

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ

**Б. В. Михайлов, І. С. Вітенко, О. І. Сердюк, В. В. Чугунов,
І. В. Романова, П. Г. Андрух, Т. В. Селюкова, О. І. Кудінова**

***ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ
В ЗАГАЛЬНІЙ ПРАКТИЦІ – СІМЕЙНІЙ МЕДИЦИНІ***

Навчальний посібник

2010

ББК 88.4+53.57

УДК 616.1/7-085.851+159.9.072.5

Е 45

«Рекомендовано Міністерством освіти і науки України як навчальний посібник для лікарів-інтернів і лікарів-слухачів закладів (факультетів) післядипломної освіти», протокол № 1/11-7879 від 16.08.2010 року.

«Рекомендовано Центральним методичним кабінетом з вищої медичної освіти МОЗ України як навчальний посібник для лікарів-інтернів і лікарів-слухачів закладів (факультетів) післядипломної освіти», протокол № 3 від 09.06.2010 року.

Рецензенти:

Є.В. Кришталь, завідувач кафедри сексології та медичної психології
Харківської медичної академії післядипломної освіти МОЗ України,
доктор медичних наук, професор

Мішиєв В.Д., завідувач кафедри дитячої, соціальної та судової психіатрії
Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика
МОЗ України, доктор медичних наук, професор

*Михайлов Б. В., Вітенко І. С., Сердюк О. І., Чугунов В. В., Романова І. В.,
Андрух П. Г., Селюкова Т. В., Кудінова О. І.*

Експериментально-психологічне дослідження в загальній практиці – сімейній медицині. Навчальний посібник для лікарів-інтернів і лікарів-слухачів закладів (факультетів) післядипломної освіти / За заг. ред. Б. В. Михайлова. – Х.: ХМАПО, 2010. – 136 с.

Посібник присвячений викладенню основних психодіагностичних, психотерапевтичних та психокорекційних процедур в клініці соматичних захворювань. Посібник призначено для сімейних лікарів, лікарів загальної практики, терапевтів, психіатрів, психотерапевтів, медичних психологів.

Автори:

Михайлов Борис Володимирович – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри психотерапії Харківської медичної академії післядипломної освіти, головний психотерапевт МОЗ України.

Вітенко Іван Семенович – кандидат психологічних наук, професор, директор Центрального методичного кабінету з вищої медичної освіти МОЗ України, професор кафедри медичної психології медичного інституту Української асоціації народної медицини.

Сердюк Олександр Іванович – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри соціальної медицини управління та бізнесу у охороні здоров'я Харківської медичної академії післядипломної освіти

Чугунов Вадим Віталійович – доктор медичних наук, професор кафедри психотерапії Харківської медичної академії післядипломної освіти.

Романова Ірина Василівна – кандидат медичних наук, доцент кафедри психотерапії Харківської медичної академії післядипломної освіти.

Андрух Павло Георгійович – кандидат медичних наук, асистент кафедри психотерапії Харківської медичної академії післядипломної освіти.

Селюкова Тетяна Василівна – психолог, старший лаборант кафедри психотерапії Харківської медичної академії післядипломної освіти.

Кудінова Олена Іванівна – асистент кафедри психотерапії Харківської медичної академії післядипломної освіти.

Безсмертний Олександр Володимирович – психолог, старший лаборант кафедри психотерапії Харківської медичної академії післядипломної освіти.

ЗМІСТ

Питання базового контролю знань.....	6
Вступ.....	8
Деякі особливості особистості хворих на соматичні захворювання.....	10
Клінічні діагностичні критерії розладів психічної сфери межового рівня, які найбільш часто зустрічаються у загальносоматичній практиці.....	12
Задачі експериментально-психологічного дослідження в клініці соматичних захворювань.....	40
Умови проведення експерименту.....	43
Методики експериментально-психологічного дослідження соматично хворих.....	44
Скринінгові методи.....	46
1. Тест диференціальної самооцінки функціонального стану (САН).....	46
2. Опитувальник О. І. Сердюка для вивчення самооцінки соціальної значущості хвороби.....	49
3. Методика рахування за Крепеліном (Е. Краепелін) у модифікації Шульте (R. Schulte).....	52
4. Оцінка стану когнітивних функцій (MMSE).....	54
5. Якість життя.....	59
6. Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS).....	62

	5
7. Шкала депресії Бека (разом із О.В. Безсмертним).....	66
Методи поглибленого дослідження.....	69
8. Шкала реактивної та особистісної тривожності Спілбергера (С. D. Spiel- berger), адаптована Ю. Л. Ханіним.....	69
9. Особистісний опитувальник Айзенка (Н. J. Eysenck), адаптований у ЛНДПНІ ім. В. М. Бехтерєва.....	74
10. Методика незакінчених речень Сакса-Сіднея (J. M. Sacks, S. Sidney), модифікована для соматичних хворих.....	80
11. Шкала Гамільтона для оцінки депресії (HDRS).....	87
12. Тест для визначення типу відношення до хвороби – особистісний опи- тувальник Бехтерєвського інституту («ООБІ») (разом із О.В. Безсмерт- ним).....	93
13. Тест визначення акцентуацій характеру Леонгарда-Шмішека.....	104
Додатки.....	114
Контрольні питання.....	130
Список рекомендованої літератури.....	136

ПИТАННЯ БАЗОВОГО КОНТРОЛЮ ЗНАНЬ

1. Що вивчає медична психологія?
2. Які основні методи психології?
3. Яку будову має нервова система людини?
4. Характеристика нервових процесів.
5. Які основні принципи діяльності нервової системи?
6. Структура якостей нервової системи.
7. Дайте характеристику пізнавальних процесів.
8. Характеристика сприйняття та відчуття.
9. Характеристика уваги та пам'яті.
10. Характеристика мислення.
11. Що таке свідоме і підсвідоме?
12. Назвіть принципи рефлексорної діяльності?
13. Що таке аналізатор та які його властивості?
14. Що таке перша і друга сигнальна система?
15. В чому суть інтегративної функції нервової системи?
16. В чому полягає координаційна функція центральної нервової системи?
17. В чому різниця між термінами «людина», «індивід», «особа», «особистість»?
18. Охарактеризуйте основні теорії особистості.
19. Які індивідуально-психологічні якості людини ви знаєте?
20. Що таке характер? Акцентуація характеру.
21. Дайте характеристику поняттю «темперамент». Акцентуація темпераменту.
22. Характеристика емоційно-вольової сфери.
23. Що таке стрес, дістрес? Шляхи подолання стресу.
24. Який вплив тривоги та страху на життєдіяльність людини?
25. Які є методи дослідження особистості?
26. Чим керуються при виборі методу та методик дослідження?
27. Що вивчає психологія індивідуальних відмінностей?
28. Які основні вікові кризи людини?
29. Які основні методи психотерапії та психокорекції?

30. Які теорії розвитку людини ви можете назвати?
31. Чим характеризується самооцінка особистості?

ВСТУП

У повсякденній роботі лікар загальної практики – сімейної медицини дуже часто зустрічається з пацієнтами, які мають певні ознаки порушень психічної сфери.

При цьому його головною метою має бути організація надання адекватної медичної допомоги таким хворим як на рівні первинної медико-санітарної допомоги, так і на наступних відповідних рівнях як загальносоматичної, так і спеціалізованої мережі.

Перш за все для цього, лікар загальної практики – сімейної медицини має здійснити першу і абсолютно необхідну частину лікувального процесу – а саме розв’язати діагностичну проблему, пов’язану з розладами психічної сфери у межах своєї компетенції, провести діагностику на синдромологічному рівні і впровадити терапевтичні заходи або скерувати хворого до спеціалізованої ланки. Також він має володіти клінічними критеріями – тобто семіологічною побудовою діагнозу щонайменше до синдромологічного рівня.

Але існують труднощі застосування тільки цього діагностичного підходу для лікаря загальної практики – сімейної медицини для ідентифікації розладів психічної сфери. Це пов’язано з неможливістю набути клінічної кваліфікації цих лікарів на рівні лікарів спеціалізованої ланки – у даному випадку психіатричної, і об’єктивних труднощів діагностики цієї дуже складної патології. Тому дуже важливого значення набуває володіння допоміжними діагностичними методами – а саме, патопсихологічним дослідженням з використанням експериментально-психологічних методик.

Варіанти розладів психічної сфери у хворих, які трапляються у роботі лікаря загальної практики – сімейної медицини.

1. Гострі психотичні розлади, які супроводжуються ознаками галюцинацій, параноїду, порушень поведінки, тощо.

Такі хворі, як правило, не потребують поглиблених діагностичних дій, а мають бути направлені до спеціалізованої психіатричної мережі відповідно до «Закону України про психіатричну допомогу».

2. Межові розлади психічної сфери непсихотичного рівня.

Вони, в свою чергу, підрозділяються на:

2.1. межові розлади психічної сфери, які за клінічними проявами імітують, або дуже подібні до соматичних захворювань, тобто невротичні та соматоформні розлади.

2.2. межові розлади психічної сфери у хворих на дійсні соматичні захворювання, тобто коморбідні стани.

У посібнику дається характеристика основних, доступних психологічних тестів, застосування яких валідно при соматичній патології, розбираються особливості особистості соматичних хворих, розглядаються можливості застосування психологічних методів дослідження в загальносоматичній клініці.

ДЕЯКІ ОСОБЛИВОСТІ ОСОБИСТОСТІ ХВОРИХ НА СОМАТИЧНІ ЗАХВОРЮВАННЯ

Більшість хворих, що страждають на хронічні соматичні захворювання, виявляють невротичні порушення того чи іншого ступеня виразності.

Тим часом, при всьому розмаїтті клінічних проявів психоемоційних непсихотичних розладів у хворих з різними соматичними захворюваннями, проведене нами багаторічне клініко-психопатологічне й анамнестичне дослідження соматичних хворих дозволило згрупувати ці розлади в три основні групи.

- 1). Соматогенний астеничний симптомокомплекс, що з'являється як наслідок нейротоксичного і психотравмуючого впливу соматичного захворювання;
- 2). Гострі невротичні і афективні розлади, що виникають у соматичних хворих в результаті перенесених психотравм;
- 3). Невротичні і афективні розлади, на фоні яких розвилось соматичне захворювання.
- 4). Депресивні розлади.

Дослідження системи відносин особистості у хворих із соматогенним астеничним симптомокомплексом показує превалювання порушень у сфері відносини до майбутнього, статевого життя, виробничих відносин, рідше – у сфері відносин до родини.

Слід зазначити, що діагностика нервово-психічних розладів у хронічних хворих являє собою досить важку задачу, вимагає багато часу для кропіткого розпиту і вивчення нервово-психічного статусу.

У звичайній практиці лікаря загальної практики нюанси психіки цих хворих не завжди вдається встановити. Хворі терапевтичної клініки найчастіше не прагнуть звертати увагу лікарів на зміни в нервово-психічній сфері. Вони ніяк не хочуть, щоб їх рахували хворими «нервовими», а тим більше зі змінами з боку психіки.

Наприклад, сховану депресію чисто клінічно буває дуже важко розпізнати навіть досвідченому лікарю-психіатру.

Внаслідок перерахованих труднощів при вивченні стану психічної сфери у соматично хворих велику цінність здобувають психологічні та експериментально-психологічні методики.

У процесі експериментально-психологічного дослідження лікар може представити «внутрішню картину хвороби» пацієнта і тим самим встановити, наскільки досліджуваний представляє своє захворювання.

Вплив будь-якого хронічного захворювання на соціальний статус хворого, його положення в суспільстві, коло інтересів, рівень домагань приводить до ламання звичного способу життя і діяльності, необхідності формування нового життєвого стереотипу.

Самооцінка хворими впливу захворювання на їхній соціальний статус є істотною частиною «внутрішньої картини хвороби», а відповідно і важливим додатком до психотерапевтичного впливу на хворого в процесі його реабілітації.

Психологічне дослідження вивчає єдину особистість, але в різних ситуаціях під впливом різних факторів. Знання системи цінностей хворого, тобто того, що він втратив у процесі хвороби, що і чим можна замінити, на які цінності переорієнтуватися, які його перспективи, допомагає «лікувати не тільки тіло, але і душу».

Особистість виявляється завжди багатосторонньою. Вона по-різному виступає з усіма її особливостями в різних психічних процесах, зі своїми можливостями, озброєністю знаннями, навичками, звичками в різних ситуаціях і обставинах. Саме, характеризуючи особистість з різних сторін, у різних ситуаціях і обставинах, при рішенні різних задач, дослідник одержує можливість представити її як складну єдність.

Виходячи з зазначених представлень визначаються й основні задачі експериментально-психологічного дослідження соматичних хворих і вибір адекватних їм методик.

КЛІНІЧНІ ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ РОЗЛАДІВ ПСИХІЧНОЇ СФЕРИ МЕЖОВОГО РІВНЯ, ЯКІ НАЙБІЛЬШ ЧАСТО ЗУСТРІЧАЮТЬСЯ У ЗАГАЛЬНО СОМАТИЧНІЙ ПРАКТИЦІ.

ДЕПРЕСИВНИЙ ЕПІЗОД (F.32)

Клінічні діагностичні критерії:

а) пригнічений настрій, відповідно до суб'єктивної оцінки й об'єктивного спостереження, може бути характерне добове коливання (більш обтяжений настрій після пробудження, ранком);

б) виражене зниження зацікавленості або втрата задоволення від виконання усіх або майже усіх видів діяльності, помітна для навколишніх апатія;

в) стомлюваність або занепад сил;

г) зниження розумової працездатності і концентрації уваги, нерішучість;

д) почуття власної марності, необґрунтовані ідеї винності (які можуть досягати маячного характеру);

е) значна анорексія або підвищений апетит, втрата маси тіла або її підвищення (більше 5 % за 4 тижні), не пов'язані з дієтою;

ж) безсоння, пробудження з ранку на 2 і більше годин раніше, ніж звичайно, або підвищена сонливість;

з) уповільнення реакцій або психомоторна ажитація;

й) повторювані думки про смерть, суїцидальні думки без конкретного плану, планування самогубства, суїцидальні спроби.

Диференціація між легким, помірним і важким ступенем депресивного епізоду ґрунтується на клінічній оцінці типу, важкості і кількості присутніх симптомів. Важкість епізоду допомагає визначити ступінь порушення діяльності в професійному плані, в області звичайної соціальної активності і у взаємовідносинах з іншими людьми (соціальна продуктивність через індивідуальні соціальні і культуральні впливи не є основним критерієм ваги).

Легкий депресивний епізод (F.32.0) характеризується зниженим настроєм велику частину дня, відповідно до суб'єктивної оцінки (відчуття зневіри, суму,

смутку, пустоти) і об'єктивного спостереження (слізливість), зниженням інтересу до навколишнього і відчуттів задоволення, підвищена стомлюваність не менше двох тижнів. Повинні бути присутнім ще не менше двох симптомів з інших, описаних у клініко-діагностичних критеріях депресивного епізоду. Всі ці симптоми не досягають глибокого ступеня виразності у хворих; утруднена, але не припиняється звичайна соціальна активність і трудова діяльність. Хворі визначають стан, як такий, що відрізняється якісно від норми і розцінюють наявний стан як хворобливий, за медичною допомогою звертаються не завжди. Легкий депресивний епізод зустрічається в двох варіантах:

а) без соматичних симптомів (F.32.00) – задовольняються критерії легкого депресивного розладу, можуть бути присутніми 2 – 3 соматичні симптоми, що не визначають клінічної картини хвороби;

б) із соматичними симптомами (F.32.01) – характерні всі критерії легкого депресивного епізоду, повинні бути присутніми 4 і більше соматичні симптоми або 2 – 3 досить важких:

1) безсоння, пробудження з ранку на 2 і більше годин раніше, ніж звичайно, або підвищена сонливість;

2) стомлюваність або занепад сил;

3) зниження або підвищення апетиту, втрата маси тіла або її підвищення (більше 5 % за 4 тижні), не зв'язані з дієтою;

4) зниження інтересу до сексуальної функції;

5) запори, сухість у роті;

6) головний біль і болі в різних частинах тіла;

7) скарги на роботу серцево-судинної, шлунково-кишкової, сечостатевої, опорно-рухової систем.

Помірний депресивний епізод (F.32.1) характеризується наявністю ряду симптомів, що досягають різного ступеня важкості і відзначаються щодня більшу частину дня протягом 2 тижнів і більше:

а) пригнічений настрій, відповідно до суб'єктивної оцінки й об'єктивного спостереження, може бути характерне добове коливання (більш обтяжений настрій після пробудження, ранком);

б) виражене зниження зацікавленості або втрата задоволення від виконання усіх або майже усіх видів діяльності, помітна для навколишніх апатія;

в) стомлюваність або занепад сил;

г) зниження розумової працездатності і концентрації уваги, нерішучість;

д) почуття власної марності, необґрунтовані ідеї винності (які можуть досягати маячного характеру);

е) значна анорексія або підвищений апетит, втрата маси тіла або її підвищення (більше 5 % за 4 тижні), не пов'язані з дієтою;

ж) безсоння, пробудження з ранку на 2 і більше годин раніше, ніж звичайно, або підвищена сонливість;

з) уповільнення реакцій або психомоторна ажитація;

й) повторювані думки про смерть, суїцидальні думки без конкретного плану, планування самогубства, суїцидальні спроби.

Диференціація між легким, помірним і важким ступенем депресивного епізоду ґрунтується на клінічній оцінці типу, важкості і кількості присутніх симптомів.

Важкість епізоду допомагає визначити ступінь порушення діяльності в професійному плані, в галузі звичайної соціальної активності і у взаємовідносинах з іншими людьми (соціальна продуктивність через індивідуальні соціальні і культуральні впливи не є основним критерієм важкості). Характеризується пригніченим настроєм більшу частину дня, відповідно до суб'єктивної оцінки (відчуття туги, безнадійності, розпачу, пустоти) тяжче з ранку і об'єктивному спостереженні (песимізм, апатія, уникання спілкування), значним зниженням інтересу до навколишнього і відчуття задоволення, занепадом сил протягом двох і більше тижнів. Повинні бути присутніми ще не менше двох з інших симптомів, описаних у клініко-діагностичних критеріях депресивного епізоду. Всі ці симптоми досягають середнього ступеня виразності, значно порушуються

звичайна соціальна активність і трудова діяльність. Найвні депресивні розлади пацієнтами розцінюються як хворобливі. Помірний депресивний епізод зустрічається в двох варіантах:

а) без соматичних симптомів (F 32.10) – виконуються критерії помірного депресивного епізоду, присутні, але не обов'язково 1–2 соматичні симптоми;

б) із соматичними симптомами (F 32.11) – відповідає критеріям помірного депресивного епізоду, присутні 4 і більш соматичні симптоми (або 2–3 досить важких, що впливають на клінічну картину захворювання):

1) безсоння, пробудження з ранку на 2 і більш годин раніше, ніж звичайно, причому з важким «переживанням» проблем після пробудження;

2) значна анорексія або втрата маси тіла (на 5 % і більш за місяць);

3) запор, сухість у роті, тахікардія, підвищена пітливість і т. п.;

4) повне зникнення лібідо, порушення менструальної функції;

5) постійний головний біль і болі в різних частинах тіла;

б) скарги на роботу серцево-судинної, шлунково-кишкової, сечостатевої, опорно-рухової систем.

Важкий депресивний епізод без психотичних симптомів (F 32.2) характеризується повним порушенням повсякденної життєдіяльності внаслідок важкого депресивного розладу, критики до стану у хворого немає:

а) пригнічений настрій у вигляді емоційного болю, який набуває риси фізичного страждання, протягом усього дня, особливо в ранковій годині, після пробудження;

б) повна втрата інтересу до раніше значущого навколишнього середовища і відчуття задоволення; помітна для оточення апатія;

в) повний занепад сил;

г) виражена психомоторна загальмованість або збудження;

д) почуття власної марності, необґрунтовані ідеї винності (які можуть досягати маячного характеру);

е) повна анорексія, втрата маси тіла (більше 5 % за 4 тижні), не зв'язані з дієтою;

ж) безсоння, пробудження з ранку на 2 і більше годин раніше, ніж звичайно, із болісним переживанням проблем і самобичуванням;

з) постійно повторювані суїцидальні думки, плани або спроби покінчити із собою.

Важкий депресивний епізод із психотичними симптомами (F 32.3) характеризується критеріями, що відповідають важкому депресивному епізоду, а також включає психотичні симптоми у вигляді голотимного (вміст якого відповідає афекту) маячення, можуть спостерігатися обумовлені депресією слухові, зорові, і (рідко) тактильні і нюхові галюцинації. Маячення звичайно параноїдне, самознищення і гріховності, відношення і переслідування, провини, іпохондричне (у тому числі і нігілістичне), руйнування. У типовому випадку хворий вважає себе «найбільшим грішником усіх часів», і стверджує, що «за злочини» повинний піддатися найбільш жорстоким покаранням.

Психологічні діагностичні критерії:

а) шкала депресії Гамільтона містить 24 пункти, кожний із яких оцінюється в діапазоні від 0 до 4 або від 0 до 2, з максимальним діапазоном від 0 до 76. Шкала ґрунтується на клінічній бесіді, лікар оцінює відповіді про почуття провини, особливостях сну, суїциди й інші клінічні прояви, що спостерігаються при депресії;

б) для первинного відбору застосовуються шкали самооцінки: шкала Цунга (містить 20 пунктів, кожний із яких мав 4-х бальну оцінку) за якою можна оцінити емоційні, психологічні і соматичні ознаки депресії, шкала Бека;

в) тест Роршаха – характерно тривалий латентний час відповіді на запропоновані таблиці, знижена кількість відповідей на поліхромні таблиці;

г) тематичний апперцептивний тест – відповіді короткі, стереотипні, переважно описові;

д) ММРІ – високі показники за шкалою депресії.

РЕКУРЕНТНИЙ ДЕПРЕСИВНИЙ РОЗЛАД (F.33)

Клінічні, патопсихологічні методи дослідження – відмінності в динаміці перебігу ті ж, що в попередніх рубриках.

ХРОНІЧНІ (АФЕКТИВНІ) РОЗЛАДИ НАСТРОЮ (F.34)

Циклотимія (F.34.0)

Клінічні діагностичні критерії:

- 1) зниження настрою з покращенням у вечірні часи;
- 2) пригніченість;
- 3) зменшення енергійності;
- 4) зниження працездатності;
- 5) мала ступінь психічної і моторної загальмованості;
- 6) внутрішнє невдоволення і роздратованість;
- 7) невмотивована ворожість до близьких, друзів, знайомих;
- 8) порушення сну.

Патопсихологічні діагностичні критерії: зниження уваги, пам'яті, фіксаційна амнезія.

Дистимія (F.34.1)

Клінічні діагностичні критерії:

- 1) зниження енергійності і активності;
- 2) почуття безнадійності;
- 3) ангедонія;
- 4) звинувачення долі, обставин, а не себе;
- 5) є свідомість хвороби;
- 6) повільний розвиток, перебіг більше 2-х років;
- 7) втрата лібідо.

Патопсихологічні діагностичні критерії: відзначається зниження уваги, пам'яті, субдепресивні ознаки.

НЕВРОТИЧНІ, ПОВ'ЯЗАНІ ЗІ СТРЕСОМ ТА СОМАТОФОРМНІ РОЗЛАДИ (F.40 – 48)

ТРИВОЖНО-ФОБІЧНІ РОЗЛАДИ (F.40)

Агорафобія (F.40.0)

– без панічного розладу (F.40.00)

Клінічні діагностичні критерії:

1) страх перебування в таких ситуаціях: натовп, громадські місця, установи, поїздки наодинці, віддалення від помешкання;

2) наявність вегетативних симптомів: серцебиття, тремор, сухість у роті, пітливість;

3) тривога конкретно ситуаційно обмежена;

– з панічним розладом (F.40.01)

Клінічні діагностичні критерії ті ж самі, що і у пунктах 1 – 3, а також:

4) уникання фобічних ситуацій аж до зміни життєвого стилю;

5) панічні атаки з порушенням дихання, серцебиттям, пітливістю, тремтінням, парестезіями, приливами жару або холоду, дискомфортом у грудній клітині, страхом смерті, страхом збожеволіти.

Патопсихологічні діагностичні критерії:

1) наявність невротизуючого інтрапсихічного конфлікту;

2) підвищений рівень тривожності;

3) відповідні преморбідні особистісні радикали.

Соціальні фобії (F.40.1)

Клінічні діагностичні критерії:

1) фобії конкретні (страх публічних виступів, страх їжі на людях, тощо);

2) страхи концентруються на оточуючих;

3) уникнення психотравмуючих ситуацій аж до повної соціальної ізоляції;

4) зниження самооцінки і страх критики;

5) вегетативні прояви – почервоніння, тремор рук, нудота, позиви до сечовипускання.

Патопсихологічні діагностичні критерії, такі ж, як у агорафобії (F.40.0).

Специфічні ізольовані фобії (F.40.2)

Клінічні діагностичні критерії:

- 1) стійкий страх відносно однієї або декількох конкретних ситуацій тенденція їх уникання;
- 2) зниження повсякденної активності;
- 3) вегетативні симптоми.

Патопсихологічні діагностичні критерії, такі ж, як у агорафобії (F.40.0).

ІНШІ ТРИВОЖНІ РОЗЛАДИ (F.41)

Панічний розлад (епізодична пароксизмальна тривога) (F.41.0)

Клінічні діагностичні критерії:

- 1) ситуативно не обумовлене виникнення тривоги;
- 2) серцебиття, біль у грудях, відчуття задухи, тремор, сухість у роті, запаморочення, почуття нереальності;
- 3) вторинний страх смерті, або божевілля;
- 4) тривалість – кілька хвилин;
- 5) між атаками практично немає афективних розладів.

Патопсихологічні діагностичні критерії: наявність афективної нестабільності, підвищення рівня реактивної тривожності та особистісної тривоги.

Генералізований тривожний розлад (F.41.1)

Клінічні діагностичні критерії:

- 1) тривожність і занепокоєння про майбутнє;
- 2) тривалість не менше 6 місяців;
- 3) перебільшена настороженість;
- 4) запаморочення, слабкість;

- 5) дратівливість;
- 6) вегетативні прояви: тахікардія, тахіпное, пітливість, сухість у роті, епігастральний біль, нудота, гіперемія, утруднене ковтання);
- 7) внутрішня напруга (тремтіння, відчуття ознобу, неможливість розслабитися, головний біль);
- 8) порушення сну.

