорухливості мислення, схильності до надмірної деталізації, неможливості відрізнити головне від другорядного, зниження пам'яті [1; 2; 4; 5; 7; 8; 10; 11].

Експериментальне дослідження проводилося на базі 19-го відділення Київської міської клінічної психоневрологічної лікарні №1 центр «Епілепсія». У дослідженні брало участь 146 хворих.

На початку експериментального дослідження були ретельно вивчені історії хвороби, проведені клінічні бесіди, зібраний клініко-психологічний анамнез та визначені особистісні зміни на основі яких було віднесено хворих до одного з рівнів адаптації в соціумі: адаптовані хворі (з урахуванням специфіки епілептичного захворювання) – група з високим рівнем адаптації; частково адаптовані – з середнім рівнем адаптації; погано адаптовані – з низьким рівнем адаптації.

Так, для хворих з *високим рівнем адаптації* властиві помірні зміни особистості: напади високої, середньої частоти та рідкі розподілились приблизно однаково (40%, 30%, 30%); спадковість не обтяжена психічними захворюваннями; хвороба з'являється переважно в дорослому віці; тривалість її може бути різною (від 1-2 до 30 років); ранній розвиток в основному без затримок; майже всі, хто входить до цієї групи, мають повну середню, середню спеціальну, навіть, вищу освіту; проживають або з сім'ями батьків, або з власними сім'ями; деякі мають дітей; не дивлячись на наявність нападів, оформлену інвалідність, запаморочення та головні болі, що супроводжують хворобу, ці досліджувані мають роботу, хоча й не завжди за фахом; зберігають критичність до свого стану, контактні, неагресивні; самостійні, відповідальні за власне життя.

Наведемо приклад анамнезу та перебігу хвороби цієї групи учасників експерименту.

Юрій М. (52 роки). Діагноз – симптоматична (травматичного ґенезу – забій головного мозку) епілепсія, з помірними змінами особистості та інтелектуальним зниженням; середньої частоти прості парціальні та серійні вторинні генералізовані судомні напади з випадками травматизації; спадковість не обтяжена; тривалість хвороби – 29 років; освіта середня; служив в армії, але комісований через напади; інвалід другої групи; не одружений, дітей не має, проживає з матір'ю; критичний до свого стану, контактний, не агресивний; своє життя сприймає задовільно, не скаржиться; повністю відповідальний за себе.

Для хворих з *середнім рівнем адаптації* характерною є незадоволеність своїм соціальним становищем. Епілептоїдна картина захворювання досить різноманітна: від нечастих абсансів до частих генералізованих нападів з травмуванням. Переважно спадковість є необтяжливою, хоча зустрічаються випадки наявності хвороби серед близьких родичів. Поява хвороби та її тривалість також відрізняються різноманітністю: від декількох років до десятиліть. Переважна більшість мають середню та середню-спеціальну чи навіть вищу освіту (переважно отриману до хвороби). Емоційно лабільні, з тенденцією до роздратованості, агресивності, з почуттям провини за вчинене. Морально-етичні норми збережені, але їх дотримання утруднене через високу лабільність та нестриманість. Більшість має групу інвалідності, наявність якої знижує у багатьох бажання працювати. За спеціальністю, якщо така є, мало хто працює. Родинні стосунки часто напружені, переважно через зміни особистості хворого, його агресивність, що іноді приймає форми люті. Генералізовані напади амнезуються. Значна кількість досліджуваних має власні сім'ї, але стосунки в них не завжди є задовільними. Скаржаться на непорозуміння з боку рідних та працеводців, якщо мають роботу. Стан здоров'я характеризують як незадовільний, скаржаться на часті головні болі, запаморочення, проблеми з епігастрією, зниження пам'яті на поточні події тощо. Егоцентричні, вперті, в розмові або балакучі, або надмірно напружені. Ставлення до свого стану неоднозначне: від прийняття до агресивного роздратування на важку долю. Проілюструємо прикладом.

Михайло Г. (32 роки). Діагноз – криптогенна епілепсія з вираженими змінами особистості та помірним інтелектуально-мнестичним зниженням; у родині на епілепсію страждає старший брат; хворіє 12 років; ранній розвиток нормативний; перші слабкі судоми з'явилися у 2-річному віці; має середню спеціальну освіту, за кваліфікацією зварювальник; після отримання інвалідності третьої групи не працює; одружений, має сина; періодично знаходиться на лікуванні у спеціалізованих

центрах; в останній час спостерігаються вторинні генералізовані напади частотою 2-3 рази на місяць; скарги на зниження пам'яті на поточні події; еміційно лабільний, схильний до роздратованості, конфліктності по відношенню до близьких, про що потім шкодує; спостерігаються часті зміни настрою з агресією; зовнішньо акуратний, всебічно орієнтований вірно; у бесіді відчуває напругу, тривожний.

