

ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Кафедра психіатрії, психотерапії, загальної і медичної психології,
наркології та сексології

Затверджено на методичній нараді кафедри
психіатрії, психотерапії, загальної і медичної психології,
наркології та сексології
Зав.кафедри д.мед.н.,
професор В.В.Чугунов

“ _____ ” _____ 2015 року

МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА

до практичного заняття по темам №3, №4 «Поняття про психосоматичні та
соматопсихічні розлади.Статеві, вікові та профільні особливості хворих »
для студентів 4 курсу медичного факультету
(спеціальність «Лікувальна справа» та «Педіатрія»)

ТЕМА : «Психосоматичні та соматопсихічні розлади у хворих хірургічного профілю»

Актуальність теми: Термін «психосоматика» вперше був застосований на початку XIX ст. J.Heinroth (1818). Через сторіччя в лікарський лексикон було введено поняття «Психосоматична медицина». Під поняттям «психосоматичні» спочатку почали об'єднувати такі захворювання, як ішемічна хвороба серця, артеріальна гіпертензія, виразкова хвороба шлунку і дванадцятипалої кишки, бронхіальна астма, псоріаз і ін., істотну роль в патогенезі яких грають несприятливі психічні впливи. У сучасній медицині розділ психосоматики представляють клінічні, психологічні, епідеміологічні і лабораторні дослідження, які освітлюють роль стресу в етіопатогенезі соматичних захворювань, зв'язок патохарактерологічних і поведінкових особливостей з чутливістю або стійкістю до певних соматичних захворювань, залежність реакції на хворобу (поведінки в хворобі) від типу особистісного складу, вплив деяких методів лікування (хірургічні втручання, гемодіаліз і т.п.) на психічний стан. Практичне володіння навичками виявлення психологічних чинників розвитку психосоматичної патології є необхідним для професійної діяльності сучасного лікаря.

Загальна мета: Уміти розпізнавати особливості психологічного реагування пацієнтів на різні захворювання, виявляти психосоматичні розлади і визначати тактику ведення пацієнта.

Навчальні цілі та міждисциплінарна інтеграція

Конкретні цілі: уміти, як	Цілі початкового рівня: знати, як
----------------------------------	--

1. Визначати психологічні характеристики у хворих на психосоматичні захворювання.	1. Проводити дослідження характерологічних особливостей пацієнтів (кафедра психології), а також анамнестичне і клінічне дослідження хворих з соматичною патологією (кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб)
2. Діагностувати і коректувати особистісні якості, що призводять до виникнення психо - соматичних захворювань. Виявляти тип та особливості психологічної реакції на хворобу і чинники, що впливають на її формування	2. Проводити патопсихологічне та психо-діагностичне дослідження емоцій для виявлення рівня тривожності і депресії. Визначати тип відношення до хвороби (курс психології)
3. Оцінювати об'єктивну тяжкість захворювання на підставі скарг, об'єктивного дослідження і даних консультативних висновків.	3. Виявляти скарги, анамнестичні дані, проводити фізикальне обстеження хворого, (кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб),
4. Обґрунтовувати тактику ведення хворих з психосоматичними захворюваннями	4. Інтерпретувати дані додаткових методів дослідження (кафедра променевої хірургії)

