

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
федеральное государственное бюджетное учреждение
«Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России)

УТВЕРЖДАЮ

Директор Института медицинского
образования

ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова»

Минздрава России

Е.В. Пармон

«27» января 2023 г.

МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ

по дисциплине «ПСИХОЛОГИЯ БОЛЕЗНИ С ВИТАЛЬНОЙ УГРОЗОЙ»

магистратура по направлению подготовки 37.04.01 Психология
Профиль «Кризисная психология и психотравматология»

Очная форма обучения

Санкт-Петербург
2023

ФГБУ «НМИЦ им. В. А. Алмазова» Минздрава России

Сертификат 01D891DF7BA735C0000A995600060002

Владелец Пармон Елена Валерьевна

Действителен с 07.07.2022 по 07.07.2023



ЛИСТ СОГЛАСОВАНИЯ

Методические материалы по дисциплине «Психология болезни с витальной угрозой» рассмотрены и обсуждены на заседании кафедры психологии «20» декабря 2022г., протокол № 4.

Цель изучения дисциплины: сформировать у обучающихся представления об основах, целях, принципах оказания психологической помощи при заболеваниях с витальной угрозой и приобретение опыта использования методов конструктивного взаимодействия в практической деятельности психолога с человеком в ситуации помощи заболевания с витальной угрозой (пациент, родственник пациента).

Задачи изучения дисциплины:

1. Ознакомление обучающихся с теоретическими основами и принципами психологической помощи в условиях заболевания с витальной угрозой.
2. Формирование у обучающихся представлений об особенностях восприятия человеком различных заболеваний с витальной угрозой.
3. Формирование у обучающихся представлений о закономерностях этапов психологической адаптации человека в ситуации заболевания с витальной угрозой.
4. Формирование у обучающихся представлений о принципах и приемах психологической коррекции эмоционального напряжения человека в ситуации заболевания с витальной угрозой.
5. Формирование у обучающихся представлений о создании и внедрении психообразовательных программ в области заболеваний с витальной угрозой различных нозологий.

Тяжелое заболевание является драматическим событием в жизни человека. На всем протяжении истории человечества соматические болезни играли значимую роль в существовании популяции. Эпидемии приводили к вымиранию целых населенных пунктов. Болезни вносили существенные изменения в быт людей, вселяли ужас в их сердца, формировали мифы о причинах болезни и способах борьбы с ними, влияли на психологическую жизнь сообщества.

Развитие медицины позволило справиться с такими заболеваниями массового поражения, как чума, тиф, холера, туберкулез, оспа, позволило защитить большую часть сообщества от заражения крови и отравлений, практически исключило массовую детскую смертность. Развитие медицины перевело болезни из разряда общинного события в разряд события индивидуального.

В XX веке на смену биомедицинской модели пришла биопсихосоциальная модель, рассматривающая личность в условиях соматогенной витальной угрозы. В 1948 г. в уставе ВОЗ здоровье было определено как состояние полного физического, психического и социального благополучия, а не только как отсутствие болезней и физических дефектов.

Субъективная сторона заболевания вызывала интерес еще в начале XIX в. В своих работах врач, ординарный профессор патологии и терапии Московского университета, Матвей Яковлевич Мудров писал: “Чтобы правильно лечить больного, надобно узнать, во-первых, самого больного во всех его отношениях, потом надобно стараться узнавать причины, на его тело и душу воздействующие, наконец, надобно объять весь круг болезни, и тогда болезнь сама скажет имя свое, откроет внутреннее свойство свое и покажет наружный вид свой”. Можно сказать, что работы Мудрова и более поздние работы российского и советского психиатра, профессора Петра Борисовича Ганнушкина предопределили возникновение биопсихосоциальной модели, рассматривающей личность в условиях соматогенной витальной угрозы.

Психологическая поддержка человека в ситуации заболевания с выраженной витальной угрозой сегодня выделяется в одно из направлений психологической науки. Работа в этом направлении имеет существенные отличия от работы психологов как с психиатрическими больными, так и с больными соматических нозологий, не несущих высокий уровень угрозы жизни.

Работу психолога в направлении «заболевание с высоким уровнем витальной угрозы» можно описать как «Поиск ресурсов». Поиск психологических ресурсов пациента, родственников пациента, сотрудников профильных лечебных учреждений. Наиболее

востребованные задачи нашей работы: утилизация негативных переживаний, связанных с ситуацией высокого уровня витальной угрозы заболевания (расчистить внутренне пространство), а также распознавание и использование ресурсов пациента (заполнить внутреннее пространство) для поддержания качества жизни, сколько бы этой жизни ни осталось.

ТЕМА 1. ВИДЫ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЗАБОЛЕВАНИЙ С ВИТАЛЬНОЙ УГРОЗОЙ

Понятие заболевания с витальной угрозой

По определению Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) заболеванием считаются нарушения нормальной жизнедеятельности, возникающие в ответ на действие патогенных факторов, нарушения работоспособности, социально полезной деятельности, продолжительности жизни организма и его способности адаптироваться к постоянно изменяющимся условиям внешней и внутренней сред при одновременной активизации защитно-компенсаторно-приспособительных реакций и механизмов.

Многие заболевания носят характер локального поражения, однако при любой болезни в большей или меньшей степени вовлекается весь организм. Некоторые болезни могут носить угрожающий характер, но при этом подлежать активному лечению, например, многие болезни сердечно-сосудистой системы. Существуют болезни, лечение которых невозможно, они носят хронический характер, но совместимы с жизнью, например, детский церебральный паралич или проказа, большинство онкологических болезней, которые сегодня совместимы с жизнью и могут достигать устойчивой ремиссии. Также существуют заболевания, которые относительно быстро и неизбежно приводят к смерти, например, БАС и некоторые виды онкологических заболеваний.

В медицине существуют различные классификации болезней. По признаку уровня специфической патологии различают молекулярные, хромосомные, клеточные, тканевые, органные, полиорганные и системные заболевания. По этиологическому фактору болезни делятся на вызванные механическими, физическими, химическими, биологическими или психогенными факторами. Международный Классификатор Болезней (МКБ) представляет классификацию по нозологиям, то есть родственным признакам заболеваний.

К заболеваниям с витальной угрозой принято относить те, что не подлежат активному лечению либо приводят к неизбежной смерти при отсутствии лечения. Такие заболевания различаются по периодам проявления первых признаков болезни, скорости полного развития симптомов и прогнозу течения - острому или хроническому. Объединяет их высокий уровень угрозы смерти в связи с диагнозом.

К заболеваниям с витальной угрозой относятся болезни разных нозологий: дыхательной системы (пульмонология), сердечно-сосудистой системы (кардиология), желудочно-кишечного тракта (гастроэнтерология), мочевыделительной системы (нефрология), заболевания, в основе которых лежит неконтролируемый процесс размножения одного из видов клеток (онкология), некоторые наследственные и некоторые инфекционные заболевания. Особенность заболеваний с витальной угрозой заключается в том, что они практически не подлежат или слабо подлежат профилактике.

Заболевания с высоким уровнем витальной угрозы необходимо лечить. При этом под лечением не предполагается полное избавление от заболевания. Под лечением подразумевается контроль над распространением или скоростью распространения симптомов заболевания. При одних заболеваниях применяется патогенетическая, то есть поддерживающая терапия, направленная на механизмы развития заболевания, например, заместительная терапия инсулином при сахарном диабете. Другие заболевания требуют оперативного вмешательства. Могут применяться смешанные виды лечения. Для некоторых заболеваний с витальной угрозой сегодня применима только симптоматическая терапия. Этот вид относится к паллиативной, то есть поддерживающей терапии.

Виды заболеваний с витальной угрозой

Существует множество неизлечимых заболеваний, завершающихся умиранием. К ним относят заболевания нервной системы, например, болезнь Альцгеймера, при которой постепенно разрушаются мозговые нейроны. К более скоротечным поражениям центральной нервной системы относят, например, синдром Леша-Найхена, поражающий только мужчин, и катаплексию, одно из самых слабо изученных заболеваний. Случаются инфекционные поражения центральной нервной системы с быстрым смертельным исходом, например, бешенство, и болезнь Крейцфельдта-Якоба, особенностью которой является длительный латентный и стремительный терминальный периоды. Генетические мутации могут приводить к прогерии, синдрому бабочки (буллезный эпидермиоз), порфирии, болезни второго скелета. Такие заболевания могут приводить к существенному снижению качества жизни, когда несоблюдение вынужденных ограничений несут за собой существенную угрозу жизни. Перечисленные заболевания встречаются редко.

К распространенным видам заболеваний с высоким уровнем витальной угрозы относят онкологические заболевания, ишемическую болезнь сердца (ИБС), инсульт, диабеты, туберкулез, боковой амиотрофический склероз (БАС) и болезнь, вызванную вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ).

Главной причиной смерти от заболевания (около 30% по данным ВОЗ) называют ИБС и инсульт. Существует мнение, что эти заболевания подлежат общей профилактике, такой как соблюдение физической активности, поддержание баланса питания, избегание вредностей и стресса, регулярное наблюдение у врача. На сегодняшний день наблюдается «омоложение» этих диагнозов, что своеобразно коррелирует с общепринятыми представлениями о превенции этих заболеваний. Кроме ИБС и инсульта к смертельным сердечно-сосудистым заболеваниям относят тромбозы, врожденные пороки сердца, ревмокардиты. В большинстве случаев своевременная диагностика и коррекция образа жизни позволяют избежать осложнений и скорой смерти.

Распространенность и «омоложение» диагноза сахарного диабета разных типов отмечается во всем мире. Сахарный диабет 2 типа (СД 2) встречается в 15 раз чаще сахарного диабета 1 типа (СД 1).

Одной из наиболее распространенных инфекций является туберкулез. В Российской Федерации разработана стратегия борьбы с туберкулезом до 2025 года. Эпидемиологическая обстановка контролируется успешно, однако растет доля пациентов с ВИЧ-ассоциированным туберкулезом.

БАС — самый частый вариант (80%) болезни двигательного нейрона (БДН). К другим видам БДН относят прогрессирующую мышечную атрофию (ПМА) и первичный латеральный склероз (ПЛС). БАС является орфанным, то есть редким, затрагивающим небольшую часть популяции заболеванием.

Концепции восприятия заболевания

В отечественной науке вопрос целостного рассмотрения личности и болезни поднимался в трудах таких врачей-интернистов, как М.Я. Мудров, Г.А. Захарьин, Н.И. Пирогов и другие. В свое время разные авторы по-разному характеризовали и называли предмет рассмотрения: «аутопластическая картина болезни» (Гольдшейдер А), «реакция адаптации» (Шевалев Е.А), «позиция к болезни» (Фрумкин Л.П., Мизрухин И.А.), «переживание болезни» (Ковалев В.В.). В 1971 году Л.Л. Рохлин вводит понятие «сознание болезни». Все эти формулировки отражают личное отношение, смысл болезни для больного. Н. С. Курек называет болезнь психотравматическим стрессом, преодоление которого зависит от активности больного: «активность важна для успешности лечения, реабилитации после лечения, она определяет во многом успешный возврат к труду, восстановлению социальных контактов». Вне зависимости от формулировки авторы описывают личностное «Я» человека

как фактор управления психической активностью с помощью интенций — намерений, имеющих побудительную силу и связанных с будущим.

В психиатрии также восприятие болезни рассматривается в рамках понятия «нозогении», включающего в себя реакции человека на болезнь и играющего важную роль в клинической картине различных расстройств. Эти реакции связаны со смысловыми и надсмысловыми структурами, то есть сочетанием распространенных среди населения представлений об опасности диагноза с субъективно тяжелыми проявлениями болезни и ограничениями, налагаемыми соматическим страданием на бытовую и профессиональную деятельность пациента.

Внутренняя картина болезни

Наибольшее распространение в нашей стране получил термин «внутренняя картина болезни» (ВКБ). Российский и советский ученый-медик Роман Альбертович Лурия, развивая идею немецкого врача Альфреда Гольдшейдера, разработал психологическую концепцию «внутренней динамики заболевания», представив термин «внутренняя картина болезни».

