

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 темі: «Психологія та патопсихологія свідомості»

ДЛЯ ВИКЛАДАЧІВ МЕДИЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ

(спеціальність «Стоматологія»)

Запоріжжя – 2015 рік

Актуальність теми: Свідомість визначають як вищу, специфічну людську форму відображення дійсності. Окрім такого філософського поняття свідомості є і медичні критерії, які дають змогу встановити порушення свідомості. Вони були введені німецьким вченим Ясперсом: 1) порушення алопсихічної та аутопсихічної орієнтації, 2) порушення процесу мислення, 3) фрагментація сприйняття, 4) мнестичні порушення на період розладу свідомості, 5) пароксизмальність такого розладу. В практичній роботі кожного лікаря будуть траплятися клінічні ситуації, коли у хворих треба встановити наявність кількісних чи якісних порушень свідомості.

Питання суїцидології та евтаназії особливо гостро повстають у сучасному суспільстві і напряду стосуються медико-соціальних аспектів держави. Питання евтаназії, у свою чергу, обумовлене як морально-етичними, так і юридичними чинниками, а тому дискурс з цього питання набуває все більшого поширення, особливо у медицині.

Загальна мета: вміти виявляти основні властивості свідомості та різноманітні прояви її розладів. Уміти розпізнавати особливості психологічного реагування пацієнтів на різні методи обстеження та лікування. Уміти розпізнавати суїцидальну поведінку, знати аспекти її профілактики.

Навчальні цілі та міждисциплінарна інтеграція

Конкретні цілі: уміти, як	Цілі початкового рівня: знати, як
1. Виявляти основні властивості свідомості та різноманітні прояви її розладів	1. Мати уявлення про кількісні порушення свідомості та вміти їх діагностувати (кафедра неврології) 2. Засвоїти функціональні можливості різних частин головного мозку в формуванні свідомості

	(кафедри нормальної та патологічної фізіології)
2. Виявляти ознаки суїцидальної поведінки, знати різновиди суїцидальної поведінки, мотиви і цілі суїциду.	2. Визначати механізм дії і точки додатку психотропних лікарських засобів (кафедра фармакології, патфізіології).
3. Визначати роль соціальних служб при суїцидальних тенденціях. Аналізувати психологічні аспекти суїцидальної поведінки у соматичних хворих	3. Застосовувати навички спілкування з пацієнтами, збирати скарги, анамнестичні дані, проводити об'єктивне обстеження хворих за принципами медичної етики і деонтології (кафедри історії медицини, основи права, філософії).
4. Визначати психологічні аспекти вмирання і смерті, а також морально-етичні, юридичні аспекти евтаназії	4. Визначати з погляду філософії поняття «життя», «смерть», «самогубство» (кафедра філософії)

Зміст та структура заняття.

Перелік теоретичних питань:

- поняття про свідомість, самосвідомість, структура свідомості, рівні свідомості;
- поняття про ауто- та аллоорієнтування;
- класифікація порушень свідомості (кількісні порушення свідомості, якісні порушення свідомості), їх визначення, диференційна діагностика;
- методи дослідження, діагностика розладів свідомості;
- психологічні особливості станів лікувально-діагностичного процесу;
- значення психологічної установки хворого;

- патерналізм, його роль у медичному середовищі;
- клінічні, соціальні та юридичні сторони інформування хворого та його родичів про діагноз, результати обстеження.
- суїцидальна поведінка, раннє розпізнавання суїцидальних тенденцій, профілактика самогубств;
- евтаназія, варіанти евтаназії, юридичні, соціальні та психологічні аспекти евтаназії;
- психологічні аспекти умирання та смерті.