Зміст та структура заняття

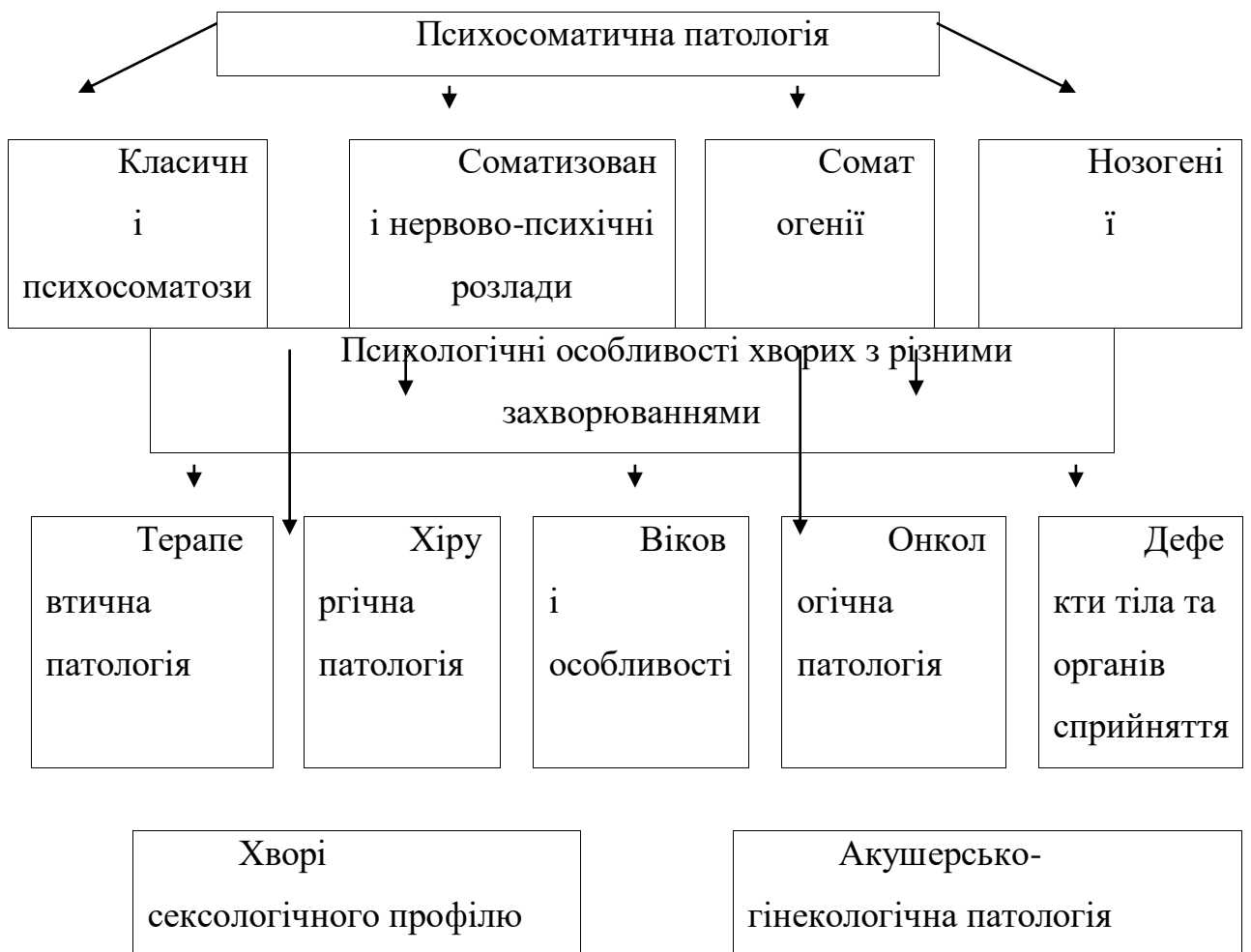
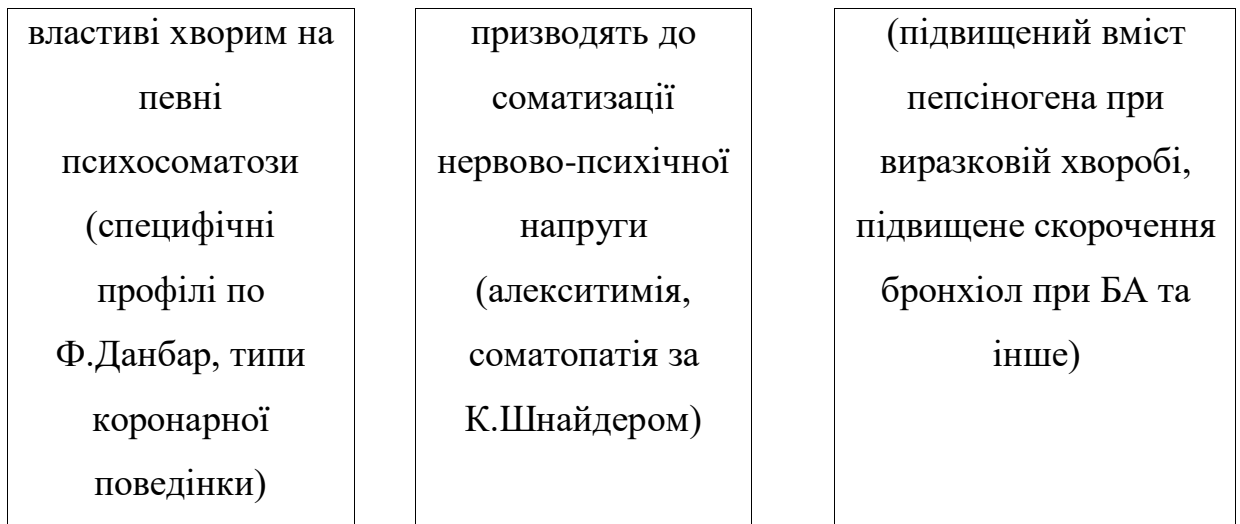
Теоретичні питання:

1. Психосоматичний підхід як принцип лікувальної діяльності.
2. Емоційний стрес як фактор етіопатогенезу психосоматичних розладів.

3. Вплив психологічних факторів на перебіг соматичних розладів.
4. Теорії психосоматичних взаємовідношень.
5. Механізми психологічного захисту особистості.
6. Поняття адаптації та дезадаптації.
7. Класифікація психосоматичних розладів.
8. Непатологічні психосоматичні реакції.
9. Принципи профілактики психосоматичних розладів.
10. Психологічні зміни при інфекційних захворюваннях, туберкульозі, СНІДу.
11. Психологічні зміни у хворих жінок в гінекологічному стаціонарі.
12. Особливості психології хворих дітей та людей похилого віку.
13. Психологічні особливості хворих в хірургічному стаціонарі в до- і післяопераційному періоді, в ортопедії і травматології.
14. Психологічні особливості хворих в стоматології, офтальмології, отоларингології.
15. Психологічні особливості хворих з онкологічною патологією.

**Граф логічної структури теми «Психосоматичні розлади.
Психологічні особливості хворих з різними захворюваннями»**





Під психосоматичними розладами розуміються симптоми і синдроми порушень соматичної сфери (різних органів та систем), які обумовлені індивідуально-психологічними особливостями людини та пов'язані із стереотипами його поведінки, реакціями на стрес та засобами переробки внутрішнього конфлікту.

Психодинамічні концепції і “гіпотеза специфічності” психологічних факторів в генезі психосоматозів

Пошук змістовного, логічного однозначного зв'язку між психологічними феноменами і клінічними симптомами отримав назву “гіпотези психосоматичної специфічності” та перетворився в базовий пояснювальний принцип психосоматичної медицини. Останнім часом цей принцип більше асоціюється із специфічним стресом, який можна визначити як несвідомий конфлікт, який обумовлює порушення процесу гомеостатичної рівноваги та приводить до захворювання.

Теорія специфічних для хвороби психодинамічних конфліктів Александера.

Александр був прибічником багатфакторного підходу в психосоматичній медицині. Він вважав, що виникнення та перебіг хвороб керується 3 групами перемінних. Перша з цих груп “особистісна диспозиція”, яка складається з дитинства. Друга група включає провокуючу емоціогенну життєву ситуацію, коли які - небудь переживання та факти передували хворобі, оживлюючи безсвідомий конфлікт. В третю групу Александр включає всі соматичні умови, які складають певну конституцію, “соматичну підлеглисть ”(Фрейд) або “неповноцінність органа”(Адлер). Цю “виразковість” органа іноді називають “конституціональним фактором Х” , який визначає “вибір симптоматики”.