Внутренняя картина болезни описывает целостное восприятие пациентом своего заболевания, переживаемое им сознательно и бессознательно на всех уровнях: сенситивном, когнитивном, эмоциональном и поведенческом. Сенситивная сторона болезни (уровень ощущений, чувственный уровень) связана с локализацией боли и других неприятных ощущений, их интенсивностью и т.п. Интеллектуальная сторона болезни (рационально-информационный уровень) связана с представлениями и знаниями больного о его заболевании, размышлениями о его причинах и последствиях. Эмоциональная сторона болезни связана с различными видами эмоционального реагирования на отдельные симптомы, заболевание в целом и его последствия. Волевая сторона болезни (мотивационный уровень, определяющий актуальное поведение) связана с определенным отношением больного к своему заболеванию, необходимостью изменения поведения и привычного образа жизни, актуализацией деятельности по возвращению и сохранению здоровья.

В рамках концепции ВКБ рассматривают различные типологии реагирования на болезнь. R. Barker выделял 5 типов отношения к болезни: избегание дискомфорта с аутизацией (пациенты с невысоким интеллектом); замещение (пациенты с высоким интеллектом); игнорирующее поведение с вытеснением (пациенты со средним интеллектом, но высоким образовательным уровнем); компенсаторное поведение (тенденции агрессивного переноса неадекватных переживаний на окружающих и др.); невротические реакции.

Р. Конечный и М. Боухал предложили следующую классификацию типов «аутопластической картины болезни»: нормальная, пренебрежительная, отрицающая, нозофобная, ипохондрическая, нозофильная, утилитарная.

В.В. Дунаевский выделяет 5 типичных вариантов реакции на болезнь: анозогнозический, ипохондрический, аггравационный, симулятивный и диссимулятивный.

В типологии Н.Д. Лакосиной и Г.К. Ушакова в качестве критерия, взятого за основу классификации типов, выделяется та или иная система потребностей, которые фрустрируются заболеванием: витальная, общественно-профессиональная, этическая, эстетическая или связанная с интимной жизнью.

А.Е. Личко и Н.Я. Иванов создали типологию, на основе которой в НИПНИ им. В.М. Бехтерева разработана методика определения типов отношения к болезни (ТОБОЛ). Авторы методики выделяют 12 типов отношения к болезни: гармонический, эргопатический, анозогнозический, тревожный, ипохондрический, неврастенический, меланхолический, апатический, сенситивный, эгоцентрический, паранояльный, дисфорический.

Отношение к болезни

Сегодня в отечественной психологии проблема влияния болезни на личность рассматривается в контексте психологической теории отношений советского психиатра и

медицинского психолога Владимира Николаевича Мясищева. Согласно этой концепции, личность трактуется как система отношений индивида, и утверждается, что болезнь изменяет личность как систему отношений пациента. Система отношений рассматривается, как ядро личности, наиболее чувствительное к развитию болезни. Система отношений определяет адаптационный потенциал личности и ее способность принятия изменений, связанных с соматическим заболеванием (Иовлев Б.В., Карпова Э.Б., 1999). Таким образом, согласно концепции В.Н. Мясищева, психологический механизм влияния болезни на личность характеризуется изменением всей системы отношений, как результат возникновения и развития заболевания.

Концепцию В.Н. Мясищева «Личность как система отношений» можно рассматривать как эволюцию теории проблемы «человек-болезнь». Концепция В.Н. Мясищева рассматривает ситуацию заболевания и всестороннее восприятие пациентом своего заболевания как возникновение нового отношения (отношение к болезни), влияющего на всю систему отношений, а значит, и влияющего на личность больного. Пациенты с одним и тем же диагнозом по-разному могут переживать изменения, связанные с заболеванием, по-разному относятся к своему заболеванию. Отношение к болезни (ОкБ), как и любое отношение, обладает сущностными свойствами: оно целостно, активно, сознательно и избирательно.

В рамках концепции В.Н. Мясищева отношение к болезни рассматривается во взаимодействии изменений, связанных с болезнью в когнитивной, эмоциональной и мотивационно-поведенческой сферах.

Когнитивный компонент включает представления и знания о болезни, размышления больного, понимание им болезни и зависит от имеющихся в обществе представлений и установок, полученных из различных источников.

Эмоциональный компонент включает эмоциональные реакции больного на заболевание, его последствия, в том числе и возможные изменения семейного и социального статуса. Особенности и интенсивность эмоциональных переживаний, обусловленных болезнью, зависит от степени значимости тех отношений, которые болезнь затрагивает. Эмоциональный компонент отношения к болезни тесно связан как с соматическим состоянием, так и с логическим суждением о своей болезни. Например, аффектогенные изменения познавательной деятельности могут проявляться в повышенной склонности больного к систематизации знаний и формированию концепций паранойяльного или ипохондрического содержания (Карвасарский Б.Д., 2002).

Мотивационно-поведенческий компонент отношения к болезни представляет те изменения в мотивационно-поведенческой сфере личности больного, которые происходят с возникновением болезни и в процессе ее течения (Иовлев Б.И., Карпова Э.Б., 1999). От мотивационно-поведенческого компонента зависит то, как больной сможет строить свою жизнь в контексте заболевания. Болезнь, как экзистенциально значимое событие в жизни человека, может привести к изменению ценностей личности. Изменения ценностной структуры больного характеризуются мотивационным компонентом.

Отношение к болезни не всегда четко коррелирует с клинической картиной заболевания. При психологическом анализе проблемы «личность - болезнь» под болезнью понимается не объективно существующий патологический процесс в организме, а болезнь как событие в жизни личности (Иовлев Б.В., Карпова Э.Б., 1999). Разные болезненные состояния отличаются по фрустрационному потенциалу в зависимости от того, содержат ли они витальную угрозу или угрозу только социальным характеристикам личности.

В рамках концепции ОкБ разные авторы делают акценты на том или ином факторе формирования отношения к болезни. В. Бройтигам, П. Кристиан, М. Рад рассматривают компоненты отношения к болезни в рамках психоаналитических концепций (отказ, вытеснение). В транзакционной концепции преодоления Р Лазаруса, основное значение придается когнитивной оценке, т.е. адекватному или искаженному восприятию собственной болезни и лечебных мероприятий. А. Хулк в адаптации В.В. Дунаевского в качестве

важнейших факторов отношения к болезни рассматривает продолжительность заболевания, тяжесть нарушений и диапазон вызванных болезнью ограничений, вид инвалидности, возраст потери трудоспособности, уровень интеллектуального развития и особенности преморбидной личности пациента.

В.Д. Менделевич к факторам, влияющим на выработку субъективного отношения к болезни относит: пол, возраст, особенности темперамента, особенности характера (включая модель здоровья, принятую в семье), особенности личности. Также автор выделяет значимые параметры, на основании которых оценивается болезнь и формируется психологическое отношение к ней: вероятность летального исхода, вероятность инвалидизации и хронизации, болевые характеристики болезни, необходимость радикального или паллиативного лечения, влияние болезни на возможность поддерживать прежний уровень общения.

В.В. Николаева выделяет внешние и внутренние факторы, влияющие на формирование отношения к болезни. Внешние факторы отражают жизненную ситуацию, связанную с болезнью и лечением, внутренние - преморбидные особенности личности. П.И. Сидоров, А.Г. Соловьев, И.А. Новикова выделяют роль представления о субъективно непереносимой реальности в структуре отношения к болезни. Р. Конечный и М. Боухал (1982) формирование субъективного представления о заболевании считают зависящим от факторов: характер болезни (течение острое или хроническое, наличие болей, нарушение целостности тела и т.д.), текущие обстоятельства (семья, работа, социальное окружение), преморбид (включая возраст больного) и социальное положение личности.

Из перечисленного видно, что авторы, как правило, описывают три группы факторов, формирующих отношение к болезни: клинические характеристики заболевания, преморбидные особенности личности и социально-психологические факторы.

Особенности восприятия заболевания с витальной угрозой

Независимо от локализации поражения, известие о заболевании с витальной угрозой наносит психическую травму человеческой личности. Психологический ответ витальной угрозе зависит от субъективного восприятия и переживания больным своей болезни, от его информированности и уровня социальной защищенности.

Переживание ситуаций, связанных с угрозой жизни или здоровью и их влияние на психику человека разнообразно и выражается широким спектром эмоционально-личностных изменений. Для больных с тяжелой соматической патологией характерно наличие аффективных расстройств, осложняющих процесс лечения основного заболевания и ухудшающих прогноз болезни в целом (Великолуг А.Н. с соавт., 1997; Березин Ф.Б. с соавт., 1998; Смулевич А.Б., 2003; Старшенбаум Г.В., 2005). «Приобретут ли у человека представления о том или ином болезненном симптоме характер «условной приятности или желательности», зависит, с одной стороны, от особенностей той ситуации, в которой он находится, с другой — от его прошлого опыта, имеющихся у него систем условнорефлекторных связей, определяющих его этические и нравственные устои» (Карвасарский Б.Д., 2002).

Соматическое заболевание, а особенно заболевание с прямой витальной угрозой травмирует личность. Для тяжелого заболевания характерно сочетание чувства неопределенности и тревожного ожидания излечения с дефицитом информации и почти непрогнозируемым исходом заболевания. Болезнь вносит изменения в жизнь человека и его ближайшего окружения.

Нозогенные реакции встречаются в соматических отделениях у 28% больных, и проявляются чаще других психических. В исследованиях описываются такие нозогении, как сутяжные, депрессивные состояния, а также реакции, протекающие с патологическим (дезадаптивным) отрицанием болезни и выраженным аутоагрессивным поведением. Нозогении принято рассматривать в пределах посттравматического стрессорного расстройства. Сравнительно кратковременные нозогении с тревожно-фобическими и депрессивными синдромами причисляются к расстройствам адаптации (МКБ-10). Легкие и

непродолжительные нозогенные депрессии относят к подрубрике «неуточненные депрессивные состояния», а более тяжелые и затяжные состояния к «дистимии» и «большой депрессии». Нозогенные реакции, в структуре которых на первый план выступают фобии, ассоциирующиеся со страхами прогрессирования болезни и смертельного исхода, описываются как тревожно-фобические расстройства, а протекающие с преобладанием ипохондрических проявлений относят к небредовой ипохондрии.

В фокусе внимания психиатрии оказываются острые реакции личности на соматическое заболевание, обусловленные низкой толерантностью к психотравмирующим воздействиям. В случаях, когда ситуация болезни не воспринимается как психотравмирующая и естественные компенсаторные возможности нервной системы оказываются достаточными для предотвращения возникновения патологических реакций со стороны психики, психологическое сопровождение способно снизить уровень травматизации личности в связи с болезнью. Психологической мишенью в таких случаях становится отношение пациента к своей болезни. Неповторимость личности больного, уникальность его судьбы создают неповторимость, уникальность смысла болезни как события жизни, и тем самым формируется уникальное, неповторимое отношение к болезни (Иовлев Б.В., Карпова Э.Б., 1999).

Задание

Составьте аннотированный библиографический список 5-7 научных публикаций за последние три года, посвящённых изучению проблем психологии соматического пациента в ситуации витальной угрозы.

Пример описания:

Толстых Н.Н. Хронотоп человека без определенного места жительства // Социальная психология и общество. 2022. Том 13. № 1. С. 224–229. DOI: 10.17759/sps.2022130113

Аннотация. В статье рассматривается проблема... Автором излагается... Предложено... Анализируется... Обсуждается...

ТЕМА 2. ПСИХОЛОГИЯ ЧЕЛОВЕКА В СИТУАЦИИ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ

Понятие онкологического заболевания

Онкологические заболевания характеризуются наличием злокачественного новообразования (злокачественная опухоль). Это заболевания, при которых атипичная (атипичная), то есть измененная по форме, размерам и строению ядра клетка начинает делиться бесконтрольно и без остановки. При этом каждая вновь образованная атипичная клетка также постоянно делится. Таким образом формируется новообразование, которое с той или иной скоростью распространяется в сопредельные ткани организма. Злокачественные клетки отличаются от доброкачественных скоростью роста, искажением качества (зрелость, цикл жизни) и функции клеток (дисфункциональны). Злокачественные опухоли описаны в древнейших источниках, но до сих пор недостаточно изучены. Структуру и этиологию впервые стали описывать в начале 19 века.

Злокачественные опухоли, в просторечии рак (рак – это злокачественные опухоли из эпителиальной ткани, около 90% всех злокачественных новообразований), могут распространяться или проникать в близлежащие ткани. По мере роста злокачественной опухоли некоторые клетки могут отделиться от общей массы и распространяться через кровь или лимфатическую систему, формируя новые колонии опухоли в организме отдалённо от исходной опухоли, которые называются метастазами.

