Миколаївський національний університет імені В.О. Сухомлинського

І.І.САВЕНКОВА

Клінічна психологія

навчальний посібник

Миколаїв – 2018

УДК159.97
ББК 88.481Я73
С 12

Рекомендовано до друку Вченою радою
Миколаївського національного університету імені В.О. Сухомлинського
(Протокол №15 від 03.04.2018 р.)

Автор:
Савенкова І.І., завідувач кафедри психології Миколаївського національного університету імені В.О.Сухомлинського, доктор психологічних наук, доцент

Рецензенти:
Бурлачук Л.Ф., завідувач кафедри клінічної психології та психодіагностики Київського національного університету імені Тараса Шевченка, академік НАПН України, доктор психологічних наук, професор

Харченко Є.М., професор Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології Міністерства охорони здоров'я України, доктор медичних наук, професор

С 12 Савенкова І.І.
Клінічна психологія: [навчальний посібник] / Ірина Іванівна Савенкова. – Херсон: ООО «Айлант», 2018. – 302 с.
ISDN 978-966-7548-89-6

Навчальний посібник містить систематизоване викладання навчальної дисципліни, висвітлює загальні й окремі питання клінічної психології відповідно до нових стандартів навчальної програми. Описано психологічні феномени, що спостерігаються при різних психологічних станах хворих людей. Охарактеризовано основні психічні функції та стани, їх взаємозв'язок та особливості при різних захворюваннях. На особливу уваг заслуговує розуміння психосоматичних розладів, їх психодіагностику надання рекомендацій щодо реабілітаційних заходів. Посібник призначений для студентів психологічних та медичних факультетів, практичних психологів, лікарів та всіх, хто стикається з проблемами діагностика психічних розладів та розладів поведінки у дорослих дітей.

ISBN 978-966-7548-89-6

© І.І. Савенкова, 2018

ЗМІСТ

ВСТУП……..5
Розділ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ КЛІНІЧНОЇ ПСИХОЛОГІЇ…….7
1.1.Загальна характеристика клінічної психології……7
1.2.Взаємозв'язок клінічної психології з іншими науками…….8
1.3.Методологічні принципи клінічної психології……..11
1.4.Основні завдання та загальні принципи психологічного дослідження...13
1.5.Етика в клінічній психології……15
Контрольні тестові завдання до розділу 1……...17
Розділ 2. ПСИХОСОМАТИКА……20
2.1. Проблеми психосоматичних відношень в психології та медицині……..20
2.2. Генезис болю та диференціація інтенсивності больового відчуття як симптому психосоматичних розладів……24
2.3. Типологічні групи та хронічні неінфекційні захворювання……31
2.4. Локалізація симптомів хронічних неінфекційних захворювань у типологічних групах……35
2.5. Локалізація типологічних хронічних неінфекційних захворювань в онтогенетичній розгортці……56
2.6. Суб'єктивна виразність болю при розладах типу хронічні неінфекційні захворювання……..……94
2.7. Суб'єктивна виразність болю та тривалість біологічного циклу життя індивіда……..101
Контрольні тестові завдання до розділу 2……121
Розділ 3. ПАТОПСИХОЛОГІЯ……126
3.1. Загальні поняття в патопсихології, порядок патопсихологічного дослідження……..……..126
3.2. Порушення вольової діяльності та уваги……..…….129
3.3. Порушення свідомості……..137
3.4. Соматогенні порушення психіки……140
3.5. Органічні, включаючи симптоматичні, психічні розлади……152
3.6. Функціональні розлади психіки……..160
3.7. Неврози (невротичні розлади)……163
3.8. Реактивні та постстресові психози……..169
3.9. Психосоматичні захворювання……..……..172
3.10. Ендогенні захворювання……182
3.11. Шизофренія……..186
3.12. Епілептична хвороба……193
3.13. Інволюційні психози, що не призводять до слабоумства…….…...199
3.14. Психози похилого і старечого віку, які призводять до слабоумства…..197
Контрольні тестові завдання до розділу 3……199
Розділ 4. ПСИХОЛОГІЯ АНОМАЛЬНОГО РОЗВИТКУ……204
4.1.Олігофренія……..……204
4.2.Психопатія……...…….207
Контрольні тестові завдання до розділу 4……..213

Розділ 5. ПСИХОЛОГІЯ ВІДХИЛЕНОЇ ПОВЕДІНКИ……215
5.1. Поняття відхиленої поведінки……..215
5.2. Основні форми відхиленої поведінки……..216
Контрольні тестові завдання до розділу 5……..237
Розділ 6. ПСИХОЛОГІЧНЕ СУПРОВОДЖЕННЯ ДІАГНОСТИЧНОГО ТА ТЕРАПЕВТИЧНОГО ПРОЦЕСУ……...……239
6.1. Психомоторне збудження……..239
6.2. Основи психологічного впливу……..……...250
6.3. Основи психогігієни та психопрофілактики……..…….…….261
6.4. Психопрофілактичні та психогігієнічні заходи при окремих захворюваннях…….262
6.5. Аггравація, симуляція та дисимуляція……...266
Контрольні тестові завдання до розділу 6……..268
Термінологічний словник з клінічної психології……..275
Структура курсу……279
Програма курсу…….280
Іменний покажчик……285
Предметний покажчик..……287
Відповіді на контрольні тестові завдання……..289
Список використаних джерел……...291
Рекомендована додаткова література……302

ВСТУП

Навчальний посібник з курсу “Клінічна психологія” розроблено для студентів психологічних факультетів вищих навчальних закладів України.

Його основне завдання полягає в тому, щоб допомогти студентам у вивченні основних тем та питань з курсу клінічної психології, організувати самостійну роботу, проконтролювати рівень підготовки до практичних занять.

Посібник із клінічної психології підготовлено з урахуванням сучасних теоретичних та практичних вимог до знань, умінь і навичок, необхідних майбутнім клінічним психологам при наданні психологічної допомоги хворим, яка починається з оцінки психічного стану пацієнта, а отже, з основ практичного застосування знань клінічної психології та її складової частини – автопластичної картини хвороби, а при потребі – й патопсихології.

У посібнику використано новий підхід до викладання: об’єднано в єдиний комплекс складових частин основи психосоматики, патопсихології, психології аномального розвитку, психології відхиленої поведінки, психологічного супроводження діагностичного та терапевтичного процесу, основ психологічного впливу в клініці з висвітленням та засвоєнням останніх досягнень психологічної діагностики соматичних розладів, класифікації психопатологічних феноменів та регістр-синдромів. Особливу увагу звернуто на збереження наступності між клінічною психологією та медичними дисциплінами, в тому числі психіатрією, наркологією, неврологією, педіатрією, деонтологією.

В першому розділі аналізуються теоретико-методологічні засади клінічної психології, характеризується роль та значення дисципліни у підготовці психолога, виокремлюється мета даного курсу серед інших дисциплін, формулюються основні завдання, що стоять перед студентом при вивченні навчальної дисципліни.

В другому розділі представлено сучасні досягнення психосоматики. Проблемі соматопсихологічного підходу в психосоматиці присвячено достатньо досліджень. При цьому увагу дослідників привертають зміни психічного стану соматичнохворих людей. Однак серед них майже зовсім немає досліджень психодіагностики соматичних розладів. Автор представив власні результати експериментальних досліджень щодо психодіагностики соматичних розладів з позиції закону переживання часу (Д.Елькін, Б.Цуканов), суб’єктивної виразності болю при різних соматичних розладах у дітей та дорослих.

В третьому розділі розкриваються проблеми патопсихології, а саме, різні аспекти етіології, клініки та терапії психічних розладів з урахуванням особливостей реабілітації особистості.

У розумінні засновника патопсихології Б.Зейгарник, психологічне дослідження у клініці дорівнює “функціональній пробі” – методу, який в медицині складається з дослідження діяльності будь-якого органу. У посібнику чітко визначаються “психологічні органи”, які саме є ураженими у

тих чи інших випадках психічних розладів та розладів поведінки у дорослих і вказуються методи, які є доцільними для їх виявлення, надаються поради практичному психологу щодо консультування таких хворих. В ньому представлені психологічні критерії діагностики психічних розладів та розладів поведінки у дорослих
(затверджені Наказом МОЗ України від 27.10.2000 р. № 271).

В четвертому розділі обгрунтовується проблема психології аномального розвитку людини та психокорекція поведінки таких осіб.

В п'ятому розділі аналізується проблема психології відхиленої поведінки, надаються медико-психологічні та соціально-психологічні критерії діагностики девіантної поведінки, описується проблема делінквентності.

В шостому розділі розкривається проблема психологічного супроводження терапевтичного та діагностичного процесу, основ психологічного впливу в клініці. Тільки правильний індивідуальний психологічний діагноз, який базується на нозологічному принципі, дозволяє розробити відповідну терапевтичну стратегію і тактику, намітити реадаптаційні та реабілітаційні заходи. Від нього залежить повнота, об'єм, якість лікування та відповідно, доля, а іноді і життя хворого.

Загалом результати експериментально-психологічних досліджень, які представлені у навчальному посібнику, у теперешній час застосовуються не тільки в психоневрологічній практиці. Врахування зрушень у психологічному стані хворих, зміцнення їх працездатності, їх особистісних особливостей стає необхідним також в терапевтичних, хірургічних клініках та в сфері професійної гігієни.

Посібник має чітку структуру відповідно до МКБ-10. Кожній рубриці з назвою відхилення (згідно МКБ –10) передує пояснювальна записка щодо розуміння природи розладу. Композиція посібника, наявність термінологічного словника, прийомів введення наочності, розробка контрольних тестових завдань до кожного розділу, питань для самоперевірки знань, надання порад практичному психологу, створення алфавітного та предметного покажчика орієнтовані на активізацію самостійної творчої роботи студента, формуванню професійно значущих умінь, що дозволить створити необхідні умови для успішної навчальної діяльності майбутніх психологів.

Розділ І
ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ КЛІНІЧНОЇ ПСИХОЛОГІЇ

1.1. Загальна характеристика клінічної психології

Клінічна психологія як співтовариство дослідників і практиків представлена Американською організацією клінічної психології з 1917 року, а в німецькомовних країнах – з середини минулого століття. У Міжнародному керівництві з клінічної психології за загальною редакцією Перре та Бауманна наводиться наступне її визначення: «Клінічна психологія – це психологічна дисципліна, предметом якої є психічні розлади та психічні аспекти соматичних розладів (хвороб). Вона враховує такі розділи: етіологію (аналіз умов виникнення розладів), класифікацію, діагностику, епідеміологію, інтервенцію (профілактику, психотерапію, реабілітацію), охорону здоров'я, оцінку результатів» [47:68].

В англомовних державах окрім поняття «клінічна психологія» як синонім використовується термін «патологічна психологія» (Abnormal Psychology).

Шрамль запропонував розглядати клінічну психологію ширше, аніж просто психологію у клініці: «Клінічна психологія – це застосування знань, технік та методів загальних психологічних спеціальностей, а також суміжних з ними дисциплін, таких як глибинна психологія, соціологія та соціальна педагогіка у широкому клінічному значенні: від консультативного бюро та спеціалізованого виховного закладу до лікарні» [47:78].

Поряд з клінічною психологією в університетах східних країн викладається і медична психологія. Вона враховує застосування знань і методів психології для рішення проблем медицини (насамперед пов'язаних з пацієнтом та взаємовідношеннями лікар-пацієнт). До медичної психології відносять попередження хвороб (профілактику) та охорону здоров'я. В інших випадках медична психологія (поведінкова психологія) досліджує психічні аспекти соматичних розладів. У відповідності з державним освітнім стандартом клінічна психологія – спеціальність широкого профілю, яка має міжгалузевий характер та бере участь у рішенні комплексу завдань в системі охорони здоров'я, народного господарства та соціальної допомоги населенню.

Діяльність клінічного психолога спрямована на підвищення психічних ресурсів та адаптаційних можливостей людини, на гармонізацію психічного розвитку, охорону здоров'я, профілактику та психологічну реабілітацію.

Об'єктом клінічної психології є людина з проблемами адаптації та самореалізації, пов'язаними з її фізичним, соціальним та духовним станом.

Предметом професійної діяльності клінічного психолога є психічні процеси та стани, індивідуальні та міжособистісні особливості, соціально-психологічні феномени, які проявляються в різних галузях людської діяльності.

Клінічний психолог виконує такі види діяльності: діагностичну, експертну, корекційну, профілактичну, реабілітаційну, консультативну, науково-дослідницьку та деякі інші.

1.2. Взаємозв'язок клінічної психології з іншими науками

Будь-яка наука має міждисциплінарну інтеграцію, що обумовлює її розвиток. У цьому переплетінні різних наук та галузей відображаються обумовлені науково-технічною революцією, взаємопов'язані тенденції: виділення в самостійні галузі знань, з одного боку, і з другого, - інтегративні тенденції, які набувають сьогодні основного значення та враховують застосування нових галузей із суміжних дисциплін. Ці взаємозв'язки можуть бути «горизонтальними», прикладом яких є клінічна психологія як одна з психологічних дисциплін. Але велике значення, як вважає К.Платонов, мають «вертикальні» взаємодії, наприклад, клінічна психологія з філософією. Базисними науками для клінічної психології є загальна психологія і психіатрія [63:18].

Психіатрія відноситься до медицини, але тісно пов'язана з клінічною психологією. Предметом наукових досліджень, як клінічної психології, так і психіатрії є психічні розлади. Водночас клінічна психологія, окрім цього, займається такими порушеннями, які пов'язані з проблемами подружжя та партнерства, а також психічними аспектами соматичних розладів.

Перре і Бауманн відзначають, що в цьому відношенні клінічна психологія та психіатрія близькі, навіть якщо враховувати по-різному розставлені аспекти у їх підході до предмету дослідження. Психіатрія, як часткова галузь медицини, більше враховує соматичну площину психічних розладів; в клінічній же психології основними є психологічні аспекти [47:83].

Клінічна психологія має вплив на розвиток теорії та практики психіатрії, неврології, нейрохірургії, внутрішніх хвороб та інших медичних дисциплін.

Патопсихологічні розлади часто проявляються в екстремальних умовах, які вивчаються іншими психологічними науками, наприклад, авіаційною та космічною психологією.

У зв'язку з цим був запропонований термін – екстремальна психологія. З точки зору К.Платонова, патопсихологія вивчає аномальну особистість в нормальних умовах, а екстремальна психологія вивчає нормальну особистість в анормальних умовах [47:16].

Патопсихологія межує із нейропсихологією. Предметом останньої є вивчення динамічної локалізації психічних функцій, співвідношення психологічних функціональних структур з морфологічними макро- та мікроструктурами у нормі, але які стають зрозумілими за допомогою патопсихології.

За останні десять років як самостійний науковий напрямок виокремлено поведінкову психологію (Behavioral Neurologu). Киршнер визначає поведінкову психологію як галузь неврології, яка вивчає вплив

захворювання мозку на поведінку людини і, особливо, на вищі коркові або когнітивні функції. Діагностика враховує методи клінічної психології та нейропсихології, що об'єднує в собі ця дисципліна [47:81].

Психофармакологія також пов'язана з клінічною психологією, оскільки і та, і інша вивчає психопатологічні розлади та засоби їх лікування. Окрім цього, терапевтичне лікування завжди має на пацієнта позитивний або негативний вплив (наприклад, плацебо-ефект).

На сучасному етапі розвитку науки в систему загальної клінічної діагностики входить психологічна діагностика (насамперед в психіатрії). Остання близька до судово-медичної психології та судової психіатрії, але водночас треба мати на увазі і юридичну психологію.

Галуззю клінічної психології є психологічна трудова експертиза, яка поділяється на профорієнтацію, профконсультацію, профвідбір та працевлаштування інвалідів. Психологічна трудова експертиза загалом є розділом самостійної галузі психології – психології праці. Медико-психологічна профорієнтація та профконсультація підлітків пов'язана з педіатрією та шкільною гігієною, водночас у відношенні людей похилого віку – з гериатрією і психогігієною. Психогігієну розглядають і як розділ клінічної психології.

Успішно розвивається медична педагогіка – суміжна з медициною, психологією та педагогічною галуззю. Її предметом є навчання, виховання та лікування хворих дітей – дефектопедагогіка з галузями олігофрено-, сурдо-, тифлопедагогіки.

На сучасному етапі розвитку медицини виокремлена самостійною медичною спеціальністю психотерапія. Теоретичні та практичні проблеми психотерапії не можуть розроблятися без клінічної психології. З позиції східної клінічної психології психотерапія вважається її галуззю, і таким чином постулюється ідея про особливий зв'язок між психологією і психотерапією. У більш вузькому значені психотерапія розглядається як окремий випадок клініко-психологічної інтервенції (впливу). Клініко-психологічний вплив характеризує не етіологія розладу або постановка мети, а його методи. Відповідно, він може мати місце і при соматичних порушеннях.

Положення про особливу спорідненість психотерапії та клінічної психології часто заперечують, бо вважають, що з наукової точки зору психотерапія ближче до медицини. На користь цьому наводять аргументи:

1) лікування хворих є завданням медицини;
2) психотерапія є лікуванням хворих;

відповідно, психотерапія – це завдання медицини [42:63].

Це положення ґрунтується на тому, що в багатьох країнах психотерапія сприймається саме як терапія, і право нею займатись отримують лікарі. Завдяки певним законам, клінічні психологи з окремою спеціалізацією мають право займатись психотерапією, водночас перевага лікаря в психотерапії не викликає сумніву. У питаннях зв'язку психотерапії і психології не згодні деякі психологи та психотерапевти, які зорієнтовані на

глибинну або гуманістичну психологію. Вони вважають психотерапію окремою гуманістичною, а не медичною, дисципліною, яка базується на психології, медицині, філософії, теології. Відповідно і виникає вимога щодо спеціальної професійної підготовки психотерапевтів (наприклад, навчання в університеті або вищому навчальному закладі відповідного профілю), або спеціалізація з психотерапії на базі будь-якої гуманітарної освіти (такий закон про психотерапію в Австрії).

Активно розвиненою галуззю сучасної психології є соціальна психологія, у центрі досліджень якої знаходиться людина у її взаємовідносинах із соціальним оточенням, тому вплив соціальної психології на клінічну психологію є безперечним.

Зарубіжна клінічна психологія пов'язана із іншими дисциплінами, значення та зміст яких є новим напрямком для вітчизняної психології та медицини, тому виникає необхідність у розумінні деяких з них: поведінкова медицина, психологія здоров'я, психологія суспільного здоров'я.

Поведінкова медицина (Behavioral Medicine) – міждисциплінарна науково-дослідницька та прикладна галузь. У своєму підході до проблеми здоров'я та хвороби ця галузь зорієнтована на біопсихосоціальну модель. У її межах виконується синтез досягнень науки про поведінку та біомедичних наук, який допомагає успішному рішенню проблеми «здоров'я – хвороба» та використанню цих досягнень у профілактиці, інтервенції та реабілітації.

Психологія здоров'я (Health Psychology) має науковий, психологічний та педагогічний внесок в:

1) профілактику та охорону здоров'я;
2) запобігання та лікування хвороб;
3) виявлення форм поведінки, які підвищують ризик захворювання;
4) постановку діагнозу та виявлення причин порушення здоров'я;
5) реабілітацію;
6) вдосконалення системи охорони здоров'я.

Програми післядипломного навчання клінічного психолога в США враховують вивчення поведінкової медицини та психології здоров'я. За останній час в психології здоров'я роблять акцент на профілактику, яка зорієнтована на моделі здоров'я, що дозволить цій галузі стати самостійною спеціальністю.

Суспільне здоров'я (Public Health) або популяційна медицина (еквівалентний термін) – міждисциплінарна галузь дослідницької та практичної діяльності, яка займається підвищенням загального рівня здоров'я населення (попередження хвороб, продовження життя, покращення самопочуття) за допомогою суспільних заходів або шляхом впливу на систему охорони здоров'я загалом.

Необхідно відзначити і значення клінічної психології для розвитку самої психології – як науки, яка вивчає фактори, закономірності і механізми психіки. Б.Зейгарник виділяє декілька аспектів такого впливу на розвиток загальнотеоретичних питань психології: рішення проблеми співвідношення соціального і біологічного у розвитку психіки; аналіз компонентів, які

входять до складу психічних процесів; висвітлення питання про співвідношення розвитку та розпаду психіки; встановлення ролі особистісного компонента в структурі різних форм психічної діяльності [42:58].

Розглядаючи здорову та хвору особистість у біопсихосоціальній сукупності, важливо побачити взаємозв'язок клінічної психології з іншими науковими дисциплінами та предметами, але тут обмежимося лише деякими з них. А саме, соціологія, антропологія, етнографія, культурологія, історія, філологія та лінгвістика (нейролінгвістика, психолінгвістика), математика, статистика та інші.

1.3. Методологічні принципи клінічної психології

Методологія – це система принципів та засобів організації та побудови теоретичної та практичної діяльності, яка об'єднана вченням про цю систему. Вона має різні рівні: філософський, загальнонауковий, конкретно-науковий, які знаходяться у взаємозв'язку та повинні розглядатися системно.

Методологія безпосередньо клінічної психології визначається конкретно-науковим рівнем та пов'язана із світоглядною позицією дослідника (наприклад, орієнтована на динамічне, когнітивно-поведінкове, гуманістичне або діалектико-матеріалістичне розуміння особистості, поведінки, психопатології).

Методологія враховує конкретно-наукові засоби дослідження: спостереження, експеримент, моделювання та інше. Вони в свою чергу реалізуються за допомогою спеціальних процедур – методик отримання наукових даних. Як психологічна дисципліна, клінічна психологія базується на методології та методах загальної психології. Методи, тобто шляхи пізнання, - це засоби, за допомогою яких пізнається предмет науки. Психологія, як кожна наука, застосовує систему окремих методів та методик. Головні методи психології, як вважає С.Рубінштейн, - це не зовнішні по відношенню до її змісту операції, формальні прийоми. Розкриваючи закономірності, вони самі базуються на основних закономірностях предмету науки. Так, метод поведінкової психології відрізняється від метода психології свідомості, бо останню називають інтроспективною психологією [89:46].

Основні вимоги наукової методології, які були сформульовані ще Г.Гегелем, полягають у тому, що дослідження має відображати свій предмет у його внутрішній логіці. Вчений вимагав, щоб метод був невід'ємним від предмету та його змісту.

Методологія в психології реалізується за допомогою наступних положень (принципів):

1. Психіка, свідомість вивчається у сукупності внутрішніх та зовнішніх проявів. Взаємозв'язок психіки та поведінки, свідомості та діяльності у її конкретних формах, які постійно змінюються, є не тільки об'єктом, а й засобом психологічного дослідження.

2. Рішення психофізичної проблеми затверджує єдність, але не тотожність психічного і фізичного, тому психологічне дослідження враховує фізіологічний аналіз психологічних (психофізіологічних) процесів.
3. Методика психологічного дослідження повинна ґрунтуватися на соціально-історичному аналізі діяльності людини.
4. Метою психологічного дослідження повинно бути розкриття специфічних психологічних закономірностей (принцип індивідуалізації дослідження).
5. Психологічні закономірності розкриваються у процесі розвитку (генетичний принцип).
6. Принцип педагогізації психологічного вивчення дитини. Він означає не відмову від експериментального дослідження на користь педагогічної практики, а врахування принципів педагогічної роботи під час проведення експерименту.
7. Використання у методиці психологічного дослідження продуктів діяльності, бо в них матеріалізується свідома діяльність людини (принцип вивчення конкретної особистості у конкретній ситуації).

Відповідно до вчення К.Платонова, для медичної (клінічної) психології найбільше значення мають схожі на представлені раніше принципи: детермінізму, єдності свідомості та діяльності, рефлекторний, історизму, розвитку, структурності, особистісного підходу. Пояснення, мабуть, потребують лише деякі з них, зокрема, останні три принципа [63:16].

Принцип розвитку. У клінічній психології цей принцип може конкретизуватися як етіологія та патогенез психопатологічних розладів у їх прямому (розвиток хвороби) та зворотному (ремісія, видужання) розвитку. Специфічною є особлива категорія – патологічний розвиток особистості.

Принцип структурності. У філософії під структурою розуміють єдність елементів, їх взаємозв'язок та цілісність. У загальній психології вивчають структури свідомості, діяльності, особистості та інше. І.Павлов навів таке визначення методу структурного аналізу: «Метод вивчення системи людини такий же, як і інші системи: розкладення на частини, вивчення значення кожної частини, вивчення частин, вивчення співвідношення з зовнішнім середовищем та розуміння відповідно до цього загальної праці та управління нею, якщо це в можливостях людини» [72:33].

Завданням клінічної психології є зведення в єдину систему окремих структур різних психологічних явищ та узгодження її з загальною структурою здорової та хворої особистості.

Принцип особистісного підходу. У клінічній психології особистісний підхід означає відношення до пацієнта або людини, яка досліджується як до цілісної особистості з урахуванням її складності та індивідуальних особливостей. Необхідно розрізняти особистісний та індивідуальний підхід. Останній – це врахування конкретних особливостей, які властиві окремій людині в окремих умовах. Він може реалізовуватись як особистісний підхід

або як вивчення окремих індивідуально-психологічних або соматичних властивостей.

А.Творогова, розглядаючи питання конкретно-наукової методології в психології, окремо акцентує увагу на принципах активності (поведінка людини в окремій ситуації визначається не тільки її умовами, а й в значній мірі відношенням людини до ситуації) і системності (розвиток психічних властивостей людини не може ґрунтуватися на одному джерелі, наприклад, біологічному або соціальному; системний підхід враховує різноманітність джерел та рушійних сил, як психологічного розвитку, так і психічних розладів у їх взаємозв'язку) [47:49].

Акцентуючи увагу на значенні методологічних проблем у клінічній психології, В.Мясищев писав: «Чим більше важливі і відповідальні проблеми здоров'я та хвороби людини, тим більше необхідні серйозні обґрунтування методологічного характеру з позиції медичної психології, складність та важливість яких зростає внаслідок поєднання проблеми людини та психології» [65:56].

1.4. Основні завдання та загальні принципи психологічного дослідження в клініці

Загальним завданням клінічного психолога у лікувально-профілактичних закладах є його участь у проведені патогенетичної та диференціальної діагностики різних хвороб, лікування та соціально-трудового пристосування хворих. Конкретні завдання можуть бути визначені наступним чином: участь у рішенні завдань диференціальної діагностики; аналіз структури та встановлення ступеня психічних порушень; діагностика психічного розвитку та вибір шляхів загальноосвітнього та трудового навчання та перенавчання; характеристика особистості та системи її відношень; оцінка динаміки нервово-психічних порушень та врахування ефективності терапії, рішення експертних завдань, участь у психокорекційній, психотерапевтичній та реабілітаційній праці з хворими.

В залежності від конкретних умов діяльності клінічного психолога, окрім перерахованих вище, перед нами можуть виникати інші завдання. Так, він може брати участь у психокорекційній та психотерапевтичній роботі з найближчим оточенням хворого (наприклад, під час проведення сімейного консультування та сімейної психотерапії), у рішенні широкого кола психологічних та психопрофілактичних завдань, у пропаганді психологічних знань серед медичних працівників.

Сучасна клінічна психологія має в своєму розпорядженні великий арсенал методів дослідження. Більшою частиною ці методи запозичені із загальної психології, частково створені в клінічній психології як власне клінічно-психологічні прийоми. Умовно всі методи психології можуть бути розділені на нестандартизовані та стандартизовані. Нестандартизовані методи, які представлені насамперед так званими патопсихологічними методами (Б.Зейгарник, С.Рубінштейн, Ю.Поляков), відрізняються «прицільністю», спрямованістю на певні види психічної патології, та вибір їх

виконується індивідуально для конкретного досліджуваного [42; 81; 88]. Створюються ці методики з метою вивчення конкретних видів порушення психічної діяльності. В умовах психологічного експерименту вони вибірково використовуються для виявлення особливостей психічних процесів у відповідності до поставленого завдання, зокрема диференціальної діагностики. Психологічний висновок базується при цьому не стільки на врахуванні кінцевого результату (ефекту) діяльності хворого, скільки на якісному, змістовому аналізі засобів діяльності, особливостей самого процесу виконання роботи загалом, а не окремих завдань. Важливим є врахування відношення хворого до дослідження, залежність форми завдання від стану досліджуваного та рівня його розвитку. Лише за такою будовою експерименту можуть бути у повній мірі реалізовані вимоги до психологічного дослідження – виявлення та співставлення структури як змінених, так і незмінених форм психічної діяльності. Відомо, що проведення психологічного експерименту, побудованого на перерахованих вище принципах, вимагає особливо високої кваліфікації клінічного психолога.

У практичній діяльності клінічного психолога використовують і стандартизовані методики, які мають вигляд групи відповідно підібраних та структурованих завдань, що подаються в однаковій формі кожному досліджуваному з метою співставлення засобу та рівня виконання.

У випадку застосування стандартизованих методів засіб аналізу результатів кожної окремої методики базується переважно на кількісній оцінці, яка зіставляється з оцінками, отриманими раніше на відповідній вибірці хворих та у здорових досліджуваних.

Стандартизовані методи, окрім уніфікації самих знань, повинні бути нормалізовані, тобто мати шкалу оцінок (норм), створену на основі емпіричного попереднього дослідження; повинні мати повний ступінь стійкості результатів (надійності) та достатньо чітко оцінювати стан певних характеристик психічної діяльності.

Нестандартизовані методики за своєю діагностичною метою мають переваги порівняно із стандартизованими. А саме, їх застосування при масових обстеженнях, при необхідності групової оцінки досліджуваних, з метою орієнтованої експрес-діагностики в умовах дефіциту часу.

Один із відомих клінічних психологів В.Мясищев відзначав, що в складному завданні психологічного дослідження на сучасному рівні кожен із психологічних методів має переваги та недоліки. Лабораторний метод має недоліки порівняно з клінічним у наближенні до життя, але може переважати його з аналітично-методичної точки зору. Завдання психолога – дослідника і психолога – практика – це уміння комбінувати ці методи відповідно до мети дослідження [65:49].

1.5. Етика в клінічній психології

Професійна діяльність клінічного психолога інтегрована в усіх сферах методичної науки та практики. Передумовою розвитку клінічної психології є

розвиток медицини, особливо психіатрії та психотерапії. Тому, звертаючись до етичних аспектів цієї молодої спеціальності, не можна не зупинитись на сучасних моделях медичної етики.

Враховуючи різноманіття лікарського етичного досвіду, можна виділити 4 моделі медичної етики:

1.Модель Гіппократа (принцип «не нашкодь»).

2.Модель Парацельса (принци «роби добро»).

3.Деонтологічна модель (принцип «дотримуйся обов'язку»).

4.Біоетика (принцип «поважай права та переваги особистості») [47:51].

Історичні особливості та логічні основи кожної із моделей визначили становлення тих моральних принципів, які складають сьогодні ціннісно-нормативний зміст сучасної біомедичної етики.

Модель Гіппократа. Цей принцип формує вихідну професійну гарантію, яка може розглядатись як умова та основа його визнання суспільством загалом та кожною людиною окремо; довіряє лікарю своє здоров'я та життя. Велику увагу Гіппократ звертав на зовнішній вигляд лікаря, що було пов'язано з необхідністю формування довіри до лікарської касти. Гіппократом були названі загальні правила взаємодії лікаря з пацієнтом, при цьому акцентувалась увага на поведінці лікаря біля ліжка хворого.

Модель Парацельса. Іншою історичною формою лікарської етики є розуміння взаємовідносин лікаря та пацієнта. Парацельс писав: «Сила лікаря – в його серці, робота його повинна керуватися Богом та висвітлюватися світлом та досвідом; найважливіша основа ліків – любов». На важливість відносин між лікарем та пацієнтом звертали увагу лікарі минулого, ще в VIII столітті. Абу-ль-Фарадж писав: «Нас троє – ти, хвороба та я; якщо ти будеш з хворобою, вас буде двоє, я залишусь один – ви мене подолаєте; якщо ти будеш зі мною, нас буде двоє, хвороба залишиться одна – ми її подолаємо» [47:49].

Наприкінці XIX – початку XX століття З.Фройд десакралізував патерналізм, констатував лібідинозний характер взаємовідносин між лікарем та пацієнтом в психотерапевтичній практиці.

Деонтологічна модель. Вперше термін «деонтологія» («deontos»-мораль, «logos» - вчення) запропонував англійський філософ Е.Бенталь, розглядаючи це поняття як науку про моральний обов'язок. Деонтологія особливо важлива у тій професійній діяльності, де широко використовують складні міжособистісні взаємовпливи та відповідні взаємодії. У медицині - це відповідність поведінки лікаря певним етичним нормам. Це деонтологічний рівень медичної етики, або «деонтологічна модель», яка спирається на принцип «дотримання обов'язку». Основою деонтології лікаря є відношення до хворого таким чином, як в аналогічній ситуації хотілось би, щоб віднеслись до тебе. Глибоку сутність деонтології лікаря розкриває символічне висловлювання Ван Туль-Пан: «Світи іншим, коли гориш сам» [47:54] .

Біоетика. У 60-70-х роках XX століття формується нова модель медичної етики, яка розглядає медицину у контексті прав людини. Термін «біоетика» (етика життя), який був запропонований Ван Ренселлером Поттером в 1969 році, розглядається як «систематичні дослідження поведінки людини в галузі наук про життя та охорону здоров'я у тій мірі, в якій ця поведінка розглядається у світлі моральних цінностей та принципів». Головним моральним принципом біоетики є принцип «поваги прав та переваг особистості». Під впливом цього принципу змінюється рішення «основного питання» медичної етики – питання про співвідношення лікаря та пацієнта.

Таким чином, біоетика розглядається як сучасна форма традиційної професійної біомедичної етики, в якій регулювання людських відносин підкоряється завданню збереження життя роду людського. Біотика (етика життя) як конкретна форма «етичного» виникає із потреб природи захистити себе від впливу культури у вигляді її претензій на зміну «природно-біологічного».

Контрольні тестові завдання до розділу 1: ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ КЛІНІЧНОЇ ПСИХОЛОГІЇ

1. Синонімом до поняття «клінічна психологія» є:
А) фізіологічна психологія;
Б) патологічна психологія;
В) анатомічна психологія;
Г) структурна психологія.

2. Об’єктом клінічної психології є:
А) людина з проблемами виховання;
Б) людина з проблемами навчання;
В) людина з проблемами адаптації;
Г) людина з проблемами соціалізації.

3. Методологія клінічної психології визначається:
А) філософським рівнем;
Б) загальнонауковим рівнем;
В) конкретно-науковим рівнем;
Г) історичним рівнем.

4. Метою психологічного дослідження є:
А) генетичний принцип;
Б) принцип індивідуалізації дослідження;
В) принцип вивчення конкретної особистості;
Г) психофізичний принцип.

5. Модель Гіппократа базується на принципі:
А) «не нашкодь»;
Б) «роби добре»;
В) “дотримуйся обов’язку»;
Г) “поважай права та переваги особистості».

6. Модель Парацельса базується на принципі:
А) «не нашкодь»;
Б) «роби добре»;
В) “дотримуйся обов’язку»;
Г) “поважай права та переваги особистості».

7. Деонтологічна модель базується на принципі:
А) «не нашкодь»;
Б) «роби добре»;
В) “дотримуйся обов’язку»;

Г) “поважай права та переваги особистості».

8. Біоетика базується на принципі:
А) «не нашкодь»;
Б) «роби добре»;
В) “дотримуйся обов’язку»;
Г) “поважай права та переваги особистості».

9. Клінічна психологія має значний вплив на розвиток різних галузей медицини, окрім:
А) психіатрії;
Б) травматології;
В) неврології;
Г) нейрохірургії.

10. Теоретичні та практичні проблеми якої спеціальності не можуть розроблятися без клінічної психології:
А) фітотерапії;
Б) фізіотерапії;
В) психотерапії;
Г) променевої терапії.

11. Ким був запропонований термін «біоетика»?
А) Доссе;
Б) Хайдеггером;
В) Поттером;
Г) Юдіним.

12. Клінічна психологія має значний вплив на розвиток різних загальнотеоретичних питань психології, окрім:
А) аналізу компонентів, які входять до складу психічних процесів;
Б) вивчення співвідношення розвитку та розпаду психіки;
В) розробки філософсько-психологічних проблем;
Г) встановлення ролі особистісного компоненту у структурі різних форм психічної діяльності.

13. Яка етична модель у клінічній психології отримала найбільший розвиток за останню чверть ХХ століття?
А) модель Гіппократа;
Б) біоетика;
В) деонтологічна модель;
Г) модель Парацельса.

14. Який принцип у клінічній психології може конкретизуватися як етіологія та патогенез психопатологічних розладів?

А) принцип єдності свідомості та діяльності;
Б) принцип розвитку;
В) принцип особистісного підходу;
Г) принцип структурності.

15. Хто ввів термін «деонтологія»?
а) Декарт;
б) Спиноза;
в) Бентам;
г) Бубер.

Розділ 2
ОСНОВИ ПСИХОСОМАТИКИ

2.1. Проблеми психосоматичних відношень в психології та медицині

Розуміння психосоматичної єдності людини, прийняття й реалізація цілісного підходу до особистості хворого – актуальні завдання сучасної медицини. Теза „лікувати не хворобу, а хворого" визначила практику видатних лікарів вже у минулому столітті. Принцип індивідуального підходу у лікуванні вимагає комплексного врахування психологічних особливостей кожної особистості, і не випадково покладений у підґрунтя розв'язку важливої проблеми сучасної медицини – хронізації неінфекційних захворювань.

Причину виникнення захворювання, тобто функціональних порушень органів та систем організму, які приводять до зриву роботи організму в цілому, неможливо зрозуміти без знання психологічних особливостей особистості хворого, а відтак адекватно спрогнозувати перебіг конкретної хвороби. Л.Терлецька пише, що „першопричина, котра дає поштовх до появи різних захворювань, найчастіше виявляється у психології людини" [100:5].

Ми пропонуємо здійснити підхід до вивчення етіології, патогенезу та клінічних проявів захворювання з нової позиції, котра повністю враховує закони переживання часу (Д.Елькін, Б.Цуканов). На основі „τ-типу", що визначає значення власної одиниці часу кожного окремого індивіда, можна з високою точністю віднести того чи іншого суб'єкта у групу зі своєю домінантною хворобою. До останніх насамперед відносять хронічні неінфекційні захворювання [4, 34, 85, 98]. Така диференціація надто важлива в медицині, оскільки вказує на переважання тієї чи іншої хвороби і те, коли і в якій формі вона може мати місце у конкретного індивіда. Використовуючи „С-періодичність", є можливість точно визначити головні параметри власного психологічного годинника індивіда, у тому числі підрахувати вікові критичні точки, в яких домінантна хвороба проявляється у гострій формі [116:154]. Такий підхід дозволяє набагато посилити потенціал профілактичної медицини. На думку Л.Терлецької, саме „психологія здоров'я як нова галузь знання про людину безпосередньо пов'язана з появою профілактичної медицини" [100:5].

Разом з тим відкритими в окресленому проблемному полі залишаються питання локалізації симптомів кожної окремої нозологічної форми хронічних неінфекційних захворювань у типологічній групі безперервного спектру „τ – типів" та ступеня виразності клінічних прояв захворювання у дітей, котрі страждають на хронічні неінфекційні захворювання. Більше того, наскільки нам відомо, класифікації ступеня

суб'єктивної виразності болю при хронічних неінфекційних захворюваннях у медицині взагалі не існує.

Проблема домінантних хвороб, до яких відносять хронічні неінфекційні захворювання, далека від свого повного розв'язання, оскільки при хронізації процесу існують періоди загострення, реконвалесценції (видужання) та ремісії (затухання) хвороби, тобто плин – перебіг хвороби має часову розгортку і кожен її період виявляється у певному віці, що медицина зараз неспроможна пояснити.

Питання впливу соматичного на психічний стан людини детально розкриваються в аспектах психосоматики. Але зміст психосоматичного підходу до стану хворого враховує притягнення психологічних даних з метою кращого розуміння фізичних симптомів патофізіологічних процесів та причин виникнення того чи іншого захворювання. Соматичні порушення зумовлені особливостями психіки кожної окремої людини. Ще у свій час І.Сєченов підмітив, що „людина, яка страждає на хворобу шлунку, має свою особливу психологію" [90:117]. Лікарі, лікуючи хворих, відмічають, що у кожного пацієнта своє суб'єктивне сприйняття хвороби, що значно впливає і на об'єктивний стан хворого. Б.Карвасарський виділяє декілька типів реагування людини на хворобу, враховуючи неврозоподібну основу: астенічний, депресивний, іпохондричний та анозогнозичний [48:573]. Але ми не знаходимо відповіді на питання: чому саме конкретна людина таким чином реагує на захворювання, чому сама хвороба проявляється у неї у тій чи іншій формі?

Відмічений з роками прогрес науки сприяв тому, що складні взаємовідношення між соматичними та психічними явищами поступово стали розглядатися в іншому аспекті. Поклавши за основу концепції ідею „холізма", цілісності організму та психіки під час розгляду різних захворювань та акцентуючи увагу на ролі у них особистості, психосоматична медицина залучила у свої ряди багаточисленних прихильників. Поява терміну „психосоматичний", згідно літератури, відноситься до В.Хайнрота [104:38], а терміну „соматопсихічний" – до М.Якобі [137:23], але самі питання співвідношення соматичного (тілесного) та психічного (духовного) є одними з давніх у філософії, психології, медицині. Зміст психосоматичного підходу, згідно В.Стоквису, є „притягнення психологічних даних з метою розуміння фізичних симптомів та кращого лікування психічних розладів" [97:53]. Немає необхідності, відмічає учений, у рамках загального психосоматичного підходу розділяти вивчаємі явища на психосоматичні та соматопсихічні, і бачe у цьому скоріше гру слів [97:61]. Загалом спостерігається двосторонній, але єдиний характер психосоматичних відношень з переходом психогенії в соматогенію та навпаки. Якщо розглядати ці відношення в динаміці, то такий взаємний перехід є просто закономірним. Більшість робіт, виконаних як клінічним, так і експериментально-психологічним методами, присвячено пошукам

„виразкової", „коронарної", „астматичної" та інших особистостей, котрі специфічні для того чи іншого психосоматичного розладу [31, 32, 33]. Ф.Данбар, намагаючись показати згідно концепції „профілю особистості" зв'язок між певними особистісними особливостями та характером тілесного захворювання, виділяла коронарний, гіпертонічний, алергічний та схильний до ушкодження типи особистості [35:127]. При цьому учена, висловлюючи своє відношення до психосоматичного підходу, акцентувала увагу, що „не повинно бути дихотомії „психіки" та „соматики", а психосоматичний підхід – стереоскопічний, він містить у собі і фізіологічну, і психологічну техніку та може бути застосованим до усих хвороб" [35:126]. На відміну від Ф.Данбар, Ф.Александр згідно концепції „специфічного емоціонального конфлікту" підкреслював значення психодинамічного конфлікту як найбільш важливого у природі психосоматичних розладів, ніж особистісний профіль [2:234]. Ці концепції дали низку можливих досліджень, але часто з незадовільними результатами [50:17]. Загальним висновком цих досліджень було скоріше заперечення особистісних структур, котрі властиві окремим захворюванням. Тому багато авторів схильні відмовитися від пошуків профіля особистості, замінити цей аспект досліджень описом типів поведінки згідно концепції Р.Розенман та М.Фридман, розглядом інфантильної особистісної структури, особливостями самооцінки, мотиваційної сфери, рівня домагань, ранньої сімейної соціалізації, особливостями структури сім'ї психосоматичного хворого. Деякі автори переносять акцент з внутрішніх по відношенню до хворого та факторів середовища на характеристику значимого середовища. Так, Г.Поллок, [31:154], зупиняється на понятті „ульцерогенної матері", акцентуючи неаналітичні погляди на існування донатального конфлікту матері з плодом. Що стосується специфічних конфліктних та життєвих ситуацій, то пошуки їх також не увінчалися успіхом. Як підкреслює В.Стоквис, „зовсім не важно, що переживає людина, набагато важливіше, як вона перероблює пережите, тому не самі конфлікти, а лише тип та характер їх переробки можуть виявити схожість і тільки у цьому відношенні і можна було б говорити про їх специфіку" [97:70]. Загалом учені прийшли до висновку, що проблему психіки не можна вивчати окремо від проблем соматики, тобто вони єдині [15, 16, 19, 20, 6, 28, 42, 45, 46, 52, 53]. Не можна не погодитись з думкою О.Лурія, який писав: „Немає тільки психічних або тільки соматичних хвороб, а є лише живий процес у живому організмі; життєвість його і складається саме у тому, що він об'єднує у собі і психічний, і соматичний бік хвороби. Не тільки грубі, але найтонші процеси (як, наприклад, обмін води, вуглеводів, електролитів, регуляція тепла) знаходяться у самій тісній залежності від психічного стану людини та регулюються вищими відділами центральної нервової системи, відображаючи складні та багатогранні коливання у ній" [62:35-47].

Немає сумнівів у великому впливу порушень з боку соматичної сфери на психіку. Це підтверджується багаточисленними експериментальними та клінічними дослідженнями [1, 2, 3, 58, 64, 65, 77, 81, 89, 93, 95, 96] . Але існує і зворотне явище, яке виражається у впливу психічних процесів на роботу внутрішніх органів. У клініці XIX століття класичні дослідження І.Вунда та М.Лемана поклали початок експериментальному аналізу впливу психічних факторів на функцію окремих органів та систем організму [26:167]. З цього часу ця проблема вивчалась багатьма психологами та фізіологами. Е.Вебер у спеціальних дослідженнях показав, що афект незадоволення викликає відплив крові з периферії до внутрішніх органів, а афект радості – навпаки, прилив крові до периферії [21:34]. К.Гейером встановлено, що шляхом навіювання можливо отримати на рентгенівському екрані різко виражену картину спастичних явищ шлунку та кишечнику [27:82]. П.Віттковер вивчав вплив психічних афектів на стан секреторної функції шлунку [23:29]. З'ясувалось, що під впливом різних афектів настає збільшення чи зменшення кислотності шлункового соку, зниження чи підвищення його секреції. Це все підтверджує, що психіка має певний вплив на соматичний стан людини. Такими дослідниками, як Л.Рохлін [86:34], А.Квасенко [51:167], Ю.Зубарєв [43:17], А.Личко [61:132], В.Менделевич [63:232] при оцінці умов лікування та реабілітації соматичних хворих були виділені три головних фактори:

1) специфіка захворювання;
2) індивідуально-психологічні особливості особистості;
3) умови соціального середовища. Але основна увага приділялась індивідуально-психологічним особливостям особистості.

М.Нікольська, вивчаючи фактори, які впливають на формування реакції на захворювання, акцентувала увагу, що індивідуально-психологічні особливості особистості є більш інформативними для прогнозу особистісних реакцій на захворювання, ніж клінічна оцінка важкості захворювання [68:105] . А саме індивідуально-психологічні особливості особистості зумовлюють, на нашу думку, певний симптомокомплекс соматичних розладів, до яких відносять хронічні неінфекційні захворювання. Разом з тим відкритим в окресленому проблемному полі залишається питання ступеня виразності больового синдрому та його ролі у перебігу психосоматичної хвороби, у внутрішній картині хвороби, як найчастішого симптому хронічних неінфекційних захворювань. На нашу думку, тільки розуміння єдності психічних, фізіологічних та соматичних аспектів больової реакції допоможе зрозуміти генезіс та диференціацію інтенсивності больового відчуття у хворих на хронічні неінфекційні захворювання.

2.2. Генезіс болю та диференціація інтенсивності больового відчуття як симптому психосоматичних розладів

Загалом біль розглядається як фізіологічний феномен, що повідомляє нам про дію шкідливого чинника або попереджає про небезпеку. Але з іншого боку це один із універсальних симптомів, котрий проявляється при невротичних порушеннях діяльності органів та систем організму. Так, згідно даним Б.Карвасарського [49], на головний біль скаржаться 58% хворих неврозами. Згідно даним того ж автора гастралгії зустрічаються у 13,7% хворих неврозами. Сама проблема болю не може вважатися вирішеною.

В даний час найбільш популярним вважається визначення болю, дане Міжнародною Асоціацією по вивченню болю : "Біль це неприємне відчуття й емоційне переживання, що виникає у зв'язку з дійсною чи потенційною погрозою ушкодження тканин чи зображуваними термінами такого ушкодження" [174]. Тобто це суб'єктивний неприємний досвід, який може бути асоційований з дійсністю або потенційними ураженнями тканин і визначається сенсорною інформацією, аферентними реакціями та когнітивною діяльністю.

На етапі первісного суспільства був виявлений зв'язок між почуттям болю і фізичними впливами, що викликають ушкодження частин тіла. В ідеалістичних уявленнях древніх греків причиною болю були стріли, випущені богом. Наші предки змушені були вірити ученим, котрі переконували їх у необхідності і корисності больового відчуття, що забороняє застосовувати такі протиприродні засоби, як анестетики при пологах. Сьогодні лікарі при проведенні діагностичних процедур чи операцій не можуть дозволити своїм пацієнтам страждати "для їхнього власного благополуччя" [60:15]. Стан болю є вирішальною підставою для призначення ефективного лікування, що є наслідком глибокого переконання в істотному негативному впливу болю на якість життя [60:27].

Останній час інтерес дослідників приваблює до себе проблема больового синдрому та його ролі у перебігу психосоматичної хвороби, у внутрішній картині хвороби [69].

Саме Аристотель уперше описав у людини п'ять почуттів (зір, смак, слух, запах, дотик). Біль, однак, він не вважав почуттям, а думав, що він відбиває одну з "пристрастей душі" - надмірно енергійну форму руху думки, викликану іншими почуттями [9:158]. Він вважав, що інтенсивне почуття світла, звуку, дотику, що відбуваються, на його думку, у серці, може створювати біль. Платон стверджував, що біль і задоволення локалізуються в серці і печінці і виникають в результаті сильної взаємодії між атомами тіла. Платон також вважав, що біль є відображенням емоційного стану [79:129]. До XI ст. вчення про біль, які були запропоновані Аристотелем і Платоном домінували в середньовічній науці. А коли поглибилися знання в області анатомії і фізіології тварин і людини, з'явилися теорія Р. Декарта, який припустив, що болюча система являє собою прямий канал від шкіри до головного мозку [37:113]. Потім вчення про біль іде у двух напрямках. З одного боку біль визнавався як шосте почуття, самостійна сенсорна модальність, і це сприяло розвитку теорії специфічності. Д.Мюллер вважав,

що кожне почуття, чи як зараз прийнято називати, модальність, передається по прямому зв'язку від відповідного органа почуттів до мозкового центру в корі великого мозку. Ідеї цього автора лягли в основу теорії специфічності, що викладена в ряді робіт [146, 174]. М. Фрей висунув гіпотезу про існування у шкірі та слизових оболонках болючих рецепторів і прийшов до висновку, що болючі стимули, очевидно, сприймаються найтоншими кінцевими розгалуженнями чуттєвих волокон - вільними нервовими закінченнями. Докладний аналіз літератури по цьому питанню зроблений у працях Р.Дайка [149, 150], Дж.Боніка [142], К.Де Суза, Р.Велласа [146], А.Крейга, Г.Бартона [145], Л.Крюгера, Е.Перла, М. Седівека [171], де чітко сформулювалися три положення: про існування специфічних болючих рецепторів, специфічних аферентних волокон і центральних аферентних шляхів, а також про наявність у головному мозку специфічних структур, що переробляють болючу інформацію. Ці положення засновані на результатах численних морфофізіологічних експериментів, аналіз яких приведений у працях Г.Накагама [184], Дж.Боніка [142], К.Де Суза [146], Р.Велласа [146]. Перевагою теорії інтенсивності є те, що вона підкреслює важливість центральної сумації і конвергенції у розумінні механізмів болю, а також висуває концепцію сенсорної взаємодії між швидко і повільно провідними шляхами у мозку, що зумовлює припинення передачі визначеної сенсорної модальності. Теорія, однак, не дооцінює значення спеціалізації рецепторів.

Другий напрямок розглядав біль як результат надлишкової активації п'яти класичних органів почуттів, що було покладено в основу теорії інтенсивності. Засновником цієї теорії був Е.Дарвін, який вважав, що до виникнення болю приводить надлишкове відчуття тепла, дотику, світла чи смаку та запаху. Ця теорія одержала широке поширення. Е. Вебер [21:234], Ф. Генле, А. Гольдшейдер розвили теорію інтенсивності, сформулювавши її основну ідею в такий спосіб: найважливішими факторами, що приводять до виникнення болю, є надлишкова інтенсивність стимулу будь-якої сенсорної модальності і їхня центральна сумація [146]. Серед теорій про біль у XX ст. доречно виділити теорію „вхідних воріт", яка була запропонована Р.Мельзак та П.Валль, що, не зважаючи на певні недоліки, у наш час прийнята більшістю дослідників. Автори теорії зробили спробу пояснити з позицій сучасної нейрофізіології, нейроанатомії, психології і клініки болю високу спеціалізацію рецепторів і сенсорних провідних шляхів у мозку, роль тимчасової і просторової сумації у функціях нервових структур, що беруть участь у процесі сприйняття і переробки інформації про біль, вплив різних психічних процесів на сприйняття болю і формування відповіді на неї, різні клінічні прояви гострого і хронічного болю [180]. Були сформульовані поняття гострого і хронічного, нормального і патологічного болю. Так, гострий біль - це біль короткої тривалості, що може бути викликаний і припинений діями експериментатора (електричний стимул, радіаційне тепло). Термін "хронічний біль" відбиває болючу стимуляцію, що триває години, дні і навіть тижні, але яка усе ще знаходиться під контролем експериментатора [195]. У поняттях "нормальний" і "патологічний" біль

причина болю розглядається під іншим кутом [147]. Нормальний біль виникає в тих випадках, коли відбувається активація ноцицептивних аферентних закінчень від адекватних болючих стимулів. До патологічного болю автори відносять біль, викликаний іншими факторами. Відомо, що болючі відчуття, котрі виходять із внутрішніх органів, є не точно локалізуємими. Ми не можемо при захворюваннях визначити, де причина нестерпного болю; звичайно ми скаржимося лікарю, що біль відчувається, наприклад у коліні і т.п., але ретельне дослідження виявляє, що в області коліна нічого немає, а мається захворювання будь-якого із внутрішніх органів, що дає так називаємий відбитий чи неправильний локалізований біль [60:47]. Тому з'ясування місця локалізації болю є важливим в оцінюванні болю загалом. Також необхідно враховувати, що болючі впливи викликають різні відчуття. Такі ознаки болю, як сенсорна якість (гостра, тупа), інтенсивність (слабка, нестерпна), локалізація (обмежена, розлита), моторні, емоційні і вегетативні прояви (страх, жах, нудота, ядуха, зміни подиху, діяльності серця, судин, залоз шкіри) лягли в основу різних класифікацій. Фізіологи, клініцисти, психологи поділяють біль на первинний і вторинний; гострий і хронічний; колючий, пекучий, тупий (вісцеральний); фізичний і психогенний. Таким чином, біль являє собою феномен, в якому відображається єдність елементів психічного та соматичного [49, 70, 144]. І наскільки нам відомо, класифікації ступеня суб'єктивної виразності болю у психології, фізіології та медицині взагалі не існує.