Концепція “особистісних профілів ” Фларенс Данбар.

Ф. Данбар вважала, що як що емоція не отримала відповідного висловлення, то хронічна напруга виливається в хронічні супутні вегетативні зсуви. Але на відміну від Александера, вона намагалася знайти кореляцію між соматичними типами реакцій та певними постійними особистісними параметрами. Данбар описує 8 особистісних констеляцій: ”виразкову особистість”, “коронарну особистість”, “артритичну особистість”, “особистість, яка схильна до нещастя” та ін.

Теорія умовних рефлексів і кортико – вісцеральна теорія. Експериментально було показано, що приступи бронхіальної астми на введення антигену у тварин можна умовно–рефлекторно зв'язати з акустичним сигналом уже через кілька підкріплень. А якщо отримати два умовних рефлексу із протилежними реакціями і далі дати відповідні подразники одночасно, то експериментальні тварини демонструють поведінкові та вегетативні порушення до незворотних органічних уражень (гіпертонія, інфаркт міокарда).

Хронічний неспецифічний стрес.

Автор цього поняття відомий фізіолог Ганс Сельє (1907 – 1982), використовував його для позначення універсальної фізіологічної відповіді живих істот на дуже сильні навантаження. Він показав, що поза залежністю від характеру фактора, який визиває стрес (фізичне перенавантаження, усвідомлення погрози життю), в організмі людини та тварини включаються одні й ті самі процеси, які спрямовані на захист (викид гормонів наднирковими залозами, підвищення рівня глюкози у крові, артеріальна гіпертензія та інш.). Г. Сельє виділяв три фази такого реагування організму: реакцію тривоги, що відбиває процес мобілізації резервів; фазу опору, коли вдається успішно переборювати труднощі, на цій фазі організм робиться навіть більш стійким до різноманітних шкідливих діянь (інтоксикацій, крововтрати, позбавлення їжи, болю, інфекцій, охолодження та інш.), ніж у звичайному стані; фазу виснаження, коли внаслідок надмірної тривалої або інтенсивної напруги виснажуються пристосувальні можливості організму, знижується його стійкість до захворювань та з'являються різні ознаки фізичного неблагополуччя: зниження апетиту, розлади сну, розлади випорожнення, втрата ваги, розлади серцево–судинної системи, шлунково – кишкового тракту та інш.

Стрес не є синонімом дістресу, т. є. горя, нещастя, недомагання, нужди, виснаження. Стрес – це тиск, напруга, а не просто нервово перенавантаження або міцне емоційне збудження. У житті стресор може бути

і приємним, тому для виникнення стресу зовсім неважливо який буде результат впливу на організм стресору—приємний чи неприємний. Помірна стресова активація є позитивною силою, яка не тільки тренує адаптаційні можливості організму, але і збагачує людину усвідомленням своїх реальних можливостей («еустрес»— позитивний, конструктивний стрес). Тільки дистрес завжди неприємний. У житті, коли люди кажуть про стрес, вони мають на увазі сильний стрес—дистрес, коли людина переживає горе. При довготривалому існуванні стресу можливий розвиток функціональних та соматичних захворювань.

Теорія алекситимії (Немайя, Сифнеос)

Термін «алекситимія» (від грецьк. «а» -нездатність, «lexis» -слова, «thymos»— душа, настрої, почуття) ввели Немайя (ім'я англізоване від німецького Ноймайер) і Сифнеоса (Nemiah and Sifneos, 1970). Вважається, що особливо схильні до психосоматичних захворювань алекситимічні суб'єкти. Вони відрізняються бідною життєвою уявою та недостатньою емоційною включеністю в об'єктивну ситуацію, нездатністю до співпереживання, вони зазвичай не можуть описати тонкі нюанси своїх почуттів і часто взагалі не знаходять слів для самовисловлення. Вони можуть казати тільки про конкретні факти або предмети, тому вони не усвідомлюють свої емоційні конфлікти і не можуть вербалізувати їх, таким чином психосоматичні розлади можуть бути результатом нагромадження емоційного подразнення.

Деякі автори виділяють первинну та вторинну алекситимію:

первинна - за тими чи іншими причинами нерозвинена здатність до усвідомлення і висловлення почуттів;

вторинна - домінування у процесі розвитку захисних механізмів ізбігання, заперечення та ізоляції афекту.

Алекситимічна поведінка є фактором ризику для розвитку психосоматичної хвороби, який може бути пов'язаний з іншими (як специфічними, так і неспецифічними) факторами. На практиці для

вимірювання рівня алекситимії застосовується Торонтська шкала алекситимії (TAS).

У даний час у психосоматичній медицині велику вагу отримують ідеї багатофакторності психосоматичних розладів. Всі хвороби мають багатофакторний генез. Причинні фактори захворювання знаходяться у складній взаємодії і можуть бути генетичними, бактеріальними, імунними, харчовими, психологічними, обумовленими поведінкою і соціальними взаємодіями.

ЗАХИСНІ МЕХАНІЗМИ

Тривога — це сигнал про небезпеку, що супроводжується визначеним рівнем напруги. Тривога викликає й активізує захисні механізми (механізми захисту).

Захисні механізми - це визначені прийоми, які спрямовані на зниження напруги і тривоги. Фрейд писав, що «захисні механізми - це загальна назва для всіх спеціальних прийомів, використовуваних Его в конфліктах, що можуть привести до неврозу». Функція захисних механізмів полягає в тім, щоб не допустити усвідомлення інстинктивних імпульсів, іншими словами, охоронити Его від тривоги.

Всі захисні механізми мають дві загальні характеристики:

вони діють на несвідомому рівні і тому є засобами самообману;

вони викривлюють, заперечують або фальсифікують сприйняття реальності, що робить тривогу менш загрозливою для індивіда.