Патопсихологічні діагностичні критерії: наявність афективної нестабільності, підвищення рівня реактивної тривожності та особистісної тривоги.

Змішаний тривожний і депресивний розлад (F.41.2)

Клінічні діагностичні критерії:

- 1) сполучення симптомів тривоги і депресії;
- 2) вегетативні симптоми.

ОБСЕСИВНО-КОМПУЛЬСИВНИЙ РОЗЛАД (F.42)

Клінічні діагностичні критерії:

- 1) наявність нав'язливих думок або дій щонайменше на протязі 2 тижнів;
- 2) стійкість стереотипних думок, потягів суб'єктивно неприємних для хворого;
- 3) розуміння, що ці явища є власними;
- 4) безуспішні спроби ігнорування або нейтралізації думок;
- 5) нав'язливі думки і дії порушують соціальну активність хворого;
- 6) вегетативні симптоми;

Переважно нав'язливі думки або міркування (F.42.0)

Клінічні діагностичні критерії:

- 1) наявність нав'язливих думок на протязі 2 тижнів і більше;
- 2) нав'язливі думки і дії є джерелом дистресу і порушення активності;
- 3) стійкі думки, ідеї, міркування, що суб'єктивно сприймаються як нав'язливі та безглузді;

4) тяжкість сприйняття думок, внаслідок агресивності, непристойності, або безглуздості;

5) розуміння, що ці думки є власними;

6) незалежно від змісту думок, неприємність їх для хворого незалежність від їх захисту;

7) ігнорування або нейтралізація думок неможливі;

Переважно компульсивні дії (F.42.1)

Клінічні діагностичні критерії:

1) потяги до компульсивних дій інтенсивно заповнюють свідомість хворих;

2) нав'язливі дії мають стереотипний вигляд і здійснюються за певними правилами;

3) зберігається розуміння неадекватності і нерозумності поведінки;

4) нав'язливі дії заважають професійній діяльності та соціальній активності хворого і суб'єктивно неприємні;

Патопсихологічні діагностичні критерії:

1) наявність підвищеного рівня тривожності;

2) особистісні радикали психастеноїдного або тривожного типів.

Змішані obsесивні думки та дії (F.42.2)

Клінічні діагностичні критерії:

1) сполучення нав'язливих думок і дій;

Патопсихологічні діагностичні критерії:

1) підвищений рівень тривожності;

2) особистісні радикали психастеноїдного або тривожного типів.

РЕАКЦІЯ НА ВАЖКИЙ СТРЕС І ПОРУШЕННЯ АДАПТАЦІЇ (F.43)

Гостра реакція на стрес (F.43.0)

Клінічні діагностичні критерії:

- 1) наявність незвичайного емоційно-стресорного фактору;
- 2) швидкий початок безпосередньо після стресорної події;
- 3) ініціальний стан оглушення; звужений об'єм уваги, тривога, гнів, відчай, безпосередність, надмірне горе;
- 4) присутність вегетативних симптомів;
- 5) часткова амнезія епізоду.
- 6) швидке припинення після усунення стресових обставин;

Патопсихологічні діагностичні критерії – наявність «конфліктогенної» зони в мікро- або макросоціальному оточенні:

Посттравматичний стресовий розлад (F.43.1)

Клінічні діагностичні критерії:

- 1) наявність стресової події катастрофічного рівня;
- 2) нав'язливі спогади (ремінісценції) про подію, у тому числі раптові (флешбеки), нав'язливі сновидіння;
- 3) уникнення обставин, які асоціюються із стресорною подією;
- 4) емоційна відчуженість, зникнення соціальної активності;
- 5) гострі спалахи страху, паніки або агресії, що провокуються несподіваними спогадами про стресорну подію;
- 6) вегетативні розлади;
- 7) початок від 2 до 6 місяців після стресорної події.

Патопсихологічні діагностичні критерії відповідають гострій реакції на стрес (F.43.0).

Розлади адаптації (F.43.2)

Клінічні діагностичні критерії:

- 1) розвиток протягом 1 місяця після стресової події або зміни в житті;
- 2) зв'язок симптоматики зі стресовою подією;
- 3) тривалість рідко більше 6 місяців.

4) короткочасна депресивна реакція – транзиторний легкий депресивний стан не триваліше 1 місяця (F.43.20);

5) пролонгована депресивна реакція – легкий депресивний стан тривалістю не більше 2 років (F.43.21);

6) змішана тривожна і депресивна реакція – сполучення чітких тривожних і депресивних симптомів (F.43.22);

7) з переважанням емоційних порушень (F.43.23);

8) з переважанням порушень поведінки (F.43.24);

9) змішаний розлад емоцій і поведінки (F.43.25);

10) інші реакції на важкий стрес (F.43.8);

11) реакція на важкий стрес, не уточнена (F.43.9).

Патопсихологічні діагностичні критерії відповідають F.43.0.

ДИСОЦІАТИВНІ (КОНВЕРСІЙНІ) РОЗЛАДИ (F.44)

Загальні критерії.

1. Відсутність відповідного соматичного ураження.
2. Зв'язок із психогенними факторами.

Дисоціативна амнезія (F.44.0)

Клінічні діагностичні критерії:

- 1) задовольняються загальні критерії;
- 2) тотальна або вибіркова амнезія що до психотравмуючої ситуації;
- 3) збережена спроможність до сприйняття нової інформації;
- 4) суб'єктивна усвідомленість розладів пам'яті;
- 5) ундулюючий обсяг амнезії.

Патопсихологічні діагностичні критерії:

- 1) зниження рівня свідомого контролю;
- 2) емоційна дезорганізація.

Дисоціативна фуга (F.44.1)

Клінічні діагностичні критерії:

- 1) задовольняються загальні критерії;
- 2) раптова, несподівана втеча з помешкання, з роботи, громадського закладу тощо;
- 3) подорож із зовнішньо цілеспрямованою поведінкою;
- 4) порушення самоусвідомлення і амнезія колишнього життя;
- 5) тотальна або парціальна амнезія епізоду.

Патопсихологічні діагностичні критерії відповідають F.44.0.

Дисоціативний ступор (F.44.2)

Клінічні діагностичні критерії:

- 1) задовольняються загальні критерії;
- 1) гостра психічна і рухова загальмованість до ступеню повної нерухомості;
- 3) відсутність соматичного або неврологічного захворювання.

Патопсихологічні діагностичні критерії відповідають F.44.0.

Транси і стани оволодіння (F.44.3)

Клінічні діагностичні критерії:

- 1) задовольняються загальні критерії;
- 2) втрата особистісної аутоідентифікації;
- 3) не повне усвідомлення навколишнього середовища або оточення;
- 4) відсутність соматичного або неврологічного захворювання.

Патопсихологічні діагностичні критерії відповідають F.44.0.

Дисоціативні розлади моторики (F.44.4)

Клінічні діагностичні критерії:

- 1) задовольняються загальні критерії;

2) втрата спроможності до руху кінцівок до ступеню парезу або плегії, найчастіше за моно- або паратипом;

3) координаторно-атактичні порушення;

4) відсутність соматичного або неврологічного захворювання.

Патопсихологічні діагностичні критерії відповідають F.44.0.

Дисоціативні судоми (F.44.5)

Клінічні діагностичні критерії:

1) задовольняються загальні критерії;

2) у хворого виникають спастичні рухи, які імітують розгорнуті епілептичні судоми;

3) відсутні втрата свідомості, прикус язика, мимовільне сечовиділення;

4) відсутність соматичного або неврологічного захворювання;

Патопсихологічні діагностичні критерії відповідають F.44.0.

Дисоціативна анестезія і втрата чуттєвого сприйняття (F.44.6)

Клінічні діагностичні критерії:

1) задовольняються загальні критерії;

2) зони шкірної анестезії мають межі, що відображають уявлення хворого, а не дійсну іннервацію;

3) втрата гостроти зору, його загальної неясності або звуження поля зорового сприйняття, рідше розлади слуху і нюху;

4) відсутність соматичного або неврологічного захворювання;

Патопсихологічні діагностичні критерії відповідають F.44.0.

Інші дисоціативні (конверсійні) розлади (F.44.8)

Клінічні діагностичні критерії:

1) задовольняються загальні критерії;

2) невпевнена орієнтація у дійсності, порушення зв'язку із зовнішнім світом;

- 3) зосередженість на вузькому, ізольованому колі уявлень;
- 4) синдром Ганзера
- 5) полярність емоційного стану;
- 6) можуть виникати галюцинації, переважно зорові, сценоподібні, жахливого характеру (характерно для синдрому Ганзера);
- 7) перебільшено безглузді відповіді на звичайні питання (мимоговоріння та неправильні дії) (характерно для синдрому Ганзера);
- 8) тривалість від декількох днів до тижня (характерно для синдрому Ганзера);
- 9) амнезія періоду сутінкового стану свідомості (характерно для синдрому Ганзера);
- 10) спостерігається більш, ніж один стан особистості (характерно для розладу множинної особистості);
- 11) значне зниження або селективне фокусування спроможності відповідати на зовнішні подразники.

Патопсихологічні діагностичні критерії відповідають F.44.0.

СОМАТОФОРМНІ РОЗЛАДИ (F.45)

Соматизований розлад (F.45.0)

Клінічні діагностичні критерії:

- 1) наявність протягом не менше 2 років безпідставних множинних соматичних скарг;
- 2) наявність безпідставних ідей про існування важких соматичних захворювань;
- 3) неможливість раціонального переконання пацієнта у відсутності соматичної хвороби;
- 4) відсутність даних про відповідне морфофункціональне органічне системне порушення;
- 5) певний ступінь демонстративної поведінки;

Патопсихологічні діагностичні критерії:

- 1) наявність психогенно-конфліктогенної ситуації;
- 2) емоційна нестійкість.

Іпохондричний розлад (F.45.2)

Клінічні діагностичні критерії:

- 1) безпідставні ідеї про існування важкого соматичного захворювання;
- 2) безпідставні варіабельні соматичні скарги;
- 3) неможливість раціонального переконання пацієнта у відсутності соматичної хвороби;
- 4) звичайні відчуття інтерпретуються хворим як докази патологічного процесу;
- 5) гіпотимний емоційний фон;
- 6) самостійне формулювання діагнозу.

Патопсихологічні діагностичні критерії:

- 1) психогенно-конфліктогенні ситуації;
- 2) емоційна нестабільність.

Соматоформна вегетативна дисфункція (F.45.3)

Клінічні діагностичні критерії:

- 1) суб'єктивні скарги стосуються певного органа або системи;
- 2) вегетативні симптоми, такі як серцебиття, пітливість, сухість у роті, тремор, почервоніння мають хронічний характер;
- 3) неможливість раціонального переконання пацієнта у відсутності соматичної хвороби;
- 4) наявність психоемоційного стресорного фактору;

Патопсихологічні діагностичні критерії:

- 1) психогенно-конфліктогенні ситуації;
- 2) емоційна нестабільність.

Діагноз може бути уточнений п'ятим знаком в залежності від скарг, які вказують на певний орган чи систему:

- **Соматоформна вегетативна дисфункція серця та серцево-судинної системи (F.45.30);**
- **Соматоформна вегетативна дисфункція верхнього відділу шлунково-кишкового тракту (F.45.31);**
- **Соматоформна вегетативна дисфункція нижнього відділу шлунково-кишкового тракту (F.45.32);**
- **Соматоформна вегетативна дисфункція дихальної системи (F.45.33);**
- **Соматоформна вегетативна дисфункція сечовивідної системи (F.45.34);**
- **Соматоформна вегетативна дисфункція інших органів та систем (F.45.38);**

Хронічний соматичний больовий розлад (F.45.4)

Клінічні діагностичні критерії:

- 1) скарги на безпідставний жорстокий біль у якійсь частині тіла;
- 2) вегетативні симптоми, такі як серцебиття, пітливість, сухість у роті, тремор, почервоніння мають хронічний характер;
- 3) неможливість раціонального переконання пацієнта у відсутності соматичної хвороби;
- 4) наявність психоемоційного стресорного фактору;

Патопсихологічні діагностичні критерії:

- 1) психогенно-конфліктогенні ситуації;
- 2) емоційна нестабільність.

ІНШІ НЕВРОТИЧНІ РОЗЛАДИ (F.48)

Неврастенія (F.48.0)

Клінічні діагностичні критерії:

1) постійна слабкість, підвищена стомлюваність і виснаження після мінімальних зусиль;

2) дратівливість;

3) головний біль;

4) м'язовий біль;

5) запаморочення;

6) порушення сну;

7) вегетативні розлади.

Патопсихологічні діагностичні критерії:

1) психогенно-конфліктогенні ситуації;

2) емоційна нестабільність.

Синдром деперсоналізації-дереалізації невротичної (F.48.1)

Клінічні діагностичні критерії:

1) симптоми деперсоналізації:

2) симптоми дереалізації:

3) збереження критичного відношення;

4) відсутність порушень свідомості.

Патопсихологічні діагностичні критерії – наявність високого рівня виснаженості за гіперстенічним типом.

Інші специфічні невротичні розлади (F.48.8)

Клінічні діагностичні критерії:

1) клінічні прояви цього розладу носять специфічний характер і пов'язані з етнічно-культуральними особливостями.

Патопсихологічні діагностичні критерії – наявність інтрапсихічного конфлікту невротичного типу:

ПОВЕДІНКОВІ СИНДРОМИ, ЯКІ ПОВ'ЯЗАНІ З ФІЗІОЛОГІЧНИМИ ПОРУШЕННЯМИ ТА ФІЗИЧНИМИ ФАКТОРАМИ (F 50 – 59)

РОЗЛАДИ ПРИЙОМУ ЇЖИ (F.50)

Нервова анорексія (F.50.0)

Клінічні діагностичні критерії:

- 1) надцінна ідея надлишкової маси тіла;
- 2) страх перед появою надлишкової маси тіла;
- 3) відмова приймати їжу у звичайних умовах;
- 4) штучні дієти;
- 5) штучне визивання блювоти;
- 6) прийом проносних і діуретиків;
- 7) надмірні фізичні вправи;
- 8) зниження лібідо;
- 9) гіпотимний емоційний стан;
- 10) початкові кахектичні ознаки, змінювання метаболізму;

Патопсихологічні діагностичні критерії – нестабільність емоційної сфери, переважання емоцій негативного спектру:

Нервова булімія (F.50.2)

Клінічні діагностичні критерії:

- 1) компульсивний потяг до їжі, постійні думки про неї;
- 2) неможливість утриматися від переїдання;
- 3) намагання боротися з надмірною вагою за допомогою:
 - 3.1) блювоти;
 - 3.2) проносних засобів;
 - 3.3) періодів навмисного голодування;
 - 3.4) засобів, які зменшують апетит, тиреоїдних препаратів, діуретиків, кофеїнових похідних, тощо;
 - 3.5) фізичні навантаження;

- 4) побоювання надмірної ваги;
- 5) відчуття провини, самозвинувачення;
- 6) збереження сексуальної активності, лібідо.

Патопсихологічні діагностичні критерії – нестабільність емоційної сфери, переважання емоцій негативного спектру:

Переїдання (F 50.4)

Клінічні діагностичні критерії:

- 1) пов'язаність з емоційно-стресорним фактором;
- 2) психологічна обумовленість харчової залежності.
- 3) прояви афективних розладів – тривога, занепокоєння, дратівливість, гіпотімія;

Патопсихологічні діагностичні критерії – нестабільність емоційної сфери, переважання емоцій негативного спектру:

Блювота, що поєднується з іншими психологічними порушеннями (F.50.5)

Клінічні діагностичні критерії:

- 1) пов'язаність з емоційно-стресорним фактором;
- 3) відсутність нудоти;
- 4) збережений або навіть підвищений апетит;

Патопсихологічні діагностичні критерії – нестабільність емоційної сфери, переважання емоцій негативного спектру:

РОЗЛАД СНУ НЕОРГАНІЧНОЇ ПРИРОДИ (F.51)

Безсоння неорганічної природи (F.51.0)

Клінічні діагностичні критерії:

- 1) утрудненість засинання;
- 2) поверховий, чуйний, тривожний сон;
- 3) незадовільність якістю сну;

- 4) почуття напруженості, тривоги перед сном;
- 5) порушення сну відзначається мінімум три рази на тиждень протягом 1 місяця;

б) розлад сну перешкоджає соціальному і професійному функціонуванню.

Патопсихологічні діагностичні критерії:

- 1) нестабільність емоційної сфери, переважання емоцій негативного спектру:
- 2) наявність астеничних порушень і змін пізнавальних процесів.

Сноходіння (сомнамбулізм) (F.51.3)

Клінічні діагностичні критерії:

- 1) хворий піднімається з ліжка і ходить не прокидаючись;
- 2) неможливість контакту з хворим;
- 3) амнезія епізоду після пробудження;
- 4) ризик травматизму;
- 5) найчастіше у дитячому і підлітковому віці;
- 6) відсутні дані про органічні ураження мозку.

Патопсихологічні діагностичні критерії:

- 1) нестабільність емоційної сфери, переважання емоцій негативного спектру:
- 2) наявність астеничних порушень і змін пізнавальних процесів.

Страхи під час сну (нічні страхи) (F.51.4)

Клінічні діагностичні критерії:

- 1) прокидання у панічному стані;
- 2) дезорієнтування та персеверації;
- 3) психомоторне збудження;
- 4) спроби заспокоїти посилюють страх;
- 5) спогади амнезуються при пробудженні;
- 6) ризик травмування;

- 7) вегетативна гіперактивність;
- 8) відсутні соматично-неврологічні розлади.

Патопсихологічні діагностичні критерії:

- 1) нестабільність емоційної сфери, переважання емоцій негативного спектру;
- 2) наявність астеничних порушень і змін пізнавальних процесів.

Кошмари (F.51.5)

Клінічні діагностичні критерії:

- 1) сновидіння сценподібні, деталізовані, за змістом містять погрожуючі життю, безпеці соціального престижу хворого;
- 2) сюжети сновидінь, які часто повторюються;
- 3) ознаки вегетативної лабільності;
- 5) нормальний рівень свідомості і орієнтування після пробудження;

Патопсихологічні діагностичні критерії:

- 1) нестабільність емоційної сфери, переважання емоцій негативного спектру;
- 2) наявність астеничних порушень і змін пізнавальних процесів.

СЕКСУАЛЬНІ РОЗЛАДИ, НЕ ОБУМОВЛЕНІ ОРГАНІЧНИМИ УРАЖЕННЯМИ АБО ХВОРОБАМИ (F.52)

Загальні критерії:

1. Неспроможність статевого акту за суб'єктивним бажанням.
2. Нестабільність статевої дисфункції.
3. Перебіг 6 місяців і більше.
4. Дисфункція не є внаслідок психічного або соматичного захворювання.

Відсутність або втрата статевого потягу (F.52.0)

Клінічні діагностичні критерії:

- 1) виконуються загальні критерії;

- 2) відсутність статевого потягу;
- 3) тривога;
- 4) зниження рівня статевої активності;

Патопсихологічні діагностичні критерії:

- 1) наявність «конфліктогенної зони» у сфері сексуальних відносин – проєктивні методики (проєкція конфліктної зони в проєктивній продукції);
- 2) нестабільність емоційної сфери, переважання емоцій негативного спектру.

Сексуальна відраза і відсутність сексуального задоволення (F.52.1)

Клінічні діагностичні критерії:

- 1) виконуються загальні критерії;
- 2) страх перед статевим актом;
- 3) тривога;
- 4) бажання ухилитися від статевої активності, фізична ворожість до партнера;
- 5) вегетативні розлади;
- 6) відсутність порушень сечостатевої системи;
- 7) порушення соціальної, міжособистісної або сімейної адаптації;

Патопсихологічні діагностичні критерії:

- 1) наявність «конфліктогенної зони» у сфері сексуальних відносин – проєктивні методики (проєкція конфліктної зони в проєктивній продукції);
- 2) нестабільність емоційної сфери, переважання емоцій негативного спектру.

Відсутність генітальної реакції (F.52.2)

Клінічні діагностичні критерії:

- 1) виконуються загальні критерії;
- 2) еректильна дисфункція у чоловіків, відсутність lubricації у жінок;
- 3) наявність психогенного чинника;

- 4) ослаблення сексуально-поведінкового компоненту;
- 5) фізіологічний компонент збережений, але ослаблена психічна складова;

Патопсихологічні діагностичні критерії:

- 1) наявність «конфліктогенної зони» у сфері сексуальних відносин – проєктивні методики (проєкція конфліктної зони в проєктивній продукції);
- 2) нестабільність емоційної сфери, переважання емоцій негативного спектру.

Оргазмічна дисфункція (F.52.3)

Клінічні діагностичні критерії:

- 1) виконуються загальні критерії;
- 2) ситуаційно-психогенне походження;
- 3) у чоловіків еякуляція при статевому акті досягається з великими зусиллями або не досягається взагалі, у жінок оргазми спостерігаються тільки в певних умовах.

Патопсихологічні діагностичні критерії:

- 1) наявність «конфліктогенної зони» у сфері сексуальних відносин – проєктивні методики (проєкція конфліктної зони в проєктивній продукції);
- 2) нестабільність емоційної сфери, переважання емоцій негативного спектру.

Передчасна еякуляція (F.52.4)

Клінічні діагностичні критерії:

- 1) виконуються загальні критерії;
- 2) неспроможність затримувати еякуляцію на час, потрібний для досягнення партнером оргазму;
- 3) може наступати перед введенням статевого члена в піхву;

Патопсихологічні діагностичні критерії:

- 1) наявність «конфліктогенної зони» у сфері сексуальних відносин – проєктивні методики (проєкція конфліктної зони в проєктивній продукції);
- 2) нестабільність емоційної сфери, переважання емоцій негативного спектру.

Вагінізм неорганічної природи (F.52.6)

Клінічні діагностичні критерії:

- 1) виконуються загальні критерії;
- 2) спастична реакція м'язів піхви при спробі статевого акту;
- 3) сексуальна травма в анамнезі;
- 4) частіше страждають жінки з високим рівнем освіти та соціального статусу, або із суворим релігійним вихованням, відповідно до якого секс вважається гріхом;
- 5) з емоційно неприємним статевим партнером;

Патопсихологічні діагностичні критерії:

- 1) наявність «конфліктогенної зони» у сфері сексуальних відносин – проєктивні методики (проєкція конфліктної зони в проєктивній продукції);
- 2) нестабільність емоційної сфери, переважання емоцій негативного спектру.

Диспарейя неорганічної природи (F.52.6)

Клінічні діагностичні критерії:

- 1) виконуються загальні критерії;
- 1) біль під час статевого акту;
- 2) немає ознак вагінізму;
- 3) обтяжений сексологічний анамнез (згвалтування, інцест тощо);

Патопсихологічні діагностичні критерії:

- 1) наявність «конфліктогенної зони» у сфері сексуальних відносин;
- 2) нестабільність емоційної сфери, переважання емоцій негативного спектру

Підвищений статевий потяг (F.52.7)

Клінічні діагностичні критерії:

- 1) у чоловіків – сатіріазіс:
 - 1.1) ювенільна гіперсексуальність;
 - 1.2) після ситуаційно змушеної статевої помірності;
 - 1.3) особливості статевої конституції.
- 2) у жінок – німфоманія:
 - 2.1) ситуаційно обумовлена;
 - 2.2) як ознака особистісної акцентуації
 - 2.3) особливості статевої конституції.

Патопсихологічні діагностичні критерії:

- 1) наявність «конфліктогенної зони» у сфері сексуальних відносин;
- 2) нестабільність емоційної сфери, переважання емоцій негативного спектру.

ПСИХІЧНІ І ПОВЕДІНКОВІ РОЗЛАДИ, ПОВ'ЯЗАНІ З ПІСЛЯПОЛОГОВИМ ПЕРІОДОМ, ЩО НЕ КЛАСИФІКУЮТЬСЯ В ІНШИХ РОЗДІЛАХ (F.53)

Легкі психічні і поведінкові розлади, пов'язані із післяпологовим періодом, що не класифікуються в інших розділах (F.53.0)

Клінічні діагностичні критерії:

- 1) ажитований розпач;
- 2) фрагментарне марення захворювання дитини, особливого відношення або переслідування;
- 3) компульсивні дії, спроби втечі.
- 4) тривожно-гужливий настрій, безпідставні страхи;
- 5) дисомнічні розлади;

Патопсихологічні діагностичні критерії:

- 1) зниження рівня загальної розумової працездатності внаслідок виражених проявів – методики дослідження рівня продуктивності пізнавальних процесів;
- 2) підвищена реактивність у сфері мікросоціальних відносин.

Важкі психічні і поведінкові розлади, пов'язані з післяпологовим періодом і не кваліфіковані в інших розділах (F.53.1)

Клінічні діагностичні критерії:

- 1) потьмарення свідомості з порушення орієнтування у часі, місті, своїй особистості;
- 2) психомоторне звуження;
- 3) інкогерентність мислення;
- 4) розгубленість;
- 5) марення;
- 6) амнезія психотичного епізоду.

Патопсихологічні діагностичні критерії – наявність феномену емоційної дезорганізації діяльності.

ЗЛОВЖИВАННЯ РЕЧОВИНАМИ, ЩО НЕ СПРИЧИНЯЮТЬ ЗАЛЕЖНОСТІ (F.55)

Загальні критерії:

1. Безпідставне вживання речовин.

Зловживання антидепресантами (F.55.0)

Клінічні діагностичні критерії:

- 1) безпідставне вживання речовин;
- 2) відсутність медичних показань для застосування цих препаратів;
- 3) вегетативні порушення;
- 4) переконаність у неможливості скасування препарату;

- 5) астеничні прояви;
- 6) тривале вживання;
- 7) незважаючи на певну шкоду для фізичного і соціального функціонування організму і усвідомлення цього.

Патопсихологічні діагностичні критерії – наявність зниженого рівня успішності особистісного або психосоціального функціонування.

ЗАДАЧІ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ В КЛІНІЦІ СОМАТИЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

Експериментально-психологічне дослідження дозволяє виявити особистісні особливості в структурі нервово-психічних розладів у хворих на соматичні захворювання, встановити психологічний аспект порушень механізмів компенсації, оцінити особистість хворого і систему його значущих відносин.