Класифікація порушень свідомості

Класифікація коматозних станів

з гіпертермією: при малярії при інфекційних захворюваннях: менінгіті, енцефаліті	при нормальній температурі травматична епілептична гіперглікемічна (діабетична) гіпоглікемічна (інсулінова) уремична інтоксикаційна
---	---

Кількісні

оглушення	сопор	кома
-----------	-------	------

Якісні розлади свідомості

делірій алкогольний	онейроїд	сутінкове порушення свідомості:	аментивний синдром
------------------------	----------	------------------------------------	-----------------------

інтоксикаційний		післясудомне	
інфекційний		пароксизмальне	
травматичний		сомнамбулізм	
епілептичний		амбулаторний автоматизм	
атипічні форми:		фуги, транс	
професіональний		виняткові стани:	
муситируючий		патологічний афект	
		патологічне сп'яніння	
		просонячний стан	
		синдром Ганзера	

Суїцид - навмисне позбавлення себе життя. Переважна частина самогубств здійснюється психічно здоровими особами в стані соціально-психологічної дезадаптації особистості в умовах макросоціального конфлікту. Частіше суїциди виникають при явищах депресії, яка може бути і у здорових осіб. Вона пов'язана з певною травмуючою ситуацією, або у психічно хворих на тлі розладів мислення. Психологічний стан, в якому приймається рішення про самогубство, характеризується як кризовий, пов'язаний з міжособистісним чи внутрішньоособистісним конфліктом. У стані суїцидальної кризи людина відчуває тривогу, депресію, занурення в свої переживання, все інше для нього перестає існувати. Тривалість пресуїцидального періоду, тобто до моменту завершеного суїциду, різна - від декількох хвилин до декількох днів, тижнів або місяців.

Суїцидальна поведінка має кілька різновидів:

1. «Протест», або «протест-помста»;
2. «Заклик»;
3. «Уникання»;
4. «Самопокарання»;
5. «Відмова»;

Протестні форми поведінки виникають, як замах на об'єктивну ланку конфлікту. При цьому «помста» - це конкретний протест з метою нанесення збитку ворожому (з точки зору суїцидента) оточенню. Поведінкову реакцію такого типу вважають переходом неможливого гетероагресивного поведінки в варіант заподіяння собі аутоагресивних дій. Суїцидальна поведінка за типом «заклик» має намір привернути до себе увагу з боку оточуючих, заради зміни існуючого стану справ. Статистично, з кожних п'яти суїцидентів - чотири, в тому чи іншому вигляді, намагалися таким чином вийти з кризового стану.

Поведінка по типу «уникнення» виникає у людей в випадках, які загрожують біологічному існуванню людини, або значно знижують самооцінку. При цьому людина немов би самоусувається від кризової ситуації.

Мотивація суїцидальної поведінки по типу «самопокарання» виникає у випадках, коли має місце своєрідна інтродекція на себе одночасно ролі «судді» і «підсудного», що супроводжується активним самозвинувачення і спробами знищити в собі «ворога».

У разі «відмови», трапляється своєрідне "злиття" мети і мотиву, що виливається в суїцидальну поведінку, як вияв капітуляції перед обставинами.

Відсутність мети навмисного бажання позбавити себе життя, дозволяє відрізнити істинний суїцид від різних форм парасуїцидального типа поведінки. Період слідом за суїцидальною спробою визначають як постсуїцидальний стан, який також має певну динаміку. Його тривалість і прогноз у плані здійснення повторних суїцидів визначається актуальністю конфлікту (вирішився він чи ні), наявністю або відсутністю критичного ставлення до своїх дій, а також аналогічних суїцидальних реакцій у минулому.

Виділяють наступні ознаки високого ризику самогубства:

1. Спроба самогубства в анамнезі. Друга спроба вчиняється частіше протягом трьох місяців після першої;

2. Психічні розлади: депресія, психози, алкоголізм, наркоманія;
3. Тип зайнятості: безробітні і некваліфіковані робітники роблять спроби самогубства частіше кваліфікованих. Частіше зустрічається суїцидальна поведінка серед акторів, лікарів, музикантів, поетів, письменників, співробітників правоохоронної системи, лікарів (особливо психіатрів, офтальмологів, стоматологів і анестезіологів), страхових агентів, юристів.
4. Сімейний стан і коло спілкування. Найбільш високий ризик суїциду у неодружених, розведених, вдів і вдовців, тих хто перебуває в шлюбі, але бездітні, одинаків, які втратили кохану людину;
5. Стать. Чоловіки здійснюють самогубство втричі частіше, ніж жінки, але жінки в 2-3 рази частіше роблять спробу самогубства;
6. Вік: молодь 15-19 років, чоловіки 50-70 років, жінки після 50 років (найчастіше в 55-65 років);
7. Сімейний анамнез і релігійна приналежність. Суїциди частіше скоюють ті, у кого в родині були подібні випадки. Особи з католицьких і мусульманських сімей рідше вдаються до самогубства;
8. Стан здоров'я. Ризик самогубства зростає після операцій, при постійному болю, при хронічних і невиліковних хворобах, у хворих та інфікованих на ВІЛ (у 30-40 разів частіше, ніж серед здорових), онкологічних хворих (у 2-4 рази частіше);