Слід сказати, що люди рідко використовують який-небудь єдиний механізм захисту, зазвичай вони використовують різні механізми для вирішення конфлікту або ослаблення тривоги.

У літературі виділяють різні види захисних механізмів.

1. Витиснення розглядається як основа всіх захисних механізмів, воно забезпечує прямий шлях тривоги і як складова частина входить до складу будь-якого іншого захисного механізму. Витиснення являє собою процес, за допомогою якого неприйнятні імпульси стають несвідомими, спробу

уникнути за рахунок неусвідомлення неприємних думок і бажань тих почуттів і того досвіду, що приносять біль і страждання.

2. Проекція — це процес, за допомогою якого специфічні імпульси, бажання, сторони себе чи внутрішніх об'єктів представляються людині локалізованими в деякому зовнішньому стосовно себе об'єкті. Проекція внутрішніх об'єктів полягає в тому, що людина приписує свої власні неприйнятні почуття, думки, поведження іншим людям. Проекція характерна для людей із застрягочими рисами, вони часто оцінюють оточуючих як заздрісних, егоїстичних, розважливих, хоча вірніше всього ці риси підходять до них самих. Такі пацієнти легко формують свої особисті концепції відносно мети лікаря. Відсутність поліпшення після лікування розцінюється їм як ознака некомпетентності його злого наміру з боку лікарів. Лікар, схильний до проекції, буду звинувачувати в ускладненнях не себе, а хворого.

3. Заперечення передуює проекції і являє собою захист від реальності, що приносить біль, це — захисний механізм, за допомогою якого або заперечується (не визнається) яка-небудь подія чи досвід, що заподіює страждання, або якась сторона самого себе. Заміщення припускає переадресування інстинктивного імпульсу на менш загрозливий об'єкт.

4. Раціоналізація — це процес, за допомогою якого дійсному поведженню дається обґрунтування, що не тільки його виправдує, але і маскує його щирі мотиви, поведження представляється і порозумівається таким чином, що виглядає цілком розумним і виправданою. Пропонована аргументація при цьому не є логічно обґрунтованою і часто не витримує ніякої критики.

5. Ідентифікація — це процес, за допомогою якого тривога знімається за рахунок ототожнення (ідентифікації) себе зі значимим, важливим обличчям, що представляється людині менш уразливим у тривожних ситуаціях, вона може виражатися в наслідуванні стилю поведження, манерам, одягу іншої людини («Якби я був таким як він, то почував би себе багато краще»).

6. Ізоляція — це механізм захисту, за допомогою якого людина обособлює яку-небудь подію, яка приносить їй біль, перешкоджає стати частиною свого значимого досвіду. Емоційна ізоляція являє собою спробу ізолюватися від психологічного болю, людина стає «байдужим» (як робот).

7. Реактивне утворення — процес, за допомогою якого людина справляється з неприйнятними імпульсами шляхом формування протидії, перетворюючи цей імпульс у щось протилежне, перебільшуючи протилежне прагнення і виражаючи його у своїх думках і поведженні.

8. Регресія — процес, за допомогою якого у випадку погрози людина намагається повернутися до ранніх періодів життя, коли він почував себе більш безпечно, до колишнього «дитячим» стереотипам поведження.

9. Фантазування полягає в тому, що людина в загрозованих ситуаціях намагається позбутися від тривоги, ідучи у фантазії замість того, щоб реально діяти.

10. Сублімація займає особливе місце серед захисних механізмів. Фрейд розглядав сублімацію як єдиний, «не невротичний» механізм, єдиний «здоровий» шлях трансформації інстинктивних імпульсів. Він думав, що саме сублімація забезпечує розвиток людської культури як такої. Сублімація сприяє розрядці енергії інстинктів у соціально прийнятних (неінстинктивних) формах поведження і являє собою заміну потреб, що не можуть бути задоволені безпосередньо, на соціально прийнятні цілі, заміну інстинктивних способів поведження на способи поведження, прийняті в культурі, за рахунок зміни мети й об'єктів.

Для прикладу зіставимо сублімацію з заміщенням. Людина випробує сильне роздратування стосовно свого начальника, але він не може собі дозволити розрядити свої агресивні імпульси безпосередньо. Якщо для розрядки цієї енергії просто знаходиться інший, менш небезпечний об'єкт (наприклад, людина приходить додому і кричить на своїх домашніх чи б'є собаку), то тут мова йде про заміщення. Якщо ж він знаходить соціально

прийнятний спосіб розрядки (наприклад, йде в спортивний зал і займається боксом), то в даному випадку ми маємо справу із сублімацією.

Класифікація психосоматичних розладів

Крім різних короткочасних психосоматичних реакцій, які з'являються у напружених життєвих ситуаціях (наприклад, серцебиття у закоханого або втрата апетиту при журбі), виділяють ще чотири великі групи розладів.

Конверсійні розлади – символічне висловлення невротичного конфлікту, Приклади: істеричний параліч, сліпота, глухота, блювота, больові відчуття. Всі вони – первинні психічні феномени без участі тканин організму.

Функціональні психосоматичні синдроми (органні неврози) частіше виникають при неврозах, такі неврози називають неврозами органів або вегетоневрозами.

Історично до цієї групи відносять сім класичних психосоматичних захворювань (“holy seven”) (“чикагська сімка”, по Alexander, 1968):

- есенціальна гіпертонія,
- бронхіальна астма;
- виразкова хвороба дванадцятипалої кишки та шлунка;
- неспецифічний виразковий коліт;
- нейродерміт;
- ревматоїдний артрит;
- цукровий діабет.

Близько до цього полюсу розташовуються такі захворювання як: гіпертиреоз, міома матки, ішемічна хвороба серця та інші.

Психосоматичні розлади, пов'язані з особливостями емоційно–особистісного реагування та поведінки – схильність до травм та іншим видам саморуйнівної поведінки (алкоголізм, наркоманія, табакокуріння, переїдання з ожирінням). Наприклад, схильність до травм характерна для осіб із якостями, які протилежні точності. Збільшення вживання їжі може розумітися як індикатор престижу, соціальної позиції або заміною, компенсацією невдоволення.