Використовується воно і для одержання додаткових даних про захворювання, а також для діагностики, характеристики плинності і визначення результату захворювання.

Експериментально-психологічне дослідження в ряді випадків може мати також велике значення для розпізнавання захворювань. Дані його при діагностичних утрудненнях нерідко є істотним моментом у тій системі клінічних факторів, що повинна бути основою диференційно-діагностичного висновку.

Якщо клініцист не випустить з уваги задачу уловити у своєму дослідженні дійсно всі зміни в психіці хворого, обумовлені хворобою, він не може не підкріпити свої клінічні спостереження експериментально-психологічним дослідженням психічних процесів.

Говорячи про діагностичне значення матеріалів, які одержують при психологічному дослідженні, ми неминуче зіштовхуємося з питанням про їхню специфічність.

Вони, як і матеріали клініко-психопатологічного дослідження, здобувають специфічність лише в складній системі клінічних факторів.

Ретельно проведене психологічне дослідження нерідко виявляє справжню і відкидає вдавану характерність деяких з отриманих матеріалів.

У експериментально-психологічному дослідженні можливо варіювати, змінювати певною мірою умови, у яких протікає діяльність. Змінюючи умови, можливо досліджувати їхній вплив на цю діяльність, на особистість у цілому. Експеримент можна повторювати, переконуючись, завдяки цьому, у стійкості одержуваних результатів.

В експерименті досягається можливість об'єктивної реєстрації отриманих результатів, що дуже цінно, особливо при повторних дослідженнях, де необхідно точно і послідовно співставляти дані, отримані в різні періоди хвороби і лікування.

Експериментально-психологічне дослідження повинно ставити перед собою задачу не тільки розкрити і піддати аналізу порушення психіки, але й одночасно визначити, де це необхідно, рівень збереження психіки.

Найважливішим для інтерпретації даних про стан окремих сторін психічної діяльності і можливості компенсації виявлених порушень, і особливо в зв'язку з задачами реабілітації, є визначення рівня збереження особистості хворого і структури його змін.

У цьому плані можуть бути виділені кілька аспектів дослідження.

Першорядна роль належить оцінці змін емоційно-вольової сфери і, звичайно тісно зв'язаних з ними, динамічних і якісних особливостей особистості, що виявляються в ступені її гармонійності, активності.

Експериментально-психологічні методи використовуються в клініці також для поглибленого аналізу психічних процесів і причин, механізмів їхніх змін. Наприклад, на підставі клінічного спостереження можна встановити наявність у хворого психотравми, але тільки психологічне дослідження допоможе встановити які її причини, чи маються зміни інтра- і інтерперсонального характеру, який прогноз виходу з невротичного стану, чи маються зміни інших психічних сфер.

Зрозуміло, можливості експериментального дослідження, в силу його структурованості, твердої регламентації процедури як власне дослідження, так і обробки отриманих результатів, у багатьох відносинах більш обмежені, ніж можливості клінічного спостереження і бесід із хворими. Але, з іншого боку, експериментальне дослідження має такі можливості, які при звичайному клінічному дослідженні відсутні. Експериментально-психологічні методи дозволяють піддати розгляду й аналізу форми діяльності хворого, які поза експеримен-

том лікар не має можливості спостерігати, а тим більше вивчати, але які можуть істотно характеризувати психіку хворого.

Звичайно, як саме дослідження, так і аналіз матеріалів і складання висновку в більшій мірі визначаються особистісними завданнями, які ставить перед собою дослідник: допомога в діагностиці, оцінка стану хворого, виявлення динаміки синдрому, патогенетичні питання.

Певною мірою результати експериментально-психологічного дослідження можуть бути корисними і для вибору тактики наступної психотерапевтичної корекції, тому що характеризують особливості контакту з хворим, його відношення до ситуації експерименту, ступінь розуміння ролі власних помилок у виникненні конфліктних ситуацій, які сприяли розвитку невротичного стану, інтерес до спільного обговорення його проблем.

Варто вказати, що і сам по собі психологічний експеримент може мати психотерапевтичне значення. Так при повторному дослідженні хворих з депресивними станами, лікар змінюючи завдання формує у пацієнта відчуття, що він може вирішувати поставлені перед ним задачі, робить йому емоційну підтримку і коригує знижений рівень домагань.

Особливо зростає психотерапевтичне значення експериментально-психологічного дослідження при повторенні його в процесі лікування. Встановлення кореляції між поліпшенням самопочуття хворого, позитивними зрушеннями “внутрішньої картини хвороби” і покращеними показниками психічної діяльності, які об’єктивно реєструються, сприяє підвищенню психічного тону хворих і впевненості у видужанні.

Зрозуміло, це вимагає особливої психотерапевтичної побудови експериментів, що методично відрізняється від дослідження, проведеного в діагностично-експертних цілях.

Однак, у будь-якому випадку психологічний експеримент повинний бути таким, що щадить, тому що хворі без грубих розладів мислення оцінюють дослідження як перевірку їхніх інтелектуальних можливостей, і це не може їх не хвилювати.

УМОВИ ПРОВЕДЕННЯ ЕКСПЕРИМЕНТУ

Проводити психологічне дослідження повинний кваліфікований фахівець: психолог, лікар, що пройшов підготовку з медичної психології. Якщо в процесі психологічного дослідження використовуються прості стандартні опитувальники і не потрібний глибокий аналіз поведінки обслідуваного в процесі експерименту, проведення опитування може бути доручено спеціально підготовленому середньому медичному працівнику.

Перед дослідженням експериментатор повинний встановити безпосередній контакт із хворим, настроювати його до себе. Звичайно бесіду починають з уточнення паспортних даних: прізвища, імені, по батькові обслідуваного, його віку, професії, походження. Цікавляться чи живі батьки, з'ясовують наявність братів, сестер, яким дитиною в родині народився хворий, розпитують його про родину, дітей.

Під час такої бесіди експериментатор може зробити висновки про відношення обслідуваного до дослідження, чи охоче хворий вступає в контакт, наскільки він вільний у реакціях, розкутий чи навпроти напружений, збуджений, гіперактивний, чи маються виражені емоційні прояви: сльози, сміх, чи навпроти, чи відзначається емоційна невиразність, чи виражені вегетативні реакції.

Після збору необхідних анамнестичних даних варто дати інструкцію щодо наступного експерименту. Як правило, інструкція дається усно, однак при проведенні деяких досліджень інструкція може бути пред'явлена й у письмовій формі. Перед початком дослідження експериментатор повинний бути твердо впевнений у тому, що обслідуваний зрозумів інструкцію.

Для більшої вірогідності відповідей і досягнення достатньої мотивації, обслідуваного попереджають, що результати дослідження нікому, крім лікаря, не будуть відомі і допоможуть у лікуванні.

Обробка результатів психологічного дослідження повинна проводитися строго відповідно до інструкції із застосування даного методу дослідження. Після обробки результатів проводиться їхня інтерпретація з урахуванням завдань, поставлених експериментатором, і складається висновок експериментально-психологічного дослідження.

МЕТОДИКИ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ СОМАТИЧНО ХВОРИХ

При виборі комплексу методик, які можуть бути використані для дослідження соматичних хворих, повинні бути враховані наступні принципи:

1. Відносна простота використовуваних методик;
2. Швидкість їхнього проведення;
3. Повнота вивчення досліджуваного явища;
4. Взаємна доповнюваність використовуваних методик;
5. Висока сумарна валідність;
6. Достатня чутливість до зміни явищ, які спостерігаються, у здорових і хворих, а також до зміни показників протягом лікування.

Безумовно головною задачею експериментально-психологічного дослідження соматичних хворих є вивчення їх “внутрішньої картини хвороби”, її гносеологічного й емоційного компонентів.

Причому, якщо перший являє собою особистий висновок хворого, продукт його логічної переробки інформації про хворобу, отриманої з різних джерел, то другий - виявляється емоційними реакціями страху і тривоги.

Звідси випливає необхідність вивчення і власне відносини до хвороби, і самооцінки хворими значущості впливу захворювання на їхній соціальний статус, а також стан емоційної сфери хворих, його зміни у процесі захворювання.

Для вивчення оцінки хворими свого самопочуття, активності і настрою ми рекомендуємо використовувати **тест диференціальної самооцінки функціонального стану (САН)**, побудований на принципах полярних профілів Осгуд Ч. (Доскін В. А. та ін., 1975), для визначення рівня тривожності, як власності психіки і стану хворих – **шкалу особистісної і реактивної тривожності Спілбергера (Spielberger С. D.)**, адаптовану Ханіним Ю. Л. (1978), для визначення рівня нейротизму, а також показників екстра- та інтраверсії – **особистісний опитувальник Айзенка (Eysenck Н. J., 1964)**.

Для визначення особливостей реагування хворих на захворювання ми рекомендуємо **особистісний опитувальник Бехтерєвського інституту – «ЛОБІ»** (Лічко А. Є., 1983; Вассерман Л. І. та ін., 1987) у сполученні з розробленим нами **опитувальником для вивчення самооцінки соціальної значущості хвороби** (Сердюк О. І., 1994).

З огляду на те, що для вибору тактики психотерапевтичної корекції і реабілітації соматичних хворих істотно значення має якісна характеристика психотравмуючих ситуацій, які призвели до виникнення невротичних станів, ми рекомендуємо використовувати адаптовану в ЛНДПНІ ім. В. М. Бехтерєва **методику незакінчених речень Сакс-Сіднея (Sacks J. M., Sidney S.)**, модифіковану нами для соматичних хворих.

Оскільки в результаті тривалого соматичного захворювання, як правило відзначається астенізація особистості, що знаходить вираження в зміні психічних процесів, і зокрема - активної уваги, ми рекомендуємо використовувати для якісної і кількісної оцінки працездатності (виснажливості і стомлюваності) хворих **методику рахунку за Крепеліном (Kraepelin E.) у модифікації Шульте (Schulte R.)**.

Зазначені методики не тільки відповідають наведеним вище вимогам, але і при дворазовому використанні (до і після лікування) зручні для об'єктивізації ефективності психотерапії.

Всі експериментально-психологічні методики за простотою застосування, обробки даних і їх інтерпретації можна розподілити на дві групи: скринінгові методи та методи поглибленого дослідження.

СКРИНІНГОВІ МЕТОДИ

1. Тест диференціальної самооцінки функціонального стану (САН).

Досліджуваному дається наступна інструкція: Перед Вами два ряди слів, що представляють ті чи інші особливості психічного стану. Кожна ознака має два протилежних полюси. Вам необхідно критично оцінити свій стан у даний момент. Для цього виберіть полюс, до якого Ви відносите свій стан. Чим ближче до полюсу Ви закреслите цифру, тим більше дана якість у Вас виражена в даний момент.

«3» – закреслюйте в тому випадку, якщо воно виражена сильно;

«2» – якщо виражена помірно;

«1» – якщо виражена в найменшому ступені;

«0» – невизначене положення, коли Ви не можете вирішити – до якого полюса віднести свій стан.

Над відповідями довго не роздумуйте. Відповідати потрібно швидко.

Майте на увазі, що в кожному рядку повинна бути закреслена тільки одна цифра!

Тест диференціальної самооцінки функціонального стану (САН)

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Самопочуття гарне	3	2	1	0	1	2	3	Самопочуття погане
Почуваю себе сильним	3	2	1	0	1	2	3	Почуваю себе слабким
Пасивний	3	2	1	0	1	2	3	Активний
Малорухомий	3	2	1	0	1	2	3	Рухливий
Веселий	3	2	1	0	1	2	3	Смутний
Гарний настрої	3	2	1	0	1	2	3	Поганий настрої
Працездатний	3	2	1	0	1	2	3	Розбитий
Повний сил	3	2	1	0	1	2	3	Знесилений
Повільний	3	2	1	0	1	2	3	Швидкий

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Бездіяльний	3	2	1	0	1	2	3	Діяльний
Щасливий	3	2	1	0	1	2	3	Нещасливий
Життєрадісний	3	2	1	0	1	2	3	Похмурий
Напружений	3	2	1	0	1	2	3	Розслаблений
Здоровий	3	2	1	0	1	2	3	Хворий
Безпорадний	3	2	1	0	1	2	3	Захоплений
Байдужий	3	2	1	0	1	2	3	Схвильований
Піднесений	3	2	1	0	1	2	3	Засмучений
Радісний	3	2	1	0	1	2	3	Сумний
Відпочилий	3	2	1	0	1	2	3	Втомлений
Свіжий	3	2	1	0	1	2	3	Виснажений
Сонливий	3	2	1	0	1	2	3	Збуджений
Бажання відпочити	3	2	1	0	1	2	3	Бажання працювати
Спокійний	3	2	1	0	1	2	3	Заклопотаний
Оптимістичний	3	2	1	0	1	2	3	Песимістичний
Витривалий	3	2	1	0	1	2	3	Виснажливий
Бадьорий	3	2	1	0	1	2	3	Млявий
Міркувати важко	3	2	1	0	1	2	3	Міркувати легко
Розсіяний	3	2	1	0	1	2	3	Уважний
Повний надій	3	2	1	0	1	2	3	Розчарований
Задоволений	3	2	1	0	1	2	3	Незадоволений

Опитувальник складається з 30 рядків, у кожному з яких представлені два полярних твердження, з них 10 рядків характеризують самопочуття обслідуваного (1, 2, 7, 8, 13, 14, 19, 20, 25, 26); 10 – активність (3, 4, 9, 10, 15, 16, 21, 22, 27, 28); 10 – настрої (5, 6, 11, 12, 17, 18, 23, 24, 29, 30).

Рядки згруповані попарно: 1, 2 – самопочуття (С); 3, 4 – активність (А), 5, 6 – настрої (Н), і т.д.

Обчислення показників самопочуття, активності і настрою здійснюється в такий спосіб:

Спочатку необхідно перевести закреслені цифри у відповідні їм оціночні бали.

Для показників самопочуття і настрою вони шифруються за шаблоном № 1:

цифри опитувальника -	3	2	1	0	1	2	3
відповідні ним бали -	7	6	5	4	3	2	1

Для показника активності – за шаблоном № 2:

цифри опитувальника -	3	2	1	0	1	2	3
відповідні ним бали -	1	2	3	4	5	6	7

Після переведення закреслених цифр в оціночні бали за кожним показником підраховується сума балів і поділяється на число отриманих відповідей (закреслених цифр), що і представляє собою власне показник самопочуття, активності чи настрою.

Показники самопочуття нижче 5,4 бали, активності – нижче 5,0 бала, настрою – нижче 5,1 бала розцінюються як низькі (нижче норми).

2. Опитувальник О. І. Сердюка для вивчення самооцінки соціальної значущості хвороби

Вплив будь-якого хронічного соматичного захворювання на соціальний статус хворого, його положення в суспільстві і мікросоціальному середовищі, коло інтересів, рівень домагань здавна не викликає сумнівів у клініцистів.

Природно, що хронічне соматичне страждання призводить до ламання звичного способу життя і діяльності хворої людини, необхідності формування нового життєвого стереотипу.

При цьому не так вже і важливо наскільки істотну роль у виникненні і перебігу даного захворювання можна відвести психогенним факторам, і чи можна його з впевненістю віднести до психосоматичних захворювань, чи ні.

Проведені нами дослідження на досить презентабельному масиві хворих полярними з погляду психосоматичної природи захворюваннями: з одного боку – класичним психосоматозом – виразковою хворобою шлунка і дванадцятипалої кишки; а з іншого боку – таким захворюванням, які ніхто з авторитетних фахівців не відносить до психосоматичних – сечокам'яною хворобою, показали, що, не дивлячись на абсолютно різну природу цих захворювань, їх дезадаптующий вплив на соціальний статус хворих ні по частоті, ні по ступеню виразності практично нічим не відрізняється, і відзначається майже в ста відсотках випадків.

Самооцінка хворими впливу захворювання на їх соціальний статус є істотною частиною «внутрішньої картини хвороби», а отже і важливим вектором спрямованості психотерапевтичного впливу на хворого в процесі його реабілітації, тому що зміна відносини хворого до свого страждання, поряд з купуванням невротичної симптоматики і впливом на патогенетичні механізми психосоматичного захворювання – одна з головних задач психотерапії в соматичній клініці.

Разом з тим, клінічні спостереження показують, що різні хворі найчастіше вкладають в це поняття зовсім різний зміст.

На підставі опитування двох тисяч хворих на різні хронічні соматичні захворювання нами (Сердюк О. І., 1994) був розроблений формалізований опитувальник, які дозволяє виділити і піддати кількісній оцінці вплив хвороби на різні сфери соціального статусу хворих.

Опитувальник включає 10 питань – стверджень і 5 варіантів відповідей на них:

Опитувальник для вивчення самооцінки соціальної значущості хвороби

1	2	3	4	5	6
1). Через хворобу я не можу працювати з колишньою працездатністю, став (ла) слабким (кою), немичним (ою), сам (а) собі неприємний (а)	Напевно не-має	Скоріше ні	Утрудняюся відповісти	Мабуть так	Безумовно так
2). Хвороба ускладнює взаємини в моїй родині, відчуваю, що набрид (ла) рідним зі своєю хворобою					
3). Через хворобу приходиться себе багато в чому обмежувати, боюся вживати спиртне, обмежую себе в їжі, уникаю ходити в гості, відмовляю собі в розвагах					
4). Через хворобу погіршилися відносини на роботі, відчуваю, що співробітники стали гірше відноситися до мене, не співчують, і навіть чіпляються					
5). Вважаю, що у мене менше вільного часу, ніж у здорових людей, через хворобу багато часу іде на лікування, лікарні					
6). Через хворобу не можу працювати там, де хочу. Моя хвороба заважає мені зайняти краще положення в суспільстві, зробити кар'єру					
7). Після того, як занедужав (а), помічаю зміни у своїй зовнішності, став (ла) некрасивим (ою), неприємним (ою) для навколишніх					

1	2	3	4	5	6
8). Моя хвороба зробила мене нещасливим (ою), змушує почувати себе не таким (ою), як усі					
9). Моя хвороба заважає мені спілкуватися з навколишніми, відчуваю, що віддаляюся від людей					
10). Хвороба наносить мені значний матеріальний збиток, змушує витратити гроші на лікування, не дає можливості більше заробляти					

Один із двох останніх варіантів відповідей розцінюється таким, що свідчить про високу, або дуже високу значимість для даного хворого впливу хвороби на ту, чи іншу умовно виділену сферу його соціального статусу (відповідну номеру питання): 1). Обмеження відчуття сили й енергії; 2). Погіршення відносини до хворого в родині; 3). Обмеження задоволень; 4). Погіршення відносин до хворого на роботі; 5). Обмеження вільного часу; 6). Обмеження кар'єри; 7). Зниження фізичної привабливості; 8). Формування почуття ущербності; 9). Обмеження спілкування; 10). Матеріальний збиток.

Розташування їх у вигляді векторів на діаграмі дозволяє більш наявно судити про ступінь соціальної значущості захворювання для даного хворого в цілому, а також про ті напрямки, які варто розглядати, як «мішені» психотерапевтичного впливу в процесі його медико-соціальної реабілітації.

3. Методика рахування за Крепеліном (E. Kraepelin) у модифікації Шульте (R. Schulte)

Для вивчення працездатності – і стомлюваності хворих з астенічними станами Е. Краепеліном ще в 1895 році була запропонована методика, суть якої в модифікації R. Schulte складається у вивченні здатності досліджуваних максимально швидко і точно робити додавання в розумі однозначних чисел за 8 тридцяти секундних відрізків.

Досліджуваному дається бланк із 8-ю рядами пар однозначних чисел і пропонується максимально швидко складаючи пари в стовпчик, проставляти під ними останню цифру результату.

Наприклад: 6 9 0 4 2 4 1
 7 2 3 1 7 8 9
відповідь: 3 1 3 5 9 2 0

Методика рахунку за Крепеліном (E. Kraepelin)

3	4	3	4	4	6	6	2	4	4	7	0	8	4	8	9	6	7	2	9	8	7	4
2	5	9	0	8	3	2	4	7	6	5	3	0	4	4	7	9	0	3	8	9	2	4
9	3	5	1	5	6	2	1	0	9	4	1	4	6	4	9	0	6	4	9	1	8	3
3	0	4	7	3	2	8	4	2	8	3	7	2	9	3	3	6	7	2	9	4	6	4
9	5	4	5	2	9	6	7	0	7	6	3	2	9	6	5	9	4	7	4	0	9	3
2	9	0	7	2	9	4	8	4	4	5	4	4	8	7	2	0	9	2	2	6	7	4
9	6	1	4	9	6	7	5	9	2	9	7	1	9	7	0	6	5	5	7	1	6	7
7	2	5	3	0	8	3	9	7	0	2	3	4	9	2	6	4	8	3	4	9	4	3
0	6	3	7	6	6	9	2	9	4	8	2	6	9	4	0	7	6	9	3	7	6	2
9	8	9	3	4	8	4	0	6	7	5	4	3	4	8	9	4	7	7	9	6	0	4
8	2	1	7	4	9	7	5	6	0	8	6	9	1	2	9	8	3	5	7	7	3	1
3	4	6	5	7	3	4	3	2	5	4	3	5	6	2	4	2	9	2	0	2	5	8
5	2	3	9	3	4	5	3	2	8	2	9	8	9	4	2	8	7	8	5	4	3	5
3	4	9	2	4	7	8	5	2	9	6	4	4	7	6	7	5	6	9	8	6	4	7
8	9	3	8	9	1	9	0	8	7	3	7	4	9	7	3	4	5	0	9	7	3	1
4	4	7	3	4	4	3	9	3	2	5	5	2	4	3	2	4	8	7	3	9	2	4

Після закінчення кожних 30 секунд завдання респондент за командою експериментатора переходить на наступний ряд бланка.

Після закінчення завдання підраховується кількість зроблених арифметичних операцій і допущених помилок за кожен відрізок, викреслюються криві працездатності і помилок, що графічно відображають рівномірність і темп виконання завдання, наявність виснажливості (зниження числа операцій і збільшення кількості помилок до кінця завдання), спроб концентрації активної уваги (тимчасового збільшення числа операцій і зменшення помилок на визначених відрізках завдання), впрацьованості (поступового збільшення числа операцій і зменшення кількості помилок).

Повторне проведення дослідження і накладення графіків працездатності дозволяє також об'єктивізувати зрушення в психоемоційному стані соматичних хворих у процесі психотерапії.

При накладенні графіків працездатності різних груп хворих наявно демонструються розходження в їхньому психоемоційному стані.

4. Оцінка стану когнітивних функцій (MMSE).

Оцінка когнітивних функцій дуже важлива для психічного обстеження літніх людей. Іноді досліджувати когнітивні функції краще на початку бесіди, іноді, бажано розподілити питання протягом усієї бесіди, чим давати їх єдиним блоком. Людині, що запитує потрібно вирішити це для себе заздалегідь. Неспокійний і пацієнт, що відволікається, може спочатку відповісти на всі питання, що визначають його когнітивні можливості, однак, може виникнути підозра з приводу бесіди з лікарем, хворий може відчувати себе краще, якщо лікар направить свої зусилля в першу чергу на те, що приємніше пацієнту і лише потім почне задавати питання, що можуть бути скрутними і загрозливими.

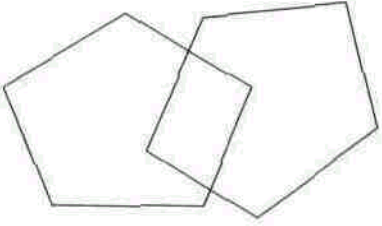
Дуже важливо при роботі з людьми похилого віку щоб дослідження було якомога більш приємним. На всі відповіді, як правильні, так і неправильні, хворий повинний одержувати зворотнє, позитивне підкріплення. Коли ведучий опитування не може сказати «вірно», він завжди може сказати «дякую».

Існує кілька областей когнітивного функціонування, які потрібно охопити: орієнтування в часі, місці і місцевості; увага і зосередження; фіксування нового матеріалу і його пригадування після відволікання; простий рахунок; дізнання предметів і обличчя; демонстрація адекватного використання предметів повсякденного користування; використання письмового й усного мовлення; відтворення в пам'яті загальновідомих фактів, як історичних, так і недавніх. Існує багато тестів для оцінки когнітивних функцій у літніх. Можливо, найбільш широко використовуваний тест – міні-схема дослідження психічного стану (МДПС) (Mini-Mental State Examination – MMSE), представлений у табл. 1.

Подана схема адаптована для роботи з пацієнтами похилого віку. Питання, що були додані до оригінальної схеми MMSE Фолштейна і Макхью, позначені буквою «А». Необхідно підсумовувати оцінки MMSE окремо від оцінок «А».