Низький рівень адаптації властивий хворим з різноманітною епілептичною симптоматикою, серед яких перевагу мають симптоматичні епілепсії з частими генералізованими нападами. Спадковість в основному не обтяжена. Ранній розвиток переважно без відхилень. Початок хвороби припадає на раннє дитинство або з'являється в дорослому віці. В останньому випадку у хворих є період здорової соціалізації, а тому хвороба фруструється. Значні зміни особистості знижують критичність, самоконтроль, що призводить до спалахів агресії, конфліктності, самоприниження або, навпаки, зверхності, в деяких випадках – до алкоголізації, що позначається на погіршенні адаптаційного процесу. Наведемо ілюстративний приклад анамнестичних даних та історії хвороби цієї категорії досліджуваних.

Юлія К. (25 років). Діагноз – симптоматична (резидуально-органічного ґенезу) епілепсія з частими (2-3 рази на тиждень, у тому числі серійними) складними парціальними та вторинними генералізованими судомними нападами; ранній розвиток з відставаннями (народилась недоношеною з малою вагою); спадковість не обтяжена; епінапади спостерігаються з народження; з віком частота та складність нападів зростала; протягом всього життя постійно лікується: спочатку у дитячих неврологічних, потім у дорослих спеціалізованих відділеннях; напади амнезує; навчалася з ускладненнями, перебувала на домашньому навчанні; має середню спеціальну освіту, проте за спеціальністю не працює; періодично підробляє на тимчасових роботах; проживає з батьками; має інвалідність третьої групи; контактна, орієнтується певною мірою вірно; у бесіді нав'язлива, балакуча, непослідовна; пам'ять та інтелект знижені; критика та почуття дистанції значно знижені; непослідовна у самоставленні.

Кількісний аналіз рівня освіти в експериментальній групі показує, що лише 19,2% епілептичнохворих мають вищу освіту, 53,1% - середню спеціальну, 26,7% середню і 2% неповну середню освіту. Більшість з них за спеціальністю не працюють. В цьому плані можна відзначити, що безліч проблем особистості та соціальної адаптації епілептичнохворих, обумовлені недосконалістю правової підтримки та дією дискримінуючих інструкцій тощо.

Одним з прикладів такої інструкції є «Перелік медичних психіатричних протипоказань щодо виконання окремих видів діяльності (робіт, професій, служб), що можуть становити безпосередню небезпеку для особи, яка проводить цю діяльність, або оточуючих», прийнятих Постановою Кабінету Міністрів України № 1465 від 27.09.2000 року, згідно з якою обмеженню для епілептичнохворих підлягають більше 30 видів професійної діяльності. При цьому у «Переліку...» не вживається уточнень щодо форм епілепсій, тоді як відомо, що у сучасній епілептичній практиці існують легкі форми епілепсії та такі, що виліковуються у 90% випадків. Окрім того, у лікувальну терапію впроваджені сучасні протиепілептичні ліки, здатні контролювати напади, не погіршуючи при цьому основних психічних функції людини: пам'ять, увагу, швидкість реакцій тощо. Крім того, у «Переліку ...» мова йде про психіатричні протипоказання, тоді як у МКХ-10 епілепсія, як вже вказувалось, відноситься до групи хвороб нервової системи. Досі чинними залишаються протипоказання до вступу у середні спеціалізовані навчальні заклади, які затверджені ще МОЗ СРСР у 1968 році та аналогічний перелік ВНЗ 1977 року [9]. Таким чином, створюються

дискримінативні та фрустручі умови для багатьох людей, хворих на епілепсію, обмежуючи можливість здобути необхідну освіту, отримати бажану роботу, задовольняти потреби у хобі тощо.

Сьогодні даний перелік потребує негайного перегляду для того, щоб розширити кількість спеціальностей як в плані навчання, так і в плані роботи для хворих на епілепсію.