Психологічні особливості хворих на хірургічну патологію

В хірургічній клініці розрізняють декілька етапів ведення хворого. На діагностичному етапі лікар повинен потурбуватися про враження, що складеться у хворого внаслідок повідомлення про діагноз. Інформація про діагноз повинна доводитися до хворого в доступних для нього висловах, без надмірного вживання медичної термінології, заключати в собі деякі прогностичні вказівки і нагадування про можливі ускладнення (швидкість загоєння, інфекція і т.п.) В передопераційний період особливості психологічного стану і типи психічних реакцій хворого поділяють на два етапи: перший – включає обстеження, уточнення діагнозу і необхідності операції, отримання згоди пацієнта на операцію. Психологічний стан хворих на цьому етапі визначається переважно емоційними реакціями. Другий етап передопераційної підготовки включає безпосереднє очікування операції, коли прийнято остаточне рішення про її проведення і повідомлений термін. В клінічній практиці лікаря-хірурга у хворих можуть спостерігатися нормосоматонозогнозія, гіперсоматонозогнозія та гіпсоматонозогнозія або анозогнозія.

Найбільш типові варіанти гіперсоматонозогнозії:

1. Переоцінка значущості операційного ризику.
2. Недовіра до лікарів, діагнозу, обґрунтованості хірургічного втручання, що супроводжується зниженим настроєм і злістю по відношенню до оточуючих.
3. Заперечення необхідності операції з свідомим покриттям симптомів хвороби з метою уникнення її.

Гіпсоматонозогнозія або анозогнозія, проявляється в недооцінці хворим важкості свого стану. Найбільш відмінними рисами психології пацієнта хірургічної клініки вважаються експектація післяопераційного статусу, що супроводжується передопераційною та післяопераційною тривогою. Адекватна психопрофілактика і психотерапія хірургічного хворого здатні мінімізувати передопераційний стрес і навіть позитивним

чином впливати на результати оперативного втручання. В післяопераційному періоді особливості реакцій, їх виразність і тривалість залежать від характеру захворювання, плин timer післяопераційного періоду, особистісного преморбїду. На психічний стан хворого також може впливати больовий синдром. Психотичні стани можуть виникати у хворих похилого віку з явищами атеросклерозу, а також у хворих, що раніше зловживали алкоголем або мали алкогольну залежність, із захворюваннями печінки та нирок, при панкреонекрозі. Тактика лікаря в післяопераційному періоді повинна бути спрямована на створення в хворого позитивних емоцій за допомогою наступних факторів: хворий повинен знати від лікаря план лікування, рекомендований режим, дієту, перспективи прогнозу та відновлення працездатності; необхідним є раціональне розміщення хворих у палатах з урахуванням ступеня важкості їхнього стану і психологічної сумісності; дотримання всім медичним персоналом принципів медичної деонтології.

У хірургічній практиці зустрічається категорія пацієнтів з «синдромом Мюнхгаузена».

Описано три його варіанти:

- а) гострий абдомінальний - завершується лапаротомією;
- б) геморагічний - симуляція кровотечі;
- в) неврологічний - симуляція припадків і непритомності.

Осіб з «синдромом Мюнхгаузена» відрізняє від хворих на іпохондричний розвиток особистості відсутність справжнього занепокоєння за власне здоров'я, свідома установка на обман і операцію з метою викликати до себе інтерес, одержати безкоштовне харчування, ночівлю та догляд. Звичайно цю категорію пацієнтів складають особи з патологією характеру.

Психологічні особливості хворих в стоматології

Зона рота і губ відноситься до інтимної зони. Вона безпосередньо пов'язана з почуттями і завантажена позитивним і негативним афектом. Втручання тут сприймається дуже особистісно близьким і перебуває під

вирішальним впливом особистості стоматолога. Зуби мають цінність сили, потенції в широкому сенсі, прикраси і краси, що виходить за межі анатомічної структури та організації. Прихід до зубного лікаря часто є стресом для хворого, пов'язаних зі страхом очікування, напруженістю і вегетативною дистонією, а стоматологічна терапія, незважаючи на настільки широкі сьгоднішні можливості анальгезії, все ще сприймається деякими пацієнтами як хвороблива і навіть агресивна.

Перший контакт і перша розмова між стоматологом і хворим можуть виявитися вирішальними для подальшої поведінки хворого та перебігу терапії.

Стоматологічне обслуговування дітей має починатися вже під час санітарно-освітньої роботи з матерями про можливості запобігання псування зубів. Установки батьків з цих питань істотно впливають на відповідну поведінку дитини. Діти особливо схильні до того, щоб проектувати в ситуацію лікування у стоматолога свої особисті проблеми і страхи. Регулювання положення зубів у дітей пред'являє до дитини набагато більші вимоги, ніж лікування зубів, оскільки в результаті кидаються в очі положення зубів і апаратури він нерідко страждає від почуття власної неповноцінності. За дефектами формування щелепи у дитини можуть стояти фактори, пов'язані зі спадковістю, невирішеними особистісними конфліктами і труднощами соціальної адаптації, глибинними ранніми порушеннями між матір'ю і дитиною.

У стоматологічній практиці зустрічається категорія хворих, які скаржаться на болі, неприємні відчуття в зубах, щелепах, язичку, губах та інших частинах обличчя, причина яких не зрозуміла, або об'єктивні зміни не відповідають скаргам хворого. Значна частина таких хворих може страждати маскованою (ларвованою) депресією. Власне психічні прояви депресії: пригніченість, «тьмяність емоцій», зниження настрою та вітальних функцій, тут важко вловити, навіть для досвідченого психіатра. Іноді тільки пробне

лікування антидепресивними препаратами допомагає встановити правильний діагноз.