Міні-схема дослідження психічного стану

Орієнтування		Максимальна	Оцінка
1	2	3	4
1. Час:	Який зараз рік ?	()	(1)
	Пора року	()	(1)
	Число	()	(1)
	День тижня	()	(1)
	Місяць	()	(1)
(A)	Час дня: (оцінюйте відповідь як правильну при точності в межах однієї години)	()	(1)
2. Місце:	Країна	()	(1)
	Область	()	(1)
	Місто	()	(1)
	Лікарня / вулиця	()	(1)
	Відділення (номер чи відома назва)	()	(1)
(A)			
Понятливість			
	Кивніть, будь ласка, головою	()	(1)
	Вкажіть на вікно, а потім на двері	()	(1)
3.Фіксація			
	Попросіть пацієнта повторити назви трьох предметів: наприклад годинник, стіл, парасолька. Давайте оцінку «1» за кожну правильну назву предметів, відтворену після першого пред'явлення. (Потім повторюйте ці слова доти, доки всі три слова не зафіксуються правильно).	()	(3)
4.Увага			
	Попросіть пацієнта вимовити по буквах слово «стовп» вперед (без оцінки), потім по буквах вимовити його в зворотному порядку (оцінюйте «1» кожну букву в правильному місці слова).	()	(5)
Відтворення			
5.	Попросіть назвати три предмети з питання «3». Оцінюйте кожне правильно відтворене слово (якщо оцінка «0», то опустить питання 12).	()	(3)

1	2	3	4
Мова			
6. Назва:	Олівець	()	(1)
	Годинник	()	(1)
(A)	Лікоть (вказіть на ваш особистий)	()	(1)
	Плече (вказіть на ваше особисте)	()	(1)
(A) Швидкість	(із тестового набору Ісаака і Кенії) «Назвіть якомога більше тварин» (Оцінюйте кількість тварин, які названі за 60 секунд, без врахування повторів).	() безкінце- во	(1)
7. Повторіть	«Без коли, або але»		
8. Трьохступенева інструкція	«Візьміть цей лист папіру в праву руку, сложіть його навпіл і положіть на підлогу»		
9. Читання:	«Прочитайте, будь ласка, що написано на цій сторінці і виконаєте це!»		
	ЗАКРИЙТЕ ОЧІ		
	(A) СИЛЬНО ПОКАШЛЯЙТЕ		
10.Лист:	Нехай пацієнт напише пропозицію на його вибір. (У пропозицію повинні входити іменник і дієслово, а так само воно повинно мати сенс. Не враховуйте помилки правопису).		
Конструктивний практикум			
11.	Збільште масштаб нижчеподаного малюнка до розміру однієї грані 1,5 див і попросіть пацієнта його скопіювати. (Оцінюйте «1», якщо всі грані і кути збережені, а пересічні лінії формують чотирикутник).	()	(1)
			
(A) Фіксація	(складного)		

1	2	3	4
12	(NB. Пропустіть, якщо оцінка на питання 5 дорівнює «0». Попросіть пацієнта повторити ім'я й адресу (наприклад, Іван Петров, Київ, вул. Радянська,42). В оцінці враховуйте кожен елемент, правильно відтворений після першого пред'явлення. Потім повторюйте ім'я і адресу доти, доки вони не будуть правильно зафіксовані	()	(6)
(А) Пам'ять на віддалені події			
13.	«Ким була Любов Орлова?»	()	
	«Ким був Йосип Сталін?»	()	(2)
(А) Пам'ять на недавні події			
14.	«Хто зараз президент України?»		
	«Хто зараз президент Сполучених Штатів Америки?»	()	(2)
(А)			
Відтворення нового матеріалу (складного)			
15.	Попросіть назвати ім'я й адресу, приведені в питанні 12 (в оцінці враховуєте кожен правильно відтворений елемент)	()	(6)
(А) Праксис (жестикуляція)			
16.	«Покажіть мені як махають рукою на прощання. Робіть так, начебто ви чистите зуби». (оцінюйте «1». Якщо палець застосовувався як «зубна щітка»)	() ()	(1) (2)
(А) Абстрактне мислення (подібність)			
17.	«Чим схожі між собою яблуко і банан?»		
	«Чим схожі між собою човен і автомобіль?»	()	(2)
	(Оцінюйте «1», якщо приводяться тільки несуттєві ознаки).	()	(2)

1	2	3	4
(А) Сприйняття			
18.	«Для чого Ви це використовуєте?» (Покажіть три малюнки з Бостонського Тесту Найменування).	()	(3)
Висновок	(наприклад: «Це все, про що мені потрібно було Вас запитати. Спасибі Вам велике за всі ці питання – я сподіваюся, що вони Вас дуже сильно не стомили. Ви дуже добре відповідали» (похваліть і запропонуєте посміятися над абсурдністю тесту, якщо це доречно).		
	ПІДСУМКОВІ ОЦІНКИ:	() 30	A ()

Результат тесту отримується шляхом складання отриманих результатів за кожним із пунктів. Максимально в цьому тесті можна набрати 30 балів, що відповідає найбільш високим когнітивним здібностям. Чим менший результат тесту, тим більш виражений когнітивний дефіцит. За даними різних дослідників, результати тесту можуть мати наступні значення.

28 – 30 – немає порушень когнітивних функцій;

24 – 27 – переддементні когнітивні порушення;

20 – 23 – деменція легкого ступеня вираженості;

11 – 19 – деменція помірного ступеня вираженості;

0 – 10 – важка деменція.

5. Якість життя.

Більшість авторів виділяють суб'єктивні й об'єктивні критерії якості життя (ЯЖ). До об'єктивних критеріїв прийнято відносити фізичну активність і трудову реабілітацію. Суб'єктивні показники ЯЖ відображають емоційний статус, задоволеність життям і самопочуття хворих.

У різних областях соматичної медицини широке поширення одержали такі методики оцінки ЯЖ, як шкала Карновського, індекс благополуччя Кемпбелла, сходи Кентрила, Ноттингемський профіль здоров'я, профіль впливу хвороби, індекс Бартела й індекс загального психологічного благополуччя. Але найбільшою популярністю у дослідників користуються підходи ВООЗ, пропонувані для оцінки ЯЖ, – опитувальник «ЯЖ-100» і шкала «SF-36».

Структура «SF-36» включає наступні шкали: фізичне функціонування (ФФ); рольову фізичну шкалу (РФ), що характеризує фізичну здібність людини брати участь у різних сторонах життя; фізичний біль (ФБ); здоров'я в цілому (ЗЦ); життєву енергію (ЖЕ); соціальне функціонування (СФ); рольову емоційну шкалу (РЕ), тобто емоційну суб'єктивну оцінку здатності брати участь у різних сторонах життя; психічне здоров'я (ПЗ).

Шкала ФФ характеризує діапазон посиленої фізичної активності, РФ – вплив фізичного стану на оцінку ролі в житті, шкала ФБ відображує ступінь наявності болючого синдрому і його вплив на звичайну діяльність хворого, шкала «здоров'я в цілому» дозволяє судити про загальний стан пацієнта. Шкала СФ відображує ступінь обмежень у соціальному житті, РЕ дозволяє судити про вплив емоційного стану на усвідомлення ролі пацієнта в житті, і нарешті, шкала ПЗ оцінює тривогу, депресію, зниження емоційного і поведінкового контролю. П'ять шкал (ФФ, РФ, ФБ, СФ, РЕ) виявляють «обмеження» чи «нездійсненість», вони припускають оцінку респондентами свого стану в балах (від 1 до 100). Відповідно, чим менше обмежень, що відносяться до кожної шкали, тим вище показник, оцінюючий ту чи іншу сторону життя пацієнта.

Підхід ВООЗ, пропонуваній для оцінки ЯЖ, являє собою опитувальник («ЯЖ-100») для самостійного заповнення. Його питання стосуються сприйняття індивідом різних аспектів свого життя. Цей метод є універсальним і дозволяє порівнювати ЯЖ різних популяцій, що належать до різних культур. Цей опитувальник відображає суб'єктивну оцінку благополуччя респондентів і їхню задоволеність умовами життя.

Опитувальник має модульну структуру, де центральний модуль відповідає загальним для всіх людей аспектам ЯЖ. Специфічні ж модулі застосовуються для оцінки ЯЖ хворих, що страждають визначеними хворобами чи живуть в особливих обставинах. За допомогою цього опитувальника здійснюється оцінка шести великих аспектів (сфер) ЯЖ. В середині кожного з них виділяється трохи складових – більш вузьких і конкретних аспектів життя, зв'язаних зі станом здоров'я індивіда і терапевтичних втручань (табл. 2).

На жаль, у літературі до сьогоднішнього дня відсутні дані, що доводять надійність, обґрунтованість і чутливість більшості з перерахованих методик. Крім того, багато які з них розроблені в дослідницьких цілях і можуть виявитися складними для використання в клінічній практиці. З цієї причини жоден з існуючих підходів до оцінки ЯЖ не можна впевнено рекомендувати як кращий. Можна припустити, що найкращому відображенню ЯЖ пацієнтів буде сприяти сукупне використання різних методик і шкал.

Що стосується психіатрії, то в цій області медицини лікарі вже давно використовували такі поняття, як неспроможність, дефект, збиток, соціальна схоронність, задоволеність, соціальна підтримка і т.п. Був розроблений ряд інструментів для виміру цих аспектів, хоча вони і не називалися інструментами для вивчення ЯЖ.

Структура опитувальника ВООЗ «ЯЖ-100».

Сфера (S)	Субсфера (F)
I. Фізична сфера	1. Фізичний біль і дискомфорт 2. Життєва активність, енергія і втома 3. Сон і відпочинок
II. Психологічна сфера	4. Позитивні емоції 5. Мислення, навченість, пам'ять і концентрація (пізнавальні функції) 6. Самооцінка 7. Образ тіла і зовнішність 8. Негативні емоції 9. Рухливість
III. Рівень незалежності	10. Здатність виконувати повсякденні справи 11. Залежність від лік і лікування 12. Здатність до виконання роботи
IV. Соціальні взаємовідношення	13. Особисті відносини 14. Практична соціальна підтримка 15. Сексуальна активність
V. Навколишнє середовище	16. Фізична безпека і захищеність 17. Домашня обстановка 18. Фінансові ресурси 19. Медична і соціальна допомога (доступність і якість) 20. Можливості придбання нової інформації і навичок 21. Можливості відпочинку і розваг і їх використання 22. Навколишнє середовище (забруднення / шум / клімат / привабливість)
VI. Духовна сфера	24. Духовність / релігія / особисті переконання

6. Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS).

Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS) призначена для скринінгового обстеження пацієнтів соматичних і психіатричних стаціонарів на предмет виявлення в них депресивної і тривожної симптоматики. HADS відноситься до «суб'єктивних» шкал, які заповнюють самі пацієнти.

Шкала складається з двох субшкал: субшкали А («anxiety», непарні пункти: 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13), за якими оцінюється виразність тривожної симптоматики, і субшкали D («depression», парні пункти: 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14), призначеної для оцінки виразності депресивних розладів. Госпітальна шкала складається з 14 стверджень (пунктів), яким відповідають чотири варіанти можливих відповідей, що відображають ступінь виразності тривожного чи депресивного симптому в градації від 0 до 3 балів.

Шкалу заповнює сам пацієнт. Перед інтерв'ю лікар (психолог) повідомляє пацієнту наступну інструкцію: «Не звертайте уваги на цифри і букви, поміщені в лівій частині опитувальника. Прочитайте уважно кожне твердження й у порожній графі ліворуч відзначте хрестиком відповідь, що найбільшою мірою відповідає тому, як Ви себе почували на минулому тижні. Не роздумуйте занадто довго над кожним твердженням. Ваша перша реакція завжди буде більш вірною». При інтерпретації даних враховується сумарний показник за кожною субшкалою окремо (А и D). Загальний показник оцінюється в такий спосіб:

- 0-7 балів – норма;
- 8–10 балів – субклінічно виражена тривога / депресія;
- 11 балів і вище – клінічно виражена тривога / депресія.

Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS).

Дослідження № _____ Пацієнт _____

Дата _____ Вік _____

D	A	Симптом
1	2	3
	A	1. Я ВІДЧУВАЮ НАПРУЖЕНІСТЬ
	3	Увесь час
	2	Часто
	1	Час від часу, іноді
	0	Зовсім не відчуваю
D		2. ТЕ, ЩО ПРИНОСИЛО МЕНІ ВЕЛИКЕ ЗАДОВОЛЕННЯ, І ЗАРАЗ ВИКЛИКАЄ В МЕНЕ ТАКІ Ж ПОЧУТТЯ
0		Безумовно це так
1		Напевно, це так
2		Це так лише в дуже малому ступені
3		Це зовсім не так
	A	3. Я ВІДЧУВАЮ СТРАХ, ЗДАЄТЬСЯ, НАЧЕБТО ЩОСЬ ЖАХЛИВЕ МОЖЕ ОТ-ОТ СТАТИСЯ
	3	Безумовно це так, і страх дуже сильний
	2	Так, це так, але страх не дуже сильний
	1	Іноді страх буває, але це мене майже не турбує
	0	Зовсім не відчуваю страху
D		4. Я ЗДАТНИЙ РОЗСМІЯТИСЯ І ПОБАЧИТИ В ТОЙ ЧИ ІНШІЙ ПОДІЇ СМІШНЕ
0		Безумовно це так
1		Напевно, це так
2		Це так лише в дуже малому ступені
3		Зовсім не здатний
	A	5. НЕСПОКІЙНІ ДУМКИ КРУТЯТЬСЯ В МЕНЕ В ГОЛОВІ
	3	Постійно
	2	Велику частину часу

1	2	3
	1	Час від часу
	0	Зрідка
D		6. Я ВІДЧУВАЮ БАДЬОРІСТЬ
3		Зовсім не відчуваю
2		Дуже рідко
1		Іноді
0		Практично увесь час
	A	7. Я ЛЕГКО МОЖУ СІСТИ І РОЗСЛАБИТИСЯ
	0	Безумовно це так
	1	Напевно, це так
	2	Лише зрідка це так
	3	Зовсім не можу
D		8. МЕНІ ЗДАЄТЬСЯ, ЩО Я СТАВ ВСЕ РОБИТИ ДУЖЕ ПОВІЛЬНО
3		Практично увесь час
2		Часто
1		Іноді
0		Зовсім ні
	A	9. Я ВІДЧУВАЮ ВНУТРІШНЄ НАПРУЖЕННЯ ЧИ ТРЕМТІННЯ
	0	Зовсім не відчуваю
	1	Іноді
	2	Часто
	3	Дуже часто
D		10. Я НЕ СТЕЖУ ЗА СВОЄЮ ЗОВНІШНІСТЮ
3		Безумовно це так
2		Я не приділяю цьому стільки часу, скільки потрібно
1		Може бути, я став менше приділяти цьому уваги
0		Я стежу за собою так само, як і раніше
	A	11. Я ВІДЧУВАЮ НЕПОСИДЛИВІСТЬ, НЕМОВ МЕНІ ПОСТІЙНО ПОТРІБНО РУХАТИСЯ
	3	Безумовно це так
	2	Напевно, це так

1	2	3
	1	Це так лише до деякої міри
	0	Зовсім не відчуваю
D		12. Я ВВАЖАЮ, ЩО МОЇ СПРАВИ (ЗАНЯТТЯ, ЗАХОПЛЕННЯ) МОЖУТЬ ПРИНЕСТИ МЕНІ ПОЧУТТЯ ЗАДОВОЛЕННЯ
0		Точно так само, як і звичайно
1		Так, але не в тому ступені, як раніше
2		Значно менше, ніж звичайно
3		Зовсім не вважаю
	A	13. У МЕНЕ БУВАЄ РАПТОВЕ ПОЧУТТЯ ПАНІКИ
	3	Дуже часто
	2	Досить часто
	1	Не так вже часто
	0	Зовсім не буває
D		14. Я МОЖУ ОДЕРЖАТИ ЗАДОВОЛЕННЯ ВІД ГАРНОЇ КНИГИ, РАДІО- ЧИ ТЕЛЕПЕРЕДАЧІ
0		Часто
1		Іноді
2		Рідко
3		Дуже рідко
Загальна сума балів:		

7. Шкала депресії Бека.

Опитувальник депресії Бека відноситься до суб'єктивних шкал, які заповнюються самими хворими. Опитувальник Бека призначений для визначення ступеня тяжкості депресивної симптоматики. Він складається з 13 груп стверджувальних висловлень. Кожна з груп висловлень відображає той чи інший депресивний симптом. При цьому перша з можливих відповідей оцінюється в 0 балів, друга – у 1 бал, третя – у 2 і четверта – у 3 бали. Рівень депресії вище 19 балів вважається клінічним проявом депресивного синдрому. Рівень вище 24 балів відображає важку депресивну симптоматику. Пред'явлення опитувальника пацієнту супроводжується наступною інструкцією: «У цьому опитувальнику містяться групи тверджень. Уважно прочитайте кожен групу тверджень. Потім визначите в кожній групі одне твердження, що найкраще відповідає тому, як Ви себе почували НА ЦЬОМУ ТИЖНІ І СЬОГОДНІ. Поставте галочку біля обраного твердження. Якщо кілька тверджень з однієї групи здаються Вам однаково добре придатними, то поставте галочки біля кожного з них. Перш, ніж зробити свій вибір, переконаєтеся, що Ви прочитали всі твердження в кожній групі».

ОПИТУВАЛЬНИК ДЕПРЕСІЇ БЕКА

Дослідження № _____ Пацієнт _____

Дата _____ Вік _____

1	2
<p>А.</p> <p>0. Мені не сумно.</p> <p>1. Мені сумно, тужливо.</p> <p>2. Мені весь час тужливо чи сумно, і я нічого не можу із собою зробити.</p> <p>3. Мені так сумно та сумно, що я не можу цього винести.</p>	<p>З.</p> <p>0. У мене не загублений інтерес до інших людей.</p> <p>1. Я менше, ніж бувало, цікавлюся іншими людьми.</p> <p>2. У мене практично загублений інтерес до інших людей і майже немає ніяких почуттів до них.</p> <p>3. У мене загублений всякий інтерес до інших людей, і вони мене зовсім не турбують.</p>

1	2
<p>Б.</p> <p>0. Я дивлюся в майбутнє без особливо-го розчарування.</p> <p>1. Я відчуваю розчарування в майбутньому.</p> <p>2. Я відчуваю, що мені нічого чекати в майбутньому.</p> <p>3. Я відчуваю, що майбутнє безнадійне і повороту до кращого бути не може.</p>	<p>І.</p> <p>0. Я приймаю рішення приблизно так само легко, як завжди.</p> <p>1. Я намагаюся відстрочити прийняття рішень.</p> <p>2. Прийняття рішень представляє для мене величезні труднощі.</p> <p>3. Я більше зовсім не можу приймати рішення.</p>
<p>В.</p> <p>0. Я не почуваю себе невдахою.</p> <p>1. Я відчуваю, що невдачі траплялися у мене частіше, ніж в інших людей.</p> <p>2. Коли оглядаюся на своє життя, я бачу лише ланцюг невдач.</p> <p>3. Я відчуваю, що зазнав невдачі як особистість (батько, чоловік, дружина).</p>	<p>К.</p> <p>0. Я не почуваю, що виглядаю скільки-небудь гірше, ніж звичайно.</p> <p>1. Мене турбує те, що я виглядаю старим і не привабливим.</p> <p>2. Я почуваю, що в моєму зовнішньому вигляді відбуваються постійні зміни, які роблять мене не привабливим.</p> <p>3. Я відчуваю, що виглядаю відштовхуючи.</p>
<p>Г.</p> <p>0. Я не відчуваю ніякої особливої незадоволеності.</p> <p>1. Ніщо не радує мене так, як раніш.</p> <p>2. Ніщо більше не дає мені задоволення.</p> <p>3. Мене не задовольняє усе.</p>	<p>Л.</p> <p>0. Я можу працювати приблизно також добре, як і раніш.</p> <p>1. Мені потрібно робити додаткові зусилля, щоб щось зробити.</p> <p>2. Мені треба із зусиллям пересилювати себе, щоб щось зробити</p> <p>3. Я зовсім не можу виконувати ніяку роботу.</p>
<p>Д.</p> <p>0. Я не почуваю ніякої особливої провини.</p> <p>1. Велику частину часу я почуваю себе кепським і нікчемним.</p> <p>2. У мене досить сильне почуття провини.</p> <p>3. Я почуваю себе дуже кепським і нікчемним.</p>	<p>М.</p> <p>0. Я утомлююся нітрохи не більше, ніж звичайно.</p> <p>1. Я стомлююся швидше, ніж раніше.</p> <p>2. Я стомлююся від будь-якого заняття.</p> <p>3. Я утомився займатися чим би то ні було.</p>

1	2
<p>Є.</p> <p>0. Я не відчуваю розчарування в собі.</p> <p>1. Я розчарований у собі.</p> <p>2. У мене відраза до себе.</p> <p>3. Я ненавиджу себе.</p>	<p>Н.</p> <p>0. Мій апетит не гірше, ніж звичайно.</p> <p>1. Мій апетит не так гарний, як було.</p> <p>2. Мій апетит тепер набагато гірше.</p> <p>3. У мене зовсім немає апетиту.</p>
<p>Ж.</p> <p>0. У мене немає ніяких думок про самошкодження.</p> <p>1. Я почуваю, що мені було б краще вмерти.</p> <p>2. У мене є визначені плани здійснення самогубства.</p> <p>3. Я покінчу із собою з першою нагодою.</p>	
<p>Загальна сума балів:</p>	

МЕТОДИ ПОГЛИБЛЕНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ

8. Шкала реактивної та особистісної тривожності Спілбергера (Spielberger C. D.), адаптована Ю. Л. Ханіним.

Шкала реактивної й особистісної тривожності Спілбергера-Ханіна являє собою дуже надійний і інформативний інструмент для виміру тривожності як властивості особистості і як стану в який-небудь визначений момент (у минулому, сьогодні, майбутньому).

Під особистісною тривожністю розуміється відносно стійка індивідуальна характеристика, риса, яка дає уяву про схильність людини до тривожності, тобто про його схильність сприймати досить широке коло ситуацій як загрозові і реагувати на ці ситуації появою стану тривожності різного рівня.

Як реактивна диспозиція особистісна тривожність «активізується» при сприйнятті визначених «небезпечних» стимулів, зв'язаних зі специфічними ситуаціями погрози престижу, самооцінці, самоповазі індивіда.

Високий показник особистісної тривожності дає представлення про високу імовірність появи стану тривожності у суб'єкта в ситуаціях, де мова йде про оцінку його компетентності, підготовленості і сприйманих їм як загрозові. Ця група людей звичайно вимагає підвищеної уваги з боку лікаря.

Низькотривожні суб'єкти, навпроти, не схильні сприймати погрозу своєму престижу, самооцінці в широкому діапазоні ситуацій. Імовірність виникнення у них стану тривожності значно нижче, хоча і не виключена в окремих особливо важливих і особистісно значущих випадках.

Реактивна тривожність як стан характеризується суб'єктивно пережитими емоціями напруги, занепокоєння, заклопотаності, "знервованості", що супроводжуються активацією вегетативної нервової системи. Стан тривожності як емоційної реакції на стресову ситуацію може бути різної інтенсивності і є досить динамічним і мінливим за часом.

Високий показник реактивної тривожності побічно свідчить про виражену психоемоційну напругу пацієнта. Цей показник чуйно реагує на зміни психоемоційного стану хворого в процесі лікування і є одним з найбільш зручних для оцінки ефективності психотерапевтичної корекції.

Шкала Спілбергера-Ханіна складається з 40 питань, у тому числі з 20 питань, що характеризують реактивну тривожність (опитувальник А) і ще 20 питань, що характеризують особистісну тривогу (опитувальник Б).

Досліджуваному пропонується відповісти на питання, вказавши як він себе почуває в даний момент (реактивна тривожність 1 – 20 питань) і як він себе почуває звичайно (особистісна тривожність 21 – 40 питань).

На кожне питання можливі 4 варіанти відповіді по ступеню інтенсивності реактивної тривожності (зовсім ні, мабуть так, вірно, цілком вірно) і по частоті вираженої особистісної тривожності (майже ніколи, іноді, часто, майже завжди).

Опитувальник «А»

Прочитайте уважно кожне з приведених нижче пропозицій і закресліть відповідну цифру праворуч у залежності від того, **ЯК ВИ СЕБЕ ПОЧУВАЄТЕ В ДАНУ МИТЬ**. Над питаннями довго не замислюйтесь, оскільки правильних чи неправильних відповідей немає.

Пам'ятайте, що в кожному рядку повинна бути закреслена тільки одна цифра!

Запитання	Зовсім ні	Мабуть так	Вірно	Цілком вірно
1	2	3	4	5
1. Я спокійний	1	2	3	4
2. Мені ніщо не загрожує	1	2	3	4
3. Я знаходжуся в напрузі	1	2	3	4
4. Я відчуваю жаль	1	2	3	4
5. Я почуваю себе спокійно	1	2	3	4
6. Я розстресний	1	2	3	4
7. Мене хвилюють можливі невдачі	1	2	3	4

1	2	3	4	5
8. Я почуваю себе відпочилим	1	2	3	4
9. Я стривожений	1	2	3	4
10. Я відчуваю почуття внутрішнього задоволення	1	2	3	4
11. Я впевнений у собі	1	2	3	4
12. Я нервую	1	2	3	4
13. Я не знаходжу собі місця	1	2	3	4
14. Я напружений	1	2	3	4
15. Я не відчуваю скованості, напруженості	1	2	3	4
16. Я задоволений	1	2	3	4
17. Я заклопотаний	1	2	3	4
18. Я занадто збуджений і мені не по собі	1	2	3	4
19. Мені радісно	1	2	3	4
20. Мені приємно	1	2	3	4

Опитувальник «Б»

Прочитайте уважно кожне з приведених нижче пропозицій і закресліть відповідну цифру праворуч у залежності від того, **ЯК ВИ СЕБЕ ПОЧУВАЄТЕ ЗВИЧАЙНО**. Над питаннями довго не замислюйтесь, оскільки правильних чи неправильних відповідей немає.

Пам'ятайте, що в кожному рядку повинна бути закреслена тільки одна цифра!

Запитання	Майже ніколи	Іноді	Часто	Майже завжди
1	2	3	4	5
21. Я відчуваю насолоду	1	2	3	4
22. Я звичайно втомлююся	1	2	3	4
23. Я легко можу заплакати	1	2	3	4
24. Я хотів би бути таким щасливим, як і інші	1	2	3	4
25. Нерідко я програю через те, що недостатньо швидко приймаю рішення	1	2	3	4

1	2	3	4	5
26. Звичайно я почуваю себе бадьорим	1	2	3	4
27. Я спокійний, холонокровний і зібраний	1	2	3	4
28. Очікувані труднощі звичайно дуже тривожать мене	1	2	3	4
29. Я занадто переживаю через дрібниці	1	2	3	4
30. Я цілком щасливий	1	2	3	4
31. Я приймаю все занадто близько до серця	1	2	3	4
32. Мені не вистачає впевненості в собі	1	2	3	4
33. Звичайно я почуваю себе в безпеці	1	2	3	4
34. Я намагаюся уникати критичних ситуацій і труднощів	1	2	3	4
35. У мене буває нудьга	1	2	3	4
36. Я задоволений	1	2	3	4
37. Всякі дрібниці відволікають і хвилюють мене	1	2	3	4
38. Я так сильно переживаю свої розчарування, що потім довго не можу про них забути	1	2	3	4
39. Я врівноважена людина	1	2	3	4
40. Мене охоплює сильне занепокоєння, коли я думаю про свої справи і турботи	1	2	3	4

В залежності від завдань дослідження кожен з опитувальників може застосовуватися самостійно або разом. В останньому випадку реактивна тривожність вимірюється першою.

Інструкція на аркуші з опитувальником не потребує ніяких додаткових роз'яснень або коментарів. Опитування може проводитися індивідуально або в групах без обмеження часу.