Злокачественные заболевания различаются соответственно тканям организма: карцинома (рак) — происходит из эпителиальных клеток; меланома — из меланоцитов (пигментных клеток кожи); саркома — из соединительной ткани, костей и мышц; лейкоз — из стволовых клеток костного мозга; лимфома — из лимфатической ткани; тератома — из

зародышевых клеток; глиома — из глиальных клеток; хорионкарцинома — из ткани плаценты.

Основная классификация в онкологии – нозологическая. Описание диагноза содержит нозологическую единицу и наименование ткани, например, рак молочной железы — атипическая клетка эпителия органа, саркома молочной железы — атипическая клетка соединительной ткани органа.

Также условно делят злокачественные новообразования на четыре типа (степени зрелости клетки — G): высокодифференцированные (G1), умеренно дифференцированные (G2), низкодифференцированные (G3) и недифференцированные (G4). Высокодифференцированные опухоли (G1) сохраняют многие черты нормальных клеток и тканей. Они прорастают в соседние органы и метастазируют достаточно медленно. Недифференцированные опухоли (G4) содержат клетки и ткани, которые сильно отличаются от нормальных. Такие клетки ведут себя намного агрессивнее и быстрее распространяются по организму. От степени дифференцировки злокачественной опухоли зависит то, насколько быстро она способна распространяться по организму. Этот фактор напрямую влияет на прогноз заболевания. Также степень дифференциации указывает на прогноз лечебного ответа лучевой и химиотерапии.

Следующая градация онкологических новообразований - по стадиям распространенности процесса. Стадию процесса определяют в зависимости от трех параметров, которые обозначают аббревиатурой TNM: T определяет размер опухоли или насколько сильно опухоль проросла в соседние ткани, N – успела ли распространиться в лимфоузлы, M – наличие метастазов.

Итак, онкологические заболевания — это обширный и разнородный класс заболеваний, которые носят системный характер, не имеют выявленного единого «запускающего» фактора, и имеют множество форм и вариантов течения. Все онкологические заболевания характеризуют высокий уровень неопределенности развития и витальной угрозы.

История онкопсихологии

Онтопсихология является одним из самых молодых психологических направлений. Термины психоонкология и онкопсихологи начали использовать относительно недавно. Зарождение психоонкологии относят к середине XX века. Следует учитывать, что сама хирургическая онкология выделилась из общей онкологии в 30е годы XX века.

Развитие медицины определило ряд вопросов относительно взаимодействия с пациентами. Психологам разных стран стали поручать проводить научные исследования психических и социальных реакций человека в ситуации онкологического заболевания.

Ключевым именем мировой психоонкологии принято считать Джимми С. Холланд, американского врача, доктора медицины. Она стала основателем Международного психоонкологического сообщества (IPOS) в 1984 году. Электронная версия журнала IPOS сегодня является самым представительным международным источником психоонкологии.

Российская история психоонкологии отсчитывается от 1926 года, когда хирург Николай Николаевич Петров предложил выделить онкологическую хирургию из общей. Этот символический отсчет обусловлен тем, что Петров придавал существенное значение личности пациента. В своих трудах он писал: «Для полноценной хирургической работы, кроме научных знаний, технического оснащения и самой блестящей хирургической техники, необходимы: ... полный учет значения психики больных для исхода производимого лечения и охрана этой психики, с избеганием всякой ее травмы, какая только может быть избегнута». Николай Николаевич Петрова, имя которого носит Федеральный Центр онкологии в Санкт-Петербурге (ранее НИИ) также отмечал: «Больно затрагивая человеческий организм, глубоко в него проникая, хирургия достигает вершин своих возможностей лишь в том случае, когда она бывает украшена высшими проявлениями бескорыстной заботы о больном человеке и притом не только об его теле, но и о состоянии его психики». (Н.Н.Петров «Вопросы

хирургической деонтологии». Л., 1947 г.).

Первая психологическая лаборатория была создана в 70е годы XX века в НИИ онкологии имени Н. Н. Петрова. Сегодня в России под председательством Валентины Алексеевны Чулковой, медицинского психолога, многолетнего сотрудника Федерального научного медицинского исследовательского центра онкологии имени Николая Николаевича Петрова (ранее научно-исследовательский институт) и одной из основоположников российской психонкологии, зарегистрировано профессиональное общество «Ассоциация Онкопсихологов Северо-Западного Региона». Целью Ассоциации является профессиональное объединение специалистов, оказывающих психологическую помощь людям в ситуации онкологического заболевания, выработка и обоснование стандартов оказания такой помощи.

Предмет онкопсихологии

Психонкология и онкопсихология

Практическое направление науки «психонкология» принято называть «онкопсихология». Изучением психологических аспектов онкологического заболевания – влияния болезни на личность, а также разработкой методов психологической помощи людям в ситуации онкологического заболевания в России занимаются психонкологи. Тогда как в специализированных учреждениях здравоохранения экстренную помощь и психологическую реабилитацию пациентов и их ближайшего окружения проводят онкопсихологи – клинические психологи, психологи-реабилитологи с повышением квалификации в области онкопсихологии. В российской традиции даже в научных исследованиях чаще употребляют именно термин «онкопсихология», что обусловлено особенностями восприятия термина на русском языке.

Предметом онкопсихологии является качество жизни человека в ситуации онкологического заболевания.

Объект онкопсихологии — факторы, влияющие на качество жизни человека в ситуации онкологического заболевания.

Основные методы оказания психологической помощи человеку в ситуации онкологического заболевания

Онкологические заболевания существенно отличаются от иных заболеваний. Эти отличия влияют на выбор специальных методов реабилитации, в том числе на выбор методов психологической реабилитации. Например, в случае ампутации конечности, сопровождающейся формированием фантомной боли (ФБ), применяются стандартные методы купирования ФБ. При некоторых локализациях злокачественных новообразований могут быть повреждены высшие психические функции (восприятие, память, мышление, речь). Так, например, при первичных или вторичных поражениях головного мозга неизбежно нарушаются функциональные системы реализации двигательных и поведенческих механизмов. В данном случае целесообразно рассматривать к применению стандартные методы нейропсихической реабилитации. В других случаях, например, при поражениях в области головы и шеи могут возникать механические повреждения речи. В такой ситуации целесообразно дифференцировать нарушение ВПФ от эмоционального нарушения – дезадаптации в ситуации повреждения.

«Реабилитация – это комплекс мероприятий по восстановлению утраченных или ослабленных функций организма, возникших в результате заболевания, повреждения или функционального расстройства» - читаем мы в учебнике по клинической психологии под редакцией Бориса Дмитриевича Карвасарского.

В большинстве случаев мишенью психологической реабилитации (консультирования, коррекции, сопровождения) становится восприятие ситуации заболевания пациентом и его ближайшим окружением.

Цель психологической коррекции заключается в формировании у онкологических

пациентов адаптивного отношения к тяжелому хроническому заболеванию. Эта цель особым образом перекликается с общей целью клиент-центрированной коррекции Роджерса, которая состоит в выработке у пациента большего самоуважения и способности предпринимать действия в соответствии с его личным опытом и глубинными переживаниями. Особенно важно в ходе коррекционной работы задавать локус концентрации внимания не на проблеме человека – онкологическом заболевании (она может оказаться неразрешимой), а на нем самом, на непреходящей ценности его "Я", в какой бы ситуации пациент ни оказался. Исходя из цели, ведущими технологиями в работе с онкологическим пациентом являются установление с ним контакта, подразумевающего эмпатию, присутствие, конгруэнтность, вербализацию и отражение эмоций.

В психокоррекционной практике при работе с онкологическими пациентами выделяют стандартные направления работы со взрослыми (Осипова А.А., 2002), такие как психодинамическое, гуманистическое и когнитивно-поведенческое направления.

По времени применения психокоррекционные программы в онкологии относятся к сверхкоротким и коротким на этапе лечения и паллиативного лечения и коротким и длительным - на этапе ремиссии, а также при работе с родственниками пациентов. Задачи психокоррекции относятся к профилактическому (в случае выявления адаптивного отношения к болезни) и коррекционному (в случае выявления дезадаптивной тенденции отношения к болезни) видам.

Программа строится свободно с учетом выявленных особенностей личности, особенностей отношения к болезни и особенностей соматического состояния пациента. Психокоррекционный комплекс включает в себя стандартные блоки, такие как диагностический, установочный, коррекционный, и блок оценки эффективности воздействия. Однако следует помнить, что в рамках сверхкороткого подхода беседа может носить экспресс-диагностический и одновременно экспресс-коррекционный характер.

При работе с онкологическими пациентами важно ориентироваться на соматическое состояние пациента. Необходимо учитывать принципы биомедицинской этики, одним из постулатов которой является принцип «не навреди». В период реализации реабилитационных мероприятий необходимо корректировать ход сессии в зависимости от актуальной ситуации течения болезни.

Дистресс в онкологии

С учетом распространенности злокачественных образований сегодня формируется слой людей, проживающих в условиях дистресса, то есть пролонгированного сверхсильного эмоционального напряжения, обусловленного ситуацией онкологического заболевания. Носитель сверхсильного эмоционального напряжения непроизвольно размещает свое напряжение в зоне контактов, вызывая сходные переживания у контактеров. В нашем случае – в случае онкологических заболеваний – это переживания смертного ужаса, отчаяния и безнадежности. Такие переживания могут осознаваться или не осознаваться человеком. Не осознаваемые переживания сказываются на функционировании личности, зачастую приводят к формированию дисфункциональных отношений.

Заражение (индуцирование) контактеров имеет целый ряд негативных последствий с точки зрения психического здоровья общества. На поведенческом уровне такое индуцирование проявляется в дефицитарно-деструктивном отношении к заболеванию. Например, массовое бессознательное вытеснение угрозы заболевания – так проявляется дефицитарность отношения - способно существенно снижать усилия медицины по профилактике и ранней диагностике онкологических болезней. А на стадии постановки диагноза индуцирование проявляется в недоверии к традиционной медицине и выборе нетрадиционных, зачастую губительных методов лечения - так себя предьявляет деструктивность отношения к болезни.

Задачами психологической реабилитации в онкологии являются выявление, профилактика либо коррекция сверхсильного пролонгированного эмоционального

напряжения (дистресса) с целью дальнейшей адаптации человека к изменениям, обусловленным ситуацией онкологического заболевания.

Риски дезадаптации в ситуации онкологического заболевания

При любом заболевании устойчивое избыточное эмоциональное напряжение может приводить к дезадаптации пациента. Под дезадаптацией понимается деструктивная адаптация личности к травмирующей ситуации, когда течение внутрипсихических процессов человека складывается таким образом, что восприятие ситуации болезни само по себе начинает носить сверхболезненный характер. Особенностью онкологического заболевания является именно высокий риск дезадаптации, влияющий на дальнейшее восстановление продуктивности индивида.

Наряду с непредсказуемостью своего развития злокачественные новообразования характеризуются сложным, длительным и дорогостоящим лечением, что несет в себе дополнительные угрозы, охватывающие все сферы существования личности. Именно поэтому онкологические заболевания принято рассматривать как экстремальную и одновременно как кризисную ситуацию, проявляющуюся как «внутренние состояния человека, предельные по масштабу душевных затрат, которые необходимы для сохранения целостности и идентичности личности».

Дезадаптация пациента может подкреплять существующие иррациональные установки личности, принося избыточное эмоциональное напряжение в период лечения, а также затруднять социализацию пациента в период ремиссии заболевания. В отдельных случаях при наличии у человека суицидальных тенденций дезадаптация может стать истоком суицидального поведения пациента. При отсутствии угрозы суицида деструктивное восприятие так или иначе негативно сказывается на поведении человека, что, в свою очередь, может приносить избыточное напряжение на уровне межличностного общения. Формируется так называемый дезадаптивный круг «переживание – поведение – взаимодействие – усугубляющее переживание». Такой пагубный круг способен существенно нарушать качество жизни человека в ситуации онкологического заболевания на любом этапе болезни.

Дезадаптация неизбежно оказывает негативное влияние и на окружение пациента и лежит в основе мифологизации «рака», являясь фактором ограничения ранней диагностики онкологических заболеваний. Зачастую страх от самой мысли о «раке» останавливает людей на пути обращения к врачу до тех пор, пока болезнь не предъявит себя на поздней стадии. Таким образом, дезадаптация пациента как реакция на выраженную витальную угрозу не только снижает качество жизни пациента на всех этапах заболевания, но также индуцирует окружение пациента, заражая общество деструктивным отношением к лечению онкологических заболеваний.

Одной из ведущих задач психологической реабилитации в онкологии является профилактика рисков дезадаптации.