Психологічні особливості хворих в онкологічній клініці

Рак є небезпечним для життя, важким захворюванням.

В клінічній онкології виділяють 4 групи онкологічних хворих:

1. хворі з передраковими захворюваннями;
2. хворі із злоякісними пухлинами, які підлягають радикальному лікуванню;
3. особи, які вилікувались від раку;
4. хворі із запущеною формою раку, які підлягають симптоматичному лікуванню.

Виділені якості і риси особистості, що небезпечні для виникнення раку. У літературі цей тип відомий як С-тип особистості (від лат. cancer - рак і tyros - образ).

С- тип особистості включає:

- схильність до придушення негативних емоцій і прихована залежності від інших;
- підвищена тривожність;
- гнівливість, ворожість (особливо свідомо приглушена);
- аутоагресія;
- емоційна збудливість;
- песимістичне ставлення до життєвої ситуації; □
- замкненість;
- виражена доброзичливість і зайва щирість, надмірна готовність допомогти;
- схильність до депресивних реакцій;
- релігійність;
- мала соціальна активність та ін.

Особливості психічних реакцій онкохворих на етапах захворювання. В онкологічних хворих на всіх етапах лікувального процесу

спостерігаються психогенні реакції, що розрізняються за ступенем виразності, клінічними проявами і психологічним змістом. Ступінь виразності реакції коливається від легкої до важкої: причому, під першою розуміється комплекс нерізко виражених розладів, що наближаються до невротичного рівня, при важкому ступені сила переживань досягає значної інтенсивності, досягаючи майже психотичного рівня. Проміжне положення займає середній ступінь виразності реакції, що відповідає невротичному рівню. До провідного розладу при цих реакціях відносяться тривога, що досягає іноді рівня страху чи навіть жаху, зниження настрою (від сумного, сумного - до глибокої туги), апатія, іноді дисфорія (тужно-злісний настрій). Ступінь виразності реакцій та її симптоматика пов'язані насамперед з тим чи іншим етапом лікувального процесу й преморбідними особливостями особистості хворих. Ситуація зустрічі з онкологічним захворюванням є для кожного хворого безумовно конфліктною, причому даний конфлікт має чисто психологічний характер, бо насамперед він зв'язаний з безпосередньою погрозою для життя. Хворий, потрапляючи в подібну ситуацію, перед обличчям небезпеки відчуває тривогу, страх, що найчастіше приводить до фіксації психічних порушень та дезорганізації поведінки. Погроза для життя приводить до високого рівня емоційної напруги і порушенню значимих відношень особистості. У подібній ситуації формуються механізми психологічного захисту - особлива регулятивна система, основною метою якої є усунення чи значне зменшення почуття тривоги, пов'язаної з наявністю усвідомленого конфлікту. Психологічний захист покликаний як би обгороджувати свідомість хворого від тих переживань, які своєю змістовною стороною травмують психіку. Психологічний захист при своєму виникненні і подальшому розвитку має ряд конкретних механізмів, форм і типів, а саме: «заперечення», «придушення», «проекція», «ідентифікація», «регресія», «ізоляція», «раціоналізація», «конверсія» та ін. Психологічний захист може бути як успішним, так і неуспішним. Вибір онкологічними хворими компенсаторних механізмів

відбувається, як правило, на неусвідомлюваному рівні і зв'язаний з тими чи іншими преморбідними особливостями особистості.

Виділяється п'ять фаз реагування на злоякісні новоутворення і рак:

1 фаза (анозогнозична): з'являється слідом за першим припущенням з наявності в пацієнта злоякісного новоутворення. Вона характеризується запереченням наявності в себе онкологічної патології, зменшенням важкості свого стану, анозогнозією, переконаністю, що діагноз є помилковим;

2 фаза (дисфорічна): настає після підтвердження діагнозу, виявляється бурхливим протестом, дисфорією», схильністю робити агресивні дії у відношенні навколишніх чи себе (наприклад, суїцидальні);

3 фаза (аутосугестивна): характеризується прийняттям фактів про наявність у пацієнта злоякісного процесу і необхідності тривалого лікування в сполученні з «веденням торгу» — «головне щоб не було болю»;

4 фаза (депресивна): настає після тривалого періоду терапії та виявляється поступовою втратою надії на видужання, появою песимізму, пригніченості і

пасивності;

5 фаза (апатична): з'являється на останніх етапах захворювання, виражається

«примиренням» хворого з долею, прийняттям будь-якого результату, супроводжується байдужністю стосовно зовнішніх і внутрішніх процесів.

Кількість суїцидальних спроб при онкологічних захворюваннях значно перевищує подібний показник при інших соматичних захворюваннях. Цей факт ще раз вказує на те, що, по-перше, існують деякі відмінні риси психічних переживанні при онкологічних захворюваннях, по-друге, жодне з існуючих захворювань не несе в собі настільки могутнього стресуючого навантаження, як злоякісна пухлина. Частота і виразність психічних реакцій на онкологічну патологію залежить багато в чому від локалізація і характеру хворобливого процесу, наявності метастазів і деяких інших факторів (А. В. Гнездилов). Однак, не тільки локалізація і характер онкологічного

захворювання впливають на частоту появи психічних порушень. Важливу роль грають особливості характеру, наявність у преморбіді акцентуєваних рис (Е.Ф.Бажин; А.В. Гнєздилов). Зіткнення з діагнозом «онкологічне захворювання» найчастіше є сильним стресом для будь-якої людини і активізує різні психологічні реакції. Процес переживання ситуації хвороби має кілька закономірних етапів, кожен з яких диктує необхідність організації взаємодії з пацієнтом відповідно до його індивідуальності, тому розуміння фаз переживання хвороби є важливим інструментом налагодження контакту в системі «лікар-пацієнт».