На заповнення обох опитувальників достатньо 15 – 20 хвилин. Для зниження впливу освіти установки на позитивні чи негативні питання в кожен з

опитувальників включено приблизно однакове число висловлювань, які характеризують високу та низьку ступінь тривожності.

Відповідь «1» на високотривожні питання означає відсутність або легку ступінь тривожності, а оцінка «4» означає високу тривожність. При аналізі результатів бальні оцінки в цих питаннях мають зворотній напрям.

В шкалі реактивної тривожності це питання 1, 2, 5, 8, 10, 11, 13, 16, 19, 20; в шкалі особистісної тривожності це питання 21, 26, 27, 30, 33, 36, 39.

Рівень реактивної тривожності обчислюється по формулі:

$$Tr = Erp - Ero + 50$$

Tr – показник реактивної тривожності ;

Erp – сума балів за прямими питаннями (3, 4, 6, 7, 9, 12, 14, 15, 17, 18);

Ero – сума балів за зворотними питаннями (1, 2, 5, 8, 10, 11, 13, 16, 19, 20).

Для обчислення рівня особистісної тривожності застосовується формула:

$$Tl = Elp - Ilo + 35$$

Tl – показник особистісної тривожності ;

Elp – сума балів за прямими питаннями (22, 23, 24, 25, 28, 29, 31, 32, 34, 35, 37, 38, 40);

Ilo – сума балів за зворотними питаннями (21, 26, 27, 30, 33, 36, 39).

Показник, що не сягає 30 балів розглядається таким, який свідчить про низьку тривожність, від 31 до 45 балів – помірну, понад 45 балів – високу.

**9. Особистісний опитувальник Айзенка (Eysenck H. J.),
адаптований у ЛНДПНІ ім. В. М. Бехтерева.**

Дана методика використовується для виявлення особливостей характеру, які одержали назву «екстраверсія», «інтраверсія» і «нейротизм».

Для «**екстравертів**» найбільш характерні такі риси, як товариськість, чуйність, невимушеність, життєрадісність, впевненість у собі, прагнення до лідерства. Вони мають багато друзів, оптимістично набудовані, добродушно веселі, але іноді бувають запальні, нестримані.

«**Інтроверти**» здебільшого спокійні, врівноважені, розважливі, обачні, миролюбні, контролюють свої вчинки, дії їх завжди продумані, раціональні. Коло друзів невеликий, віддають перевагу книгам, особистим зустрічам, високо цінують «естетичні норми».

«**Нейротики**» відрізняються нестабільністю, невірноваженістю нервово-психічних процесів, емоційною нестійкістю, лабільністю вегетативної нервової системи, легко збудливі. Для них характерні мінливість настрою, чутливість, а також тривожність, помисливість, повільність, схильність до песимізму, нерішучість.

Опитувальник складається з 57 питань. Досліджуваний в процесі заповнення опитувальника повинний відповісти на кожне питання або позитивно, або негативно. 24 питання призначені для виявлення екстраверсії – ітраверсії, 24 питання – нейротизму і 9 питань – для контролю вірогідності відповідей.

При роботі над опитувальником хворого варто попередити, що пропонуване завдання допоможе оцінити його характер, а не розумові здібності і, що результати дослідження не будуть оголошуватися, а використовуватися винятково для більш ефективного його лікування і розробки необхідних рекомендацій.

ІНСТРУКЦІЯ:

Уважно прочитайте кожний із запропонованих питань і дайте відповідь «так» чи «ні», зробивши оцінку «+» у відповідному стовпчику. Намагайтеся відповідати швидко, не замислюючись. Пам'ятайте, що «гарних» чи «поганих» відповідей тут немає.

Від точності і щирості Ваших відповідей буде залежати об'єктивність результатів дослідження, ефективність лікування і цінність рекомендацій.

ТАК НЕМАЄ

1. Чи часто Ви відчуваєте потяг до нових вражень, до того, щоб «струснутися», відчути збудження?
2. Чи часто Ви маєте потребу в друзях, що Вас розуміють, можуть підбодьорити, втішити?
3. Ви людина безтурботна?
4. Чи не знаходите Ви, що Вам дуже важко відповідати «ні»?
5. Чи замислюєтесь Ви над тим, як що-небудь почати?
6. Якщо Ви обіцяєте щось зробити, чи завжди Ви виконуєте свої обіцянки (незалежно від того, зручно Вам це чи ні)?
7. Чи часто у Вас бувають спади та підйоми настрою?
8. Звичайно Ви поступаєте та говорите швидко, не роздумуючи?
9. Чи часто Ви відчуваєте себе нещасливою людиною без достатніх на те причин?
10. Зробили б Ви майже все, що завгодно, в суперечку?
11. Чи виникає у Вас почуття боязкості і зніяковілості, коли Ви хочете завести розмову із симпатичною (ним) незнайомкою (цем)?
12. Чи виходите Ви із себе, злитесь?

13. Чи часто Ви дієте під впливом хвилинного настрою?
14. Чи часто Ви турбуєтеся через те, що зробили чи сказали що-небудь таке, чого не треба робити, говорити?
15. Чи віддаєте Ви перевагу книзі або зустрічам з людьми?
16. Чи легко Вас скривдити?
17. Чи любите Ви часто бувати в компанії?
18. Чи бувають у Вас іноді думки, які Ви хотіли б сховати від інших?
19. Чи вірно, що іноді Ви повні енергії так, що все горить у Вас у руках, а іноді зовсім мляві?
20. Чи віддаєте Ви перевагу мати менше друзів, але особливо близьких Вам?
21. Чи часто Ви мрієте?
22. Коли на Вас кричать, Ви відповідаєте тим же?
23. Чи часто Вас турбує почуття провини?
24. Усі Ваші звички гарні і бажані?
25. Чи здатні Ви дати волю своїм почуттями і щосили повеселитися в компанії?
26. Чи вважаєте Ви себе людиною збудливою і чуттєвою?
27. Чи вважають Вас людиною живою і веселою?
28. Чи часто, зробивши яку-небудь важливу справу, Ви відчуваєте почуття, що могли б зробити краще?
29. Ви більше мовчите, коли знаходитесь в суспільстві інших людей?
30. Ви іноді розпускаєте плітки?
31. Чи буває, що Вам не спиться через те, що різні думки лізуть у голову?

32. Якщо Ви хочете довідатися про що-небудь, то Ви бажаєте прочитати про це в книзі, ніж запитати?
33. Чи буває у Вас серцебиття?
34. Чи подобається Вам робота, що вимагає постійної уваги?
35. Чи бувають у Вас приступи тремтіння?
36. Чи завжди б Ви платили за провіз багажу на транспорті, якби не побоювалися перевірки?
37. Вам неприємно знаходитися в суспільстві, де жартують один з одного?
38. Чи дратівливі Ви?
39. Чи подобається Вам робота яка вимагає швидкості дії?
40. Чи хвилюєтеся Ви з приводу якихось неприємних подій, що могли б відбутися?
41. Ви ходите повільно, неквапливо?
42. Ви коли-небудь спізнювалися на побачення чи на роботу?
43. Чи часто Вам сняться жахи?
44. Чи вірно, що Ви так любите поговорити, що ніколи не упустите випадку поговорити з незнайомою людиною?
45. Чи турбують Вас які-небудь болі?
46. Ви б почували себе дуже нещасливим, якби тривалий час були позбавлені широкого спілкування з людьми?
47. Чи можете Ви назвати себе нервовою людиною?
48. Чи є серед Ваших знайомих люди, що Вам явно не подобаються?
49. Чи можете Ви сказати, що Ви дуже впевнена у собі людина?
50. Чи легко Ви ображаєтесь, коли люди вказують на Ваші по-

милки в роботі або на Ваші особисті промахи?

51. Ви вважаєте, що важко одержати дійсне задоволення від вечірки?

52. Чи турбує Вас почуття, що Ви чимось гірше інших?

53. Чи легко Вам вдається внести пожвавлення в досить нудну компанію?

54. Чи буває, що Ви говорите про речі, у яких не розбираєтеся?

55. Чи турбуєтеся Ви про своє здоров'я?

56. Чи любите Ви жартувати над іншими?

57. Чи страждаєте Ви від безсоння?

Після заповнення бланка, за допомогою шаблонів підраховують число негативних і позитивних відповідей на ті, чи інші питання.

16 питань першої групи (1, 3, 8, 10, 13, 17, 22, 25, 27, 39, 44, 46, 49, 53, 56) при позитивній відповіді свідчать про екстраверсію, при негативному – про інтраверсію.

8 питань другої групи (5, 15, 20, 29, 32, 34, 37, 41, 51) при позитивній відповіді свідчать про інтраверсію, а при негативній відповіді про екстраверсію.

Сума позитивних відповідей на питання першої групи і негативних – другої і дає показник екстра – інтравертованості особистості досліджуваного.

В інтерпретації Л. А. Ульянової показник у межах 1 – 13 балів свідчить про інтравертованість (1 – 4 – значно виражену, 5 – 9 - виражену, 10 – 13 – помірно виражену), 14 – 24 бала – про екстравертованість (14 – 17 – помірно виражену, 18 – 22 – виражену, 23 – 24 – значно виражену).

24 питання третьої групи (2, 4, 7, 9, 11, 14, 16, 19, 21, 23, 26, 28, 31, 33, 35, 38, 40, 43, 45, 47, 50, 52, 55, 57) при позитивній відповіді свідчать про емоційну лабільність (нейротизм), а при негативному – про емоційну стабільність.

Рівень нейротизму до 12 балів (число позитивних відповідей третьої групи) розцінюється як низький; 12 – 15 балів – помірно виражений; 16 – 19 – виражений; понад 19-ти балів – значно виражений.

3 питання (6, 24, 36) при позитивній відповіді і **6 питань** (12, 18, 30, 42, 54) при негативній відповіді свідчать про необ'єктивність відповідей, можливої неспроможності самооцінки, тому що правильні відповіді на питання можуть бути однозначними, і являють собою **шкалу брехні**.

При перевищенні 5 балів по шкалі неправди результати дослідження вважаються необ'єктивними.

Якщо показник екстра – д інтравертованості є досить стабільною характеристикою особистості хворого і має значення лише для вибору тактики поведінки лікаря в процесі спілкування з ним, то показник рівня нейротизму корелює з виразністю психо-емоціональної напруженості хворого і допомагає об'єктивізувати ефективність психотерапії.

**10. Методика незакінчених речень Сакса-Сіднея (Sacks J. M., Sidney S.),
модифікована для соматичних хворих.**

Суть методики полягає в тому, що досліджуваному пропонується опитувальник, що містить 64 незакінчені речення з початком і дається інструкція закінчити їх першою фразою, яка прийшла на розум.

ІНСТРУКЦІЯ:

Прочитайте уважно ці незакінчені речення, доповнивши їх першою думкою, яка прийшла Вам в голову. Робіть це як найшвидше. Якщо Ви не можете закінчити будь-яке речення, залишіть його, обвівши колом номер і поверніться до нього пізніше. Будьте правдиві. Ваші відповіді, нікому, крім лікаря, не будуть відомі.

1. Думаю, що мій батько рідко... _____
2. Якщо всі проти мене, то... _____
3. Я завжди хотів... _____
4. Якби я займав керівну посаду... _____
5. Майбутнє здається мені... _____
6. Якби не хвороба ... _____
7. Моє начальство... _____
8. Знаю, що нерозумно, але боюся... _____
9. Думаю, справжній друг... _____
10. Коли я був дитиною... _____
11. Ідеалом жінки (чоловіка) для мене є... _____
12. Коли я бачу жінку разом з чоловіком... _____
13. У порівнянні з більшістю інших родин моя родина... _____
14. Найкраще мені працюється з... _____
15. Моя мати і я... _____
16. Все-таки здорові люди... _____

17. Зробив би все, щоб забути... _____
18. Якби тільки мій батько захотів... _____
19. Думаю, що я досить вільний, щоб... _____
20. Я міг би бути дуже щасливим, якби... _____
21. Якщо хто-небудь працює під моїм керівництвом... _____
22. Сподіваюся на... _____
23. У школі мої вчителі... _____
24. Більшість моїх товаришів не знають, що я боюся... _____
25. Не люблю людей, які... _____
26. До війни я... _____
27. Вважаю, що юнаків (дівчат)... _____
28. Подружнє життя здається мені... _____
29. Моя родина поводить ся зі мною, як з... _____
30. Люди, з якими я працюю... _____
31. Моя мати... _____
32. Моєю найбільшою помилкою було... _____
33. Я хотів би, щоб мій батько... _____
34. Моя найбільша слабкість полягає в тому... _____
35. Моя хвороба ... _____
36. Моїм схованим бажанням у житті... _____
37. Мої підлеглі... _____
38. Наступить той день, коли... _____
39. Коли до мене наближається мій начальник... _____
40. Хотілося б мені перестати боятися... _____
41. Більше всього люблю тих людей, які... _____
42. Якби я знову став молодим... _____
43. Вважаю, що більшість жінок (чоловіків)... _____
44. Якби у мене було нормальне статеве життя... _____
45. Більшість відомих мені родин... _____
46. Люблю працювати з людьми, які... _____

47. Вважаю, що більшість матерів... _____
48. Коли я був молодим, то почував себе винуватим, якщо... _____
49. Думаю, що мій батько... _____
50. Коли мені починає не везти, я... _____
51. Коли я даю іншим доручення... _____
52. Більше всього я хотів би в житті... _____
53. Коли я буду старим... _____
54. Люди, перевагу яких над собою я визнаю... _____
55. Мої побоювання не раз змушували мене... _____
56. Коли мене немає, мої друзі... _____
57. Через хворобу... _____
58. Моїм самим живим спогадом дитинства є... _____
59. Мені дуже не подобається коли жінки (чоловіки)... _____
60. Моє статеве життя... _____
61. Коли я був дитиною, моя родина... _____
62. Люди, які працюють зі мною... _____
63. Я люблю свою матір, але... _____
64. Саме гірше, що мені трапилося зробити, це... _____

При труднощах досліджуваному необхідно повторити інструкцію і дати приклад відповіді: «Я думаю, що мій батько буває неправий». Враховується якість відповіді (зміст закінченого речення), латентний період (час, витрачений на обмірковування відповіді), а також емоційна реакція досліджуваного. Відповіді групуються в ключі.

Ключ до методики незакінчених пропозицій Сакса-Сіднея.

I. Відношення до матері

15. Моя мати і я...
31. Моя мати...
47. Вважаю, що більшість матерів...
63. Я люблю свою матір, але...

II. Відношення до батька

- 1. Думаю, що мій батько рідко...
- 18. Якби тільки мій батько захотів...
- 33. Я хотів би, щоб мій батько...
- 49. Думаю, що мій батько...

III. Відношення до родини

- 13. У порівнянні з більшістю інших родин моя родина...
- 29. Моя родина поводить ся зі мною, як з...
- 45. Більшість відомих мені родин...
- 61. Коли я був дитиною, моя родина...

IV. Відношення до жінок (чоловіків)

- 11. Ідеалом жінки (чоловіка) для мене є...
- 27. Вважаю, що юнаків (дівчат)...
- 43. Вважаю, що більшість жінок (чоловіків)...
- 59. Мені дуже не подобається коли жінки (чоловіки)....

V. Відношення до статевого життя

- 12. Коли я бачу жінку разом з чоловіком...
- 28. Подружнє життя здається мені...
- 44. Якби у мене було нормальне статеве життя...
- 60. Моє статеве життя...

VI. Відношення до товаришів і знайомих

- 9. Думаю, справжній друг...
- 25. Не люблю людей які...
- 41. Більше всього люблю тих людей, які...
- 56. Коли мене немає, мої друзі...

VII. Відношення до вищестоящих облич на роботі, у школі

- 7. Моє начальство...
- 23. У школі мої вчителі...
- 39. Коли до мене наближається мій начальник...
- 54. Люди, перевагу яких над собою я визнаю...

VIII. Відношення до підлеглих

- 4. Якби я займав керівну посаду...
- 21. Якщо хто-небудь працює під моїм керівництвом...
- 37. Мої підлегли...
- 51. Коли я даю іншим доручення ...

IX. Відношення до товаришів по роботі

- 14. Найкраще мені працюється з...
- 30. Люди, з якими я працюю...
- 46. Люблю працювати з людьми, які...
- 62. Люди, які працюють із мною...

X. Страх і побоювання

- 8. Знаю, що нерозумно, але боюся...
- 24. Більшість моїх товаришів не знають, що я боюся...
- 40. Хотілося б мені перестати боятися...
- 55. Мої побоювання не раз змушували мене...

XI. Свідомість провини

- 17. Зробив би все, щоб забути...
- 32. Моєю найбільшою помилкою було...
- 48. Коли я був молодим, то почував себе винуватим, якщо...
- 64. Саме гірше, що мені довелося зробити, це...

XII. Відношення до себе

- 2. Якщо всі проти мене, то...
- 19. Думаю, що я досить вільний, щоб...
- 34. Моя найбільша слабкість полягає в тому...
- 50. Коли мені починає не везти, я...

XIII. Відношення до минулого

- 10. Коли я був дитиною...
- 26. До війни я...
- 42. Якби я знову став молодим...
- 58. Моїм самим живим спогадом дитинства є...

XIV. Відношення до майбутнього

- 5. Майбутнє здається мені...
- 22. Сподіваюся на...
- 38. Наступить той день, коли...
- 53. Коли я буду старим...

XV. Мета

- 3. Я завжди хотів...
- 20. Я міг би бути дуже щасливим, якби...
- 36. Моїм схованим бажанням у житті...
- 52. Більше всього я хотів би в житті...

XVI. Відношення до хвороби

- 6. Якби не хвороба...
- 16. Все-таки здорові люди...
- 35. Моя хвороба...
- 57. Через хворобу...

Кожна відповідь (система відносин) оцінюється за 3-х бальною системою (0, 1, 2).

0 балів ставиться в тому випадку, якщо адаптація не порушена, конфлікт не виявлений;

1 – якщо конфлікт на субклінічному рівні, опитувальний сам бачить шляхи вирішення конфлікту;

2 – коли адаптація порушена, вимагає психотерапевтичної корекції.

Аналізуючи відповіді опитувального, вдається виявити його відношення до себе, свого минулого, сьогодення, майбутнього, навколишнього середовища та ін.

Частина відповідей буває формального характеру, відповідаючи за змістом початку фрази. Емоційно значимі пропозиції навіть при формальній відповідності відповіді супроводжуються затримкою (подовженням латентного періоду), міміко-вегетативною реакцією.

У хворих на істеричну акцентуацію, як правило, виявляється безліч конфліктів, виражена демонстративність відповідей.

У хворих зі страхами і хворобливими переживаннями виявляється непевність у майбутньому.

Чим категоричніше і яскравіше навіть негативні відповіді, які свідчать про конфлікт, тим більше вони свідчать про соціальну дезадаптацію опитуваного.

Методика допомагає розібратися в різноманітній системі відносин особистості хворого, виявити порушення цих відносин, визначити особливості використання психотерапевтичної корекції і реабілітації хворих.

Включення 4-х додаткових питань (6, 16, 35, 57) дозволяє оцінити ступінь виразності психотравмуючого впливу захворювання на соматичних хворих.

При цьому варто мати на увазі, що захворювання, як психотравма може знаходити своє відображення й у висловленнях хворих з інших питань, прямо не пов'язаним із хворобою.

11. Шкала Гамільтона для оцінки депресії (HDRS).

Шкала Гамільтона [Hamilton M., 1967] для оцінки депресії – один з найбільш широко використовуваних у клініці афективної патології цього кола інструментів. Застосовують три версії шкали (17, 21 і 23 пункти). Оригінальна версія містить 23 пункти, 2 з яких (16-й і 18-й) складаються з двох частин – А та Б, які заповнюються альтернативно. Шкала забезпечує простий спосіб оцінки важкості депресії в динаміці.

Рекомендації із застосування шкали

Важкість симптомів депресії в динаміці шляхом повторного тестування оцінюється об'єктивно. Відповідно дослідник повинний бути кваліфікованим і досвідченим психіатром, пройти необхідне навчання. Для оцінки варто вибрати варіант відповіді, що найбільш точно характеризує стан пацієнта, якому варто надати можливість докладної відповіді на питання. Поставте позначку в графі, виділену фоном.

ШКАЛА ГАМІЛЬТОНА ДЛЯ ОЦІНКИ ДЕПРЕСІЇ

ДОСЛІДЖЕННЯ _____ ПАЦІЄНТ _____

ДАТА _____ ВІЗИТ № _____ ІНТЕРВ'ЮЕР _____

Пункт	Бали	Стан
1	2	3
1		ДЕПРЕСИВНИЙ НАСТРІЙ (пригніченість, безнадійність, безпорадність, почуття власної малоцінності)
	0	Відсутність
	1	Ці відчуття виражаються тільки при прямому запитанні
	2	Висловлюється в скаргах спонтанно
	3	Визначається не тільки вербально, але і за допомогою спостереження: міміка, поза, голос, плаксивість
	4	Пацієнт виражає ТІЛЬКИ ЦІ ПОЧУТТЯ, як у спонтанних висловленнях, так і невербально

1	2	3
2		ПОЧУТТЯ ПРОВИНИ
	0	Відсутні
	1	Ідеї самозневаги; вважає, що підвів інших
	2	Ідеї власної винності чи болісні міркування про минулі помилки чи гріхи
	3	Дійсне захворювання розцінюється як покарання; маревні ідеї винності
	4	Вербальні галюцинації обвинувачуваного і засуджуючого змісту і / чи зорові галюцинації загрозливого змісту
3		СУЇЦИДАЛЬНІ НАМІРИ
	0	Відсутні
	1	Почуття, що жити не має сенсу
	2	Бажання смерті чи які-небудь думки про можливість власної смерті
	3	Суїцидальні висловлення чи жести
	4	Суїцидальні спроби (будь-яка серйозна спроба оцінюється як 4 бали)
4		РАННЄ БЕЗСОННЯ
	0	Відсутність утруднень при засинанні
	1	Скарги на епізодичні утруднення при засинанні (довше чим 0,5 години)
	2	Скарги на неможливість заснути щоночі
5		СЕРЕДНЄ БЕЗСОННЯ
	0	Відсутнє
	1	Скарги на неспокійний сон протягом усієї ночі
	2	Багаторазові пробудження протягом ночі – будь-який підйом з ліжка оцінюється як 2 бали (крім фізіологічних потреб)
6		ПІЗНЄ БЕЗСОННЯ
	0	Відсутнє
	1	Раннє пробудження ранком з наступним засинанням
	2	Остаточне раннє ранкове пробудження

1	2	3
7		ПРАЦЕЗДАТНІСТЬ І АКТИВНІСТЬ
	0	Відсутність труднощів
	1	Думки і відчуття неспроможності, почуття втоми і слабкості, які зв'язані з діяльністю: роботою чи хоббі
	2	Втрата інтересу до діяльності (до роботи чи хоббі) яка виражена безпосередньо в скаргах, чи опосередковано, через апатичність і нерішучість (почуття потреби в додатковому зусиллі приступити до роботи чи виявити активність)
	3	Зменшення реального часу прояву активності чи зниження продуктивності. В умовах стаціонару оцінка 3 бали виставляється, якщо активність пацієнта виявляється протягом не менш трьох годин у день (робота в стаціонарі чи хоббі)
4	Відмовлення від роботи внаслідок наявного захворювання; у стаціонарі оцінка 4 бали виставляється, якщо пацієнт взагалі не виявляє активності чи не справляється навіть з рутинною побутовою діяльністю без сторонньої допомоги	
8		ЗАГАЛЬМОВАНІСТЬ (сповільненість мислення і мови, порушення здатності концентрувати увагу, зниження моторної активності)
	0	Нормальна мова і мислення
	1	Легка загальмованість у бесіді
	2	Помітна загальмованість у бесіді
	3	Виражені утруднення при проведенні опитування
	4	Повний ступор
9		АЖИТАЦІЯ (тривожне збудження)
	0	Відсутність
	1	Занепокоєння
	2	Неспокійні рухи руками, смикання волосся та ін.
	3	Рухливість, непосидливість
	4	Постійне перебирання руками, обкусування нігтів, висмикування волосся, покусування губ
10		ПСИХІЧНА ТРИВОГА
	0	Відсутність
	1	Суб'єктивна напруга і дратівливість
	2	Занепокоєння по незначних приводах

1	2	3
	3	Тривога, що проявляється у виразі обличчя і інтонаціях мови
	4	Страх, що виражається і без опитування
11		СОМАТИЧНА ТРИВОГА (фізіологічні прояви тривоги: гастроінтестинальні – сухість у роті, метеоризм, диспепсія, діарея, спазми, відрижка; серцево-судинні – серцебиття, головні болі; дихальні – гіпервентиляція, ядуха; прискорене сечовипускання; підвищене потовиділення)
	0	Відсутність
	1	Слабка
	2	Середня
	3	Сильна
	4	Вкрай сильна
12		ШЛУНКОВО-КИШКОВІ СОМАТИЧНІ СИМПТОМИ
	0	Відсутність
	1	Втрата апетиту, але прийом їжі без примушування; почуття важкості в животі
	2	Прийом їжі тільки при примушуванні; потреба в проносних засобах чи препаратах для купірування гастроінтестинальних симптомів
13		ЗАГАЛЬНІ СОМАТИЧНІ СИМПТОМИ
	0	Відсутність
	1	Важкість в кінцівках, спині чи голові; біль в спині, голові, м'язові болі; почуття втрати енергії чи занепаду сил
	2	Будь-які різко виражені симптоми
14		ГЕНІТАЛЬНІ СИМПТОМИ
	0	Відсутність
	1	Слабо виражені – втрата лібідо
	2	Сильно виражені – менструальні порушення
15		ІПОХОНДРІЯ
	0	Відсутність
	1	Захопленість особистим тілесним станом
	2	Велика стурбованість здоров'ям
	3	Часті скарги, прохання про допомогу та ін.