Восприятие онкологического заболевания пациентом и родственником пациента.

Все больше онкологических пациентов достигают устойчивой ремиссии. Однако непредсказуемость развития все еще остается одной из особенностей злокачественных новообразований. Люди в ситуации онкологического заболевания часто чувствуют себя беспомощными перед угрозой неопределенности своего будущего, утрачивая иллюзию контроля собственной жизни. Неопределенность порождает тревогу, страхи, формирует фиксацию на чувстве беспомощности и может провоцировать избыточное эмоциональное напряжение даже в период ремиссии. На ранних этапах заболевания «рак» воспринимается пациентом как экстремальная ситуация. В процессе адаптации восприятие болезни трансформируется, и ситуация воспринимается как кризисная. Трансформация может носить спонтанный характер или подлежать психологической коррекции. Особенности восприятия

заболевания оказывают своеобразное влияние на лечение и восстановление пациентов.

Пролонгированное избыточное напряжение также может характеризовать ближайшее окружение онкологического пациента, так как сверхсильное эмоциональное напряжение является индуцирующим фактором. Окружение пациента также переживает чувство беспомощности при внезапном возникновении различных угроз: витальной, внутрисемейной ролевой, социальной и финансовой.

Картина восприятия и адаптации к ситуации онкологического заболевания носит индивидуальный характер и в первую очередь зависит от особенностей личности пациента, особенностей личности родственника пациента и особенностей семейной системы.

Коммуникация в онкологии

Коммуникация — сообщение, передача — термин, которым обозначают операционные системы, повседневно обеспечивающие единство и преемственность человеческой деятельности.

Коммуникация существенно зависит от эмоционального состояния коммуникатора. Человек в ситуации дистресса испытывает коммуникативные затруднения на всех уровнях — восприятии и воспроизведении. Коммуникативные затруднения могут существенно влиять на качество жизни онкологического пациента, вносить дополнительное избыточное напряжение во взаимодействие с близкими людьми и сотрудниками лечебных учреждений.

Цель психологической реабилитации заключается в формировании у пациентов адаптивного отношения к тяжелому хроническому заболеванию. Ведущими технологиями в работе с онкологическим пациентом являются установление контакта, вербализация и отражение эмоций. При выявлении затруднений в сфере коммуникации работа ведется в сфере восстановления или приобретения навыков коммуникативной компетентности. Психологическая коррекция онкологических пациентов в первую очередь рассматривается как система психолого-реабилитационных воздействий, направленная на формирование социальной активности личности и адекватных межличностных отношений в семье.

С другой стороны, к задачам медицинского психолога относится повышение коммуникативных навыков сотрудников профильных лечебных учреждений здравоохранения — врачей и медицинского персонала. В основном обеспечение этой задачи нацелено на профилактику вторичной травматизации и эмоционального выгорания сотрудников, но также и в улучшении имиджа профильного лечебного учреждения здравоохранения.

Задание

Изложите содержание из опубликованной за последние три года статьи из научного психологического журнала, где описано психологическое исследование, посвященное вопросам онкопсихологии. Выполните анализ статьи по следующим пунктам:

- сведения о статье — библиографическое описание;
- сведения об авторе;
- основные положения теоретической части статьи;
- основные положения эмпирической (исследовательской) части статьи: использованные автором методы, обследованная выборка (характеристики участников исследования) и полученные результаты.

ТЕМА 3. ПСИХОЛОГИЯ ЧЕЛОВЕКА В СИТУАЦИИ ВЫРАЖЕННОЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ, ВИЧ, НЕКОТОРЫХ ФОРМ ДИАБЕТА, БАС

Основные характеристики заболеваний с выраженной сердечно-сосудистой патологией

К сердечно-сосудистым заболеваниям (ССЗ, МКБ-10 I00-I99) относят острую ревматическую лихорадку, хронические ревматические болезни сердца, болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением, ишемическая болезнь сердца,

легочное сердце и нарушение легочного кровообращения, болезни кровеносных и лимфатических путей и другие болезни сердечно-сосудистой системы.

Среди этих заболеваний одной из основных причин смертности является ишемическая болезнь сердца (ИБС, МКБ-10 I20-I25), которая определяется как "острое или хроническое заболевание, возникающее вследствие уменьшения или прекращения кровоснабжения миокарда". Чаще всего ИБС развивается на фоне атеросклероза, спазма коронарных артерий, нарушений циркуляции в сердечной мышце. Факторы риска ИБС разделяют на следующие группы: биологические, анатомические, поведенческие (психологические).

К биологическим факторам относят пожилой возраст, мужской пол и генетические факторы. К анатомическим – сахарный диабет и ожирение, дислипидемию и артериальную гипертензию. Поведенческие факторы могут усугублять действие и провоцировать развитие анатомических факторов. Факторы также подразделяют на две категории. К первой категории относят факторы, снижающие кровоснабжение миокарда с уменьшением транспорта кислорода к миокарду — атеросклероз коронарных артерий, расстройства микроциркуляции, повышение вязкости крови, гипотония, брадикардия и другие вегетативные симптомы. Ко второй - факторы, повышающие потребности миокарда в кислороде: - активация симпатoadреналовой системы, в частности, стресс, неадекватные физические напряжения, артериальная гипертензия, тахикардия, тахиритмии, инфекции и другое. (Гуревич М.А., 2003)

Основой лечения ИБС являются ликвидация устранимых факторов риска и комплексная медикаментозная терапия. Наблюдения показывают, что пациенты нуждаются в психологическом сопровождении на протяжении всего периода лечения и восстановления.

Эксперты ВОЗ описывают характеристики пациентов с ИБС следующим образом: на поведенческом уровне - социальная гиперадаптивность, открытость и доступность контакту;

эмоциональный уровень — ригидность поведения в целом, страхи. Такая рассогласованность в свое время была объединена в концепцию поведения типа А (ПТА), предложенную американскими кардиологами M.Friedman и R.H.Rosenman (Крылов А.А., 2001; Митрушина Н.А., 2006; Varefoot J.S., 2003). Принято считать, что пациенты данного профиля отличаются амбициозностью, решимостью, поверхностностью контактов, стремлением к работе и общей активностью. Следует учитывать, что прямое распределение поведенческих факторов и нозологических единиц сегодня считается устаревшим.

Основные характеристики заболевания, вызванного вирусом иммунодефицита человека

Вирус иммунодефицита человека (ВИЧ) вызывает медленно прогрессирующее заболевание. Механизм прогрессирования обусловлен поражением многих видов клеток иммунной системы, имеющих специфические рецепторы. В результате развивается синдром приобретенного иммунного дефицита (СПИД). При обширном поражении организм человека теряет способность защиты от инфекций и опухолей.

Антиретровирусная терапия позволяет предотвратить обширное поражение иммунных клеток. Компенсированный пациент достигает нулевой вирусной нагрузки и может жить обычной жизнью, не заражая окружающих людей. Отсутствие специфической терапии приводит к быстрому прогрессированию инфекции – развитию оппортунистических заболеваний: пневмоцистная пневмония, саркома Капоши. Оппортунистические заболевания не развиваются у людей с нормально функционирующей иммунной системой.

ВИЧ передается через слизистую ткань или кровеносную систему. Неповрежденная кожа является эффективным барьером для данного вируса. Также этот вирус не передается воздушно-капельным путем, бытовым путем, через укусы насекомых (исключение – мухи-жигалки), слезы и слюну. Данный вирус быстро погибает под прямыми солнечными лучами, при высоких температурах и в насыщенных средах (кислота, щелочь, соль).

Выделяют три стадии болезни: острая инфекция, латентный период и терминальная стадия (СПИД). На терминальной стадии ослабленный организм активно поражается другими инфекциями (бактериальная, грибковая, вирусная, протозойная) и опухолями. Смерть наступает именно от оппортунистических заболеваний.

По данным ВОЗ в мире 25 миллионов смертей, ассоциированных с ВИЧ и 35 миллионов живущих носителей этой инфекции. Большая часть зараженных (более 2/3) живут в центральной и южной части африканского континента. На евразийском континенте вирус быстро распространяется в основном за счет инъекционно наркозависимых людей. Излечение данного вируса зафиксировано только у четырех из всех пациентов по данным на конец 2022 года.

Различают ВИЧ-1 и ВИЧ-2. ВИЧ-2 передается с меньшей вероятностью и менее патогенен, чем ВИЧ-1. ВИЧ-1 более распространен, чаще становится причиной саркомы Капоши, кандидоза ротовой полости и хронической лихорадки на стадии СПИД. Для ВИЧ-2 чаще развиваются энцефалит, бактериальная или хроническая диарея, выраженное поражение цитомегаловирусной инфекцией и холангит.

Особенностью группы заболеваний, вызванных ВИЧ является их социальная стигматизация. При этом пациент с ВИЧ может иметь отягощенный анамнез жизни – трудные жизненные обстоятельства, клинические или субклинические формы депрессии. При случайном заражении наблюдаются выраженные состояния тревоги и страха. Сверхсильное эмоциональное напряжение в длительном периоде (дистресс) могут приводить к нарушениям сна, снижению концентрации внимания еще до развития существенных симптомов заболевания. В исследованиях описаны такие переживания пациентов, как беспомощность, безнадежность, навязчивые размышления о предстоящей смерти. На разных этапах заболевания – диагностика, проявления первых симптомов, регулярное лечение, развитие тягостных симптомов, СПИД – адаптация зависит от личностных особенностей и особенностей социального окружения пациента.

Основные характеристики сахарного диабета

Диабет - это общее название заболеваний, сопровождающихся полиурией (обильным выделением мочи). Различают сахарный, несахарный, почечный, фосфат- диабеты. Отдельно выделяют детский диабет.

Сахарный диабет – это хроническое эндокринно-обменное заболевание, обусловленное недостаточностью выработки инсулина. На формирование заболевания влияет совокупность внешних и внутренних факторов. При развитии сахарного диабета чаще всего развивается гипергликемия, могут поражаться сосуды (диабетическая стопа), нервная система, органы и ткани. Основным проявлением является прогрессирующее нарастание глюкозы в крови. Избыток глюкозы выделяется мочой. Развитие стойкого осмотического диуреза приводит к развитию дегидратации и гипокалиемии.

Различают сахарный диабет (СД) 1-го и 2-го типов. СД первого типа характеризуется разрушением бета-клеток поджелудочной железы, приводящей к абсолютной инсулиновой недостаточности и развитию хронического повышения глюкозы в крови (гипергликемии). Под воздействием инфекционных и неинфекционных факторов внешней среды запускаются аутоиммунные процессы, при которых организм вырабатывает антитела к собственным клеткам, в данном случае – к клеткам поджелудочной железы, которые вырабатывают инсулин. К инфекционным триггерам относят энтеровирусы, ротавирусы, вирусы краснухи, паротита, ветряной оспы, гепатита и другие. К неинфекционным триггерам относят глютен, сою, глюкозу, тяжелые металлы, нитриты/нитраты, кормление в раннем возрасте продуктами на основе коровьего молока. Клинически значимые изменения (жажда, повышенный аппетит, мочеиспускание до 3-х литров в сутки, потеря массы тела, тяжесть в голове и другие) наблюдаются при разрушении 80% бета-клеток поджелудочной железы.

СД 2-го типа называют болезнью образа жизни. Факторы риска развития – возраст старше 40 лет или избыточная масса тела. Предиктором формирования выступает

генетический фактор – метаболический синдром (высокие АД, уровень холестерина и триглицеридов). Этот вид заболевания характеризуется длительным латентным периодом. Профилактика СД2 – снижение массы тела, здоровое питание, соблюдение гармоничной физической активности. В качестве терапии назначают противодиабетические препараты перорально. При необходимости усиления терапии назначают уколы препаратов, способных усиливать выработку инсулина.

Существует мнение, что нарушение нормального течения процессов возбуждения и торможения в головном мозге, а именно образование очага застойного возбуждения в гипоталамусе отвечает за развитие сахарного диабета. Данных за однозначную обусловленность заболевания СД за счет стрессирующей нагрузки не обнаружено. Застойное возбуждение гипоталамуса может носить эндогенный характер и быть предиктором повышенной эмоциональной уязвимости. Эпидемия сахарного диабета также не наблюдается в выборке, подвергающейся хроническим эмоциональным перегрузкам.