Виділяють наступні фази:

1. Переддіагностична фаза
2. Фаза встановлення діагнозу
3. Фаза лікування
4. Фаза післяопераційного догляду (реабілітація)
5. Прогресуюча

Психічні переживання і поведінка онкологічних пацієнтів в період кожної фази лікування індивідуальні, дуже різні і залежать від різних факторів (особистісні характеристики, попередній досвід, ранимість пацієнта, вік, стать, соціальне положення, лікування і перебіг захворювання, прогноз, тощо). Комплекс лікувальних, у тому числі психотерапевтичних, впливів повинен здійснюватися на всіх етапах до останнього моменту життя хворого.

Вплив на психіку людини вроджених та набутих фізичних дефектів

Незважаючи на різноманітні причини і вигляд тієї чи іншої фізичної вади, психологія цих хворих має ряд загальних рис і закономірностей. Загальними рисами є характерологічні особливості, у формуванні яких істотну роль грають наступні фактори: а) зовнішнє середовище (родина, дитячий колектив, школа); б) самопоінформованість, тобто самооцінка свого дефекту на підставі порівняння з фізичним здоров'ям оточуючих однолітків.

Першому фактору у формуванні психіки дитини належить основна роль. Навіть при сприятливому і доброзичливому ставленні

оточуючих, такі діти, особливо підлітки, емоційно дуже чутливі, уразливі. При цьому незначна образа сприймається важко, з реакцією у вигляді озлоблення і навіть агресії чи відчуженості. Підлітки стають вкрай чутливими до розмов з приводу зовнішності, перебільшують значення наявних у них вад, малюють собі трагічну перспективу. В особистості дитини, підлітка часто формуються такі риси, як підозрілість чи нехтування своїм дефектом, бравада, як своєрідна компенсаторна реакція.

Поведінка таких осіб виявляється в 2-х типах:

а) активний тип поведінки виявляється у вигляді вільної, часом розв'язної поведінки, як компенсаторної психологічної реакції особистості;

б) пасивний, при якому поведінка носить відокремлений характер, з тенденцією до самотності.

Обидва типа поведінки завжди містять елементи інтравертованості. Ступінь прояву цих рис характеру залежить від виду і ваги дефекту, від ставлення батьків, родичів, лікаря, педагога, вихователя, котрі створюють психологічну атмосферу доброзичливості, вникають у коло інтересів і потреб дитини, підлітка. При народженні дитини з відхиленнями в розвитку часто спотворюються внутрішньосімейні стосунки, а також контакти з соціумом.

інформації.

ОРГАНІЗАЦІЙНА СТРУКТУРА ЗАНЯТТЯ

Визначення вихідного рівня знань.

Визначення вихідного рівня знань проводиться шляхом вирішення студентами тестових завдань. Викладач перевіряє їх згідно з еталонами відповідей, обговорює результати.

Опитування за основними питаннями теми заняття.

Шляхом індивідуального опитування кожного студента за питаннями щодо теми заняття викладач має змогу визначити теоретичний

рівень знань студентів. Відповіді обговорюються всіма студентами, доповнюються, поширюються під керівництвом викладача.

Самостійна робота студентів.

Студенти проводять опитування хворих за темою заняття, наділяючи увагу скаргам, анамнезу життя та захворювання, визначають основні симптоми та синдроми, які дозволяють припустити дане захворювання. Студенти визначають основні напрямки обстеження та лікування, пропонують окремі групи лікарських препаратів і дози. Під час самостійної роботи викладач коректує відповіді, обговорює різні варіанти психотерапії і фармакотерапії.

Аналіз і підсумок роботи студентів.

Підсумок заняття проводиться вирішенням підсумкового тестового контролю. Студентам пропонується вирішити тести формату КРОК-1,2. Викладач перевіряє правильність вирішення за еталонами відповідей. Проводиться аналіз роботи кожного студента на занятті.

Місце та час проведення заняття.

Заняття зі студентами проводиться на протязі запланованого часу. Заняття проводяться в учбовій кімнаті. Курація хворих відбувається в палатах відділень психіатричної лікарні.

Оснащення заняття.

1. Таблиці.
2. Схеми.
3. Набори завдань вихідного рівня.
4. Набори тестів підсумкового контролю.

План та організаційна структура заняття.

п	Основні етапи заняття, їх функції та зміст	авч. ілі в	Методи контролю і навчання	Матеріали методично о забезпечен
---	--	---------------	----------------------------	----------------------------------

		рівня х засво єння		ня (контролю, наочності, інструктив ності)
<p>Підготовчий етап</p> <p>Організаційні заходи</p> <p>Постановка навчальних цілей та мотивація</p> <p>Контроль вихідного рівня знань, навичок, умінь:</p>	<p>I</p> <p>I</p> <p>II</p>	<p>Фронтал ьне індивідуальне усне експрес - опитування</p> <p>Тестовий контроль II рівня</p> <p>Рішення типових задач II рівня</p>	<p>II.1 актуальність теми</p> <p>II.2 навчальні цілі Таблиці, малюнки, структурно- логічні схеми, лікарські препарати, слайди</p> <p>Питання для індивідуального опитування</p> <p>Тести та задачі II рівня</p>	
<p>Основний етап</p> <p>Формування професійних вмінь та навичок:</p>	<p>II</p>	<p>Професій ний тренінг на хворому.</p>	<p>Алгоритми (орієнтовані карти) для</p>	

	<p>1.Оволодіння методикою проведення цілеспрямованої бесіди.</p> <p>2.Сформувати вміння провести усебічне (доступного студенту рівня) обстеження статусу хворого, інтерпретувати їх дані.</p>	<p>II</p> <p>II</p>	<p>Рішення тестів та задач III рівня.</p> <p>Професійний тренінг у вирішенні нетипових клінічних ситуацій</p>	<p>формування практичних навичок та вмінь.</p> <p>Хворі Історії хвороби, протоколи обстеження та лікування Тести та нетипові задачі III рівня Імітаційні ігри</p>
<p>.</p> <p>.</p> <p>.</p>	<p>Заключний етап</p> <p>Контроль та корекція рівня засвоєння професійних вмінь та навичок</p> <p>Підведення підсумків заняття (теоретичного, практичного, організаційного)</p> <p>Домашнє завдання (основна і додаткова література по темі)</p>	<p>II</p>	<p>Індивідуальний контроль навичок або їх результатів.</p> <p>Аналіз та оцінка результатів клінічної роботи</p> <p>Рішення нетипових задач III рівня.</p>	<p>Результати клінічної роботи</p> <p>Задачі III рівня</p> <p>Тести III рівня</p> <p>Орієнтована карта для самостійної роботи з літературою</p>