1	2	3
	4	Іпохондричне маячення
16		ЗНИЖЕННЯ МАСИ ТІЛА (оцінюється пункт А, або Б) А* За даними анамнезу:
17	0	Відсутність зниження маси тіла
	1	Імовірне зниження маси тіла у зв'язку з теперешнім захворюванням
	2	Явне (зі слів пацієнта) зниження маси тіла
	3	Не піддається оцінці
		Б. Якщо зміна маси тіла має місце щотижнево та реєструється в теперешній час
	0	Зниження маси тіла менше 0,5 кг. за тиждень
	1	Більше 0,5 кг. за тиждень
	2	Більше 1 кг. за тиждень
	3	Не піддається оцінці
18	0	Усвідомлення, що хворіє на депресію або яке-небудь захворювання
	1	Усвідомлення хворобливості стану, але віднесення цього на рахунок поганої їжі, клімату, перевтомлення на роботі, вірусної інфекції, необхідності у відпочинку та ін.
	2	Повна відсутність усвідомлення хвороби
18		ДОБОВІ КОЛИВАННЯ
		18 А. Уточніть, коли симптоми виражені в більш тяжкій формі, зранку чи увечері. Якщо добових коливань не має, поставте 0 балів
	0	Відсутність коливань
	1	Погіршення вранці
	2	Погіршення увечері
		18 Б. Якщо добові коливання мають місце, оцініть їх вираженість. При відсутності коливань позначте пункт «відсутні»
	0	Відсутні
	1	Слабкі
	2	Сильні

19		ДЕПЕРСОНАЛІЗАЦІЯ ТА ДЕРЕАЛІЗАЦІЯ (наприклад, відчуття нереальності навколишнього)
	0	Відсутні
	1	Слабка
	2	Помірна
	3	Сильна
	4	Дуже сильна
20		ПАРАНОЇДНІ СИМПТОМИ
	0	Відсутні
	1	Підозрілість
	2	Ідеї відношення
	3	Маячення, ідеї відношення та преслідування
21		ОБСЕСИВНІ ТА КОМПУЛЬСИВНІ СИМПТОМИ
	0	Відсутні
	1	Легкі
	2	Тяжкі

При інтерпретації даних необхідно пам'ятати, що значення балів пунктів 4 – 6, 12 – 14, 16 – 18, у яких перемінні не можуть бути виражені кількісно, оцінюються якісно (від 0 до 2 балів). Пункти 18 – 21 не відображають важкість депресії.

Оцінка тяжкості депресії проводиться за шкалою HDRS у такий спосіб:

- сума балів від 0 до 7 свідчить про відсутність депресії;
- сумарні значення для малого депресивного епізоду складають 7 – 16 балів;
- нижнє граничне значення для великого депресивного епізоду – понад 16 балів;
- максимально можливий загальний бал складає 52 і відповідає крайньому ступеню важкості депресивного синдрому.

**12. Тест для визначення типу відношення до хвороби –
особистісний опитувальник Бехтерєвського інституту («ООБІ»).**

Призначений для діагностики типів відносини до хвороби і лікування у хворих на хронічні соматичні захворювання. Розроблений співробітниками Інституту ім. В. М. Бехтерєва (м. Ленінград) при участі психологів і психіатрів наукових і лікувальних установ СРСР. Опублікований у 1983 р.

Опитувальник складається з 12 наборів фраз-тверджень, що стосуються різних аспектів системи відносин обстежуваного («відношення до лікування», «відношення до лікарів і медперсоналу», «відношення до навколишніх», «відношення до майбутнього» і т.д.). У кожному наборі 10 – 16 пронумерованих тверджень. Напр., у набір «відношення до майбутнього» входять наступні фрази:

- хвороба робить моє майбутнє сумним і сумовитим – 1
- моє здоров'я не дає поки ніяких підстав турбуватися за своє майбутнє – 2
- через хворобу я дуже тривожуся за своє майбутнє – 11

Обстежуваного просять у кожному з наборів тверджень вибрати найбільш придатне для нього і внести відповідний номер у реєстраційний лист. В усіх наборах передбачений «нульовий» варіант, тобто допускається, що жодне з приведених тверджень обстежуваному не підходить. Число виборів за кожним набором – не більш трьох, у тому числі і нульових варіантах.

За допомогою «ООБІ» діагностуються наступні типи відносин:

- 1) **гармонічний** – твереза оцінка свого стану;
- 2) **тривожний** – безупинне занепокоєння і замисливість у відношенні несприятливого перебігу хвороби;
- 3) **іпохондричний** – зосередження на суб'єктивних хворобливих і інших неприємних відчуттях;
- 4) **меланхолічний** – пригніченість хворобою, невір'я у видужання;
- 5) **апатичний** – повна байдужність до своєї долі, результату хвороби;
- 6) **неврастенічний** – поведінка за типом «дратівливої слабкості»;

7) **обсесивно-фобічний** – тривожна замисливість насамперед стосується побоювань не реальних, а малоймовірних;

8) **сенситивний** – надмірна заклопотаність про можливе несприятливе враження, що можуть зробити на навколишніх інформація про хворобу;

9) **егоцентричний** – «відхід у хворобу», виставляння напоказ своїх страждань і переживань з метою цілком заволодіти увагою навколишніх;

10) **ейфорічний** – необґрунтовано підвищений настрій, нерідко награний;

11) **анозогнозичний** – активне відкидання думок про хворобу, її можливих наслідках;

12) **ергопатичний** – «відхід від хвороби в роботу»;

13) **паранояльний** – впевненість, що хвороба це результат чийогось злого змісту.

Діагностуватися можуть лише ті з перерахованих типів, стосовно яких набране т.зв. «мінімальне діагностичне число», визначене емпірично.

Теоретична основа «ООБІ» – психологія відносин. При цьому особливості самої особистості розглядаються як істотний, але не єдиний фактор, що визначає відношення до хвороби. Відношення до хвороби обумовлено:

а) природою самого захворювання;

б) типом особистості, у якому основну роль грає тип акцентуації характеру;

в) відношенням до захворювання в значимому для хворого оточенні.

Під впливом названих трьох факторів формується відношення до хвороби, лікування, лікарів, свого майбутнього і т.д. (Личко А. Е., 1983).

Робота з вивчення *валідності* і *надійності* «ООБІ» не довершена. Опубліковані дані виявляють кореляції між деякими типами відносини до хвороби і конкретним психосоматичним захворюванням. Наприклад, при виразковій хворобі виявляються іпохондричний і неврастенічний типи відносин. На матеріалі обстеження великої кількості хворих (1,2 тис. чоловік) виділені твердження «ООБІ», найбільш інформативні для психодіагностики «гармонічного» типу ві-

дносини до хвороби (Карпова Э. Б., 1985). Опитувальник може бути використаний при проведенні групового обстеження.

ОСОБИСТІСНИЙ ОПИТУВАЛЬНИК БЕХТЕРЕВСЬКОГО ІНСТИТУТУ

П.І.Б.: _____ «_____» _____ 20 __ року

ІНСТРУКЦІЯ: Уважно прочитайте твердження (на вибір), представлені нижче в 12-ти розділах (від самопочуття до відношення до майбутнього).

Виберіть ті, котрі на Ваш погляд найбільш точно відповідають Вашому стану, і обведіть їх номери.

За кожним розділом можна зробити від 1 до 3 виборів. Якщо жодне твердження не відповідає Вашому стану, обведіть у даному розділі цифру «0». Намагайтеся працювати швидко, не задумуючись. Пам'ятайте, що гарних і поганих відповідей немає.

№	Пропоновані вибори	Код
1	2	3
	I.САМОПОЧУТТЯ	
1	З того часу, як я занедужав, у мене майже завжди погане	Г
2	Я майже завжди почуваю себе бадьорим і повним сил	З
3	Дурне самопочуття я намагаюся перебороти	Г
4	Погане самопочуття я намагаюся не показувати іншим	ПП
5	У мене майже завжди що-небудь болить	И
6	Погане самопочуття виникає у мене після засмучень	Н
7	Погане самопочуття з'являється у мене від чекання неприємностей	Г
8	Я намагаюся терпляче переносити біль і фізичні страждання	–
9	Моє самопочуття цілком задовільне	–
10	З того часу, як я занедужав, у мене буває погане самопочуття з приступами дратівливості і почуттям туги	ТН
11	Моє самопочуття дуже залежить від того, як відносяться до мене оточуючі	–
0	Жодне з визначень до мене не підходить	–

1	2	3
	II. НАСТРІЙ	
1	Як правило, настрій у мене дуже гарний	Ф
2	Через хворобу я часто буваю нетерплячим і дратівливим	ННТЯ
3	У мене настрій псується від чекання можливих неприємностей, занепокоєння за близьких, невпевненості в майбутньому	Ф
4	Я не дозволяю собі через хворобу віддаватися зневірі і сумнівам	Г
5	Через хворобу у мене майже завжди поганий настрій	ИЯ
6	Мій поганий настрій залежить від поганого самопочуття	ТН
7	У мене став зовсім байдужний настрій	А
8	У мене бувають приступи похмурої дратівливості, під час яких дістається оточуючим	–
9	У мене не буває зневіри і сумувань, але може бути жорстокість і гнів	–
10	Найменші неприємності сильно зачіпають мене	П
11	Через хворобу у мене завжди тривожний настрій	ТТО
12	Мій настрій звичайне такий же, як у оточуючих мене людей	–
0	Жодне з визначень до мене не підходить	–
	III. СОН І ПРОБУДЖЕННЯ ВІД СНУ	
1	Прокинувшись, я відразу змушую себе встати	–
2	Ранок для мене – найважчий час доби	–
3	Якщо мене щось розстоює, я довго не можу заснути	ТНО
4	Я погано сплю вночі і почуваю сонливість вдень	А
5	Я сплю мало, але встаю бадьорим: сни бачу рідко	–
6	З ранку я більш активний і мені легше працювати, чим увечері	–
7	У мене поганий і неспокійний сон і часто бувають тужливі сновидіння	–
8	Безсоння у мене настає періодично без особливих причин	–
9	Я не можу спокійно спати, якщо ранком треба вставати у визначену годину	–
10	Ранком я встаю бадьорим і енергійним	–
11	Я просипаюся з думкою про те, що сьогодні треба буде зробити	СС

1	2	3
12	В ночі у мене бувають приступи страху	О
13	З ранку я почуваю повну байдужність до всього	–
14	Я можу вільно регулювати свої сон	–
15	В ночі мене особливо переслідують думки про мою хворобу	О
16	Уві сні мені бачаться всякі хвороби	–
0	Жодне з визначень до мене не підходить	–
IV. АПЕТИТ І ВІДНОШЕННЯ ДО ЇЖІ		
1	Нерідко я соромлюся їсти при сторонніх людях	С
2	У мене гарний апетит	ФП
3	У мене поганий апетит	И
4	Я люблю ситно поїсти	–
5	Я їм із задоволенням і не люблю обмежувати себе в їжі	З
6	Мені легко можна зіпсувати апетит	–
7	Я боюся зіпсованої їжі і завжди ретельно перевіряю її свіжість і доброякісність	И
8	Їжа мене цікавить насамперед як засіб підтримати здоров'я	Р
9	Я намагаюся дотримувати дієти, що сам розробив	И
10	Їжа не доставляє мені ніякого задоволення	–
0	Жодне з визначень до мене не підходить	–
V. ВІДНОШЕННЯ ДО ХВОРОБИ		
1	Моя хвороба мене лякає	Т
2	Я так втомився від хвороби, що мені байдуже, що зі мною буде	АА
3	Намагаюся не думати про свою хворобу і жити безтурботним життям	ФФ
4	Моя хвороба більше всього гнітить мене тим, що люди стали цуратися мене	С
5	Без кінця думаю про всі можливі ускладнення, зв'язані із хворобою	ОО
6	Я думаю, що моя хвороба не виліковна і нічого гарного мене не чекає	И
7	Вважаю, що моя хвороба запущена через неуважність і невміння лікарів	П

1	2	3
8	Вважаю що небезпеку моєї хвороби лікарі перебільшують	З
9	Намагаюся перебороти хворобу, працювати як колись і навіть ще більше	РР
10	Я відчуваю, що моя хвороба набагато тяжче, ніж це можуть визначити лікарі	И
11	Я здоровий, і хвороби мене не турбують	З
12	Моя хвороба протікає зовсім незвичайно - не так, як в інших, і тому вимагає особливої уваги	ЯЯ
13	Моя хвороба мене дратує, робить нетерплячим, запальним	НН
14	Я знаю, з чієї вини я занедужав, і не прощу цього ніколи	П
15	Я всіма силами намагаюся не піддаватися хворобі	Г
0	Жодне з визначень до мене не підходить	–
VI. ВІДНОШЕННЯ ДО ЛІКУВАННЯ		
1	Уникаю всякого лікування - сподіваюся, що організм сам переборє хворобу, якщо про неї поменше думати	–
2	Мене лякають труднощі і небезпека, зв'язані з майбутнім лікуванням	–
3	Я був готовий на саме болісне і навіть небезпечне лікування, тільки б позбутися від хвороби	–
4	Я не вірю в успіх лікування і вважаю його даремним	–
5	Я шукаю нові способи лікування, але, на жаль, в усіх них поступово розчаровуюся	–
6	Вважаю, що мені призначають багато непотрібних ліків, процедур, мене умовляють на нікчемну операцію	–
7	Всякі нові ліки, процедури й операції викликають у мене нескінченні думки про ускладнення і небезпеку, з ними зв'язаних	–
8	Від лікування мені стає тільки гірше	–
9	Ліки і процедури нерідко впливають на мене так незвичайно, що це дивує лікарів	–
10	Вважаю, що серед засобів лікування, що застосовуються, є настільки шкідливі, що їх варто було б заборонити	П
11	Вважаю, що мене лікують не правильно	П

1	2	3
12	Я ні в якому лікуванні не маю потреби	–
13	Мені набридло нескінченне лікування, хочу тільки, щоб мені дали спокій	–
14	Я уникаю говорити про лікування з іншими людьми	Г
15	Мене дратує й озлобляє, коли лікування не дає поліпшення	–
0	Жодне з визначень до мене не підходить	ЗФР
VII. ВІДНОШЕННЯ ДО ЛІКАРІВ І МЕДПЕРСОНАЛУ		
1	Головним у всякому медичному працівникові я вважаю увагу до хворого	Г
2	Я хотів би лікуватися у такого лікаря, у якого велика популярність	И
3	Вважаю, що занедужав я більше всього з провини лікарів	П
4	Мені здається, що лікарі мало що розуміють у моїй хворобі і тільки роблять вид, що лікують	–
5	Мені все одно, хто і як мене лікує	–
6	Я часто турбуюся про те, що не сказав лікарю щось важливе, що може вплинути на успіх лікування	–
7	Лікарі і медперсонал нерідко викликають у мене ворожість	–
8	Я звертаюся те до одного, то до іншого лікаря, тому що не впевнений в успіху лікування	Я
9	З великою повагою я відношуся до медичної професії	Г
10	Я не раз переконувався, що лікарі і медперсонал неухважні і недбало виконують свої обов'язки	НП
11	Я буваю нетерплячим і дратівливим з лікарями і персоналом і потім шкодую про це	–
12	Я здоровий і допомоги лікарів не потребую	–
13	Вважаю, що лікарі і персонал на мене марно витрачають час	–
0	Жодне з визначень до мене не підходить	–
VIII. ВІДНОШЕННЯ ДО РІДНИХ І БЛИЗЬКИХ		
I	Я настільки поглинений думками про мою хворобу, що справи близьких мене перестали хвилювати	–

1	2	3
2	Я намагаюся не показувати виду рідним і близьким, який я хворий, щоб не затьмарювати їм настрою	СР
3	Близькі дарма хочуть зробити з мене важко хворого	–
4	Мене долають думки, що через мою хворобу моїх близьких чекають труднощі і негаразди	–
5	Мої рідні не хочуть зрозуміти важкості моєї хвороби і не співчують моїм стражданням	И
6	Близькі не рахуються з моєю хворобою і хочуть жити в своє задоволення	–
7	Я соромлюся своєї хвороби навіть перед близькими	Я
8	Через хворобу втратився всякий інтерес до справ і хвилювань близьких і рідних	–
9	Через хворобу я став в тягар близьким	–
10	Здоровий вигляд і безтурботне життя моїх близьких викликають у мене ворожість	–
11	Я вважаю, що занедужав через моїх рідних	–
12	Я намагаюся поменше доставляти тягот і турбот моїм близьким через мою хворобу	ГРР
0	Жодне з визначень до мене не підходить	–
ІХ. ВІДНОШЕННЯ ДО РОБОТИ (НАВЧАННЯ)		
1	Хвороба робить мене нікуди негідним працівником (нездатним вчитися)	А
2	Я боюся, що через хворобу я втрачу гарну роботу (прийдеться піти з гарного навчального закладу)	–
3	Моя робота (навчання) стала для мене зовсім байдужною	–
4	Через хворобу мені стало не до роботи (не до навчання)	–
5	Увесь час турбуюся, що через хворобу можу допустити помилку на роботі (не справитися з навчанням)	С
6	Вважаю, що хвороба моя через те, що робота (навчання) заподіяли шкоду моєму здоров'ю	–
7	На роботі (по місці навчання) зовсім не звертають уваги на мою хворобу і навіть чіпляються до мене	О

1	2	3
8	Не вважаю, що хвороба може перешкодити моїй роботі (навчанню)	Ф
9	Я намагаюся, щоб на роботі (за місцем навчання) менш би знали і говорили про мою хворобу	Р
10	Я вважаю, що, не дивлячись на хворобу, треба продовжувати роботу (навчання)	РР
11	Хвороба зробила мене на роботі (навчанні) непосидливим і не терплячим	–
12	На роботі (на навчанні) я намагаюся забути про свою хворобу	–
13	Усі дивуються і захоплюються тим, що я успішно працюю (вчуся), незважаючи на хворобу	–
14	Моє здоров'я не заважає мені працювати (вчитися) там, де я хочу	–
0	Жодне з визначень до мене не підходить	–
Х. ВІДНОШЕННЯ ДО ОТОЧУЮЧИХ		
1	Мені тепер все одно, хто мене оточує і хто біля мене	–
2	Мені хочеться тільки, щоб оточуючі залишили мене в спокої	–
3	Коли я занедужав, всі про мене забули	–
4	Здорові обличчя і життєрадісність оточуючих викликають у мене роздратування	–
5	Я намагаюся, щоб оточуючі не зауважували моєї хвороби	–
6	Моє здоров'я не заважає мені спілкуватися з оточуючими, скільки мені хочеться	ЗЗ
7	Мені б хотілося, щоб оточуючі випробували на собі як важко хворіти	–
8	Мені здається, що навколишні цураються мене через мою хворобу	–
9	Оточуючі не розуміють моєї хвороби і моїх страждань	Я
10	Моя хвороба і те, як я її переносю, дивують і вражають оточуючих	–
11	З оточуючими я намагаюся не говорити про мою хворобу	–

1	2	3
12	Моє оточення довело мене до хвороби, і я цього не прошу	–
13	Серед оточуючих я тепер бачу, як багато людей страждає від хвороби	–
14	Спілкування з людьми мені тепер стало швидко набридати і навіть дратує мене	И
15	Моя хвороба не заважає мені мати друзів	Г
0	Жодне з визначень до мене не підходить	–
XI. ВІДНОШЕННЯ ДО САМОТНОСТІ		
1	Віддаю перевагу самотності, тому що одному мені краще	АС
2	Я почуваю, що хвороба прирікає мене на повну самотність	–
3	На самоті я намагаюся знайти яку-небудь цікаву і потрібну роботу	–
4	На самоті мене починають особливо переслідувати нерадісні думки про хворобу, ускладнення, майбутні страждання	–
5	Часто, залишившись наодинці, я скоріше заспокоююся: люди мене стали сильно дратувати	НЯ
6	Соромлячись хвороби, я намагаюся віддалитися від людей, а на самоті нудькую за людьми	–
7	Уникаю самотності, щоб не думати про свою хворобу	–
8	Мені стало все одно: що бути серед людей, що залишатися на самоті	–
9	Бажання побути одному залежить від обставин і настрою	ГФ
10	Я боюся залишатися на самоті через побоювання, зв'язані із хворобою	СЯ
0	Жодне з визначень до мене не підходить	Ф
XII. ВІДНОШЕННЯ ДО МАЙБУТНЬОГО		
1	Хвороба робить моє майбутнє сумним і сумовитим	АА
2	Моє здоров'я не дає поки ніяких основ турбуватися про майбутнє	ЗФ
3	Я завжди сподіваюся на щасливе майбутнє, навіть у самі тяжкі хвилини	–
4	Не вважаю, що хвороба може істотно відіб'ється на моєму майбутньому	ЗЗ

1	2	3
5	Акуратним лікуванням і дотриманням режиму я сподіваюся домогтися поліпшення здоров'я в майбутньому	ГТ
6	Своє майбутнє я цілком зв'язую з успіхом у моїй роботі (навчанні)	–
7	Мені стало байдуже, що стане зі мною в майбутньому	А
8	Через мою хворобу я в постійній тривозі за моє майбутнє	ИСЯЯ
9	Я впевнений, що в майбутньому розкриються помилки і недбалість тих, через кого я занедужав	П
10	Коли я думаю про своє майбутнє, мене охоплюють туга і роздратування на інших людей	–
11	Через хворобу я дуже тривожуся за своє майбутнє	–
0	Жодне з визначень до мене не підходить	–

13. Тест визначення акцентуації характеру Леонгарда-Шмішека.

Риси особистості, що самі по собі ще не є патологічними, але можуть за певних умов розвиватися в позитивному чи негативному напрямках, досягаючи, крайніх варіантів норми, які граничать із психопатіями, називаються акцентуйованими. Такий характер людини відноситься до акцентуйованого. К. Леонгард і Н. Шмішек виділяють 10 основних типів акцентуації характеру.

1. Тип, що застряє, (З).

Даний тип схильний до «фіксації» афекту, до маревних реакцій. Люди цього типу педантичні, злопам'ятні, довго пам'ятають образи, сердяться, ображаються. Нерідко на цьому ґрунті у них з'являються нав'язливі ідеї. В емоційному відношенні вони ригідні. Іноді можуть виявляти афективні спалахи, агресію. У патології це паранойяльний психопат.

2. Збудливий тип (Зб).

Характеризується підвищеною збудливістю й агресивністю. Моральні устої малозначущі, у поривах гніву у нього відзначається наростання агресивності, що супроводжується активізацією відповідних дій. Осмислення у представників цього типу, як правило, утруднене чи уповільнено. У патології це теж паранойяльний психопат.

3. Демонстративний тип (Де).

До цього типу належать люди, у яких сильно виражений егоцентризм, прагнення бути постійно в центрі уваги («нехай ненавидять, аби не були байдужими»). Серед артистів кількість таких людей може бути значною. Якщо у таких людей немає особливих здібностей, вони домагаються уваги антисоціальними вчинками. Щоб прикрасити свою персону, вони йдуть на патологічну облудність. Схильні носити яскравий, екстравагантний одяг. Можуть бути визначені за цією ознакою і за манерою поведінки зовні. У патології це істеричний психопат.

4. Педантичний тип (П).

Відрізняється яскраво вираженою зібраністю, що відображає інертність психічних процесів. Обґрунтованість, чіткість і завершеність у діях, високий самоконтроль дозволяють виконувати роботу пунктуально і сумлінно, однак занадто повільно і малопродуктивно в мисленні. У діях виявляється надмірна стандартність і передбачливість. При нав'язливому крайньому педантизмі можуть наступити злобно-тужливі настрої. У патології це епілептоїдна психопатія.

5. Гіпертимний тип (Г).

Характеризується переважно піднятим настроєм, підвищеною психічною активністю і спрагою діяльності. Заповзятливість, ініціатива, розкидання іскор оптимізму – характерні риси цього типу. Однак надмірна веселість і жвавість не завжди дозволяють доводити справу до кінця, бути обов'язковим, строго дотримувати норми, дорожити своїм авторитетом. Легкодумство нерідко виявляється в прожектерстві, незібраності, сумнівних вчинках. У патології це невроз нав'язливих ідей.

6. Дистимний тип (Ди).

На противагу гіпертимному типу характерна схильність до депресії, зосередженість на похмурих сторонах життя, повільність і загальмованість. Незважаючи на серйозну настроєність на справу, стимуляція життєдіяльності залишає бажати кращого. В контактах із людьми цей тип швидко стомлюється, після чого шукає самотності.

7. Циклоїдний (циклотимічний) тип (Ц).

Яскраво виражена зміна гіпертимних і дистимних фаз. Характерною є мінливість настрою, вчинків і дій без видимих причин. Звичайно гарний настрій нетривалий, поганий – більш довгостроковий, при ньому спостерігається швидке стомлення і зниження творчої активності.

8. Екзальтований тип (Е).

Цьому типу характерний широкий діапазон емоційних станів. Екзальтація (захоплено-збудливий стан) виявляється в бурхливій реакції, змінюваності на-

прямок активності, високій вразливості, сильній прихильності до друзів. Щире і глибоке переживання чужих проблем підсилює психічну реакцію людей цього типу акцентуації. Віруючі люди нерідко можуть впадати в релігійний екстаз.

9. Тривожний тип (Т).

Це люди меланхолічного складу з дуже високим рівнем тривожності, схильні до страхів, нерішучості, боязкості, надмірній підпорядкованості. Недооцінюють, применшують свої здібності. За характером соромливі, лякаються відповідальності. Високий рівень тривожності нерідко супроводжується прагненням до свержкомпенсації за рахунок викиду негативних емоцій.

10. Емотивний тип (Ем).

Відрізняється підвищеною чутливістю, вразливістю і глибиною переживань. Співпереживання, м'якосердя, зворушеність, різка зміна настрою по незначних приводах – характерна риса емотивів. У любові ранимі. Не проти того, щоб їх опікували. Під впливом бурхливих подій у навколишній дійсності можливі патології аж до депресії і суїциду.

Перераховані вище типи акцентуації характеру можна об'єднати в дві великі групи, що відображають акцентуації властивостей безпосереднього характеру чи акцентуації властивостей темпераменту.

До першої групи відносяться тип, що застряє (З), збудливий (У), демонстративний (Де), педантичний (П) типи.

До другої – гіпертивний (Г), дистимний (Ди), циклоїдний (Ц), екзальтований (Е), тривожний (Т), емотивний (Ем) типи.

Типи акцентуацій першої групи відображають в основному властивості характеру, у той час як типи другої групи – особливості темпераменту і характеру, а також глибину афективних реакцій.