Доцільно знати також такі поняття:

1. Пресуїцидальний синдром - тип суїцидальної динаміки, може тривати від тижня до декількох місяців;
2. Суїцидальні тенденції - думки та спроби самогубства, як перекручення захисного інстинкту. Сюди ж відносяться дії, що здійснюються недостатньо зважено у зв'язку з незрілістю уявлення про життя і смерть;
3. Суїцидоманія - постійне прагнення закінчити життя самогубством (частіше при депресіях, шизофренії, психопатіях);

4. Парасуїцид - це незавершені суїцидальні дії, які є наслідком суїцидального шантажу, або тип суїцидальної поведінки, що передують завершеному суїциду;

5. Суїцидальний шантаж - загрози заподіяти самогубство, які треба розглядати як засіб впливу особистості на несприятливу ситуацію. Однак при цих "демонстраціях", завжди існує загроза того, що спроба може бути реалізована.

Суїцидальна поведінка у ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД зустрічається в 30-40 разів частіше, ніж серед здорових людей. Це пов'язано, перш за все, з важкою перспективою неминучої смерті, відсутністю в даний момент ефективних ліків. Тому цей стан вимагає особливої уваги з боку лікарів. Суїцидальні думки зазвичай виникають вже й у осіб з групи ризику (особливо у тих, хто має серопозитивну реакцію) на тлі ідей самозвинувачення, хоча до реальних спроб справа доходить рідко. Найбільш часто спроби позбавити себе життя реєструються в маніфестному періоді хвороби, де виражена депресія, особливо серед хворих, які були свідками смерті від СНІДу, та у психопатичних осіб.

Особливості суїцидальної поведінки в онкології

В динаміці психічного стану онкологічних хворих виділяють чотири основних періоди:

- Домедичний
- Амбулаторний
- Стаціонарний
- Термінальний.

Найбільш високий ризик суїциду має стаціонарний період. Переважають симптоми астенії з виснаженістю, загальмованістю, загостреною чутливістю, знижується загальний фон настрою, з'являється субдепресивний або депресивний стан.

Особливості суїцидальної поведінки при вроджених і набутих фізичних дефектах Навіть при доброзичливому ставленні та інших сприятливих

умовах, емоційні реакції залишаються. Це підвищена чутливість з ранимістю і уразливістю. Активний і пасивний тип пристосування поведінки до свого стану завжди носить елементи інтравертованості. Підлітки стають вкрай чутливими до розмов з приводу зовнішності, перебільшують значення наявних у них недоліків, малюють власну трагічну перспективу. Саме таке стан стає найбільш загрозливим з приводу суїцидальної поведінки. Психоемоційна реакція осіб з набутими вадами найбільш виражена після гострого періоду і збільшується поступово в залежності від виду та ступеню недоліку, віку, статі, особливостей темпераменту і характеру, соціального положення, прогнозу працездатності, можливостей протезування тощо. Сильне емоційне реагування виникає при втраті нижніх кінцівок, очей, обличчя, рук. Наче катастрофа зазнається не лише сам факт втрати, але й суб'єктивне значення його наслідків з позиції власної ієрархії цінностей. Такий психічний стан може зумовити наявність суїцидальних намірів і тенденцій різної стійкості.

Особливості суїцидальної поведінки при станах залежності

Стани залежності від психоактивних речовин (алкоголізм, наркоманія, токсикоманія) також можуть супроводжуватися суїцидальною поведінкою при різних проявах хвороби, особливо при патології сприйняття (галюциноз), або розладах мислення (марення на тлі афекту страху), вираженому абстинентному синдромі.