Загалом біль є достатньо частим синдромом у психосоматичній та психіатричній клініках. F.Spear відмічав, що останній має місце у 45-50% психіатричних хворих [190]. Згідно В.Гультай, психогенний біль – це біль, в генезі якого значне місце мають психологічні фактори. Сам біль при цьому може носити яскраво виражений функціональний характер, а може бути і органічним. У першому випадку мова йде про психогенний біль невротичного рівня, а у другому – про психогенний біль психосоматичного рівня [33]. Проблема психогенного болю відноситься і до психосоматичних захворювань, яким у вітчизняній літературі присвячено багато робіт [31, 32, 75]. Разом з тим, біль може виникнути і при незначному залученні в його генез периферичних ланцюгів. Б.Карвасарський [48:345] відзначав цей вид болю як „психалгію". Як вказував Б.Карвасарський [48:354], „у вченні про біль проблема психалгій є однією із складних та маловивчених". У зв'язку з психалгіями автор ставе питання про співвідношення двох основних компонентів у переживанні – сенсорного та емоційного, вважаючи, що психалгія визначається „не стільки сенсорним, скільки емоційним компонентом, реакцією особистості на захворювання" [48:37]. В.Шток [123:213] відмічав, що не можна ототожнювати терміни „психалгія" та „психогенний біль". Психогенний, тобто визваний психоемоційним конфліктом, може бути і судинний, і м'язовий біль (мова йде про цефалгії), який має об'єктивірусний периферичний компонент. При психалгіях такий компонент значно змінний. Співвідношення двох

основних компонентів переживання болю – сенсорного та емоційного може бути уявлено як своєрідний компонент „психогенності" болю [49]. Е.Спир [191] відмітив, що у психіатричних роботах відзначено три головні теорії психогенного болю.

1. Біль – наслідок ворожості [152, 193, 154, 155].
2. Біль виникає у пацієнтів певного особистісного типу, які використовують біль як засіб комунікації [156, 157].
3. Біль виникає внаслідок загрози цілісності тіла [192].

Ці теорії розглядають біль як психологічний феномен. Теорія Т.Жаж, зокрема, використовує фройдовську концепцію ego, id, super-ego. Автор стверджує, що ego сприймає тіло як об'єкт, і постулює, що біль виникає тоді, коли сприймається загроза (по об'єктивним чи суб'єктивним) причинам. Питання у тому, чи є симптом органічним чи функціонально залежить від оцінки зовнішнім спостережником загрози для тіла [192:7].

Значення симптому, згідно З.Енгель, можна розглядати на трьох рівнях символізації.

1. Біль як символ ураження тіла.
2. Біль як комунікація: символізує потребу у допомозі.
3. Біль як форма спокуси провини.

Гіпотеза З.Енгель може розглядатися як субтеорія усередині підходу Т.Жаж. Деякі із аргументів З.Енгель мають фактичне підтвердження, як і аргументи Т.Жаж. Г.Мерскі [177] відмічає, що існують три механізму психогенного болю.

1. Біль як галюцинація (при шизофренії та ендогенній депресії) [181, 188, 141].
2. Біль, обумовлений м'язовою напругою та васкулярною дистонією. Сама м'язова напруга та судинна дистонія пов'язані з психологічними причинами (наприклад, з високим рівнем переживаємої тривожності). Існують дані, що тривожність приводить до росту м'язової напруги [172, 173]. Звичайно, існують медіатори цих болів [153, 194].
3. Конверсійна істерія. У чотирьох жінок, які описав З.Фройд у своєму есе по істерії, біль був важливим симптомом. Справжню частоту істерії як причини болю оцінити важко [177]. Існують свідчення про те, що істеричні механізми є важливими у розвитку персистируючого болю у психіатричних пацієнтів [177, 178, 179].

Ряд авторів розглядають біль у іпохондричних пацієнтів, як вираження істеричних механізмів [163]. Однак, М.Раймер [187] розглянув біль як одну із категорій безсилля поряд з іпохондрією. Т.Скарлато, А.Гінсбург [189] привели випадок болей у ногах як прояв невротичних конверсійних реакцій, а Дж.Рені [185] розглянув п'ять випадків психогенного болю та приводить докази їх патогенезу як конверсійних реакцій. Більшість ілюстрацій болю як симптому рішення безсвідомих конфліктів отримало назву „convack синдром". Conver означає „сидіти на яйцях" (висиджувати яйця) та описує поведінку тих батьків, які

ведуть себе так, начебто вони родили дитину і мучалися від пологового болю. Така поведінка відома у багатьох культурах і була детально описана Т.Рейк [186].

На значення в переживанні болю життєвої установки людини, зумовленої його відносинами, вказували В.Мясищев, Б.Ананієв, Б.Карвасарський, Д.Бічер. Д.Бічер досліджував взаємини між виразністю поранення й інтенсивністю больового відчуття в цивільних облич і солдатів, що надійшли для хірургічного лікування до шпиталю. Була відсутня залежність між величиною рани і відчуттям болю. Д.Бічер дійде висновку, що в переживанні болю розмір рани має менше значення, ніж емоційний компонент страждання, зумовлений відносинами хворого. Але все ж таки певний відсоток поранених солдатів відчували нестерпний біль. А диференціації суб'єктивної виразності болю та індивідуальних особливостей кожного окремого хворого не проводилось.

Для розкриття особливостей психосемантичної структури переживання болю необхідно виділити окремі компоненти болю. Дж.Мюррей [182], Дж.Харді та ін. [164] вводять поняття „больового досвіду" (pain experience). З точки зору вказаних авторів, больовий досвід враховує індивідуальну інтеграцію усіх шкідливих впливів:

1) реакцію на загрозу болю;

2) реакцію на локальні шкідливі впливи;

3) власне відчуття болю, яке супроводжується відчуттям тепла, спеки, холоду, тиску та інше;

4) реакцію на больове відчуття.

Очевидно, що при такому аналізі алгій необхідно виділити власно сенсорний компонент, а також когнітивну та емоціональну апперцепцію больового переживання (готовність до переживання болю), особистісну реакцію на актуальний сенсорний вплив. Ототожнення болючої чутливості з емоцією викликало заперечення ряду дослідників. Так, Б.Ананієв вказує, що альтернативна постановка питання: біль - емоція, чи біль - відчуття, носить метафізичний характер; вона розриває сенсорно-афективну єдність болю. Біль - цільна реакція особистості, що виражається як у суб'єктивних переживаннях, так і в об'єктивній діяльності [5:123].

Г.Бичер [139] виділяє первинні та вторинні компоненти больового досвіду, близькі по семантиці до сенсорного та емоційного компоненту болю. Первинний компонент – це больове відчуття як таке. Вторинний компонент враховує страждання, емоційні та поведінкові реакції на біль. Ряд дослідників [57] вважають, що переживання болю враховує три складові: поведінкова, емоційна, когнітивна.

Згідно вчення М.Аствацатурова важливу роль у переживанні болючого відчуття грає чекання болю і відношення до нього, від чого в значній мірі залежать "межі витриманості" до болю і можливості її подолання. Чекання, "страх болю" згідно М.Аствацатурова є примітивною формою емоції страху взагалі. "Біль і емоція представляються надзвичайно тісно зв'язаними спільністю їхніх біогенетичних коренів і тотожністю їхньої

біологічної сутності" [10:236]. Обґрунтовуючи це положення, учений пише, що функціональне призначення болючого почуття складається не в дискримінативній функції розрізнення якості зовнішнього впливу, а в афективному переживанні почуття неприємного, що є стимулом до видалення від відповідного об'єкту. А це зумовлено індивідуальними особливостями кожної окремої особистості, що і визначає його індивідуальне переживання болю.

Р.Мельзак, В.Торгерсон [180] запропонували метод трьохмірної семантичної дискрипції болю. Автори виділили три головних семантичних параметра болю: сенсорний, афективний, еквалюативний. Когнітивний компонент болю при цьому частково враховується в афективному параметрі (біль – перешкода, досада, страждання, мука, катування), але у цілому не знаходить у цьому підході свого вартого міста. Разом з тим ряд робіт [183] показують важність та необхідність підрахунку саме когнітивного компоненту больового досвіду. Г.Бичер [139] спостерігав, що більша частина поранених американських солдат заперечували у себе біль, або говорили, що біль настільки незначний, що вони не потребують анальгетиків. Коли їх привозили до шпиталю, то тільки один з них просив морфій. Коли Г.Бичер повернувся до клінічної практики анестезіологом, то відмітив, що чотири з п'яти громадських осіб, які відчували подібний солдатам біль, потребували у морфії. Автор висловлював припущення, що той факт, що солдати залишились живі, і що їм більше не потрібно йти у бій, змінювало їх переживання болю. К.Кіл [167] відмітив, що біль може вивчатися як відчуття, як перцепція, як установка, як емоційна поведінка. Але автор не проводить диференціації індивідуального переживання болю кожним окремим індивідом.

Вивченню умов, що визначають інтенсивність больового відчуття, присвячені численні дослідження. Вони з переконливістю показали, що переживання болю індивідом залежить як від величини роздратування (насамперед від його сили, тривалості і якості), так і від індивідуальної реактивності організму, функціонального стану його нервової системи, що залежать у свою чергу від ряду факторів, у тому числі і психологічних у значній мірі. Підкреслюючи не абсолютне значення кожного з зазначених компонентів, що визначають суб'єктивне переживання болю, Данієлополу справедливо вказує, що біль може викликатися не тільки "ненормально інтенсивним роздратуванням нормального чуттєвого шляху, але і нормальним роздратуванням гіперреактивного чуттєвого шляху" [49:507].

Психогенний та органічний біль значно відрізняються. Р.Цутербек, С.Трайн, К.Кіл [196, 167] підкреслюють, що необхідно проводити різницю між суб'єктивним переживанням органічного та психогенного болю. Г.Мерскі [179] прямо відмічає, що психогенний біль не описується медичною моделлю. Психогенний біль розглядається і в рамках розладів невротичного кола, і в рамках психосоматичних розладів. У першому випадку – це функціональні алгії, які мають більш

або менш виразний периферичний ланцюг (нервово-м'язовий або нервово-судинний). При психосоматичному болю периферичний ланцюг (наприклад, у випадку мігрені це насамперед судинні розлади) більш виражені, що приводить, по-перше, до недооцінки ролі психологічних факторів в їх патогенезі [144] і, по-друге, до недооцінки саногенного потенціалу психотерапії психосоматичного болю [144, 158, 166].

На сьогодняшній день вчення про біль є однієї з центральних проблем біології, медицини і психології. П.Анохін визначав біль як своєрідний психічний стан людини, зумовлений сукупністю фізіологічних процесів центральної нервової системи, викликаних до життя яким-небудь надсильним чи руйнівним роздратуванням [7:23]. У роботах вчених М.Аствацатурова [11:246] й Л.А.Орбели [70:34] особливо чітко сформульовані уявлення про загальбіологічне значення болю.

У літературі є достатньо певних доказів про важливу роль психологічних факторів у формуванні психосоматичного болю. Х.Харт [165], Г.Мерскі и Е.Спир [179] підкреслює зв'язок схильності до переживання болю та відчуття болю і провини. К.Меннингер [175] привів докази наявності мазохістичних установок у осіб з хронічним болем психогенної природи, які підлягли неоправданим хірургічним впливам. Р.Гринакр [162] зробив докладний опис одного такого випадку.

На відміну від інших видів чутливості больове відчуття виникає під впливом таких зовнішніх роздратувань, що ведуть до руйнування організму чи загрожують цим руйнуванням. Для медичної практики в зв'язку з "сигнальним" значенням болю дуже важливої є об'єктивна характеристика виразності больового відчуття. Труднощі і складність цієї оцінки пов'язані з тим, що за своїм характером біль є суб'єктивним відчуттям, що залежить не тільки від величини зухвалого її подразника, але і від психічної, емоційної реакції особистості на біль. "Будучи прикордонною проблемою загальної нейрофізіології і науки, що вивчає первинні форми відчуттів, тобто стану суб'єктивного характеру, - писав П.Анохін - біль може мати величезний пізнавальний зміст, уявляючи опорну віху на великій і важкій дорозі матеріалістичного аналізу психічних станів" [7:37]. "Ми не рівні перед болем", - вказував Р.Лериш [77:132]. Цей двоїстий характер болю пояснює, чому не тільки в широкій лікарській практиці, але й у працях ряду видатних представників медицини зустрічається недооцінка у відомій мірі значення для діагностики ступеня суб'єктивного переживання болю. Так, О.Пирогов писав, що "на перев'язних пунктах, де збирається стільки страждаючих різного роду, лікар повинен уміти розрізняти щире страждання від удаваного. Він повинен знати, що ті поранені, котрі сильніше інших кричать і волають, не завжди самі важкі і не завжди їм першим повинні надавати невідкладну допомогу" [49:505].

У дослідженні А.Давидової [36] рухового поводження людини в ситуації болючого переживання було встановлено, що відповідна реакція руки на болючий подразник (електричний струм, що дається за допомогою хронаксиметру) не може бути зведена до мимовільного руху біологічного

порядку, як стверджували це представники рефлексологічного плину в психології. Перед ними відкрилася яскрава картина індивідуальних варіацій відповідних рухів руки, найтіснішим чином пов'язаних з характерологічними особливостями людини і з загальним стилем його рухового поводження. Отже, усі ці дані з безсумнівністю говорять про те, що відповідний рух руки людини на біль не може бути розглянутий як випадкова, нічим не пов'язана з особистістю рухова реакція, а особливо як рухова реакція винятково рефлекторного типу. Те, що кожен випробуваний зберігає свій особливий стиль відповідного руху руки, незалежно від характеру пережитого їм болю (ми маємо тут тільки експериментальний біль), підтверджує висунуте в роботі положення про те, що форма рухової реакції руки людини на біль є чимось визначеним і стійким, як би частиною характерного. Б.Ананієв також вказує на значення в оволодінні болем, у зміні "меж витривалості" до болю свідомої установки людини. Саме в цій зміні "меж витривалості", а не в абсолютній болючій чутливості, на його думку, виявляється особистість людини в її відношенні до болю [6:234].

У феномені психалгії відбивається єдність фізіологічних і психологічних, об'єктивного і суб'єктивного, відчуття й емоції. Основним у характеристиці психалгії є не відсутність сенсорного компонента (об'єктивізація його в кожному випадку залежить лише від наших технічних можливостей), а вирішальне значення в їхньому переживанні психічного компонента болю, реакції індивіда на біль. Змістовний аналіз цієї реакції вимагає вивчення індивідуально-психологічних особливостей особистості та його відносини до болю. У зв’язку з цим виникає потреба з допомогою науково-діагностичних засобів у психології спробувати передбачити ступінь суб’єктивної виразності болю при розладах типу хронічні неінфекційні захворювання. Ми звернулися до розгляду цього питання, враховуючи індивідуальні особливості щодо динаміки переживання часу та узагальнені профілі індивідів, і спробували визначитися з критеріями типології домінантних хвороб.

2.3. Типологічні групи та хронічні неінфекційні захворювання

Ми звернулись до розгляду питання хронізації неінфекційних захворювань з врахуванням типологічних груп. Гіппократ, розташовуючи типологічні групи у лінійному порядку, вважав, що холерики по хворобам уявляють повну протилежність флегматикам. Сангвініки хворіють по типу холериків, а меланхоліки хворіють флегматичними та холеричними хворобами. Цей порядок розташування типологічних груп, встановлений Гіппократом, має відношення і до домінантних хвороб [29:132]. Зміст ідеї Гіппократа про існування типологічних груп зі своїми „переважаючими” хворобами зводиться до того, що сама хвороба локалізується у групі, та за її межі не виходить. Тобто, домінантна хвороба є одним із об’єктивних показників належності індивіда до певної типологічної групи.

Ю.Поляков пише, що „різні типи людей переважають хворіти різними хворобами, сама хвороба протікає у них по-різному, по-різному проходить і процес видужання, реабілітації в залежності від індивідуальних особливостей психіки людини" [80].

Особливу увагу звертають на себе хронічні неінфекційні хвороби, так як розвиток та плин хвороби має часову розгортку, з періодами загострення та ремісії (затухання) хвороби. У дослідженнях Б.Цуканова [110] представлені результати, які переконують нас, що домінантна хвороба локалізується у межах своєї типологічної групи. Розподіл післяінфарктних хворих дало чіткий поділ безперервного спектру „τ – типів" на типологічні групи. Проводячи систематичне визначення власної одиниці часу індивідів з хронічними неінфекційними захворюваннями (хвороби печінки, нирок, шлунку), Б.Цуканов отримав їх локалізацію у типологічних групах безперервного спектру „τ – типів" [116:94]. Ці результати дослідження відповідають тому, як Гіппократ пояснював походження хвороб у представників певних типологічних груп перевагою однієї з чотирьох волог в організмі. Б.Цуканов підійшов до розгляду питання „переживаючих хвороб" з позиції законів переживання часу [117]. А що стосується часу, то Д.Елькін відмічав: „Сприйняття часу, відображаючи об'єктивну реальність, дає людині змогу орієнтуватися у зовнішньому середовищі, причому дає об'єктивно вірну уяву про нього" [124:36]. Використовуючи вираз М.Шагіняна стосовно того, що кожен індивід має свій „маленький Хронос", Б.Цуканов доповнює: „Зі своєю швидкістю перебігу часу і зі своєю часовою перспективою" [118]. І.Павлов розглядав питання про ті процеси, які мають місце у мозку людини за умов сприйняття тривалості, швидкості та послідовності і прийшов до висновку, що „мірою часу" в нервовій системі є зміна збудження гальмуванням [72:382]. Д.Елькін розглядав залежність точності відтворення тривалості від типу темпераменту [125:28]. Він відмічав деякі відмінності у точності відтворення проміжків часу в холериків, сангвініків, меланхоліків, флегматиків, але не дав повного опису ставлення до актуального переживання часу представниками цих чотирьох типологічних груп. В.Богораз писав, що кожен живий індивід має свій власний час, тобто сангвінік – один, флегматик – інший [17:111]. На його думку, хоча ці розрізнення й невеликі, все ж повного співпадання аж ніяк не існує. У працях Б.Цуканова науково доведено, що представникам різних типологічних груп не тільки притаманий „різний час", а й має місце схожість відношень до переживання часу в індивідів, які належать до однієї типологічної групи, що вказує на наявність узагальнених профілів, які співмірні класичній типології темпераментів. Загалом він виділяє й детально аналізує п'ять типів профілів [112].

Такі відомі дослідники часу, як Є.Головаха, А.Кронік [30], П.Фресс [101], Д.Елькін [126] відмічали, що людство у процесі відтворення зберегло себе у стійких межах типологічних груп упродовж усієї попередньої історії. Тому й індивідуально зумовлені особливості відношення до часу відобразилися на діяльності суб'єктів, їх філософських узагальненнях,

політичних поглядах, поетичних творах. На переконання І.Білявського [13:253], аналіз таких відображень дає змогу досить чітко відтворити індивідуальну своєрідність історичних особистостей. П.Фресс [102] відмічає, що консервативної ідеології притримувались суб'єкти з орієнтацією у минуле, а радикальної – ті, котрі звертались у майбутнє. Б.Цуканов підкреслює, що „особистість вибудовує своє ставлення до часу в історичному і навіть у космічному масштабі, враховуючи у ньому і час життя свого носія – індивіда" [113]. Тому учений приходить до висновку, що між профілем індивідуально зумовленого відношення до часу і часом особистості немає лінійного зв'язку. Щоб оволодіти часом, треба згідно з виразом П.Фресс, досягти „мудрості старих" та прийняти час таким, який він даний кожному із нас – з його тривалостями, нестачею та ненадійністю [101:46]. Враховуючи індивідуальні особливості щодо динаміки переживання часу та узагальнені профілі індивідів, спробуємо визначитися з критеріями типології домінантних хвороб. Для цього необхідно відповісти на запитання.

1. Чи дійсно кожна нозологічна група хронічних неінфекційних захворювань локалізується у межах своєї типологічної групи на контингенті дітей, які страждають на хронічні неінфекційні захворювання?

2. Використовуючи „С – періодичність", чи можна з тією точністю, якою володіють власні години індивіда, розрахувати вікові критичні точки, в яких домінуюча хвороба проявиться в гострій формі, а також визначитись з тривалістю періодів реконвалесценції (видужання) та ремісії (затухання) хвороби у кожного окремого хворого?

Даючи відповіді на ці запитання, можливо переходити до вивчення симптомів хронічних неінфекційних захворювань з позиції законів переживання часу індивідами. Щоб відповісти на поставлені нами запитання була сформульована мета та задачі дослідження. Для рішення задач необхідно обґрунтувати вибір найбільш адекватного експериментального метода дослідження психосимптоматики хронічних неінфекційних захворювань в онтогенезі та проаналізувати отримані результати дослідження.

Таким чином теоретичний аналіз проблеми хронізації неінфекційних захворювань дозволяє зробити наступні висновки.

Розкриваючи поняття психосоматичних відношень, доведено, що:

принцип індивідуального підходу у лікуванні та профілактиці захворювань вимагає комплексного врахування психологічних особливостей кожної особистості, і тому не випадково покладений у підґрунтя розв'язку важливої проблеми сучасної медицини – хронізації неінфекційних захворювань;

розуміння психосоматичної єдності людини, прийняття й зреалізування цілісного підходу до особи хворого дасть можливість краще зрозуміти фізичні симптоми патофізіологічних процесів та причин виникнення того чи іншого захворювання;

загалом спостерігається двубічний, але єдиний характер психосоматичних відношень з переходом психогенії в соматогенію та навпаки;

причину виникнення захворювання, тобто функціональних порушень органів та систем організму, які приводять до зриву роботи організму в цілому, неможливо зрозуміти без знання психологічних особливостей особистості хворого, а відтак адекватно спрогнозувати перебіг конкретної хвороби.

Детальний аналіз проблеми болю як симптому психосоматичних розладів в працях вітчизняних та зарубіжних учених дав змогу виявити, що:

біль являє собою феномен, утворений великим переплетінням анатомічного, фізіологічного, психологічного і соціального компонентів, кожен з яких, у свою чергу, складається з ряду більш простих елементів;

біль є суб'єктивним відчуттям, що залежить не тільки від величини зухвалого її подразника, але і від психічної реакції особистості на біль;

класифікації ступеня суб'єктивної виразності болю при хронічних неінфекційних захворюваннях в науці взагалі не існує.

Співвідношення хронічних неінфекційних захворювань із типологічними групами показало, що:

на основі „τ-типу", який визначає значення власної одиниці часу кожного окремого індивіда, можна з високою точністю віднести того чи іншого суб'єкта у групу зі своєю домінантною хворобою;

використовуючи „С-періодичність", є можливість точно визначити головні параметри власного психологічного годинника індивіда, у тому числі підрахувати вікові критичні точки, в яких домінантна хвороба проявляється в гострій формі;

разом з тим відкритими в окресленому проблемному полі залишаються питання локалізації симптомів кожної окремої нозологічної форми хронічних неінфекційних захворювань у типологічній групі безперервного спектру „τ-типів" та ступеня виразності клінічних прояв хвороби у дітей, котрі страждають на хронічні неінфекційні захворювання.

2.4. Локалізація симптомів хронічних неінфекційних захворювань у типологічних групах

Наше завдання – дослідити у дітей локалізацію симптомів хронічних неінфекційних захворювань у типологічних групах – вирішувалося експериментальним шляхом на контингенті дітей віком від 7 до 14 років, котрі страждають на хронічні неінфекційні захворювання і проходили лікування у дитячій лікарні стаціонару та її поліклінічному відділенні. Іншими словами, дослідження проводилось з дітьми, як у період загострення, так і реконвалесценції (видужання) та ремісії (затухання) захворювання. На кожного обстежуваного заповнювалась анкета, за допомогою якої з'ясовувалось наступне:

вік дитини (із зазначенням кількості років та місяців на момент обстеження);

число, місяць, рік її народження;
вид хронічного неінфекційного захворювання;
суб'єктивна виразність болю та її формовияву;
ступінь суб'єктивної виразності болю за шкалою:
1 бал – „слабкий"
2 бали – „тупий"
3 бали – „помірний"
4 бали – „гострий"
5 балів – „нестерпний";
6) таблиця з визначенням τ-власної одиниці часу дитини.

У кожного хворого обстежуваного методом хронометричної проби [114] визначався „τ-тип", для чого використовувався класичний спосіб відтворення проміжків тривалості t_o = 2, 3, 4, 5с, що задавалися експериментатором та відтворювалися обстежуваним за допомогою електронного хроноскопу з точністю до 0,001с. При цьому кожному обстежуваному пропонувалось відтворити тривалість, яка ним переживається та обмежена двома сигналами „початок" та „кінець". Цими сигналами був щіглик, який виникає під час включення та зупинки хроноскопу. Обстежуваний відтворював проміжки, які задавалися на цьому хроноскопі.

Індивідуальне значення „τ-типу" розраховувалося за формулою:

$$\tau = \frac{\Sigma t_s}{\Sigma t_o}, \qquad (2.1)$$

де t_o - тривалість, що задана експериментатором, а t_s - тривалість, яку відтворює обстежуваний.

Це відношення вперше запропонував Х.Еренвальд [151] для характеристики індивідуальних результатів методу відтворення. Але, якщо Х.Еренвальд, а потім і інші автори [39, 40, 103] використовували це відношення як безмірний коефіцієнт, то Б.Цуканов надає йому зміст власної одиниці часу індивіда. Дійсно заданий інтервал t_o є тривалість, пережита на одній ділянці „стріли суб'єктивного часу", а тривалість t_s відтворюється на другій її ділянці, по відношенню до якої t_o вже знаходиться у минулому. Виходячи з цього, Б.Цуканов приходить до висновку, що заданий інтервал t_o в ситуації напруженого чекання розпадається на певне число власних одиниць індивіда, а відтворена тривалість t_s складається з цього числа [115]. Даний метод відтворення тривалості для визначення „τ – типу" дозволяє вирішити нам задачі з психодіагностики симптомів хронічних неінфекційних захворювань. Відтворення кожного проміжку часу повторювалося п'ять разів, а потім підраховувалося середньостатистичне значення власної одиниці часу кожної дитини. Вибір методу психодіагностики хронічних неінфекційних захворювань з позиції законів переживання часу є важливим питанням для аналізу психосимптоматики хронічних неінфекційних захворювань в онтогенезі. Окрім методу відтворення, для вивчення суб'єктивного відношення до часу, який переживається індивідом,

використовують метод відмірювання та оцінки тривалості. Результати в цих методах сильно варіюють, і дані різних авторів важко зіставити або дати їм однозначну інтерпретацію [101, 161, 169].

Але багато дослідників використовують відмірювання та оцінку тривалості та отримують результати, які пов'язані з особливостями методів і намагаються інтерпретувати їх як нові факти. Але з точки зору деяких дослідників [120, 148], неможливо ці результати погодити з суб'єктивними переживаннями часу. І тільки завдяки ретельному аналізу часових помилок в працях Б.Цуканова [111], які допускаються суб'єктами в експериментальних методах та на основі цього аналізу був вибраний найбільш адекватний метод, який дозволяє виявити закономірності індивідуального часу, що переживається суб'єктом. В нашому дослідженні відносна помилка відтворення тривалості підраховувалася за формулою:

$$\varepsilon = \frac{\Delta t_s}{t_o} 100\%,$$

де $\Delta t = t_o - t_s$, t_o - тривалість, яка задавалася експериментатором, а t_s - тривалість, яку відтворює обстежуваний [116:35]. Результати зіставлялись із значенням власної одиниці часу та представлені у таблицях 2.1, 2.2, 2.3.

Таблиця 2.1

Відносна помилка відтворення тривалості „поспішаючим суб'єктом"

t_o (в с)	1 вибірка (50 діт.)			2 вибірка (60 діт.)		
	t_s (в с)	τ	ε (в %)	t_s (в с)	τ	ε (в %)
2	1,7	0,85	15	1,68	0,84	16
3	2,52	0,84	16	2,49	0,83	17
4	3,32	0,83	17	3,28	0,82	18
5	4,1	0,82	18	4,15	0,83	17
Середні		0,84	16,5	-	0,83	17

Таблиця 2.2

Відносна помилка відтворення тривалості „середньогруповим суб'єктом"

t_o (в с)	1 вибірка (80 діт.)			2 вибірка (90 діт.)		
	t_s (в с)	τ	ε (в %)	t_s (в с)	τ	ε (в %)
2	1,8	0,9	10	1,78	0,89	11
3	2,67	0,89	11	2,64	0,88	12
4	3,52	0,88	12	3,48	0,87	13
5	4,35	0,87	13	4,4	0,88	12

Середні	0,89	11,5	-	0,88	12

Таблиця 2.3

Відносна помилка відтворення тривалості „повільним суб'єктом"

t_o (в с)	1 вибірка (70 діт.)			2 вибірка (80 діт.)		
	t_s (в с)	τ	ε (в %)	t_s (в с)	τ	ε (в %)
2	2,6	1,3	30	2,54	1,27	27
3	3,66	1,22	22	3,84	1,28	28
4	5	1,25	25	5,2	1,3	30
5	6,35	1,27	27	6,25	1,25	25
Середні		1,26	26	-	1,275	27,5

Як видно з таблиць 2.1, 2.2, 2.3, на двух незалежних виборках у „поспішаючих", „середньогрупових" та „повільних" суб'єктів отримано практично рівність відносних помилок. Тому можна вважати, що методом відтворення тривалості досліджується вроджений механізм ходу власних годин індивіда, який вимірює плин часу, що переживається суб'єктом. Інакше кажучи, у суб'єкта є власна одиниця часу, за допомогою якої вимірюється безпосередньо переживаєма тривалість [111].

Отримані в дослідженнях результати відносної помилки відтворення тривалості піддаються однозначній інтерпретації, тому метод відтворення тривалості є адекватним з метою вивчення психосимптоматики хронічних неінфекційних захворювань в проблемі індивідуального часу, що переживається суб'єктом. В цьому відношенні специфіка метода відтворення дозволяє відкрити особливості часового механізму індивіда, котрий вимірює плин тривалості, що переживається суб'єктом за допомогою власної одиниці часу.

Але під час вибору методу дослідження, ми також враховували особливості контингенту обстежуваних – це діти віком від 7 до 14 років. Згідно даним П.Фресс [102] та ряду досліджень, які були проведені Д.Елькіним [134] та його співробітниками [40, 138], відмірювання та оцінка тривалості можливі при опосередкованому відношенні до часу, який переживається. Вони стають підсильними суб'єкту тільки на порозі підліткового віку [102, 124, 125], тобто тоді, коли у суб'єкта сформовані ті чи інші уяви щодо прийнятих одиниць вимірювання часу (секунди, хвилини, години та інше).

Загалом сприйняття часу у дітей – одне з найменш вивчених питань. Вивчаючи сприйняття та відтворення невеликих часових інтервалів на різних вікових етапах Д.Елькін [126, 127] приходить до висновку, що цей процес пов'язаний з загальним ходом психічного розвитку, з оволодінням знаннями у процесі навчання. Ці висновки були підтверджені даними досліджень С.Шабаліної, яка, вивчаючи дітей I-VII класів школи, встановила, що оцінка

ними проміжків часу в 1, 5, 10, 15 хв. з віком, з переходом з класу в клас стає все більш і більш адекватною. Діти шкільного віку краще всього орієнтуються в тих проміжках часу, які пов'язані з їх повсякденною діяльністю. І.Канаєв встановив, що умовний рефлекс на час у дітей 9-14 років складається швидко, в результаті невеликої кількості підкріплень та спостерігається тенденція до удосконалювання в результаті багаторазових повторень. Але умовні рефлекси, які склалися не заважають при цьому дітям робити помилки у словесній диференціації часових інтервалів, що вказує на деякі розходження у них першо- та другосигнальних процесів у сприйнятті часу. Подібні уяви опосередковуються у формі мовних понять, тому відмірювання та оцінка неможливі без опори на мову [120, 121], як вказують Н.Чуприкова, Л.Митіна та Т.Шлехтин. На відміну від відмірювання та оцінки здатність відтворювати тривалість спостерігається у дітей с шостирічного віку, а припущені ними помилки не відрізняються від помилок у дорослих суб'єктів [101, 102, 7]. Виходячи з вікових особливостей часових помилок, метод відтворення тривалості є основним. А відмірювання та оцінка проміжків є доповнюючими [102, 121, 132]. Тому у своих дослідженнях ми звертаємося до методу відтворення проміжків часу за допомогою електронного хроноскопу, який дає можливість зафіксувати відтворення проміжків з точністю до 0,001 с.

Всього в дослідженні взяло участь 300 дітей віком від 7 до 14 років. Була проведена систематизація нозологічних форм захворювання по системам організму.

Загалом було обстежено 80 дітей у віці від 7 до 14 років із хронічними захворюваннями шлунково-кишкового тракту, із них на хронічний гастрит страждало 39 дітей, на виразкову хворобу шлунку – 9, на хронічний холецистит – 12, на хронічний панкреатит – 11, на дискинезії жовчовивідних шляхів (ДЖВШ) – 9. При цьому серед дітей, котрі хворіли на хронічний гастрит, 23 дитини перебувало на стадії загострення, а 16 – ремісії.

Сучасна медицина надає перевагу інфекційному чиннику у виникненні виразкових процесів у шлунку. Тобто Нр-фактору – паличка, яка володіє афазією (здатність проникнути у клітину), що зумовлює перебіг процесів рецидиву хвороби. В такий спосіб пояснюється процес хронізації даних захворювань. Серед агресивних чинників, які сприяють хворобам шлунку, виділяють:

а) гіперпродукцію соляної кислоти;
б) дію пепсину;
в) порушення рухальної функції шлунку;
г) наявність нестероїдних та стероїдних гормонів (кортикостероїдів);
д) гіперпродукцію жовчі.

Однак критичний аналіз цих даних показує, що ці чинники ризику можуть пояснити причину приблизно половини випадків виникнення та розвитку хвороб шлунку в людській популяції. У 35% від загальної кількості числа індивідів, котрі страждають на хвороби шлунку, наявна так звана безсимптомна форма, яка приводить до розвитку виразкового процесу, але не

супроводжується факторами ризику [66:121-124]. На сьогоднішній день гастроентерологи пропедевтично не знають, у кого може бути така клінічна форма хвороби шлунку як гастрит чи виразкова хвороба.

Проблема хвороб шлунку ще далека від свого остаточного вирішення. Одна з причин цього полягає в недостатньому вивченні двох моментів, що стосуються самої суті захворювання: по-перше, хвороби шлунку є неінфекційним процесом, від якого страждає 20% дитячого населення; по-друге, вони діють як хронічні, тобто їхній розвиток та плин має часову організацію, а такі їх клінічні форми, як гастрит та виразкова хвороба шлунку, виявляються у певному віці. Оскільки кількість індивідів, які страждають на хвороби шлунку в людській популяції, згідно зі світовою статистикою, залишається відносно постійним, то імовірно припустити, що є індивіди (або група індивідів), котрі „переважно" хворіють на шлунок. Якщо такі персоналії і групи, „переважальників" шлункової хвороби справді існують, то й так звані фактори ризику цієї хвороби у початкових формах можна легко виявити в осіб цього психотипу задовго до їх вірогідної дії.

Результати проведеного нами дослідження показали, що власна одиниця часу обстежених хворих дітей на хронічний гастрит та виразкову хворобу шлунку знаходиться у діапазоні $1{,}0c < \tau \leq 1{,}1c$, що відповідає групі індивідів, у яких „переважають" хвороби шлунку типологічного масиву одного з п'яти сегментів безперервного спектру „τ – типів" [116, с.94].

Наведемо індивідуальні дані деяких хворих, котрі страждають на хронічний гастрит та виразкову хворобу шлунку.

1. Хворий Н. ($\tau = 1{,}1c$). Дата народження: 6.08.1990 р.
   Діагноз: Хронічний гастрит.

Хворий В. ($\tau = 1{,}1c$). Дата народження: 19.05.1991 р.
   Діагноз: Виразкова хвороба шлунку.

Хворий В. ($\tau = 1{,}02c$). Дата народження: 23.09.1993 р.
   Діагноз: Виразкова хвороба шлунку.

Хвора Р. ($\tau = 1{,}03c$). Дата народження: 07.04.1989 р.
   Діагноз: Хронічний гастрит.

5. Хворий Н. ($\tau = 1{,}1c$). Дата народження: 6.08.1990 р.
   Діагноз: Хронічний гастрит.
6. Хворий В. ($\tau = 1{,}1c$). Дата народження: 19.05.1992 р.
   Діагноз: Виразкова хвороба шлунку.

Хворий В. ($\tau = 1{,}06c$). Дата народження: 23.09.1993 р.
   Діагноз: Виразкова хвороба шлунку.

8. Хвора Р. ($\tau = 1{,}1c$). Дата народження: 07.04.1990 р.
   Діагноз: Хронічний гастрит.
9. Хворий В. ($\tau = 1{,}02c$). Дата народження: 23.09.1991 р.
   Діагноз: Виразкова хвороба шлунку.
10. Хвора Р. ($\tau = 1{,}1c$). Дата народження: 07.04.1992 р.
    Діагноз: Хронічний гастрит.

Зокрема встановлено, що велику групу хронічних захворювань у дитячому віці становлять хвороби органів, які беруть участь у процесі переварювання їжі в шлунково-кишковому тракті. Передусім мовиться про холецистити, панкреатити та дискинезії жовчовивідних шляхів. У медичній практиці спостерігається схильність окремих індивідів хворіти на хвороби жовчного міхура, підшлункової залози та жовчовивідних шляхів, хоча засобів передбачити те чи інше захворювання досі не існує.

Результати проведеного нами дослідження показали, що власна одиниця часу в дітей, які страждають на хронічний холецистит, знаходиться у діапазоні $0{,}7c \leq \tau \leq 0{,}72c$, панкреатит - $0{,}73c \leq \tau \leq 0{,}75c$ та ДЖВШ - $0{,}7c \leq \tau < 0{,}8c$, що відповідає групі індивідів, у яких „переважають" хвороби печінки та жовчного міхура [116:94].

Згідно показників Айзенка, індивіди з власною одиницею (τ) у діапазоні $0{,}7c \leq \tau < 0{,}8c$, які страждають на хвороби печінки та жовчного міхура, характеризуються високою екстраверсією, стабільністю, а збудження в 2 рази переважає над гальмуванням [160]. До того ж вони цілеспрямовані та агресивні у поведінці. Індивіди з таким „τ- типом" наближаються до категорії „суто холериків". Індивіди з власною одиницею часу (τ) у діапазоні $1c < \tau \leq 1{,}1c$, які страждають на хронічні хвороби шлунку, вирізняються вираженою інтроверсією та стабільністю, високим рівнем збудження і гальмування, що врівноважують один одного, а рухливість у них вдвічі нижче, ніж у „τ-типів" інших індивідів. Ось чому вони спокійні, продуктивно працюють у знайомій ситуації, а типологічно віднести їх можна до „суто флегматиків" [116:95].

Наведемо індивідуальні дані деяких хворих з хронічними захворюваннями підшлункової залози та жовчовивідних шляхів.

1. Хвора Р ($\tau = 0{,}7$). Дата народження: 11.09.1993 р.
   Діагноз: Хронічний холецистит.
2. Хворий Л. ($\tau = 0{,}72c$). Дата народження: 21.04.1989 р.
   Діагноз: Хронічний холецистит.
3. Хвора З. ($\tau = 0{,}71c$). Дата народження: 9.11.1990 р.
   Діагноз: Хронічний холецистит.
4. Хворий Н. ($\tau = 0{,}73c$). Дата народження: 3.06.1991 р.
   Діагноз: Хронічний панкреатит.
5. Хвора Ж. ($\tau = 0{,}75c$). Дата народження: 5.01.1992 р.
   Діагноз: Хронічний панкреатит.
6. Хворий П. ($\tau = 0{,}74c$). Дата народження: 8.02.1989 р.
   Діагноз: Хронічний панкреатит.
7. Хвора В. ($\tau = 0{,}7c$). Дата народження: 8.05.1990 р.
   Діагноз: Дискинезія жовчовивідних шляхів.
8. Хворий Д. ($\tau = 0{,}79c$). Дата народження: 5.06.1993 р.
   Діагноз: Дискинезія жовчовивідних шляхів.
9. Хвора К. ($\tau = 0{,}78c$). Дата народження: 12.08.1994 р.

Діагноз: Дискинезія жовчовивідних шляхів.

10. Хворий Ц. (τ = 0,77с). Дата народження: 13.10.1991 р.
    Діагноз: Дискинезія жовчовивідних шляхів.
11. Хвора Т. (τ = 0,76с). Дата народження: 14.03.1992 р.
    Діагноз: Дискинезія жовчовивідних шляхів.
12. Хворий У. (τ = 0,7с). Дата народження: 12.05.1989 р.
    Діагноз: Хронічний холецистит.
13. Хворий Ф. (τ = 0,71с). Дата народження: 9.07.1993 р.
    Діагноз: Хронічний холецистит.
14. Хвора В. (τ = 0,73с). Дата народження: 23.10.1991 р.
    Діагноз: Хронічний панкреатит.
15. Хворий Ю. (τ = 0,78с). Дата народження: 28.05.1992 р.
    Діагноз: Дискинезія жовчовивідних шляхів.
16. Хвора Г. (τ = 0,74с). Дата народження: 25.03.1993 р.
    Діагноз: Хронічний панкреатит.

Отже, задля ефективної профілактики в медицині треба повно враховувати психологічні індивідуальні особливості кожного окремого індивіда схильного до захворювань шлунково-кишкового тракту. Це дасть змогу передбачити місце його найменшого опору, щонайперше такі окремі нозологічні форми захворювань, як гастрит, виразкова хвороба шлунку, холецистити, панкреатити та дискинезії жовчовивідних шляхів.

Серед хронічних неінфекційних захворювань як домінантних [4, 34, 85, 98] велику групу становлять серцево-судинні, які сукупно називають хворобою номер один XX століття. Якщо розглядати доросле населення Землі, то його четверта частина страждає на ці захворювання; вони є причиною кожного другого летального вироку долі, кожної третьої інвалідності [8]. Вирішення завдань профілактики серцево-судинних захворювань шляхом впливу на відповідні фактори ризику дають змогу пояснити тільки половину випадків виникнення та розвитку ішемічної хвороби серця у людській популяції [85]. У 30% від загальної кількості числа індивідів, котрі страждають на ішемічну хворобу серця, наявна так звана безсимптомна форма, яка спричиняє неочікуваний інфаркт, але не супроводжується чинниками ризику [83:27-33]. На сьогодні кардіологи не знають, у кого може бути така клінічна форма ішемічної хвороби серця, як інфаркт міокарду [78]. Тому важливим моментом у профілактиці серцево-судинних захворювань є врахування психологічних аспектів профілактики цих захворювань, розглядом яких займалися В.Александрова, Є.Суслова, А.Александров [4]. Велике значення у створенні системи кардіопрофілактики дорослого населення мають праці Б.Цуканова [116, 117, 118, 119].

Нами було обстежено 81 дитину із захворюваннями серцево-судинної системи у віці від 7 до 14 років. Із них на неінфекційний міокардит страждало 19 дітей, на вегето-судинну дистонію - 62 дитини,

серед яких у 23 дітей перебіг хвороби відбувався по гіпотонічному типу, а у 39 дітей – по гіпертонічному типу.

При цьому серед хворих на неінфекційний міокардит: 10 дітей перебувало на стадії загострення, а 9 дітей – ремісії.

Міокардит часто є ускладненням інфекційних захворювань (дифтерії, гепатиту, грипу та ін.), що пояснюється ураженням патогенною мікрофлорою м'язової тканини серця. А як пояснити причину міокардиту без інфекційного фактору, коли проявляються усі вісім критеріїв міокардиту? Також медицина неспроможна передбачити форми прояву захворювання (легка, середня, тяжка). Тому виникає потреба з допомогою науково-діагностичних засобів передбачити загострення цього хронічного захворювання та своєчасно провести профілактику хвороби, зважаючи на традиційні схеми медичної профілактики.

Результати проведеного нами дослідження показали, що власна одиниця часу цих хворих знаходиться в діапазоні $0{,}8с \leq \tau \leq 0{,}86с$, що відповідає групі індивідів, у яких „переважають" серцево-судинні захворювання по гіпертонічному типу згідно типологічним групам у безперервному спектрі „τ-типів" [116:94].

Наведемо індивідуальні дані деяких хворих на міокардит.

Хворий Д. ($\tau = 0{,}8с$). Дата народження: 5.04.1991 р.
Діагноз: Міокардит, легка форма.

Хвора К. ($\tau = 0{,}81с$). Дата народження: 2.05.1991 р.
Діагноз: Міокардит, легка форма.

Хворий Л. ($\tau = 0{,}82с$). Дата народження: 26.09.1992 р.
Діагноз: Міокардит, середня форма.

Хворий С. ($\tau = 0{,}83с$). Дата народження: 15.06.1995 р.
Діагноз: Міокардит, середня форма.

Хвора Ж. ($\tau = 0{,}85с$). Дата народження: 3.03.1994 р.
Діагноз: Міокардит, тяжка форма.

Хворий О. ($\tau = 0{,}86с$). Дата народження: 5.08.1993 р.
Діагноз: Міокардит, важка форма.

Хворий П. ($\tau = 0{,}84с$). Дата народження: 13.03.1990 р.
Діагноз: Міокардит, важка форма.

Хвора Д. ($\tau = 0{,}81с$). Дата народження: 15.10.1991 р.
Діагноз: Міокардит, легка форма.

Хворий Г. ($\tau = 0{,}82с$). Дата народження: 6.04.1990 р.
Діагноз: Міокардит, середня форма.

Хворий В. ($\tau = 0{,}83с$). Дата народження: 12.04.1989 р.
Діагноз: Міокардит, середня форма.

Хвора Н. ($\tau = 0{,}84с$). Дата народження: 14.07.1991 р.
Діагноз: Міокардит, важка форма.

Хворий К. ($\tau = 0{,}85с$). Дата народження: 5.03.1990 р.
Діагноз: Міокардит, важка форма.

Хворий К. ($\tau = 0{,}86с$). Дата народження: 12.04.1989 р.

Діагноз: Міокардит, важка форма.

Хвора Д. (τ = 0,82с). Дата народження: 25.10.1991 р.

Діагноз: Міокардит, середня форма.

Хворий В. (τ = 0,83с). Дата народження: 15.08.1993 р.

Діагноз: Міокардит, середня форма.

Хвора М. (τ = 0,84с). Дата народження: 13.04.1991 р.

Діагноз: Міокардит, важка форма.

Хворий Ч. (τ = 0,86с). Дата народження: 23.08.1992 р.

Діагноз: Міокардит, легка форма.

Хворий З. (τ = 0,84с). Дата народження: 15.06.1991 р.

Діагноз: Міокардит, легка форма.

Хворий Р. (τ = 0,85с). Дата народження: 4.04.1990 р.

Діагноз: Міокардит, середня форма.

Досліджуючи одну із „переважаючих" хвороб серцево-судинної системи, ми переконуємось, що така хвороба, як міокардит локалізується у межах своєї типологічної групи. Дуже показово те, що сюди входять індивіди сангвіноїдної групи, тобто індивіди, в організмі яких по Гіппократу переважає кров. У індивідів цього типу, згідно показників Айзенка, високий рівень збудження та гальмування, які врівноважують один одного [160]. В поведінці діти цієї групи відрізняються життєрадісністю, оптимістичністю, великою рухливістю. Вони наближаються до „суто" сангвініків [116:82].

Велику групу складають хворі діти на вегето-судинну дистонію (ВСД), яка займає перше місце по частоті виникнення серцево-судинної патології в дитячому віці. Перебіг цієї хвороби може бути по гіпотонічному або гіпертонічному типу. Хворих дітей із ВСД по гіпотонічному типу було обстежено: 23 індивіда.

Результати проведеного нами дослідження показали, що власна одиниця часу у цих дітей складає два діапазона інтервалів: $0{,}7с \leq \tau < 0{,}8с$ (15 хворих) та $1{,}0с < \tau \leq 1{,}1с$ (8 хворих), що відповідає холероїдній та флегматоїдній групам індивідів у типологічних групах безперервного спектру „τ –типів" [116:94].

Наведемо індивідуальні дані деяких хворих із групи дітей, які страждають на вегето-судинну дистонію по гіпотонічному типу.

Хвора Л. (τ = 0,73с). Дата народження: 12.07.1992 р.

Діагноз: Вегето-судинна дистонія по гіпотонічному типу.

Хвора Р. (τ = 0,76с). Дата народження: 1.09.1991 р.

Діагноз: Вегето-судинна дистонія по гіпотонічному типу.

Хвора О. (τ = 1,1с). Дата народження: 4.11.1993 р.

Діагноз: Вегето-судинна дистонія по гіпотонічному типу.

Хворий Н. (τ = 0,79с). Дата народження: 12.05.1995 р.

Діагноз: Вегето-судинна дистонія по гіпотонічному типу.

Хворий Є. (τ = 0,78с). Дата народження: 16.02.1990 р.

Діагноз: Вегето-судинна дистонія по гіпотонічному типу.

Хвора М. (τ = 1,1с). Дата народження: 1.11.1992 р.

Діагноз: Вегето-судинна дистонія по гіпотонічному типу.

Хворий Х. (τ = 1,1с). Дата народження: 2.12.1991 р.

Діагноз: Вегето-судинна дистонія по гіпотонічному типу.

Хвора М. (τ = 0,74с). Дата народження: 10.06.1989 р.

Діагноз: Вегето-судинна дистонія по гіпотонічному типу.

Хворий К. (τ = 0,77с). Дата народження: 7.07.1991 р.

Діагноз: Вегето-судинна дистонія по гіпотонічному типу.

Хвора Х. (τ = 1,1с). Дата народження: 1.08.1991 р.

Діагноз: Вегето-судинна дистонія по гіпотонічному типу.

Хвора Ж. (τ = 0,71с). Дата народження: 12.06.1989 р.

Діагноз: Вегето-судинна дистонія по гіпотонічному типу.

Хворий П. (τ = 0,72с). Дата народження: 14.10.1990 р.

Діагноз: Вегето-судинна дистонія по гіпотонічному типу.

Хвора Т. (τ = 1,1с). Дата народження: 16.07.1991 р.

Діагноз: Вегето-судинна дистонія по гіпотонічному типу.

Хворий К. (τ = 0,7с). Дата народження: 1.04.1993 р.

Діагноз: Вегето-судинна дистонія по гіпотонічному типу.

Хвора Р. (τ = 0,72с). Дата народження: 18.12.1993 р.

Діагноз: Вегето-судинна дистонія по гіпотонічному типу.

Хвора Д. (τ = 0,76с). Дата народження: 10.01.1992 р.

Діагноз: Вегето-судинна дистонія по гіпотонічному типу.

Хворий В. (τ = 0,74с). Дата народження: 22.07.1989 р.

Діагноз: Вегето-судинна дистонія по гіпотонічному типу.

Хвора Г. (τ = 1,1с). Дата народження: 15.04.1992 р.

Діагноз: Вегето-судинна дистонія по гіпотонічному типу.

Хворий С. (τ = 0,79с). Дата народження: 1.04.1993 р.

Діагноз: Вегето-судинна дистонія по гіпотонічному типу.

Хвора В. (τ = 1,1с). Дата народження: 10.08.1992 р.

Діагноз: Вегето-судинна дистонія по гіпотонічному типу.

У діапазоні: $0{,}8с \leq \tau \leq 0{,}86с$ (21 дитина) та $0{,}94с \leq \tau \leq 1{,}0с$ (18 хворих) знаходиться власна одиниця часу у дітей, які страждають на ВСД по гіпертонічному типу.

Наведемо індивідуальні дані деяких хворих із групи дітей, які страждають на вегето-судинну дистонію по гіпертонічному типу.

Хвора Д. (τ = 0,8с). Дата народження: 10.08.1992 р.

Діагноз: Вегето-судинна дистонія по гіпертонічному типу.

Хвора А. (τ = 0,81с). Дата народження: 2.07.1992 р.

Діагноз: Вегето-судинна дистонія по гіпертонічному типу.

Хвора К. (τ = 1,0с). Дата народження: 4.10.1991 р.

Діагноз: Вегето-судинна дистонія по гіпертонічному типу.

Хворий У. (τ = 0,81с). Дата народження: 2.06.1995 р.

Діагноз: Вегето-судинна дистонія по гіпертонічному типу.

Хворий К. (τ = 0,85с). Дата народження: 10.02.1991 р.

Діагноз: Вегето-судинна дистонія по гіпертонічному типу.

Хвора М. (τ = 0,98с). Дата народження: 1.01.1991 р.

Діагноз: Вегето-судинна дистонія по гіпертонічному типу.
Хворий К. (τ = 1,0с). Дата народження: 2.10.1992 р.
Діагноз: Вегето-судинна дистонія по гіпертонічному типу.
Хвора Л. (τ = 0,73с). Дата народження: 10.06.1989 р.
Діагноз: Вегето-судинна дистонія по гіпотонічному типу.
Хворий К. (τ = 0,79с). Дата народження: 27.07.1990 р.
Діагноз: Вегето-судинна дистонія по гіпотонічному типу.
Хвора Ж. (τ = 1,0с). Дата народження: 1.08.1991 р.
Діагноз: Вегето-судинна дистонія по гіпертонічному типу.
Хвора О. (τ = 0,8с). Дата народження: 12.06.1989 р.
Діагноз: Вегето-судинна дистонія по гіпертонічному типу.
Хворий Х. (τ = 0,86с). Дата народження: 14.10.1990 р.
Діагноз: Вегето-судинна дистонія по гіпертонічному типу.
Хвора Т. (τ = 0,84с). Дата народження: 16.07.1991 р.
Діагноз: Вегето-судинна дистонія по гіпертонічному типу.
Хворий Б. (τ = 0,94с). Дата народження: 1.04.1993 р.
Діагноз: Вегето-судинна дистонія по гіпертонічному типу.
Хвора Р. (τ = 0,94с). Дата народження: 18.12.1993 р.
Діагноз: Вегето-судинна дистонія по гіпертонічному типу.
Хвора Н. (τ = 0,85с). Дата народження: 10.01.1992 р.
Діагноз: Вегето-судинна дистонія по гіпертонічному типу.
Хворий Д. (τ = 0,84с). Дата народження: 22.07.1989 р.
Діагноз: Вегето-судинна дистонія по гіпертонічному типу.
Хвора Г. (τ = 0,94с). Дата народження: 15.04.1992 р.
Діагноз: Вегето-судинна дистонія по гіпертонічному типу.
Хворий С. (τ = 0,99с). Дата народження: 1.04.1993 р.
Діагноз: Вегето-судинна дистонія по гіпертонічному типу.
Хвора Ч. (τ = 0,98с). Дата народження: 10.08.1992 р.
Діагноз: Вегето-судинна дистонія по гіпертонічному типу. Порівнюючи ці розподіли, не важко переконатись у тому, що хворі на ВСД по гіпертонічному типу мають власну одиницю часу в тих зонах, в яких у здорових „τ – типів" має місце гіпертонічна хвороба [116:94]. Самі хворі діти із ВСД чітко визначили дві межі (τ = 0,8с та τ = 1,0с), у безперервному спектрі „τ – типів", в яких відбувається стрибкоподібний перехід від гіпотонічної тенденції до гіпертонічної.