Наблюдаются признаки течения СД на поведенческом уровне: эмоциональная нестабильность, растерянность, чрезмерная обидчивость, раздражительность, склонность к катастрофизации. Наблюдаемая картина может носить невротическую, астеническую, депрессивную и смешанную окрашенность в зависимости от преморбидных особенностей личности. Такие состояния обусловлены в первую очередь внутренними изменениями организма, при этом они оказывают влияние на социальное взаимодействие личности.

Основные характеристики бокового амиотрофического склероза

БАС – орфанное (не более 10 случаев заболевания на 100 тысяч населения) - нейродегенеративное неуклонно прогрессирующее заболевание с и неизбежным летальным исходом. Длительность заболевания может достигать 10 лет, но в среднем не превышает 30 месяцев. БАС поражает людей в возрасте от 20ти, но чаще после 50ти лет.

Основной причиной смерти становятся вторичные осложнения в виде тромбоэмболии легочной артерии, пневмонии или внезапной сердечной смерти, обусловленной поражением определенного участка спинного мозга. Профилактика смерти от удушья проводится симптоматически.

Согласно Хельсинкской конвенции по биоэтике (1997) и ФЗ РФ от 21.10.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», врач обязан извещать больного о диагнозе с неблагоприятным прогнозом в том случае, если это не противоречит воле больного.

Особенностью заболевания БАС является этическая сторона взаимодействия с пациентом в рамках обсуждения неотвратимого прогрессирования, симптомов и динамики заболевания и неминуемости смерти.

В результате заболевания происходит гибель центральных и периферических мотонейронов, ответственных за произвольные движения. БАС является мультифакториальным заболеванием, в развитии которого играют роль как экзогенные воздействия, так и генетическая предрасположенность. В зависимости от формы заболевания симптомы начинаются со слабости в разных группах мышц, чаще рук и бульбарных мышц (язык, глотка). Прогрессирует слабость, неловкость, истощение мышц, нарушение глотания и речи. Бульбарные нарушения развиваются за все время течения болезни у 80% больных БАС.

Эмоциональная лабильность, насильственный плач и смех (псевдобульбарный аффект) являются следствием вовлечения кортикобульбарных путей. Нарушения когнитивных функций за все время болезни в легкой степени выявляется у 40% больных, у 10% достигает степени деменции (чаще поведенческий вариант лобно-височной деменции). На уровне поведения могут наблюдаться нарушения в диапазоне от апатии до дезингибиции (ослабление контроля агрессии). Следует учитывать, что половина всех пациентов с БАС не утрачивают свой психический статус.

Взаимосвязи восприятия заболевания и особенностей заболевания

Восприятие является системой обработки чувственных данных, включающих бессознательную и сознательную фильтрацию. Выделяют четыре уровня восприятия: обнаружение, различение, идентификацию и опознание – реакция на стимул, формирование перцептивного образа эталона, сличение с эталоном и идентификация, категоризация.

На восприятие болезни влияют различные факторы: особенности личности пациента, особенности самого заболевания и совокупность социальных факторов. К социальным факторам можно отнести системную оценку конкретного заболевания в обществе. На системную социальную оценку также влияют особенности заболевания. Так сегодня в общественном восприятии наблюдается героизация ИБС и стигматизация ВИЧ, а онкологические заболевания из разряда стигматизированных перемещаются в разряд героизированных.

Заболевание с выраженным уровнем витальной угрозы является безусловно негативным стимулом для нормального индивида. Чаще всего бессознательно эталоном для идентификации становится жизнь индивида до предъявления столь грозного стимула. Иными словами, я жажду вернуться в то недавнее время, когда иллюзия бессмертности (Франкл) защищала меня. При выделении такого эталона последующее сличение и категоризация будут приводить к расширенному страданию. Для сокращения области страдания можно осознанно пересмотреть эталон сличения.

В ситуации заболевания с выраженной витальной угрозой переживание нравственного страдания неизбежно и по-разному представлено на разных этапах заболевания. Объем нравственного страдания является индивидуальной динамической характеристикой и подлежит коррекции. Объем страдания может зависеть от особенностей заболевания. Так негативный эмоциональный фон при поражениях поджелудочной железы эндогенно обусловлен. Выраженные когнитивные нарушения при БАС на определенном этапе своеобразно избавляют от переживания нравственного страдания. Отчаяние случайно зараженных отличается от переживаний аддиктов.

Содержание и качество восприятия можно изменять за счет целевого внимания. Психологическая помощь в ситуации заболевания с высоким уровнем витальной угрозы заключается в выявлении особенностей восприятия болезни с опорой на особенности самого заболевания и формирование конструктивного отношения к болезни у пациента и его ближайшего окружения.

Психический профиль человека в ситуации заболевания с витальной угрозой разных нозологий

Обобщая сказанное выше можно условно выделить несколько профилей пациентов в зависимости от особенностей заболевания.

Онкологические пациенты не утрачивают психический статус под воздействием дистресса. Это люди с сохранной психикой, живущие в условиях устойчивого эмоционального напряжения, обусловленного высоким уровнем неопределенности развития заболевания. На этапе постановки диагноза болезнь воспринимается как экстремальная ситуация. Прогноз адаптации к ситуации болезни зависит от особенностей личности пациента. Сочетание пролонгированного дистресса и сохранности психики создают условия для скачкообразного личностного роста в рамках индивидуального потенциала. Дистресс не формирует новые характеристики, но ярко проявляет существующие личностные особенности онкологического пациента.

Наблюдения указывают, что пациентов с ИБС условно можно разделить на два типа: поведенческий тип А (ПТА обнаруживается в 2 раза чаще) и люди другого склада. Для личности с ПТА характерны синдромы сверхкомпенсации и крушения. Синдром сверхкомпенсации определяется как устойчивая вынужденная потребность в реактивном

усилении приспособления и ее следствие – устойчивое превышение приспособительных возможностей. Синдром крушения обозначает фиксацию сверхсильного эмоционального напряжения фрустрации. Стереотип гиперактивного агрессора маскирует механизм неуспешной и неполной когнитивной переработки трудных ситуаций и предполагает утрату внутриспсихического механизма контроля над обусловленными стрессором функциональными процессами. На поведенческом уровне реакция фрустрации может выглядеть как эмоциональная сдержанность и социальная приспособленность, маскирующие психоэмоциональное истощение. Пациенты с ИБС могут иметь разные личностные особенности. Обращает на себя внимание, что у пациентов с ИБС восприятие своего диагноза очень похоже на описание ПТА.

Особенности восприятия сахарного диабета эндогенно обусловлены. Аутоиммунное поражение поджелудочной железы задает высокий уровень эмоциональной неустойчивости с включением по-разному выраженной дисфорической компоненты. Как правило, еще до постановки диагноза формируется состояние стремительного нарастания и постоянной произвольной разрядки психического возбуждения. На поведенческом уровне эти состояния представлены как выраженная истероидность. Наличие диагноза, как правило, не воспринимается пациентом как ведущий раздражитель, а «тонет» в хаосе постоянного перевозбуждения. Высокая реактивность в норме обеспечивает устойчивый контроль компенсации симптомов заболевания в рамках особенностей личности пациента.

Наличие ВИЧ чаще всего предполагает устойчивый паттерн деструктивного совладания с эмоциональным напряжением. Случайное заражение встречается не так часто. Восприятие случайного заражения можно соотнести с восприятием онкологического заболевания по признакам внезапности, необратимости и неопределенности структуры развития заболевания. Группу пациентов, болезнь которых обусловлена девиантным типом поведения, то есть устойчивые предпочтения ухода от напряжения реальности с пренебрежением к профилактике угрозы заражения, целесообразно сопровождать методами психологии аддикций. Зачастую скачок сверхсильного эмоционального напряжения дает шанс произвольного взросления личности. Такие пациенты обретают способность к взаимодействию с реальностью и могут воспользоваться психологическими методами выработки конструктивного отношения к болезни. Учитывая, что зависимое поведение формируется на фоне незрелых психических защит, на первый план в этом направлении выходит психологическое сопровождение случайно зараженных людей и близкое окружение пациентов. Эмоциональная незрелость часто вызывает отношение к диагнозу как к несправедливому наказанию.

Пациентов с БАС условно разделяют в континууме повреждения высших психических функций (ВПФ). Пациенты без когнитивных повреждений воспринимают внезапность и неотвратимость утраты автономности, распространение физической зависимости от другого, неопределенность качества и длительности жизни и определенность угрозы соматических страданий в рамках своих индивидуальных особенностей. Пациенты с выраженными нарушениями ВПФ своеобразно избавлены от нравственных страданий. В любом случае в систему пострадавших в ситуации БАС включены близкие пациента.

Для восприятия болезни с высоким уровнем витальной угрозы любой нозологии на разных этапах характерны: возмущение эмоционального фона и сопротивление реальности, продуцирующие эмоциональную неустойчивость, депрессивные проявления, переживание отчаяния с безнадежностью, острый страх смерти. Длительность и распределение этих переживаний по большей части зависят от особенностей личности пациента, но также от особенностей самого заболевания. Коротко взаимосвязь восприятия и особенностей заболевания можно обозначить как «ошеломление неопределенностью угрозы» (онкология), «ошеломление определенностью угрозы» (ИБС), «ошеломление от всего кроме угрозы» (СД), «ошеломление от несправедливости угрозы» (ВИЧ), «ошеломление беспомощности перед угрозой» (БАС). Под угрозой подразумевается совокупность изменений качества жизни и смерть.

Ситуация болезни с высоким уровнем витальной угрозы относится к ситуациям с высоким уровнем риска психической травматизации. Этим обусловлены методы психологического сопровождения (реабилитации, коррекции, помощи) пациентов и их близких в ситуации тяжелого хронического заболевания.

Задание

Составьте перечень доступных на русском языке психодиагностических методик, направленных на выявление психологических особенностей человека в ситуации заболевания с витальной угрозой при различных нозологиях (на выбор).

Для каждой методики укажите следующие параметры:

- авторы разработки; авторы адаптации (при наличии);
- вид методики;
- психодиагностический конструкт (предмет психодиагностики);
- структура методики (если имеются: субтесты, варианты ответов, шкалы, итоговые показатели); можно привести примеры стимульного материала;
- время, затрачиваемое на проведение методики;
- контингент обследуемых;
- сведения о психометрической проверке методики (валидность, надежность, адаптация, стандартизация).

ТЕМА 4. МЕТОДЫ И ТЕХНОЛОГИИ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С РАЗЛИЧНЫМИ ДИАГНОЗАМИ ЗАБОЛЕВАНИЙ С ВИТАЛЬНОЙ УГРОЗОЙ

При выборе метода психологической помощи пациенту с диагнозом заболевания с выраженным уровнем витальной угрозы целесообразно опираться на трехфазную модель, сформулированную В.А. Чулковой и Е. В. Пестеревой (2010), которая лежит в основе оказания экстренной психологической помощи онкологическим больным. В рамках этой модели представлены 3 фазы психического состояния человека в ситуации выраженной витальной угрозы.

Для 1-й фазы характерны реакции отрицания, сверхсильное эмоциональное напряжение, несформированность новой идентичности «я-носитель нового опыта»;

2-я фаза включает в себя такие этапы адаптации (по Кюблер-Росс) как «торг» и «депрессия», при этом новая идентичность «я-носитель нового опыта» спонтанно формируется;

3-я фаза характеризуется принятием изменений, вызванных травмирующей ситуацией, что отражает завершение новой идентичности «я-носитель нового опыта» и интеграцией травмирующего опыта в картину жизни личности.

Следует учитывать, что деление на фазы условно и что динамика переживаний человека может не совпадать с этапом течения травмирующей ситуации.

На практике на 2-ю фазу динамики адаптации нам указывает запрос, формулируемый как потребность в овладении навыками контроля своего состояния. Если в 1-й фазе запрос не формулируется, а терапевтический эффект достигается за счет инициации отреагирования сверхсильного эмоционального напряжения пострадавшего человека, то наличие условного запроса на обретение новых навыков сообщает психологу о спонтанном преодолении 1-й фазы. Человек, переживающий 3-ю фазу динамики адаптации к ситуации психотравмы демонстрирует готовность к более продолжительному анализу своего состояния.

Кроме ориентировки в состоянии пострадавшего человека выбор метода зависит от профессиональных предпочтений и подготовленности специалиста в рамках определенного подхода. Важно помнить, что в ситуации психотравмы главным терапевтическим фактором становятся аутентичные отношения между психологом и пациентом.

Наблюдения показывают, что в 1-й и 2-й фазах динамики психической адаптации к ситуации с высоким уровнем риска психической травматизации (болезнь с высоким уровнем риска витальной угрозы) уместно применение элементов краткосрочной терапии.