Психологічні аспекти умирання та смерті

Смерть являє собою припинення усіх життєвих функцій. Вона має особистісне і культурне значення, стосується не тільки вмираючої людини, але й живих. Згідно з психоаналітичними теоріями, для людей нормально боятися смерті, хоча ряд досліджень показують, що набагато менше страх смерті відчують люди, які дожили до похилого віку. Їх лякає не сама смерть, а можливість тривалого й болісного вмирання.

Кюблер-Росс виділила п'ять фаз пристосування до думок про смерть:

1. «Заперечення»;

2. «Протест»;
3. «Торг»
4. депресія;
5. прийняття смерті.

Петерсон (1977) виділяє чотири види смерті:

1. Соціальна смерть - чоловік змушений ізолюватися від оточуючих.
2. Психологічна смерть - усвідомлення людиною неминучого кінця, що супроводжується зниженням рівня екстравертованої свідомості, зростанням інтроверсії з аналізом минулого.
3. Мозкова смерть - повне припинення роботи головного мозку з втратою контролю над забезпечуючими життя функціями.
4. Фізіологічна смерть - згасання останніх функцій організму, які забезпечують діяльність його життєво важливих органів.

Проблема евтаназії

Виділяють два її види: активну і пасивну евтаназію.

Активна евтаназія - навмисне умертвіння «з жалю», на прохання хворого, або без нього. У правовому аспекті ці дії кваліфікуються як навмисне вбивство - в тих країнах, де евтаназія заборонена законом. Активну евтаназію називають також "методом наповненого шприца".

Пасивна евтаназія - припинення особливо складних медичних методів для підтримання життя хворого, які хоча і продовжують його існування, але й не рятують. Йдеться про скорочення періоду дістаназії, тобто "Поганого вмирання". Інша назва пасивної евтаназії - "метод відкладеного шприца". У країнах, де евтаназія визнана законодавчо, для її виконання необхідно дотримання близько сорока вимог, у тому числі має бути і констатація відсутності яких-небудь інших сучасних медичних методів збереження життя хворого.

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 п	Основні етапи заняття, їх функції та зміст	Навч . цілі в рівня х засво єння	Методи контролю і навчання	Матеріали методичного забезпечення (контролю, наочності, інструктивності)
1. 2. 3.	Підготовчий етап Організаційні заходи Постановка навчальних цілей та мотивація Контроль вихідного рівня знань, навичок, умінь:	II III	Фронтальне індивідуальне усне експрес - опитування Тестовий контроль II рівня Рішення типових задач II рівня	II.1 актуальність теми II.2 навчальні цілі Таблиці, малюнки, структурно- логічні схеми, лікарські препарати, слайди Питання для індивідуального опитування

				Тести та задачі II рівня
4.	<p>Основний етап</p> <p>Формування професійних вмінь та навичок:</p> <p>1.Оволодіння методикою проведення цілеспрямованої бесіди.</p> <p>2.Сформуванню вміння провести усебічне (доступного студенту рівня) обстеження статусу хворого, інтерпретувати їх дані.</p>	<p>III</p> <p>III</p> <p>III</p>	<p>Професійний тренінг на хворому.</p> <p>Рішення тестів та задач III рівня.</p> <p>Професійний тренінг у вирішенні нетипових клінічних ситуацій</p>	<p>Алгоритми (орієнтовані карти) для формування практичних навичок та вмінь.</p> <p>Хворі Історії хвороби, протоколи обстеження та лікування</p> <p>Тести та нетипові задачі III рівня</p> <p>Імітаційні ігри</p>
5.	<p>Заключний етап</p> <p>Контроль та корекція рівня засвоєння професійних вмінь та навичок</p>	<p>III</p>	<p>Індивідуальний контроль навичок або їх результатів.</p> <p>Аналіз та оцінка результатів клінічної</p>	<p>Результати клінічної роботи</p> <p>Задачі III рівня</p> <p>Тести III рівня</p> <p>Орієнтована карта для</p>
6.	<p>Підведення підсумків заняття (теоретичного, практичного,</p>		<p>результатів клінічної</p>	
7.	<p>організаційного)</p>			

	Домашнє завдання (основна і додаткова література по темі)		роботи Рішення нетипових задач III рівня. Тестовий контроль III рівня.	самостійної роботи з літературою
--	--	--	--	----------------------------------

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

Тести 1 та 2 рівня

1. У дослідженого по методиці Леонгарда-Шмішека отримані наступні результати в сирих балах: гіпертимність – 5; тривожність – 4; дістимичність – 2; педантичність – 3; збудливість – 1; емотивність – 3; застрягання – 6; демонстративність – 5; циклотимічність – 3; екзальтованість – 4. Результати свідчать про те, що у дослідженого:

- A. Явна акцентуація за екзальтованим типом
- B. Явна акцентуація за типом, що застряє
- C. Немає ознак акцентуації
- D. Тенденції до акцентуації за типом, що застряє
- E. Змішана тенденція до гіпертімної і що застряє акцентуації.