Вегето-судинна дистонія по гіпертонічному типу визначила межі обох груп „суто" сангвініками та „суто" меланхоліками. Тому діти, у яких однакова форма „переважаючої" хвороби, мають відміни психологічного характеру. Методом клінічної бесіди виявлено, що одна група дітей скаржиться на постійну недостачу часу при виконанні будь-якої роботи. Це саме індивіди з власною одиницею часу в діапазоні: $0,8с \leq \tau \leq 0,86с$, тобто це сангвіноїдна група індивідів. Інша група дітей з власною одиницею часу в діапазоні:
$0,94с \leq \tau \leq 1,0с$ не відчувають дефіциту часу при виконанні справ, тобто це меланхоїдна група хворих. Це ще раз підтверджує відповідність

типологічних груп та домінантних хвороб у безперервному спектрі τ-типів [116:94] на контингенті дітей віком від 7 до 14 років.

Нами було обстежено 99 дітей із хронічними захворюваннями нирок та сечовивідних шляхів. Із них на хронічний гломерулонефрит страждало 44 дитини, на хронічний пієлонефрит – 28 дітей, на хронічні цистити – 2 дитини, на дизметаболічні нефропатії – 25 дітей.

Серед хронічних неінфекційних захворювань хвороби нирок, згідно даним Всесвітньої організації охорони здоров'я, займають останнє місце. Загалом 10% дітей земної кулі страждають на хвороби нирок [41].

Одна з самих тяжких форм хвороб нирок – це гломерулонефрити (хвороби Грета), оскільки це імунна форма гломерулопатії, яка приводить до ураження найдрібніших елементів нирок – клубочків. При чому існує поділ цього захворювання на первинну та вторинну форму, тобто самостійне захворювання або синдром, який є складовою іншого захворювання. Часто ця форма захворювання має підгострий злоякісний характер, що є причиною летального вироку долі. На сьогоднішній день нефрологи пропедевтично не знають, у кого може бути така клінічна форма хвороби нирок як гломерулонефрит, тобто не існує у медицині чіткого визначення етіології захворювання. Хронічна форма гломерулонефриту може протікати у трьох варіантах: нефритична з гіпертензіонним синдромом (підвищення артеріального тиску), нефротична (з вираженими набряками) та змішана форма (підгостро-злоякісний) або вторинний нефрит.

Результати проведеного нами дослідження показали, що показники власної одиниці часу у дітей, які страждають на хронічний гломерулонефрит, розподіляються в діапазоні: $0{,}86\text{с} \le \tau \le 0{,}94\text{с}$, що відповідає локалізації хвороби нирок у типологічних групах безперервного спектру „τ-типів" [116:94]. Із них на хронічний гломерулонефрит страждало 20 хворих з нефритичним синдромом, який супроводжується гіпертензіонними симптомами (підвищенням артеріального тиску). Серед цих хворих – 15 дітей мають значення $\tau = 0{,}86$ с та 5 дітей з $\tau = 0.94$ с. Порівнюючи ці розподіли, легко переконатись у тому, що хворі на хронічний гломерулонефрит з нефритичним синдромом мають значення власної одиниці часу, яке знаходиться на межі тих зон, в яких у здорових „τ- типів" має місце гіпертонічна тенденція [116:92]. Хворих дітей на хронічний гломерулонефрит з нефротичним синдромом було обстежено 14, власна одиниця часу у яких розподілилась в діапазоні: $0{,}86\text{с} < \tau \le 0.89\text{с}$. Хворі на хронічний гломерулонефрит змішаної форми розподілились в діапазоні: $0{,}9\text{с} \le \tau \le 0{,}94\text{с}$.

Виникає питання: чому саме у групи дітей, у яких власна одиниця часу знаходиться в діапазоні $0{,}86\text{с} \le \tau \le 0{,}94\text{с}$, переважають хвороби нирок? Відповідь на це питання дає вчення Гіппократа, згідно якому, у психологічній структурі індивіда, його типі темпераменту існує locus minoris resistentie. Як бачимо, сечова система є „місцем найменьшого

опору” у дітей з даними показниками власної одиниці часу. Надто показово те, що сюди входять індивіди „суто” рівноважного типу темпераменту ($\tau = 0{,}9$с.), а також із сангвіноїдними та меланхолоїдними проявами [116:83]. Індивіди з $\tau = 0{,}9$с, по показникам Айзенка, знаходяться на умовному нулю, у них середній рівень збудження та гальмування, які врівноважують один другого, розрізняюча особливість їх поведінки є обережність без страху [160].

Цей тип темпераменту був названий Б.Цукановим „рівноважний” [116:83]. Сама хвороба намалювала межі розповсюдження гломерулонефриту в діапазоні $0{,}86\text{с} \le \tau \le 0{,}97\text{с}$ і за межі цих груп не виходить. А така диференція значень власної одиниці часу дасть можливість не тільки передбачити вид захворювання, а і форму його можливого вияву. Тому можна стверджувати, що індивіди з даними значеннями власної одиниці часу є групою ризику на гломерулонефрит. При чому індивіди із значенням $\tau = 0{,}86$с та $\tau = 0{,}94$с потребують профілактичних заходів щодо гломерулонефриту з нефритичним синдромом (контроль артеріального тиску повинен бути постійним); індивіди із значенням власної одиниці часу в діапазоні: $0{,}86\text{с} < \tau \le 0{,}89\text{с}$ потребують профілактичних заходів щодо гломерулонефриту з нефротичним синдромом (контроль набряків, білка у сечі, білка у крові, ліпідів у крові, показників швидкості зсідання еритроцитів). Індивіди із значенням власної одиниці часу в діапазоні: $0{,}9\text{с} \le \tau < 0{,}94\text{с}$ потребують профілактичних заходів щодо гломерулонефриту змішаної форми, яка приводить до хронічної ниркової недостатності.

Наведемо індивідуальні дані значення власної одиниці часу деяких хворих із групи дітей, які страждають на хронічний гломерулонефрит.

Хворий Н. ($\tau = 0{,}9$с). Дата народження: 3.01.1994 р.
Діагноз: хронічний гломерулонефрит, змішана форма.

Хворий Ч. ($\tau = 0{,}91$с). Дата народження: 1.12.1991 р.
Діагноз: хронічний гломерулонефрит, змішана форма.

Хвора А. ($\tau = 0{,}89$с). Дата народження: 6.02.1990 р.
Діагноз: хронічний гломерулонефрит, нефротичний синдром.

Хворий П. ($\tau = 0{,}9$с). Дата народження6 6.01.1992 р.
Діагноз: хронічний гломерулонефріт, змішана форма.

Хвора М. ($\tau = 0{,}87$с). Дата народження: 11.02.1994 р.
Діагноз: хронічний гломерулонефрит, нефротична форма.

Хвора М. ($\tau = 0{,}86$с). Дата народження: 2.02.1993 р.
Діагноз: хронічний гломерулонефрит, нефритична форма.

Хвора д. ($\tau = 0{,}88$с). Дата народження: 2.02.1992 р.
Діагноз: хронічний гломерулонефрит, нефротична форма.

Хворий В. ($\tau = 0{,}92$с). Дата народження: 1.12.1989 р.
Діагноз: хронічний гломерулонефріт, змішана форма.

Хвора О. ($\tau = 0{,}94$с). Дата народження: 2.04.1989р.
Діагноз: хронічний гломерулонефрит, нефритична форма.

Хворий П. ($\tau = 0{,}86$с). Дата народження: 1.11.1989 р.

Діагноз: хронічний гломерулонефрит, нефритична форма.
Хворий С. (τ = 0,9с). Дата народження: 2.02.1994 р.
Діагноз: хронічний гломерулонефрит, змішана форма.
Хвора Д. (τ = 0,91с). Дата народження: 3.04.1991 р.
Діагноз: хронічний гломерулонефрит, змішана форма.
Хвора К. (τ = 0,89с). Дата народження:: 6.03.1990 р.
Діагноз: хронічний гломерулонефрит, нефротична форма.
Хворий О. (τ = 0,91с). Дата народження: 6.10.1992 р.
Діагноз: хронічний гломерулонефрит, змішана форма.
Хвора М. (τ = 0,88с). Дата народження: 11.03.1994 р.
Діагноз: хронічний гломерулонефрит, нефротична форма.
Хвора М. (τ = 0,86с). Дата народження: 2.02.1993 р.
Діагноз: хронічний гломерулонефрит, нефритична форма.
Хвора Д. (τ = 0,88с). Дата народження: 2.02.1993 р.
Діагноз: хронічний гломерулонефрит, нефротична форма.
Хворий В. (τ = 0,94с). Дата народження: 2.11.1989 р.
Діагноз: хронічний гломерулонефрит, нефритична форма.
Хвора С. (τ = 0,88с.). Дата народження: 13.01.1989 р.
Діагноз: хронічний гломерулонефрит, нефротична форма.
Хворий Т. (τ = 0,86с). Дата народження: 12.10.198о р.
Діагноз: хронічний гломерулонефрит, нефритична форма.

Виходячи з репрезентативного рандомізированого розподілу „τ – типів” у людській популяції з врахуванням меж типологічних груп [116, с.43], неважко переконатись, що самою нечисленною у людській популяції є група „рівноважного” типу (4%). Якщо порівняти статистику захворювань згідно даним Всесвітньої організації охорони здоров’я, то хронічні неінфекційні захворювання нирок та сечовивідних шляхів за відсутності вродженої патології дійсно складають у відсотковому відношенні найменшу групу серед дорослого та дитячого населення [41]. На нашу думку, пояснення статистичних даних щодо хронізації неінфекційних захворювань нирок, медицина спроможна знайти, якщо буде враховувати психологічні особливості особистості хворого.

Результати проведеного нами дослідження свідчать про те, що показники власної одиниці часу у хворих дітей на хронічний пієлонефрит розподіляються в діапазоні: $0{,}86с \le \tau \le 0{,}93с$, що відповідає локалізації хвороби нирок у типологічних групах безперервного спектру „τ – типів”.

Із них хворих на хронічний пієлонефрит перебувало на стадії загострення 18 дітей, 5 дітей на стадії реконвалесценції, а 5 – ремісії.

Загалом пієлонефрити розглядаються як мікробно-запальний процес тубуло-інтерстиціальної тканини нирок. У класифікації пієлонефритів виділяють первинний та вторинний пієлонефрит. Вторинний поділяють на обструктивний та дизметаболічний Але сучасна медицина неспроможна пояснити та передбачити розвиток певної форми пієлонефриту. Той факт, що переліковують багато етіологічних факторів,

котрі спричиняють розвиток пієлонефриту, не обґрунтовучи, яка саме причина викликає певну форму розвитку цього захворювання, ставить під сумнів дійсність цих причин.

А відповіді на питання: чому у певної групи дітей будь-яке вірусне захворювання (грип, ОРВІ) викликає значні зміни у складі сечі і при цьому захворювання протікає у безсимптомній формі, у клінічній діагностиці ми не знаходимо.

Сучасна медицина надає перевагу інфекційному чиннику у виникненні пієлонефритів. Інакше кажучи, серед бактеріальних етіологічних чинників розвитку цього захворювання перевагу надають Escherichia coli (кишкова паличка), яка спричиняє розвиток пієлонефриту у 70 % випадків. Також серед агресивних чинників, які сприяють хворобам нирок, виділяють іншу флору (протеї, стафілококк, хламідії та ін.). То який діагноз повинен ставити лікар, коли бактеріальний посів сечі не дає патогенної кількості мікрофлори, а зміни сечі існують? Тому важливим моментом у діагностиці та профілактиці цього захворювання є врахування психологічних особливостей цих хворих.

Наведемо індивідуальні дані значення власної одиниці часу у дітей, які страждають на хронічний пієлонефрит.

Хворий Т. ($\tau = 0{,}9$с). Дата народження: 5.12.1991 р.
Діагноз: хронічний пієлонефрит, період загострення.
Хворий Д. ($\tau = 0{,}87$с). Дата народження: 2.02.1990 р.
Діагноз: хронічний пієлонефрит, період загострення.
Хворий О. ($\tau = 0{,}91$с). Дата народження: 2.01.1990 р.
Діагноз: хронічний пієлонефрит, період загострення.
Хворий Д. ($\tau = 0{,}89$с). Дата народження: 15.02.1990 р.
Діагноз: хронічний пієлонефрит, період загострення.
Хвора Ж. ($\tau = 0{,}9$с). Дата народження: 12.01.1991 р.
Діагноз: хронічний пієлонефрит, період загострення.
Хворий К. ($\tau = 0{,}86$с). Дата народження: 16.02.1990 р.
Діагноз: хронічний пієлонефрит, період загострення.
Хвора Т. ($\tau = 0{,}87$с). Дата народження: 28.01.1992 р.
Діагноз: хронічний пієлонефрит, період загострення.
Хворий К. ($\tau = 0{,}88$с). Дата народження: 18.04.1991 р.
Діагноз: хронічний пієлонефрит, період загострення.
Хвора С. ($\tau = 0{,}89$с). Дата народження: 28.05.1990 р.
Діагноз: хронічний пієлонефрит, період загострення.
Хворий С. ($\tau = 0{,}87$с). Дата народження: 25.11.1992 р.
Діагноз: хронічний пієлонефрит, період загострення.
Хвора Л. ($\tau = 0{,}9$с). Дата народження: 8.09.1989 р.
Діагноз: хронічний пієлонефрит, період загострення.
Хвора Ю. ($\tau = 0{,}86$с). Дата народження: 31.12.1991 р.
Діагноз: хронічний пієлонефрит, період загострення.
Хворий О. ($\tau = 0{,}89$с). Дата народження: 15.06.1992 р.

Діагноз: хронічний пієлонефрит, період загострення.

Хворий К. (τ = 0,92с). Дата народження: 2.11.1990 р.

Діагноз: хронічний пієлонефрит, період загострення.

Хворий З. (τ = 0,93с). Дата народження: 13.05.1991 р.

Діагноз: хронічний пієлонефрит, період загострення.

Хвора Л. (τ = 0,94с). Дата народження: 12.07.1989 р.

Діагноз: хронічний пієлонефрит, період загострення.

Хворий Г. (τ = 0,89с). Дата народження: 23.04.1991 р.

Діагноз: хронічний пієлонефрит, період загострення.

Хвора Т. (τ = 0,9с). Дата народження: 5.12.1990 р.

Діагноз: хронічний пієлонефрит, період загострення.

Хвора Д. (τ = 0,91с). Дата народження: 12.02.1991 р.

Діагноз: хронічний пієлонефрит, період загострення.

Хворий Г. (τ = 0,87с). Дата народження: 7.08.1989 р.

Діагноз: хронічний пієлонефрит, період загострення.

Хвора О. (τ = 0,9с). Дата народження: 12.01.1992 р.

Діагноз: хронічний пієлонефрит, період загострення.

Обстеження дітей, які страждають на хронічний пієлонефрит, підтвердило вчення, що сечова система є „місцем найменшого опору" у дітей з власною одиницею в діапазоні: $0{,}86с \leq \tau \leq 0{,}93с$, куди відносяться індивіди з „суто" рівноважним типом темпераменту, а також із сангвіноїдними та меланхолоїдними проявами.

Усі обстежені хворі діти на дизметаболічні нефропатії згідно „τ – типів" розташувались в діапазоні: $0{,}87с \leq \tau \leq 0{,}94с$. При цьому серед дітей, котрі хворіли на дизметаболічні нефропатії 13 дітей перебувало на стадії загострення захворювання, 6 дітей на стадії реконвалесценції, а 6 дітей – ремісії. Загалом 7,5% дітей віком від 7 до 14 років, згідно даним Всесвітньої організації охорони здоров'я, страждають на дизметаболічні нефропатії [41]. Це велика група захворювань з різним (знову з різним, а не з єдиним) етіопатогенезом, яка об'єднує єдине те, що ці захворювання супроводжуються порушенням обміну речовин в організмі. Загальним для цих захворювань є переважно ураження інтерстиціальної тканини з відкладанням у них солей, що приводить навіть до утворення інфільтратів і в подальшому. В аналізах сечі це проявляється накопиченням оксалатів (оксалатурія), уратів (уратурія), фосфатів (фосфатурія). Ці форми нефропатій пояснюються порушенням відповідно обміну глюксилової, мочової та фосфорної кислоти. Але причини порушення цих обмінів не з'ясовані і передбачити ту чи іншу форму нефропатії за допомогою клінічних даних медицина неспроможна. Пояснення ми знаходимо з врахуванням психологічних особливостей кожної хворої дитини з таким захворюванням.

Обстежені хворі діти на таку форму дизметаболічної нефропатії як уратурія мали відповідні значення власної одиниці часу у безперервному спектрі „τ-типів": $0{,}9\ с \leq \tau \leq 0{,}92\ с$.

Наведемо індивідуальні дані значення власної одиниці часу деяких хворих із групи дітей, які страждають на таку форму дизметаболічної нефропатії як уратурія.

Хворий С. ($\tau = 0{,}9$с). Дата народження: 20.12.1991 р.
Діагноз: Дизметаболічна нефропатія, уратурія.
Хвора А. ($\tau = 0{,}92$с). Дата народження: 21.12.1989 р.
Діагноз: Дизметаболічна нефропатія, уратурія.
Хворий П. ($\tau = 0{,}91$с). Дата народження: 14.02.1992 р.
Діагноз: Дизметаболічна нефропатія, уратурія.
Хвора Т. ($\tau = 0{,}92$с). Дата народження: 12.07.1989 р.
Діагноз: Дизметаболічна нефропатія, уратурія.
Хвора У. ($\tau = 0{,}9$с). Дата народження: 1.02.1994 р.
Діагноз: Дизметаболічна нефропатія, уратурія
Хворий С. ($\tau = 0{,}91$с). Дата народження: 2.07.1991 р.
Діагноз: Дизметаболічна нефропатія, уратурія.
Хвора Ж. ($\tau = 0{,}92$с). Дата народження: 24.02.1989 р.
Діагноз: Дизметаболічна нефропатія, уратурія.
Хворий Ф. ($\tau = 0{,}9$с). Дата народження: 28.05.1993 р.
Діагноз: Дизметаболічна нефропатія, уратурія.
Хворий П. ($\tau = 0{,}91$с). Дата народження: 29.04.1991 р.
Діагноз: Дизметаболічна нефропатія, уратурія.
Хвора С. ($\tau = 0{,}92$с). Дата народження: 2.12.1989 р.
Діагноз: Дизметаболічна нефропатія, уратурія.
Хворий Р. ($\tau = 0{,}9$с). Дата народження: 25.03.1990 р.
Діагноз: Дизметаболічна нефропатія, уратурія.
Хворий Л. ($\tau = 0{,}92$с). Дата народження: 11.12.1991 р.
Діагноз: Дизметаболічна нефропатія, уратурія.
Хвора С. ($\tau = 0{,}9$с). Дата народження: 2.11.1990 р.
Діагноз: Дизметаболічна нефропатія, уратурія.

Обстежені хворі діти на таку форму дизметаболічної нефропатії як оксалатурія мали відповідні значення власної одиниці часу у безперервному спектрі „τ-типів": $0{,}87\text{ с} \le \tau \le 0{,}89\text{ с}$.

Наведемо індивідуальні дані значення власної одиниці часу деяких хворих із групи дітей, які страждають на таку форму дизметаболічні нефропатії як оксалатурія.

Хворий Д. ($\tau = 0{,}87$с). Дата народження: 2.11.1992 р.
Діагноз: Дизметаболічна нефропатія, оксалатурія.
Хвора Ж. ($\tau = 0{,}88$с). Дата народження: 11.02.1991 р.
Діагноз: Дизметаболічна нефропатія, оксалатурія.
Хвора К. ($\tau = 0{,}89$с). Дата народження: 2.12.1989 р.
Діагноз: Дизметаболічна нефропатія, оксалатурія.
Хворий Х. ($\tau = 0{,}88$с). Дата народження: 24.02.1991 р.
Діагноз: Дизметаболічна нефропатія, оксалатурія.
Хвора Т. ($\tau = 0{,}87$с). Дата народження: 12.08.1992 р.
Діагноз: Дизметаболічна нефропатія, оксалатурія.

Хвора У. ($\tau = 0{,}88$с). Дата народження: 21.02.1993 р.

Діагноз: Дизметаболічна нефропатія, оксалатурія.

Обстежені хворі діти на таку форму дизметаболічної нефропатії як фосфатурія мали відповідні значення власної одиниці часу у безперервному спектрі „τ-типів": $0{,}93\ \text{с} \le \tau \le 0{,}94\ \text{с}$.

Наведемо індивідуальні дані значення власної одиниці часу деяких хворих із групи дітей, які страждають на таку форму дизметаболічні нефропатії як фосфатурія.

Хвора Ж. ($\tau = 0{,}93$с). Дата народження: 4.02.1990 р.

Діагноз: Дизметаболічна нефропатія, фосфатурія.

Хворий Ф. ($\tau = 0{,}94$с). Дата народження: 8.06.1991 р.

Діагноз: Дизметаболічна нефропатія, фосфатурія.

Хворий П. ($\tau = 0{,}93$с). Дата народження: 9.04.1993 р.

Діагноз: Дизметаболічна нефропатія, фосфатурія.

Хвора С. ($\tau = 0{,}93$с). Дата народження: 2.12.1989 р.

Діагноз: Дизметаболічна нефропатія, фосфатурія.

Хворий Р. ($\tau = 0{,}93$с). Дата народження: 25.03.1992 р.

Діагноз: Дизметаболічна нефропатія, фосфатурія.

Хворий Л. ($\tau = 0{,}94$с). Дата народження: 1.12.1990 р.

Діагноз: Дизметаболічна нефропатія, фосфатурія.

Обстеження дітей, які страждають на дизметаболічні нефропатії, підтверджує вчення, що сечова система є місцем найменшого опору у дітей з власною одиницею часу в діапазоні: $0{,}87\text{с} \le \tau \le 0{,}94\text{с}$, куди відносяться індивіди з „суто" рівноважним типом темпераменту, а також з сангвіноїдними та меланхолоїдними проявами. При чому можливо передбачити форму прояву захворювання і своєчасно провести профілактику хвороби, зважаючи на традиційні схеми медичної профілактики.

Було обстежено 40 дітей із захворюваннями органів дихання. Із них на бронхіальну астму страждало 15 дітей, на хронічну пневмонію - 14 дітей, на рецидивуючий трахеобронхіт - 11 дітей. При цьому серед хворих на бронхіальну астму та неінфекційний рецидивуючий трахеобронхіт перебувало на стадії загострення 17 дітей та 9 дітей на стадії ремісії. Власна одиниця часу цих хворих знаходиться у діапазоні: $0{,}7\ \text{с} \le \tau < 0{,}8\ \text{с}$.

Наведемо індивідуальні дані деяких хворих на бронхіальну астму та неінфекційний трахеобронхіт.

Хворий Ц. ($\tau = 0{,}7$с). Дата народження: 6.02.1990 р.

Діагноз: Бронхіальна астма.

Хворий У. ($\tau = 0{,}72$с). Дата народження: 4.07.1989 р.

Діагноз: Неінфекційний трахеобронхіт.

Хворий К. ($\tau = 0{,}74$с). Дата народження: 12.05.1993 р.

Діагноз: Бронхіальна астма.

Хворий Н. ($\tau = 0{,}73$с). Дата народження: 24.07.1991 р.

Діагноз: Неінфекційний трахеобронхіт.

Хворий Г. (τ = 0,74с). Дата народження: 25.08.1990 р.
Діагноз: Бронхіальна астма.
Хворий Ш. (τ = 0,75с). Дата народження: 17.08.1989 р.
Діагноз: Неінфекційний трахеобронхіт.
Хворий З. (τ = 0,76с). Дата народження: 26.09.1991 р.
Діагноз: Бронхіальна астма.
Хвора Ф. (τ = 0,78с). Дата народження: 8.05.1990 р.
Діагноз: Бронхіальна астма.
Хворий В. (τ = 0,79с). Дата народження: 9.02.1992 р.
Діагноз: Неінфекційний трахеобронхіт.
Хворий Р. (τ = 0,74с). Дата народження: 28.03.1989 р.
Діагноз: Бронхіальна астма.
Хворий Р. (τ = 0,79с). Дата народження: 16.12.1990 р.
Діагноз: Бронхіальна астма.
Хворий К. (τ = 0,73с). Дата народження: 14.08.1991 р.
Діагноз: Неінфекційний трахеобронхіт.
Хворий Л. (τ = 0,75с). Дата народження: 12.05.1992 р.
Діагноз: Бронхіальна астма.
Хворий Г. (τ = 0,78с). Дата народження: 4.06.1993 р.
Діагноз: Неінфекційний трахеобронхіт.
Хворий Х. (τ = 0,78с). Дата народження: 5.03.1991 р.
Діагноз: Бронхіальна астма.
Хворий Ш. (τ = 0,75с). Дата народження: 7.04.1992 р.
Діагноз: Неінфекційний трахеобронхіт.
Хворий З. (τ = 0,73с). Дата народження: 6.09.1993 р.
Діагноз: Бронхіальна астма.
Хвора Н. (τ = 0,77с). Дата народження: 18.05.1992 р.
Діагноз: Бронхіальна астма.
Хворий В. (τ = 0,79с). Дата народження: 29.02.1991 р.
Діагноз: Неінфекційний трахеобронхіт.
Хворий Р. (τ = 0,7с). Дата народження: 8.03.1989 р.
Діагноз: Бронхіальна астма.

Взагалі епідеміологічні дані на бронхіальну астму у дітей свідчать про велику розповсюдженість цього захворювання серед дитячого населення, тобто на неї страждають 0,1-8 % дитячого населення усієї земної кулі. Питома вага бронхіальної астми у структурі бронхолегеневої патології в дитячому віці складає 27,6-60 %. Якщо раніше епідеміологічні дані свідчили про велику розповсюдженість цього захворювання у регіонах із вологим кліматом, що сприяє накопиченню значних концентрацій спор плесневих грибів у зовнішньому середовищі, котрі сприяють грибковій сенсибілізації, а також практично відсутність цього захворювання у дітей Далекої Півночі, оскільки холодний клімат перешкоджає накопиченню грибкових алергенів, то на сьогоднішній день сучасна медицина неспроможна пояснити розповсюдження цього

захворювання і в умовах Далекої Півночі, базуючись на епідеміологічні дані.

Результати обстеження дітей на бронхіальну астму неінфекційного походження свідчать про те, що власна одиниця часу цих дітей знаходиться в діапазоні: $0{,}7c \leq \tau < 0{,}8c$, що вказує на належність бронхіальної астми та неінфекційного рецидивуючого трахеобронхіту як „переважаючої" хвороби у безперервному спектрі „τ – типів" та типологічних груп.

Серед дітей, які страждають на хронічні неінфекційні пневмонії були обстежені діти із вродженими стенозами трахеї, трахеобронхомегалії, агенезії та гіпоплазії легеневої артерії. Було обстежено 14 дітей. Із них 10 дітей перебувало на стадії загострення та 4 дітей на стадії ремісії. Власна одиниця часу цих дітей визначилась в діапазоні: $0{,}8c \leq \tau \leq 0{,}86c$, що вказує на певну локалізацію хронічної пневмонії та вроджених вад розвитку органів дихання у безперервному спектрі „τ – типів".

Наведемо індивідуальні дані деяких хворих, які страждають на хронічні неінфекційні пневмонії.

Хвора Б. ($\tau = 0{,}8c$). Дата народження: 9.05.1989 р.
Діагноз: Хронічна пневмонія.

Хворий Ю. ($\tau = 0{,}86c$). Дата народження: 8.06.1990 р.
Діагноз: Хронічна пневмонія.

Хворий Т. ($\tau = 0{,}85c$). Дата народження: 6.09.1991 р.
Діагноз: Хронічна пневмонія.

Хворий М. ($\tau = 0{,}81c$). Дата народження: 6.10.1992 р.
Діагноз: Хронічна пневмонія.

Хворий С. ($\tau = 0{,}82c$). Дата народження: 5.07.1993 р.
Діагноз: Хронічна пневмонія.

Хвора Ч. ($\tau = 0{,}83c$). Дата народження: 13.09.1994 р.
Діагноз: Хронічна пневмонія.

Хворий В. ($\tau = 0{,}81c$). Дата народження: 21.05.1990 р.
Діагноз: Хронічна пневмонія.

Хворий Р. ($\tau = 0{,}84c$). Дата народження: 8.07.1989 р.
Діагноз: Хронічна пневмонія.

Хвора Л. ($\tau = 0{,}87c$). Дата народження: 25.08.1991 р.
Діагноз: Хронічна пневмонія.

Хвора К. ($\tau = 0{,}88c$). Дата народження: 14.11.1991 р.
Діагноз: Хронічна пневмонія.

Таким чином, проводячи систематичне визначення власної одиниці часу у дітей віком від 7 до 14 років, які страждають на хронічні неінфекційні захворювання органів дихання, серцево-судинної системи, травлення, виділення, ми підтвердили припущення, що домінуюча хвороба локалізується у межах своєї типологічної групи [116:94] не тільки у дорослих, а і у дитячому віці. Вона набагато відповідає тому, як Гіппократ пояснював походження хвороб у представників певних

типологічних груп переважанням однієї із чотирьох волог в організмі. Прихильність індивіда до групи, „переважаючим" свої хвороби, не означає приреченості захворіти саме цією хворобою. Вона тільки вказує, що в організмі даного індивіда є система, в якій в певний період життя може розпочатись розвиток хвороби. Цей період життя має назву періоду ризику і в цей час необхідно посилити профілактику захворювання.

2.5. Локалізація типологічних хронічних неінфекційних захворювань в онтогенетичній розгортці

Своєчасно проведена профілактика хронічного неінфекційного захворювання двічі на рік (весна – осінь) при використанні відпрацьованих схем диспансерного спостереження не запобігає загостренню захворювання у хворих на хронічні неінфекційні захворювання. Медична практика автора показує, що не зважаючи на проведені профілактичні заходи, у дітей виникають загострення захворювань у різні пори року. Це означає, що профілактичні заходи були проведені не своєчасно у зв'язку з тим, що медицина неспроможна передбачити загострення хронічного захворювання. На нашу думку, причина цього явища в медицині – це відсутність принципу індивідуального підходу у лікуванні та профілактиці захворювання, що вимагає комплексного врахування психологічних особливостей кожної особистості, і не випадково покладений у підґрунтя розв'язку важливої проблеми сучасної медицини – хронізації неінфекційних захворювань.

Ми звернулись до рішення цієї проблеми з врахуванням тривалості біологічного циклу життя індивіда [116:166]. А саме співвідношення тривалості біологічного циклу життя індивіда та періодичності загострення хронічного неінфекційного захворювання. На достатньо чітку вікову періодичність при межових нервово-психічних розладах вказував ще О.Кербіков [50:134-140]. У дослідженнях Б.Цуканова [114] також виявлена виражена періодичність прояву серцево-судинних розладів. Періодичність загострень спостерігається і при інших неінфекційних захворюваннях, що зумовлює хронізацію неінфекційного процесу. Так у медицині вважається можливим повторне загострення гломерулонефриту на протязі п'яти років після перенесеного захворювання. Це називають періодом ремісії (затухання) хвороби. А відповіді на питання: чому саме спостерігається загострення хвороби і коли воно відбудеться у окремого хворого, в медицині не існує. У зв'язку з цим ми спробували звернутися до розгляду періодизацій онтогенетичного розвитку людини з позиції психології.

Багато дослідників наводять вікову періодизацію онтогенетичного розвитку людини та виділяють певні цикли та фази соматичного, статевого, нервово-психічного, інтелектуального дозрівання. Це ми знаходимо у працях Г.Гримма, який розглядає питання конституційної

біології та антропометрії, І.Кона, який вивчав психологію старшокласників [54:123], Д.Биррен [140] у віковій психології, Д.Бромлей[143:263] у психології людського віку. Б.Ананієв вказує, що ці цикли та фази розвитку „є характеристики часові" [5:186] і вони не можуть бути незалежними від ходу центральних годин індивіда. Враховуючи безперервність ходу центральних годин, в працях Б.Цуканова [116, 118] висунуто припущення, що передаточне число 1:4 зберігається у індивідів, які знаходяться в діапазоні

$0{,}8c \leq \tau \leq 1{,}0c$ при переживанні ними багатодобових, багатомісячних та багаторічних циклів. Спираючись на ряд досліджень [54, 140, 211], Б.Цуканов припускає, що передаточне число залишається незмінним незалежно від того, знаходиться індивід у стані бадьорості чи у стані сну. У межах цих періодів у деяких людей при переході від денної зміни у нічну спостерігається поступова інверсія температурних кривих циркадіанного циклу. Це відмічають у своїх працях С.Шноль [122] та П.Фресс П. [101]. В дослідженнях Б.Цуканова [116:151] виявлено, що у індивідів з гіпертонічною тенденцією через періоди $T_{n=3}$ спостерігається різкий стрибок артеріального тиску. На думку ученого, різкий перепад артеріального тиску, який співпадає з періодом $T_{n=3}$ можливо розглядати як своєрідну позначку моменту „кінець-початок" багатодобового циклу у часі, що переживається суб'єктом.

Для „середньогрупового суб'єкта":

$T_{n=5} = 1{,}92$ роки = 2 роки, тобто отриманий дворічний цикл, який виділили Е.Хельбрюгге, Д.Биррен [140, с.96-98].

При $n = 6$ $T_{n=6} = 8{,}51\tau$ (років).

Цей період був названий Б.Цукановим [116, с.153] великим біологічним циклом.

Періодизації індивідуального розвитку базуються на тому, що у природознавстві, психології, медицині, педагогіки накопичений „величезний фонд знань про нерівномірність та гетерохронність росту і диференцировки тканин, кісткової та м'язової системи, різних залоз внутрішньої секреції, головних відділів ЦНС... У деталях відомі явища гетерохронності загально соматичного, статевого та нервово-психічного дозрівання" [5:66]. Якщо життя індивіда складається з ряду змінюючих один одного циклів, то чи не проявиться великий біологічний цикл у періодах загострення, ремісії (затухання) та реконвалесценції (видужання) хронічних неінфекційних захворювань? Шляхом тривалих спостережень гетерохронних змін в онтогенезі Б.Ананієвим встановлено [5:76], що процеси соматичного, статевого та нервово-психічного дозрівання протікають прискорено, а процеси зрілості та старіння уповільнюються. Виходячи з величини С (великого біологічного циклу), Б. Цукановим було показано, що період немовля продовжується ¼ С. Для досягнення початку періоду дитинства необхідно прожити ¾ С. До початку періоду статевого дозрівання необхідно прожити половину другого великого біологічного циклу, зрілість продовжується 3 ¼ С, а

пізня зрілість триває 3 ½ С відповідно з віковою періодизацією Біррена [116:110].

Для пояснення гетерохронності періодичності захворювань у дітей, які страждають на хронічні неінфекційні захворювання, було висунуто припущення, що їх початок співпадає або з кінцем тривалого великого біологічного циклу, або с кінцем його тривалої чверті. По кожній групі хворих розраховувався середній вік, прожитий від дати народження до початку захворювання у значенні великого біологічного циклу та переводився у роки.

Ми поставили завдання: дослідити прояв „С- метрики" на протязі хронічних неінфекційних захворювань у різні періоди хвороби (загострення, реконвалесценції та ремісії).

За законом переживання власного часу суб'єктом [116:153] великий біологічний цикл індивіда визначається за формулою:

$$C = 8{,}5\tau \text{ (років)}$$

де τ – власна одиниця часу індивіда. Ця одиниця виконує роль „кроку", яким вимірюється плин часу життя кожного індивіда з моменту народження.

Розрахункові та статистичні літа-роки обстежених дітей, хворих на хронічний гломерулонефрит у період загострення хвороби, зведені у таблицю 2.4.

Порівняння розрахункових та статистичних років показує, що у „середньогрупових хворих" хронічний гломерулонефрит починається у віці, який визначається через ціле чи дробове число прожитих великих біологічних циклів, а загострення хвороб співпадає з кінцем тривалого циклу або з кінцем його чверті.

Таблиця 2.4

Фази загострення хвороб нирок у дітей (гломерулонефрит)

Група	„τ-тип" (в сек.)	С	Цикли (у роках)			Статистичний вік хворих
			1¼С	1½С	1¾С	
Діти (24 індивіда)	$0{,}86 \le \tau \le 0{,}88$	7,3	9,1	10,9	12,8	9-11-13
Діти (10 індивідів)	$0{,}89 \le \tau \le 0{,}91$	7,6	9,5	11,4	13,3	10-11-13
Діти (10 індивідів)	$0{,}92 \le \tau \le 0{,}94$	7,9	9,8	11,8	13,8	10-12-14

Наведемо індивідуальні дані деяких хворих із групи дітей, які страждають на хронічний гломерулонефрит. У них спостерігається „С-періодичність" прояву захворювання.

Хворий Н. (τ = 0,9с. С = 7,65р.). Дата народження 3.01.1994 р.

Потрапив у терапевтичне відділення у віці 9 р. 6 міс. 22 дн. з високим нирковим тиском, набряками на верхніх повіках, зміни в загальному аналізі сечі (протеїнурія, гематурія, циліндрурія). В аналізі крові: прискорена ШОЕ.

Розрахунковий вік: 1¼ С.

Хворий Ч. (τ = 0,91с. С = 7,74р.) Дата народження: 1.12.1991 р. На початку червня 2003р. у віці 11років 7 місяців 9 днів з'явились набряки на верхніх повіках, біль у поперековій та абдомінальній ділянці. В загальному аналізі сечі: протеїнурія, макрогематурія, циліндрурія. В аналізі крові: гіпопротеінемія, гіперліпідемія, прискорена ШОЕ.

Розрахунковий вік: 1½ С.

Хвора А. (τ = 0,89с. С = 7,57р.). Дата народження: 6.02.1990 р. У травні 2003 року (у віці 13 років 3 місяця) батьки звернули увагу на зміни коліру сечі та скарги дитини на біль в абдомінальній ділянці. В загальному аналізі сечі: протеїнурія, макрогематурія, циліндрурія. В аналізі крові: прискорена ШОЕ. Клінічно: помірний синдром набряків, гіпертензіонний синдром.

Розрахунковий індекс: 1¾ С.

Хворий П. (τ = 0,9с. С = 7,65р.). Дата народження: 6.01.1992 р. З'явились болі у поперековій ділянці зліва з іррадіацією в абдомінальну ділянку у віці 11 років 5 місяців 21 день . При обстеженні виявлені зміни в загальному аналізі сечі: протеїнурія, гематурія, циліндрурія. В аналізі крові: гіпопротеінемія, гіперліпідемія, прискорена ШОЕ. Клінічно: синдром набряків.

Розрахунковий вік: 1½.

Хвора М. (τ = 0,87 с. С = 7,4 р.). Дата народження: 11.02.1994 р. На початку травня 2003 року (у віці 9 років 3 місяця) з'явились скарги у батьків на наявність у дитини вранці набряків на верхніх повіках, слабкість.

При обстеженні в аналізі сечі: протеінурія, макрогематурія, циліндрурія. В аналізі крові: гіперліпідемія, гіпопротеінемія, прискорена ШОЕ. Клінічно: синдром набряків.

Діагноз: гострий гломерулонефрит, нефротичний синдром, порушення функції нирок.

Розрахунковий індекс: 1¼ С.

Хворий Д. (τ = 0,86 с. С = 7,31 р.). Дата народження: 12.01.1991 р. Звернувся у терапевтичне відділення 29 грудня 2001 року у віці 10 років 11 місяців 17 днів зі скаргами на біль у поперековій ділянці, слабкість, набряки на верхніх повіках. В аналізі сечі: протеінурія, макрогематурія, циліндрурія. В аналізі крові: гіперліпідемія, гіпопротеінемія, прискорена ШОЕ.

Розрахунковий вік: 1½ С.

Хвора К. (τ = 0,88 с. С = 7,48 р.). Дата народження 5.03.1992 р. Потрапила у терапевтичне відділення у віці 9 р. 4 міс. 6 дн. з високим нирковим тиском, набряками на верхніх повіках, зміни в загальному

аналізі сечі (протеїнурія, гематурія, циліндрурія). В аналізі крові: прискорена ШОЕ.

Розрахунковий вік: 1¼ С.

Хвора О. (τ = 0,92 с. С = 7,82 р.) Дата народження: 5.03.1990 р. У віці 13 років 8 місяців 6 днів з'явились набряки на верхніх повіках, біль у поперековій та абдомінальній ділянці і з такими скаргами звернулась у лікарню. В загальному аналізі сечі: протеїнурія, макрогематурія, циліндрурія. В аналізі крові: гіпопротеінемія, гіперліпідемія, прискорена ШОЕ.

Розрахунковий вік: 1¾ С.

Хворий П. (τ = 0,93с. С = 7,91р.). Дата народження: 11.03.1990 р. У віці 9 років 10 місяців 19 днів у дитини батьки звернули увагу на зміни коліру сечі та скарги дитини на біль в абдомінальній ділянці.
Під час обстеження у терапевтичному відділенні було виявлено в загальному аналізі сечі: протеїнурію, макрогематурію, циліндрурію. В аналізі крові: прискорена ШОЕ. Клінічно: помірний синдром набряків, гіпертензіонний синдром.

Розрахунковий індекс: 1¼ С.

Хвора Д. (τ = 0,94 с. С = 7,99 р.). Дата народження: 10.02.1990 р. З'явився біль у поперековій ділянці зліва з іррадіацією в абдомінальну ділянку у віці 11 років 11 місяців 24 дня.
При обстеженні виявлені зміни в загальному аналізі сечі: протеїнурія, гематурія, циліндрурія. В аналізі крові: гіпопротеінемія, гіперліпідемія, прискорена ШОЕ. Клінічно: синдром набряків.

Розрахунковий вік: 1½ С.

Хвора М. (τ = 0,91 с. С = 7,74 р.). Дата народження: 5.03.1990 р. 21 вересня 2003 року (у віці: 13 років 6 місяців 16 днів) з'явились скарги у батьків на наявність у дитини вранці набряків на верхніх повіках, слабкість.

При обстеженні в аналізі сечі: протеінурія, макрогематурія, циліндрурія. В аналізі крові: гіперліпідемія, гіпопротеінемія, прискорена ШОЕ. Клінічно: синдром набряків. Діагноз: гострий гломерулонефрит, нефротичний синдром, порушення функції нирок.

Розрахунковий індекс: 1¾С.

Хвора С. (τ = 0,92 с. С = 7,82 р.). Дата народження: 2.03.1989 р.
Потрапила у терапевтичне відділення у віці 9 років 9 місяців 9 днів зі скаргами на біль у поперековій ділянці, набряки, слабкість. При обстеженні в аналізі сечі: протеінурія, циліндрурія. В аналізі крові: гіперліпідемія, прискорена ШОЕ.

Діагноз: гострий гломерулонефрит, нефротичний синдром. Розрахунковий вік: 1¼ С.

Хворий О. (τ = 0,93с. С = 7,91 р.). Дата народження 6.03.1990 р. Потрапив у терапевтичне відділення 17 січня 2002 року у віці 11 р. 10 міс. 11 дн. з високим нирковим тиском, набряками на верхніх повіках, зміни в загальному аналізі сечі (протеїнурія, гематурія, циліндрурія). В

аналізі крові: прискорена ШОЕ.

Діагноз: гострий гломерулонефрит, нефротичний синдром.

Розрахунковий вік: 1½С.

Хвора К. (τ = 0,94 с. С = 7,99 р.) Дата народження: 12.02.1990 р. У віці 9 років 11 місяців 25 днів з'явились набряки на верхніх повіках, біль у поперековій та абдомінальній ділянці.. У загальному аналізі сечі: протеїнурія, макрогематурія, циліндрурія. В аналізі крові: гіпопротеінемія, гіперліпідемія, прискорена ШОЕ.

Діагноз: гострий гломерулонефрит, нефротичний синдром.

Розрахунковий вік: 1¼ С.

Хвора У. (τ = 0,87 с. С = 7,40 р.). Дата народження: 15.03.1990 р. З'явились болі у поперековій ділянці зліва з іррадіацією в абдомінальну ділянку у віці 12 років 11 місяців 12 днів. При обстеженні виявлені зміни в загальному аналізі сечі: протеїнурія, гематурія, циліндрурія. В аналізі крові: гіпопротеінемія, гіперліпідемія, прискорена ШОЕ. Клінічно: синдром набряків.

Діагноз: гострий гломерулонефрит, нефротичний синдром.

Розрахунковий індекс: 1¾С.

Для усих обстежених спільним є те, що загострення хронічного гломерулонефриту співпадає з кінцями чверті тривалих циклів та починає повторюватися з періодичністю: ¼ С, ½ С, 1¾ С в залежності від належності до типологічної групи та статі індивіда. Хвороба приймає хронічний характер, іноді заявив про себе на ранніх етапах онтогенезу. В цей період необхідно проводити профілактику хронічного гломерулонефриту, щоб попередити загострення захворювання. Наведемо дані з анамнезу захворювання у деяких хворих.

Хвора М. (τ = 0,88с. С = 7,48р.) Дата народження: 2.02.1992 р. Знаходиться на стаціонарному лікуванні у терапевтичному відділенні у віці 11 років 2 місяця 19 днів з діагнозом: гострий гломерулонефрит, нефритичний синдром, із збереженою функцією нирок.

Із анамнезу захворювання відомо, що 8 червня 2001 року у віці 9 років 4 місяця 6 днів відмічались різкі болі в абдомінальній ділянці з іррадіацією у поперекову. В аналізі сечі: протеїнурія, гематурія, циліндрурія. Транзиторні зміни в аналізі сечі нормалізувались.

Розрахунковий вік першого загострення захворювання: 1¼ С. Розрахунковий вік другого загострення: 1½ С.

Періодичність загострення: ¼ С.

Хворий В. (τ = 0,92с. С = 7,82р.) Дата народження: 1.12.1989 р. Знаходився у терапевтичному відділенні з 7.07.2003р. у віці 13 років 8 місяців 6 днів з діагнозом: хронічний гломерулонефрит, період загострення, ГНН 1 ст.

Із анамнезу захворювання відомо, що перше загострення захворювання розпочалось 12 серпня 1999 року у віці 9 років 9 місяців 9 днів.

Друге загострення розпочалось 23 липня 2001 року у віці 11 років

8 місяців 22 дня.

Розрахунковий вік першого загострення: 1¼ С.

Розрахунковий вік другого загострення: 1½ С.

Розрахунковий вік третього: 1¾ С.

Періодичність загострення: ¼ С.

Виходячи з даних періодів загострення захворювання, лікар може підрахувати, коли необхідно окремому хворому провести профілактику захворювання.

Хворий Т. (τ = 0,93с. С = 7,9 р.) Дата народження: 3.07.1989 р. Знаходиться у терапевтичному відділенні з 30.04.2003 р. у віці 13 років 9 місяців 27 днів з діагнозом: хронічний гломерулонефрит, нефритичний синдром, період загострення ГНН 1-2 ст. Третє загострення захворювання. З анамнезу відомо, що перше загострення розпочалось 18 травня 1999 року у віці 9 років 10 місяців 15 днів, друге загострення розпочалось 9 травня 2001 року у віці 11 років 10 місяців 6 днів.

Розрахунковий вік 1-го загострення: 1¼С.

Розрахунковий вік другого: 1½С.

Розрахунковий вік третього: 1¾С.

Періодичність загострення: ¼ С.

Хвора К. (τ = 0,91с. С = 7,74р.). Дата народження: 4.01.1990 р.

На диспансерному обліку у педіатра міської поліклініки з діагнозом: хронічний гломерулонефрит, нефротичний синдром, із збереженою функцією нирок з 7 вересня 1999 року, коли було перше загострення захворювання (у віці 9 років 8 місяців 3 дня).

Із анамнезу захворювання відомо, що друге загострення розпочалось 13 серпня 2001 року (у віці 11 років 7 місяців 9 днів).

Розрахунковий вік 1-го загострення: 1¼С.

Розрахунковий вік 2-го загострення: 1½С.

Періодичність загострення: ¼С.

Тобто слідуюче загострення можливо 20 липня 2003 року у віці 13 років 6 місяців 16 днів (розрахунковий індекс: 1¾С). Відповідно на початку цього періоду необхідно провести профілактику захворювання.

Хвора С. (τ = 0,94с. С = 7,99р.). Дата народження: 1.07.1989 р. На диспансерному обліку у педіатра міської поліклініки з діагнозом: хронічний гломерулонефрит, нефритичний синдром, період неповної клініко-лабораторної ремісії, ГНН 1ст. з 27.06.1999року (у віці 9 років 11 місяців 26 днів), коли відмічалось перше загострення. Друге загострення розпочалось 23 червня 2001 року у віці 11 років 11 місяців 24 дня.

Розрахунковий індекс 1-го загострення: 1¼С.

Розрахунковий індекс другого: 1½С.

Періодичність загострення: ¼С.

Можливо передбачити слідуюче загострення 24 червня 2003 року у віці 13 років 11 місяців 23 дня.

Серед хронічних пієлонефритів було обстежено: 18 дітей, які перебували на стадії загострення, 5 дітей – на стадії реконвалесценції, 5

дітей – на стадії ремісії (рис. Б.2).

Порівняння розрахункових та статистичних періодів показує, що у „середньогрупових хворих" хронічний пієлонефрит починається у віці, який визначається через дробове число прожитих великих біологічних циклів, а загострення хвороб співпадає з кінцем тривалого циклу або з кінцем його чверті.

Наведемо індивідуальні дані деяких хворих із групи дітей, які страждають на хронічний пієлонефрит. У них спостерігається „С – періодичність" прояву захворювання.

Хворий Т. (τ = 0,9 с. С = 7,65 р.) Дата народження: 5.12.1991 р. Потрапив у терапевтичне відділення у віці 11 років 5 місяців 23 дня з діагнозом: хронічний пієлонефрит, період загострення.

У дитини відмічались симптоми інтоксикації (підвищення температури тіла, блювота), дизурічний синдром, больовий синдром у поперековій ділянці.

Із анамнезу хвороби відомо, що перше загострення було 27 травня 2001 року у віці 9 років 6 місяців 22 дня.

Розрахунковий індекс 1-го загострення: 1¼С.

Розрахунковий індекс 2-го: 1½С.

Періодичність загострення: ¼С.

Розрахункові та статистичні літа-роки обстежених дітей, хворих на хронічний пієлонефрит у період загострення, зведені у таблицю 2.5.

Хворий Д. (τ = 0,87с. С = 7,4 р.) Дата народження: 2.02.1990 р.

У середині листопада 2002 року (у віці 12 років 9 місяців) потрапив у терапевтичне відділення із скаргами на біль у поперековій ділянці, порушення сечовиділення. Перше загострення захворювання розпочалося 1 травня 1999 року у віці 9 років 3 місяця.

Розрахунковий вік для 1-го загострення: 1¼С.

Розрахунковий вік для другого: 1¾С.

Періодичність загострення: ½С.

Хвора О. (τ = 0,91с. С = 7,74р.) Дата народження: 2.01.1990 р. На диспансерному обліку у педіатра міської поліклініки з діагнозом: хронічний пієлонефрит. Із анамнезу хвороби відомо, що перше загострення розпочалося 5 вересня 1999 року у віці 9 років 8 місяців 3 днів. Друге: 18 липня 2003 року у віці 13 років 6 місяців 16 днів.

Розрахунковий вік 1-го загострення: 1¼С.

Розрахунковий вік 2-го: 1¾С. Періодичність загострення: ½С.

Таблиця 2.5

Фази загострення хвороб нирок у дітей (пієлонефрит)

Група	„τ-тип” (в сек.)	С	Цикли (у роках)			Статистичний вік хворих
			1¼С	1½С	1¾С	
Діти (2 індивіда)	0,86≤ τ ≤0,88	7,395	9,2	11,1	12,9	9-11-13
Діти (8 індивідів)	0,89≤ τ ≤0,91	7,65	9,5	11,4	13,3	9-11-13
Діти (8 індивідів)	0,92≤ τ ≤0,93	7,91	9,8	11,8	13,8	10-12-14

Хвора Д. (τ = 0,89с. С = 7,57р.) Дата народження: 15.02.1990 р. Потрапила у терапевтичне відділення у віці 13 років 2 місяця 29 днів із скаргами на біль у поперековій ділянці, головний біль, підвищення температури. В аналізі сечі: протеінурія, лейкоцитурія.

Розрахунковий вік: 1¾С.

Хвора Ж. (τ = 0,9с. С = 7,65 р.) Дата народження: 12.01.1991 р. На диспансерному обліку у педіатра міської лікарні з діагнозом: хронічний пієлонефрит з 4 липня 2000 року (у віці 9 років 6 місяців 22 дня), коли було перше загострення захворювання. Друге загострення – 3 липня 2002 року у віці 11 років 5 місяців 21 день.

Розрахунковий вік 1-го загострення: 1¼ С.

Розрахунковий вік 2-го: 1½С.

Періодичність загострення: ½С.

Хворий К. (τ = 0,86 с. С = 7,31 р.) Дата народження: 5.02.1990 р. На диспансерному обліку у педіатра міської лікарні з діагнозом: хронічний пієлонефрит у віці 9 років 1 місяць 20 днів, коли було перше загострення захворювання.

Друге загострення – у віці 10 років 11 місяців 19 днів.

Третє загострення – у віці 12 років 9 місяців 14 днів.

Розрахунковий вік першого загострення: 1¼ С.

Розрахунковий вік другого загострення: 1½С.

Розрахунковий вік третього загострення: 1¾С.

Періодичність загострення: ¼ С.

Хвора І. . (τ = 0,93 с. С = 7,91 р.) Дата народження: 2.03.1992 р. На диспансерному обліку у педіатра міської лікарні з діагнозом: хронічний пієлонефрит у віці 9 років 10 місяців 19 днів, коли було перше загострення захворювання.

Друге загострення – у віці 11 років 10 місяців 11 днів.

Розрахунковий вік першого загострення: 1¼ С.

Розрахунковий вік другого загострення: 1½С.

Періодичність загострення: ¼ С.

Хвора П. (τ = 0,92 с. С = 7,82 р.) Дата народження: 12.04.1991 р. На диспансерному обліку у педіатра міської лікарні з діагнозом: хронічний пієлонефрит у віці 11 років 8 місяців 22 дня, коли було перше загострення захворювання.

Друге загострення – у віці 13 років 8 місяців 6 днів.

Розрахунковий вік першого загострення: 1½С.

Розрахунковий вік другого загострення: 1¾С.

Періодичність загострення: ½С.