Долгосрочные методы психодинамического подхода эффективны в 3-ей фазе психического состояния, когда человек спонтанно адаптировался к условиям ситуации выраженной объективной или субъективной витальной угрозы достаточно хорошо.

Основными задачами работы клинического (медицинского) психолога являются экстренное и плановое психологическое сопровождение (кризисная интервенция, психологическое консультирование в трудной жизненной ситуации) пациентов и их родственников (близких людей), а также анализ, оценка и прогнозирование морально-психологического состояния сотрудников профильных лечебных учреждений здравоохранения.

Методы онкопсихологии

Клинический (медицинский) психолог в онкологии не проводит психодиагностические мероприятия с целью адаптации пациентов в социуме, что обусловлено особенностями целевой группы. Технологии работы клинического (медицинского) психолога в онкологии включают: наблюдение, стандартизированный экспресс-опрос, клиничко-психологическую/направленную беседу, кризисную интервенцию. Кризисная интервенция в данном случае подразумевает экстренную краткосрочную помощь, включающую следующие технологии: инициация отреагирования, терапевтическое слушание, помощь в выражении и принятии негативных чувств, информирование (в рамках компетенции специалиста и исключительно по запросу пациента), нормализация изменений, связанных с ситуацией тяжелого заболевания, индивидуальное консультирование (очное, телефонное).

Психологические методы носят эклектичный характер: используются элементы экзистенциальной, когнитивной и поддерживающе-экспрессивной терапии. Временные стандарты работы клинического (медицинского) психолога в онкологии обусловлены методами оказания психологической помощи в экстремальных и кризисных ситуациях, ограничением по времени пребывания пациентов в хосписе, а также соматическим состоянием пациента. Среднее количество сессий от 1 до 5 раз за период пребывания пациента в стационаре. Продолжительность одной сессии от 15 до 50 минут. Период сессий: плановое посещение один раз в неделю, экстренное – по запросу врача, пациента, родственника пациента.

Методы кардиопсихологии

К основным методам психологического сопровождения пациентов с ИБС относят психообразование и психокоррекцию эмоционального напряжения, обусловленного страхом внезапной смерти. По результатам первичного психологического обследования выявляются личностные особенности, копинги, специфика эмоционального состояния и тип отношения к болезни. Психологическая работа с больными ИБС осуществляется с целью снижения тревожно-анозогнозических, тревожно-фобических и тревожно-мнительных реакций с целью формирования гармоничного отношения к болезни. В случае выявления эргопатической доминанты, особое внимание уделяется выработке и поддержанию мотивов здорового поведения.

Целесообразно применение технологий рационально-эмотивной терапии, формирование навыков саморегуляции: распознавание паттернов собственного поведения, их переоценка, усиление мотивации к различным формам терапии, аутогенная тренировка, дыхательно-релаксационный тренинг, прогрессивная мышечная релаксация, релаксационная методика с использованием биологической обратной связи. При выявлении тенденции к дезадаптации работа ведется в направлении преодоления анозогностических установок и повышению комплаентности. При работе с пациентами не следует настаивать на применении сложных методик, направленных на изменение установок, убеждений (например, «реабилитация как проявление слабости») и оценки информации. Мишенью коррекции

является отношение к болезни. Прогнозируемый результат – формирование конструктивного (гармоничного) отношения к болезни.

Сегодня в кардиологии формируется устойчивое убеждение, что при направлении больных на хирургическое лечение ИБС, терапевтам следует учитывать личностные особенности пациентов и привлекать соответствующих специалистов (медицинских психологов и психотерапевтов) для коррекции психических изменений и формирования адекватных установок на проведение лечения. Психологическая коррекция при ИБС может носить эклективный характер и включать в себя компоненты психодинамического и экзистенциального подходов. Краткосрочность оказания помощи в стационаре предполагает выбор технологий когнитивно-поведенческого подхода.

Методы психологического сопровождения при ВИЧ

Большинство людей с ВИЧ-инфекцией относятся к категории молодых. Их социальная жизнь, как правило, изменяется в связи с ВИЧ-инфекцией. Угрозе изменений подвергаются учеба, карьера, личные отношения, создание или сохранение семьи, хобби. Такие изменения неизбежно связаны с эмоциональным напряжением. Пациенты часто испытывают гнев, отчаяние, чувство вины, тревогу, горечь утраты и страх. Многие ВИЧ-инфицированные пациенты осознают высокую угрозу смерти в связи с диагнозом, но также боятся потерять физическую привлекательность, автономность, гипотетическую утрату близкого окружения, боятся изоляции. Адаптация к изменениям зависит от особенностей личности пациента и особенностей его социального окружения.

ВИЧ-носительство или СПИД на сегодняшний день являются не только неизлечимыми, но и стигматизированными хроническими заболеваниями. Почти всегда этот диагноз сопровождается негативными зависимостями и воспринимается обществом как негативное и отвергаемое явление.

Социально-психологическая помощь ВИЧ-инфицированным заключается в таких направлениях, как психообразование с целью профилактики эпидемии; профилактика аутоагрессивного поведения, суицидов, асоциального и противоправного поведения, роста социальной напряженности; социальная защита и защита прав ВИЧ-инфицированных людей; экстренная и плановая индивидуальная и групповая психологическая помощь.

Социально-психологическая помощь ВИЧ-инфицированным оказывается по следующим направлениям: информационное (для широких слоев населения); научно-просветительское и образовательное (для специалистов - педагогов, психологов, социальных работников, медработников организаций здравоохранения, работников органов внутренних дел); непосредственная психологическая помощь и поддержка для ВИЧ-инфицированных и их близких (заочная психологическая помощь и поддержка по «телефону доверия», очное индивидуальное психологическое консультирование, организация и деятельность групп коррекции и поддержки); мероприятия по социализации и адаптации ВИЧ-инфицированных, а также по оказанию им социальной помощи.

На первом этапе психокоррекционных мероприятий анализируются данные клинико-психологического исследования: клинический блок, описание личностного профиля пациента и структуры реагирования на ситуацию болезни. Психокоррекция носит совмещенный характер фармакотерапии совместно с индивидуальной, семейной и групповой психотерапией. Применяются такие виды психотерапии как рациональная, направленная на выработку конструктивного отношения к ситуации болезни; освоение навыков саморегуляции (аутогенная тренировка); коррекция внутрисемейных отношений; арт-терапия.

Особенностью взаимодействия с пациентами ВИЧ заключается в умении специалиста стать заинтересованным союзником пациента, демонстрируя толерантность к проблеме ВИЧ-инфекции.

Методы психологического сопровождения при диабете

Особенностью адаптации к жизни в условиях сахарного диабета обычно относят необходимость существенных перемен в образе жизни на фоне эндогенно обусловленного эмоционального напряжения. Пациент должен самостоятельно поддерживать уровень гликемии за счет коррекции пищевого поведения, режима физической активности и отслеживания уровня глюкозы в крови, а также за счет обучения самостоятельной корректировки дозы лекарства. При этом особенности личности в сочетании с эндогенно обусловленной неустойчивостью эмоционального фона могут снижать у пациента эффективность самостоятельного контроля изменений.

Наблюдение показывает, что особенности эмоциональной сферы пациентов с СД как правило не позволяют достигать эффектов глубинной психотерапии. Такие пациенты чаще откликаются на участие в обучающих и поддерживающих группах, нацеленных на формирование устойчивых привычек саморегуляции.

Целесообразно оценивать возможность принятия решений пациентом и способность их реализовывать. Психокоррекция пациентов с СД обычно направлена на мотивационную сферу личности с учетом индивидуальных эмоциональных и когнитивных особенностей пациента. Для диагностики можно использовать методики: «Определитель личностных предпочтений» А. Эдвардса, опросник ЛФР-25, опросник Шмишека, опросник ССП.

Специалистам, избравшим направление психологической помощи лицам с СД, целесообразно упрочить свои навыки в психокоррекции циклотимии: распознавание и принятие собственных особенностей реагирования, повышение устойчивости комплаенса вне зависимости от фазы спада или подъема настроения, адаптация к особенностям физических процессов, обусловленных заболеванием. Также целесообразно применять методы психокоррекции в направлении повышения коммуникативной компетентности пациента.

Методы психологического сопровождения при БАС

Этические трудности взаимодействия с пациентами предъявляют себя на этапе диагностики. Специфика установления диагноза делает необходимым сообщить пациенту даже о подозрении на БАС. Пациент может отказаться от получения информации о заболевании. В ином случае пациенту с БАС нужно сообщить о неотвратимом прогрессирующем течении болезни, различных проявлениях заболевания и динамике симптомов, неминуемости смерти и предполагаемых сроках жизни. По законодательству Российской Федерации такую информацию первично должен сообщать лечащий или наблюдающий пациента врач.

Формирование этической для пациента и экологичной для врача беседы можно отнести к задачам психологического сопровождения при БАС. Медицинский психолог, специализирующийся в сопровождении БАС, должен обладать расширенными представлениями об особенностях заболевания. Это направление неизбежно наполнено трудными разговорами с когнитивно сохранным пациентом и ухаживающими за ним близкими пациента.

К методам сопровождения БАС относят: диагностику и поддержание ВПФ пациента, адаптация близких пациента к наблюдаемым изменениям в связи с БАС, адаптация пациента с сохранными ВПФ к соматическим изменениям в связи с БАС.

Технологии оказания экстренной и плановой помощи человеку в ситуации заболевания с витальной угрозой разных нозологий

В большинстве случаев мишенью психологической реабилитации (консультирования, коррекции, сопровождения) в ситуации заболеваний с высоким уровнем витальной угрозы

становятся особенности восприятия и адаптация к ситуации заболевания пациентом и его ближайшим окружением. На поздних этапах течения заболевания целью является коррекция эмоционального напряжения, вызванного физическими и психическими страданиями больного перед приближением неизбежного умирания и смерти, индуцированием близких пациента и сотрудников организации.

К общим задачам этого направления относятся:

1. Смягчение переживания пациента.
2. Диагностика коморбидных расстройств пациента.
3. Поддержка родственников пациента.
4. Профилактика эмоционального выгорания и вторичной травматизации сотрудников

Цель психологической коррекции заключается в формировании у пациентов адаптивного отношения к тяжелому хроническому заболеванию. Эта цель особым образом перекликается с общей целью клиент-центрированной коррекции Роджерса, которая состоит в выработке у пациента большего самоуважения и способности предпринимать действия в соответствии с его личным опытом и глубинными переживаниями. Особенно важно в ходе коррекционной работы задавать локус концентрации внимания не на проблеме человека – заболевании с выраженной витальной угрозой (она может оказаться неразрешимой), а на нем самом, на непреходящей ценности его "Я", в какой бы ситуации пациент ни оказался. Исходя из цели, ведущими технологиями в работе с пациентом являются установление с ним аутентичного контакта, подразумевающего эмпатию, присутствие, конгруэнтность, вербализацию и отражение эмоций.

Во всех случаях выраженного соматического поражения применение телесных практик должно производиться с особой осторожностью. Направление арт-терапии носит дополняющий характер.

В ходе первой встречи при поступлении устанавливается контакт с пациентом и родственниками, которые его сопровождают. В это же время медицинский психолог проводит экспресс-диагностику эмоционального состояния пациента. Как и в повседневной жизни, не все люди обращаются за помощью к психологу. Инкурабельные (неизлечимые) больные могут по-разному реагировать на ситуацию заболевания, по-разному относиться к взаимодействию с психологом. Последующее психологическое сопровождение пациента включает в себя, в первую очередь, оказание поддерживающего внимания каждому пациенту. При посещении больных, в ходе общения формируются и психотерапевтические мишени, на которые следует в дальнейшем обратить внимание. Формы работы психолога основываются на общепринятых методах коррекции и зависят от физического состояния больного.

Пациентов можно условно разделить на три категории: инкурабельные пациенты с выраженным болевым синдромом; терминальные пациенты с сохранными ВПФ; пациенты с угасанием ВПФ.

Люди, поступившие с болевым синдромом. Правильно подобранное врачами обезболивание и купирование всех тягостных симптомов улучшает качество жизни пациента. Обычно эти больные склонны к общению, могут участвовать в арт-терапевтической работе по желанию. В процессе взаимодействия с психологом они охотно делятся своей жизненной историей, рассказывают об обстоятельствах жизни, о личных особенностях, о соседе по палате и о своем реагировании на возможную смерть. Пациентов данной категории часто пугают нарушения в собственной когнитивной сфере. Это может происходить как в результате прямого воздействия лечения, так и в результате распространенности болезни. Для повышения качества жизни таких пациентов существенное значение имеет профилактика этих нарушений.