Тест визначення акцентуацій характеру Леонгарда-Шмішека

Інструкція: Відзначте питання-твердження, з якими ви згодні. Опитувальник складається з 97 питань. Працювати потрібно досить швидко, довго не роздумуючи над кожним питанням:

1. Ваш настрій, як правило, буває ясным, непотьмареним?
2. Чи сприйнятливі ви до образ?
3. Чи буває так, що у вас на очі навертаються сльози в кіно, театрі, у бесіді та ін.?
4. Чи виникає у вас по закінченні якої-небудь роботи сумнів у якості її виконання і чи застосовуєте ви перевірку – чи правильно все було зроблено?
5. Чи були ви в дитинстві такі ж сміливим, як ваші однолітки?
6. Чи часто у вас бувають різкі зміни настрою (тільки що парили в хмарах від щастя, і раптом стає дуже сумтно)?
7. Чи буваєте ви під час веселощів в центрі уваги?
8. Чи бувають дні, коли ви без особливих причин буркотливі і дратівливі й усі вважають, що вас краще не чіпати?
9. Чи завжди ви відповідаєте на листи після прочитання?
10. Чи серйозна ви людина?
11. Чи здатні ви на час так сильно захопитися чим-небудь, що все інше перестає бути значимим для вас?
12. Чи заповзятливі ви?
13. Чи швидко ви забуваєте образи?
14. Чи м'якосерді ви?
15. Коли ви кидаєте лист у поштову скриньку, чи перевіряєте ви, опустилося воно туди чи ні?
16. Чи вимагає ваше честолюбство того, щоб у роботі чи навчанні ви були одним з перших?
17. Чи боялися ви в дитинстві грози чи собак?
18. Чи смієтеся ви іноді над непристойними жартами?

19. Чи є серед ваших знайомих люди, що вважають вас педантичним?
20. Чи дуже залежить ваш настрій від зовнішніх обставин і подій?
21. Чи люблять вас ваші знайомі?
22. Чи часто ви перебуваєте під владою сильних внутрішніх поривів і спонукань?
23. Ваш настрій звичайно трохи подавлений?
24. Чи траплялось вам ридати, переживаючи важке нервово потрясіння?
25. Чи важко вам довго сидіти на одному місці?
26. Чи відстоюєте ви свої інтереси, коли стосовно вас допускається несправедливість?
27. Чи хвастаетесь ви іноді?
28. Змогли б ви у випадку потреби зарізати домашню тварину чи птаха?
29. Чи дратує вас, якщо штора чи скатертина висить нерівно, чи намагаєтесь ви це виправити?
30. Чи боялися ви в дитинстві залишатися в будинку наодинці?
31. Чи часто псується ваш настрій без видимих причин?
32. Чи траплялось вам бути одним із кращих у вашій професійній діяльності?
33. Чи легко ви впадаєте в гнів?
34. Чи здатні ви бути пустотливо-веселим?
35. Чи бувають у вас стани, коли ви переповнені щастям?
36. Змогли б ви грати роль конферанс'є у веселих виставах?
37. Чи брехали ви коли-небудь у своєму житті?
38. Чи говорите ви людям свої думки про них прямо в очі?
39. Чи можете ви спокійно дивитися на кров?
40. Чи подобається вам робота, коли тільки ви відповідальні за неї?
41. Чи заступаєтесь ви за людей, стосовно яких допущена несправедливість?
42. Чи турбує вас необхідність спуститися в темний погріб, увійти в порожню, темну кімнату?

43. Чи віддаєте ви перевагу діяльності, яку потрібно виконувати довго і точно, тієї, котра не вимагає великої копіткості і робиться швидко?
44. Ви дуже товариська людина?
45. Чи охоче ви в школі декламували вірші?
46. Чи збігали ви в дитинстві з будинку?
47. Звичайно ви без коливань поступаєтеся місцем у суспільному транспорті старим пасажиром?
48. Чи часто вам життя здається важким?
49. Чи траплялось вам так розстроюватись через який-небудь конфлікт, після якого ви почували себе не в змозі піти на роботу?
50. Чи можна сказати, що при невдачі ви зберігаєте почуття гумору?
51. Чи намагаєтеся ви помиритися, якщо кого-небудь скривдили? Чи віддаєте ви перевагу першим зробити кроки до примирення?
52. Чи дуже ви любите тварин?
53. Чи траплялось вам, ідучи з будинку, повертатися, щоб перевірити, чи не відбулося чого-небудь?
54. Чи турбували вас які-небудь думки, що з вами чи з вашими родичами повинне що-небудь трапитися?
55. Чи істотно залежить ваш настрій від погоди?
56. Чи важко вам виступати перед великою аудиторією?
57. Чи можете ви, коли роздратуєтесь на кого-небудь, пустити в хід руки?
58. Чи дуже ви любите веселитися?
59. Ви завжди говорите те, що думаєте?
60. Чи можете ви під впливом розчарування вдатися у відчай?
61. Чи приваблює вас роль організатора в якій-небудь справі?
62. Чи наполягаєте ви на шляху до досягнення мети, якщо зустрічається яка-небудь перешкода?
63. Чи відчуваєте ви задоволення при невдачах людей, які вам неприємні?
64. Чи може трагічний фільм схвилювати вас так, що у вас на очах виступлять сльози?

65. Чи часто вам заважають заснути думки про проблеми минулого чи про майбутню справу?

66. Чи властиво було вам у шкільні роки підказувати чи давати списувати товаришам?

67. Змогли б ви пройти в темряві один через цвинтар?

68. Ви, не роздумуючи, повернули б зайві гроші в касу, якби знайшли, що одержали їх занадто багато?

69. Чи велике значення ви додаєте тому, що кожна річ у вашому будинку повинна знаходитися на своєму місці?

70. Чи траплялось вам, лягаючи спати у відмінному настрої, наступним ранком вставати в поганому настрої, що триває кілька годин?

71. Чи легко ви пристосовуєтеся до нової ситуації?

72. Чи часто вас турбують запаморочення?

73. Чи часто ви смієтеся?

74. Чи зможете ви відноситися до людини, про якої ви поганої думки, так привітно, що ніхто не догадається про ваше дійсне відношення до нього?

75. Ви людина жива і рухлива?

76. Чи сильно ви страждаєте, коли відбувається несправедливість?

77. Ви пристрасний любитель природи?

78. Ідучи з будинку чи лягаючи спати, чи перевіряєте ви, чи закриті кра-ни, чи погашене скрізь світло, чи замкнені двері?

79. Чи полохливі ви?

80. Чи може прийняття алкоголю змінити ваш настрій?

81. Чи охоче ви берете участь у кружках художньої самодіяльності?

82. Чи тягне вас іноді виїхати далеко від будинку?

83. Чи дивитеся ви на майбутнє небагато песимістичне?

84. Чи бувають у вас переходи від веселого настрою до тужливого?

85. Чи можете ви розважати суспільство, бути душею компанії?

86. Чи довго ви зберігаєте почуття гніву, досади?

87. Чи переживаєте ви тривалий час прикrostі інших людей?

88. Чи завжди ви погоджуєтесь з зауваженнями в свою адресу, правильність яких усвідомлюєте?
89. Чи переписували ви в шкільні роки сторінки в зошиті через помарки?
90. Ви стосовно людей більше обережні, недовірливі, ніж довірливі?
91. Чи часто у вас бувають страшні сновидіння?
92. Чи бувають у вас такі нав'язливі думки, що якщо ви знайдетесь на пероні, то можете проти своєї волі кинутися під потяг, що наближається, чи можете кинутися з вікна верхнього поверху великого будинку?
93. Чи стаєте ви веселіше в компанії веселих людей?
94. Ви людина, що не думає о складних проблемах, а якщо і думає, то лише недовго?
95. Чи робите ви під впливом алкоголю раптові, імпульсивні вчинки?
96. В бесідах ви більше мовчите, ніж говорите?
97. Могли б ви, зображуючи кого-небудь, так захопитися, щоб на час забути, який ви насправді?

Аналіз результатів тестування:

1. Робиться підрахунок відповідей, що збігаються з «ключем» до опитувальника (табл. 3) за кожним із властивостей характеру (типів акцентуації), і окремо – за показником щирості відповідей.
2. Сума балів за кожним із властивостей характеру збільшується на відповідний коефіцієнт, зазначений у ключі.
3. Якщо результат множення на коефіцієнт перевищить значення 18, то це свідчить про виразність даної акцентуації. Максимальне значення набраних балів за показником «фіксації» – 22, за іншими – 24.
4. Максимальне значення набраних балів за шкалою «щирість» складає 10. При сумі балів, що не перевищують 5, можна вважати, що відповіді досліджуваного здебільшого цілком щирі. При сумі балів 6–7 щирість відповідей досліджуваного піддається сумніву. При значенні 8–10 балів відповіді визнаються недостовірними, аналіз тестування не робиться.

«Ключ» до опитувальника

Властивість характеру	Коефіцієнт	Відповіді «так»	Відповіді «ні»
Фіксація	2	2, 16, 26, 38, 41, 62, 76, 86, 90	13, 51
Збудливість	3	8, 22, 33, 46, 57, 72, 82, 95	–
Демонстративність	2	7, 21, 24, 32, 45, 49, 71, 74, 81, 94, 97	56
Педантичність	2	4, 15, 19, 29, 43, 53, 65, 69, 78, 89, 92	40
Гіпертимність	3	1, 12, 25, 36, 50, 61, 75, 85	–
Дистимність	3	10, 23, 48, 83, 96	34, 58, 73
Циклотимність	3	6, 20, 31, 44, 55, 70, 80, 93	–
Екзальтованість	6	11, 35, 60, 84	–
Тривожність	3	17, 30, 42, 54, 79, 91	5, 67
Емоційність	3	3, 14, 52, 64, 77, 87	28, 39
Щирість відповідей	1	9, 47, 59, 68, 88	18, 27, 37, 63, 66

5. За даними тестування акцентуацій характеру робиться профіль особистості досліджуваного.

Оцінювання рівня акцентуованості особистості проводиться за «ключем», і результати відображаються на графіку.

«Ключ» до опитувальника:

1. *Демонстративність* (Дм):

7, 19, 22, 29, 41, 44, 51, 63, 66, 73, 85, 88 = 12 балів (результат помножити на 2 для нормування в 24-бальній шкалі).

2. *Педантичність* (П):

4, 14, 17, 26, 36, 39, 48, 58, 61, 70, 80, 83 = 12 балів (результат помножити на 2).

3. *Фіксація (ригідність)* (Ф):

2, 12, 15, 24, 34, 37, 46, 56, 59, 68, 78, 81 = 12 балів (результат помножити на 2).

4. *Збудливість* (Зб):

8, 20, 30, 42, 52, 64, 74, 86 = 8 балів (результат помножити на 3 для нормування в 24-х бальній шкалі).

5. *Гіпертимність* (Г):

1, 11, 23, 33, 45, 55, 67, 77 = 8 балів.

6. *Дистимічність* (Ди):

9, 21, 31, 43, 53, 66, 75, 87 = 8 балів.

7. *Циклотимність* (Ц):

6, 18, 28, 40, 50, 62, 72, 84 = 8 балів.

8. *Екзальтованість* (Е):

10, 32, 54, 76 = 4 бали (помножити на 6 для нормування в 24-бальній шкалі).

9. *Тривожність* (Т)

5, 16, 27, 38, 49, 60, 71, 82 = 8 балів.

10. *Емотивність* (Ем):

3, 13, 25, 35, 47, 57, 69, 79 = 8 балів.

Додатки

**СИСТЕМА ПСИХОТЕРАПІЇ
В ЗАГАЛЬНІЙ ПРАКТИЦІ – СІМЕЙНІЙ МЕДИЦИНІ**

**Загальні чинники необхідності застосування психотерапії
у загально соматичній практиці**

Значна частина хворих на хронічні соматичні захворювання потребують корекції психоемоційного стану.

При цьому не викликає сумнівів те, що саме психотерапія, як метод неінвазивного втручання, що майже не має протипоказань і не дає побічної дії при сполученні з фармакотерапією соматичної патології, є найприйнятнішим та найефективнішим засобом такої корекції.

Разом з тим, за своїм змістом, призначенням, роллю в лікувальному процесі психотерапія в соматичній клініці суттєво відрізняється від такої в клініці неврозів.

Якщо велика, або спеціальна психотерапія є справою фахівців-психотерапевтів, потребує спеціальної підготовки лікаря, спеціальних умов, має чітке коло показань і протипоказань, що обмежує її застосування, то галузь малої, або загальної психотерапії по суті є безмежною і повинна входити в якості обов'язкового елемента до арсеналу знань та навичок кожного лікаря.

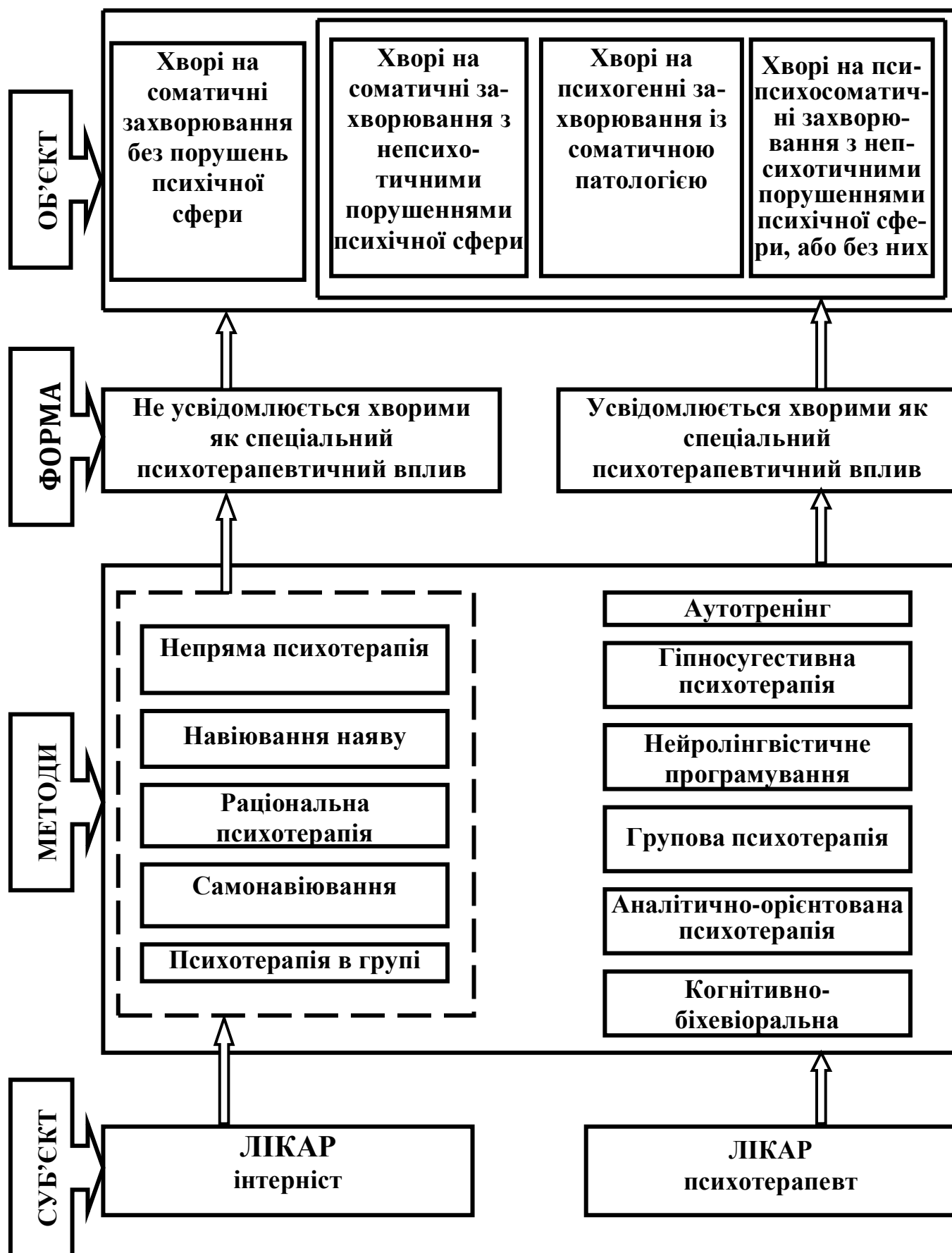
До основних особливостей психотерапевтичного процесу в лікуванні хворих на соматичні захворювання слід віднести перш за все наявність двох **суб'єктів психотерапії**: лікаря-психотерапевта, як виконавця великої психотерапії, і лікаря – інтерніста, виконавця малої психотерапії.

Об'єкт психотерапії в загально соматичній мережі також не є однорідним. З точки зору потреби в психотерапевтичній корекції всіх пацієнтів із соматичною патологією можна розділити на чотири групи:

- 1). Хворі на психосоматичні захворювання із непсихотичними порушеннями психіки і без них;
- 2). Хворі на психогенні захворювання із соматичною патологією;
- 3). Хворі на соматичні захворювання з непсихотичними порушеннями психіки;
- 4). Хворі на соматичні захворювання без порушень психіки.

Б Л О К - С Х Е М А

особливостей психотерапевтичного процесу
в лікуванні хворих на соматичні захворювання



Перші три групи хворих безумовно потребують спеціальної психотерапевтичної корекції на патогенетичному і симптоматичному рівнях, більшість пацієнтів четвертої групи, хоча і не виявляють клінічно окреслених розладів психіки, потребують корекції відношення до соматичного страждання, лікування, корекції психологічного статусу.

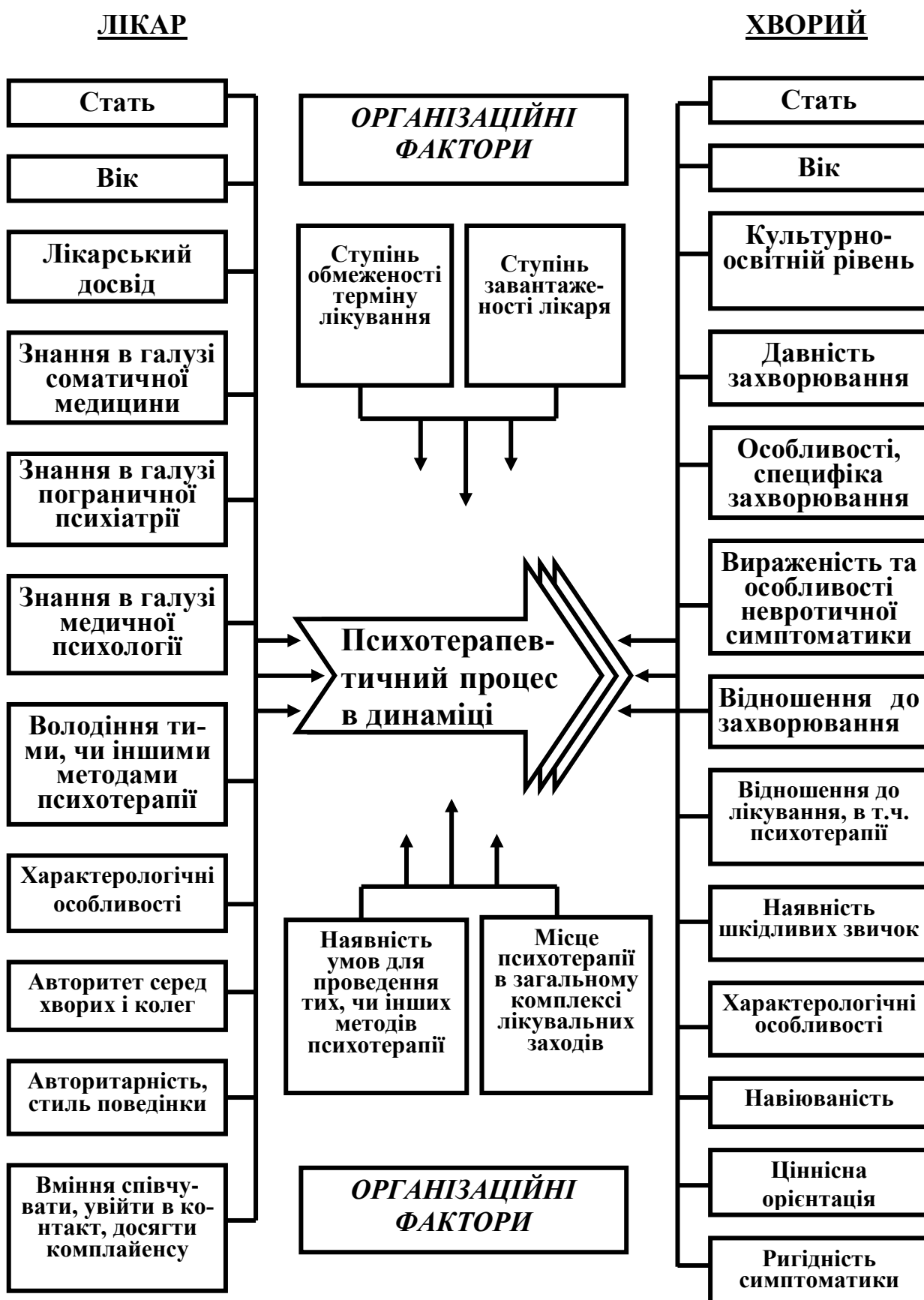
При цьому лікар-інтерніст може використовувати такі **методи психотерапії**, як раціональна, непряма, навіювання наяву та самонавіювання, психотерапія в групі, а лікар-психотерапевт, окрім цього – аутотренінг, нейролінгвістичне програмування, методи гіпносугестивної, групової, аналітично-орієнтованої, когнітивно-біхевіоральної психотерапії тощо.

Головною ж відмінністю малої та великої психотерапії є **форма психотерапевтичного впливу**, який у виконанні лікаря-інтерніста, на відміну від дій лікаря-психотерапевта, не сприймається пацієнтами як психотерапія, а носить в уявленні хворих характер бесід, рекомендацій, спілкування, і таким чином обходить природній бар'єр критики інформації, що надходить зовні, реалізується більшою мірою через сферу підсвідомості.

Взагалі за своїм змістом, зовнішніми проявами, тривалістю та методикою побудови психотерапія в соматичній клініці не є абсолютно однорідною і, як всякий складний, багатофакторно детермінований, динамічний процес, залежить від багатьох чинників, серед яких можна виділити принаймні три основні групи.

БЛОК-СХЕМА

багатофакторної детермінації психотерапевтичного процесу
в соматичній клініці



По-перше, це **фактори, що залежать від лікаря**: демографічні (вік, стать), професійні (лікарський досвід, знання в галузі соматичної медицини, пограничної психіатрії, медичної психології, володіння тими, чи іншими методами психотерапії), особистісні (характерологічні особливості, ступінь авторитарності, стиль поведінки, вміння співчувати, увійти в контакт, досягти комплайенсу, тощо).

По-друге – **фактори, пов'язані з пацієнтом**: демографічні (вік, стать), соціальні (культурно-освітній рівень, ціннісна орієнтація), особливості соматичного страждання (давність, важкість, специфіка), особливості, ступінь виразності та ригідність невротичної симптоматики, особливості відношення до захворювання, лікування і, зокрема, психотерапії, характерологічні особливості, ступінь навіюваності, наявність шкідливих звичок.

По-третє – **організаційні фактори**: ступінь обмеженості терміну лікування та завантаження лікаря, наявність умов для застосування тих, чи інших методів психотерапії та її місце в загальному комплексі лікувальних заходів.

Саме взаємовплив та комбінації цих факторів визначають тривалість курсу психотерапії, використання тих, чи інших методів, поєднання їх в одному сеансі, саму кількість та послідовність занять тощо.

В структурі психотерапії в соматичній клініці, можна виділити три напрямлення із своїми конкретними цілями.

СТРУКТУРА

дерева цілей та ефективності психотерапії
хворих на соматичні захворювання

НАПРАВЛЕННЯ (цілі впливу)		ЕФЕКТИВНІСТЬ (очікувані результати)
1	2	3
<i>Лікувально-потенціююче</i>	<i>--I--</i>	<i>Медико-біологічна</i>
Ліквідація гострої невротичної симптоматики	---1---	Досягнення позитивних зрушень в психоемоційному стані хворих
Потенціювання дії інших лікувально-діагностичних заходів (в тому числі і плацебо), формування позитивного ставлення до них	---2---	Посилення ефективності лікувально-діагностичних заходів (в тому числі і досягнення плацебо-ефекту)
Дезактуалізація побіювань побічної дії медикаментів, інших лікувальних процедур	---3---	Підвищення ефективності дії лікувальних засобів за рахунок більш ретельного і повного виконання пацієнтом призначень лікаря
Боротьба з переоцінкою окремих результатів досліджень під час обстеження та лікування	---4---	Досягнення більш повного обстеження та адекватного лікування пацієнтів
<i>Психокорекційне</i>	<i>--II--</i>	<i>Медико-психологічна</i>
Реалізація принципу «стерильності слів та дій» (профілактика ятрогеній)	---5---	Запобігання виникненню ятрогеній
Корекція установки на лікаря, формування необхідного психологічного контакту в системі «лікар-пацієнт»	---6---	Створення ефекту «віри в лікаря», оптимального психологічного контакту хворого з лікарем
Корекція установки на лікування, формування «справжнього бажання вилікуватися», позитивної лікувальної перспективи	---7---	Активна позиція та високий рівень мотивації хворого щодо лікування, впевненість у позитивному результаті лікування

1	2	3
Корекція сприйняття захворювання, «внутрішньої картини хвороби»	---8---	Нормалізація розуміння здоров'я і захворювання, формування адекватного відношення до хвороби
<i>Соціально-адаптує</i>	--III--	<i>Медико-соціальна</i>
Навчання хворих основам адаптації в макро- та мікросоціальному середовищі, що оточує їх	---9---	Покращення адаптації хворих в макро- та мікросоціальному середовищі
Підготовка пацієнтів до співіснування з окремими проявами хронічного захворювання	--10--	Усвідомлення необхідності деяких корисних обмежень, дотримання режиму праці та відпочинку тощо
Перебудова системи цінностей пацієнтів в напрямку пониження соціальної значущості захворювання	--11--	Розширення соціального спектру цінностей та інтересів пацієнтів, зменшення негативного впливу захворювання на їхній соціальний статус
Формування потреби в здоровому способі життя, збереженні власного здоров'я та досягненні активного довголіття	--12--	Зміна способу життя в необхідному напрямку, активна позиція щодо збереження власного здоров'я та досягнення активного довголіття

I. Лікувально-потенціюючий напрямок:

- 1) ліквідація гострої невротичної симптоматики;
- 2) потенціювання дії інших лікувально-діагностичних заходів (в тому числі і плацебо), формування позитивного ставлення до них;
- 3) дезактуалізація побочовань побічної дії медикаментів, інших лікувальних процедур;
- 4) боротьба з переоцінкою окремих результатів досліджень під час обстеження та лікування.