Хворий С. (τ = 0,88 с. С = 7,48 р.) Дата народження: 12.02.1992 р. На диспансерному обліку у педіатра міської лікарні з діагнозом: хронічний пієлонефрит у віці 9 років 4 місяця 6 днів, коли було перше загострення захворювання.

Друге загострення – у віці 11 років 2 місяця 19 днів.

Третє загострення – у віці 13 років 1 місяць 2 дня.

Розрахунковий вік першого загострення: 1¼ С.

Розрахунковий вік другого загострення: 1½ С.

Розрахунковий вік третього загострення: 1¾ С.

Періодичність загострення: ¼ С.

Хвора П. (τ = 0,87с. С = 7,4р.) Дата народження: 12.11.1991 р. На диспансерному обліку у педіатра міської поліклініки з діагнозом: хронічний пієлонефрит. Із анамнезу хвороби відомо, що перше загострення розпочалося у віці 9 років 3 місяця. Друге: у віці 11 років 1 місяць 6 днів.

Розрахунковий вік 1-го загострення: 1¼С.

Розрахунковий вік 2-го: 1 ½С.

Періодичність загострення: ¼С.

Хвора Т. (τ = 0,9с. С = 7,65 р.) Дата народження: 2.02.1990 р. У віці 11 років 5 місяців 21 день потрапила у терапевтичне відділення із скаргами на біль у поперековій ділянці, порушення сечовиділення. Перше загострення захворювання розпочалося у віці 9 років 6 місяців 22 дня.

Розрахунковий вік для 1-го загострення: 1¼ С.

Розрахунковий вік для 2-го: 1½ С.

Періодичність загострення: ¼ С.

Хворий Б. (τ = 0,91 с. С = 7,74 р.) Дата народження: 22.12.1992 р. Знаходиться на стаціонарному лікуванні у терапевтичному відділенні у віці 13 років 6 місяців 16 днів з діагнозом: гострий пієлонефрит, період загострення, із збереженою функцією нирок. Із анамнезу захворювання відомо, що перше загострення захворювання відбулося у віці 11 років 7 місяців 9 днів, коли вперше відмічались різкі болі в абдомінальній ділянці з іррадіацією у поперекову. В аналізі сечі: протеїнурія, лейкоцитурія. Транзиторні зміни в аналізі сечі нормалізувались.

Розрахунковий вік першого загострення захворювання: 1½ С.

Розрахунковий вік другого загострення: 1¾ С.

Періодичність загострення: ¼ С.

Хвора А. (τ = 0,92с. С = 7,82р.) Дата народження: 21.05.1990 р. Знаходилась у терапевтичному відділенні у віці 13 років 8 місяців 6 днів з діагнозом: хронічний пієлонефрит, стадія загострення, ГНН 1 ст. Із анамнезу захворювання відомо, що перше загострення захворювання розпочалось у віці 11 років 8 місяців 22 дня.

Розрахунковий вік першого загострення: 1½ С.

Розрахунковий вік другого загострення: 1¾ С.

Періодичність загострення: ¼ С.

Хворий Б. (τ = 0,93 с. С = 7,91 р.). Дата народження: 13.08.1989 р. На диспансерному обліку у педіатра міської поліклініки з діагнозом: хронічний пієлонефрит, стадія загострення, період неповної клініко-лабораторної ремісії, ГНН 1ст. у віці 9 років 10 місяців 19 днів, коли відмічалось перше загострення. Друге загострення розпочалось у віці 13 років 10 місяців 3 дня.

Розрахунковий індекс 1-го загострення: 1¼С.

Розрахунковий індекс 2-го: 1¾ С.

Періодичність загострення: ½С.

Були обстежені хворі діти на дизметаболічні нефропатії. При цьому серед дітей, котрі хворіли на дизметаболічні нефропатії 13 дітей перебувало на стадії загострення, 6 дітей – на стадії реконвалесценції, а 6 дітей – ремісії.

Розрахункові та статистичні літа-роки обстежених дітей, хворих на дизметаболічні нефропатії у період загострення, зведені у таблицю 2.6.

Порівняння розрахункових та статистичних років показує, що у „середньогрупових" хворих дизметаболічні нефропатії починаються у віці, який визначається через ціле або дробове число пережитих великих біологічних циклів, а загострення хвороби співпадає з кінцем тривалого циклу або з кінцем його чверті.

Наведемо індивідуальні дані деяких хворих із групи дітей, які страждають на дизметаболічні нефропатії. У них спостерігається „С-періодичність" прояву захворювання.

Хворий С. (τ = 0,9 с. С = 7,65 р.) Дата народження: 20.12.1991 р. Потрапив у терапевтичне відділення зі скаргами на біль у поперековій ділянці, поліартралгію.

Об'єктивно: вегетативні розлади (гіпотонія, підвищена пітливість), сечовий синдром. В аналізі сечі: уратурія, гіперстенурія. Вік дитини: 11 років 5 місяців 21 день.

Із анамнезу захворювання: 12 червня 2001 року (у віці 9 років 6 місяців 22 дня) спостерігались транзиторні зміни у сечі (протеїнурія, фосфатурія, лейкоцитурія).

Розрахунковий вік 1-го загострення: 1¼С.

Розрахунковий вік 2-го: 1½С.

Періодичність загострення: ¼С.

Таблиця 2.6

Фази загострення хвороб нирок у дітей (нефропатії)

Група	„τ-тип” (в сек.)	С	Цикли (у роках)			Статистичний вік хворих
			1¼С	1½С	1¾С	
Діти (8 індивідів)	0,87≤ τ ≤0,88	7,395	9,2	11,1	12,9	9-11-13
Діти (13 індивідів)	0,89≤ τ ≤0,91	7,65	9,5	11,4	13,3	9-11-13
Діти (4 індивіда)	0,92≤ τ ≤0,94	7,91	9,8	11,8	13,8	10-12-14

Хворий П. (τ = 0,88с. С = 7,48р.). Дата народження: 14.02.1992 р. На диспансерному обліку у педіатра міської поліклініки з діагнозом: дизметаболічна нефропатія, рання стадія, оксалатурія.

Із анамнезу відомо: перше загострення розпочалося 23 червня 2001 року у віці 9 років 4 місяця 6 днів, друге – 2 травня 2003 року у віці 11 років 2 місяця 19 днів.

Розрахунковий вік 1-го загострення: 1¼С.

Розрахунковий вік 2-го: 1½С.

Періодичність загострення: ¼С.

Хвора А. (τ = 0,92с. С = 7,82р.) Дата народження: 21.12.1989 р. Потрапила у терапевтичне відділення 20.06.2003р. у віці 13 років 8 місяців 6 днів з діагнозом: дизметаболічна нефропатія, рання стадія, фосфатурія.

Із анамнезу хвороби: 1-е загострення – 30 вересня 1999 року у віці 9 років 9 місяців 9 днів.

Розрахунковий вік 1-го загострення: 1¼С.

Розрахунковий вік 2-го - 1¾С.

Періодичність загострення: ½С.

Хвора Т. (τ = 0,94с. С = 7,99р.) Дата народження: 12.07.1989 р. На диспансерному обліку з діагнозом: дизметаболічна нефропатія, пізня стадія, фосфатурія.

Із анамнезу хвороби: 1-е загострення – 7 липня 1999р. у віці 9 років 11 місяців 25 днів; 2-е – 7 червня 2001 року у віці 11 років 11 місяців 24 дня.

Розрахунковий вік 1-го загострення: 1¼С.

Розрахунковий вік 2-го: 1½С.

Періодичність загострення: ¼С.

Хвора У. (τ = 0,87с. С = 7,4 р.) Дата народження: 1.02.1994 р. Потрапила у терапевтичне відділення 2 травня 2003 року у віці 9 років

3 місяця, коли з'явились клінічні симптоми: больовий, абдомінальний, поліартралгія, ніктурія, вегетативні розлади (гіпотонія), сечовий синдром.

Діагноз: дизметаболічна нефропатія, оксалатурія.

Розрахунковий індекс: 1¼С.

Хворий Н. (τ = 0,9с. С = 7,65р.). Дата народження 3.01.1994 р. Потрапив у терапевтичне відділення у віці 9 р. 6 міс. 22 дн. з больовим, абдомінальним синдромами та змінами в загальному аналізі сечі (протеїнурія, уратурія). В аналізі крові: прискорена ШОЕ.

Діагноз: дизметаболічна нефропатія, уратурія.

Розрахунковий вік: 1¼ С.

Хвора А. (τ = 0,89с. С = 7,57р.). Дата народження: 6.02.1990 р. У травні 2003 року (у віці 13 років 2 місяця 29 днів) батьки звернули увагу на зміни сечі та скарги дитини на біль в абдомінальній ділянці. В загальному аналізі сечі: протеїнурія, оксалатурія. В аналізі крові: прискорена ШОЕ. Клінічно: гіпертензіонний синдром.

Діагноз: Дизметаболічна нефропатія, оксалатурія.

Розрахунковий індекс: 1¾ С.

Хвора М. (τ = 0,88с. С = 7,48р.) Дата народження: 2.02.1992 р. Знаходиться на стаціонарному лікуванні у терапевтичному відділенні у віці 11 років 2 місяця 19 днів з діагнозом: дизметаболічна нефропатія, оксалатурія. Із анамнезу захворювання відомо, що 8 червня 2001 року у віці 9 років 4 місяця 6 днів відмічались різкі болі в абдомінальній ділянці з іррадіацією у поперекову. В аналізі сечі: протеїнурія, оксалатурія. Транзиторні зміни в аналізі сечі нормалізувались.

Розрахунковий вік першого загострення захворювання: 1¼ С. Розрахунковий вік другого загострення: 1½ С.

Періодичність загострення: ¼ С.

Хвора М. (τ = 0,87 с. С = 7,4 р.). Дата народження: 11.02.1994 р. На початку травня 2003 року (у віці 9 років 3 місяця) з'явились скарги на біль в абдомінальній дідянці, слабкість. При обстеженні в аналізі сечі: протеінурія, оксалатурія. В аналізі крові: гіперліпідемія, гіпопротеінемія, прискорена ШОЕ.

Діагноз: дизметаболічна нефропатія, оксалатурія.

Розрахунковий індекс: 1¼ С.

Хворий В. (τ = 0,92с. С = 7,82р.) Дата народження: 1.12.1989 р. Знаходився у терапевтичному відділенні з 7.07.2003р. у віці 13 років 8 місяців 6 днів з діагнозом: дизметаболічна нефропатія, уратурія. Із анамнезу захворювання відомо, що перше загострення захворювання розпочалось 10 серпня 1999 року у віці 9 років 9 місяців 9 днів. Друге загострення розпочалось 24 липня 2001 року у віці 11 років 8 місяців 22 дня.

Розрахунковий вік першого загострення: 1¼ С.

Розрахунковий вік другого загострення: 1½ С.

Розрахунковий вік третього: 1¾ С.

Періодичність загострення: ¼ С.

Виходячи з даних періодів загострення захворювання, лікар може своєчасно провести профілактику захворювання та попередити загострення цієї хвороби у кожного окремого хворого.

Хворий Т. (τ = 0,93с. С = 7,9 р.) Дата народження: 3.07.1989 р. Знаходиться у терапевтичному відділенні з 30.04.2003 р. у віці 13 років 9 місяців 27 днів з діагнозом: дизметаболічна нефропатія, фосфатурія. Третє загострення захворювання. З анамнезу відомо, що перше загострення розпочалось 18 травня 1999 року у віці 9 років 10 місяців 15 днів, друге загострення розпочалось 9 травня 2001 року у віці 11 років 10 місяців 6 днів.

Розрахунковий вік 1-го загострення: 1¼ С.

Розрахунковий вік другого: 1½ С.

Розрахунковий вік третього - 1¾ С.

Періодичність загострення: ¼ С.

Хвора С. (τ = 0,94с. С = 7,99р.). Дата народження: 1.07.1989 р. На диспансерному обліку у педіатра міської поліклініки з діагнозом: дизметаболічна нефропатія, фосфатурія з 26.06.1999року (у віці 9 років 11 місяців 25 днів), коли відмічалось перше загострення. Друге загострення розпочалось 25 червня 2001 року у віці 11 років 11 місяців 24 дня.

Розрахунковий індекс 1-го загострення: 1¼С.

Розрахунковий індекс другого: 1½С.

Періодичність загострення: ¼С.

Можливо передбачити слідуюче загострення захворювання 24 червня 2003 року у віці 13 років 11 місяців 23 дня.

Хворий Т. (τ = 0,9 с. С = 7,65 р.) Дата народження: 5.12.1991 р. Потрапив у терапевтичне відділення у віці 11 років 5 місяців 21 день з діагнозом: дизметаболічна нефропатія, уратурія. У дитини відмічались симптоми інтоксикації (підвищення температури тіла, блювота), дизурічний синдром, больовий синдром у поперековій ділянці. Із анамнезу хвороби відомо, що перше загострення було 27 травня 2001 року у віці 9 років 6 місяців 22 дня.

Розрахунковий індекс 1-го загострення: 1¼С.

Розрахунковий індекс 2-го: 1½С.

Періодичність загострення: ¼С.

Хворий Д. (τ = 0,87с. С = 7,4р.) Дата народження: 2.02.1990 р. 14 січня 2003 року (у віці 12 років 11 місяців 12 днів) потрапив в терапевтичне відділення із скаргами на біль у поперековій ділянці, порушення сечовиділення.

Діагноз: дизметаболічна нефропатія, оксалатурія.

Перше загострення захворювання розпочалося 1 травня 1999 року у віці 9 років 3 місяця.

Розрахунковий вік для 1-го загострення: 1¼С.

Розрахунковий вік для другого: 1¾С.

Періодичність загострення: ½С.

Хвора О. (τ = 0,91с. С = 7,74р.) Дата народження: 2.01.1990 р. На диспансерному обліку у педіатра міської поліклініки з діагнозом: дизметаболічна нефропатія, уратурія. Із анамнезу хвороби відомо, що перше загострення розпочалося 5 вересня 1999 року у віці 9 років 8 місяців 3 дня. Друге - 18 липня 2003 року у віці 13 років 6 місяців 16 днів.

Розрахунковий вік 1-го загострення: 1¼С.

Розрахунковий вік 2-го: 1¾С.

Періодичність загострення: ½С.

Результати проведеного нами обстеження переконують, що у різних індивідів їх домінантна хвороба нирок проявляється з певною „С-періодичністю". Аналіз віку хворих від дати народження до початку захворювання показує, що місце найменшого опору виявляється найбільш враженим на кінці тривалого великого біологічного циклу або їх тривалих чвертей. Прослідкуючи „С-періодичність" захворювань, можна сказати, що у житті індивіда є ряд окремих вікових точок, які мають бути критичними. Саме у цих точках спостерігається загострення симптоматики хронічних неінфекційних захворювань. А чому саме у цих точках відбувається загострення хвороби? Відповідь на поставлене запитання знаходимо у припущенні Б.Цуканова [116, с.162], що природа темпераменту пов'язана з біоенергетичними процесами в організмі індивіда і будь-який біоенергетичний цикл має розгортку на „стрілі внутрішнього часу" організму, в якому початок та кінець циклу рознесені на тривалість його періоду [116:163]. За період, який закінчився, в організмі проходе ряд внутрішніх змін, які приводять до зовнішніх змін фізіологічного та психологічного характеру.

Виходячи із циклоїдної моделі „ковзаючих колес" переживання часу [116:165], можна дати відповідь на питання про початок домінантних хвороб. Арка циклоїда згідно схеми Б.Цуканова [116:164] відображає повний оберт „колеса" біологічного циклу. Якщо площи під аркою надати зміст біоенергетичного потенціалу індивіда, як пропонував Ю.Кривоногов [56:] у своїх дослідженнях, то початок хронічних неінфекційних захворювань, як відмічає Б.Цуканов [116:165], буде співпадати з кінцем біологічного циклу або з кінцем його тривалої чверті, тобто з окремими віковими точками життя, в яких потенціал досягає максимуму.

Результати нашого дослідження підтверджують вчення Б.Цуканова стосовно того, що прояви хронічних неінфекційних захворювань нирок мають часову розгортку, яка узгоджується з періодами великого біологічного циклу життя індивіда.

Дані результатів дослідження хворих на міокардит підлягли статистичній обробці вікових даних. По кожній групі розраховувався середній вік, прожитий від дати народження до початку захворювання у значенні великого біологічного циклу та переведений у роки. Розрахункові та статистичні літа-роки обстежених дітей, хворих на міокардит у період загострення захворювання, зведені у таблицю 2.7.

Порівняння розрахункових та статистичних років показує, що у хворих на міокардит загострення починається у віці, який для даного контингенту індивідів визначається дробовим числом прожитих великих біологічних циклів, а загострення хвороби співпадає з кінцем 1¼ С (відповідно роки по циклам: 8,6р.; 8,9р.; 9,1р.);

1½С (відповідно: 10,4р.; 10,7р.; 10,9р.);

1¾С (відповідно: 12,1р.; 12,4р.; 12,8р.).

Таблиця 2.7

Фази загострення серцево-судинних захворювань у дітей (міокардит)

Група	„τ-тип" (в сек.)	С	Цикли (у роках)			Статистичний вік хворих
			1¼С	1½С	1¾С	
Діти (9 індивідів)	$0,8 \leq \tau \leq 0,82$	6,85	8,6	10,2	11,9	8-10-12
Діти (6 індивідів)	$0,83 \leq \tau \leq 0,84$	7,1	8,9	10,7	12,4	8-10-12
Діти (4 індивіда)	$0,85 \leq \tau \leq 0,86$	7,3	9,1	10,9	12,8	9-11-13

10 дітей були обстежені у період загострення захворювання і їх роки по циклам відповідають: 8,6р., 8,9р., 9,1р., 10,4р., 10,7р., 10,9р., 12,1р., 12,4р., 12,8р., що визначається кінцем чверті біологічного циклу. Наведемо індивідуальні дані деяких хворих із групи дітей, які страждають на міокардит. У них спостерігається „С-періодичність" прояву захворювання.

Хворий Д. (τ = 0,8 с С = 6,8 р.). Дата народження: 5.04.1991 р. Перше загострення міокардиту: 5.10.1999 р. у віці 8 рокі 6 місяців.
Друге загострення: 17.06.2001 р. у віці 10 років 2 місяця 12 днів.
Третє загострення: 29.02.2003 р. у віці 11 років 10 місяців 24 дня.

Розрахунковий вік першого загострення: 1¼С.

Розрахунковий вік другого загострення: 1½С.

Розрахунковий вік третього загострення: 1¾С.

Періодичність загострення: ¼ С.

Хвора К. (τ = 0,81с. С = 6,89 р.). Дата народження: 2.05.1991 р. Перше загострення міокардиту: 12.12.1999 р. у віці 8 років 7 місяців 10 днів. Друге: 2.05.2003 р. у віці 12 років.

Розрахунковий вік першого загострення: 1¼С.

Розрахунковий вік другого загострення: 1¾С.

Періодичність загострення: ½С.

Хворий Л. (τ = 0,82с. С =6,97 р.). Дата народження: 26.09.1992 р. Перше загострення: 11.06.2001 р. у віці 8 років 8 місяців 16 днів.

Друге загострення: 12.03.2003 р. у віці 10 років 5 місяців 13 днів.

Розрахунковий вік першого загострення: 1¼С.

Розрахунковий вік другого загострення: 1½С.

Періодичність загострення: ¼ С.

Хворий С. (τ = 0,83с. С = 7,1 р.). Дата народження: 15.06.1995 р. Перше загострення: 30.12.2002 р. у віці 7 років 6 місяців 15 днів. Розрахунковий вік: 1 $\frac{1}{16}$С.

Друге загострення: 10.06.2003 р. у віці 7 років 11 місяців 25 днів.

Розрахунковий вік: 1⅛С.

У даного індивіда хвороба проявляється з більшою періодичністю. Кожна чверть великого біологічного циклу ділиться на чотири частини і періоди загострення міокардиту співпадають з кінцем тривалого періоду у $\frac{1}{16}$С.

Хвора Ж. (τ = 0,85с. С = 7,23 р.). Дата народження: 3.03.1994 р. Перше загострення: 8.11.2001 р. у віці 7 років 8 місяців 5 днів.

Друге загострення: 21.04.2004р. у віці 8 років 1 місяць 18днів.

Третє загострення - 6.10.2002 р. у віці 8 років 7 місяців .

Розрахунковий вік першого загострення: 1 $\frac{1}{16}$С.

Розрахунковий вік другого загострення: 1 ⅛С.

Розрахунковий вік третього загострення: 1 $\frac{3}{16}$С.

У даної хворої дитини повторювались загострення міокардиту через $\frac{1}{16}$С, хоча пацієнтка проходила комплексне лікування у терапевтичному відділенні.

Хворий К. (τ = 0,84 с С = 7,14 р.). Дата народження: 15.04.1991 р.

Перше загострення міокардиту у віці 8 років 11 місяців 3дня.

Друге загострення: у віці 10 років 8 місяців 15днів.

Третє загострення у віці 12 років 5місяців 28 днів.

Розрахунковий вік першого загострення: 1¼С.

Розрахунковий вік другого загострення: 1½С.

Розрахунковий вік третього загострення: 1¾С.

Періодичність загострення: ¼ С.

Хвора Т. (τ = 0,86с. С = 7,31 р.). Дата народження: 12.05.1990 р. Перше загострення міокардиту у віці 9 років 1 місяць 19днів.

Друге: у віці 10 років 11 місяців 17днів.

Третє загострення: у віці 12 років 9 місяців 15днів.

Розрахунковий вік першого загострення: 1¼С.

Розрахунковий вік другого загострення: 1½С.

Розрахунковий вік третього загострення: 1¾С.

Періодичність загострення: ¼ С.

Хвора О. (τ = 0,8с. С =6,8 р.). Дата народження: 10.04.1991 р. Перше загострення: 11.10.1999 р. у віці 8 років 6 місяців. Друге загострення: 5.03.2003 р. у віці 11 років 10 місяців 24 дня.

Розрахунковий вік першого загострення: 1¼С.

Розрахунковий вік другого загострення: 1¾С.

Періодичність загострення: ½С.

Хвора П. (τ = 0,81 с. С = 6,89 р.). Дата народження: 12.05.1991 р.
Перше загострення: у віці 8 років 7 місяців 10 днів.
Друге загострення: у віці 10 років 4 місяця 6 днів.
Розрахунковий вік першого загострення: 1¼С.
Розрахунковий вік другого загострення: 1½С.
Періодичність загострення: ¼ С.

Хворий У. (τ = 0,82 с. С = 6,97 р.). Дата народження: 3.03.1989 р.
Перше загострення: у віці 8 років 8 місяців 16 днів.
Друге загострення: у віці 12 років 2 місяця 12 днів.
Розрахунковий вік першого загострення: 1¼ С.
Розрахунковий вік другого загострення: 1¾С.
Періодичність загострення: ½ С.

Хвора П. (τ = 0,83 с С = 7,1 р.). Дата народження: 5.04.1991 р.
Перше загострення міокардиту: у віці 8 років 10 місяців 15днів.
Друге загострення: у віці 10 років 7 місяців 24 дня.
Третє загострення: у віці 12 років 5 місяців 3дня.
Розрахунковий вік першого загострення: 1¼С.
Розрахунковий вік другого загострення: 1½С.
Розрахунковий вік третього загострення: 1¾С.
Періодичність загострення: ¼ С.

Хвора З. (τ = 0,84с. С = 7,14 р.). Дата народження: 2.05.1991 р.
Перше загострення міокардиту: у віці 8 років 11 місяців 3дня.
Друге: у віці 12 років 5місяців 28 днів.
Розрахунковий вік першого загострення: 1¼С.
Розрахунковий вік другого загострення: 1¾С.
Періодичність загострення: ½С.

Хвора М. (τ = 0,85 с. С =7,23 р.). Дата народження: 26.09.1992 р.
Перше загострення: у віці 9 років.
Друге загострення: у віці 10 років 10 місяців 4дня.
Третє загострення: 12 років 7 місяців 24 дня.
Розрахунковий вік першого загострення: 1¼С.
Розрахунковий вік другого загострення: 1½С.
Розрахунковий вік третього загострення: 1¾С.
Періодичність загострення: ¼ С.

Хвора Л. (τ = 0,86 с. С = 7,31 р.). Дата народження: 15.06.1992 р.
Перше загострення: у віці 9 років 1 місяць 20 днів.
Друге загострення: у віці 10 років 11 місяців 17днів.
Розрахунковий вік першого загострення: 1¼С.
Розрахунковий вік другого загострення: 1½ С.
Періодичність загострення: ¼ С.

Розрахункові та статистичні літа-роки обстежених дітей, хворих на вегето-судинну дистонію у період загострення, зведені у таблицю 2.8.

Наведемо індивідуальні дані деяких хворих із групи дітей, які страждають на вегето-судинну дистонію. У них спостерігається „С-періодичність" прояву захворювання.

Хвора Д. (τ = 0,73с С = 6,2 р.). Дата народження: 10.08.1992 р. На диспансерному обліку у дитячій поліклініці з діагнозом: ВСД по гіпотонічному типу з 25.03.2000 року (Перше загострення захворювання). Вік дитини: 7 років 9 місяців. Артеріальний тиск = 90/50 мм.рт.ст. Розрахунковий вік: 1¼С.

Друге загострення: 28 листопада 2001 року у віці 9 років 3 місяця 18 днів. Розрахунковий вік: 1½С.

Третє загострення: 16 червня 2003 року. Розрахунковий вік: 1¾С. Періодичність загострення: ¼С.

Хвора А. (τ = 0,76с С = 6,46 р.). Дата народження: 2.07.1992 р. На стаціонарному лікуванні у терапевтичному відділенні з діагнозом: ВСД по гіпотонічному типу з 21.10.2003 року у віці 11 років 3 місяця 19 днів, коли з'явились скарги дитини на головний біль, біль у ділянці серця, млявість. Об'єктивно: АТ = 92/54 мм.рт.ст. Розрахунковий вік: 1¾С.

Перше загострення захворювання було у 8 років. Розрахунковий вік: 1¼С.

Періодичність захворювання: ½С.

Хвора К. (τ = 1,1с С = 9,35 р.). Дата народження: 4.10.1991 р. Знаходилась на лікуванні у терапевтичному відділенні з діагнозом: ВСД по гіпотонічному типу з 11.06.2003 р. у віці 11 років 8місяців 7днів. АТ = 90/50 мм.рт.ст. Розрахунковий вік: 1¼С.

Хворий У. (τ = 0,81с С = 6,9 р.). Дата народження: 2.06.1995 року.

На диспансерному обліку у дитячій поліклініці з діагнозом: ВСД по гіпертонічному типу.

Перше загострення захворювання: 7 років 3 місяця. Розрахунковий вік: 1 $\frac{1}{16}$С.

Друге загострення: 7 років 9місяців 4 дня. Розрахунковий вік: 1⅛С.

Третє загострення: 8 років 2місяця 9 днів. Розрахунковий вік: 1$\frac{3}{16}$С.

Періодичність загострення: $\frac{1}{16}$С.

Хворий К. (τ = 0,85с С = 7,2 р.). Дата народження: 10.02.1991 року.

На лікуванні у терапевтичному відділенні з діагнозом: ВСД по гіпертонічному типу.

Перше загострення: 5.02.2000 року (9 років). Розрахунковий вік: 1¼С.

Друге загострення: 2.10.2001 року (10 років 9місяців 18 днів). Розрахунковий вік: 1½С.

Третє загострення: 12.08.2003 року (12 років 7місяців 6 днів). Розрахунковий вік: 1¾С.

Періодичність загострення: ¼С.

Хвора М. (τ = 0,98с С = 8,3 років). Дата народження: 1.01.1991 року. На диспансерному облікі у дитячій поліклініці з діагнозом: ВСД по гіпертонічному типу.

Перше загострення: 16.05.2001 року у віці 10 років 4 місяця 15 днів.

Розрахунковий вік: 1¼С.

Друге загострення: 13.06.2003р. у віці 12 років 5 місяців 12 днів.

Розрахунковий вік: 1½С.

Періодичність загострення: ¼С.

Хворий К. (τ = 1,0с С = 8,5 років). Дата народження: 2.10.1992 року. На лікуванні у терапевтичному відділенні з діагнозом: ВСД по гіпертонічному типу (АТ = 120/70 мм.рт.ст.) з 17.05.2003 року у віці 10 років 7 місяців 15 днів.

Розрахунковий вік: 1¼С.

Хворий Д. (τ = 0,8 с С = 6,8 р.). Дата народження: 5.04.1991 р.

Перше загострення ВСД по гіпертонічному типу: 6.10.1999 р. у віці 8 рокі 6 місяців.

Друге загострення: 17.06.2001 р. у віці 10 років 2 місяця 12 днів.

Третє загострення: 29.02.2003 р. у віці 11 років 10 місяців 24 дня.

Розрахунковий вік першого загострення: 1¼С.

Розрахунковий вік т другого загострення: 1½С.

Розрахунковий вік третього загострення: 1¾С.

Періодичність загострення: ¼ С.

Таблиця 2.8

Фази загострення серцево-судинних розладів у дітей (ВСД)

Група	„τ-тип” (в сек.)	С	Цикли (у роках)			Статистичний вік хворих
			1¼С	1½С	1¾С	
Діти (4 індивіда)	$0,7 \le \tau \le 0,72$	6,0	7,5	9	10,5	7-9-11
Діти (3 індивіда)	$0,73 \le \tau \le 0,75$	6,29	7,8	9,4	11,2	7-9-11
Діти (8 індивідів)	$0,76 \le \tau \le 0,79$	6,64	8,3	10	11,6	8-10-12
Діти (5 індивідів)	$0,8 \le \tau \le 0,83$	6,9	8,6	10,3	12,1	9-11-12
Діти (3 індивіда)	$0,84 \le \tau \le 0,86$	7,2	9	10,8	12,6	9-11-13
Діти (16 індивідів)	$0,94 \le \tau \le 0,97$	8,1	10,1	12,2	14,2	10-12-14
Діти (15 індивідів)	$0,98 \le \tau \le 1,0$	8,4	10,5	12,6	14,7	10-12-14
Діти (8 індивідів)	$1,0 \le \tau \le 1,1$	9,35	11,6	14,0	16,3	11-14-16

Хвора К. (τ = 0,81с. С = 6,89 р.). Дата народження: 2.05.1991 р.

Перше загострення ВСД по гіпертонічному типу: 12.12.1999 р. у віці 8 років 7 місяців 10 днів.

Друге: 2.05.2003 р. у віці 12 років.

Розрахунковий вік першого загострення: 1¼С.

Розрахунковий вік другого загострення: 1¾С.

Періодичність загострення: ½С.

Хворий Л. (τ = 0,82с. С =6,97 р.). Дата народження: 26.09.1992 р.

Перше загострення ВСД по гіпертонічному типу: 11.06.2001 р. у віці 8 років 8 місяців 16 днів.

Друге загострення: 12.03.2003 р. у віці 10 років 5 місяців 13днів.

Розрахунковий вік першого загострення: 1¼С.

Розрахунковий вік другого загострення: 1½С.

Періодичність загострення: ¼ С.

Хворий С. (τ = 0,83с. С = 7,1 р.). Дата народження: 15.06.1995 р.

Перше загострення ВСД по гіпертонічному типу: 22.12.2002 р. у віці 7 років 6 місяців 15днів.

Друге загострення: 11.06.2003 р. у віці 7 років 11 місяців 25днів.

Розрахунковий вік першого загострення: $1\frac{1}{16}$С.

Розрахунковий вік другого загострення: 1⅛С.

У даного індивіда хвороба проявляється з більшою періодичністю. Кожна чверть великого біологічного циклу ділиться на чотири частини і періоди загострення міокардиту співпадають з кінцем тривалого періоду у $\frac{1}{16}$С.

Хвора Ж. (τ = 0,85с. С = 7,23 р.). Дата народження: 3.03.1994 р.

Перше загострення ВСД по гіпертонічному типу: 8.11.2001 р. у віці 7 років 8 місяців 5 днів.

Друге загострення: 20.04.2002 р. у віці 8 років 1 місяць 18днів.

Третє загострення: 3.10.2002 р. у віці 8 років 7 місяців.

Розрахунковий вік першого загострення: $1\frac{1}{16}$С.

Розрахунковий вік другого загострення: 1 ⅛С.

Розрахунковий вік третього: $1\frac{3}{16}$С.

У даної хворої дитини повторювались загострення ВСД по гіпертонічному типу через $\frac{1}{16}$С, хоча пацієнтка проходила комплексне лікування у терапевтичному відділенні.

Хворий К. (τ = 0,84 с С = 7,14 р.). Дата народження: 15.04.1991 р.

Перше загострення ВСД по гіпертонічному типу у віці 8 років 11 місяців 3 дня.

Друге загострення: у віці 10 років 8 місяців 15 днів.

Третє загострення у віці 12 років 5 місяців 28 днів.

Розрахунковий вік першого загострення: 1¼С.

Розрахунковий вік другого загострення: 1½С.

Розрахунковий вік третього загострення: 1¾С.

Періодичність загострення: ¼ С.

Хвора Т. (τ = 0,86с. С = 7,31 р.). Дата народження: 12.05.1990 р.

Перше загострення ВСД по гіпертонічному типу у віці 9 років 1 місяць 19 днів.

Друге: у віці 10 років 11 місяців 17 днів. Третє загострення: у віці 12 років 9 місяців 15 днів.

Розрахунковий вік першого загострення: 1¼С.

Розрахунковий вік другого загострення: 1½С.

Розрахунковий вік третього загострення: 1¾С.

Періодичність загострення: ¼ С.

Хвора О. (τ = 0,8с. С =6,8 р.). Дата народження: 10.04.1991 р.

Перше загострення ВСД по гіпертонічному типу: 11.10.1999 р. у віці 8 років 6 місяців.

Друге загострення: 5.03.2003 р. у віці 11 років 10 місяців 24 дня.

Розрахунковий вік першого загострення: 1¼С.

Розрахунковий вік другого загострення: 1¾С.

Періодичність загострення: ½С.

Хвора П. (τ = 0,81 с. С = 6,89 р.). Дата народження: 12.05.1991 р.

Перше загострення ВСД по гіпертонічному типу у віці 8 років 7 місяців 10 днів.

Друге загострення у віці 10 років 4 місяця.

Розрахунковий вік першого загострення: 1¼С.

Розрахунковий вік другого загострення: 1½С.

Періодичність загострення: ¼ С.

Хворий У. (τ = 0,82 с. С = 6,97 р.). Дата народження: 3.03.1989 р.

Перше загострення ВСД по гіпертонічному типу у віці 8 років 8 місяців 16 днів.

Друге загострення у віці 12 років 2 місяця 11 днів.

Розрахунковий вік першого загострення: 1¼ С.

Розрахунковий вік другого загострення: 1¾С.

Періодичність загострення: ½ С.

Хвора П. (τ = 0,83 с С = 7,1 р.). Дата народження: 5.04.1991 р.

Перше загострення ВСД по гіпертонічному типу у віці 8 років 10 місяців 15 днів.

Друге загострення у віці 10 років 7 місяців 24 дня.

Третє загострення у віці 12 років 5 місяців 3 дня.

Розрахунковий вік першого загострення: 1¼С.

Розрахунковий вік другого загострення: 1½С.

Розрахунковий вік третього загострення: 1¾С.

Періодичність загострення: ¼ С.

Хвора З. (τ = 0,84с. С = 7,14 р.). Дата народження: 2.05.1991 р.

Перше загострення ВСД по гіпертонічному типу: у віці 8 років 11 місяців 3 днів.

Друге: у віці 12 років 5 місяців 28 днів.

Розрахунковий вік першого загострення: 1¼С.

Розрахунковий вік другого загострення: 1¾С.

Періодичність загострення: ½С.

Хвора М. (τ = 0,85 с. С =7,23 р.). Дата народження: 26.09.1992 р.

Перше загострення ВСД по гіпертонічному типу: у віці 9 років.

Друге загострення: у віці 10 років 10 місяців 4 днів.

Третє загострення: 12 років 7 місяців 24 дня.

Розрахунковий вік першого загострення: 1¼С.

Розрахунковий вік другого загострення: 1½С.

Розрахунковий вік третього загострення: 1¾С.

Періодичність загострення: ¼ С.

Хвора Л. (τ = 0,86 с. С = 7,31 р.). Дата народження: 15.06.1992 р.

Перше загострення ВСД по гіпертонічному типу: у віці 9 років 1 місяць 19 днів.

Друге загострення: у віці 10 років 11 місяців 17 днів.

Розрахунковий вік першого загострення: 1¼С.

Розрахунковий вік другого загострення: 1½ С.

Періодичність загострення: ¼ С.

Хвора Д. (τ = 0,73с С = 6,2 р.). Дата народження: 10.08.1992 р. На диспансерному обліку у дитячій поліклініці з діагнозом: ВСД по гіпотонічному типу з 10.05.2000 року (Перше загострення захворювання). Вік дитини: 7 років 9 місяців. Артеріальний тиск = 90/50 мм.рт.ст. Розрахунковий вік: 1¼С.

Друге загострення: 28 листопада 2001 року у віці 9 років 3 місяця 18 днів. Розрахунковий вік: 1½С.

Третє загострення: 16 червня 2003 року. Розрахунковий вік: 1¾С. Періодичність загострення: ¼С.

Хвора А. (τ = 0,76с С = 6,46 р.). Дата народження: 2.07.1992 р. На стаціонарному лікуванні у терапевтичному відділенні з діагнозом: ВСД по гіпотонічному типу з 21.10.2003 року у віці 11 років 3 місяця 19 днів, коли з'явились скарги дитини на головний біль, біль у ділянці серця, млявість. Об'єктивно: АТ = 92/54 мм.рт.ст. Розрахунковий вік: 1¾С.

Перше загострення захворювання було у 8 років. Розрахунковий вік: 1¼С.

Періодичність захворювання: ½С.

Для більшості обстежених дітей із захворюваннями серцево-судинної системи загальним є те, що клінічні прояви хвороби (підвищення артеріального тиску, біль у ділянці серця, тахікардія, брадикардія) не тільки співпадають з кінцем чверті тривалих циклів, та з їх кінцями, але і починають повторюватися з періодичністю ¼С, ½С, $^1/_{16}$С, ¾С в залежності від розташування у типологічній групі. Хвороба приймає хронічний характер, тому що не діагностується на ранніх етапах онтогенезу.

Було обстежено 80 дітей у віці від 7 до 14 років із хронічними захворюваннями шлунково-кишкового тракту

Розрахункові та статистичні літа-роки обстежених дітей, хворих на шлунково-кишковий тракт у період загострення, зведені у таблицю 2.9.

Таблиця 2.9

Фази загострення захворювань органів травлення у дітей

Група	„τ-тип” (в сек.)	С	Цикли (у роках)			Статистичний вік хворих
			1¼С	1½С	1¾С	
Діти (39 індивідів)	$1,0 < \tau \leq 1,1$	9,35	11,6	14,0	16,3	11-14-16
Діти (44 індивіда)	$0,7 \leq \tau \leq 0,72$	6,0	7,5	9	10,5	7-9-10
Діти (11 індивідів)	$0,73 \leq \tau \leq 0,75$	6,29	7,8	9,4	11,0	7-9-11
Діти (9 індивідів)	$0,76 \leq \tau \leq 0,79$	6,63	8,2	9,9	11,6	8-9-11

Наведемо індивідуальні дані деяких хворих із групи дітей, які страждають на хронічні захворювання шлунково-кишкового тракту. У них спостерігається „С-періодичність” прояву захворювання.

Хвора К. ($\tau = 0,73$с С = 6,2 р.). Дата народження: 10.07.1992 р.

На диспансерному обліку у дитячій поліклініці з діагнозом: хронічний панкреатит з 10.04.2000 року, коли було перше загострення захворювання. Вік дитини на момент загострення: 7 років 9 місяців. Розрахунковий вік: 1¼ С.

Друге загострення захворювання розпочалося 16 травня 2003 року, коли з’явились скарги на біль у лівому підребір’ї, нудота, відсутність апетиту, апатію, субфебрилітет. Розрахунковий вік другого загострення: 1¾ С.

Періодичність загострення: ½ С.

Хворий Д. ($\tau = 0,76$с С = 6,4 р.). Дата народження: 12.07.1992 р.

На стаціонарному лікуванні у терапевтичному відділенні з діагнозом: дискинезія жовчовивідних шляхів з 24.09.2003 року у віці 11 років 2 місяця 12 днів, коли з’явились скарги у дитини на гострий біль у ділянці живота після прийому їжі, млявість. Розрахунковий вік: 1¾ С.

Перше загострення захворювання було у 8 років. Розрахунковий вік: 1¼ С.

Періодичність захворювання: ½С.

Хворий Д. ($\tau = 1,1$с С = 9,3 р.). Дата народження: 14.10.1991 р.

Знаходився на стаціонарному лікуванні у терапевтичному відділенні з діагнозом: хронічний гастрит з 22.04.2003 р. у віці 11 років 7,5місяців. Розрахунковий вік: 1¼ С.

Хвора С. ($\tau = 0,71$с С = 6,0 р.). Дата народження: 12.01.1991 р.

На диспансерному обліку у дитячій поліклініці з діагнозом: хронічний холецистит. Перше загострення: 7,5 років. Розрахунковий вік: 1¼С.

Друге загострення: 9 років. Розрахунковий вік: 1½С.

Третє загострення: 10,5 років. Розрахунковий вік: 1¾С.

Хворий К. (τ = 0,74с С = 6,3 р.). Дата народження: 2.04.1990 року. Потрапив у терапевтичне відділення з діагнозом: хронічний панкреатит, період загострення у віці 11 років. Розрахунковий вік: 1¾С.

З анамнезу хвороби: перше загострення: 7років 10 місяців 15 днів. Розрахунковий вік: 1¼С.

Друге загострення: 9 років 5 місяців 12 днів. Розрахунковий вік: 1½С.

У даних хворих спостерігається „С – періодичність" прояву захворювання: ¼С.

Хвора Ж. (τ = 0,77с С = 6,6 р.). Дата народження: 2.01.1991 р. На диспансерному обліку у дитячій поліклініці з діагнозом: дискинезія жовчовивідних шляхів. З анамнезу хвороби.

Перше загострення: 8років 3 місяця . Розрахунковий вік: 1¼С.

Друге загострення: 11років 6 місяців 18 днів. Розрахунковий вік: 1¾С.

Періодичність захворювання: ½С.

Хворий Д. (τ = 1,1с С = 9,35 р.). Дата народження: 2.01.1990 р. Потрапив у терапевтичне відділення з діагнозом: виразкова хвороба шлунку у віці 14 років. Розрахунковий вік: 1½С.

Перше загострення: 11років 8 місяців 7 днів. Розрахунковий вік: 1¼С.

Періодичність захворювання: ¼С.

Можливе загострення захворювання у віці 16років 4 місяця 10 днів.

Хвора О. (τ = 0,72с С = 6,0 років). Дата народження: 7.05.1992 року. На диспансерному обліку у дитячій поліклініці з діагнозом: хронічний холецистит.

Перше загострення захворювання: 7,5 років. Розрахунковий вік: 1¼С.

Друге загострення: 10,5 років. Розрахунковий вік: 1¾С.

Періодичність захворювання: ½С.

Хворий У. (τ = 0,75с С = 6,2 р.). Дата народження: 4.08.1992 р. Потрапив у терапевтичне відділення у віці 9років 3 місяця 18 днів з діагнозом: хронічний панкреатит. Розрахунковий вік: 1½С.

Перше загострення захворювання: 7 років 9 місяців. Розрахунковий вік: 1¼С.

Періодичність загострення: ¼С.

Хвора Н. (τ = 0,76с С = 6,6 р.). Дата народження: 5.10.1991 р. Знаходилась на терапевтичному лікуванні в дитячій лікарні з діагнозом: дискинезія жовчовивідних шляхів у віці 11років 6 місяців 18 днів. Розрахунковий вік: 1¾С.

Перше загострення захворювання: 8 років 3 місяця. Розрахунковий вік: 1¼С.

Друге загострення: 9 років 10 місяців 24 дня. Розрахунковий вік: 1½С.

Періодичність загострення: ¼С.

Хвора Д. (τ = 0,73с С = 6,2 р.). Дата народження: 10.08.1992 р. На диспансерному обліку в дитячій поліклініці з діагнозом: ДЖВШ з 10.05.2000 року (Перше загострення захворювання). Вік дитини: 7 років 9 місяців. Розрахунковий вік: 1¼С.

Друге загострення: 28 листопада 2001 року у віці 9 років 3 місяця 18 днів. Розрахунковий вік: 1½С.

Третє загострення: 16 червня 2003 року у віці 10 років 10 місяців 6 днів. Розрахунковий вік: 1¾С.

Періодичність загострення: ¼С.

Хвора А. (τ = 0,76с С = 6,46 р.). Дата народження: 2.07.1992 р. На стаціонарному лікуванні у терапевтичному відділенні з діагнозом: хронічний панкреатит з 21.10.2003 року у віці 11 років 3 місяця 19 днів, коли з'явились скарги дитини на головний біль, біль у правому підребір'ї, млявість. Розрахунковий вік: 1¾С.

Перше загострення захворювання було у 8 років. Розрахунковий вік: 1¼С.

Періодичність захворювання: ½С.

Хвора К. (τ = 1,1с С = 9,35 р.). Дата народження: 4.10.1991 р. Знаходилась на лікуванні у терапевтичному відділенні з діагнозом: хронічний гастрит з підвищеною секреторною функцією з 11.06.2003 р. у віці 11 років 8 місяців 7 днів.

Розрахунковий вік: 1¼С.

Хворий Л. (τ = 0,7с С = 5,95 р.). Дата народження: 2.03.1994 р. Потрапив на лікування у терапевтичне відділення 5.10.2003 р. з діагнозом: хронічний холецистит у віці 8,925 р.= 8 років 11 місяців 3 дня.

Розрахунковий вік: 1½С.

Хвора В. (τ = 0,71с С = 6,035 р.). Дата народження: 15.02.2002 р. Знаходилась на амбулаторному лікуванні у педіатра з 30.08.2002 р. з діагнозом: ДЖВШ у віці 7 років 6 місяців 15 днів.

Розрахунковий вік: 1¼С.

Хворий С. (τ = 0,72с С = 6,12 р.). Дата народження: 1.02.1991 р. Потрапив у терапевтичне відділення 27.04.2003 р. з діагнозом: хронічний холецистит у віці 12 років 2 місяця 26 днів.

Перше загострення захворювання відбулося у віці 9 років 2 місяця 4 дня.

Розрахунковий вік першого загострення: 1½С.

Розрахунковий вік другого загострення: 2С.

Періодичність загострення: ½С.

Хвора Ф. (τ = 0,73с С = 6,205 р.). Дата народження: 11.04.1993 р. Потрапила у терапевтичне відділення 19.02.2004 р. з діагнозом: хронічний панкреатит у віці 10 років 10 місяців 9 днів.

Перше загострення захворювання відбулося у віці 7 років 9 місяців 2 дня.

Друге загострення захворювання: у віці 9 років 3 місяця 20 днів.

Розрахунковий вік першого загострення: 1¼С.

Розрахунковий вік другого загострення: ½С.

Розрахунковий вік третього загострення: 1¾С.

Періодичність загострення: ¼С.

Хвора К. (τ = 0,74с С = 6,29 р.). Дата народження: 12.03.1992 р. На диспансерному обліку у дитячій поліклініці з діагнозом: ДЖВШ з 22.01.2000 року, коли було перше загострення захворювання. Вік дитини на момент загострення: 7 років 10 місяців 10 днів.

Розрахунковий вік: 1¼ С.

Друге загострення захворювання розпочалося 12.03. 2003 року, коли з'явились скарги на біль у лівому підребір'ї, нудота, відсутність апетиту, апатію, субфебрилітет. Розрахунковий вік другого загострення: 1¾ С.

Періодичність загострення: ½ С.

Хворий Д. (τ = 0,75с С = 6,375 р.). Дата народження: 1.02.1992 р. На стаціонарному лікуванні у терапевтичному відділенні з діагнозом: хронічний панкреатит з 27.03.2003 року у віці 11 років 1 місяць 26 днів, коли з'явились скарги у дитини на гострий біль у ділянці живота після прийому їжі, млявість. Розрахунковий вік: 1¾ С.

Перше загострення захворювання було у віці 7 років 11 місяців 18 днів. Розрахунковий вік: 1¼ С.

Друге загострення захворювання: у віці 9 років 6 місяців 22 дня. Розрахунковий вік другого загострення: 1½С.

Періодичність захворювання: ¼С.

Хворий Д. (τ = 0,76с С = 6,46 р.). Дата народження: 4.10.1994 р. Знаходився на стаціонарному лікуванні у терапевтичному відділенні з діагнозом: ДЖВШ з 4.10.2002 р. у віці 8 років.Розрахунковий вік: 1¼ С.

Хвора С. (τ = 0,77с С = 6,545 р.). Дата народження: 3.02.1992 р. На диспансерному обліку у дитячій поліклініці з діагнозом: ДЖВШ.

Перше загострення: 8 років 2 місяця 5 днів. Розрахунковий вік: 1¼С.

Друге загострення: 9 років 9 місяців 24 дня. Розрахунковий вік: 1½С.

Третє загострення: 11 років 5 місяців 13 днів. Розрахунковий вік: 1¾С.

Періодичність захворювання: ¼ С.

Хворий К. (τ = 0,78с С = 6,63 р.). Дата народження: 12.01.1992 року. Потрапив у терапевтичне відділення 18.08.2003 року з діагнозом: ДЖВШ, період загострення у віці 11 років 7 місяців 6 днів. Розрахунковий вік: 1¾С.

З анамнезу хвороби: перше загострення: 8 років 3 місяця 13 днів. Розрахунковий вік: 1¼С.

Друге загострення: 9 років 11 років 10 днів. Розрахунковий вік: 1½С.

Періодичність загострення: ¼ С.

Хвора Ж. (τ = 0,79с С = 6,715 р.). Дата народження: 5.03.1992 р. На диспансерному обліку в дитячій поліклініці з діагнозом: дискинезія жовчовивідних шляхів. З анамнезу хвороби.

Перше загострення у віці 8 років 4 місяця 21 день. Розрахунковий вік: 1¼С.

Друге загострення – 5.12.2003 року у віці 11 років 9 місяців. Розрахунковий вік: 1¾С.

Періодичність захворювання: ½С.

Хворий Д. (τ = 1,1с С = 9,35 р.). Дата народження: 2.01.1990 р. Потрапив у терапевтичне відділення з діагнозом: хронічний гастрит із підвищеною секреторною функцією у віці 14 років. Розрахунковий вік: 1½С.

Перше загострення: 11років 8 місяців 7 днів. Розрахунковий вік: 1¼С.

Періодичність захворювання: ¼С.

Можливе загострення захворювання у віці 16 років 4 місяця 10 днів.

Хвора О. (τ = 0,72с С = 6,12 років). Дата народження: 7.05.1992р. На диспансерному обліку у дитячій поліклініці з діагнозом: ДЖВШ з 10 років 15 днів.

Перше загострення захворювання: 7років 7 місяців 24 дня. Розрахунковий вік: 1¼С.

Друге загострення: 10 років 8 місяців 15 днів. Розрахунковий вік: 1¾С.

Періодичність захворювання: ½С.

Хворий У. (τ = 0,75с С = 6,375 р.). Дата народження: 4.08.1992 р. Потрапив у терапевтичне відділення у віці 9роки 6 місяців 22 дня з діагнозом: ДЖВШ. Розрахунковий вік: 1½С.

Перше загострення захворювання: 7 років 11 місяців 18 днів. Розрахунковий вік: 1¼С.

Періодичність загострення: ¼С.

Хвора Н. (τ = 0,76с С = 6,46 р.). Дата народження: 5.10.1991 р. Знаходилась на терапевтичному лікуванні в дитячій лікарні з діагнозом: дискинезія жовчовивідних шляхів у віці 11років 3 місяця 19 днів. Розрахунковий вік: 1¾С.

Перше загострення захворювання: 8 років. Розрахунковий вік: 1¼С.

Друге загострення: 9 років 8 місяців 8 днів. Розрахунковий вік: 1½С.

Періодичність загострення: ¼С.

Хвора Д. (τ = 0,73с С = 6,2 р.). Дата народження: 10.08.1992 р. На диспансерному обліку у дитячій поліклініці з діагнозом: хронічний панкреатит з 10.05.2000 року (Перше загострення захворювання). Вік дитини: 7 років 9 місяців. Розрахунковий вік: 1¼С.

Друге загострення розпочалося 28.11.2001 року у віці 9 років 3 місяця 18 днів. Розрахунковий вік: 1½С.

Третє загострення: 16.06.2003 року у віці 10 років 10 місяців 6 днів. Розрахунковий вік: 1¾С.

Періодичність загострення: ¼С.

Результати дослідження прояву „С-метрики" упродовж хронічних захворювань дітей показують, що періодичність загострення хронічних захворювань шлунково-кишкового тракту становить ½С та ¼С.

Було обстежено 40 дітей, котрі страждають на хронічні захворювання органів дихання. Із них: 15 дітей страждають на бронхіальну астму, 14 дітей - на хронічну пневмонію, 11 дітей - на рецидивуючий трахеобронхіт. Серед хворих на бронхіальну астму та неінфекційний рецидивуючий трахеобронхіт було обстежено: 17 дітей, у яких хвороба перебувала на стадії загострення та 9 дітей - на стадії ремісії. Власна одиниця часу цих хворих знаходиться у діапазоні: $0{,}7c \leq \tau < 0{,}8c$.

Серед хворих, які страждають на хронічні неінфекційні пневмонії, були обстежені діти із вродженими стенозами трахеї, трахеобронхомегалії, агенезії та гіпоплазії легеневої артерії. Було обстежено 14 дітей. Із них: 10 дітей в період загострення та 4 дітей у період ремісії захворювання. Власна одиниця часу цих дітей визначилась у діапазоні: $0{,}8c \leq \tau \leq 0{,}86c$, що вказує на певну локалізацію хронічної пневмонії та вроджених вад розвитку органів дихання у безперервному спектрі „τ – типів".

Дані результатів дослідження підлягли статистичній обробці вікових даних хворих на хронічні захворювання органів дихання у значенні великого біологічного циклу та переведені у роки. У даних груп хворих дітей на хронічні захворювання органів дихання спостерігається „С-періодичність" їх загострення, що співпадає з 1¼С, 1½С, 1¾С. Розрахункові та статистичні літа-роки обстежених дітей, хворих на органи дихання у період загострення, зведені у таблицю 2.10.

Наведемо індивідуальні дані деяких хворих із групи дітей, які страждають на хронічні пульмонологічні розлади. У них спостерігається „С – періодичність" прояву захворювання.

Хворий В. ($\tau = 0{,}7c$ С = 5,95 р.). Дата народження: 2.05.1992 р.
На диспансерному обліку у дитячій поліклініці з 7 років 5 місяців 7 днів з діагнозом: хронічний трахеобронхіт. З анамнезу хвороби: скарги на сухий кашель, затримку видиху. Аускультативно: жорстке дихання, сухі хрипи.

Друге загострення: 8 років 11 місяців 3 дні.