			Тестовий контроль III рівня.	
--	--	--	------------------------------------	--

З метою оцінки контролю вихідного рівня знань та успішності засвоєння матеріалу, який викладено вище, пропонуються приклади наступних завдання:

Тести 1 та 2 рівня:

1. Ідеї внутрішньоособистісного конфлікту (наявність в психіці людини двох однакових по силі мотивів, але протилежних по спрямованості) характерні для наступної психосоматичної теорії:

- A. Кортико-вісцеральної
- B. Психоаналітичної
- C. Нейрофізіологічної
- D. Соціопсихосоматики
- E. Системно-теоретичної моделі

2. Механізм психологічного захисту, при якому відбувається процес мимовільного усунення в несвідоме неприйнятних думок, спонук або відчуттів, називається:

- A. Витісненням
- B. Регресією
- C. Інтрапроекцією
- D. Раціоналізацією
- E. Інтелектуалізацією

3. За основні параметри особи, схильної до формування есенційної гіпертонії, вважається:

- A. Зіткнення двох взаємовиключаючих потреб (у опіці і самостійності)

- В. Інтерперсональна напруга між агресивними імпульсами, з одного боку, і відчуттям залежності, з іншого
- С. Суперечності між «бажанням ніжності» і «страхом перед ніжністю»
- Д. Відчуття хронічної незадоволеності
- Е. Пасивність, труднощі в самоствердженні

4. На консультації у дерматолога мати з 12 літньою дівчинкою, страждаючою вугровою хворобою. Мати стурбована тим, що дочка відмовляється ходити в школу, тому що однокласники її дратують, не хочуть з нею спілкуватися. Настрій дитини понижений, заявляє: “Я потворна”. Яка патологія для підлітків є найбільш важкою в психологічному відношенні:

- А. Сексуальні розлади
- В. Захворювання, що змінюють зовнішність
- С. Онкологічні захворювання
- Д. Інфаркт
- Е. Інсульт

5. Пацієнтка Ф., 43 років., протягом останніх 2-х місяців регулярно відвідує хірурга, наполягаючи на проведенні оперативного втручання з приводу патології шлунку, не дивлячись на аргументований висновок лікарського консилиуму про недоцільність проведення даного виду лікування. Постійне і непереборне бажання людини піддаватися хірургічним операціям з приводу уявних проявів хвороби називається:

- А. Симуляцією
- В. Аграваційним синдромом
- С. Іпохондричним синдромом
- Д. Синдромом Ашафенбурга
- Е. Синдромом Мюнхаузена.

7. При якому типі акцентуації найчастіше формується залежність від ПАР:

- A. Збудливому
- B. Демонстративному
- C. Що застряє
- D. Гіпертимному
- E. Екзальтованому

8. З чим пов'язана соціокультуральна теорія залежності від ПАР:

- A. Вивченням стилю сімейних стосунків
- B. Вивченням соціальної аномії
- C. Явищами гіпо- або гіперопіка
- D. Впливом середовища мешкання
- E. Порушенням раннього дитячого розвитку

9. Які преморбідні риси особистості сприяють розвитку нервової анорексії:

- A. Гіпертімні
- B. Обсесивно-фобічні
- C. Шизоїдні
- D. Демонстративні
- E. Екзальтовані

10. З чим пов'язаний розвиток комп'ютерної залежності:

- A. Наявність віртуальної реальності
- B. Наявність феномену «уявного друга»
- C. Порушення соціальної адаптації
- D. Розвиток психічної патології
- E. Високий суїцидальний ризик

11. Суїцидальна поведінка, пов'язана з кризовими ситуаціями в житті і особистими трагедіями, називається:

- A. Психогенна
- B. Егоїстична
- C. Альтруїстична
- D. Дистимічна
- E. Анемічна

12. Який психопатологічний тип реакції найчастіше зустрічається у вмираючих хворих:

- A. Дисфорічний
- B. Обсесивно-фобічний
- C. Апатичний
- D. Астено-депресивний
- E. Тривожно-депресивний

Література:

1. Вітенко Н.В. Загальна та медична психологія. – К., 1996, стор. 76-89.
2. Василенко В.Х. Внутренние болезни. – М., 1978, стр. 22-31, 46-54, 68-79.
3. Маклаков А.Г. Общая психология. – СПб., 2000, 592 с.
4. Абрамов В.А. та інш. Медична психологія. – Донецьк, 2010. – 289 с.
5. Гавенко В.Л., Вітенко І.С., Самардакова Г.О. Практикум з медичної Психології. – Харків: Регіон-інформ, 2002 – 248с.
6. Основи загальної і медичної психології /за ред. Вітенко І.С., Чабан О.С. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2003 – 344с.
7. Медична психологія (підручник): Під заг. ред. професора І. Д. Спірної, проф. І. С. Вітенко, Дніпропетровськ, 2008.
8. Загальна та медична психологія (практикум) Під ред. професора І. Д. Спірної, професора І. С. Вітенко, Дніпропетровськ АРТ– прес, 2002.
9. Тюльпин Ю.Г. Медицинская психология, Москва “Медицина”, 2004.
10. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология, Москва “МЕДпресс–информ”, 2005.
11. Михайлов Б. В., Табачников С. И., Витенко И. С., Чугунов В. В. Психотерапия. – Харьков: ОКО, 2002.