Терминальные больные с сохранной психикой. Как правило, такие пациенты в некоторой степени осознают близость собственной смерти и бессознательно используют разные способы совладания со страхом умирания. Часто включаются психологические

защитные механизмы замещения или вытеснения. Но есть больные, которые действительно принимают собственную смерть. Основными инструментами в работе с такими пациентами являются терапевтическое слушание и экзистенциальная беседа.

Умиравшие пациенты с угасающими ВПФ. Вербальный контакт с такими пациентами затруднен либо отсутствует. Таким пациентам психологическая поддержка может быть оказана на телесном уровне.

Психологическое сопровождение близких людей пациентов

Особенностью заболевания с витальной угрозой является протяженность во времени. Родственники успевают адаптироваться либо эмоционально выгорают. Обычно родственники запрашивают экстренную помощь и редко обращаются за продолжительной терапией.

Основной запрос: как правильно взаимодействовать с пациентом.

Особенности переживания: чувство вины, страх потери, страх смерти проявляются по-разному, в зависимости от структуры личности самого родственника.

Задача психолога предоставлять информацию об особенностях общения с пациентом на разных этапах течения заболевания, диагностировать состояние родственника, рекомендовать возможные способы коррекции или поддержания психического здоровья самого родственника. Целью такой работы становится выработка отношения к смерти как к закономерному этапу пути человека.

Профессиональная позиция и личностные особенности клинического (медицинского) психолога в направлении «заболевание с высоким уровнем витальной угрозы»

Работа психолога в этом направлении связана с такой неперемной составляющей цикла жизни как смерть. Он постоянно находится в среде, насыщенной переживаниями страха смерти, боли и потери близких, что требует особых навыков и специальной психологической подготовки специалиста.

Особенности личности специалиста: высокая толерантность к фрустрации, устойчивая положительная самооценка, эмоциональная устойчивость, отсутствие тревожности.

В ходе подготовки к работе психолога в направлении «заболевание с высоким уровнем витальной угрозы» прорабатывается собственное отношение к смерти, подкрепляется гуманистическое отношение к больным, вырабатываются устойчивые навыки интроспекции, неагрессивного и необвинительного поведения в конфликтной ситуации, эффективной утилизации собственных негативных переживаний. Медицинский психолог, работающий в сфере ситуаций с высоким риском вторичной травматизации должен обеспечить себя поддержкой профессионального сообщества, запрашивать супервизию, посещать Балинтовские группы и профессиональные мастерские.

Практическое задание

1. Онкологический пациент на этапе диагностики заболевания. Постройте алгоритм первичной беседы в рамках кризисной интервенции (КИ).

2. Семья паллиативного онкологического пациента пришла на первичный прием. Опишите тактику беседы.

3. Срочный вызов к онкологическому пациенту при поступлении в стационар. Сформулируйте первичную гипотезу.

4. Соматический пациент на 2ой фазе динамики психического состояния. Назовите основной метод психологической коррекции.

5. Пациент плачет. Какова тактика коррекционного взаимодействия.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

1. Дайте определение понятия «внутренняя картина болезни».
2. Дайте определение понятия «отношение к болезни»
3. Оцените и обоснуйте уровень дистресса при раке молочной железы.
4. Оцените и обоснуйте уровень дистресса при сахарном диабете 2го типа.
5. Опишите алгоритм первичной психологической консультации в стационаре.
6. Опишите алгоритм первичной психологической консультации в амбулатории.
7. Перечислите основные методики для психологического обследования онкологического пациента.
8. Перечислите основные методики для психологического обследования диабетического пациента.
9. Перечислите основные мишени психологической коррекции онкологического пациента.
10. Перечислите основные мишени психологической коррекции диабетического пациента.
11. Перечислите основные рекомендации психологической коррекции онкологического пациента.
12. Перечислите основные рекомендации психологической коррекции диабетического пациента.
13. Назовите основное направление психологической просветительской работы в сфере онкологии.
14. Назовите основное направление психологической просветительской работы в сфере эндокринологии.
15. Назовите формы психологической просветительской работы в сфере онкологии.
16. Назовите формы психологической просветительской работы в сфере эндокринологии.
17. Назовите маркеры эффективности психологической помощи в сфере онкологии.
18. Назовите маркеры эффективности психологической помощи в сфере эндокринологии.
19. Опишите признаки внутреннего неблагополучия семьи пациента в ситуации онкологического заболевания.
20. Назовите основные проявления эмоционального выгорания.

ТЕМЫ ДЛЯ ПОДГОТОВКИ ПРЕЗЕНТАЦИЙ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

1. В.Н. Мясищев. Концепция «Личность как система отношений»
2. История мировой и отечественной онкопсихологии.
3. Особенности восприятия онкологического заболевания.
4. Особенности восприятия эндокринных заболеваний.
5. Особенности помогающего взаимодействия при онкологических заболеваниях.
6. Особенности помогающего взаимодействия при эндокринных заболеваниях.
7. Основные мишени психологической диагностики онкологических пациентов.
8. Основные мишени психологической диагностики диабетических пациентов.
9. Дистресс при онкологических заболеваниях.
10. Взаимосвязь стресса и эндокринных заболеваний.
11. Особенности индивидуальной программы психологической коррекции при онкологических заболеваниях.
12. Особенности индивидуальной программы психологической коррекции при эндокринных заболеваниях.
13. Особенности разработки индивидуальной программы психологической коррекции при онкологических заболеваниях.
14. Особенности разработки программы психологической коррекции при эндокринных заболеваниях.

15. Особенности индивидуальных методов психологической коррекции при онкологических заболеваниях.
16. Особенности групповых методов психологической коррекции при эндокринных заболеваниях.
17. Маркеры эффективности индивидуальной психологической коррекции при онкологических заболеваниях.
18. Маркеры эффективности индивидуальной психологической коррекции при эндокринных заболеваниях.
19. Особенности восприятия заболевания родственниками онкологических пациентов.
20. Маркеры вторичной травматизации врача.

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОПРОВЕРКИ ЗНАНИЙ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

1. Типологию отношения к болезни разработал
 - a) Мясищев
 - b) Лурия
 - c) Фрейд
 - d) Личко

2. Концепцию ВКБ разработал
 - a) Мясищев
 - b) Лурия
 - c) Фрейд
 - d) Личко

3. К задачам психологического обследования соматического пациента относятся
 - a) оценка уровня дистресса
 - b) оценка уровня депрессии
 - c) оценка удовлетворенности качеством жизни
 - d) все ответы верны

4. К методам первичной психологической диагностики соматического пациента относятся
 - a) наблюдение
 - b) эксперимент
 - c) нейропсихологическое обследование
 - d) все ответы верны

5. Основным инструментом коммуникации с онкологическим пациентом являются:
 - a) вербальное сочувствие
 - b) базовая директивность
 - c) позитивная индукция
 - d) позитивный нейтралитет

6. Основным инструментом коммуникации с диабетическим пациентом являются:
 - a) вербальное сочувствие
 - b) базовая директивность
 - c) позитивная индукция
 - d) позитивный нейтралитет

7. Батарея тестов для оценки отношения к болезни включает:
 - a) ТОБОЛ
 - b) СДВ

- c) УСК
- d) все ответы верны

8. Батарея тестов оценки качества жизни не включает:

- a) ШСО
- b) Нютгена
- c) Аммона
- d) ММРІ

9. Достоверность изложения пациентом истории своей болезни является:

- a) гарантией выздоровления
- b) показателем комплаенса
- c) уровнем психического здоровья пациента
- d) особенностью восприятия ситуации заболевания

10. Психологическое заключение включает в себя:

- a) оценку ориентированности
- b) уровень лабильности
- c) наблюдаемые реакции
- d) все ответы верны

11. К задачам первичной психологической консультации соматического пациента относятся:

- a) ознакомление с МКБ
- b) КИ или КПБ
- c) подбор индивидуальных методов саморегуляции пациента
- d) все ответы верны

12. К рекомендациям первичной психологической консультации соматического пациента не относятся:

- a) повторный прием
- b) ведение здорового образа жизни
- c) направление к врачу-психотерапевту
- d) все ответы верны

13. При формировании программы психообразования необходимо учитывать:

- a) особенности заболевания
- b) особенности целевой группы
- c) доступность рекомендуемых средств
- d) все ответы верны

14. К психообразовательным мероприятиям относятся:

- a) школа пациентов
- b) индивидуальное консультирование
- c) семинары
- d) все ответы верны

15. Инструментами психообразования являются:

- a) исследование ВКБ
- b) исследование отношения к болезни
- c) информирование
- d) все ответы верны

16. Оптимальное наполнение открытой группы психологической помощи в онкологии:

- a) 2-3 человека
- b) 5-9 человек
- c) 9-15 человек
- d) 15-20 человек

17. Оценка эффективности психологической помощи в онкологии проводится:

- a) медицинским психологом
- b) лечащим врачом
- c) начмедом
- d) страховой службой

18. Маркером эффективного взаимодействия является:

- a) благодарность пациента
- b) реактивное снижение эмоционального напряжения пациента
- c) повторное посещение
- d) все ответы верны

19. К нормальным психическим реакциям родственников онкологических пациентов не относятся:

- a) аффективные реакции, связанные с постановкой диагноза, ухудшением физического состояния, прогрессированием заболевания значимого человека
- b) озабоченность своим физическим состоянием, фиксированность на соматических симптомах, поиск и отслеживание дискомфорта со стороны различных систем органов
- c) аффективные реакции безразличия к происходящим событиям в жизни, физическому состоянию, ходу лечения пациента
- d) аффективные реакции, связанные с происходящим в мире

20. Вторичная травматизация не является:

- a) влияние рассказов жертв чрезвычайных ситуаций на психику психолога
- b) влияние чувств пациентов в ситуации болезни на психику врача
- c) индицирование специалиста сверхсильным эмоциональным напряжением клиента
- d) исключительным событием в практике специалиста

ПЕРЕЧЕНЬ ОСНОВНОЙ И ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ УЧЕБНОЙ ЛИТЕРАТУРЫ, НЕОБХОДИМОЙ ДЛЯ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

Основная литература:

1. Степанов, В.Г. Клиническая психология. Психологическое сопровождение онкологических больных детей и взрослых: учебное пособие для вузов/ В.Г.Степанов, Е. А. Бауэр, Д. Н. Ефремова. — 2-е изд., перераб. И доп. — Москва: Издательство Юрайт, 2022. — 112 с. — (Высшее образование). — ISBN978-5-534-11131-6. — Текст : электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. — URL: <https://urait.ru/viewer/klinicheskaya-psihologiya-psihologicheskoe-soprovozhdenie-onkologicheskii-bolnyh-detey-i-vzroslyh-493457#page/1>

(дата обращения: 10.06.2022).

2. Пузин, С.Н. Медико-социальная экспертиза при онкологических заболеваниях: учебник для вузов / С. Н. Пузин [и др.]; под редакцией С. Н. Пузина, А. В. Гречко, И. Э. Есауленко. — Москва : Издательство Юрайт, 2022. — 380 с. — (Высшее образование). — ISBN 978-5-534-14923-4. — Текст : электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. — URL:

<https://urait.ru/book/mediko-socialnaya-ekspertiza-pri-onkologicheskikh-zabolevaniyah-496494>

(дата обращения: 10.06.2022).

Дополнительная литература:

1. Мазо, Г. Э. Депрессивное расстройство / Мазо Г. Э. , Незнанов Н. Г. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 112 с. (Серия "Библиотека врача-специалиста") - ISBN 978-5-9704-5038-3. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970450383.html> (дата обращения: 10.06.2022).

2. Леббех, И. Рецепты чудесных врачей / Леббех, Инесса - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 192 с. - ISBN 978-5-9704-4194-7. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970441947.html> (дата обращения: 10.06.2022).

3. Циммерман, Я. С. Мудрые мысли о медицине и врачевании. Sententie de me di cina : изречения, афоризмы, цитаты / Я. С. Циммерман - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 256 с. - ISBN 978-5-9704-3444-4. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970434444.html> (дата обращения: 10.06.2022).

ГЛОССАРИЙ

Абсанс - короткое отсутствие сознания (в течение нескольких секунд).

Агнозия - затрудненность узнавания предметов и звуков.