Третє загострення: 10 років 4 місяця 28 днів.

Розрахунковий вік першого загострення: 1¼С.

Розрахунковий вік другого загострення: 1½С

Розрахунковий вік третього загострення: 1¾С.

Періодичність загострення: ¼С.

Таблиця 2.10

Фази загострення захворювань органів дихання у дітей

Група	„τ-тип” (в сек.)	С	Літа по циклам (у роках)			Статистичні літа хворих
			1¼С	1½С	1¾С	
Діти (4 індивіда)	$0,7 \le \tau \le 0,72$	6,0	7,5	9	10,5	7-9-11
Діти (3 індивіда)	$0,73 \le \tau \le 0,75$	6,29	7,8	9,4	11,2	7-9-11
Діти (8 індивідів)	$0,76 \le \tau \le 0,79$	6,64	8,3	10	11,6	8-10-12
Діти (5 індивідів)	$0,8 \le \tau \le 0,83$	6,9	8,6	10,3	12,1	9-11-12
Діти (3 індивіда)	$0,84 \le \tau \le 0,86$	7,2	9	10,8	12,6	9-11-13

Хворий Ц. ($\tau = 0,71$с С = 6,0 років). Дата народження: 15.09.1992 р. Потрапив у терапевтичне відділення дитячої лікарні у віці 10,5 років з діагнозом: бронхіальна астма, період загострення. З анамнезу хвороби: перше загострення у віці 7,5 років.

Розрахунковий вік другого загострення: 1¾С.

Розрахунковий вік першого загострення: 1¼С.

Періодичність загострення: ½С.

Хворий Л. ($\tau = 0,73$с С = 6,2 р.). Дата народження: 7.05.1993 р. На диспансерному обліку в дитячій поліклініці з діагнозом: неінфекційний трахеобронхіт з 7 років 9 місяців. Розрахунковий вік: 1¼С.

Друге загострення захворювання: 9 років 3 місяця 18 днів. Розрахунковий вік: 1½С.

Третє загострення: 10 років 10 місяців 6 днів. Розрахунковий вік: 1¾С. Періодичність загострення: ¼С.

Хвора Т. ($\tau = 0,76$с С = 6,46 р.). Дата народження: 25.07.1990 р. Потрапила у терапевтичне відділення з діагнозом: хронічний трахеобронхіт, період загострення у віці 9 років 8 місяців 8 днів. Розрахунковий вік: 1½С.

Перше загострення: 8 років. Розрахунковий вік: 1¼С.

Періодичність загострення: ¼С.

Можливе загострення захворювання у віці 11років 3 місяця 19 днів. У цей час необхідно спланувати профілактичні заходи щодо загострення захворювання та запобігти загостренню цієї хвороби.

Хвора С. ($\tau = 0,84$с С = 7,14 р.). Дата народження: 6.04.1991 р. На диспансерному обліку з 8 років 11 місяців 3 днів, коли було перше загострення неінфекційної пневмонії. Розрахунковий вік: 1¼С.

Друге загострення: 10 років 8 місяців 15 днів. Розрахунковий вік: 1½С.

Третє загострення: 12 років 5 місяців 28 днів. Розрахунковий вік: 1¾С.

Періодичність загострення: ¼С.

Хвора К. (τ = 0,86с С = 7,31 р.). Дата народження: 12.01.1991 р. Потрапила у терапевтичне відділення 31.12.2001 року з діагнозом: хронічна пневмонія, період загострення у віці 10 років 11 місяців 17 днів.

Розрахунковий вік: 1½С.

Хворий Т. (τ = 0,86с С = 7,31 р.). Дата народження: 2.03.1991 р. Потрапив у терапевтичне відділення з діагнозом: хронічна пневмонія, період загострення у віці 9 років 1 місяць 19 днів.

Розрахунковий вік: 1 ¼С.

Хворий З. (τ = 0,86с С = 7,31 р.). Дата народження: 5.02.1990 р.

На диспансерному обліку в дитячій поліклініці з 9 років 1 місяця 19 днів з діагнозом: хронічна пневмонія.

Розрахунковий вік: 1¼С.

Друге загострення захворювання у віці 10 років 11 місяців 17 днів.

Розрахунковий вік: 1½С.

Третє загострення у віці 12 років 9 місяців 15 днів.

Розрахунковий вік: 1¾С.

Періодичність загострення: ¼С.

Хворий О. (τ = 0,84с С = 7,14 р.). Дата народження: 5.03.1990 р.

На диспансерному обліку в дитячій поліклініці з 8 років 11 місяців 3 днів з діагнозом: хронічна пневмонія.

Розрахунковий вік: 1¼С.

Друге загострення захворювання у віці 10 років 8 місяців 15 днів. Розрахунковий вік: 1½С.

Третє загострення у віці 12 років 5 місяців 28 днів. Розрахунковий вік: 1¾С.

Періодичність загострення: ¼С.

Хвора С. (τ = 0,8с С = 6,8 років). Дата народження: 10.04.1991 р. Потрапила в терапевтичне відділення дитячої лікарні 5.03.2003 року у віці 11 років 10 місяців 24 дня з діагнозом: хронічна пневмонія, період загострення. З анамнезу хвороби: перше загострення захворювання 11.10.1999 року у віці 8 років 6 місяців.

Розрахунковий вік другого загострення: 1¾С.

Розрахунковий вік першого загострення: 1¼С.

Періодичність загострення: ½С.

Хворий П. (τ = 0,81с С = 6,89 р.). Дата народження: 12.05.1991 р.

На диспансерному обліку в дитячій поліклініці з 8 років 7 місяців 10 днів з діагнозом: хронічна пневмонія. Розрахунковий вік: 1¼С.

Друге загострення захворювання у віці 10 років 4 місяця 3 дня. Розрахунковий вік: 1½С.

Періодичність загострення: ¼С.

Хворий Д. (τ = 0,8 с С = 6,8 р.). Дата народження: 5.04.1991 р.

Перше загострення хронічної пневмонії: 6.10.1999 р. у віці 8 рокі 6 місяців.

Друге загострення: 17.06.2001 р. у віці 10 років 2 місяця 12 днів.

Третє загострення: 29.02.2003 р. у віці 11 років 10 місяців 24 дня.

Розрахунковий вік першого загострення: 1¼С.

Розрахунковий вік другого загострення: 1½С.

Розрахунковий вік третього загострення: 1¾С.

Періодичність загострення: ¼ С.

Хвора К. (τ = 0,81с. С = 6,89 р.). Дата народження: 2.05.1991 р. Перше загострення хронічної пневмонії: 12.12.1999 р. у віці 8 років 7 місяців 10 днів. Друге: 2.05.2003 р. у віці 12 років.

Розрахунковий вік першого загострення: 1¼С.

Розрахунковий вік другого загострення: 1¾С.

Періодичність загострення: ½С.

Хворий Л. (τ = 0,82с. С =6,97 р.). Дата народження: 26.09.1992 р.

Перше загострення: 11.06.2001 р. хронічної пневмонії у віці 8 років 8 місяців 16 днів. Друге загострення: 12.03.2003 р. у віці 10 років 5 місяців 13 днів.

Розрахунковий вік першого загострення: 1¼С.

Розрахунковий вік другого загострення: 1½С.

Періодичність загострення: ¼ С.

Хворий С. (τ = 0,83с. С = 7,1 р.). Дата народження: 15.06.1995 р.

Перше загострення хронічної пневмонії: 30.12.2002 р. у віці 7 років 6 місяців 15 днів.

Розрахунковий вік: 1 $\frac{1}{16}$С.

Друге загострення: 11.06.2003 р. у віці 7 років 11 місяців 25 днів.

Розрахунковий вік: 1⅛С.

У даного індивіда хвороба проявляється з більшою періодичністю. Кожна чверть великого біологічного циклу ділиться на чотири частини і періоди загострення хронічної пневмонії співпадають з кінцем тривалого періоду у $\frac{1}{16}$С.

Хвора Ж. (τ = 0,85с. С = 7,23 р.). Дата народження: 3.03.1994 р.

Перше загострення хронічної пневмонії: 8.11.2001 р. у віці 7 років 8 місяців 5 днів.

Друге загострення: 21.04.2002 р. у віці 8 років 1 місяць 18 днів.

Третє загострення: 3.10.2002 р. у віці 8 років 7 місяців.

Розрахунковий вік пешого загострення: 1 $\frac{1}{16}$С.

Розрахунковий вік другого загострення: 1 ⅛С.

Розрахунковий вік третього загострення: 1 $\frac{3}{16}$С.

У даної хворої дитини повторювались загострення хронічної пневмонії через $\frac{1}{16}$С.

Хворий К. (τ = 0,84 с С = 7,14 р.). Дата народження: 15.04.1991 р.

Перше загострення хронічної пневмонії у віці 8 років 11 місяців 3 днів.

Друге загострення: у віці 10 років 8 місяців 15 днів.

Третє загострення: у віці 12 років 5 місяців 28 днів.

Розрахунковий вік першого загострення: 1¼С.

Розрахунковий вік другого загострення: 1½С.

Розрахунковий вік третього загострення: 1¾С.

Періодичність загострення: ¼ С.

Хвора Т. (τ = 0,86с. С = 7,31 р.). Дата народження: 12.05.1990 р.

Перше загострення хронічної пневмонії у віці 9 років 1 місяць 19 днів.

Друге: у віці 10 років 11 місяців 17 днів. Третє загострення: у віці 12 років 9 місяців 15 днів.

Розрахунковий вік першого загострення: 1¼С.

Розрахунковий вік другого загострення: 1½С.

Розрахунковий вік третього загострення: 1¾С.

Періодичність загострення: ¼ С.

Хвора О. (τ = 0,8с. С =6,8 р.). Дата народження: 10.04.1991 р.

Перше загострення хронічної пневмонії: 11.10.1999 р. у віці 8 років 6 місяців. Друге загострення: 5.03.2003 р. у віці 11 років 10 місяців 24 дня.

Розрахунковий вік першого загострення: 1¼С.

Розрахунковий вік другого загострення: 1¾С.

Періодичність загострення: ½С.

Хвора П. (τ = 0,81 с. С = 6,89 р.). Дата народження : 12.05.1991 р.

Перше загострення хронічної пневмонії: у віці 8 років 7 місяців 10 днів. Друге загострення: у віці 10 років 4 місяця.

Розрахунковий вік першого загострення: 1¼С.

Розрахунковий вік другого загострення: 1½С.

Періодичність загострення: ¼ С.

Хворий У. (τ = 0,82 с. С = 6,97 р.). Дата народження: 3.03.1989 р.

Перше загострення хронічної пневмонії: у віці 8 років 8 місяців 16 днів.

Друге загострення: у віці 12 років 2 місяця 11 днів.

Розрахунковий вік першого загострення: 1¼ С.

Розрахунковий вік другого загострення: 1¾С.

Періодичність загострення: ½ С.

Хвора П. (τ = 0,83 с С = 7,1 р.). Дата народження: 5.04.1991 р.

Перше загострення хронічної пневмонії: у віці 8 років 10 місяців 15 днів.

Друге загострення: у віці 10 років 7 місяців 24 дня.

Третє загострення: у віці 12 років 5 місяців 3 днів.

Розрахунковий вік першого загострення: 1¼С.

Розрахунковий вік другого загострення: 1½С.

Розрахунковий вік третього загострення: 1¾С.

Періодичність загострення: ¼ С.

Хвора З. (τ = 0,84с. С = 7,14 р.). Дата народження: 2.05.1991 р.

Перше загострення хронічної пневмонії: у віці 8 років 11 місяців 3 днів.

Друге: у віці 12 років 5 місяців 28 днів.

Розрахунковий вік першого загострення: 1¼С.

Розрахунковий вік другого загострення: 1¾С.

Періодичність загострення: ½С.

Хвора М. (τ = 0,85 с. С =7,23 р.). Дата народження: 26.09.1992 р.

Перше загострення хронічної пневмонії: у віці 9 років.

Друге загострення: у віці 10 років 10 місяців 4 днів.

Третє загострення: 12 років 7 місяців 24 дня.

Розрахунковий вік першого загострення: 1¼С.

Розрахунковий вік другого загострення: 1½С.

Розрахунковий вік третього загострення: 1¾С.

Періодичність загострення: ¼ С.

Хвора Л. (τ = 0,86 с. С = 7,31 р.). Дата народження: 15.06.1992 р.

Перше загострення хронічної пневмонії: у віці 9 років 1 місяць 19 днів.

Друге загострення: у віці 10 років 11 місяців 17 днів.

Розрахунковий вік першого загострення: 1¼С.

Розрахунковий вік другого загострення: 1½С.

Періодичність загострення: ¼ С.

Хвора Д. (τ = 0,73с С = 6,2 р.). Дата народження: 10.08.1992 р. На диспансерному обліку у дитячій поліклініці з діагнозом: бронхіальна астма з 10.05.1992 року (Перше загострення захворювання). Вік дитини: 7 років 9 місяців. Розрахунковий вік: 1¼С.

Друге загострення: 28 листопада 2001 року у віці 9 років 3 місяців 18 днів. Розрахунковий вік: 1½С.

Третє загострення: 16 червня 2003 року у віці 10 років 10 місяців 6 днів.

Розрахунковий вік: 1¾С.

Періодичність загострення: ¼С.

Хвора А. (τ = 0,76с С = 6,46 р.). Дата народження: 2.07.1992 р. На стаціонарному лікуванні у терапевтичному відділенні з діагнозом: неінфекційний трахеобронхіт з 21.10.2003 року у віці 11 років 3 місяця 19 днів. Розрахунковий вік: 1¾С.

Перше загострення захворювання розпочалося у 8 років. Розрахунковий вік: 1¼С.

Періодичність захворювання: ½С.

Хвора О. (τ = 0,77с С = 6,6 р.). Дата народження: 15.01.1991 р. Знаходилась на терапевтичному лікуванні з 3.08.2002 року з діагнозом: бронхіальна астма. На диспансерному обліку у дитячій поліклініці з 8 років 3 місяців. Розрахунковий вік першого загострення: 1¼С.

Друге загострення у віці 9 років 10 місяців 24 дня. Розрахунковий вік: 1½С.

Третє загострення у віці 11 років 6 місяців 18 днів. Розрахунковий вік: 1¾С.

Періодичність загострення: ¼С.

Хворий Д. (τ = 0,72с С = 6,0 р.). Дата народження: 7.02.1992 р. На стаціонарному лікуванні у терапевтичному відділенні з діагнозом: неінфекційний трахеобронхіт у віці 10 років 6 місяців. Розрахунковий вік: 1¾С.

Перше загострення захворювання було у віці 7 років 6 місяців. Розрахунковий вік: 1¼С.

Періодичність захворювання: ½С.

Хвора В. (τ = 0,75 с. С = 6,2 р.). Дата народження: 14.03.1993 р.

Перше загострення неінфекційного трахіобронхіту у віці 7 років 9 місяців.

Друге загострення: у віці 9 років 3 місяця 18 днів.

Розрахунковий вік першого загострення: 1¼С.

Розрахунковий вік другого загострення: 1½ С.

Періодичність загострення: ¼ С.

Хворий Т. (τ = 0,76с. С = 6,6 р.). Дата народження: 15.10.1991 р.

Перше загострення бронхіальної астми у віці 8 років 3 місяця.

Друге: у віці 11 років 6 місяців 18 днів.

Розрахунковий вік першого загострення: 1¼С.

Розрахунковий вік другого загострення: 1¾С.

Періодичність загострення: ½С.

Хвора Л. (τ = 0,71с С = 6,035 р.). Дата народження: 3.01.1993 р. Знаходилась на терапевтичному лікуванні з діагнозом: бронхіальна астма. На диспансерному обліку у дитячій поліклініці з 7 років 6 місяців 15 днів. Розрахунковий вік першого загострення: 1¼С.

Друге загострення у віці 9 років. Розрахунковий вік: 1½С.

Третє загострення у віці 10 років 6 місяців 22 дня. Розрахунковий вік: 1¾С.

Періодичність загострення: ¼ С.

Хворий Д. (τ = 0,72с. С = 6,12 р.). Дата народження: 2.03.1995 р. Знаходиться у терапевтичному відділенні з 26.10.2002 року у віці 7 років 7 місяців 24 дня.

Перше загострення хронічної пневмонії у віці 6 років 6 місяців.

Друге загострення у віці 6 років 10 місяців 18 днів.

Третє загострення у віці 7 років 3 місяців 6 дня.

Розрахунковий вік пешого загострення: 1 $\frac{1}{16}$С.

Розрахунковий вік другого загострення: 1 ⅛С.

Розрахунковий вік третього загострення: 1 $\frac{3}{16}$С.

Розрахунковий вік четвертого загострення: : 1¼С.

У даної хворої дитини повторювались загострення хронічної пневмонії через $\frac{1}{16}$С.

Хвора У. (τ = 0,73с. С = 6,205 р.). Дата народження: 15.04.1995 р.

Перше загострення хронічної пневмонії у віці 6 років 7 місяців 3 дня.

Друге загострення у віці 6 років 11 місяців 23 дня. 3-е загострення у віці 7 років 4 місяця 12 днів.

Розрахунковий вік пешого загострення: $1\frac{1}{16}$С.

Розрахунковий вік другого загострення: 1 ⅛С.

Розрахунковий вік третього загострення: $1\frac{3}{16}$С.

У даної хворої дитини повторювались загострення хронічної пневмонії через $\frac{1}{16}$С.

Хворий П. ($\tau = 0{,}74$с. С = 6,29 р.). Дата народження: 15.11.1996 р. Знаходиться на терапевтичному лікуванні з 5.01.2003 року.

Перше загострення хронічної пневмонії у віці 7 років.

Друге загострення у віці 7 років 5 місяців 18 днів.

Третє загострення у віці 7 років 10 місяців 10 днів.

Розрахунковий вік першого загострення: 1 ⅛С.

Розрахунковий вік другого загострення: $1\frac{3}{16}$С.

Розрахунковий вік третього загострення: : 1¼С.

У даної хворої дитини повторювались загострення хронічної пневмонії через $\frac{1}{16}$С.

Хвора Т. ($\tau = 0{,}75$с. С = 6,375 р.). Дата народження: 12.02.1995 р.

Перше загострення неінфекційного трахеобронхіту у віці 6 років 9 місяців 8 дня.

Друге загострення у віці 7 років 2 місяців 1 дня.

Третє загострення у віці 7 років 6 місяців 25 днів.

Розрахунковий вік першого загострення: $1\frac{1}{16}$С.

Розрахунковий вік другого загострення: 1 ⅛С.

Розрахунковий вік третього загострення: $1\frac{3}{16}$С.

У даної хворої дитини повторювались загострення хронічної пневмонії через $\frac{1}{16}$С.

Прояви хронічних неінфекційних захворювань мають тимчасову розгортку, які визначаються ходом власних годин індивіда. Така диференціація надто необхідна у медицині, тому що вона відповідає на питання: яка домінуюча хвороба, коли і в якій формі може мати місце у даного конкретного індивіда. Використовуючи „С- періодичність", можливо з тією точністю, якою володіють власні години індивіда, підрахувати вікові критичні точки, в яких домінуюча хвороба проявиться у дитини. Такий підхід дозволить набагато посилити потенціал профілактичної медицини у педіатрії. Своєчасно проведена профілактика хронічних захворювань дасть можливість запобігти загостренню захворювання, а таким чином зменшити кількість хронічних захворювань у дітей, наслідком чого є інвалідність у старшому віці.

Результати експериментального дослідження локалізації симптомів хронічних неінфекційних захворювань у типологічних групах та вибір методу психодіагностики дозволили дійти висновків.

1. Отримані в дослідженнях результати відносної помилки відтворення тривалості піддаються однозначній інтерпретації, тому метод відтворення тривалості є адекватним з метою вивчення психосимптоматики хронічних

неінфекційних захворювань в проблемі індивідуального часу, що переживається суб'єктом. В цьому відношенні специфіка метода відтворення дозволяє відкрити особливості часового механізму індивіда, котрий вимірює плин тривалості, що переживається суб'єктом за допомогою власної одиниці часу.

2. Задля ефективної профілактики в медицині треба повно враховувати психологічні індивідуальні особливості кожного окремого індивіда, схильного до хронічних неінфекційних захворювань. Це дасть змогу передбачити місце його найменшого опору, щонайперше такі окремі нозологічні форми захворювань, як хвороби серцево-судинної системи, шлунково-кишкового тракту, органів дихання та виділення.

3. Результати проведеного нами дослідження показали, що власна одиниця часу обстежених хворих дітей на хронічний гастрит та виразкову хворобу шлунку знаходиться в діапазоні $1{,}0c < \tau \leq 1{,}1c$, що відповідає групі індивідів, у яких „переважають" хвороби шлунку типологічного масиву одного з п'яти сегментів безперервного спектру „τ – типів". А власна одиниця часу в дітей, які страждають на хронічний холецистит, знаходиться в діапазоні $0{,}7c \leq \tau \leq 0{,}72c$, панкреатит - $0{,}73c \leq \tau \leq 0{,}75c$ та ДЖВШ - $0{,}7c \leq \tau < 0{,}8c$, що відповідає групі індивідів, у яких „переважають" хвороби печінки та жовчного міхура.

4. Результати дослідження хворих на серцево-судинну систему показали, що власна одиниця часу хворих на неінфекційний міокардит знаходиться в діапазоні $0{,}8c \leq \tau \leq 0{,}86c$, що відповідає групі індивідів, у яких „переважають" серцево-судинні захворювання по гіпертонічному типу згідно типологічним групам у безперервному спектру „τ-типів". А власна одиниця часу у дітей, які страждають на вегето-судинну дистонію по гіпотонічному типу складає два діапазона інтервалів: $0{,}7c \leq \tau < 0{,}8c$ та $1{,}0c < \tau \leq 1{,}1c$, що відповідає холероїдній та флегматоїдній групам індивідів у типологічних групах безперервного спектру „τ –типів". У діапазоні: $0{,}8c \leq \tau \leq 0{,}86c$ та
$0{,}94c \leq \tau \leq 1{,}0c$ знаходиться власна одиниця часу у дітей, які страждають на ВСД по гіпертонічному типу. Самі хворі діти із ВСД чітко визначили дві межі ($\tau = 0{,}8c$ та $\tau = 1{,}0c$), у безперервному спектрі „τ – типів", в яких відбувається стрибкоподібний перехід від гіпотонічної тенденції до гіпертонічної.

5. Показники власної одиниці часу у дітей, які страждають на хронічні захворювання нирок, розподіляються в діапазоні: $0{,}86c \leq \tau \leq 0{,}94c$, що відповідає локалізації хвороби нирок у типологічних групах безперервного спектру „τ-типів"

6. Обстеження дітей, які страждають на хронічні неінфекційні захворювання органів дихання, підтвердило вчення, що органи дихання є „місцем найменшого опору" у дітей з власною одиницею в діапазоні: $0{,}7c < \tau \leq 0{,}8c$, куди відносяться індивіди з холеричним типом темпераменту.

7. В кожного індивіда „С-метрика” визначається тривалістю її власної одиниці часу.
8. Аналіз віку хворих на хронічні неінфекційні захворювання від дати народження до початку захворювання показує, що місце найменшого опору виявляється найбільш враженим на кінці тривалого великого біологічного циклу або їх тривалих чвертей. Просліджуючи „С-періодичність” захворювань, можна сказати, що у житті індивіда є ряд окремих вікових точок, які мають бути критичними. Саме у цих точках спостерігається загострення симптоматики хронічних неінфекційних захворювань.
9. Для більшості обстежених дітей із хронічними неінфекційними захворюваннями загальним є те, що клінічні прояви хвороби не тільки співпадають з кінцем чверті тривалих циклів та й з їх кінцями, але і починають повторюватися з періодичністю ¼С, ½С, $^{1}/_{16}$С, ¾С в залежності від належності до типологічної групи. Хвороба приймає хронічний характер, тому що не діагностується на ранніх етапах онтогенезу.
10. Рання профілактика неінфекційного захворювання створить умови для запобігання його загострення та допоможе зупинити хронізацію самого неінфекційного процесу.

2.6. Суб’єктивна виразність болю при розладах типу хронічні неінфекційні захворювання

Результати попередніх наших досліджень свідчать про те, що згідно визначенню власної одиниці часу існує можливість передбачити місце найменшого опору у кожного окремого індивіда. Якщо плин-перебіг хвороби приймає хронічний характер, то враховуючи часову розгортку, можливо підрахувати періоди загострення хвороби, які виявляються в певному віці. В актуалізованому предметному контексті подальший пошук доречно спрямувати на дослідження такого симптому хронічних неінфекційних захворювань як біль.

Для медичної практики у зв’язку з „сигнальним” значенням болю дуже важливою є характеристика больового відчуття. Але труднощі об’єктивної характеристики болю пов’язані з тим, що за своїм характером біль є суб’єктивним відчуттям, що залежить не тільки від діючого подразника, але і від психічної реакції особистості на біль. Більше того, до тепер не існує об’єктивних методів оцінки інтенсивності больового відчуття у людини. Але у лікарняній практиці суб’єктивній оцінці болю не надається певної уваги, внаслідок її суб’єктивності. Тому у клініці усні повідомлення порівнюють з даними лікарського обстеження і доповнюють деякими прийомами, які дозволяють контролювати ступінь суб’єктивності в оцінці болю пацієнтом. Але ці прийоми не дають позитивного результату без оцінки болю самим хворим. Не мали успіху в оцінці кількісних та якісних аспектів відчуття болю методики експериментально викликаного болю, використання їх у

сполученні з психофізичними вимірами болю й обміну повідомлень пацієнтів про вплив на біль анальгетичних препаратів [167,196].

Так, електричні потенціали для вивчення сенсорних процесів у корі великого мозку людини використовували для оцінки суб'єктивної інтенсивності болю [171]. Цей метод використовують також для вивчення анальгетичного ефекту. Однак викликані потенціали дають різну амплітуду у кожного окремого індивіда, а також піддаються дії важко усунутих суб'єктивних факторів, таких як чекання й увага [171]. Тому сучасні методи дослідження об'єктивних фізіологічних корелятів якості й інтенсивності болю у людини не є ефективними та дійсними. Перевага надається суб'єктивній оцінці виразності болю у кожного окремого індивіда. Тому що кожен окремий пацієнт, як з'ясовує медична практика, по-різному реагує на один і той же біль, оцінює його по-різному і по-різному оцінює вплив анальгетичних препаратів на його організм. Це вказує на те, що індивідуальна суб'єктивна оцінка є провідною в оцінці болю і потребує її класифікації для оцінки кожним хворим.

А хронічний біль має свої особливості порівняно з гострим за своїм механізмом, фізіологією, а також суб'єктивною оцінкою цього симптому. Це пов'язано з тим, що тривалий болючий вплив викликає додаткові нейрофізіологічні реакції у нервовій системі людини, а також зростання впливу психологічних факторів на нейрофізіологічні механізми болю. Тому диференціальна діагностика хронічного болю, а також лікування з метою зняття цього симптому – це одна з головних проблем боротьби за здоров'я людини, яка страждає на хронічні неінфекційні захворювання. А, наскільки нам відомо, класифікації ступеня суб'єктивної виразності болю при хронічних неінфекційних захворюваннях у медицині взагалі не існує.

Разом з тим відкритими в окресленому проблемному полі залишаються питання локалізації больового відчуття. Для діагностики ступеня виразності клінічних прояв хронічних неінфекційних захворювань є дуже важливим. Відомо, що болючі відчуття, які виходять із внутрішніх органів, є не точно локалізуємими. Дуже часто захворювання якого-небудь із внутрішніх органів дають відбитий чи неправильно локалізований біль. Тому у своїх дослідженнях ми з'ясовували ступінь суб'єктивної виразності болю та її формовияву. А ступінь суб'єктивної виразності болю оцінювали самі хворі діти за п'ятибальною шкалою та ці дані зіставлялися із визначенням τ-власної одиниці часу дитини.

Наше завдання – дослідити у дітей суб'єктивне сприйняття болю при розладах типу хронічні неінфекційні захворювання – враховувало дослідження залежності суб'єктивної виразності болю від індивідуальних особливостей психіки хворого.

Мета дослідження: з'ясувати ступінь суб'єктивної виразності болю при розладах типу хронічні неінфекційні захворювання у типологічних групах безперервного спектру „τ-типів".

Результати попередньо проведеного дослідження показали, що власна одиниця часу у дітей, які страждають на вегето-судинну дистонію по гіпертонічному типу, склала два діапазона інтервалів:

$0{,}8с \leq \tau \leq 0{,}86с$ (21 дитина) та $0{,}94с \leq \tau \leq 1{,}0с$ (18 дітей).

Але між індивідами цих груп є також ряд якісних відмін у ступені суб'єктивної виразності болю. Суб'єктивна виразність болю у дітей з власною одиницею часу в діапазоні: $0{,}8с \leq \tau \leq 0{,}86с$ (у цьому діапазоні знаходиться також значення власної одиниці часу у хворих на міокардит) від 3 до 7 балів, що вказує на різкий характер перебігу хвороби. Місце локалізації болю – ділянка серця з іррадіацією у ліву руку.

Суб'єктивна виразність болю у дітей з власною одиницею в діапазоні: $0{,}94с \leq \tau \leq 1{,}0с$ від 1 до 3 балів, тобто перебіг хвороби характеризується меншою виразністю суб'єктивної оцінки болю (рис.В.1). Згідно рис. В.1 хворі на вегето-судинну дистонію по гіпертонічному типу відрізняються своїми типологічними групами.

У діапазоні: $0{,}8с \leq \tau \leq 0{,}86с$ знаходяться індивіди із сангвінічним типом темпераменту, тобто індивіди, в організмі яких по Гіппократу переважає кров. Вони наближаються до „суто" сангвініків.

У діапазоні: $0{,}94с \leq \tau \leq 1{,}0с$ знаходяться індивіди із меланхолічним типом темпераменту, тобто індивіди, в організмі яких по Гіппократу переважає чорна жовч.

Необхідно відмітити ще одну якісну відміну психологічного характеру між хворими на вегето-судинну дистонію сангвіноїдної та меланхоїдної групи, яка виявлена в ознаках „синдрому коронарної поведінки"[116,с.123]. Методом клінічної бесіди у кожного хворого виявлялася виразність ознак синдрому (конкурентність, прихована агресивність, поквапливість, нетерпіння, постійне відчуття цейтноту, відповідальність, напруженість м'язів обличчя та рук). Статистична обробка даних показала, що ступінь прояву ознак синдрому однакова на усьому діапазоні „τ- типів" сангвіноїдної та меланхоїдної групи. Але до однієї з них – „постійне відчуття цейтноту" – в обох групах спостерігалось полярне відношення. Більшість дітей сангвіноїдної групи скаржились на постійну гостру недостачу часу при виконанні шкільних та домашніх справ. У меланхоїдній групі, навпаки, практично більшість хворих стверджували, що не відчувають дефіциту часу при виконанні роботи. Різне відношення до часу у хворих на вегето-судинну дистонію по гіпертонічному типу пов'язано з величиною індивідуального „τ – типу".

Розподіл суб'єктивної виразності болю хворих на вегето-судинну дистонію по гіпотонічному типу у безперервному спектрі „τ – типів" показує, що хворі цих двох діапазонів власної одиниці часу: $1{,}0с < \tau \leq 1{,}1с$ та $0{,}7с \leq \tau < 0{,}8с$ відрізняються показниками ступеня суб'єктивної виразності болю. Суб'єктивна оцінка болю у дітей з власною одиницею часу в діапазоні: $0{,}7с \leq \tau < 0{,}8с$ від 4 до 7 балів (15 хворих). А у дітей з „τ" в діапазоні: $1{,}0с < \tau \leq 1{,}1с$ від 1 до 3 балів (8

хворих). Ці дві групи дітей відрізняються своїми типологічними групами. У діапазоні: $0,7с \leq \tau < 0,8с$ знаходяться діти із холеричним типом темпераменту, тобто індивіди, в організмі яких по Гіппократу переважає жовч.

У діапазоні $1,0с < \tau \leq 1,1с$ знаходяться індивіди з флегматичним типом темпераменту, у яких по Гіппократу переважає слиз.

Наведемо індивідуальні дані деяких хворих, які страждають на хронічні неінфекційні захворювання органів серцево-судинної системи.

Хворий Ф. ($\tau = 0,8с$). Діагноз: вегето-судинна дистонія по гіпертонічному типу. Ступінь виразності болю: 4 бала – гострий.

Хворий Р. ($\tau = 0,81с$). Діагноз: вегето-судинна дистонія по гіпертонічному типу. Ступінь виразності болю: 6 балів – нестерпний.

Хворий З. ($\tau = 0,85с$). Діагноз: вегето-судинна дистонія по гіпертонічному типу. Ступінь виразності болю: 7 балів – нестерпний

Хвора Ж. ($\tau = 0,94с$). Діагноз: вегето-судинна дистонія по гіпертонічному типу. Ступінь виразності болю: 1 бал – слабкий.

Хворий Г. ($\tau = 0,95с$). Діагноз: вегето-судинна дистонія по гіпертонічному типу. Ступінь виразності болю: 2 бали – тупий.

Хвора Н. ($\tau = 0,96с$). Діагноз: вегето-судинна дистонія по гіпертонічному типу. Ступінь виразності болю: 3 бали – помірний.

Хворий К. ($\tau = 0,97с$). Діагноз: вегето-судинна дистонія по гіпертонічному типу. Ступінь виразності болю: 2 бали – тупий.

Хвора В. ($\tau = 0,98с$). Діагноз: вегето-судинна дистонія по гіпертонічному типу. Ступінь виразності болю: 1 бал – слабкий.

Хворий М. ($\tau = 0,99с$). Діагноз: вегето-судинна дистонія по гіпертонічному типу. Ступінь виразності болю: 2 бали – тупий.

Хвора Л. ($\tau = 1,0с$). Діагноз: вегето-судинна дистонія по гіпотонічному типу. Ступінь виразності болю: 3 бали – помірний.

Хворий Д. ($\tau = 0,7с$). Діагноз: вегето-судинна дистонія по гіпотонічному типу. Ступінь виразності болю: 4 бала – гострий.

Хворий Є. ($\tau = 0,79с$). Діагноз: вегето-судинна дистонія по гіпотонічному типу. Ступінь виразності болю: 6 балів – нестерпний.

Хвора Н. ($\tau = 0,78с$). Діагноз: вегето-судинна дистонія по Гіпотонічному типу. Ступінь виразності болю: 7 балів – нестерпний.

Хворий А. ($\tau = 0,76с$). Діагноз: вегето-судинна дистонія по гіпотонічному типу. Ступінь виразності болю: 6 балів – нестерпний.

Хворий Р. ($\tau = 0,73с$). Діагноз: вегето-судинна дистонія по гіпотонічному типу. Ступінь виразності болю: 5 балів – гострий.

Хвора Ш. ($\tau = 0,71с$). Діагноз: вегето-судинна дистонія по гіпотонічному типу. Ступінь виразності болю: 4 бала – гострий.

Хворий П. ($\tau = 1,1с$). Діагноз: вегето-судинна дистонія по гіпотонічному типу. Ступінь виразності болю: 2 бала – тупий.

Хвора Х. ($\tau = 1,1с$). Діагноз: вегето-судинна дистонія по

гіпотонічному типу. Ступінь виразності болю: 3 бала – помірний.

Хворий Н. (τ = 1,1с). Діагноз: вегето-судинна дистонія по гіпотонічному типу. Ступінь виразності болю: 2 бала – тупий.

Хвора В. (τ = 1,1с). Діагноз: вегето-судинна дистонія по гіпотонічному типу. Ступінь виразності болю: 1 бал – слабкий.

Нами були обстежені діти із хронічними захворюваннями органів дихання у різні періоди хвороби: 15 дітей – із бронхіальною астмою, 14 дітей – із хронічною пневмонією та 11 дітей – із рецидивуючим неінфекційним трахеобронхітом.

Власна одиниця часу дітей, які хворі на бронхіальну астму та рецидивуючий трахеобронхіт визначилась в діапазоні: $0,7\ с \leq \tau < 0,8\ с$, що відповідає холеричному типу темпераменту у типологічній групі „τ – типів". Суб'єктивна виразність болю у цих хворих від 4 до 7 балів (гострий та нестерпний біль). Місце локалізації болю – ділянка грудної клітини. Власна одиниця часу у хворих на хронічну неінфекційну пневмонію з уродженими вадами органів дихання в діапазоні: $0,8\ с \leq \tau < 0,86\ с$, що визначає певну локалізацію хронічної пневмонії та уроджених вад розвитку органів дихання у безперервному спектрі τ – типів та відповідає сангвінічному типу темпераменту. Суб'єктивна виразність болю у цих хворих визначається від 3 до 7 балів.

Наведемо індивідуальні дані хворих на хронічні неінфекційні захворювання органів дихання.

Хворий Р. (τ = 0,7с). Діагноз: бронхіальна астма. Ступінь виразності болю: 7 балів – нестерпний.

Хвора Ф. (τ = 0,8с). Діагноз: рецидивуючий трахеобронхіт. Ступінь виразності болю: 4 балів – гострий.

Хворий Ш. (τ = 0,81с). Діагноз: хронічна пневмонія. Ступінь виразності болю: 6 балів – нестерпний.

Хвора Л. (τ = 0,85с). Діагноз: бронхіальна астма. Ступінь виразності болю: 7 балів – нестерпний.

Хворий З. (τ = 0,83с). Діагноз: хронічна пневмонія. Ступінь виразності болю: 4 бали – гострий.

Хворий Т. (τ = 0,73с). Діагноз: бронхіальна астма. Ступінь виразності болю: 7 балів – нестерпний.

Хвора Х. (τ = 0,75с). Діагноз: рецидивуючий трахеобронхіт. Ступінь виразності болю: 6 балів – нестерпний.

Хвора Р. (τ = 0,74с). Діагноз: бронхіальна астма. Ступінь виразності болю: 5 балів – гострий.

Хворий П. (τ = 0,71с). Діагноз: хронічна пневмонія. Ступінь виразності болю: 4 бали – гострий.

Хвора О. (τ = 0,73с). Діагноз: бронхіальна астма. Ступінь виразності болю: 7 балів – нестерпний.

Хворий Ж. (τ = 0,77с). Діагноз: рецидивуючий трахеобронхіт. Ступінь виразності болю: 6 балів – нестерпний.

Хвора В. (τ = 0,76с). Діагноз: бронхіальна астма. Ступінь

виразності болю: 4 бали – гострий.

Хвора П. ($\tau = 0,78$с). Діагноз: рецидивуючий трахеобронхіт. Ступінь виразності болю: 6 балів – нестерпний.

Хворий Т. ($\tau = 0,72$с). Діагноз: бронхіальна астма. Ступінь виразності болю: 7 балів – нестерпний.

Хворий В. ($\tau = 0,8$с). Діагноз: хронічна пневмонія. Ступінь виразності болю: 6 балів – нестерпний.

Хвора Ц. ($\tau = 0,82$с). Діагноз: бронхіальна астма. Ступінь виразності болю: 5 балів – гострий.

Хворий Р. ($\tau = 0,78$с). Діагноз: бронхіальна астма. Ступінь виразності болю: 7 балів – нестерпний.

Хворий Р. ($\tau = 0,82$с). Діагноз: рецидивуючий трахеобронхіт. Ступінь виразності болю: 4 бали – гострий.

Хворий Р. ($\tau = 0,83$с). Діагноз: бронхіальна астма. Ступінь виразності болю: 6 балів – нестерпний.

Хворий Р. ($\tau = 0,77$с). Діагноз: хронічна пневмонія. Ступінь виразності болю: 4 бали – гострий.

Оцінка суб'єктивної виразності болю у хворих на хронічні захворювання органів дихання переконує нас, що ступінь суб'єктивної виразності болю узгоджується із значенням власної одиниці часу у безперервному спектрі „τ – типів".

Нами були обстежені 98 дітей, які страждають на хронічні захворювання нирок та сечовивідних шляхів у період загострення. Із них: 44 дитини із хронічним гломерулонефритом, 2 дитини із хронічним циститом, 28 дітей із дизметаболічними нефропатіями. Усі обстежені хворі по „τ – типам" розподілились у групі з діапазоном: $0,86 \text{ с} \leq \tau \leq 0,94$ с, що відповідає локалізації хвороби нирок у типологічних групах безперервного спектру „τ – типів" [116:94]. Суб'єктивна виразність болю у дітей даної групи від 2 до 7 балів (тупий, помірний, гострий та нестерпний біль) із локалізацією у поперековій ділянці та іррадіацією у абдомінальну ділянку тіла. Цей діапазон власної одиниці часу враховує рівноважний тип темпераменту.

Наведемо індивідуальні дані хворих на хронічні захворювання нирок та сечовивідних шляхів.

Хворий Ф. ($\tau = 0,86$с). Діагноз: хронічний пієлонефрит. Ступінь виразності болю: 4 бали – гострий.

Хвора Л. ($\tau = 0,89$с). Діагноз: хронічний гломерулонефрит. Ступінь виразності болю: 6 балів – нестерпний.

Хворий З. ($\tau = 0,87$с). Діагноз: хронічний пієлонефрит. Ступінь виразності болю: 5 балів – гострий.

Хворий А. ($\tau = 0,9$с). Діагноз: хронічний гломерулонефрит. Ступінь виразності болю: 7 балів – нестерпний.

Хвора Р. ($\tau = 0,91$с). Діагноз: дизметаболічна нефропатія. Ступінь виразності болю: 4 бали – гострий.

Хворий Х. ($\tau = 0,93$с). Діагноз: хронічний пієлонефрит.

Ступінь виразності болю: 5 балів – гострий.
Хворий Д. (τ = 0,9с). Діагноз: хронічний пієлонефрит.
Ступінь виразності болю: 7 балів – нестерпний.
Хвора П. (τ = 0,9с). Діагноз: хронічний пієлонефрит.
Ступінь виразності болю: 7 балів – нестерпний.
Хворий Л. (τ = 0,93с). Діагноз: дизметаболічна нефропатія.
Ступінь виразності болю: 4 бали – гострий.
Хвора В. (τ = 0,94с). Діагноз: хронічний пієлонефрит.
Ступінь виразності болю: 5 балів – гострий.
Хворий З. (τ = 0,91с). Діагноз: хронічний гломерулонефрит.
Ступінь виразності болю: 6 балів – нестерпний.
Хвора Д. (τ = 0,93с). Діагноз: хронічний пієлонефрит.
Ступінь виразності болю: 4 бали – гострий.
Хворий Р. (τ = 0,89с). Діагноз: хронічний гломерулонефрит.
Ступінь виразності болю: 6 балів – нестерпний.
Хворий О. (τ = 0,88с). Діагноз: дизметаболічна нефропатія.
Ступінь виразності болю: 4 бали – гострий.
Хворий Ф. (τ = 0,86с). Діагноз: хронічний пієлонефрит.
Ступінь виразності болю: 5 балів – гострий.
Хворий Ж. (τ = 0,9с). Діагноз: хронічний пієлонефрит.
Ступінь виразності болю: 7 балів – нестерпний.
Хвора Н. (τ = 0,91с). Діагноз: хронічний гломерулонефрит.
Ступінь виразності болю: 4 бали – гострий.
Хворий Д. (τ = 0,92с). Діагноз: хронічний пієлонефрит.
Ступінь виразності болю: 5 балів – гострий.
Хвора І. (τ = 0,9с). Діагноз: хронічний гломерулонефрит.
Ступінь виразності болю: 6 балів – нестерпний.
Хворий О. (τ = 0,9с). Діагноз: хронічний пієлонефрит.
Ступінь виразності болю: 7 балів – нестерпний.

Оцінка ступеня виразності болю у хворих, які страждають на хронічні неінфекційні захворювання нирок та сечовивідних шляхів показує, що суб'єктивна виразність болю узгоджується із власною одиницею часу у безперервному спектру „τ – типів".

Серед захворювань шлунково-кишкового тракту було обстежено у різні періоди хвороби: 39 дітей із хронічним гастритом, 9 дітей – виразковою хворобою, 12 дітей – хронічним холециститом, 11 дітей – хронічним панкреатитом, 9 дітей - дискинезією жовчовивідних шляхів.

Ступінь суб'єктивної виразності болю в діапазоні від $0,7\ с \le \tau < 0,8\ с$ від 4 до 7 балів (гострий та нестерпний біль). Ступінь суб'єктивної виразності болю в діапазоні: $1\ с \le \tau \le 1,1\ с$ від 1 до 3 балів (слабкий, тупий, помірний біль).

Наведемо індивідуальні дані деяких хворих на хронічні захворювання органів травлення.

Хворий Л. (τ = 0,7с). Діагноз: хронічний гастрит.
Суб'єктивна виразність болю: 4 бали – гострий.

Хвора К. (τ = 0,72с). Діагноз: виразкова хвороба шлунка.
Суб'єктивна виразність болю: 5 балів – гострий.
Хворий Р. (τ = 0,73с). Діагноз: виразкова хвороба шлунка.
Суб'єктивна виразність болю: 5 балів – гострий.
Хвора М. (τ = 0,74с). Діагноз: хронічний гастрит.
Суб'єктивна виразність болю: 6 балів.
Хворий П. (τ = 0,76с). Діагноз: виразкова хвороба шлунка.
Суб'єктивна виразність болю: 6 балів.
Хвора Г. (τ = 0,77с). Діагноз: хронічний гастрит.
Суб'єктивна виразність болю: 7 балів.
Хворий Н. (τ = 0,78с). Діагноз: хронічний гастрит.
Суб'єктивна виразність болю: 7 балів.
Хвора В. (τ = 0,79с). Діагноз: виразкова хвороба шлунка.
Суб'єктивна виразність болю: 7 балів.
Хвора К. (τ = 0,72с). Діагноз: хронічний гастрит.
Суб'єктивна виразність болю: 5 балів.
Хворий Р. (τ = 0,71с). Діагноз: хронічний гастрит.
Суб'єктивна виразність болю: 4 бали.
Хворий В. (τ = 1,0с). Діагноз: хронічний холецистит.
Суб'єктивна виразність болю: 1 бал.
Хвора Р. (τ = 1,0с). Діагноз: хронічний панкреатит.
Суб'єктивна виразність болю: 2 бали.
Хвора Ч. (τ = 1,1с). Діагноз: ДЖВШ.
Суб'єктивна виразність болю: 3 бали.
Хворий К. (τ = 1,1с). Діагноз: хронічний панкреатит.
Суб'єктивна виразність болю: 3 бали.
Хворий У. (τ = 1,1с). Діагноз: хронічний холецистит.
Суб'єктивна виразність болю: 3 бали.
Хвора Т. (τ = 1,1с). Діагноз: ДЖВШ.
Суб'єктивна виразність болю: 3 бали.
Хворий А. (τ = 1,0с). Діагноз: хронічний панкреатит.
Суб'єктивна виразність болю: 1 бал.
Хвора Ж. (τ = 1,1с). Діагноз: хронічний холецистит.
Суб'єктивна виразність болю: 3 бали.
Хворий С. (τ = 1,1с). Діагноз: ДЖВШ.
Суб'єктивна виразність болю: 3 бали.
Хвора Н. (τ = 1,0с). Діагноз: хронічний панкреатит.
Суб'єктивна виразність болю: 2 бали.

Підводячи підсумки, можна стверджувати на основі результатів дослідження, що ступінь суб'єктивної виразності болю при розладах типу хронічні неінфекційні захворювання узгоджується із власною одиницею часу індивіда у типологічній групі безперервного спектру „τ – типів", тобто має чітку вікову та типологічну локалізацію.

2.7. Суб'єктивна виразність болю та тривалість біологічного циклу життя індивіда

Результати попередніх досліджень дали можливість з'ясувати, що існує диференціація суб'єктивної виразності больової реакції в різні періоди хвороби (загострення, реконвалесценції, ремісії). Тому проблема суб'єктивної виразності болю при розладах типу хронічні неінфекційні захворювання далека від свого повного розв'язання, оскільки виникає запитання: чи має суб'єктивна виразність болю часову розгортку і чи узгоджується ступінь суб'єктивної виразності болю із тривалістю біологічного циклу життя індивіда?

Наше завдання - зіставити результати оцінки ступеня суб'єктивної виразності болю із періодами тривалості біологічного циклу життя індивіда – враховувало обстеження дітей в різні періоди хвороби. Зокрема обстеження в період загострення проводилося на стаціонарному лікуванні, а в період ремісії та реконвалесценції – під час поліклінічного обстеження.

Статистичні літа-роки обстежених дітей та ступінь суб'єктивної виразності болю хворих на хронічні захворювання нирок в період загострення хвороби зведені у таблицю 3.1.

Таблиця 3.1

Група	«τ-тип»	С	Літа за циклами та ступінь болю						Середній показник ступеня болю
			1¼ С	Ступінь болю	1½ С	Ступінь болю	1¾ С	Ступінь болю	
Діти (24інд.)	0,86≤τ≤0,88	7,3	9,1	7	10,9	7	12,8	6	7
Діти (17інд.)	0,89≤τ≤0,91	7,6	9,5	5	11,4	7	13,3	6	6
Діти (18інд.)	0,92≤τ≤0,94	7,9	9,8	6	11,8	5	13,8	7	6

Порівняння тривалостей біологічного циклу життя індивіда та ступеня суб'єктивної виразності болю показує, що у «середньогрупових хворих» максимальна суб'єктивна оцінка болю – 6-7 балів (гострий та нестерпний біль) співпадає з кінцем тривалого циклу або з кінцем його чверті, що відповідає 1¼ С; 1½ С; 1¾ С.

Суб'єктивна оцінка болю – 3-4 бали (помірний та гострий біль) у період реконвалесценції хворих на хронічні захворювання нирок відповідає 1⅓ С та 1С.

Суб'єктивна оцінка болю – 2-3 бали (тупий та помірний біль) у період ремісії хворих на хронічні захворювання нирок відповідає 1 ⅙С; 1 $^{5}/_{12}$С; 1 ⅔С.

Статистичні літа-роки обстежених дітей та ступінь суб'єктивної виразності болю хворих на хронічні захворювання нирок в період реконвалесценції зведені у таблицю 3.2.

Таблиця 3.2

Група	«τ-тип»	С	Літа за циклами та ступінь болю				Середній показник ступеня болю
			1⅓ С	Ступінь болю	1 $^{7}/_{12}$С	Ступінь болю	
Діти (29інд.)	0,86≤τ≤0,88	7,3	9,7	4	11,5	3	3,5
Діти (17інд.)	0,89≤τ≤0,91	7,6	10,1	3	12,0	3	3
Діти (28інд.)	0,92≤τ≤0,94	7,9	10,5	4	12,5	4	4

Статистичні літа-роки обстежених дітей та ступінь суб'єктивної виразності болю хворих на хронічні захворювання нирок в період ремісії зведені у таблицю 3.3.

Таблиця 3.3

Група	«τ-тип»	С	Літа за циклами та ступінь болю						Середній показник ступеня болю
			1⅙ С	Ступінь болю	1 $^{5}/_{12}$ С	Ступінь болю	1⅔ С	Ступінь болю	
Діти (22інд.)	0,86≤τ≤0,88	7,3	8,5	2	10,3	2	12,1	3	2
Діти (16інд.)	0,89≤τ≤0,91	7,6	8,8	3	10,7	2	12,6	3	3
Діти (15інд.)	0,92≤τ≤0,94	7,9	9,2	2	11,1	2	13,1	2	2

Наведемо індивідуальні дані деяких хворих із групи дітей, які страждають на хронічний гломерулонефрит. У них спостерігається узгодження між ступінем суб'єктивної виразності болю та тривалістю великого біологічного циклу життя індивіда.

Хворий Н. (τ = 0,9с. С = 7,65р.). Дата народження 3.01.1994 р. Потрапив у терапевтичне відділення у віці 9 р. 6 міс. 22 дн. з діагнозом: хронічний гломерулонефрит, період загострення.

Розрахунковий вік: 1¼ С. Суб'єктивна виразність болю: 7 балів.

Хворий Ч. (τ = 0,91с. С = 7,74р.) Дата народження: 1.12.1991 р. На стаціонарному лікуванні з діагнозом: хронічний гломерулонефрит, період загострення.

Розрахунковий вік: 1½ С. Суб'єктивна виразність болю: 6 балів.

Хвора А. (τ = 0,89с. С = 7,57р.). Дата народження: 6.02.1990 р. На диспансерному обліку в дитячий поліклініці з діагнозом: хронічний гломерулонефрит, період реконвалесценції.

Розрахунковий індекс: 1⅓ С. Суб'єктивна виразність болю: 3 бали.

Хворий П. (τ = 0,9с. С = 7,65р.). Дата народження: 6.01.1992 р. Знаходиться на диспансерному обліку в дитячий поліклініці з діагнозом: хронічний гломерулонефрит, період реконвалесценції.

Розрахунковий вік: 1 $^{7}/_{12}$С. Суб'єктивна виразність болю: 4 бали.

Хвора М. (τ = 0,87 с. С = 7,4 р.). Дата народження: 11.02.1994 р. На початку травня 2003 року (у віці 9 років 3 місяця) з'явились скарги у батьків на наявність у дитини вранці набряків на верхніх повіках, слабкість.

Діагноз: гострий гломерулонефрит, нефротичний синдром, порушення функції нирок.

Розрахунковий індекс: 1¼ С. Суб'єктивна виразність болю: 7 балів.

Хворий Д. (τ = 0,86 с. С = 7,31 р.). Дата народження: 12.01.1991 р. Звернувся в дитячу поліклініку для проходження профілактичного обстеження з діагнозом: хронічний гломерулонефрит, період ремісії.

Розрахунковий вік: 1⅔ С. Суб'єктивна виразність болю: 2 бали.

Хвора К. (τ = 0,88 с. С = 7,48 р.). Дата народження 5.03.1992 р. Потрапила у терапевтичне відділення з діагнозом: хронічний гломерулонефрит, період загострення.

Розрахунковий вік: 1¼ С. Суб'єктивна виразність болю: 6 балів.

Хвора О. (τ = 0,92 с. С = 7,82 р.) Дата народження: 5.03.1990 р. Знаходиться на диспансерному обліку в дитячий поліклініці з діагнозом: хронічний гломерулонефрит, період ремісії.

Розрахунковий вік: 1 $^{1}/_{6}$С. Суб'єктивна виразність болю: 2 бали.

Хворий П. (τ = 0,93с. С = 7,91р.). Дата народження: 11.03.1990 р. У віці 9 років 10 місяців 19 днів у дитини батьки звернули увагу на зміни коліру сечі та скарги дитини на біль в абдомінальній ділянці.

Під час обстеження у терапевтичному відділенні був поставлений діагноз: хронічний гломерулонефрит, період загострення.

Розрахунковий індекс: 1¼ С. Суб'єктивна виразність болю: 6 балів.

Хвора Д. (τ = 0,94 с. С = 7,99 р.). Дата народження: 10.02.1990 р. З'явився біль у поперековій ділянці зліва з іррадіацією в абдомінальну ділянку у віці 11 років 11 місяців 24 дня.

При обстеженні поставлений діагноз: хронічний гломерулонефрит, період загострення.