II. Психокорекційний напрямок:

- 5) реалізація принципу «стерильності слів та дій» (профілактика ятрогеній);
- 6) корекція установки на лікаря, формування необхідного психологічного контакту в системі «лікар – пацієнт»;
- 7) корекція установки на лікування, формування «справжнього бажання вилікуватися», позитивної лікувальної перспективи;
- 8) корекція сприйняття захворювання, «внутрішньої картини хвороби».

III. Соціально-адаптуєчий напрямок:

- 9) навчання хворих основам адаптації в макро- та мікросоціальному середовищі, що оточує їх;
- 10) підготовка пацієнтів до співіснування з окремими проявами хронічного захворювання;
- 11) перебудова системи цінностей пацієнтів в напрямку пониження соціальної значущості захворювання;
- 12) формування потреби в здоровому способі життя, збереженні власного здоров'я та досягненні активного довголіття.

Відповідно структурі напрямка психотерапевтичного впливу можна виділити три основні види його ефективності з конкретними результатами:

I. Медико-біологічна:

- 1) досягнення позитивних зрушень в психоемоційному стані хворих;
- 2) посилення ефективності лікувально-діагностичних заходів (в тому числі і досягнення плацебо-ефекту);
- 3) підвищення ефективності дії лікувальних засобів за рахунок більш ретельного і повного виконання пацієнтом призначень лікаря;
- 4) досягнення більш повного обстеження і адекватного лікування пацієнтів.

II. Медико-психологічна:

- 5) запобігання виникнення ятрогеній;

6) створення ефекту «віри в лікаря», оптимального психологічного контакту хворого з лікарем;

7) досягнення активної позиції та високого рівня мотивації хворого щодо лікування, впевненості у позитивному результаті лікування;

8) нормалізація розуміння здоров'я і захворювання, формування адекватного відношення до хвороби.

III. Медико-соціальна:

9) покращення адаптації хворих в макро- та мікросоціальному середовищі;

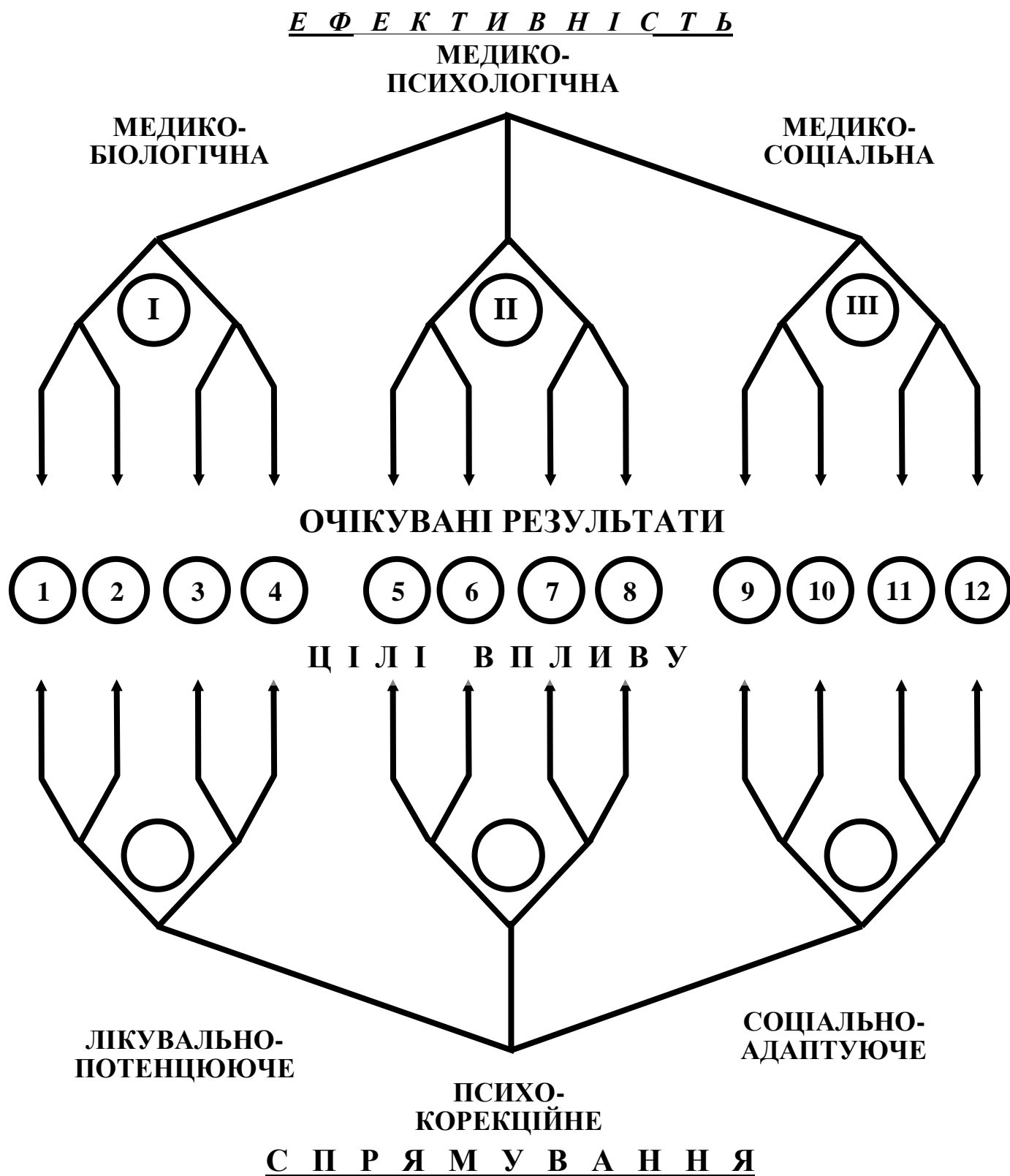
10) усвідомлення пацієнтами необхідності деяких корисних обмежень, дотримання режиму праці та відпочинку тощо;

11) розширення соціального спектру цінностей та інтересів пацієнтів, зменшення негативного впливу захворювання на їхній соціальний статус;

12) зміна способу життя в необхідному напрямку, активна позиція щодо збереження власного здоров'я та досягнення активного довголіття.

СХЕМА

дерева цілей та ефективності психотерапії хворих
на соматичні захворювання



Принципи побудови системи психотерапії хворих на хронічні соматичні захворювання з непсихотичними формами порушень психічної сфери.

На підставі вказаних вище загальних закономірностей психотерапевтичного процесу в соматичні клініці у хворих на хронічні соматичні захворювання, мають бути застосовані основні концептуальні підходи та принципи побудови системи їх психотерапії.

Перш за все, **психотерапевтичний вплив на соматичних хворих повинен бути системним і багаторівневим**, зорієнтованим в трьох основних напрямках, в кожному з яких можна виділити декілька рівней:

Перший напрямок – біологічний, в якому виділяється п'ять рівней:

1. Організму (найвищий і загальноохватний із біологічного напрямку, що передбачає вплив на весь організм, як тотальну біологічну систему, або систему систем)

2. Функціональних систем (по П. К. Анохіну – сукупність фізіологічних систем, взаємодіючих у виконанні певної роботи, які використовуються в процесі направленої впливу);

3. Фізіологічних систем (системи органів травлення, дихання, кровообігу, сечовиділення, ендокринна та інші, до яких адресується психотерапевтичний вплив);

4. Органів (наприклад, навіювання спокійної роботи серця, або відчуття тепла в області шлунка, нирок тощо);

5. Окремих груп клітин (незважаючи на відому долю умовності цього рівня, дослідження, проведені під керівництвом професора А. Т. Філатова, доказали реальність гіпнотичного впливу на клітини букального епітелію).

Другий напрямок – психологічний (психічний), в якому виділяється три рівні:

1. Особистості (найвищий і тотальний рівень цього напрямку, що передбачає корекцію особистісних установок, системи моральних цінностей тощо);

2. Сфер психіки (сприйняття, емоції, пам'ять, мислення та інші);

3. Окремих властивостей сфер психіки (наприклад, укріплення та потенціювання впевненості, спокою, витримки тощо).

Третій напрямок – соціальний, який також передбачає три рівні:

1. Макросоціальної реадaptaції особистості (відновлення або корекція рольової позиції особистості);

2. Мікросоціальної реадaptaції особистості (відновлення або корекція мікросоціальних рольових позицій в родині та інших мікросоціальних групах);

3. Аутореабілітації.

При побудові системи психотерапії хворих на соматичні захворювання повинні враховуватися особливості організації лікувального процесу в закладі, де передбачається проведення курсової психотерапії (соматичний чи психіатричний стаціонар, поліклініка, профілакторій або курорт), особливості основного захворювання, невротичних розладів і особистісного реагування на захворювання, обтяженість психоанамнезу та відношення хворої людини до психотерапії.

В комплексі психотерапевтичної корекції можуть і **повинні використовуватися методи, що базуються як на навіюванні, так і переконуванні, розтлумаченні**: гіпносугестивна, раціональна, колективно-групова, непрямая психотерапія, навіювання наяву, самонавіювання, методи психічної саморегуляції та інші, в їх різних модифікаціях, комбінаціях та варіантах.

В процесі психотерапії соматичних хворих, як правило, **комбінуються індивідуальні та групові заняття**. За найпоширенішою методою курс лікування складається із 10 – 12 групових занять, що проводяться 3 – 4 рази на тиждень у відкритих змішаних психотерапевтичних групах по 10 – 12 чоловік, та 4 – 5 індивідуальних сеансів, тривалістю по 55 – 65 хвилин.

При групових заняттях певна увага повинна приділятися індивідуалізації впливу (індивідуальні навіювання, підбір та відпрацювання індивідуальних формул самонавіювання, акцентується увага до особистості кожного пацієнта,

обговорення його проблем в групі, символічний прийом хворого в групу та побажання групи хворому в кінці його лікування і т.п.).

Система психотерапевтичної корекції повинна також **будуватися на основі дидактичного підходу**, який передбачає:

- 1). Етапність впливу;
- 2). Зв'язок кожного послідуєчого заняття з попереднім;
- 3). Доступність (зрозумілість) для хворих інформації;
- 4). Відповідність завдань можливостям хворого;
- 5). Систематичність в оволодінні навичками психічної саморегуляції.

При цьому, в процесі психотерапевтичного впливу нами виділяється **три етапи**:

- 1). Седативно-адаптуєчий;
- 2). Лікувально-коригуєчий;
- 3). Профілактично-закріплюєчий.

Перший (седативно-адаптуєчий) етап, як правило, складається із 1 – 2 індивідуальних та 2 – 3 групових занять.

Основними завданнями його є:

- 1). Встановлення емоційного контакту з хворим;
- 2). Формування довіри до лікаря, адекватного відношення до психотерапії;
- 3). Дезактуалізація гострої невротичної симптоматики.

На цьому етапі, враховуючи наявність у більшості хворих суттєвих проявів астенізації та відсутність певних навичок, методи аутопсихотерапії, як правило, не використовуються.

Основними методами при цьому є: гіпно-сугестивна, раціональна, непряма психотерапія (потенціювання комплексу медикаментозного лікування, фізіотерапії, дієти тощо, а також лікаря -інтерніста, як ключової фігури лікувального процесу).

Головна спрямованість психотерапії цього етапу – симптоматична.

Другий (лікувально-коригуючий) етап складається із 2 – 3 індивідуальних та 4 – 6 групових занять.

Основними завданнями цього етапу є:

- 1). Досягнення позитивної динаміки емоційного стану хворих;
- 2). Усвідомлення хворими зв'язку чинників і проявів невротичних розладів з особливостями їх особистості та поведінки, конфліктами, невирішеними емоційними проблемами;
- 3). Корекція масштабу переживання хвороби, її соціальної значущості;
- 4). Перебудова особистості хворого, системи його відношень, реадаптація в макро- та мікросоціальному середовищі.

Основними методами на цьому етапі стають колективно-групова, раціональна психотерапія, методи психічної саморегуляції, самонавіювання; допоміжними – гіпносугестія, навіювання наяву, непряма психотерапія.

Головна спрямованість психотерапії другого етапу – патогенетична.

Третій (профілактично - закріплюючий) етап включає 2 – 3 групові та 1 – 2 індивідуальні заняття.

Основними завданнями його є закріплення:

- 1). Досягнутого терапевтичного результату;
- 2). Навичок психічної саморегуляції;
- 3). Скоригованої системи життєвих цілей, цінностей, відношення до захворювання, свого «Я» та оточуючого середовища.

Психотерапевтична робота з хворими на цьому етапі здійснюється, насамперед, з шляхом доопрацювання навичок психічної саморегуляції, раціональної психотерапії, навіювання наяву.

Головна спрямованість психотерапії цього етапу – профілактична.

Таким чином, основними принципами побудови системи психотерапії хворих на соматичні захворювання повинні бути:

- 1). Системність та багаторівневість впливу.
- 2). Етапність психотерапевтичних заходів, що базується на дидактичному підході.

3). Комплексність, використання декількох методів психотерапії, з послідовною зміною їх ролі в залежності від завдань етапу системи.

4). Диференційоване поєднання та ієрархічність патогенетичної, симптоматичної і профілактичної направленості психотерапевтичних заходів в залежності від клініко-психопатологічних та психоанамнестичних особливостей соматичних хворих, а також особливостей соматичного страждання та особистісного реагування хворих на нього.

5). Максимальна індивідуалізація психотерапевтичного впливу при переважно груповій формі роботи з хворими.

Структура системи психотерапії хворих на соматичні захворювання

Етапи	Завдання	Спрямованість психотерапії	Методи психотерапії	Кількість та форма
1. Седативно-адаптуючий	1. Встановлення емоційного контакту з хворим. 2. Формування довіри до лікаря, адекватного відношення до психотерапії. 3. Дезактуалізація гострої невротичної симптоматики.	В основному симптоматична, частково патогенетична.	Гіпно-сугестивна, раціональна, непряма (потенціювання комплексу фармакотерапії, фізіотерапії, дієти тощо, а також лікаря-інтерніста).	1 – 2 індивідуальних, 2 – 3 групових
2. Лікувально-коригуючий	1. Досягнення позитивної динаміки емоційного стану хворих. 2. Усвідомлення хворими зв'язку чинників та проявів невротичних розладів з особливостями їх особистості, поведінки, конфліктів, невирішених емоційних проблем. 3. Корекція масштабу переживання хвороби та її соціальної значущості для хворих. 4. Перебудова особистості хворого, реадптація його в макро- та мікросоціальному середовищі.	В основному патогенетична, частково симптоматична та профілактична.	Основні: групова, раціональна психотерапія, методи психічної саморегуляції, самонавіювання. Допоміжні: гіпно-сугестія, навіювання наяву, непряма психотерапія.	2 – 3 індивідуальних, 4 – 6 групових
3. Профілактично-закріплюючий	Закріплення: 1. Досягнутого терапевтичного результату; 2. Навичок психічної саморегуляції; 3. Скоригованої системи життєвих цілей та цінностей хворого, відношення його до захворювання, свого «Я» та оточуючого середовища.	В основному профілактична, частково патогенетична.	Загальні: доопрацювання навичок психічної саморегуляції, раціональна психотерапія. Допоміжні: навіювання наяву, гіпно-сугестія.	1 – 2 індивідуальних, 2 – 3 групових

КОНТРОЛЬНІ ПИТАННЯ

1. Що вивчає медична психологія?
 - А – патопсихологію, нейропсихологію;
 - В – нейропсихологію, соматопсихологію;
 - С – соматопсихологію, нейропсихологію, патопсихологію.
2. Які методи системного дослідження психологічних закономірностей?
 - А – фізіологічні, психологічні, статистичні;
 - В – психологічні, фізіологічні;
 - С – статистичні, психологічні.
3. Які основні психологічні методи дослідження?
 - А – спостереження, опитування, тести, експеримент;
 - В – опитування, тести;
 - С – експеримент, спостереження.
4. Які основні методи психології?
 - А – метод прямого спостереження;
 - В – метод спостереження, яке керується;
 - С – метод прямого спостереження та спостереження, яке керується.
5. Визначте методи психологічної діагностики?
 - А – методи визначення здібностей, проєктивні методи, опитувальники;
 - В – методи визначення здібностей, опитувальники;
 - С – проєктивні методи.
6. Діяльність нервової системи, за висловом І. П. Павлова, характеризується процесами:
 - А – збудження;
 - В – гальмування;
 - С – збудження і гальмування.
7. Психіка здійснює функції
 - А – орієнтування;
 - В – орієнтування, регулювання діяльності людини;
 - С – орієнтування, регулювання діяльності та поведінки людини.
8. Психічні явища поділяються на:
 - А – психічні процеси, психічні стани;
 - В – психічні процеси, психічні якості особистості;
 - С – психічні процеси, психічні стани, психічні якості особистості.

9. Психічні процеси поділяються на:
- А – пізнавальні, межові;
 - В – пізнавальні, вольові, емоційні, межові;
 - С – пізнавальні, вольові.
10. Межові психічні стани класифікуються на:
- А – психопатії, акцентуації характеру;
 - В – психопатії, акцентуації характеру, неврози, стани затримки психічного розвитку;
 - С – психопатії, акцентуації характеру, неврози, затримки психічного розвитку.
11. До психічних якостей особистості відносять:
- А – темперамент, характер, здібності;
 - В – спрямованість особистості(потреби, ідеали, світосприйняття, інтерес);
 - С – темперамент, характер, здібності, спрямованість особистості.
12. Які рівні психічної діяльності людини ви знаєте?
- А – свідомий, підсвідомий, несвідомий;
 - В – підсвідомий, несвідомий;
 - С – свідомий, підсвідомий.
13. Тип нервової системи характеризується властивостями:
- А – силою, врівноваженістю, рухливістю;
 - В – врівноваженістю, силою;
 - С – рухливістю, силою.
14. У людини вища нервова діяльність поділяється на:
- А – мислену, художню, середню (змішану);
 - В – мислену, художню;
 - С – художню, мислену.
15. Які властивості уваги ви знаєте?
- А – стійкість, переключення, направленість, широта;
 - В – переключення, направленість, широта;
 - С – стійкість, переключення, направленість.
16. Сприйняття класифікуються за модальністю на
- А – зорові, слухові, дотикові;
 - В – зорові, слухові, дотикові, сприйняття часу, сприйняття простору;
 - С – сприйняття часу, сприйняття простору.

17. Які загальні закономірності сприйняття?
А – осмисленість та узагальнення, предметність, цілісність, структурність, виняткова направленість, апперцепція, константність;
В – предметність, цілісність, структурність, вибіркова направленість;
С – вибіркова направленість, апперцепція, константність, осмисленість та узагальнення.
18. Які механізми сприйняття людиною людини ви знаєте?
А – ідентифікація, рефлексія, стереотипізація, установка, казуальна атрибуція;
В – стереотипізація, установка, казуальна атрибуція;
С – рефлексія, стереотипізація, установка, казуальна атрибуція.
19. Які є аспекти комунікації?
А – комунікативний і перцептивний;
В – перцептивний і інтерактивний;
С – перцептивний, інтерактивний, комунікативний.
20. Як класифікується мислення?
А – діяльність мислення, форми мислення, види мислення;
В – операції мислення, форми мислення, види мислення, діяльність мислення;
С – форми мислення, види мислення.
21. Які фізіологічні процеси відповідають процесам пам'яті?
А – відображення, зберігання, відтворення, забування;
В – відображення, зберігання, відтворення;
С – відображення, зберігання, забування.
22. Які системи пам'яті ви знаєте?
А – сенсорна;
В – короткотермінова, оперативна, довготермінова, сенсорна;
С – короткотермінова, оперативна, довготермінова.
23. Які форми емоцій ви знаєте?
А – позитивні, негативні, стенічні, астенічні;
В - негативні, стенічні, астенічні;
С - позитивні, негативні, стенічні.
24. Функцією якої сфери півкуль пов'язані емоції?
А – правої;
В – лівої;
С – правої та лівої.

25. Які конфліктні емоційні прояви ви можете визначити?
А – стрес, афект, фрустрація;
В – афект, фрустрація;
С – фрустрація.
26. Які етапи в розвитку стану стресу виділів Сел'є?
А – тривога, опір;
В – тривога, опору, виснаження;
С – виснаження.
27. Які види почуття ви можете зазначити?
А – праксису;
В – моральні, естетичні;
С – інтелектуальні, моральні, естетичні, праксису.
28. Які типи прийняття рішення?
А – імпульсивні рішення;
В – рішення з ризиком, інертні, рішення з ризиком;
С – врівноважені, обережні, інертні, рішення з ризиком, імпульсивні.
29. Які фактори мають вплив на прийняття рішення?
А – дефіцит часу, значущість події, тип вищої нервової системи особливості взаємодії сигнальних систем;
В – дефіцит часу, значущість події, тип вищої нервової системи;
С – тип вищої нервової системи, особливості взаємодії сигнальних систем.
30. Які фактори мають вплив на прийняття рішення?
А – настороженість;
В – імпульсивність;
С – метушливість.
31. До стійких психічних станів особистості відносять:
А – оптимальні та кризові стани, межові стани, психічні стани порушеної свідомості;
В – межові стани, психічні стани порушеної свідомості;
С – оптимальні та кризові стани, межові стани.
32. Які складові особистої безпеки?
А – передбачити;
В – запобігти, за необхідності вірно діяти;
С – передбачити, запобігти, за необхідності вірно діяти;

33. Термін «гіпноз» вперше застосував:
А – Бред Дж.;
В – Бехтерев В. М.;
С – Павлов І. П..
34. Теорію установки розробляли
А – Сеченов І. М.;
В – Узнадзе Д. Н.;
С – Павлов І. П..
35. Вищі мовні реакції можуть бути:
А – загальноконкретні;
В – індивідуальноконкретні;
С – абстрактні, індивідуальноконкретні, загальноконкретні.
36. За якістю відповідей мовні реакції можуть бути:
А – низщі реакції;
В – вищі мовні реакції;
С – атактичні мовні реакції, вищі мовні реакції, низщі (примітивні, словесні) реакції.
37. Потреби людини можуть бути:
А – біологічні, духовні, матеріальні;
В – матеріальні, біологічні;
С – духовні.
38. Класифікація мотивів буває:
А – реалістична, патологічна, захисна;
В – реалістична, захисна;
С – патологічна, захисна.
39. Самосвідомість особистості
А – образ «Я»;
В – самооцінка, локус-контроль, образ «Я»;
С – самооцінка, локус-контроль.
40. Айзенк розглядає структуру особистості як складову факторів:
А – екстраверсія-інтроверсія;
В – нейротизм, екстраверсія-інтроверсія, психотизм;
С – психотизм, нейротизм.
41. Яка класифікація девіантної (деструктивної) поведінки?
А – антисоціальна, суїцидальна, конформістська, нарцисична, фанатична, аутистична, аддиктивна;
В – суїцидальна, конформістська, нарцисична, фанатична, аути-

- стична, аддиктивна;
С – нарцистична, фанатична, аутистична, аддиктивна.
42. Які вікові кризи ви знаєте?
А – дитячого віку, дорослого віку, похилого віку;
В – дорослого віку, похилого віку;
С – похилого віку.
43. Які теорії розвитку ви знаєте?
А – когнітивного розвитку (Піаже), морального розвитку (Колберг), психосексуального розвитку (Фройд);
В – морального розвитку (Колберга), психосексуального розвитку (Фройд);
С – когнітивного розвитку (Піаже), морального розвитку (Колберг).
44. Яка сучасна проблематика психології особистості
А – структури, динаміки і розвитку особистості; проблема анормальної особистості;
В – проблематика базальної особистості; проблема свідомої та несвідомої діяльності;
С – проблематика адаптаційних механізмів, структури, динаміки і розвитку особистості; проблема анормальної особистості; проблема свідомої та несвідомої діяльності.

СПИСОК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Блейхер В. М. Практическая патопсихология : Руководство для врачей и медицинских психологов / В. М. Блейхер, И. В. Крук, С. Н. Боков. – Ростов-на-Дону : «Феникс», 1996. – 448 с.
2. Бурлачук Л. Ф. Словарь-справочник по психодиагностике / Л. Ф. Бурлачук, С. М. Морозов. – СПб. : Питер, 2002. – 528 с.
3. Бурлачук Л. Ф. Психодиагностика : Учебник для ВУЗов / Л. Ф. Бурлачук. – СПб. : Питер, 2006. – 351 с.
4. Вітенко І. С. Загальна та медична психологія / І. С. Вітенко. – К. : Здоров'я, 1994. – 296 с.
5. Критерий качества жизни в психиатрической практике : Монография / Н. А. Марута, Т. В. Панько, И. А. Явдак и др. ; Под. общ. ред. Н. А. Маруты. – Х. : РИФ Арсис, ЛТД, 2004. – 240 с.
6. Личко А. Е. Личностный опросник Бехтеревского института (ЛОБИ) / А. Е. Личко // Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. – Л. : Медицина, 1983. – С. 102 – 115.
7. Михайлов Б. В. Психотерапия : учебник для врачей-интернов высших медицинских учебных заведений III – IV уровней аккредитации / Б. В. Михайлов, С. И. Табачников, И. С. Витенко, В. В. Чугунов. – Х. : Око, 2002. – 768 с.
8. Чугунов В. В. Клиника и дисциплинарная история психотерапии / В. В. Чугунов. – 2-е изд. стереотипн. – К. : Здоров'я ; Х. : Око – Наука, 2008. – 768 с.
9. Чугунов В. В. Діагностика в психотерапії та психотерапевтичний діагноз : [Навчальний посібник] / В. В. Чугунов. – Х. : Наука, 2010. – 304 с.
10. Чугунов В. В. Диагностика в психотерапии и психотерапевтический диагноз: [Учебное пособие] / В. В. Чугунов. – Х. : Наука, 2010 – 304 с.
11. Экспериментально-психологическое исследование в клинике соматических заболеваний : Методические рекомендации / Сост. А. И. Сердюк, Б. В. Михайлов, В. В. Чугунов. – Х., 1997. – 47 с.