Адаптация – процесс приспособления организма или личности к изменяющимся условиям и требованиям окружающей среды.

Аддиктивное поведение - это одна из форм деструктивного поведения, уход от реальности посредством изменения своего состояния различными способами: фармакологическими (прием веществ, воздействующих на психику) и нефармакологическими (сосредоточение на определенных предметах и способах активности, которые вызывают приятное эмоциональное состояние).

Акцентуации характера - это усиления каких-либо черт характера, которые проявляются в своеобразии реагирования в значимых для личности ситуациях и ведут к частичной дезадаптации.

Алекситимия – неспособность выражать свои чувства. Алекситимической личности свойственна бедность эмоций, ограниченная способность фантазировать.

Амнезия – расстройство памяти в виде нарушения способности запоминать, хранить и воспроизводить информацию. Амнезия - полное выпадение памяти, возможно на короткие отрезки времени.

Анализатор – анатомо-физиологическая основа ощущений; включает в себя 3 звена: 1) периферический отдел (рецептор), 2) чувствительные (афферентные) нервы, 3) центральный отдел (ЦНС).

Анамнез – история болезни; совокупность сведений о больном, развитии у него болезни, окружающей среде, получаемых путем расспроса самого больного (субъективный анамнез) и окружающих его лиц (объективный анамнез).

Анестезия – утрата способности ощущать различные виды раздражений.

Анорексия – нарушение пищевого поведения, связанное с контролем своего веса; проявляется в отсутствии аппетита, подавлении желания есть, отрывании пищи. В возникновении заболевания большую роль играют культуральные и личностные факторы, а также переживание стресса.

Астенический синдром наблюдается в остром и отдаленном периоде инфекционных заболеваний, черепно-мозговых травм, церебральных сосудистых заболеваниях, при хронических инфекциях, а также многих психических заболеваниях.

Аутизм характеризуется погружением больного в свой особый внутренний мир с потерей или ослаблением контакта с окружающей действительностью, утратой интереса к

реальности и общению с людьми, стремлением к уединению. Иногда возникают аутистические фантазии, которые представляют собой отражение своеобразного мировоззрения и суждения об окружающей жизни и которые больной раскрывает весьма неохотно. Однако эти черты могут быть выражены не резко. Более того, при так называемом аутизме наизнанку больной может казаться чрезмерно общительным и бестактным, но контакты с окружающими все равно носят формальный и бессодержательный характер.

Аутоагрессия – это любое насильственное действие, направленное против собственной личности, в том числе нанесение самоповреждений, самоубийство.

Аффект – внезапно возникшее, кратковременное эмоциональное состояние, характеризующееся сужением сознания, интенсивностью переживания.

Аффективные расстройства. Расстройства настроения представляют собой довольно распространенные и субъективно тяжело переживаемые состояния, которые нередко приводят к нарушениям социального функционирования, трудоспособности и связаны с риском суицидального поведения.

Булимия – нарушение пищевого поведения; патологическое желание постоянно, часто и много есть. Часто проявляется в состоянии стресса.

Внутренняя картина болезни (ВКБ) – "вся масса ощущений, не только местных болезненных, но и общее самочувствие, представление о своей болезни, ее причинах" (А. Р. Лурия).

Выгода вторичная (от болезни) – использование инстинкта самосохранения и "Я"-ситуации болезни для обретения определенных преимуществ, материальных или психологических; реальные или предполагаемые преимущества и привилегии, обретаемые больным вследствие патогенных симптомов или болезни.

Гарантии социальные – материальные и духовные средства, юридические акты, обеспечивающие реализацию прав человека в современном сообществе, отдельной стране.

Гиперестезия – повышение чувствительности к действующим на органы чувств физическим стимулам, проявляемое в появлении излишне сильных субъективных ощущений без изменения их модальности.

Гиперпатия – повышенная чувствительность, характерная появлением боли или других неприятных ощущений (зуд, тяжесть) в ответ на обычно безвредные раздражители.

Декомпенсация – заострение психопатических черт, сопровождаемое обычно нарушениями поведения и социальной дезадаптацией.

Депрессия – аффективное состояние, характерное отрицательным эмоциональным фоном, изменениями мотивационной сферы, когнитивных представлений и общей пассивности поведения.

Диагноз – определение существа болезни и состояния больного на базе его всестороннего медицинского обследования.

Диагноз психологический – конечный результат деятельности психолога, направленный на описание и выяснение сущности индивидуально-психологических особенностей личности в целях оценки их актуального состояния, прогноза дальнейшего развития и разработки рекомендаций, определяемых задачами обследования.

Диссимуляция – поведение, связанное с установкой на сокрытие, затушевывание болезни, ее симптомов или отдельных проявлений.

Диссоциация – нарушение связности психических процессов.

Дистресс – отрицательное влияние стрессов и стрессовых ситуаций на деятельность вплоть до ее полного разрушения.

Дисфория – пониженное настроение с раздражительностью, озлобленностью, мрачностью, повышенной чувствительностью к действиям окружающих, со склонностью к вспышкам агрессии.

Иатрогения (ятрогения) – возникающие в результате неправильных действий врача, оказавшего на клиента ненамеренное внушающее воздействие (например, неосторожным

комментированием особенностей болезни), неблагоприятные изменения психического состояния и психогенные реакции, способствующие появлению неврозов.

Импунитивность – склонность приписывать ответственность за неудачи преимущественно внешним обстоятельствам и условиям.

Инвалид – человек с физическими или психическими ограничениями жизнедеятельности. Всех инвалидов по разным основаниям делят на несколько групп: по возрасту – дети-инвалиды, молодые инвалиды, инвалиды престарелого возраста; по происхождению инвалидности – инвалиды с детства, войны, труда, "общего заболевания"; по степени трудоспособности – трудоспособные и нетрудоспособные; по характеру заболевания – мобильные, маломобильные и неподвижные инвалиды.

Инфантилизм – запаздывающее созревание, недоразвитие, отчетливое доминирующее присутствие в более зрелом возрасте ранних детских проявлений.

Ипохондрия – болезненное состояние или заболевание, характерное чрезмерным вниманием к своему здоровью, страхом перед неизлечимыми болезнями, склонностью преувеличивать болезненные явления и приписывать себе несуществующие тяжелые недуги.

Истерический невроз – невроз, проявляющийся полиморфными функциональными психическими, соматическими неврологическими расстройствами и характеризующийся большой внушаемостью и самовнушаемостью больных.

Компенсация – временное смягчение психопатических особенностей за счет изменения "микросреды" (семейной, трудовой) на такую, где эти особенности не мешают наилучшим образом приспособиться; перестройка системных связей организма и личности, позволяющая восполнить недостаток той или иной структуры, функции.

Конфабуляции – бессознательный вымысел маловероятных сюжетов, иногда фантастических событий, участником которых якобы был психически больной человек.

Копинг – сознательно выработанные человеком способы совладания со стрессом.

Локус контроля – позиция самооценки; локализация причин, которыми субъект объясняет собственное поведение и поведение людей. Экстернальный локус: человек оценивает себя, соотносясь с мнением значимых для него людей, и обвиняет их (или сложившиеся обстоятельства) в случае личных неудач; интернальный локус контроля – человек считает только себя ответственным за свои действия, в конечном счете за свою судьбу.

Меланхолия – болезненное состояние, проявляющееся в угнетенном настроении, замедленности движений и затрудненном течении мыслей.

Метасимуляция – предъявление синдромов, ограничивающих жизнедеятельность, имевших место ранее (заболевание или обострение).

Навязчивые состояния (обсессии) – такого рода переживания, когда у человека помимо его воли возникают какие-то мысли, страхи, влечения, действия, сомнения (например, навязчивое мытье рук, страх перед числом "3" и т.д.).

Невроз – психогенное нервно-психическое расстройство, которое возникает в результате неразрешимого внутреннего конфликта между потребностями и возможностями их удовлетворения и проявляется в специфических клинических симптомах, в том числе соматических расстройствах, при отсутствии психотических явлений болезненно измененного сознания.

Неврастения – невроз, проявляющийся повышенной возбудимостью в сочетании с быстрой утомляемостью и истощаемостью. Возникает преимущественно при длительно действующих психотравматических факторах. Сопровождается физическим истощением.

Невротизм (нейротизм) – состояние, характерное эмоциональной неустойчивостью, треногой, низким самоуважением, вегетативными расстройствами.

Невротическая депрессия – психогенно обусловленная лёгкая форма депрессии с преобладанием грустного настроения, адинамии, нередко с навязчивыми идеями.

Ограничение жизнедеятельности – полная или частичная утрата индивидом способности или возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно

передвигаться, ориентироваться, общаться, контролировать свое поведение, обучаться или заниматься трудовой деятельностью.

Отреагирование – процесс проявления переживаний вовне, сопровождающийся резко окрашенной эмоцией, эмоциональная разрядка, связанная с травмировавшим событием.

Парестезии – элементарные болезненные ощущения от органов (мурашки, жжение, онемение и другие симптомы).

Пароксизм – обострение, усиление некоего болезненного процесса, иногда принимающего форму припадка, наступающего внезапно; острая форма переживания некой эмоции (отчаяние, ярость, ужас и пр.).

Пограничное состояние – общее название ряда различных слабых, стертых форм нервно-психических расстройств, находящихся вблизи условной границы между психическим здоровьем и выраженной патологией.

Поиск симптомов – предъявление обширного круга симптомов (жалоб), не укладывающихся в рамки синдромов.

Прогрессиентность – течение болезни с нарастающим характером нарушений.

Психическая адаптация – самореализация в социальной действительности индивидуальности человека, его склонностей и способностей, позволяющих ассимилировать социальное окружение.

Психастения – болезненное расстройство психики, характерное крайней нерешительностью, боязливостью, мнительностью, склонностью к навязчивым идеям.

Психогении – различные расстройства психики, возникающие под влиянием кратковременных или долговременных психических травм как реакция на тяжелую жизненную ситуацию или как результат относительно слабого, но продолжительного травмирования.

Психологическая защита – бессознательные психические процессы, направленные на защиту сознания от внутренних конфликтов, от противоречий между желаемым и действительным, от дистресса.

Психологический тип – устойчивая система особенностей построения субъективной картины окружающего мира, выражения избирательного отношения к определенным его предметам и явлениям в поведении и деятельности с опорой на психические свойства, которые становятся доминирующими в той или иной системной психической функции, интегрируя синдром других свойств.

Психосоматическое расстройство – нарушение функций внутренних органов и систем, появление и развитие которых в наибольшей мере связано с нервно-психическими факторами, переживанием острой или хронической травмы, специфическими особенностями эмоционального реагирования личности.

Рационализация – бессознательное стремление к рациональному обоснованию и объяснению своих идей и поведения, даже когда они иррациональны.

Реабилитация – комплекс медицинских, юридических, психологических и других мер, направленных на восстановление или компенсацию нарушенных функций организма и трудоспособности больных и инвалидов; восстановление нормальной жизнедеятельности и трудоспособности больного или инвалида, достигаемое различными методами лечения и применением иных специальных мер.

Регресс – временный возврат к онтогенетически более ранним этапам развития, к социально незрелым формам психического реагирования.

Рентное поведение – осознанное, целенаправленное стремление свидетельствуемого получить не полагающиеся ему по состоянию здоровья материальные, социальные или психологические льготы (преимущества).

Резидуальное нарушение – сохраняющееся после начального острого периода нарушение с непрогрессиентным течением болезни.

Резонерство – склонность к пустым рассуждениям.

Ригидность – неготовность к деятельности, затрудненность, вплоть до полной неспособности, в изменении намеченной субъектом программы деятельности в условиях, требующих ее перестройки согласно новым ситуационным требованиям.

Симуляция – предъявление симптомов заболевания, которыми освидетельствуемый не страдал и не страдает.

Соматогении – вторичные психические расстройства на органически измененной почве и при соматических заболеваниях.

Стрестолерантность – устойчивость к стрессу.

Фрустрация – эмоциональное состояние блокированных потребностей; психологическое состояние, возникающее при разочаровании, неосуществлении какой-либо значимой для человека цели, потребности.

Эйфория – радостное, веселое настроение, состояние благодушия и беспечности, несвойственное объективным обстоятельствам, не имеющее объективных причин появления и достаточно стойкое.

Экзогенный – вызываемый внешними причинами.

Эндогенный – вызываемый внутренними причинами.

Этиопатогенез – причины происхождения (этиология) и механизмы (патогенез) болезни, нарушения здоровья, нормы развития.