Розрахунковий вік: 1½ С. Суб'єктивна виразність болю: 7 балів.

Хвора М. (τ = 0,91 с. С = 7,74 р.). Дата народження: 5.03.1990 р. 21 вересня 2003 року (у віці: 13 років 6 місяців 16 днів) з'явились скарги у батьків на наявність у дитини вранці набряків на верхніх повіках, слабкість.

Діагноз: гострий гломерулонефрит, нефротичний синдром, порушення функції нирок.

Розрахунковий індекс: 1¾С. Суб'єктивна виразність болю: 7 балів.

Хвора С. (τ = 0,92 с. С = 7,82 р.). Дата народження: 2.03.1989 р. Знаходиться на диспансерному обліку в дитячий поліклініці з діагнозом: хронічний гломерулонефрит, період реконвалесценції.

Розрахунковий вік: 1⅓ С. Суб'єктивна виразність болю: 2 бали.

Хворий О. (τ = 0,93с. С = 7,91 р.). Дата народження 6.03.1990 р. Потрапив у терапевтичне відділення 17 січня 2002 року у віці 11 р. 10 міс. 11 дн. з високим нирковим тиском, набряками на верхніх повіках, зміни в загальному аналізі сечі (протеїнурія, гематурія, циліндрурія). В аналізі крові: прискорена ШОЕ.

Діагноз: гострий гломерулонефрит, нефротичний синдром.

Розрахунковий вік: 1½С. Суб'єктивна виразність болю: 7 балів.

Хвора К. (τ = 0,94 с. С = 7,99 р.) Дата народження: 12.02.1990 р. Знаходиться на диспансерному обліку в дитячий поліклініці з діагнозом: хронічний гломерулонефрит, період ремісії.

Розрахунковий вік: 1 $^{5}/_{12}$С. Суб'єктивна виразність болю: 3 бали.

Хвора У. (τ = 0,87 с. С = 7,40 р.). Дата народження: 15.03.1990 р. З'явились болі у поперековій ділянці зліва з іррадіацією в абдомінальну ділянку у віці 12 років 11 місяців 12 днів. Діагноз: гострий гломерулонефрит, нефротичний синдром.

Розрахунковий індекс: 1¾С. Суб'єктивна виразність болю: 6 балів.

Для усих обстежених спільним є те, що ступінь суб'єктивної виразності болю чітко узгоджується із тривалістю біологічного циклу життя хворого на хронічний гломерулонефрит.

Наведемо індивідуальні дані деяких хворих із групи дітей, які страждають на хронічний пієлонефрит. У них спостерігається узгодження між ступінем суб'єктивної виразності болю та тривалістю великого біологічного циклу життя індивіда.

Хвора О. (τ = 0,91с. С = 7,74р.) Дата народження: 2.01.1990 р. На диспансерному обліку у педіатра міської поліклініки з діагнозом: хронічний пієлонефрит, період ремісії.

Розрахунковий вік: 1⅔ С. Суб'єктивна виразність болю: 3 бали.

Хвора Д. (τ = 0,89с. С = 7,57р.) Дата народження: 15.02.1990 р. Потрапила у терапевтичне відділення у віці 13 років 2 місяця 29 днів із скаргами на біль у поперековій ділянці, головний біль, підвищення температури. Діагноз: хронічний пієлонефрит, період загострення.

Розрахунковий вік: 1¾С. Суб'єктивна виразність болю: 7 балів.

Хвора Ж. (τ = 0,9с. С = 7,65 р.) Дата народження: 12.01.1991 р. На диспансерному обліку у педіатра міської лікарні з діагнозом: хронічний пієлонефрит, період реконвалесценції.

Розрахунковий вік: 1⅓ С. Суб'єктивна виразність болю: 4 бали.

Хворий К. (τ = 0,86 с. С = 7,31 р.) Дата народження: 5.02.1990 р. На диспансерному обліку у педіатра міської лікарні з діагнозом: хронічний пієлонефрит, період ремісії.

Розрахунковий вік: 1⅔ С. Суб'єтивна виразність болю: 2 бали.

Хвора І. . (τ = 0,93 с. С = 7,91 р.) Дата народження: 2.03.1992 р. На диспансерному обліку у педіатра міської лікарні з діагнозом: хронічний пієлонефрит, період реконвалесценції.

Розрахунковий вік: 1 $^{7}/_{12}$С. Суб'єктивна виразність болю: 4 бали.

Хвора П. (τ = 0,92 с. С = 7,82 р.) Дата народження: 12.04.1991 р. На диспансерному обліку у педіатра міської лікарні з діагнозом: хронічний пієлонефрит, період загострення у віці 11 років 8 місяців 22 дня.

Розрахунковий вік: 1½С. Суб'єктивна виразність болю: 6 балів.

Хворий С. (τ = 0,88 с. С = 7,48 р.) Дата народження: 12.02.1992 р. На диспансерному обліку у педіатра міської лікарні з діагнозом: хронічний пієлонефрит, період загострення.

Розрахунковий вік: 1¼ С. Суб'єктивна виразність болю: 6 балів.

Хвора П. (τ = 0,87с. С = 7,4р.) Дата народження: 12.11.1991 р. На диспансерному обліку у педіатра міської поліклініки з діагнозом: хронічний пієлонефрит, період ремісії.

Розрахунковий вік: 1⅙ С. Суб'єктивна виразність болю: 2 бали.

Хвора Т. (τ = 0,9с. С = 7,65 р.) Дата народження: 2.02.1990 р. Віком 11 років 5 місяців 21 день потрапила у терапевтичне відділення із скаргами на біль у поперековій ділянці, порушення сечовиділення. Діагноз: хронічний пієлонефрит, період загострення.

Розрахунковий вік: 1½ С. Суб'єктивна виразність болю: 6 балів.

Хворий Б. (τ = 0,91 с. С = 7,74 р.) Дата народження: 22.12.1992 р. Знаходиться на стаціонарному лікуванні у терапевтичному відділенні у віці 13 років 6 місяців 16 днів з діагнозом: хронічний пієлонефрит, період загострення, із збереженою функцією нирок.

Розрахунковий вік: 1¾ С. Суб'єктивна виразність болю: 7 балів.

Хвора А. (τ = 0,92с. С = 7,82р.) Дата народження: 21.05.1990 р. Знаходилась у терапевтичному відділенні у віці 13 років 8 місяців 6 днів з діагнозом: хронічний пієлонефрит, стадія загострення, ГНН 1 ст.

Розрахунковий вік: 1¾ С. Суб'єктивна виразність болю: 7 балів.

Хворий Б. (τ = 0,93 с. С = 7,91 р.). Дата народження: 13.08.1989 р. На диспансерному обліку у педіатра міської поліклініки з діагнозом: хронічний пієлонефрит, період реконвалесценції.

Розрахунковий індекс: 1⅓ С. Суб'єктивна виразність болю: 3 бали.

Були обстежені хворі діти на дизметаболічні нефропатії. При цьому серед дітей, котрі хворіли на дизметаболічні нефропатії 13 дітей перебувало на стадії загострення, 10 дітей – на стадії реконвалесценції, а 18 дітей – ремісії.

Наведемо індивідуальні дані деяких хворих із групи дітей, які страждають на дизметаболічні нефропатії. У них спостерігається „С-періодичність" прояву захворювання.

Хворий С. (τ = 0,9 с. С = 7,65 р.) Дата народження: 20.12.1991 р. Потрапив у терапевтичне відділення із скаргами на біль у поперековій ділянці, поліартралгію. Вік дитини: 11 років 5 місяців 21 день. Діагноз: дизметаболічна нефропатія, оксалатурія, період загострення.

Розрахунковий вік: 1½С. Суб'єктивна виразність болю: 7 балів.

Хворий П. (τ = 0,88с. С = 7,48р.). Дата народження: 14.02.1992 р. На диспансерному обліку у педіатра міської поліклініки з діагнозом: дизметаболічна нефропатія, рання стадія, оксалатурія, період ремісії.

Розрахунковий вік: 1⅔С. Суб'єктивна виразність болю: 2 бали.

Хвора А. (τ = 0,92с. С = 7,82р.) Дата народження: 21.12.1989 р. Потрапила у терапевтичне відділення 20.06.2003р. у віці 13 років 8 місяців 6 днів з діагнозом: дизметаболічна нефропатія, рання стадія, фосфатурія, період загострення.

Розрахунковий вік : 1¾С. Суб'єктивна виразність болю: 6 балів.

Хвора Т. (τ = 0,94с. С = 7,99р.) Дата народження: 12.07.1989 р. На диспансерному обліку з діагнозом: дизметаболічна нефропатія, пізня стадія, фосфатурія, період реконвалесценції.

Розрахунковий вік: 1⅓С. Суб'єктивна виразність болю: 3 бали.

Хвора У. (τ = 0,87с. С = 7,4 р.) Дата народження: 1.02.1994 р. Потрапила у терапевтичне відділення 2 травня 2003 року у віці 9 років 3 місяця, коли з'явились клінічні симптоми: больовий, абдомінальний, поліартралгія, ніктурія, вегетативні розлади (гіпотонія), сечовий синдром. Діагноз: дизметаболічна нефропатія, оксалатурія, період загострення.

Розрахунковий індекс: 1¼С. Суб'єктивна виразність болю: 7 балів.

Хворий Н. (τ = 0,9с. С = 7,65р.). Дата народження 3.01.1994 р. Потрапив у терапевтичне відділення у віці 9 р. 6 міс. 22 дн. з больовим, абдомінальним синдромами та змінами в загальному аналізі сечі (протеїнурія, уратурія). В аналізі крові: прискорена ШОЕ.

Діагноз: дизметаболічна нефропатія, уратурія, період загострення.

Розрахунковий вік: 1¼ С. Суб'єктивна виразність болю: 6 балів.

Хвора А. (τ = 0,89с. С = 7,57р.). Дата народження: 6.02.1990 р. На диспансерному обліку в дитячий поліклініці з діагнозом: дизметаболічна нефропатія, оксалатурія, період реконвалесценції. Розрахунковий індекс: 1 $^{7}/_{12}$С. Суб'єктивна виразність болю: 4 бали.

Хвора М. (τ = 0,88с. С = 7,48р.) Дата народження: 2.02.1992 р. Знаходиться на стаціонарному лікуванні у терапевтичному відділенні у віці 11 років 2 місяця 19 днів з діагнозом: дизметаболічна нефропатія, оксалатурія, період загострення.

Розрахунковий вік: 1½ С. Суб'єктивна виразність болю: 7 балів.

Хвора М. (τ = 0,87 с. С = 7,4 р.). Дата народження: 11.02.1994 р. На початку травня 2003 року (у віці 9 років 3 місяця) з'явились скарги на біль в абдомінальній дідянці, слабкість. При обстеженні в аналізі сечі: протеінурія, оксалатурія. В аналізі крові: гіперліпідемія, гіпопротеінемія, прискорена ШОЕ.

Діагноз: дизметаболічна нефропатія, оксалатурія, період загострення.

Розрахунковий індекс: 1¼ С. Суб'єктивна виразність болю: 6 балів.

Хворий В. (τ = 0,92с. С = 7,82р.) Дата народження: 1.12.1989 р. Знаходився у терапевтичному відділенні з 7.07.2003р. у віці 13 років 8 місяців 6 днів з діагнозом: дизметаболічна нефропатія, уратурія, період ремісії.

Розрахунковий вік: 1⅙С. Суб'єктивна виразність болю: 2 бали.

Виходячи з даних тривалості біологічного циклу життя індивіда лікар може передбачити ступінь суб'єктивної виразності болю у кожного окремого хворого на дизметаболічну нефропатію, що є вирішальним у створенні системи нефропрофілактики дитячого населення.

Результати проведеного обстеження хворих на хронічні захворювання нирок переконують нас, що у різних індивідів їх суб'єктивна оцінка болю узгоджується з певною „С-періодичністю". Аналіз віку хворих від дати народження до початку захворювання показує, що максимальна суб'єктивна оцінка болю виявляється на кінці тривалого великого біологічного циклу або їх тривалих чвертей. Прослідкуючи „С-періодичність" захворювань, можна сказати, що у житті індивіда є ряд окремих вікових точок, які мають бути критичними. Саме у цих точках спостерігається загострення симптоматики хронічних неінфекційних захворювань та суб'єктивне сприйняття болю оцінюється як гострий та нестерпний біль.

Дані результатів дослідження суб'єктивного сприйняття болю хворих на міокардит підлягли статистичній обробці вікових даних. По кожній групі розраховувався середній вік, прожитий від дати народження до початку захворювання у значенні великого біологічного циклу та переведений у роки, і ці дані зіставлялися із ступенем суб'єктивного сприйняття болю. Статистичні літа-роки обстежених дітей, хворих на міокардит та ступінь суб'єктивної оцінки болю у період загострення захворювання, зведені у таблицю 3.4.

Порівняння статистичних років та ступеня суб'єктивної оцінки болю показує, що у хворих на міокардит максимальна суб'єктивна оцінка болю-6-7 балів проявляється у віці, який співпадає з кінцем 1¼ С (відповідно роки по циклам: 8,6р.; 8,9р.; 9,1р.); 1½С (відповідно: 10,4р.; 10,7р.; 10,9р.); 1¾С (відповідно: 12,1р.; 12,4р.; 12,8р.).

Таблиця 3.4

Група	«τ-тип»	С	Літа за циклами та ступінь болю						Середній показник ступеня болю
			1¼ С	Ступінь болю	1½ С	Ступінь болю	1¾ С	Ступінь болю	
Діти (14інд.)	0,8≤τ≤0,82	6,8	8,6	7	10,2	7	11,9	6	7
Діти (7інд.)	0,83≤τ≤0,84	7,1	8,9	6	10,7	7	12,4	6	6
Діти (8інд.)	0,85≤τ≤0,86	7,3	9,1	6	10,9	6	12,8	7	6

Статистичні літа-роки обстежених дітей та ступінь суб'єктивної виразності болю хворих на міокардит в період реконвалесценції зведені у таблицю 3.5

10 дітей були обстежені у період загострення захворювання і їх роки по циклам відповідають: 8,6р., 8,9р., 9,1р., 10,4р., 10,7р., 10,9р., 12,1р., 12,4р., 12,8р., що визначається кінцем чверті біологічного циклу. У цих хворих суб'єктивне сприйняття болю оцінюється у 6-7 балів.

Таблиця 3.5

Група	«τ-тип»	С	Літа за циклами та ступінь болю				Середній показник ступеня болю
			1⅓ С	Ступінь болю	1 ⁷⁄₁₂С	Ступінь болю	
Діти (19інд.)	0,8≤τ≤0,82	6,8	9,0	4	10,7	5	4,5
Діти (6інд.)	0,83≤τ≤0,84	7,1	9,4	5	11,2	5	5
Діти (8інд.)	0,85≤τ≤0,86	7,3	9,7	4	11,5	4	4

Статистичні літа-роки обстежених дітей та ступінь суб'єктивної виразності болю хворих на міокардит в період ремісії зведені у таблицю 3.6.

Таблиця 3.6

Група	«τ-тип»	С	Літа за циклами та ступінь болю						Середній показник ступеня болю
			1⅙ С	Ступінь болю	1⁵⁄₁₂ С	Ступінь болю	1⅔ С	Ступінь болю	
Діти (12інд.)	0,8≤τ≤0,82	6,8	7,9	3	9,6	3	11,3	3	3
Діти (6інд.)	0,83≤τ≤0,84	7,1	8,2	3	10,0	3	11,4	3	3
Діти (5інд.)	0,85≤τ≤0,86	7,3	8,5	3	10,3	3	12,1	2	3

Наведемо індивідуальні дані деяких хвороб із групи дітей, які страждають на міокардит. У них спостерігається „С-періодичність" ступеня суб'єктивної виразності болю.

Хворий Д. (τ = 0,8 с С = 6,8 р.). Дата народження: 5.04.1991 р. 29.02.2003 р. третє загострення міокардиту у віці 11 років 10 місяців 24 дня.

Розрахунковий вік: 1¾С. Суб'єктивна оцінка болю: 7 балів.

Хвора К. (τ = 0,81с. С = 6,89 р.). Дата народження: 2.05.1991 р. На диспансерному обліку в дитячий поліклініці з діагнозом: міокардит, період ремісії.

Розрахунковий вік: 1⅔С. Суб'єктивна оцінка болю: 3 бали.

Хворий Л. (τ = 0,82с. С =6,97 р.). Дата народження: 26.09.1992 р.

Друге загострення міокардиту: 12.03.2003 р. у віці 10 років 5 місяців 13 днів.

Розрахунковий вік: 1½С. Суб'єктивна оцінка болю: 6 балів.

Хворий С. (τ = 0,83с. С = 7,1 р.). Дата народження: 15.06.1995 р.

Перше загострення: 30.12.2002 р. у віці 7 років 6 місяців 15 днів.

Розрахунковий вік: 1 $^{1}/_{16}$С.

Друге загострення: 10.06.2003 р. у віці 7 років 11 місяців 25 днів.

Розрахунковий вік: 1⅛С. Суб'єктивна оцінка болю: 7 балів.

У даного індивіда хвороба проявляється з більшою періодичністю. Кожна чверть великого біологічного циклу ділиться на чотири частини і періоди загострення міокардиту співпадають з кінцем тривалого періоду у $^{1}/_{16}$С, що відповідає максимальній суб'єктивній оцінкі болю – 7 балів (нестерпний біль).

Хвора Ж. (τ = 0,85с. С = 7,23 р.). Дата народження: 3.03.1994 р. На диспансерному обліку в дитячий поліклініці з діагнозом: міокардит, період реконвалесценції.

Розрахунковий вік: 1 $^{7}/_{12}$С. Суб'єктивна оцінка болю: 4 бали.

Хворий К. (τ = 0,84 с С = 7,14 р.). Дата народження: 15.04.1991 р.

Перше загострення міокардиту у віці 8 років 11 місяців 3дня.

Розрахунковий вік: 1¼С. Суб'єктивна оцінка болю: 6 балів.

Хвора Т. (τ = 0,86с. С = 7,31 р.). Дата народження: 12.05.1990 р. Знаходиться на диспансерному обліку в дитячий поліклініці з діагнозом: міокардит, період ремісії.

Розрахунковий вік: 1 $^{1}/_{6}$С. Суб'єктивна оцінка болю: 3 бали.

Хвора О. (τ = 0,8с. С =6,8 р.). Дата народження: 10.04.1991 р.

Друге загострення міокардиту: 5.03.2003 р. у віці 11 років 10 місяців 24 дня.

Розрахунковий вік другого загострення: 1¾С. Суб'єктивна оцінка болю: 6 балів.

Хвора П. (τ = 0,81 с. С = 6,89 р.). Дата народження: 12.05.1991 р. Знаходиться на диспансерному обліку в дитячий поліклініці з діагнозом: міокардит, період ремісії. Розрахунковий вік: 1 $^{5}/_{12}$С. Суб'єктивна оцінка болю: 3 бали.

Хворий У. (τ = 0,82 с. С = 6,97 р.). Дата народження: 3.03.1989 р. Друге загострення міокардиту: у віці 12 років 2 місяця 12 днів.

Розрахунковий вік другого загострення: 1¾С. Суб'єтивна виразність болю: 7 балів.

Статистичні літа-роки обстежених дітей, хворих на вегето-судинну дистонію та ступень суб'єктивної виразності болю у період загострення, зведені у таблицю 3.7.

Статистичні літа-роки обстежених дітей та ступінь суб'єктивної виразності болю хворих на вегето-судинну дистонію в період реконвалесценції зведені у таблицю 3.8

Статистичні літа-роки обстежених дітей та ступінь суб'єктивної виразності болю хворих на вегето-судинну дистонію в період ремісії зведені у таблицю 3.9.

Таблиця 3.7

Група	«τ-тип»	С	Літа за циклами та ступінь болю						Сер. ступінь болю
			1¼ С	Ступінь болю	1½ С	Ступінь болю	1¾ С	Ступінь болю	
Діти (4інд.)	0,7≤τ≤0,72	6,0	7,5	7	9	7	10,5	6	7
Діти (3інд.)	0,73≤τ≤0,75	6,2	7,8	6	9,4	7	11,2	6	6
Діти (8інд.)	0,76≤τ≤0,79	6,64	8,3	6	10	6	11,6	7	6
Діти (5інд.)	0,8≤τ≤0,83	6,9	8,6	6	10,3	7	12,1	6	6
Діти (3інд.)	0,84≤τ≤0,86	7,2	9	7	10,8	7	12,6	6	7
Діти (16інд.)	0,94≤τ≤0,97	8,1	10,1	3	12,2	3	14,2	3	3
Діти (15інд.)	0,98≤τ≤1,0	8,4	10,5	3	12,6	3	14,7	7	3
Діти (8інд.)	1,0≤τ≤1,1	9,35	11,6	3	14,0	3	16,3	7	3

Наведемо індивідуальні дані деяких хворих із групи дітей, які страждають на вегето-судинну дистонію. У них спостерігається узгодження між ступенем суб'єктивної виразності болю та періодом біологічного циклу життя індивіда. .

Хвора Д. (τ = 0,73с С = 6,2 р.). Дата народження: 10.08.1992 р. На диспансерному обліку в дитячій поліклініці з діагнозом: ВСД по гіпотонічному типу з 25.03.2000 року, період ремісії. Вік дитини: 7 років 9місяців.

Розрахунковий вік: 1⅔С. Суб'єктивна виразність болю: 4 бали.

Хвора А. (τ = 0,76с С = 6,46 р.). Дата народження: 2.07.1992 р. На стаціонарному лікуванні у терапевтичному відділенні з діагнозом: ВСД по гіпотонічному типу з 21.10.2003 року у віці 11 років 3 місяця 19 днів, коли з'явились скарги дитини на головний біль, біль у ділянці серця, млявість. Об'єктивно: АТ = 92/54 мм.рт.ст.

Розрахунковий вік: 1¾С. Суб'єктивна виразність болю: 7 балів.

Хвора К. (τ = 1,1с С = 9,35 р.). Дата народження: 4.10.1991 р. Знаходилась на лікуванні у терапевтичному відділенні з діагнозом: ВСД

по гіпотонічному типу з 11.06.2003 р. у віці 11 років 8місяців 7днів. На час обстеження хвороба перебуває на стадії ремісії.

Розрахунковий вік: 1 $^{5}/_{12}$С. Суб'єктивна виразність болю: 1 бал.

Таблиця 3.8

Група	«τ-тип»	С	Літа за циклами та ступінь болю				Сер. показ-ник ступеня болю
			1⅓ С	Сту-пінь болю	$1^{7}/_{12}$ С	Сту-пінь болю	
Діти (19інд.)	0,7≤τ≤0,72	6,0	8,0	5	9,5	5	5
Діти (6інд.)	0,73≤τ≤0,75	6,29	8,3	5	9,9	5	5
Діти (8інд.)	0,76≤τ≤0,79	6,64	8,8	6	11,5	4	5
Діти (5інд.)	0,8≤τ≤0,83	6,9	9,2	5	10,9	4	4,5
Діти (3інд.)	0,84≤τ≤0,86	7,2	9,6	5	11,4	4	4,5
Діти (16інд.)	0,94≤τ≤0,97	8,1	10,8	5	12,8	5	5
Діти (15інд.)	0,98≤τ≤1,0	8,4	11,2	5	13,3	5	5
Діти (8інд.)	1,0≤τ≤1,1	9,35	12,4	6	14,8	4	5

Хворий У. (τ = 0,81с С = 6,9 р.). Дата народження: 2.06.1995 року. На диспансерному обліку у дитячій поліклініці з діагнозом: ВСД по гіпертонічному типу, період реконвалесценції.

Розрахунковий вік: 1 $^{7}/_{12}$С. Суб'єктивна виразність болю: 3 бали.

Хворий К. (τ = 0,85с С = 7,2 р.). Дата народження: 10.02.1991 року. На лікуванні у терапевтичному відділенні з діагнозом: ВСД по гіпертонічному типу.

Розрахунковий вік: 1½С. Суб'єктивна виразність болю: 6 балів.

Хвора М. (τ = 0,98с С = 8,3 років). Дата народження: 1.01.1991 року. На диспансерному обліку у дитячій поліклініці з діагнозом: ВСД по гіпертонічному типу, період ремісії.

Розрахунковий вік: 1⅔С. Суб'єктивна виразність болю: 1 бал.

Хворий К. (τ = 1,0с С = 8,5 років). Дата народження: 2.10.1992 року. На лікуванні у терапевтичному відділенні з діагнозом: ВСД по гіпертонічному типу (АТ = 120/70 мм.рт.ст.) з 17.05.2003 року у віці 10 років 7 місяців 15 днів.

Розрахунковий вік: 1¼С. Суб'єктивна виразність болю: 3 бали.

Хворий Л. (τ = 0,82с. С =6,97 р.). Дата народження: 26.09.1992 р.

Перше загострення ВСД по гіпертонічному типу: 11.06.2001 р. у віці 8 років 8 місяців 16 днів.

Друге загострення: 12.03.2003 р. у віці 10 років 5 місяців 13днів. На час обстеження хвороба перебувала на стадії ремісії.

Розрахунковий вік: 1 ⅙С. Суб'єктивна виразність болю: 3 бали.

Таблиця 3.9

Група	«τ-тип»	С	Літа за циклами та ступінь болю						Сер. показник ступеня болю
			1⅙ С	Ступінь болю	1⁵⁄₁₂ С	Ступінь болю	1⅔ С	Ступінь болю	
Діти (12інд.)	0,7≤τ≤0,72	6,0	7,0	4	8,5	4	10,0	4	4
Діти (6інд.)	0,73≤τ≤0,75	6,29	7,3	3	8,9	4	10,4	3	3
Діти (5інд.)	0,76≤τ≤0,79	6,64	7,7	3	9,4	4	11,0	4	4
Діти (5інд.)	0,8≤τ≤0,83	6,9	8,0	4	9,7	3	11,5	3	3
Діти (3інд.)	0,84≤τ≤0,86	7,2	8,4	3	10,2	3	12,0	3	3
Діти (16інд.)	0,94≤τ≤0,97	8,1	9,4	1	11,4	2	13,5	1	1
Діти (15інд.)	0,98≤τ≤1,0	8,4	9,8	2	11,9	2	14,0	1	2
Діти (8інд.)	1,0≤τ≤1,1	9,35	10,9	1	13,2	2	15,5	1	1

Хворий С. (τ = 0,83с. С = 7,1 р.). Дата народження: 15.06.1995 р. Друге загострення: 11.06.2003 р. у віці 7 років 11 місяців 25днів.

Розрахунковий вік: 1⅛С. Суб'єктивна виразність болю: 7 балів.

Хвора Ж. (τ = 0,85с. С = 7,23 р.). Дата народження: 3.03.1994 р. На диспансерному обліку в дитячий поліклініці з діагнозом: вегето-судинна дистонія по гіпертонічному типу, період реконвалесценції.

Розрахунковий вік: 1⅓ С. Суб'єктивна виразність болю: 4 бали.

Результати проведеного дослідження показали, що ступінь суб'єктивної виразності болю при серцево-судинних розладах узгоджуються із тривалістю періодів біологічного циклу життя індивіда, тобто має чітку часову локалізацію.

Розподіл ступеня суб'єктивної виразності болю щодо періоду біологічного циклу життя хворих на вегето-судинну дистонію зображено на рис. Д.3.

Статистичні літа-роки обстежених дітей та ступінь суб'єктивної виразності болю хворих на шлунково-кишковий тракт в період загострення зведені у таблицю 3.10.

Таблиця 3.10

Група	«τ-тип»	С	Літа за циклами та ступінь болю						Сер. показник ступеня болю
			1¼ С	Ступінь болю	1½ С	Ступінь болю	1¾ С	Ступінь болю	
Діти (23інд.)	1,0<τ≤1,1	9,35	11,6	3	14,0	3	16,3	3	3
Діти (17інд.)	0,7≤τ≤0,72	6,0	7,5	7	9	6	10,5	7	7
Діти (18інд.)	0,73≤τ≤0,75	6,29	7,8	6	9,4	7	11,0	7	7
Діти (9інд.)	0,76≤τ≤0,79	6,63	8,2	6	9,9	6	11,6	7	6

Статистичні літа-роки обстежених дітей та ступінь суб'єктивної виразності болю хворих на шлунково-кишковий тракт в період реконвалесценції зведені у таблицю 3.11.

Наведемо індивідуальні дані деяких хворих із групи дітей, які страждають на захворювання шлунково-кишкового тракту.

Хвора К. (τ = 0,73с С = 6,2 р.). Дата народження: 10.07.1992 р.

На диспансерному обліку у дитячій поліклініці з діагнозом: хронічний панкреатит з 10.04.2000 року, коли було перше загострення захворювання. Вік дитини на момент загострення: 7 років 9 місяців.

Розрахунковий вік: 1¼ С. Суб'єктивна виразність болю: 6 балів.

Хворий Д. (τ = 0,76с С = 6,4 р.). Дата народження: 12.07.1992 р. На стаціонарному лікуванні у терапевтичному відділенні з діагнозом: дискинезія жовчовивідних шляхів з 24.09.2003 року у віці 11 років 2 місяця 12 днів, коли з'явились скарги у дитини на гострий біль у ділянці живота після прийому їжі, млявість.

Розрахунковий вік: 1¾ С. Суб'єктивна виразність болю: 7 балів.

Хворий Д. (τ = 1,1с С = 9,3 р.). Дата народження: 14.10.1991 р. Знаходився на диспансерному обліку в дитячий полоікліниці з діагнозом: хронічний гастрит, період реконвалесценції.

Розрахунковий вік: 1⅓ С. Суб'єктивна виразність болю: 2 бали.

Хвора С. (τ = 0,71с С = 6,0 р.). Дата народження: 12.01.1991 р.

На диспансерному обліку в дитячій поліклініці з діагнозом: хронічний холецистит, період ремісії.

Таблиця 3.11

Група	«τ-тип»	С	Літа за циклами та ступінь болю				Сер. показник ступеня болю
			1⅓ С	Ступінь болю	1 $^{7}/_{12}$С	Ступінь болю	
Діти (9інд.)	1,0<τ≤1,1	9,35	12,4	3	14,8	2	2,5
Діти (16інд.)	0,7≤τ≤0,72	6,0	8,0	5	9,5	5	5
Діти (8інд.)	0,73≤τ≤0,75	6,29	8,3	4	9,9	4	4
Діти (12інд.)	0,76≤τ≤0,79	6,63	8,84	5	10,4	4	4,5

Статистичні літа-роки обстежених дітей та ступінь суб'єктивної виразності болю хворих на шлунково-кишковий тракт в період ремісії зведені у таблицю 3.12.

Таблиця 3.12

Група	«τ-тип»	С	Літа за циклами та ступінь болю						Сер. показник ступеня болю
			1$^{1}/_{6}$ С	Ступінь болю	1$^{5}/_{12}$ С	Ступінь болю	1⅔ С	Ступінь болю	
Діти (12інд.)	1,0<τ≤1,1	9,35	10,9	1	13,2	2	15,5	2	2
Діти (6інд.)	0,7≤τ≤0,72	6,0	7,0	3	8,5	4	10,0	4	4
Діти (5інд.)	0,73≤τ≤0,75	6,29	7,3	3	8,9	3	10,4	2	3
Діти (9інд.)	0,76≤τ≤0,79	6,63	8,8	3	9,3	4	11,0	3	3

Розрахунковий вік: 1⅔С. Суб'єктивна виразність болю: 2 бали.

Хворий К. (τ = 0,74с С = 6,3 р.). Дата народження: 2.04.1990 року. Потрапив у терапевтичне відділення з діагнозом: хронічний панкреатит, період загострення у віці 11 років.

Розрахунковий вік: 1¾С. Суб'єктивна виразність болю: 7 балів.

Хвора Ж. (τ = 0,77с С = 6,6 р.). Дата народження: 2.01.1991 р. На диспансерному обліку у дитячій поліклініці з діагнозом: дискинезія жовчовивідних шляхів, період ремісії.

Розрахунковий вік: 1¾С. Суб'єктивна виразність болю: 4 бали.

Хворий Д. (τ = 1,1с С = 9,35 р.). Дата народження: 2.01.1990 р. Потрапив у терапевтичне відділення з діагнозом: виразкова хвороба шлунку у віці 14 років.

Розрахунковий вік: 1½С. Суб'єктивна виразність болю: 6 балів.

Хвора О. (τ = 0,72с С = 6,0 років). Дата народження: 7.05.1992 року. На диспансерному обліку у дитячій поліклініці з діагнозом: хронічний холецистит, період реконвалесценції.

Розрахунковий вік: 1 $^{7}/_{12}$С. Суб'єктивна виразність болю: 4 бали.

Хворий У. (τ = 0,75с С = 6,2 р.). Дата народження: 4.08.1992 р. Потрапив у терапевтичне відділення у віці 9років 3 місяця 18 днів з діагнозом: хронічний панкреатит.

Розрахунковий вік: 1½С. Суб'єктивна виразність болю: 6 балів.

Хвора Н. (τ = 0,76с С = 6,6 р.). Дата народження: 5.10.1991 р. Знаходиться на терапевтичному лікуванні у дитячій лікарні з діагнозом: дискинезія жовчовивідних шляхів у віці 11років 6 місяців 18 днів.

Розрахунковий вік: 1¾С. Суб'єктивна виразність болю: 7 балів.

Хвора Д. (τ = 0,73с С = 6,2 р.). Дата народження: 10.08.1992 р. На диспансерному обліку в дитячій поліклініці з діагнозом: ДЖВШ, період ремісії.

Розрахунковий вік: 1 $^{5}/_{12}$С. Суб'єктивна виразність болю: 2 бали.

Хвора А. (τ = 0,76с С = 6,46 р.). Дата народження: 2.07.1992 р. На стаціонарному лікуванні у терапевтичному відділенні з діагнозом: хронічний панкреатит з 21.10.2003 року у віці 11 років 3 місяця 19 днів, коли з'явились скарги дитини на головний біль, біль у ділянці серця, млявість.

Розрахунковий вік: 1¾С. Суб'єктивна виразність болю: 6 балів.

Хвора К. (τ = 1,1с С = 9,35 р.). Дата народження: 4.10.1991 р. Знаходиться на диспансерному обліку в дитячий поліклініці з діагнозом: хронічний гастрит, період ремісії.

Розрахунковий вік: 1⅔С. Суб'єктивна виразність болю: 2 бали.

Хворий Л. (τ = 0,7с С = 5,95 р.). Дата народження: 2.03.1994 р. Потрапив на лікування у терапевтичне відділення 5.10.2003 р. з діагнозом: хронічний холецистит у віці 8,925 р.= 8 років 11 місяців 3 дня.

Розрахунковий вік: 1½С. Суб'єктивна виразність болю: 7 балів.

Хвора В. (τ = 0,71с С = 6,035 р.). Дата народження: 15.02.2002 р. Знаходилась на амбулаторному лікуванні у педіатра з 30.08.2002 р. з діагнозом: ДЖВШ у віці 7 років 6 місяців 15 днів.

Розрахунковий вік: 1¼С. Суб'єктивна виразність болю: 6 балів.

Хворий С. (τ = 0,72с С = 6,12 р.). Дата народження: 1.02.1991 р. Потрапив у терапевтичне відділення 27.04.2003 р. з діагнозом: хронічний холецистит у віці 12 років 2 місяця 26 днів.

Розрахунковий вік: 2С. Суб'єктивна виразність болю: 6 балів.

Хвора Ф. (τ = 0,73с С = 6,205 р.). Дата народження: 11.04.1993 р. Потрапила у терапевтичне відділення 19.02.2004 р. з діагнозом: хронічний панкреатит у віці 10 років 10 місяців 9 днів.

Розрахунковий вік: 1¾С. Суб'єктивна виразність болю: 6 балів.

Хвора К. (τ = 0,74с С = 6,29 р.). Дата народження: 12.03.1992 р.

На диспансерному обліку в дитячій поліклініці з діагнозом: ДЖВШ, період реконвалесценції.

Розрахунковий вік: 1⅓ С. Суб'єктивна виразність болю: 3 бали.

Проведене дослідження показало, що індивідуальна „С-метрика" суб'єктивної виразності больової реакції визначається законом суб'єктивного відліку часу і залежить від тривалості великого „кроку" (τ).

Таблиця 3.13

Група	«τ-тип»	С	Літа за циклами та ступінь болю						Сер. показник ступеня болю
			1¼ С	Ступінь болю	1½ С	Ступінь болю	1¾ С	Ступінь болю	
Діти (13інд.)	0,7≤τ≤0,72	6,0	7,5	7	9,0	6	10,5	7	7
Діти (12інд.)	0,73≤τ≤0,75	6,29	7,8	7	9,4	6	11,2	7	7
Діти (8інд.)	0,76≤τ≤0,79	6,64	8,3	6	10	7	11,6	7	7
Діти (13інд.)	0,8≤τ≤0,83	6,9	8,6	6	10,3	6	12,0	7	6
Діти (11інд.)	0,84≤τ≤0,86	7,2	9	7	10,8	6	12,6	7	7

Статистичні літа-роки обстежених дітей та ступінь суб'єктивної виразності болю хворих на органи дихання в період загострення зведені у таблицю 3.13.

Порівняння статистичних років та ступеня суб'єктивної оцінки болю показує, що у хворих на органи дихання максимальна суб'єктивна оцінка болю- 6-7 балів проявляється у віці, який співпадає з кінцем 1¼ С (відповідно роки по циклам: 7,5р.; 7,8р.; 8,3р.; 8,6.; 9р.); 1½С (відповідно: 9,0р.; 9,4р.; 10,0р.; 10,3р.; 10,8р.); 1¾С (відповідно: 10,5р.; 11,2р.; 11,6р.; 12,0р.; 12,6р.).

Статистичні літа-роки обстежених дітей та ступінь суб'єктивної виразності болю хворих на органи дихання в період реконвалесценції зведені у таблицю 3.14.

Порівняння статистичних років та ступеня суб'єктивної оцінки болю показує, що у хворих на органи дихання середній показник суб'єктивної оцінки болю- 4-5 балів (гострий біль) проявляється у віці, який співпадає з кінцем 1⅓ С (відповідно роки по циклам: 8,0р.; 8,3р.; 8,8р.; 9,2р.;9,6р.); $1^{7}/_{12}$ С (відповідно: 9,5р.; 9,9р.; 10,5р.; 10,9р.; 11,4р.).

Таблиця 3.14

Група	«τ-тип»	С	Літа за циклами та ступінь болю				Сер. показник ступеня болю
			1⅓ С	Ступінь болю	$1^{7}/_{12}$ С	Ступінь болю	
Діти (9інд.)	0,7≤τ≤0,72	6,0	8,0	5	9,5	5	5
Діти (16інд.)	0,73≤τ≤0,75	6,29	8,3	4	9,9	4	4
Діти (8інд.)	0,76≤τ≤0,79	6,64	8,8	4	10,5	5	4,5
Діти (12інд.)	0,8≤τ≤0,83	6,9	9,2	5	10,9	4	4,5
Діти (16інд.)	0,84≤τ≤0,86	7,2	9,6	4	11,4	5	4,5

Статистичні літа-роки обстежених дітей та ступінь суб'єктивної виразності болю хворих на органи дихання в період ремісії зведені у таблицю 3.15.

Таблиця 3.15

Група	«τ-тип»	С	Літа за циклами та ступінь болю						Сер. показник ступеня болю
			1 ⅙ С	Ступінь болю	$1^{5}/_{12}$ С	Ступінь болю	1⅔ С	Ступінь болю	
Діти (12інд.)	1,0<τ≤1,1	9,35	10,9	1	13,2	2	15,5	2	2
Діти (6інд.)	0,7≤τ≤0,72	6,0	7,0	1	8,5	2	10,0	1	2
Діти (5інд.)	0,73≤τ≤0,75	6,29	7,3	3	8,9	3	10,4	2	3
Діти (9інд.)	0,76≤τ≤0,79	6,63	8,8	3	9,3	4	11,0	3	3

Порівняння статистичних років та ступеня суб'єктивної оцінки болю показує, що у хворих на органи дихання мінімальна суб'єктивна оцінка

болю- 1-2-3 балів проявляється у віці, який співпадає з кінцем 1 ⅙С (відповідно роки по циклам: 10,9р.; 7,0р.; 7,3р.; 8,8р.);

1⅝ С (відповідно: 13,2р.; 8,5р.; 8,9р.; 9,3р.);

1⅔ С (відповідно: 15,5р.; 10,0р.; 10,4р.; 11,0р.).

Є всі підстави стверджувати, що моменти проходження хворим фазової сингулярності призводять до максимальної суб'єктивної виразності больової реакції.

Результати проведеного дослідження переконують нас у наступному.

1. Ступінь суб'єктивної виразності болю чітко узгоджується із власною одиницею часу індивіда у типологічній групі безперервного спектру „τ – типів", тобто має чітку вікову та типологічну локалізацію.
2. Індивідуальна „С-метрика" суб'єктивної виразності больової реакції визначається законом суб'єктивного відліку часу і залежить від тривалості великого „кроку" (τ).
3. Незалежно від індивідуальної розмірності великого біологічного циклу точки суб'єктивної виразності болю визначаються єдиною „С-метрикою" на життєвому шляху особистості з різним типом хронічних неінфекційних розладів.
4. Порівняння статистичних років та ступеня суб'єктивної виразності болю показує, що у хворих на хронічні неінфекційні захворювання максимальна суб'єктивна оцінка болю - 6-7 балів проявляється у віці, який співпадає з кінцем 1¼ С; 1½ С; 1¾ С. Середній ступінь суб'єктивної виразності болю – 4-5 балів (гострий біль) проявляється у віці, який співпадає з кінцем 1⅓ С; 1 7/12 С. Мінімальний ступінь суб'єктивної виразності болю – 1-3 бали (слабкий, тупий біль) проявляється у віці , який співпадає з кінцем 1 ⅙ С; 1 ⅝С; 1⅔ С.
5. Є всі підстави стверджувати, що моменти проходження хворим фазової сингулярності призводять до максимальної суб'єктивної виразності больової реакції.
6. Встановлена диференціація суб'єктивної виразності больової реакції залежно від „τ-типу" важлива у медицині, тому що її відстеження дасть змогу лікарю передбачити її ступінь у кожного окремого хворого при загостреннях хронічних неінфекційних захворювань в онтогенезі та своєчасно проводити профілактику захворювання.

Обґрунтування індивідуально зумовлених закономірностей та механізмів переживання часу на контингенті дітей, які страждають на хронічні неінфекційні захворювання враховувало теоретичний аналіз проблеми психосоматичної єдності людини та експериментальне дослідження локалізації симптомів хронічних неінфекційних захворювань у типологічних групах, що дозволило зробити наступні висновки.

1. Детальний аналіз проблеми психосоматичної єдності людини в працях вітчизняних та зарубіжних учених дав змогу виявити:

- принцип індивідуального підходу у лікуванні та профілактиці захворювань, що вимагає комплексного врахування психологічних

особливостей кожної особистості, і тому не випадково покладений у підґрунтя розв'язку важливої проблеми сучасної медицини – хронізації неінфекційних захворювань;

- прийняття й зреалізування цілісного підходу до особи хворого, що дасть можливість краще зрозуміти фізичні симптоми патофізіологічних процесів;
- роль психологічних особливостей особистості хворого у спрогнозуванні перебігу та причин виникнення конкретної хвороби.

2. Експериментальне дослідження локалізації симптомів хронічних неінфекційних захворювань у типологічних групах дозволило встановити, що:

- задля ефективної профілактики в медицині треба повно враховувати психологічні індивідуальні особливості кожного окремого індивіда, схильного до хронічних неінфекційних захворювань, що дасть змогу передбачити місце його найменшого опору, щонайперше такі окремі нозологічні форми захворювань, як хвороби серцево-судинної системи, шлунково-кишкового тракту, органів дихання та виділення;
- на основі „τ-типу", який визначає значення власної одиниці часу кожного окремого індивіда, можна з високою точністю віднести того чи іншого суб'єкта у групу зі своєю домінантною хворобою, зокрема власна одиниця часу обстежених хворих дітей на хронічний гастрит та виразкову хворобу шлунку знаходиться в діапазоні $1{,}0с < \tau \leq 1{,}1с$, що відповідає групі індивідів, у яких „переважають" хвороби шлунку типологічного масиву одного з п'яти сегментів безперервного спектру „τ – типів";
- власна одиниця часу в дітей, які страждають на хронічний холецистит, знаходиться в діапазоні $0{,}7с \leq \tau \leq 0{,}72с$, панкреатит - $0{,}73с \leq \tau \leq 0{,}75с$ та ДЖВШ - $0{,}7с \leq \tau < 0{,}8с$, що відповідає групі індивідів, у яких „переважають" хвороби печінки та жовчного міхура;
- власна одиниця часу хворих на неінфекційний міокардит знаходиться в діапазоні $0{,}8с \leq \tau \leq 0{,}86с$, що відповідає групі індивідів, у яких „переважають" серцево-судинні захворювання по гіпертонічному типу згідно типологічним групам у безперервному спектру „τ-типів";
- власна одиниця часу у дітей, які страждають на вегето-судинну дистонію по гіпотонічному типу складає два діапазона інтервалів: $0{,}7с \leq \tau < 0{,}8с$ та $1{,}0с < \tau \leq 1{,}1с$, що відповідає холероїдній та флегматоїдній групам індивідів у типологічних групах безперервного спектру „τ –типів", а в діапазоні $0{,}8с \leq \tau \leq 0{,}86с$ та $0{,}94с \leq \tau \leq 1{,}0с$ знаходиться власна одиниця часу у дітей, які страждають на ВСД по гіпертонічному типу;
- самі хворі діти із ВСД чітко визначили дві межі ($\tau = 0{,}8с$ та $\tau = 1{,}0с$), у безперервному спектрі „τ – типів", в яких відбувається стрибкоподібний перехід від гіпотонічної тенденції до гіпертонічної.

- показники власної одиниці часу у дітей, які страждають на хронічні захворювання нирок, розподіляються в діапазоні $0{,}86c \leq \tau \leq 0{,}94c$, що відповідає локалізації хвороби нирок у типологічних групах безперервного спектру „τ-типів";
- обстеження дітей, які страждають на хронічні неінфекційні захворювання органів дихання, підтвердило вчення, що органи дихання є „місцем найменшого опору" у дітей з власною одиницею в діапазоні $0{,}7c < \tau \leq 0{,}8c$, куди відносяться індивіди з холеричним типом темпераменту;
- використовуючи „С-періодичність", є можливість точно визначити головні параметри власного психологічного годинника індивіда, у тому числі підрахувати вікові критичні точки, в яких домінантна хвороба проявляється в гострій формі;
- аналіз віку хворих на хронічні неінфекційні захворювання від дати народження до початку захворювання показує, що місце найменшого опору виявляється найбільш враженим на кінці тривалого великого біологічного циклу або їх тривалих чвертей;
- прослідживуючи „С-періодичність" захворювань, можна сказати, що у житті індивіда є ряд окремих вікових точок, які мають бути критичними і саме у цих точках спостерігається загострення симптоматики хронічних неінфекційних захворювань;
- для більшості обстежених дітей із хронічними неінфекційними захворюваннями загальним є те, що клінічні прояви хвороби не тільки співпадають з кінцем чверті тривалих циклів та й з їх кінцями, але і починають повторюватися з періодичністю ¼С, ½С, $\frac{1}{16}$С, ¾С в залежності від типологічної групи і хвороба приймає хронічний характер, тому що не діагностується на ранніх етапах онтогенезу;
- рання своєчасна профілактика неінфекційного захворювання створить умови для запобігання його загострення та допоможе зупинити хронізацію самого неінфекційного процесу.

3. Розкрито психологічний зміст суб'єктивної виразності болю при розладах типу хронічні неінфекційні захворювання та експериментально доведено, що:
- ступінь суб'єктивної виразності болю чітко узгоджується із власною одиницею часу індивіда у типологічній групі безперервного спектру „τ – типів", тобто має чітку вікову та типологічну локалізацію;
- незалежно від індивідуальної розмірності великого біологічного циклу точки суб'єктивної виразності болю визначаються єдиною „С-метрикою" на життєвому шляху особистості з різним типом хронічних неінфекційних розладів;
- порівняння статистичних років та ступеня суб'єктивної виразності болю показує, що у хворих на хронічні неінфекційні захворювання максимальна суб'єктивна оцінка болю - 6-7 балів проявляється у віці, який співпадає з кінцем 1¼ С; 1½ С; 1¾ С;

- середній ступінь суб’єктивної виразності болю – 4-5 балів (гострий біль) проявляється у віці, який співпадає з кінцем 1⅓ С; 1 7/12 С;
- мінімальний ступінь суб’єктивної виразності болю – 1-3 бали (слабкий, тупий біль) проявляється у віці , який співпадає з кінцем 1 ⅙С; 1 ⁵⁄₁₂С; 1⅔ С;
- є всі підстави стверджувати, що моменти проходження хворим фазової сингулярності призводить до максимальної суб’єктивної виразності больової реакції;
- встановлена диференціація суб’єктивної виразності больової реакції залежно від „τ-типу” важлива у медицині, тому що її відстеження дасть змогу лікарю передбачити її ступінь у кожного окремого хворого при загостреннях хронічних неінфекційних захворювань в онтогенезі та своєчасно проводити профілактику захворювання.

Підводячи підсумки викладеному, відмітимо наступне. Прийняв час, як реальність особливого роду, який даний кожному у механізмі ходу власних годин, медицина здатна зрозуміти причину та механізм зриву організму у кожної окремої людини. Згідно цьому перебудувати схеми лікування та профілактики хронічних неінфекційних захворювань і таким чином відповісти на питання, які пов’язані з етіопатогенезом захворювання. Ця інформація дасть можливість значно посилити потенціал профілактичної медицини та запобігти хронізації неінфекційних захворювань.

Контрольні тестові завдання до розділу 2:
ОСНОВИ ПСИХОСОМАТИКИ

1. Засновником закону переживання часу є:
А) Александр;
Б) Цуканов;
В) Сєченов;
Г) Карвасарський.

2. Засновником концепції “специфічного емоційного конфлікту” є:
А) Александр;
Б) Цуканов;
В) Сєченов;
Г) Карвасарський.

3. Хто уперше описав у людини п’ять відчуттів, враховуючи біль?
А) Платон;
Б) Аристотель;
В) Дарвін Е.;
Г) Фрей.

4. Хто уперше висунув гіпотезу про існування у шкірі та слизових оболонках болючих рецепторів:
А) Платон;
Б) Аристотель;
В) Дарвін Е.;
Г) Фрей.

5. Хто є автором теорії інтенсивності:
А) Платон;
Б) Аристотель;
В) Дарвін Е.;
Г) Фрей.

6. Чекання, “страх болю” є примітивною формою емоції страху взагалі згідно вчення:
А) Аствацатурова;
Б) Данієлополу;
В) Анохіна;
Г) Мерскі.

7. В класичній психосоматиці виділяють три групи розладів, окрім:
А) конверсійних розладів;
Б) «органних неврозів»;
В) психосоматичних захворювань у вузькому значенні слова;
Г) вегетозів.

8. Представниками антропологічного напрямку в психосоматиці є:
А) Поллок;
Б) Стоквис;
В) Вітковер;
Г) Вайзеккер.

9. Термін «психосоматика» в медицину ввів:
А) Гіппократ;
Б) Райх;
В) Хайнрот;
Г) Гародден.

10. Засновником кортико-вісцеральної патології, як одного із напрямків психосоматики, є:
А) Павлов;
Б) Анохін;
В) Биков;
Г) Сімонов.

11. Сучасна біопсихосоціальна модель хвороби розроблена:
А) Карасу;
Б) Екскюлем;
В) Енгелем;
Г) Любаном-Плоцца.

12. Автором концепції «профіля особистості» в психосоматичній медицині є:
А) Александер;
Б) Вітковер;
В) Данбар;
Г) Поллак.

13. Поведінковий тип А є «фактором ризику»:
А) шлунково-кишкових захворювань;
Б) злоякісних новоутворень;
В) порушення дихальної системи;
Г) серцево-судинних захворювань.

14. Конверсійні розлади, які поклали початок психоаналітичному напрямку в психосоматиці, були описані:
А) Александером;
Б) Джелліффе;
В) Фрейдом;
Г) Адлером.

15.Термін «алекситимія» ввів:
А) Еллікс;
Б) Карасу;
В) Сифнеос;
Г) Розенман.

16.Концепцію «органних неврозів» розробив:
А) Вітковер;
Б) Енгель;
В) Френч;
Г) Дойч.

Розділ 3
ПАТОПСИХОЛОГІЯ

3.1. Загальні поняття в патопсихології, порядок патопсихологічного дослідження

Патопсихологія (від греч. Pathos – страждання, хвороба) – галузь клінічної психології, яка вивчає закономірності розпаду психічної діяльності та властивостей особистості у зіставленні з закономірностями формування та протікання психічних процесів у нормі.

Засновником патопсихології є Б.Зейгарник – учениця Левіна, всесвітньо відомого німецького психолога. Нею були розроблені теоретичні засади патопсихології, описані розлади психічних процесів, сформульовані принципи роботи патопсихолога. Наукову та практичну діяльність продовжили учні та послідовники: Ю.Поляков, С.Рубінштейн, Є.Соколова, О.Співаковський, В.Ніколаєва, В.Тхостов, Б.Братусь та інші.

Клінічна психопатологія досліджує, виявляє, описує та систематизує прояви порушених психічних функцій. А патопсихологія діагностує за допомогою психологічних методів характер протікання та особливості структури психічних процесів, які ведуть до клінічних розладів. Патопсихологія отримала широке застосування в психіатричній клініці, водночас сьогодні її методичними принципами користуються не тільки в психіатрії. Врахування порушень у психічному стані хворого, зміни його працездатності, його особистісних особливостей є необхідністю у терапевтичних, хірургічних клініках та в інших галузях медицини.

Знання з патопсихології є важливими для психологів будь-яких спеціальностей та спеціалізації, бо професійне спілкування психолога з людьми не виключає зустрічей з психічно хворою людиною.

За цим змістом необхідно підкреслити, що на межі між психологією та патопсихологією існує така актуальна для соціальної практики і особливо деяких її галузей проблема, як питання про норму, тобто нормальний психічний розвиток. В патопсихології у визначенні норми та психічного здоров'я підтримується положення Всесвітньої організації охорони здоров'я відповідно до якого, під нормою розуміють "…не тільки відсутність хвороб, але стан фізичного, соціального й психічного благополуччя" [47:68].

У патопсихології отримали розвиток уявлення про патопсихологічні синдроми порушень пізнавальної, мотиваційно-вольової та особистісної сфери при психічних захворюваннях (Ю.Поляков, О.Кудрявцев, Б.Блейхер та інші).