Література

1. Болдырев А. И. Социальный аспект больных эпилепсией / А. И. Болдырев. М. : Медицина, 1997. – 208 с.
2. Болдырев А. И. Психические особенности больных эпилепсией / А. И. Болдырев. М. : Медицина, 2000. – 384 с.
3. *Врачи-пациенту* / статьи в журнале «Медикал» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: www.medicalj.ru
4. Голубков О. З. Структура стойких изменений характера у больных эпилепсией, их эпилептогенез и лечение / Голубков О. З. // Журнал Української протиепілептичної ліги. Вісник епілептології. № 1 (27-28) – 2009. – С.3 – 16.
5. Завязкина Н. В. Исследование психических процессов в комплексном изучении эпилепсии / Н. В. Завязкина // Журнал Української протиепілептичної ліги. Вісник епілептології. Київ. 2002 – №1–С.65–66.
6. Зейгарник Б. В. Патология мышления / Б. В. Зейгарник. – М. : Медицина, 1962. – 188 с.
7. Михайлов В. А. Эпилепсия, качество жизни, лечение / Н. Г. Незнанов, С. А. Громов, В. А. Михайлов, С. Д. Табулина, Е. С. Ерошина, С. А. Коровина // СПб.: Издательство ВМА, 2005. – 294 с.
8. Носов С. Г. Особенности специфических изменений личности у больных эпилепсией / С. Г. Носов. // Вестник эпилептологии – № 2 (9 – 10) 2004. Киев – С.7 – 10.
9. *Постанова Кабінету Міністрів України № 1465 від 27.09.2000 р.* [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://zakon2.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi>
10. Социальные аспекты медицинской помощи больным эпилепсией в Украине / С. М. Харчук, Я. В. Щеглова, О. Б. Рейнгардт // Украинский вестник психоневрологии. – 2002. – Т.10, вып. 1(30). – С.137 – 138.
11. *Стигматизация и социальная адаптация больных эпилепсией* [Текст] / М. А. Мизанова и др. // Эпилепсия : приложение к журналу. – 2011. – Том 111, Вып. 2(№5). – С.58 – 64.
12. Geczy B. Contributions of psychologists to inpatient care of person with chronic mental illness / B. Geczy, J. Sultenfuss // Hosp. Commun. Psychiat. 1994. – Vol. 45. N 1. – P. 54 – 57.

В статье рассматривается вопрос изменений личности больных эпилепсией, происходящие в результате болезни. Раскрываются проблемы первичных и вторичных психических расстройств, акцентируется внимание на динамическом характере заболевания и закономерностях его протекания на разных этапах. На основе детального изучения историй болезни, клинических бесед, собранного клиничко-психологического анамнеза и проведенного экспериментального исследования на конкретных примерах анализируются проблемы изменения личности и обучения больных эпилепсией, находящихся на разных уровнях социально-психологической адаптации: высоком, среднем и низком. Поднимается вопрос правовой поддержки больных эпилепсией.

The article discusses the changes in the individual epilepsy patients occurring as a result of illness. It reveals the problems of the primary and secondary psychiatric disorders, focus on the dynamic nature of the disease and its flow patterns at different stages. The problems of personality changes and learning epilepsy patients at different levels of social and psychological adaptation: high, medium and low are analyzed which based on a detailed study of medical records, clinical interviews, collected clinical and psychological anamnesis and experimental conducting case studies. The issue of legal support of patients with epilepsy is raises.

Статтю подано до друку 15.11.2013.

© 2013 р.

І. М. Бевзюк (м. Київ)

ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ЕМОЦІЙНОГО КОМПОНЕНТУ КОМУНІКАТИВНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ МАЙБУТЬОГО ПРАЦІВНИКА ПРОКУРАТУРИ

Європейська вища освіта сьогодні розглядається як “навчання на основі компетенцій”. Компетентністний підхід відповідає вимогам модернізації європейської освіти в межах Болонської декларації. Нова концепція компетенцій починає відігравати важливу роль і у вирішенні проблем професійної освіти. Експерти Ради Європи визначають, що компетентність передбачає спроможність особистості сприймати та відповідати на індивідуальні й соціальні потреби та включає комплекс ставлень, цінностей, знань і навичок[1]. Українська освіта починає оперувати поняттям компетентності в тому значенні, яке пропонують європейські країни [2]. Професійна компетентність – індивідуальна характеристика рівня відповідності вимогам професії. Тому в освітніх процесах навчальних закладів, які готують майбутніх працівників прокуратури, основним завданням є формування ключових компетенцій, серед яких для людей професії “прокурорського працівника” як особливо значущу виділяємо комунікативну, адже їх праця передбачає високі вимоги до міжособистісної взаємодії.

Комунікативна компетентність майбутнього працівника прокуратури є складовою його професійної компетентності. Це якісна характеристика суб'єкта прокурорської діяльності, що визначається наявністю відповідних професійним функціям комунікативних знань, умінь, здібностей та ступені готовності їх виконання у професійній діяльності, а також наявністю відповідних професійним вимогам особистісних якостей, що становлять систему цінностей, установок та виконують регулятивну функцію. Вона визначає успішність виконання соціально-комунікативних функцій прокурорської діяльності, містить характеристики, установки, цінності особистості, що дозволяють встановлювати і підтримувати психологічний контакт з різними учасниками спілкування, долати психологічні та комунікативні бар'єри; забезпечувати тактовне, шанобливе, емпатійне ставлення до людей; передбачає вільне володіння вербальними і невербальними засобами спілкування та технологіями соціальної взаємодії, у тому числі механізмами комунікативного впливу, як у міжособистісному спілкуванні, так і при публічному виступі.

Рівень комунікативної компетентності прокурора зумовлений рівнем його загального розвитку, світогляду, наявністю різнобічних знань, сформованості певних моральних принципів. Основу комунікативної компетентності прокурора формують комунікабельність, комунікативні якості, відповідні знання та уміння.