2. Пацієнтка, 23 років. Два місяці тому отримала ЧМТ, декілька хвилин була без свідомості, потім протягом декількох годин наголошувалася нудота і одноразова блювота. Наступного дня після травми з'явилися судорожні пароксизми з частотою декілька разів на тиждень, що протікали з втратою

свідомості, мимовільним сечовипусканням і дефекацією, прикусом язика. Які додаткові дослідження слід призначити в даному випадку:

- A. ЕЕГ
- B. РЕГ
- C. КТ
- D. МРТ
- E. УЗД судин

3. Патопсихолог досліджував пацієнта К.25 років за допомогою методики Зунга. Яку психічну функцію досліджував лікар:

- A. Емоції
- B. Увага
- C. Пам'ять
- D. Мислення
- E. Сприйняття

4. Пацієнтка Л., 30 років на прийомі у психотерапевта скаржиться на знижений настрій, відчуття туги і печалі, суїцидальні думки, зниження працездатності, порушення сну. Що є анатомічним субстратом формування негативних емоцій:

- A. Лімбічна система
- B. Ретикулярна формація
- C. Чорна субстанція
- D. Екстрапірамідна система
- E. Довгастий мозок

5. Для лікування нервової анорексії хворим був призначений флуоксетин. До якої групи лікарських препаратів відноситься даний засіб:

- A. Транквілізатор
- B. Антидепресант
- C. Антипсихотик

D. Психостимулятор

E. Ноотроп

6. Хворий К., 40 років. Зловживає алкоголем 20 років. Неодноразово лікувався в психіатричній лікарні. Через пияцтво втратив роботу, сім'ю. Рік тому намагався зробити суїцидальну спробу. Знаходиться в терапевтичному відділенні з ДЗ: хронічний гепатит, виразкова хвороба 12-ти перстної кишки, хронічний панкреатит. При огляді фон настрою понижений, рухова активність різко обмежена. Висловлює суїцидальні думки. Ваша тактика:

A. Невідкладна госпіталізація в психіатричний стаціонар

B. Планове лікування в наркологічному стаціонарі

C. Амбулаторне лікування під наглядом дільничного психіатра

D. Планове лікування в терапевтичному відділенні після консультації психіатра

E. Амбулаторне лікування під наглядом дільничного нарколога

Тести 3 рівня та нетипові задачі

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)
- B. Інтерперсональна напруга між агресивними імпульсами, з одного боку, і відчуттям залежності, з іншого
- C. Суперечності між «бажанням ніжності» і «страхом перед ніжністю»
- D. Відчуття хронічної незадоволеності
- E. 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:

- A. Сексуальні розлади
- B. Захворювання, що змінюють зовнішність
- C. Онкологічні захворювання
- D. Інфаркт
- E. 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:

- A. Симуляцією
- B. Аграваційним синдромом
- C. Іпохондричним синдромом
- D. Синдромом Ашафенбурга
- E. Синдромом Мюнхаузена.

Завдання № 1. Пацієнтка С., 17 років., страждає на страх мови. Логофобія зустрічається при:

- A. Шизофренії
- B. Цукровому діабеті
- C. Заїканні
- D. Гіперкінетичному синдромі
- E. Аутизмі

Завдання № 2. При якому типі акцентуації найчастіше формується залежність від ПАР:

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

Завдання № 3. 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. Порухенням раннього дитячого розвитку

Завдання №4. Які преморбідні риси особистості сприяють розвитку нервової анорексії:

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

Завдання № 5. 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

Завдання № 6. Суїцидальна поведінка, пов'язана з кризовими ситуаціями в житті і особистими трагедіями, називається:

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

Завдання № 7. 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.