Згідно з К.Корсаковою, "клінічно-психологічний синдром" – це закономірне поєднання симптомів, які виникають при порушенні пізнавальних процесів або особистості та в основі яких лежить недостатність ланки в системно-структурній будові психіки, яка викликана їх хворобливим процесом. Клінічно-психологічний синдром автор розглядає у межах двох підходів – патопсихологічного і

нейропсихологічного. У патопсихології центральне місце займає пошук загальної ланки порушення вищих психічних функцій, які лежать в основі розвитку окремих симптомів при реалізації таких функцій. Наприклад, синдромоутворюючим радикалом при шизофренії може бути порушення мотивації, наслідком чого є характерні для цього захворювання зміни (або особливості) мислення, сприйняття, пам'яті та інше [52:38].

Із переліку психопатологічних синдромів найбільше значення у клініці (В.Блейхер,І. Крук) мають наступні:

- **шизофренічний, або диссоціативний симптомокомплекс (F20 – F29)** – складається із таких особистісно-мотиваційних розладів, як зміни структури ієрархії мотивів, порушення цілеспрямованості мислення (резонерство, різноплановість та інше); емоційно-вольових розладів (спрощення та дисоциація емоцій, парабулії та інше), зміни самооцінки та самосвідомості (аутизм, відчуженість та інше);
- **психопатичний (особистісно-аномальний) симптомокомплекс (F60 – F69)** – складається із емоційно-вольвих розладів, зміни структури ієрархії мотивів, неадекватності рівня вибагливості та самооцінки, порушення мислення кататимного типа, порушення прогнозування та опори на попередній досвід (у клініці – акцентуйовані та психопатичні особистості обумовлені у значній мірі аномальною основою психогенної реакції) (F 43);
- **органічні (екзо-ендогенний) (F00 – F09) симптомокомплекси** – складаються із симптомів зниження інтелекту, повернення до системи попередніх знань та досвіду мислення; непостійність емоцій; зниження критичних здібностей (у клініці цьому відповідає екзогенно-органічне ураження головного мозку – церебральний атеросклероз) (I 67,2); наслідки черепно-мозгових травм (F 06); токсикоманії (F13 – F19) та інші хвороби, а також "ендогенно – органічні" розлади типу істинної епілепсії (L40) та первинних атрофічних процесів у головному мозку (L31);
- **олігофренічний симптомокомплекс (F70 – F79)** – складається з нездатності до навчання, формуванню понять, абстрагуванню, дефіциту загальних відомостей та знань, примітивності та конкретності мислення, підвищеної піддатливості та емоційних розладів [16, с.38-43].

Також небхідно виокремити симптомокомплекс психогенної дезорганізації, який характерний для **реактивних психозів (F23).**

Патопсихологічний синдром грає суттєву роль в якості ланцюга під час проведення нозологічної та функціональної діагностики.

Патопсихолгія є психологічною наукою, і тому її проблематику, перспективи та досягнення неможна розглядати окремо від розвитку та стану загальної психології, психологічного знання загалом.

Основні розділи роботи патопсихолога визначаються його участю в:

- рішенні задач диференціальної діагностики;
- оцінці структури та ступеня нервово-психічних розладів;

- діагностиці психічного розвитку та вибору шляхів загальноосвітнього та трудового навчання та перенавчання;
- дослідженні особистості, соціального середовища та соціальних позицій хворого з метою отримання даних для функціонального діагнозу;
- оцінці динаміки нервово-психічних порушень та врахуванні ефективної терапії;
- проведенні експертної роботи;
- проведенні психокорекційної роботи.

Патопсихологічне дослідження складається із наступних етапів:

1.Вивчення історії хвороби, бесіда з лікарем і конкретизація завдань дослідження.

2. Проведення патопсихологічного дослідження.
3. Обробка та аналіз даних патопсихологічного дослідження.
4. Описування результатів, висновок щодо психологічного дослідження, межа компетенції психолога.

Спостереження за характером поведінки, аналіз висловлювань досліджуваного дозволяють виокремити декілька видів відношень (Костирьова):

1. Активне – хворий з зацікавленістю, бажанням включається в обстеження, адекватно реагує на успіх та невдачі, активно цікавиться результатами обстеження.

2.Обережне – хворі підключаються до процедури обстеження з відтінком невпевненості, страху, іронії, підозрілістю, які в процесі роботи нівеліруються; разом з охайністю та дисциплінованістю відмічається дисоціація між суб'єктивними переживаннями та зовнішнім виразним компонентом поведінки («затримана форма реагування»).

3.Формально-відповідальне – хворі виконують завдання, які вимагаються від нього без особистісної зацікавленості: емоційна реакція на якість виконуємого завдання відсутня, результатами дослідження не цікавляться.

4. Пасивне – вимагається корекція та стимуляція хворих, відсутня або відмічається нестійка установка на обстеження, необхідна окрема підтримка, мотивація;

5. Негативне, неадекватне – хворі відмовляються від обстеження, виконують завдання хаотично, не дотримуються інструкції [43:29] .

Тривалість безперервного патопсихологічного дослідження не повинна перебільшувати 2 годин, а при підвищеної стомлюваності хворих, особливо похилого віку – 30-40 хвилин. В цьому випадку дослідження необхідно проводити протягом 2, а іноді 3-4 днів.

Викладання основних результатів дослідження починається з опису поведінки хворого під час проведення дослідження та його відношення до останнього.

К.Костерьовою виокремлені три головні категорії змістовної значущості обстеження:

1. адекватна мотивація – хворі вважають важливим певне обстеження та розцінюють його як інтелектуальне дослідження, тому спостерігається пізнавальна зацікавленість до завдань, які виконуються;

2. еготропна мотивація – зацікавленість, яку хворі проявляють до обстеження, детермінується егоцентричними установками і мотивами самоствердження («ділова зацікавленість» до методів, прагнення звернути на себе увагу, отримати співчуття);

3. нозотропна мотивація – поведінка під час проведення психологічного обстеження визначається проекцією хворобливих переживань та установок (зацікавленість у зв'язку з перевіркою концепції хвороби, самоаналіз у зв'язку з відчуттям зміни, негативизм при дисимулятивних тенденціях, страх виявити свою некомпетентність).

Межі компетенції психолога значно поширюються шляхом постановки функціонального діагнозу. Тому, якщо для диференціальної діагностики психолог подає лише допоміжну діагностичну інформацію, то особистісний та соціальний аспекти функціонального діагнозу формулюються ним самим.

Психолог має вплив і на вивчення структури нервово-психічних розладів, в оцінці яких значне місце належить патопсихологічному дослідженню.

А тепер перейдемо до розгляду патопсихологічних механізмів окремих психічних процесів.

3.2. Порушення вольової діяльності та уваги

Вольова діяльність проявляється свідомим виконанням тієї чи іншої дії або ж свідомою її затримкою. Деякі автори називають її ефекторною.

Ефекторна діяльність включає в себе інстинкти і цілеспрямовану діяльність. Більшість психологів і психіатрів відносять до неї і увагу як внутрішній вольовий акт.

Порушення інстинктів. При психічних захворюваннях можна спостерігати патологічне посилення, послаблення і спотворення інстинктів.

Патологічне посилення харчового інстинкту -булімія (вовчий голод).

Булімія проявляється надмірним апетитом, причому відчуття насиченості не настає.

Булімія в основному виникає при органічних ураженнях головного мозку з дементним синдромом, у хворих з олігофренією (ідіотія), деколи - у хворих із вираженим шизофренічним дефектом. Значне посилення апетиту властиве хворим, які перебувають у маніакальному стані, але воно не досягає ступеня булімії.

Нервова булімія **(F 50.2) –** стан, що характеризується приступами переїдання і надмірною занепокоєністю, які повторюються, контролем за вагою, що приводять хворого до прийняття крайніх заходів для зменшення впливу їжі на підвищення ваги.

У визначенні психологічних діагностичних критеріїв та реабілітаційних заходів щодо психічних розладів та розладів поведінки у

дорослих, ми звертаємось до напрацювань у цьому напрямку М.Коробіциної [53].

Психологічні діагностичні критерії: емоційна нестабільність із переважанням емоцій негативного спектра:

А) проективні методики (наявність показників емоційної нестабільності);

Б) опитувальники емоційних станів (значна виразність негативних емоцій).

Реабілітаційні заходи:

А) аутогенне тренування з метою зняття основних симптомів хвороби: блювотного рефлексу, попередження непереборного бажання до їжі, проводиться щодня протягом 6 місяців;

Б) поведінкова терапія – визначення ролі індивіда у соціумі, середовищі, де проживає, проводиться 1-2 рази на тиждень протягом 3-4 місяців;

В) сімейна психотерапія – створення сприятливого мікроклімату в сім'ї проводиться 3 рази на тиждень протягом 3-4 місяців;

Г) раціональна психотерапія з метою розв'язання міжособистісного конфлікту, 3-4 рази на тиждень, протягом 2 місяців;

Д) групова психотерапія – з метою адаптації соціальної і біологічної, проводиться 5 разів на тиждень, 3-4 місяці [53, с.24-27].

Послаблення харчового інстинкту - це різке зниження апетиту аж до повної відсутності потреби в їжі.

Анорексія - повна відсутність відчуття голоду з відмовою від їжі.

Ослаблення харчового інстинкту характерне для депресій різного генезу (реактивних, пресенільних, маніакально-депресивного психозу), виражених астенічних станів, нервової анорексії.

Відмова від вживання їжі при психічних захворюваннях не завжди зумовлена ослабленням харчового інстинкту. її можуть спричинити маячні мотиви (хворий впевнений, що його хочуть отруїти, і боїться вживати "отруєну" їжу або вважає себе злочинцем чи нікчемою, недостойним їжі), а також імперативні галюцинації, коли "голоси" категорично забороняють їсти. Хворі, які перебувають у стані патологічного ступору, не можуть вживати їжу внаслідок заціпеніння жувальних і ковтальних м'язів.

Спотворення харчового інстинкту проявляється вживанням хворим неїстивних речовин і навіть власних екскрементів. Воно виникає при тотальному недоумстві, маяченні й галюцинаціях відповідного змісту.

Поведінкові синдроми, які пов'язані з фізіологічними порушеннями та фізичними факторами.

Розлади прийому їжі невротичного генезу розглядаються як поведінкові синдроми, при яких порушуються фізіологічні функції прийому їжі.

Нервова анорексія **(А 50)** – це розлад апетиту, що характеризується самовстановленими обмеженнями щодо їжі і способів її прийому, втратою маси тіла, що супроводжується страхом перед ожирінням і прибавленням у масі та

виникає при неврозах у зв'язку з перезбудженням кори головного мозку, частіше психогенного генезу [53, с.28-29].

Психологічні діагностичні критерії: емоційна нестабільність із переважанням емоцій негативного спектра:

А) проективні методики (наявність показників емоційної нестабільності);

Б) опитувальники емоційних станів (значна виразність негативних емоцій).

Реабілітаційні заходи:

А) аутогенне тренування з метою релаксації, зняття симпатичного тонусу і попередження блювотного рефлексу, що сформувався у процесі хвороби; проводиться щодня протягом місяця;

Б) поведінкова терапія – як засіб вивчення взаємовідносин між членами сім'ї і можливості одержання хворими "вторинного задоволення" від свого розладу, проводиться 3-4 рази на тиждень протягом 1 місяця;

В) сімейна психотерапія – зміна міжособистісних відносин і усунення емоційних порушень у сімейних відносинах; проводиться 2-3 рази на тиждень протягом 3-4 місяців;

Г) індивідуальна психотерапія з метою розв'язання внутрішньоособистісного конфлікту, 2-3 рази на тиждень, протягом 1-1,5 місяців [53, с.33-36].

Посилення захисного інстинкту проявляється втечею або агресією. Реакція втечі характерна для хворих, які під впливом галюцинацій чи маячення переконані в тому, що їм загрожує смертельна небезпека з боку злочинців, перед якими вони беззахисні й безпорадні.

Патологічне посилення активно-оборонної форми інстинкту самозбереження супроводжується тим, що хворі, відчуваючи постійний страх за своє життя чи здоров'я, категорично відмовляються від приймання ліків, виконання будь-яких маніпуляцій, чинять опір медперсоналу, а іноді з метою "самозахисту"проявляють агресію. Ці явища можуть бути зумовлені галюцинаціями або маяченням. Заціпеніння (емоційний ступор) розвивається внаслідок дії стресової ситуації, небезпечної для життя. Так, при землетрусі чи раптовій пожежі людина ціпеніє від жаху і не спроможна ні втекти, ні навіть покликати на допомогу. Послаблення захисного інстинкту виникає при депресивних станах, простій формі шизофренії, а також при порушенні свідомості.

Спотворення захисного інстинкту проявляється в тому, що хворі самі можуть заподіяти собі шкоду різного характеру. Найбільш вираженим спотворенням інстинкту самозбереження є тенденції і спроби самогубства. Виражені тенденції до самогубства виявляють хворі на маніакально-депресивний (біполярний) психоз у депресивній фазі, особи з маяченням депресивного змісту (маячення самозвинувачення в депресивній фазі, пресенільна депресія, маячення переслідування та інші схожі види маячення у хворих на шизофренію). Інколи прагнуть закінчити життя самогубством хворі, які критично оцінюють свій хворобливий стан, на початку маніфестації

шизофренії. Іноді спроби самогубства імпульсивно роблять хворі з розладами особистості (психопати).

Розлади статевих інстинктів у психічнохворих, патологічне посилення статевого потягу мають місце переважно при значних органічних ураженнях мозку (при прогресивному паралічі, сенільній і атеросклеротичній деменції, пухлинах лобної частки, хворих з олігофренією, при деяких видах психопатії тощо).

Підвищений потяг може мати більш-менш сталий характер або з'являтися епізодично (при епілепсії, в маніакальній фазі маніакально-депресивного психозу тощо).

Послаблення або цілковита відсутність статевого потягу виникає при депресивних станах, незалежно від їх генезу, тяжких формах олігофренії, деяких неврозах, простій формі шизофренії, а також у психічно здорових людей при виснажливих соматичних захворюваннях, фізичній та інтелектуальній перевтомі тощо.

Статеві відхилення - це прагнення незвичайними способами задовольнити статевий інстинкт.

Вони мають найрізноманітніші прояви і можуть зрідка виникати й у психічно здорових людей в особливих умовах, але переважно їх спостерігають у пацієнтів з психопатією і часто при недоумстві (при органічних захворюваннях мозку, в хворих з олігофренією тощо).

Відсутність або втрата статевого потягу **(F 52).**

Відсутність або втрата статевого потягу – первинні порушення, що супроводжуються насамперед зниженням ініціації стевої активності, із можливо збереженим почуттям сексуального збудження або задоволення, або з їхніми вторинними порушеннями.

Сексуальна відраза і відсутність сексуального задоволення **(F 55.1).**

Сексуальна відраза – розлад, що виявляється в сильних негативних почуттях, які виникають при уявленні майбутнього статевого зв’язку.

Психологічні діагностичні критерії:

А) емоційна нестабільність із переважанням емоцій негативного спектра:

- проективні методики (наявність показників емоційної нестабільності);
- опитувальники емоційних станів (значна виразність негативних емоцій);

Б) наявність “конфліктогенної зони” у сфері сексуальних відносин – проективні методики (проекція конфліктної зони в проективній продукції) [53:27].

Реабілітаційні заходи:

А) раціональна психотерапія – освідомлення про норми і фізіологічні коливання статевої функції, зміна психологічної установки стосовно наявного розладу. Кількість сеансів 10-12, із частотою 3-5 на тиждень тривалістю 25-30 на хвилину в залежності від вираженості розладу;

Б) психотерапія подружньої пари – уточнення причини й умов розвитку даного розладу, 2-3 рази на тиждень протягом 2 місяців;

В) індивідуальна психотерапія – гасіння патологічного умовного рефлексу, зняття емоційних реакцій.

Непереборні потяги і дії - це епізодичні патологічні потяги такої сили, що хворі не можуть загальмувати їх і змушені реалізувати їх у дії.

Вони усвідомлюються як неправильні й ненормальні, але людина не може самостійно їх перебороти. Ці дії більш-менш стереотипно повторюються при відповідній ситуації.

Найпоширенішими непереборними потягами і діями є клептоманія, піроманія, дромоманія, копролалія і садистські вбивства.

Клептоманія - це прагнення красти без будь-яких стимулів і зацікавленості; **піроманія** - це прагнення підпалювати, влаштовувати пожежі; **дромоманія** - це нестримний потяг до бродяжництва; **копролалія** - це потяг до вживання нецензурних виразів; **садистські вбивства** - це потяг до вбивств з мученням жертв і отриманням насолоди від цього.

Непереборні потяги з'являються, головним чином, при психопатіях і шизофренії.

Імпульсивні дії - це прості поодинокі дії, часто руйнівні або агресивні за своїм характером, які виникають раптово, позбавлені будь-якої видимої мотивації і не пов'язані із ситуацією.

Хворий раптово схоплюється і тут же лягає знову, може несподівано розбити вікно, жбурнути якийсь предмет, вдарити кого-небудь із людей тощо. Найчастіше такі дії виникають при шизофренії та енцефаліті.

Гіпербулія*, або* підвищення вольової активності - посилення спонукань, підвищена діяльність, надмірна (нерідко недоречна**)** ініціативність і рухливість.

Гіпербулія буває загальною й односторонньою.

При **загальній гіпербулії** у хворого розвивається надмірна дійова активність щодо всього, що потрапляє в зону його уваги. Його зацікавлює і захоплює те, що йому потрібне, і те, що йому непотрібне. Він включається в будь-яку діяльність, але часто не доводить її до кінця, бо переключає свою увагу на новий об'єкт і захоплюється новою ідеєю.

Загальна гіпербулія входить до складу маніакального синдрому (маніакальна фаза маніакально-депресивного психозу, гіпоманіакальна фаза циклотимії, тяжка туберкульозна інтоксикація), може розвиватись після приймання наркотиків стиму-лювальної дії, виникає при алкогольному сп'янінні (маніакальний варіант), характерна для поведінки пацієнтів з гіпертимними розладами особистості.

При **односторонній гіпербулії** активність хворого спрямована на задоволення лише однієї постійної для нього потреби. Наприклад, при параноальній психопатії хворий постійно надмірно витрачає сили й енергію на боротьбу з нереальними "ворогами". Одностороння гіпербулія нерідко проявляється на фоні загальної гіпобулії. Наприклад, пацієнта з наркотичною залежністю цікавлять лише наркотики. Він втрачає інтерес до навчання, трудової діяльності, спорту, книг, близьких та родичів, не працює. Разом із тим, він

проявляє надмірну активність, дотепність, хитрість, цинізм, жорстокість і підлість, щоб добути чергову порцію наркотика.

Гіпобулія (зниження вольової активності) - це слабкість спонукань, млявість, бездіяльність, позбавлена виразності мова, зниження моторної активності, обмеження спілкування.

Виникає при виражених астенічному та адинамічному варіантах депресивного синдрому, а також при органічному ураженні головного мозку. Прогресуюча гіпобулія часто є одним з основних симптомів шизофренічного дефекту.

Парабулія - це спотворення рухової діяльності. Основними її видами є амбівалентність, негативізм і кататонічний синдром.

Амбівалентність - це такий вид спотворення вольової сфери, коли у хворого одночасно мають місце два протилежні спонукання.

Цей симптом характерний для шизофренії. Наприклад, хворий одночасно хоче і не хоче вживати їжу: набравши їжу в ложку, він підносить її до рота, але розкривши рот, відчуває небажання їсти і несе повну ложку до тарілки, але поки донесе ложку до миски, у нього знову з'являється бажання прийняти їжу, він повертає ложку до рота і так діє постійно.

Негативізм буває активним і пасивним. **Активний негативізм** - це безглузда протидія або виконання наказу чи прохання навпаки. **Пасивний негативізм** - це невмотивована відмова хворого виконувати будь-яку дію, нереагування на прохання щось зробити. Ці симптоми характерні для шизофренії.

Кататонічний синдром проявляється кататонічним збудженням і кататонічним ступором.

У клінічній практиці кататонічний ступор з'являється частіше, ніж збудження. Останнє проявляється руховим розгальмуванням із тенденцією до окремих нецілеспрямованих, нерідко роз'єднаних, рухів з явищами негативізму і повторенням як у рухах, так і в мові. Кататонічне збудження відрізняється від маніакального тим, що воно не цілеспрямоване, хворий виконує не якісь дії, а лише окремі роз'єднані, часто стереотипні, рухи, а хворий із маніакальним збудженням виконує осмислені дії, хоча здебільшого до кінця їх не доводить, бо переключається на іншу діяльність [52:27].

Підвидом кататонічного збудження є **гебефренне.** Останнє проявляється беззмістовним, абсурдним збудженням із клоунізмом, дурощами, абсурдними позами, стрибками, кривляннями і гримасами та окремими вигуками. Цей вид збудження є основним симптомом гебефренної форми шизофренії. Кататонічне збудження, як правило, триває недовго і найчастіше згодом переходить у кататонічний ступор.

Ступор - це м'язове заціпеніння. Він буває кататонічним, депресивним, психогенним (реактивним) і апатичним.

Кататонічний ступор, як правило, починає розвиватися з мутизму. Повний мутизм - це відсутність мовного спілкування хворого з людьми, які його оточують, при відсутності органічного ураження мовного апарату. Інколи трапляється неповний мутизм **(симптом Павлова),** коли хворий (здебільшого

відразу після пробудження від нічного сну) може давати елементарні відповіді на запитання, поставлені пошепки, але відразу замовкає, коли до нього звернутись голосно. Дещо пізніше ціпеніють м'язи шиї та потилиці, й голова хворого постійно нахилена до тулуба. Якщо пацієнт може ходити, то нерідко він натягує на голову халат, щоб холодне повітря не потрапляло за комір, який відстає від шиї (симптом "капюшона"). Коли такий хворий лягає в ліжко, то його голова висить у повітрі **(симптом "повітряної подушки").** М'язи шиї і потилиці при цьому не стомлюються. Відтак заціпеніння переходить на м'язи кінцівок і тулуба. Хворий часто лежить в ліжку в ембріональній позі, тонус м'язів при цьому підвищується. Якщо кінцівцінадати певного положення, то хво
рий це положення утримує **(симптом "воскоподібної гнучкості").** У субступорозних станах хворий може машинально повторювати слова людей, які його оточують **(ехолалія),** або їх рухи **(ехопраксія).** При глибокому ступорі зіниці хворого не реагують на подразники, в тому числі на больові. Погляд хворого, який перебуває у стані кататонічного ступору, байдужий, він не реагує рухами очей на події навколо нього. Найчастіше кататонічний ступор буває люцидним, тобто "чистим" (без порушень свідомості). Інколи при кататонічному ступорі розвивається онейроїдне затьмарення свідомості. Такий складний психопатологічний синдром називають **кататоно-онейроїдним.**

При вираженій депресії м'язове заціпеніння називають **депресивним ступором.** Хворі не можуть рухатись або рухаються з великими труднощами (через силу). Вони говорять тихо, на запитання відповідають із великим запізненням. На їх обличчі застигає страждальна міміка, проте рухами очей вони стежать за подіями навколо них.

При **психогенному ступорі** хворий раптово ціпенієвід жаху відразу після дії на нього надсильного подразника. Міміка відображає відчуття суму, страху, тривоги. Після зникнення явищ ступору, що звичайно трапляються після глибокого сну, хворий амнезує більшість хворобливих проявів, які мали місце.

Апатичний ступор є проявом вкрай тяжкого апато-абулічного синдрому, коли хворий не рухається, ні на що не реагує, в нього відсутні емоції, бажання і спонукання. Тонус м'язів при цьому виді ступору не змінюється. Апатичний ступор є також проявом глибокого шизофренічного дефекту або вираженого органічного ураження головного мозку.

Порушення уваги. Увага - це один із проявів орієнтувального рефлексу і вольових процесів, спрямованих всередину психічної діяльності людини.

Надмірне відвертання уваги - це порушення, в основі якого лежить посилення привертання уваги до об'єктів без вибору й послаблення концентрації та стійкості її. Відвертання властиве дітям, воно пов'язане з недостатністю активного гальмування. З психічних захворювань відвертання характерне для маніакального стану, при якому хворі не можуть зосередитися на якому-небудь об'єкті, думці, дії, безперервно переключаючись з одного подразника на інший.

Надмірна прикованість уваги є наслідком посилення її концентрації і стійкості. Вона характерна для хворих у стані депресії, осіб з іпохондричними явищами і маячними ідеями, хворих на епілепсію.

Послаблення привертання, аж до повного зникнення уваги, спостерігають при станах порушеної свідомості (оглушеності, сопорі), а також при апатико-абулічному синдромі різного генезу.

Неуважність - це суто клінічне і збірне поняття, під яким розуміють неможливість зосередити увагу на певному об'єкті. В її основі лежить швидке виснаження сили і концентрації нервових процесів. Від неуважності в клінічному розумінні необхідно відрізняти неуважність здорових осіб, зокрема вчених. Механізм її полягає в тому, що людина, зосереджена на певних думках, не помічає того, що відбувається довкола, залишає свої речі в найнесподіваніших місцях, не реагує на привітання знайомих, нерідко використовує деякі компоненти свого туалету не за призначенням тощо. Неуважність дуже часто є симптомом різних соматичних виснажливих захворювань, перевтоми, вимушеного недосипання. її спостерігають при неврозах, органічних ураженнях головного мозку, початкових стадіях шизофренії. У зв'язку з неуважністю порушується запам'ятовування, тому хворі часто скаржаться на погіршення пам'яті, що не завжди відповідає дійсності.

Узагальнення та практичні поради психологу:

- ♦ Зниження чи відсутність апетиту з усвідомленням цього стану є звичайним явищем при виснажливому захворюванні із тим, вперта відмова від вживання їжі може свідчити про наявність маячення. У такому випадку воно минає само по собі. Разом маячення та галюцинації є ознакою психозу.
- ♦ Категорична відмова від приймання ліків та виконання будь-яких маніпуляцій може свідчити про загострення психозу. На таку поведінку повинен звертати увагу клінічний психолог.
- ♦ При виявленні у особи суїцидальних тенденцій потрібно встановити за ним нагляд і рекомендувати консультацію психіатра.
- ♦ Особу із статевими відхиленнями слід утримувати під постійним наглядом.

♦Про скоєння особою імпульсивних вчинків необхідно провести поглиблене психодіагностичне обстеження.

♦Гіпербулія є ознакою порушення психіки. За такою особою потрібно встановити нагляд та рекомендувати консультацію психіатра.

♦Розвиток негативізму чи кататонічного синдрому свідчить про загострення психозу і потребує нагляду за особою.

♦Кататонічний ступор сягає глибокого ступеня, коли особа не може рухатись і вживати їжу.

Питання для самоконтролю

1.Порушення основних інстинктів.

2.Основні причини відмови хворого від вживання їжі і приймання ліків.

3.Основні види спотворення оборонного інстинкту.

4.Основні види статевих перверцій.
5.Сутність непереборних та імпульсивних потягів і дій.
6.Сутність гіпербулії та гіпобулії. Основні види гіпербулії.
7.Клінічні прояви кататонічного синдрому.
8.Особливості догляду за хворими з тривалим кататонічним ступором.
9.Основні форми порушення уваги.

3.3. Порушення свідомості

У клініці розрізняють виключення та затьмарення свідомості.

Одним із видів виключення свідомості є **непритомність,** яка виникає внаслідок різкої гіпопсії головного мозку. Непритомність можуть спричинити емоційний стрес, перегрівання, закачування при русі транспорту, хронічне недоїдання, недосипання, вагітність тощо.

У соматичній практиці в ослаблених хворих можна спостерігати *виключення свідомості.* Найбільш легкий ступінь виключення свідомості називають **оглушенням.** Воно характеризується підвищенням порога збудливості, внаслідок чого лише сильні подразники доходять до свідомості. Тому навколишнє середовище сприймається нечітко, інколи фрагментарно. Емоції при вираженому оглушенні нівельовані, рухова активність послаблена або відсутня. Оглушення виникає при інтоксикаціях, інфекціях, черепномозковій травмі, тяжких соматичних захворюваннях, після епілептичного нападу тощо. Більш тяжкий ступінь виключення свідомості, при якому контакт із хворим не можливий, але безумовні рефлекси ще збережені, називають **сопором.**

Найтяжчим ступенем виключення свідомості є **кома.** Як і при сопорі, контакт із хворим не можливий, але, на відміну від нього, при комі згасають безумовні рефлекси (корнеальний, зіничний тощо). Розрізняють такі основні види коми: алкогольна, інтоксикаційна, апоплектична, гіпер- та гіпоглікемічна, епілептична, уремічна, печінкова, посттравматична тощо.

При епілепсії нерідко виникають так звані **абсанси-**короткочасні порушення свідомості, при яких мить або, рідше, кілька секунд хворий неначе "відсутній". Він застигає в тій позі, яка була в момент абсансу, погляд застигає і спрямований в одну точку, обличчя блідне. Через дуже короткий час хворий повертається до тями і продовжує розпочату справу. Ззовні складається враження, немовби він на якусь мить замислився.

Основними видами затьмарення, або якісного продуктивного порушення свідомості, є делірій, онейроїд, аменція, типова й атипові форми запаморочливих (сутінкових) станів.

Деліріозний синдром - це затьмарення свідомості, що поєднується з множинними рухомими, сценічними, сюжетними галюцинаціями, переважно зоровими, іноді слуховими (шум, музика, гуркіт, часом слова), смаковими, які стосуються безпосередньо хворого, неприємні для нього, часто мають залякувальнии характер.

Емоційний стан та поведінка хворого значною мірою зумовлені змістом галюцинаторно-ілюзорного сприймання. Після деліріозного стану в пам'яті зберігаються яскраві, але не завжди пов'язані між собою спогади. Яскравість і багатство спогадів обернено пропорційні глибині оглушення і прямо пропорційні яскравості галюцинаторних образів. Внаслідок галюцинаторних переживань хворий може проявити агресію.

У клінічній патопсихологічній практиці переважно спостерігають такі види делірію: алкогольний (біла гарячка), інфекційний, інтоксикаційний, епілептичний, травматичний та судинний.

Онейроїд - це стан своєрідного сновидного затьмарення свідомості, який характеризується тим, що при мінливій глибині порушення вона супроводжується яскравими, образними, фантастичними галюцинаціями.

Хворі ніби бачать химерний сон чи кінофільм, у якому вони беруть участь. їм здається, що вони знаходяться в космічному польоті, в підземному чи підводному царстві, відвідують інші планети, казкові царства. При цьому хворі переважно залишаються спокійними, міміка обличчя або нічого не відображає, або відображає блаженство (рідше здивування). Після виходу з такого стану вони пам'ятають свої переживання. Онейроїд виникає при істерії, шизофренії, епілепсії та наркотичній інтоксикації.

Аментивний синдром (аменція) проявляється безладністю мислення, розгубленістю, повним дезорієнтуванням у місці, часі й власній особі.

Галюцинацій небагато, причому переважають слухові. Рухове збудження виражене слабше, ніж при делірії, в основному воно в межах ліжка, рухи хаотичні, дії не закінчені. Тривалість аменції - від кількох днів до кількох тижнів, а після повернення свідомості цей стан амнезується. Прогностично несприятливою ознакою для життя є поява своєрідних рухів, що нагадують пошук чогось у ліжку або "перебирання" пальцями постільної чи натільної білизни. Наявність аментивного синдрому свідчить про тяжкість загального стану (наприклад, тяжка форма черевного тифу).

Запаморочливі (сутінкові) стани характеризуються хворобливим звуженням свідомості. При раптовій зміні стану свідомості хворі не орієнтуються в тому, що відбувається довкола, не осмислюють ситуацію, не можуть правильно її оцінити.

Реальність вони не сприймають зовсім або сприймають у спотворенному вигляді, іноді в протилежному значенні, через що вчинки хворих здаються зовні невмотивованими і не відповідають ситуації. Хворі в запаморочливому стані небезпечні для себе і людей, які їх оточують, оскільки не можуть керувати своїми діями, що призводить до найнесподіваніших вчинків: вбивства, підпалів тощо.

Коли запаморочливий стан минає, хворі амнезують весь його період. Тривалість запаморочливих станів свідомості - від кількох хвилин до кількох днів.

Запаморочливі стани свідомості, які розвиваються вночі, характеризуються ходінням у сні, абосомнабулізмом. Хворі підводяться з ліжка, починають щось шукати, нерідко розмовляють самі із собою, виходять

на вулицю, лізуть на дерева, паркани і дахи. Вони не реагують, коли до них звертаються. Іноді повертаються, лягають в ліжко і засинають або, як і після закінчення судомного нападу, засинають у будь-якому місці. Тривалість ходіння в сні різна: найчастіше кілька хвилин, рідше - кілька годин.

Короткотривалий запаморочливий стан із надто вираженим руховим збудженням називають **фугою.** Вона триває від кількох секунд до кількох хвилин. У стані фуги хворі кудись біжать, не звертаючи уваги на транспорт, що рухається, здирають з себе одяг у громадських місцях, несамовито трощать усе на своєму шляху. З поверненням свідомості все амнезується.

Інколи виникає своєрідна форма присутінкового стану свідомості із зовні впорядкованою поведінкою, так званий **транс.** Такі хворі поводять себе ніби адекватно: йдуть у магазин чи інше місце, купують квиток на транспорт і їдуть у певний пункт, виконують складні й зовні логічні дії. Проте, коли до них повертається свідомість, з'ясовується, що вони нічого не пам'ятають, що робили все машинально. Тому транс ще називають **амбулаторним автоматизмом [**42:89**].**

Усі перераховані види сутінкових станів найчастіше виникають при епілепсії. Якщо у хворого розвинувся запаморочливий стан свідомості, медична сестра зобов'язана повідомити про це лікаря.

При різноманітності психопатологічних проявів порушеної свідомості всі вони об'єднані рядом спільних ознак: переривання безперервної свідомості; порушення сприймання того, що відбувається довкола, спогадів про минуле і запам'ятовування теперішнього; порушення синтезу, емоцій різного типу і ступеня вираження, рухової активності й адекватності, орієнтування, переважно в місці, часі, дещо рідше в самому собі; той чи інший ступінь амнезії на пережитий стан і на те, що відбувалося в цей час у реальності: при оглушенні, аментивному синдромі, хворобливо звуженій свідомості і паморочливих станах - повна втрата пам'яті, при деліріозному синдромі-амнезія або гіпомнезія на реальні події і досить стійкі спогади про хворобливі переживання.

Узагальнення та практичні поради психологу

♦Будь-яке виключення свідомості свідчить про різке погіршання стану хворого. Наявність сопору і коми становить пряму небезпеку його життю.

♦Затьмарення свідомості свідчить про розвиток психозу. Такого хворого необхідно перевести в психіатричне відділення.

Питання для самоконтролю

1.Класифікація і клініка виключення свідомості.

2.Основні види коми.

3.Основні клінічні прояви делірію.

4.Основні клінічні прояви аменції.

5.Диференційна діагностика делірію та онейроїду.

6.Клінічна картина запаморочливих станів.

7.Тактика медичної сестри при наявності виключення або затьмарення свідомості у хворого.

3.4. Соматогенні порушення психіки

У повсякденній практиці патопсихолога найчастіше трапляються соматогенні порушення психіки.. Їх поділяють на непсихотичні й психотичні.

Здебільшого виникають непсихотичні порушення психіки. Вони не сягають рівня психозу, але змінюють сприймання внутрішньої картини захворювань, впливають на емоційний стан та самопочуття хворих і якість видужання. Практично у всіх хворих спостерігають астенічний синдром різного ступеня.

Астенічний синдром - це стан підвищеної стомлюваності, виснаження, послаблення або втрата здатності тривалий час фізично і розумово працювати.

Характерні афективна лабільність із переважанням зниженого настрою і плаксивості, дратівлива слабкість, яка поєднує в собі підвищену збудливість і швидке виникнення знесилення, а також гіперестезія (підвищена чутливість до світла, запахів, звуків, дотику). Часто хворих турбують головний біль, розлади сну, які проявляються постійною сонливістю або стійким безсонням, різноманітні вегетативні порушення. Типовою є також зміна самопочуття залежно від коливання атмосферного тиску, впливу спеки або інших кліматичних чинників із наростанням стомлюваності, подразливості, слабкості, гіперестезії. Астенічний синдром може бути наслідком різних соматичних хвороб (інфекційних і неінфекційних), інтоксикацій, органічних захворювань головного мозку, шизофренії. Особливості цього синдрому значною мірою залежать від причини його розвитку. Так, астенічний синдром після соматичних захворювань характеризується так званою емоційно-гіперстенічною слабкістю, при якій підвищена стомлюваність і виснаження поєднуються з несприйнятливістю навіть незначного емоційного напруження, а також з гіперестезією. Астенічний синдром як наслідок черепномозкової травми проявляється дратівливою слабкістю, афективною лабільністю, головним болем і вегетативними порушеннями. У початковий період гіпертонічної хвороби астенічний синдром нагадує "втому, яка не шукає спокою". При атеросклерозі судин головного мозку з'являється різко виражена стомлюваність, хворий легко переходить від зниженого настрою із плаксивістю до добродушності й ейфорії. При сифілісі мозку виникають брутальність, розлади сну, постійний головний біль. Прогресивному паралічу властиве поєднання підвищеної стомлюваності з явищами затьмарення свідомості, ендокринопатіям - підвищена стомлюваність, млявість, лабільність афекту і розлади у сфері потягів. При астенічному синдромі в клініці шизофренії переважає психічне виснаження, непропорційне розумовому напруженню; ці розлади поєднуються з млявістю і зниженням активності [45:23-27].

У більшості хворих астенічний синдром призводить до зниження порога різних видів сприймання. Патопсихолог повинен забезпечити пацієнтам максимум комфортабельності й спокою, тому що хворі з астенічним синдромом не переносять шуму, голосних розмов, світла, різких запахів, тривалих побачень з відвідувачами тощо.

Астенічний синдром у чистому вигляді виникає рідко. Здебільшого до нього приєднуються інші. Найчастіше астенічний синдром поєднується із субдепре-сивним синдромом, який не сягає рівня психотичного. У такому випадку розвивається **астено-депресивний** синдром. Слід пам'ятати, що астено-депресивний синдром з різним ступенем астенізації і депресивного синдрому розвивається в кожної третьої породіллі. Це є звичайним явищем, а симптоми депресії зникають протягом тижня. Якщо депресія довго не проходить, породілля потребує огляду патопсихолога та психіатра, а середній медичний персонал повинен уважно спостерігати за нею, щоб не пропустити початок розвитку психозу. В таких хворих при астенізації мають місце виражене зниження настрою, переживання сумного характеру, їх тяжко втішити, їх мало що радує. Проте вони не надто заглиблюються у хворобу і лагідна підбадьорлива авторитетна бесіда з патопсихологом, який уміє вдало використовувати приклади з минулої практики роботи з такими клієнтами, допомагає покращити психічний стан хворих.

Загалом **депресивні розлади (F 32)** являють собою групу клінічних станів, що характеризуються порушенням настрою, втратою спроможності контролювати свої афекти і суб'єктивним відчуттям важких страждань. Виділяють три ступені депресивних розладів: категорія легкого (F 32.0), помірного (F 32.1) і важкого (F 32.2 і F 32.3) депресивного епізоду, що використовується за умови одиничного (першого) депресивного епізоду. Подальші депресивні епізоди кваліфікуються в одному із підрозділів рекурентного депресивного розладу [53, с.27-29].

Легкий (F 32.0), помірний (F 32.1) і важкий (F 32.2 і F 32.3) депресивний епізод – група клінічних станів, що характеризуються пригніченим настроєм велику частину дня, втратою інтересу до навколишнього і втратою відчуття задоволення. Ці симптоми не повинні бути обумовлені прийомом лікарських або наркотичних засобів, соматичними захворюваннями, реакціями втрати; їхня поява повинна супроводжуватися істотними змінами стану хворого (симптоми не повинні бути просто характерними рисами особистості хворого), викликати різні за важкістю суб'єктивні реакції і соціальну дезадаптацію.

Психологічні діагностичні критерії:

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

Б) для первинного добору застосовуються шкали самооцінки: шкала Цунга (містить 20 пунктів, кожний із яких має 4-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 аперцептивний тест – відповіді короткі, стереотипні, переважно описові;

Д) MMPI – високі показники за шкалою депресії [53:39].

Реабілітаційні заходи:

- когнітивно-біхевіоральна психотерапія;
- підтримуюча;
- екзистенціальна психотерапія;
- короткотермінова динамічна;
- інтерперсональна;
- сімейна;
- сімейне консультування [52, с.45-48].

Рекурентний депресивний розлад (F 33) – це розлад, що характеризується повторними епізодами депресій із короткими епізодами легкого піднятого настрою, що відмічається безпосередньо після депресивного епізоду. Ця група розладів містить у собі:

А) рекурентний депресивний розлад, триваючий епізод легкого ступеня (F 33.0);

Б) рекурентний депресивний розлад, триваючий епізод помірної ваги (F 33.1);

В) рекурентний депресивний розлад, триваючий епізод важкий без психотичних симптомів (F 33.2);

Г) рекурентний депресивний розлад, триваючий епізод важкий із психотичними симптомами (F 33.3);

Д) рекурентний депресивний розлад, триваючий епізод, стан ремісії (F 33.4);

Е) інші рекурентні депресивні розлади (F 33.8);

Ж) рекурентний депресивний розлад, неуточнений (F 33.9).

Психологічні діагностичні критерії: відзначається зниження уваги (таблиці Шульте).

Реабілітаційні заходи:

- когнітивно-біхевіоральна психотерапія;
- підтримуюча;
- екзистенціальна;
- короткотермінова динамічна;
- інтерперсональна;
- сімейна;
- групові форми [53, с.44-49].

Якщо до астенізації приєднуються страхи, то такий синдром називають **астено-фобічним.** Виражені страхи (фобії) за впливом на психіку переважають над астенічним синдромом. У практиці кардіологічних відділень досить часто зустрічається кардіофобія. Слід пам'ятати, що серцевий біль стенокардичного характеру практично завжди викликає у хворого реакцію паніки. Скільки разів повторюється серцевий напад, стільки ж разів він суб'єктивно "помирає". Логічні твердження про те, що минулі напади минали, мине і цей, хворий не сприймає. Під час серцевого нападу в нього домінує афективна логіка, а страх смерті паралізує волю хворого, і він надіється лише на допомогу медиків. У міжнападний період більшість хворих панічно бояться наступного серцевого нападу.

У багатьох хворих, які перебувають на обстеженні й лікуванні в онкодиспансері, розвивається канцерофобія. Деякі хворі панічно бояться померти від будь-якого захворювання або під час інструментального обстеження. Такий стан називають **танатофобією.** Останнім часом поширились **радіофобії** (наслідок аварії на ЧАЕС), **сифіло- і ВІЧ-фобії** (наслідок різкого поширення венеричних хвороб).

Потрібно пам'ятати, що настирливі страхи виникають раптово. Лікувати їх необхідно якнайшвидше, бо чим триваліший їх термін, тим ефективність лікування менша.

Тривожно-фобічні розлади (F 40) – група розладів, при яких тривога пов'язана з конкретними ситуаціями або об'єктами, що у дійсний момент не є небезпечними, але переживаються або з почуттям страху, або уникаються хворими.

Ця група поєднує – агарофобію, соціальні фобії, спеціальні ізольовані фобії.

Агрофобія **(F 40.0) –** це стан, що характеризується наявністю страху відкритих просторів, наяності юрби і неможливістю повернутися в безпечне місце, страх виходити з будинку, подорожувати одному, і який супроводжується тривогою.

Психологічні діагностичні критерії:

А) наяність інтрапсихічного конфлікту невротичного типу, різного ступеня вираженості:

1) група методик, що характеризують особливості самооцінки і співвідношення її з рівнем домагань у значимій діяльності;
2) методики визначення локусу контролю;
3) методики, що визначають тип відношення хворого до хворобливих проявів;

Б) наявність підвищеного рівня тривожності – група методик, що об'єктивізує рівень тривожності (м-ка Спілберга-Кашина, тест Тейлора й ін.);

В) наявність преморбідних особистісних особливостей (радикалів): психастеноїдні особистісні радикали; тривожні і (або) емотивні особистісні радикали – група опитувальників, які визначають тип, виразність і спрямованість акцентуацій характеру і темпераменту [53:63].

Реабілітаційні заходи:

Психотерапія є основним методом у складному терапевтичному комплексі, спрямована на зміну порушеної системи відносин хворого, корекцію неадекватних емоційних реакцій і форм поведінки хворого;

А) поведінкова психотерапія у вигляді систематичної десенсибілізації і раціональних впливів, частота проведення – три рази на тиждень, тривалість 2-3 місяці.

Б) індивідуально-орієнтована психотерапія проводиться як індивідуально, так і в межах групової психотерапії, направлена на виявлення і вивчення етіопатогенетичних механізмів, що сприяють виникненню невротичного стану, на досягнення у хворого усвідомлення причинно-наслідкового зв'язку між особливостями системи відносин і захворюванням;

на зміну відносин хворого, корекцію неадекватних реакцій та форм поведінки; частота – 3-5 разів на тиждень, тривалість 3-4 тижні (і стаціонарі), потім амбулаторно;

В) екзистенціальна психотерапія, 10-12 сеансів;

Г) аутогенне тренування – модифікації, спрямовані на розвиток і зміцнення процесу саморегуляції, самоконтролю і самовладання; проводиться щодня протягом 3-4 місяців;

Д) трансактний аналіз – проводиться 2 рази на тиждень протягом 1,5 – 2 місяців.

Соціальні фобії (F 40.1) – характеризуються страхом однієї або декількох соціально небезпечних ситуацій, у яких люди відчувають страх підвищеної уваги з боку інших людей, страх зробити що-небудь принизливе для себе або таке, що може привести інших у здивування.

Психологічні діагностичні критерії:

А) наяність інтрапсихічного конфлікту невротичного типу, різного ступеня вираженості:

4) група методик, що характеризують особливості самооцінки і співвідношення її з рівнем домагань у значимій діяльності;
5) методики визначення локусу контролю;
6) методики, що визначають тип відношення хворого до хворобливих проявів;

Б) наявність підвищеного рівня тривожності – група методик, що об'єктивізує рівень тривожності (м-ка Спілберга-Кашина, тест Тейлора й ін.);

В) наявність преморбідних особистісних особливостей (радикалів): психастеноїдні особистісні радикали; тривожні і (або) емотивні особистісні радикали – група опитувальників, які визначають тип, виразність і спрямованість акцентуацій характеру і темпераменту [53:88].

Реабілітаційні заходи:

Психотерапія є основним методом у складному терапевтичному комплексі, спрямована на зміну порушеної системи відносин хворого, корекцію неадекватних емоційних реакцій і форм поведінки хворого;

А) поведінкова психотерапія у вигляді систематичної десенсибілізації і раціональних впливів, частота проведення – три рази на тиждень, тривалість 2-3 місяці.

Б) індивідуально-орієнтована психотерапія проводиться як індивідуально, так і в межах групової психотерапії, направлена на виявлення і вивчення етіопатогенетичних механізмів, що сприяють виникненню невротичного стану, на досягнення у хворого усвідомлення причинно-наслідкового зв'язку між особливостями системи відносин і захворюванням; на зміну відносин хворого, корекцію неадекватних реакцій та форм поведінки; частота – 3-5 разів на тиждень, тривалість 3-4 тижні (і стаціонарі), потім амбулаторно;

В) екзистенціальна психотерапія, 10-12 сеансів;

Г) аутогенне тренування – модифікації, спрямовані на розвиток і зміцнення процесу саморегуляції, самоконтролю і самовладання; проводиться щодня протягом 3-4 місяців;

Д) трансактний аналіз – проводиться 2 рази на тиждень протягом 1,5 – 2 місяців.

Специфічні ізольовані фобії (F 40.2)- це фобії, обмежені строго визначеними ситуаціями (фобія висоти, грози, темноти, прийому їжі, польоту, певних захворювань) включає:

А) фобії тварин;

Б) клаустрофобію;

В) акрофобію;

Г) фобію іспитів;

Д) просту фобію.

Психологічні діагностичні критерії:

А) наяність інтрапсихічного конфлікту невротичного типу, різного ступеня вираженості:

7) група методик, що характеризують особливості самооцінки і співвідношення її з рівнем домагань у значимій діяльності;
8) методики визначення локусу контролю;
9) методики, що визначають тип відношення хворого до хворобливих проявів;

Б) наявність підвищеного рівня тривожності – група методик, що об'єктивізує рівень тривожності (м-ка Спілберга-Кашина, тест Тейлора й ін.) [53:78] ;

В) наявність преморбідних особистісних особливостей (радикалів): психастеноїдні особистісні радикали; тривожні і (або) емотивні особистісні радикали – група опитувальників, які визначають тип, виразність і спрямованість акцентуацій характеру і темпераменту [53:75].

Реабілітаційні заходи:

Психотерапія є основним методом у складному терапевтичному комплексі, спрямована на зміну порушеної системи відносин хворого, корекцію неадекватних емоційних реакцій і форм поведінки хворого;

А) поведінкова психотерапія у вигляді систематичної десенсибілізації і раціональних впливів, частота проведення – три рази на тиждень, тривалість 2-3 місяці.

Б) індивідуально-орієнтована психотерапія проводиться як індивідуально, так і в межах групової психотерапії, направлена на виявлення і вивчення етіопатогенетичних механізмів, що сприяють виникненню невротичного стану, на досягнення у хворого усвідомлення причинно-наслідкового зв'язку між особливостями системи відносин і захворюванням; на зміну відносин хворого, корекцію неадекватних реакцій та форм поведінки; частота – 3-5 разів на тиждень, тривалість 3-4 тижні (і стаціонарі), потім амбулаторно;

В) екзистенціальна психотерапія, 10-12 сеансів;

Г) аутогенне тренування – модифікації, спрямовані на розвиток і зміцнення процесу саморегуляції, самоконтролю і самовладання; проводиться щодня протягом 3-4 місяців;

Д) трансактний аналіз – проводиться 2 рази на тиждень протягом 1,5 – 2 місяців.

Якщо при астенізації у хворого з'являється стійке переконання в невиліковності захворювання і безнадійності свого стану, такий синдром називають **астено-**іпохондричним. При розвитку цього синдрому хворий заглиблюється у свою хворобу. Він постійно прислухається до свого самопочуття, приділяє багато уваги несуттєвим симптомам, твердо впевнений у тому, що вони загрожують його життю. У спілкуванні він є надто "нудним", коло його інтересів обмежується питанням власного здоров'я. **Іпохондричний** синдром найчастіше розвивається в пацієнтів з психастенією. Якщо вчасно не вжити адекватних заходів, є ризик розвитку змін особистості за іпохондричним типом. Надати ефективну допомогу можна лише на початку формування іпохондричного синдрому. Якщо патопсихолог спілкується з хворим у довірливій ситуації, помічає, що він почав надто заглиблюватись у свою хворобу. Ці синдроми входять у групу соматоформних розладів.

Соматоформні розлади **(F 45)** – це група розладів, що характеризується повторюваним виникненням фізичних симптомів поряд із постійною вимогою медичних обстежень, недовірою до встановленого діагнозу, пошуками і вимогами виявити те або інше захворювання (при їх об'єктивній відсутності).

Соматизований розлад **(F 45.0)** – це розлад, головною ознакою якого є наявність множинних та неодноразово виникаючих соматичних симптомів, що видозмінюються часто, мають місце протягом багатьох років, супроводжуються постійною занепокоєністю можливості захворювання, всупереч негативним результатам медичних обстежень, що підтверджуються, і запевнянням лікарів про відсутність фізмчної основи для симптоматики.

Психологічні діагностичні критерії:

А) навність "конфліктогенної" зони в мікро- або макросоціальному оточенні:

4. проективні методики (множинна проекція конфліктної ситуації в проективній продукції);

5. методики "виміри відносин" (наявність конфліктогенних відносин).

Б) Емоційна нестабільність із переважанням емоцій негативного спектра:

1. проективні методики (наявність показників емоційної нестабільності);

2. опитувальники емоційних станів (значна виразність негативних емоцій).

Реабілітаційні заходи:

1. раціанальна психотерапія спрямована на формування нових психологічних установок, проводиться щодня протягом місяця;

2. групова психотерапія проводиться 2-3 рази на тиждень протягом місяця;
3. сімейна психотерапія використовується для створення сприятливого мікроклімату в сім'ї, проводиться 1 раз на тиждень 2-3 місяці;
4. екзистенціальна психотерапія проводиться 2-3 рази на тиждень протягом місяця;
5. поведінкова (умовно-рефлекторна) терапія проводиться 1 раз на тиждень протягом 2-3 місяців [52:43].

Іпохондричний розлад – невротичний розлад, при якому основним проявом є надмірна занепокоєність власним здоров'ям, цілісністю і функціонуванням якогось органа або, рідше, занепокоєність станом своїх розумових спроможностей, супроводжується тривогою, депресією.

Психологічні діагностичні критерії:

А) наяність інтрапсихічного конфлікту невротичного типу, різного ступеня вираженості:

1) група методик, що характеризують особливості самооцінки і співвідношення її з рівнем домагань у значущій діяльності;
2) методики визначення локусу контролю (при іпохондричному розладі переважно локус контролю не дифференціюється);
3) методики, що визначають тип відношення хворого до хворобливих переживань, факту хвороби, і до процесу лікування;
4) проективні методики.

Реабілітаційні заходи:

А) індивідуально-орієнтована психотерапія є основою, її проводять як індивідуально, так і в межах групової психотерапії, вона спрямована на досягнення у хворого усвідомлення причинно-наслідкового зв'язку між особливостями його системи відносин і захворюванням; зміну відношень хворого, корекцію неадекватних реакцій та форм поведінки, логічне переконання хворого, вироблення у хворого адекватного ставлення до хвороби; проводиться 4-5 тижнів;

Б) підтримуюча психотерапія, спрямована на фіксацію уваги на розслабленні, на зняття неприємних фізичних відчуттів, відновлення настрою і вироблення впевненості у відсутності серйозної органічної патології, розуміння зворотності, функціональності неприємних відчуттів; проводиться 3 рази на тиждень, усього – 8-10 сеансів;

В) логотерапія.

Якщо до астенізації приєднуються явища підвищеної невротизації, такий синдром називають **астено-невротичним.** Соматогенний псевдоневротичний синдром має дві основні форми (гіпер- і гіпостенічну), а його клініка подібна до клініки неврастенії.

Тривалі захворювання можуть призвести до зміни поведінки та характеру хворих. Це порушення називають **"психопатизацією",** або порушенням особистості.

Хворі стають більш вередливими, егоцентричними, в них починає переважати афективна логіка, вони потребують більшої уваги, турботу про себе перекладають на родичів. Емоційний стан - більш лабільний, хворі нагадують примхливих дітей, на все ображаються, схильні до ситуаційних реакцій, не терплять усе, що пов'язано із хворобою і перебуванням у лікарні, а також неприємні процедури. Патопсихолог повинен пам'ятати про це й уміти диференціювати, де своєрідна поведінка зумовлена хворобою, а де просто невихованістю хворого.У першому випадку необхідно делікатно, з розумінням ставитися до психічного стану хворого і тактовно проводити посильну психокорекцію.

У деяких хворих тривале захворювання може призвести до специфічних змін рис характеру. У хворих на виразку шлунка або дванадцятипалої кишки воно викликає так званий "виразковий" характер. Такі хворі постійно всім не задоволені, їм тяжко догодити, вони стають надто прискіпливими, але конфлікти, як правило, активно не створюють.

При тривалій хворобі печінки і жовчовивідних шляхів у хворих може розвинутись "жовчний" характер. Такі хворі активно шукають привід, як би комусь зіпсувати настрій, вони схильні до створення конфліктних ситуацій.

Хворі на гіпертонічну хворобу, незважаючи на погане самопочуття, намагаються багато працювати. Якщо вони займають керівні посади, то нерідко примушують підлеглих працювати до виснаження.

Хворі, які перенесли інфаркт міокарда, здебільшого стають "м'якшими", більш делікатними, намагаються уникнути конфліктних ситуацій.

При тяжких хронічних захворюваннях у деяких пацієнтів розвивається схильність до дисфорії й експлозивних ситуаційних реакцій.

Патопсихолог повинен пам'ятати, що хвороба може змінювати характер і поведінку хворих, та проявляти максимум тактовності й деонтології при спілкуванні з ними у виконанні професійних обов'язків.

До непсихотичних порушень психіки, які зустрічаються у практиці патопсихолога будь-якого профілю, належать також різні форми **виключення свідомості** (знепритомнення, оглушення, сопор і кома).

У деяких хворих може виникати **судомний синдром** (еклампсія вагітних, правець, отруєння різними отрутами, набряк мозку, гіпертонічний криз, органічне ураження головного мозку, істеричний та епілептичний напади, епілептичний статус, судоми в немовлят тощо).

Інколи внаслідок інфекційних, соматоневрологічних захворювань та пологів можуть розвинутись соматогенні психози з відповідними психічними синдромами.

Діагноз *соматогенний психоз* встановлюють на основі наявності своєрідної тріади:

♦психоз розвивається при соматичному або інфекційному захворюванні;

♦чим тяжчий соматичний стан, тим більш вираженими є прояви психозу;

♦після покращання соматичного стану або одужання психоз проходить.

Винятком є ревматизм, при якому психоз може розвинутись у будь-якій фазі захворювання, в тому числі й при затуханні активних проявів основного захворювання. Клінічна картина ревматичних психозів здебільшого нагадує параноїдну або кататонічну форму шизофренії.

Для інфекційних захворювань із вираженою інтоксикацією і високою температурою найбільш характерним психотичним синдромом є делірій. Інфекційні делірії переважно виникають у дітей, а також в осіб, які хворіють на алкоголізм. Такі хворі потребують цілодобового й індивідуального нагляду.

Делірій, не спричинений алкоголем або іншою психоактивною субстанцією (F 05).

Етіологічно неспецифічний синдром, що характеризується поєднаним розладом свідомості, уваги, сприйняття, мислення, пам'яті, психомоторної поведінки, емоцій та ритму "сон-неспання".

Психологічні діагностичні критерії:

А) шкала Векслера для оцінки інтелекту у дорослих, що дозволяє одержати дані про вербальні та невербальні можливості;

Б) тестування перцептивних функцій, особливо зорового сприйняття просторових співвідношень; наприклад тест на зорове сприйняття (запам'ятовування), при якому випробуваному пропонують запам'ятати і відтворити 10 малюнків;

В) навчання новому, як тестування пам'яті; запам'ятовування нових слів;

Г) Talken test за допомогою якого визначають порушення сприйняття мовлення;

Д) експериментально-психологічне дослідження, для виявлення порушень уваги, пам'яті, аналізу, суджень, критики, комбінаторних можливостей.

Реабілітаційні заходи індивідуальні для кожного окремого випадку [52:18].

Значно рідше інфекційні хвороби здатні викликати аменцію, **запаморочливі стани** й онейроїд. Розвиток аменції свідчить про різке погіршання загального стану хворих, що є загрозою для життя. Такі хворі потребують особливої уваги. Найчастіше аментивний синдром з'являється при черевному тифі або в термінальній стадії будь-якого соматичного або інфекційного захворювання.

Найбільшу кількість інфекційних психозів спостерігають при пандеміях тяжких форм грипу. Патопсихолог повинен переконати хворих у необхідності дотримання ліжкового режиму. Особливо це стосується хворих жінок, які, збивши температуру, порушують ліжковий режим і починають займатися домашніми справами. Саме в цих жінок найчастіше розвиваються ускладнення, особливо пневмонії і *діенцефальні синдроми,* лікування яких потребує тривалого часу і не завжди призводить до повного видужання.

Напади **психомоторного збудження** з некерованою поведінкою характерні для сказу. Такі хворі потребують ізоляції і належного догляду. В міжнападний період свідомость хворого ясна.

Для соматоневрологічних захворювань найбільш типовими є **соматогенні депресії і параноїди.** Слід пам'ятати, що в деяких хворих, які дізнаються про своє невиліковне захворювання (наприклад, рак), може розвинутись **гострий реактивний психоз** із суїцидом.

Маніакальний синдром інколи розвивається у хворих із безбольовими формами інфаркту міокарда. Вони намагаються порушити ліжковий режим, що може призвести до фатальних наслідків. У таких випадках хворі підлягають тимчасовій м'якій фіксації до ліжка.

Деякі хворі мають підвищену чутливість до певних медикаментів. Застосування атропіну або препаратів з атропіноподібною дією навіть у звичайних дозах може викликати атроніновий, **або медикаментозний,** делірій гормонів кори надниркових залоз **- маніакальний стан, який відноситься до афективних розладів настрою.**

Афективні розлади настрою **(F 30-39) –** це група розладів, при яких основне порушення полягає в зміні афекту або настрою, частіше в бік пригнічення (з почуттям тривоги або без нього) або підвищення. Зміни настрою супроводжуються зміною загального рівня активності. Для цієї групи захворювань є характерним тенденція до повторювання виникнення симптомів, вони можуть як співпадати зі стресовими ситуаціями, так і виникати без явної причини.

Маніакальний епізод **(F 30)** – це група гіпоманій та маній без психотичних симптомів.

Гіпоманія (F 30.0) **–** це легкий ступінь манії, що характеризується легким підйомом настрою, пдвищеною енергійністю й активністю, почуттям благополуччя, фізичною і психічною продуктивністю, що триває не менше декількох днів.

Психологічні діагностичні критерії:

А) дослідження самооцінки за K.Jaspers, лікарняний опитувальник MHQ по S.Grown; шкала тестування PNRS, шкала WPRS, шкала IMPS;

Б) окремі субтести Векслера;

В) патохарактерологічний діагностичний опитувальник;

Г) окремі оцінні шкали MMPI.

За зазначеними методиками виявляються психопатологічні феномени, що характеризують маніакальний регістр-синдром.

Реабілітаційні заходи: здоровий спосіб життя, правильне чергування сну – неспання, праці – відпочинку, загартовування, загальнооздоровчі заходи.

Манія без психотичних симптомів (F 30.1) **–** це розлад, що характеризується вираженим підйомом настрою, значним підвищенням активності, втратою нормального соціального функціонування, вираженим підйомом настрою, значним підвищення активності, втратою нормального соціального функціонування, вираженим відволіканням, підвищеною самооцінкою, ідеями величі, надоптимізмом, порушенням сприйняття, що тривають не менше тижня.

Психологічні діагностичні критерії:

А) дослідження самооцінки за K.Jaspers, лікарняний опитувальник MHQ по S.Grown; шкала тестування PNRS, шкала WPRS, шкала IMPS;

Б) окремі субтести Векслера;

В) патохарактерологічний діагностичний опитувальник;

Г) окремі оцінні шкали MMPI.

За зазначеними методиками виявляються психопатологічні феномени, що характеризують маніакальний регістр-синдром [52:28].

Реабілітаційні заходи: здоровий спосіб життя, правильне чергування сну – неспання, праці – відпочинку, загартовування, загальнооздоровчі заходи.

Манія з психотичними симптомами (F 30.2)- це розлади, що відповідають клініці манії, однак виражені більш масивно, що супроводжуються маяченням величі, переслідування, що характеризуються скачкою ідей, агресією, психомоторним збудженням.

Психологічні діагностичні критерії:

А) дослідження самооцінки за K.Jaspers, лікарняний опитувальник MHQ по S.Grown; шкала тестування PNRS, шкала WPRS, шкала IMPS;

Б) окремі субтести Векслера;

В) патохарактерологічний діагностичний опитувальник;

Г) окремі оцінні шкали MMPI.

За зазначеними методиками виявляються психопатологічні феномени, що характеризують маніакальний регістр-синдром.

Реабілітаційні заходи: здоровий спосіб життя, правильне чергування сну – неспання, праці – відпочинку, загартовування, загальнооздоровчі заходи.

При сприятливому перебізі соматогенні та інфекційні психози повністю проходять. У період видужання у хворих певний час має місце астенічний синдром у різних модифікаціях.

Проте інколи психічні порушення повністю не проходять, а трансформуються в певні стійкі психопатологічні синдроми, які змінюють особистість хворого, а інколи призводять до інвалідності.

У хворих із психастенією в преморбіді можуть розвинутись стійкі **зміни особистості за іпохондричним типом,** в інших залишаються різноманітні фобії. Такі хворі потребують не стільки медикаментозного лікування, скільки тактовної адекватної психотерапії, якою володіє патопсихолог.

Якщо патологічний процес уражає головний мозок (судинні захворювання, інсульти, травми, оперативні втручання, цукровий діабет, уремія, інтоксикація, менінгіти, енцефаліти тощо), у хворого розвивається **психоорганічний синдром.**

Психоорганічний синдром - це зниження вольової діяльності, пам'яті, уваги та інтелекту внаслідок органічного ураження головного мозку.

Зниження останньої сфери психіки може сягати рівня деменції, яка відноситься до органічних, включаючи симптоматичні, психічних розладів [52:39] .

3.5. Органічні, включаючи симптоматичні, психічні розлади (F 00-09)

Деменція при хворобі Альцгеймера (F 00)

Хвороба Альцгеймера — це процес, що являє собою первинне дегенеративне церебральне захворювання і виникає переважно в передстаречому віці, а наслідком цього процесу є тотальне слабоумство. Захворювання звичайно розвивається повільно, але неухильно, протягом декількох років. Виділяють деменції при хворобі Альцгеймера з раннім початком (до 65 років) і з пізнім початком (після 65 років).

Психологічні діагностичні критерії: ознаки інтелектуально-мнестичного зниження; для дослідження використовуються методики, спрямовані на вивчення стану інтелекту, оперативної пам'яті, концентрації уваги.

Реабілітаційні заходи:

— когнітивний тренінг;
— стимуляція фізичної активності;
— стимуляція соціальних взаємодій;
— сімейне консультування;
— психокорекція соціальних навичок.

Судинна деменція (F 01)

Під цією загальною назвою об'єднуються деменції при різних формах судинної патології головного мозку (атеросклероз, гіпертонічна хвороба та ін.), а також при деяких екстрацеребральних судинних захворюваннях (інфаркт міокарда та ін,), і при різних морфологічних формах судинної патології — при ураженні магістральних судин і дифузному ураженні дрібних, судин кори головного мозку, грубовогнищевих із крововиливами в мозок (інсульт) або розм'якшенням і при процесах, що ведуть до множинних дрібновогнищевих порушень із крапковими крововиливами, вогнищами запустіння нервових клітин у корі і вторинній мозковій атрофії.

Судинні деменції характеризуються сполученням інтелектуально-мнестичних змін із різноманітною дифузною або неврологічною симптоматикою, що розвивається внаслідок хронічних або гострих порушень кровообігу в головному мозку. Слабоумство в більшості випадків носить лакунарний (парціальний) характер, із можливістю часткової компенсації дефіцитарної симптоматики.

В останні роки виділяють 4 групи судинної деменції:

а) судинна деменція з гострим початком;
б) мультиінфарктна деменція;
в) субкортикальна судинна деменція;
г) змішана коркова і підкоркова судинна деменція;

Судинна деменція з гострим початком (F 01.0).

Судинна деменція з гострим початком, як правило, розвивається швидко, після серії інсультів або цереброваскулярного тромбозу, емболії. Рідше причиною може бути одна масивна геморагія.

Психологічні діагностичні критерії:

a) шкала Векслера для оцінки інтелекту у дорослих, що дозволяє одержати дані про вербальні та невербальні можливості;

b) тестування перцептивних функцій, особливо зорового сприйняття просторових співвідношень; наприклад тест на зорове сприйняття (запам'ятовування), при якому випробуваному пропонують запам'ятати і відтворити 10 малюнків;

c) навчання новому, як тестування пам'яті; запам'ятовування інших сліп;

d) Talken test допомогою якого визначають порушення сприйняття мовлення;

e) експериментально-психологічне дослідження, для виявлення порушень уваги, пам'яті, аналізу, суджень, критики, комбінаторних можливостей.

Реабілітаційні заходи:

- когнітивний тренінг;
- логотерапія;
- стимуляція фізичної активності;
- стимуляція соціальних взаємодій;
- сімейне консультування.

Мультиінфарктна деменція (F 01.1).

Мультиінфарктна деменція — захворювання з поступовим початком після декількох невеликих ішемічних епізодів або інфарктів, що створюють акумуляцію інфарктів у церебральній паренхімі. Спостерігається звичайно у віці 50-65 років, переважно при дифузному атеросклерозі мозкових судин.

Психологічні діагностичні критерії такі ж, як при судинній деменції з гострим початком.

Реабілітаційні заходи:

- когнітивний тренінг;
- стимуляція фізичної активності;
- стимуляція соціальних взаємодій;
- сімейне консультування.

Субкортикальна судинна деменція **(F 01.2)**

Субкортикальна судинна деменція — це захворювання, що розвивається в результаті множинних лакунарних інфарктів у глибоких структурах білої речовини півкуль у хворих із гіпертонічною хворобою. Подібна клінічна картина виникає і внаслідок дифузного ураження білої речовини в півовальному центрі. Можливо, цей стан обумовлений хронічною ішемією у басейні дрібних артерій головного мозку і пов'язаний з церебральним атеросклерозом, що розвивається внаслідок артеріальної гіпертонії. Це захворювання відоме як хвороба Бісвангера (субкортикальна лейкоенцефалопатія Бісвангера).

Психологічні діагностичні критерії такі ж, як при судинній деменції з гострим початком.

Реабілітаційні заходи:

- когнітивний тренінг;
- стимуляція фізичної активності;
- стимуляція соціальних взаємодій;
- сімейне консультування;
- психокорекція соціальних навичок.

Деменція при хворобі Піка (F 02.0)

Хвороба Піка — це прогресуюча деменція, що відноситься до групи так званих системних атрофій.

Психологічні діагностичні критерії великого значення для практики не мають.

Реабілітаційні заходи:

- когнітивний тренінг;
- стимуляція фізичної активності;
- стимуляція соціальних взаємодій;
- сімейне консультування.

Деменція при хворобі Крейтцфельдта-Якоба (F 02.1)

Хвороба Крейтцфельда-Якоба є різновидом підгострих сионгіоформних енцефалопатій, що спричиняються так званими «повільними вірусами» або пріонами. Захворювання зустрічається досить рідко.

Психологічні діагностичні критерії: зниження рівня інтелекту.

Реабілітаційні заходи:

- когнітивний тренінг;
- стимуляція фізичної активності;
- стимуляція соціальних взаємодій;
- сімейне консультування.

Деменція при хворобі Гентингтона (F 02.2)

Хвороба Гентингтона — рідке захворювання, що належить до групи мозкових атрофій. Успадковується за аутосомнодомінантним принципом, ступінь експресії гена непостійна.

Психологічні діагностичні критерії значення не мають.

Реабілітаційні заходи:

- когнітивний тренінг;
- стимуляція фізичної активності;
- стимуляція соціальних взаємодій;
- сімейне консультування;
- психокорекція соціальних навичок.

Деменція при хворобі Паркінсона (F 02.3).

Деменція при хворобі Паркінсона зустрічається у 20 — 60% хворих з даною патологією і спостерігається звичайно при вираженій

неврологічній симптоматиці. Діагностувати її вкрай важко через виражені порушення моторики у пацієнтів.

Психологічні діагностичні критерії значення не мають.

Реабілітаційні заходи:

- когнітивний тренінг;
- стимуляція фізичної активності;
- стимуляція соціальних взаємодій;
- сімейне консультування.

Деменція при захворюваннях, обумовлених вірусом імунодефіциту людини (F 02.4)

Деменція при ВІЛ зустрічається на останніх етапах розвитку процесу. Серед причин її розвитку називають пряму пошкоджуючу дію вірусу на ЦНС; аутоімунні процеси; неиротоксичнии ефект, що спричиняють як компоненти вірусу, так і продукти імунних реакцій.

Психологічні діагностичні критерії: психологічних специфічних порушень не відзначається.

Реабілітаційні заходи:

- когнітивний тренінг;
- стимуляція фізичної активності;
- стимуляція соціальних взаємодій;
- сімейне консультування.

Деменція при епілепсії (F 02.8).

Деменція при епілепсії вважається наслідком частих розгорнутих припадків і пояснюється змінами в корі, обумовленими ішемічними некрозами клітин.

Психологічні діагностичні критерії не є специфічними.

Реабілітаційні заходи:

- когнітивний тренінг;
- стимуляція фізичної активності;
- стимуляція соціальних взаємодій;
- сімейне консультування.

Деменція при нейросіфілісі (F 02.9)

Деменція при нейросіфілісі зустрічається при усіх формах сіфілісу і характеризує прогредієнтний розвиток хвороби, що проявляється психоорганічним синдромом. Однако темп його розвитку і ступінь виразності відрізняються великим розмаїттям. У найбільш важких випадках виникає лакунарне слабоумство. Якщо симптоми органічного зниження наростають, процес може протікати з припиненнями і тривати кілька років.

Найбільш виражені форми слабоумства спостерігаються при прогресивному паралічі. Прогресивний параліч — це психічне захворювання, обумовлене сифілітичним менінго-енцефалітом, що протікає

з прогресуючим розпадом психічної діяльності аж до тотального слабоумства. При відсутності адекватного лікування захворювання призводить до смерті в стані маразму протягом року.

Психологічні діагностичні критерії не є специфічними.

Реабілітаційні заходи:

- когнітивний тренінг;
- стимуляція фізичної активності;
- стимуляція соціальних взаємодій;
- сімейне консультування;
- психокорекція соціальних навичок.

На сьогоднішній день найбільш поширеними соматичними захворюваннями, які призводять до виражених змін психіки, є атеросклероз судин головного мозку, гіпертонічна хвороба, ішемічна хвороба серця, онкологічні хвороби, туберкульоз, цукровий діабет, черепномозкові травми. У зв'язку зі значним поширенням венеричних захворювань можна очікувати зростання кількості хворих із прогресивним паралічем і психічними порушеннями внаслідок ВІЧ-інфікування.

Практично всі ці захворювання при прогресивному перебізі здатні призводити до **корсаківського синдрому, енцефалопатії** та психоорганічного синдрому із зниженням пам'яті та інтелекту, яке може сягати рівня деменції. Догляд за такими хворими має певні особливості. Так, хворі на атеросклероз судин головного мозку вночі часто не зорієнтуються, де знаходяться.

Хворі, в яких внаслідок інстульту розвинулась **афазія,** часто схильні до неадекватних емоцій з експлозивністю і брутальністю. Вони можуть кидати здоровою рукою різні предмети, без причини ридати, битись, мова їх обмежена окремими вигуками, а нерідко - елементами нецензурних виразів. Патопсихолог повинен розуміти, що така поведінка є наслідком хвороби. Необхідно спокійно і ввічливо виконувати свої обов'язки та проводити роз'яснювальну роботу з родичами хворих, яких пригнічує їх психічний стан.

У гострий період черепномозкової травми у хворих може затьмаритись свідомість (найчастіше бувають **делірій або запаморочливі стани).** Про це потрібно постійно пам'ятати, а при розвитку психозу хворого необхідно тимчасово зафіксувати до ліжка. Хворі з посттравматичним корсаківським синдромом потребують постійного стороннього нагляду.

Особливістю психічних порушень у хворих на злоякісні онкологічні хвороби є наявність у багатьох із них своєрідної **анозогнозії.** Незважаючи на прогресуюче погіршання самопочуття й об'єктивного стану, більшість хворих надіються і вірять, що злоякісні новоутворення є в інших хворих, а в них має місце інше, в принципі виліковне, захворювання. Патопсихолог повинен підтримувати віру хворих у видужання, а в безнадійних випадках - рятувати їх від морального "знищення", тоді лікування буде ефективнішим. У деяких хворих, які дізнаються від родичів (знайомих) правду, можуть розвинутись афективні стани і реактивні психози з суїцидальними тенденціями, причому навіть тоді, коли лікування проходить успішно і є підстави сподіватися на позитивні результати.

Виражена туберкульозна інтоксикація здатна викликати **маніакальний синдром**. Якщо різні варіанти астенічного синдрому у хворих на туберкульоз змінились на маніакальний стан, а суб'єктивно хворі почали почувати себе сповненими сил і енергії, це означає, що насправді об'єктивний стан їх різко погіршився. Такі хворі можуть порушувати лікарняний режим. Вони стають ейфоричними, некритично ставляться до свого стану, будують для себе нереальні плани. У них розгальмовуються інстинкти, особливо статевий. Гіперсексуальність призводить до безладних статевих зв'язків, зростає ризик зараження венеричними захворюваннями, з'являються підстави для ревнощів з боку партнера.

В останні роки у зв'язку з катастрофічним падінням моральності, напливом порнографічної літератури та низькопробної зарубіжної еротичної кінопродукції спостерігається епідемічне зростання частоти венеричних захворювань, особливо серед молоді. Є всі підстави сподіватися найближчим часом на зростання кількості хворих із прогресивним паралічем (серед нелікованих хворих або тих, хто займався самолікуванням чи користувався послугами не фахівців), а також збільшення кількості ВІЧ-інфікованих.

Прогресивний параліч - результат пізнього сифілітичного ураження головного мозку, при якому переважають дифузні, здебільшого дистрофічні, процеси з боку нервової системи.

Інкубаційний період від зараження сифілісом до початку захворювання на прогресивний параліч триває пересічно 10-13 років (від 4-6 до 15).

Своєчасне розпізнання хвороби на початковій стадії (псевдоневрастенічній, препаралітичній) – це і задача патопсихолога, що має велике значення для ефективності лікування. Для цієї стадії характерні підвищена стомлюваність, зниження працездатності, дратівливість, прогресуючий головний біль. Вранці виникають відчуття розбитості й втоми, вдень - сонливість; спостерігають послаблення апетиту або ненажерливість. На початковій стадії хвороби можна виявити зниження здатності хворого коригувати власні помилки, критично ставитись до свого стану, тобто наявні елементи початкового порушення інтелекту і зміни особистості.

Неврологічний статус характеризується зіничними порушеннями (міозом, іноді мідріазом, анізокорією, неправильною формою зіниць). Одними з ранніх симптомів хвороби є млявість або відсутність реакції зіниць на світло при збереженні її на акомодацію і конвергенцію (симптом Аргайлля Робертсона); паретичність лицевих м'язів; маскоподібне обличчя, асиметрія носогубних складок, нерівномірність очних щілин. Виникають фібрилярні посмикування м'язів язика і колових м'язів рота. Сухожильні рефлекси підвищені, іноді нерівномірні або знижені. Можуть з'явитися табетичні симптоми (відсутність колінних і ахіллових рефлексів, порушення чутливості та координації рухів) навіть за відсутності табесу.

Характерною ознакою прогресивного паралічу є порушення тонких моторних актів (мови і письма). Зокрема, до ранніх симптомів належить дизартрія (мова стає невиразною, "змазаною").

Тривалість першої стадії хвороби - від декількох тижнів до кількох місяців.

У стадії повного розвитку хвороби основним синдромом є *прогресуюче недоумство,* яке в поєднанні з іншими психопатологічними проявами зумовлює клінічну форму хвороби.

Простій дементній формі властиве тотальне недоумство з порушенням пам'яті, благодушністю, загальною зміною особистості, розгальмованістю потягів. Ця відносно повільно прогресуюча форма виникає найчастіше. Для експансивної форми (класичної) типовими є ейфорично піднесений настрій, бундючне, безглузде маячення величні (мегаломанічного, грандіозного характеру). Наприклад, хворий стверджує, що має 2118 дітей, бочки з діамантами. Іноді виникають стани, що нагадують маніакальне збудження. Однак при клінічному й експериментальному дослідженнях легко виявити характерний симптом - недоумство.

На основі уродженого сифілісу в підлітків (10-15 років) розвивається *юнацький (ювенільний) параліч.* Звичайно спостерігається дементна форма, нерідко в поєднанні з ознаками соматичної неповноцінності (недорозвинення печінки, залоз внутрішньої секреції тощо) і психічного недорозвитку, які є наслідком уродженого сифілісу. Часто при цій формі виявляють вогнищеві симптоми (повна рефлекторна нерухомість зіниць, атаксія, симптом Бабінського).

Остання стадія (маразм) характеризується різким виснаженням хворих, трофічними порушеннями, пролежнями. Відзначають глибоке недоумство і розлади мови. Хворі звичайно знерухомлені, не можуть себе обслуговувати, можливі лише елементарні, некоординовані рухи. Іноді порушується ковтання. Хворі поперхуються їжею, внаслідок чого може виникнути аспіраційна пневмонія. Порушується робота сфінктерів. Смерть настає від інсульту, захворювань, що приєднуються (пневмонія тощо), чи фізичного маразму.

Загальна тривалість хвороби (без лікування) - близько 3 роки.

Диференційна діагностика прогресивного паралічу базується на психопатологічні, неврологічні симптоми.

Узагальнення та практичні поради психологу

♦Будь-яка соматична або інфекційна хвороба обов'язково призводить до порушення психіки, яка здебільшого має непсихотичний характер. Психічний стан значною мірою впливає на перебіг основної хвороби.

♦Різні форми непсихотичних і психотичних порушень психіки потребують диференційованої медикаментозної корекції. Застосування психофармакологічних препаратів для того, щоб хворий заспокоївся, здебільшого погіршує його психічний стан. Наприклад, при депресії у хворого з'являється виснажливе безсоння, а призначення аміназину (щоб хворий краще спав) посилює депресію. Тому в цьому випадку ефективні психотерапквтичні заходи.

♦В астенізованих хворих поріг сприймання знижений. Звичайні подразники для них є надсильними. Патопсихолог повинен забезпечити охоронний режим.

♦Хвороба може змінювати характер і поведінку хворого. Патопсихолог повинен вміти диференціювати, що залежить від хвороби, а що - від поганого виховання.

♦Якщо у хворого розвинувся соматогенний або інфекційний психоз, біля нього необхідно встановити цілодобовий індивідуальний пост. При психомоторному збудженні хворого слід тимчасово зафіксувати до ліжка.

♦Хворі зі зниженням пам'яті та інтелекту повинні бути під пильним наглядом чергового медперсоналу чи родичів.

♦Патопсихолог повинен добре орієнтуватись в основних соматичних порушеннях психіки і вміти надати відповідну психологічну допомогу.

Питання для самоконтролю

1. Класифікація непсихотичних порушень психіки, зумовлених соматичними та інфекційними хворобами.
2. Класифікація та клініка варіантів астенічного синдрому.
3. Основні зміни характеру й особистості, зумовлені хронічними захворюваннями.
4. Критерії діагностики соматогенного психозу.
5. Особливості порушень психіки, зумовлених судинною патологією.
6. Типові зміни психіки при туберкульозі.
7. Типові зміни психіки, зумовлені онкологічними хворобами.

3.6. Функціональні розлади психіки

Патопсихологам, які працюють у лікувальних закладах будь-якого профілю, у своїй повсякденній трудовій діяльності доводиться стикатись із хворими, в яких розлади психіки мають функціональний, перехідний характер. Здебільшого такі психічні порушення є непсихотичними. Відповідно до сучасної Міжнародної класифікації хвороб (10-й перегляд), вони входять у рубрику **"Невротичні, пов'язані зі стресом і соматоформні розлади" (F4) [**27:65**].**

У зв'язку з тим, що в доступній студентам і практичним психологам навчальній та довідковій літературі подано традиційну вітчизняну нозологію, для кращого розуміння матеріалу нижче наведено дві термінології: згідно з МКХ-10 та згідно з традиційним нозологічним аналогом. Це невротичні психогенні реакції (ситуаційна психогенна реакція, невроз тривожного очікування, панічні розлади), неврози у вигляді неврастенії, дисоціативних або конверсійних розладів (істеричний невроз), нав'язливих думок, фобій і компульсивних дій (невроз настирливих станів), соматизовані й соматоформні розлади (психосоматичні хвороби). Інколи психогенні розлади психіки проявляються дисоціативними й конверсійними (істеричними) психозами, гострою реакцією на стрес та посттравматичними стресовими розладами (гострі й затяжні реактивні психози).

Невротичні психогенні реакції

Ситуаційна психогенна реакція. У більшості хворих, які звернулись за медичною допомогою і після обстеження дізнались, що в них є небезпечне для здоров'я, продовження професійної діяльності або для життя захворювання, що обов'язково вимагає відповідного, нерідко тривалого, лікування, розвиваються ситуаційні психогенні невротичні реакції. Останні практично завжди розвиваються у хворих на ішемічну хворобу серця, туберкульоз, сифіліс, цукровий діабет, із ВІЧ-інфекцією, прогресуючою хронічною нирковою недостатністю, ускладненими формами виразкової хвороби шлунка і дванадцятипалої кишки, онкологічними хворобами тощо.

Психічний і загальний стан хворого різко погіршується тоді, коли він отримає від медика інформацію про наявність у нього серйозного захворювання й усвідомить можливі негативні наслідки (в слабоумних та дементних хворих і гіпертимних психопатів ці реакції практично не виникають, тому що вони адекватно не усвідомлюють свій стан).

Яскравим прикладом психогенної ситуаційної реакції є сифілітична неврастенія. Людина, яка почуває себе практично здоровою, звертається до дерматовенеролога з приводу висипки на шкірі. Після обстеження вона дізнається, що причиною висипки є сифіліс. Усвідомлення цього факту призводить до погіршання загального стану, розвитку астенізації нервової системи, поліморфних розладів соматичного стану і дисфункції вегетативної нервової системи (загальна слабість, головний біль, запаморочення, біль у ділянці серця, серцебиття, нестійкість артеріального тиску, порушення сну й апетиту, втрата маси тіла, біль у шлунку і кишечнику, проноси, гіпергідроз, тремор пальців витягнутих рук тощо).

Думки хворого концентруються навколо захворювання й його можливих наслідків. Настрій набуває депресивних і іпохондричних рис. Вольові риси здебільшого знижуються, інколи з'являються психопатоподібні риси характеру. Деякі хворі "з горя" запивають, виявляють реакцію паніки або істерії [12:15] .

Практично у всіх хворих, які обстежуються або отримують лікування, розвиваються різні прояви *неврозу тривожного очікування.* Вони з тривогою очікують результатів лікування. Деякі починають читати доступну літературу, присвячену виявленій у них наявній хворобі. У багатьох розвивається своєрідна амбівалентність у сприйманні інформації про своє захворювання. Вони формально сприймають інформацію кваліфікованих медиків і, разом з тим, користуються внутрішньо-лікарняними чутками, особливо розповідями "колишніх" хворих, які часто лікуються з приводу загострень аналогічного захворювання. Більшість хворих із такою патологією успішно виліковують, але пацієнт, якого госпіталізували в лікувальний заклад, цього не знає, бо їх вже виписали зі стаціонару. Деякі хворі з прогредієнтним перебігом хвороби і частими загостреннями "осідають" у лікарні на тривалий час і створюють негативний психологічний клімат у плані прямого або опосередкованого навіювання неефективності лікування.

Хворі з вираженими тривожнини переживаннями практично завжди вивчають інструкції, які стосуються дії призначених ліків. Внаслідок своєрідної

вибірковості сприймання, зумовленої тривогою, вони надто емоційно сприймають дані про можливі побічні дії й ускладнення (які насправді виникають дуже рідко), чим знижують потенційну ефективність медикаменту, або навіть самонавіюють негативні наслідки його застосування.

У більшості хворих виникає тривога за своє майбутнє: "Чи вистачить грошей, щоб купити необхідні медикаменти?"; "Чи зможе він після виписання з лікарні приступити до роботи?"; "Чи не позбудеться він роботи внаслідок скорочення?"; "Чи незагрожує йому інвалідність?"; "Як ідуть справи в сім'ї?" тощо [25:34] .

Тривожні переживання посилюються перед неприємними втручаннями медичного характеру (операціями, болючими перев'язками, ендоскопічними дослідженнями, зондуванням тощо). Напередодні проведення зондування дванадцятипалої кишки хворий практично завжди отримує негативну інформацію про суб'єктивне переживання цієї процедури від інших хворих. Його думки і переживання концентруються навколо майбутніх "тортур". Хворий напередодні погано спить, вдень із тривогою чекає на процедуру зондування. Він суб'єктивно переживає в уяві неприємні відчуття. Тому напередодні краще не говорити хворому про це втручання (буде краще спати), а якщо хворий вже знає про це, то необхідно виконати неприємну процедуру якнайшвидше.

Ситуаційні реакції і психогенні тривожні стани проходять після успішного вилікування основного захворювання, вирішення проблеми, яка викликає тривогу, або в тих випадках, коли хворий переоцінить свій стан, змириться з наявністю хронічного патологічного процесу чи каліцтва, спрямує всі сили та енергію на адекватне лікування і реабілітацію.

Винятком є напади надмірної тривоги і страху, які практично завжди виникають при гострих нападах серцевого болю, зумовлених стенокардією, або інфарктом міокарда. У цих випадках страх за своє життя "звужує" самоусвідомлення хворим свого стану до рівня страху смерті. Скільки разів повторяється серцевий напад, стільки ж разів хворий буде суб'єктивно "помирати".

Панічні розлади (епізодична пароксизмальна тривога). Симптоми нападів сильної тривоги (паніки) в різних хворих не однакові, але завжди спостерігають серцебиття, якє виникає раптово, біль у ділянці серця або інших частинах грудної клітки, ядуху, запаморочення, відчуття нереальності (деперсоналізацію або дереалізацію). Постійно з'являються вторинний страх смерті, боязнь втрати самоконтролю або небезпеки збожеволення. Переважно такі атаки тривають декілька хвилин, інколи довше. Під час панічної атаки наростає неконтрольований страх із втратою самовладання і з'являються виражені вегетативні розлади, які призводять до того, що хворі намагаються якнайшвидше залишити місце, де знаходяться. Якщо таке відбувається в специфічній ситуації, наприклад в автобусі або поліклініці, то хворий старається обминати ці місця. В інших напади страху з'являються тоді, коли хворий залишається наодинці [42:64] .

Розлади адаптації (ситуаційні психогенні реакції, пароксизмальні панічні розлади, неврози тривожного очікування) - обов'язкові компоненти психологічного відреагування інтелектуально повноцінної людини на усвідомлення хвороби. Ці реакції значною мірою формують аутопластичну (внутрішню) картину хвороби і визначають тип суб'єктивного відреагування на неї.

Нерідко психічний стан хворого за своїм впливом на загальне самопочуття є набагато тяжчим, ніж наявні об'єктивні розлади, викликані хворобою. Згідно з **феноменом** Йореса, вираженість суб'єктивно неприємних відчуттів в основному прямо пропорційно залежить від функціональних змін і здебільшого обернено пропорційне вираженості органічних порушень. Винятком є хворі на інфаркт міокарда і хворі з метастазуючим злоякісним новоутвореннями.

Послаблення проявів стресу, поліпшення психічного стану хворого, поглиблення віри в успішне лікування - найважливіші аспекти професійної психолога в лікарняному закладі.

3.7 Неврози (невротичні розлади)

Неврози - це порушення вищої нервової діяльності й нейровегетативних функцій, що розвиваються переважно в емоційній сфері, під впливом психічних травм або тривалого емоційного напруження, коли зміни мислення і загальної поведінки спричинені станом афекту [48:77] .

Зрив вищої нервової діяльності виникає внаслідок того, що змінюються стан і взаємозв'язок між основними нервовими процесами, а саме між їх силою і рухливістю, якщо до них ставлять надто високі вимоги. На неврози здебільшого хворіють особи з меланхолічним і холеричним темпераментом, тоді як при сангвінічному І флегматичному темпераменті зриви спостерігають рідко. Розвитку неврозів сприяють соціальні умови, соматичний і психічний стан у момент психотравми, загальна перевтома.

Для всіх видів неврозів характерні такі основні групи клінічної симптоматики:

1.Розлади самоконтролю: дискомфорт, головний біль, відчуття розбитості (особливо після сну), підвищена втомлюваність, зниження працездатності, знесилення.

2.Емоційні розлади: лабільність настрою, сенситивність, подразливість, схильність до депресивних реакцій, страхів і настирливих побоювань, бурхливі афективні спалахи з подальшим виснаженням, неадекватність емоційної реакції силі подразника, недостатність контролю за емоційними реакціями.

3.Розлади ефекторно-вольової сфери і потягів: порушення апетиту і сексуальної функції, настирливі потяги і дії, недостатній контроль за поведінкою.

4.Розлади інших психічних функцій:

4.1.Уваги (підвищене виснаження, неуважність, відволікання або приковування до неприємних відчуттів).

4.2.Пам'яті (забудькуватість, труднощі при запам'ятовуванні й відтворенні

інформації).

4.3.Мислення (настирливі думки, афективне мислення, концентрація думок навколо своєї хвороби).

4.4.Відчуття і сприймання (гіпер-, гіпо- й анестезії, парестезії, сенестопатії, неприємні відчуття в органах і ділянках тіла з розладами їх діяльності, функціональна сліпота, глухота).

4.5.Свідомості й самосвідомості (афективне звуження свідомості при психотравмуючих обставинах).

5. Сомато-вегетативні розлади: гіпергідроз, приплив жару, посилений дермографізм, тахікардія, лабільність пульсу і артеріального тиску, закрепи, нудота, прискорення сечопуску, енурез, ядуха, функціональні парези і паралічі, заїкання, тремор тощо [58:63].

При неврозах, особливо при їх маніфестації, виявляють симптоми всіх згаданих груп розладів. У процесі подальшого перебігу, залежно від преморбідних особливостей, на перший план виходять порушення або психічних, або сомато-вегетативних функцій.

Основними різновидами неврозів є неврастенія, невроз нав'язливих (настирливих) станів та істерія. Розвиток певного виду неврозу значною мірою залежить від типу вищої нервової діяльності. У людей із художнім типом її, в яких перша сигнальна система (підкіркові процеси) переважає над другою (кора великого мозку), здебільшого розвивається істеричний невроз. До неврозу нав'язливих станів схильні особи з розумовим типом вищої нервової діяльності, в яких друга сигнальна система превалює над першою. Більшості людей властивий змішаний тип нервових процесів, найчастіше в них розвивається неврастенія.

Неврастенія характеризується наявністю різноманітної симптоматики: соматичної, неврологічної, психопатологічної. Соматична симптоматика не пов'язана з яким-небудь захворюванням внутрішніх органів, проте часто така виразна, що змушує хворого постійно звертатися до лікарів [82, с.57].

Переважно спостерігають прояви розладу функцій серцево-судинної системи: тахікардію, іноді сповільнення пульсу, відчуття болю, завмирання або стискання в ділянці серця тощо. Частими є порушення діяльності травного тракту: зниження або "примхи" апетиту, нудота, розлади випорожнень. Іноді спостерігається почащення сечовипускання без збільшення діурезу. В жінок можуть з'явитися ті чи інші відхилення в менструальному циклі, в чоловіків - явища імпотенції, які проявляються різними формами порушення статевого потягу та ерекції.

Із загальних симптомів можна виділити гіперестезію до зовнішніх подразників (світла, звуку тощо) і погане самопочуття, яке хворим іноді тяжко описати.

Виникають також відчуття тяжкості в голові ("мутна голова"), головний біль невизначеної локалізації, запаморочення тощо. Характерні порушення сну: хворі довго не можуть заснути, часто прокидаються, сон не досить глибокий, тому не приносить задоволення, навіть якщо тривалість його достатня.

Неврологічний статус характеризується підвищенням сухожильних рефлексів, тремором витягнутих рук, сильною пітливістю та іншими ознаками подразнення вегетативної нервової системи [69:38].

Психопатологічна симптоматика неврастенії добре визначається терміном "дратівлива слабкість". Характерними є поганий настрій та емоційна лабільність, яка, на відміну від такої при істерії, поєднується із швидким виснаженням нервових процесів. Емоційні "вибухи" виникають легко і нерідко з незначного приводу. Після цього хворий розкається у своїй поведінці, ніяковіє. Типовою є також схильність до плаксивості, навіть у чоловіків. Працездатність, насамперед розумова, знижена, однак нерідко хворий під впливом тонізуючих психічних чинників може "зібратися" і виконати належний обсяг роботи. При неврастенії немає якісних інтелектуальних порушень. Хворі скаржаться на забудькуватість, порушення запам'ятовування, особливо в повсякденному житті, й болісно переживають це. Такі розлади є наслідком порушення уваги, слабкості її концентрації і минають без сліду. Загальна поведінка хворих не врівноважена, зокрема під час спілкування з людьми, що пов'язано з емоційною нестійкістю [80:23].

Розрізняють дві форми неврастенії: **гіпер- і гіпостенічну**. При гіперстенічній формі переважають симптоми дратівливої слабкості, при гіпостенічній - явища астенізації нервової системи (загальна слабість, млявість, непереносимість будь-яких подразників і навантажень, зниження загального життєвого тонусу).

Психологічні діагностичні критерії:

А) Наявність інтрапсихічного конфлікту невротичного типу, різного ступеня виразності:

1. група методик, що характеризують особливості самооцінки і співвідношення її з рівнем домагань у значній діяльності;
2. методики визначення локусу контролю (при неврастенії переважно інтернальний);
3. методики, що визначають тип відношення хворого до хворобливих проявів;

4.проективні методики.

Б) Наявність астенічних порушень і змін пізнавальних процесів – група методик дослідження пам’яті, уваги, мислення, що дозволяють об’єктивізувати зниження (або коливання) рівня розумової працездатності, виснаження, стомлюваності, низьку продуктивність.

Реабілітаційні заходи:

А) індивідуально-орієнтована психотерапія спрямована на всебічне вивчення особистості хворого, специфіки формування, структури і функціонування його системи відношень; досягнення у хворого усвідомлення і розуміння причинно-наслідкового зв’язку між особливостями його системи відношень і захворюванням; допомога хворому в розумінні ситуації, що є психотравмуючою, зміну відношення хворого до ситуації, корекцію неадекватних реакцій та форм поведінки; проводиться

індивідуально або в процесі групової психотерапії, тривалість 1-1,5 місяця, частота 3 роки на тиждень;

Б) логотерапія проводиться паралельно з медикаментозним лікуванням;

В) аутогенне тренування проводиться із застосуванням спеціально розроблених з урахуванням скарг хворого і симптоматики формул хвороби і спрямоване на розвиток і зміцнення саморегуляції, самоконтролю і самовладання, при цьому здійснюється вплив на загальноневротичну симптоматику, нейровегетативні розлади; тривалість 2-3 місяці, перші 2-3 тижні під контролем лікаря, потім самостійно [53:49].

Невроз нав'язливості характеризується появою настирливих станів після психічної травми. Клінічно проявляється синдромом нав'язливості.

Нав'язливі сумніви - це невпевненість у правильності здійснюваних або здійснених дій, що настирливо виникає всупереч логічним доказам.

Наприклад, хворий сумнівається в тому, чи правильно написав документ, чи вимкнув електроприлади тощо, незважаючи на неодноразову перевірку ним виконаної дії.

Нав'язливі спогади - це надокучливі спогади про сумну, неприємну або ганебну для хворого подію всупереч намаганням про неї не думати.

Нав'язливі уявлення - це поява неправдоподібних уявлень, які хворий сприймає за реальність попри їхню абсурдність.

Наприклад, хворий переконаний у тому, що похований родич був живий, при цьому він уявляє і болісно переживає страждання "уявно померлого" в могилі.

Нав'язливі потяги (схильності) - це намагання здійснити якусь вкрай небажану дію, яке супроводжується відчуттям жаху й паніки за неможливість звільнитися від таких потягів.

Хворого охоплює бажання кинутися під поїзд або штовхнута під нього близьку людину, вбити жорстоким чином свою дитину чи дружину, причому він відчуває нестерпний страх від того, що це відбувається (контрастні потяги).

Нав'язливі страхи (фобії) - це нав'язлива і безглузда боязнь висоти, великих вулиць, відкритих або обмежених просторів, скупчення людей, страх захворіти на невиліковну хворобу або несподівано померти. Нерідко вони супроводжуються ритуалами -одноманітними діями із закликаннями.

Такі дії хворі виконують із метою захисту від нещастя, всупереч критичному ставленню до них. Наприклад, минаючи арку, замість того, щоб іти під нею, хворий нібито захищає близьких від лиха; розпочинаючи якусь справу, хворий повинен двічі ляснути пальцями або вимовити "заповітне" слово (щоб унеможливити невдачу).

До нав'язливостей афективно нейтрального змісту належать нав'язливі мудрування, пригадування забутих термінів, формулювань, настирлива лічба.

Нав'язливі дії - це рухи, які хворий робить всупереч своєму бажанню, незважаючи на зусилля утриматись від їх виконання.

Одні **з** нав'язливих дій заповнюють його думки доти, доки не будуть реалізовані, інші не помічаються ним. Для того, щоб утриматись від нав'язливих дій, хворий повинен невідступно стежити за собою, хоча для нього це дуже обтяжливо.

Близькими за клінічною картиною до неврозу нав'язливості *є* ***психастенія і психастенічний невроз,*** які, згідно з МКХ-10, відносять до рубрики "Інші специфічні невротичні розлади".

Для цього виду неврозу характерні:

♦ переважання явищ астенізації;

♦ постійне загальне відчуття напруги з тяжкими передчуттями;

♦ панування уявлень щодо своєї соціальної неспроможності, власної непривабливості й приниженості відносно інших;

♦ підвищена стурбованість щодо критики на свою адресу;

♦ небажання вступати в контакт без гарантії сподобатися, ухилення від соціальної або професійної діяльності, яка пов'язана із значними соціальними контактами, у зв'язку з наявністю страху критицизму, несхвалення або ігнорування;

♦ обмеженість життєвого і соціального укладу через потребу у фізичній і психологічній безпеці [58:27].

Диференційна діагностика необхідна для розмежування неврозу нав'язливості та шизофренії, мозкового атеросклерозу і наслідків енцефаліту. Відмітною ознакою неврозу нав'язливості, а на початку хвороби і єдиним психопатологічним проявом, є саме нав'язливість. Інтелектуальних розладів немає. Якщо хвороба набуває тривалого перебігу і недостатньо піддається лікуванню, вона може впливати не тільки на особистість хворого, а й на його подальшу долю.

Істерія. Клінічна картина хвороби характеризується значною лабільністю емоцій і переходом психічного компонента в соматоневрологічний. Це єдина форма неврозу, при якій можливі якісні зміни свідомості. Практично всі симптоми істерії мають захисний для хворого характер відповідно до конкретної психотравмуючої ситуації.

Вони приносять особі певну моральну вигоду, оскільки дають змогу позбутись якогось іншого тяжкого переживання. Через це істерію можна розглядати як своєрідне фізіологічне захисне явище, що виникає під впливом надпотужного подразника. Наприклад, мати отримала несподівану звістку про трагічну загибель сина. Чекаючи, коли привезуть його тіло, вона з жахом подумала, що не зможе бачити сина мертвим, і раптово осліпла. Істерична сліпота згодом пройшла [57:29].

Емоційна лабільність при істерії проявляється різкою зміною емоцій, нестійкістю їх, Однак, на відміну від неврастенії, вони відзначаються високою наснагою, майже невичерпні, незважаючи на бурхливі прояви. Хворий, який голосив, плакав, поринав у відчай, часто без особливих зусиль заспокоюється, крім того, до нього досить легко може повернутись добрий настрій. Така лабільність емоцій може призвести до нестійкості у бажаннях, намірах, поведінці, симпатіях і антипатіях.

Крім емоційної лабільності, характерним психопатологічним симптомом істерії є навіювання (самонавіювання й здатність піддаватися навіюванню з боку інших осіб).

Значні сила і лабільність емоцій можуть іноді зумовлювати порушення свідомості за типом сновидно затьмареної (істеричний делірій) і хворобливо звуженої (істеричний запаморочливий стан). Запаморочливий стан

при істерії являє собою чистий тип хворобливо звуженої свідомості без оглушення та інших ознак її порушення.

Із соматичних симптомів спостерігають тахікардію, задишку, відчуття завмирання серця, стан, що нагадує непритомність, часте сечовипускання, порушення апетиту, блювання, нудоту, пронос, у жінок -розлади менструального циклу [67:23].

Неврологічні симптоми істерії також дуже різноманітні. їх поділяють на явища подразнення і явища випадання в руховій та чутливій сферах, а також у ділянці різних аналізаторів. Явища подразнення в чутливій сфері й у ділянці аналізаторів характеризуються різким підвищенням чутливості до всіляких подразників (гіпфестезія до світла, звуків, дотику, больового подразнення тощо), у рефлекторній сфері - підвищенням рефлексів із розширенням їх зони, в руховій сфері -тиками, сіпанням, тремором, хореїформними та іншими рухами. До явищ випадання належать істеричні сліпота, глухота, глухонімота. Найяскравішим проявом подразнення в руховій сфері є істеричний напад.

Явища випадіння в чутливій сфері характеризуються різким зниженням чутливості аж до відсутності всіх видів її. Вони, як і явища подразнення, не відповідають анатомічним зонам, інервацію яких забезпечують периферичні нерви.

При неврозі рухові розлади, пов'язані з випадінням у руховій сфері, проявляються паралічами та парезами. Вони, як і чутливі, не відповідають іннервaційним порушенням периферичного характеру, хоча парези нерідко мають периферичний тип. При цьому випадає також цілісна функція (рухи кисті й усієї верхньої кінцівки, ступні й усієї нижньої кінцівки тощо), що свідчить про центральний характер порушень. Сухожильні рефлекси можуть підвищуватись.

Психологи дитячих відділеннях лікарень, дитячих дошкільних закладів, шкіл, літніх таборів відпочинку тощо нерідко мають справу з таким непсихотичним розладом психіки, який, згідно з МКХ-10, називають тривожним розладом у зв'язку з розлукою в дитячому віці.

Для немовлят і дітей дошкільного віку є нормальним поява певного ступеня тривоги у зв'язку з реальною або загрожуючою розлукою з людьми, до яких вони прихильні. Цей розлад вважають патологічним лише тоді, коли тривога сягає ступеня, який виходить за межі звичайних проявів і створює значні проблеми в плані соціального функціонування як дитини, так і її сім'ї та дитячого закладу, де перебуває ця дитина. Такі тривожні розлади можуть набувати форми:

♦нереального неспокою, який поглинає всі емоції, помисли й уявлення дитини, думок про те, що її розлучають із близькими людьми, загублять, вкрадуть, назавжди залишають у стаціонарі, вб'ють;

♦впертого небажання йти в дитячий дошкільний заклад або школу через страх розлуки, а не через інші причини, наприклад, низьку успішність або погане ставлення з боку ровесників;

♦впертого небажання або відмови спати без особи, до якої дитина відчуває велику прихильність, неадекватного страху самотності або страху залишитись самому вдома, нічних жахів, які часто повторюються;

♦рецидивної появи соматичних і вегетативних симптомів (нудоти, болю в животі, блювання, проносу, головного болю тощо) при розлуці з особою, до якої дитина відчуває надмірну прихильність (коли потрібно йти в дитячий дошкільний заклад, школу тощо);

♦повторних надмірних емоційних дистресів, що проявляються тривогою, плачем, подразливістю, стражданнями, апатією або соціальною аутизацією при передчутті під час або відразу після розлуки з особою, до якої дитина відчуває прихильність [62:54].

Психолог повинен вміти правильно розпізнавати тривожні розлади. Наприклад, психолог медичного закладу, коли приймає дитину на лікування в дитяче відділення, бачить типовий для такої ситуації психічний стан дитини, який він кваліфікує як звичайну минущу реакцію протесту (вид ситуаційної реакції), а коли постійно спостерігає за дитиною, відзначає, що її мучать нічні жахи, тоді як вдень вона апатична й аутична тощо.

Правильне описання душевного стану і поведінки дитини психологом допоможе лікарю підібрати адекватний метод психокорекції і покращити якість лікування або соціальної реадаптації при необхідності перебування дитини в школі або дошкільному закладі.

Нерідко медичні психологи мають справу з психогенним знепритомненням, яке, згідно з МКХ-10, віднесено в рубрику **"Специфічні невротичні розлади".** Ці непсихотичні розлади психіки досить часто виникають у молодих чоловіків під час забору венозної крові для аналізів або внутрішньовенних ін'єкцій.

Невротичний розвиток особистості **-** це сталі за клінічними проявами, практично незворотні зміни всієї особистості людини, зумовлені тривалим перебігом неврозу, коли зафіксовують "входження" або "втечу" у хворобу.

Розвиток цього стану може призвести до стійкої соціально-трудової дезадаптації хворого, а відтак закінчитися його інвалідністю [50:34-38] .

Психопрофілактика невротичного розвитку особистості полягає в запобіганні розвитку неврозів і своєчасному якісному психотерапевтичному лікуванні їх у період виникнення.

3.8. Реактивні та постстресові психози

Реакція на сильний стрес і порушення адаптації (реактивні психози).

Реактивні психози, які згідно з МКХ-10 віднесені в рубрику **"Реакції на сильний стрес і порушення адаптації",-** це патологічні реакції психотичного рівня на психічні травми або несприятливі ситуації, що викликають страх, тривогу, образу, тугу чи інші негативні емоції.

Вирішальне значення для розвитку реактивного психозу мають характер і сила психічної травми, преморбідне тло. Реактивні психози найчастіше виникають в осіб, які хворіють на психопатію, перенесли черепномозкову травму, а також в ослаблених інфекційними, соматичними захворюваннями, інтоксикаціями, тривалим безсонням, авітамінозами тощо.

Серед реактивних психозів розрізняють:

♦афективно-шокові реакції;

♦реактивну депресію;
♦реактивний параноїд;
♦істеричні психози.

Афективно-шокові психогенні реакції викликаються раптовим сильним афектом, що звичайно супроводжується страхом у зв'язку із загрозою для життя (пожежа, землетрус, повінь тощо). Клінічно ці реакції проявляються реактивним збудженням і реактивним ступором. При реактивному збудженні раптово виникає хаотичне немотивоване психомоторне збудження. Хворий кидається в різні сторони, кричить, благає про допомогу. Таку поведінку спостерігають при психогенному запаморочливому стані свідомості з порушенням орієнтування і подальшою амнезією.

Реактивний ступор проявляється заціпенінням, що виникає раптово: людина завмирає, не може зробити жодного руху, сказати хоча б слово (мутизм). Він триває від декількох хвилин до декількох годин, інколи довше. При цьому часто розвивається виражене напруження м'язів. Хворий лежить в ембріональній позі або витягується на спині [52:87].

Очні щілини, як правило, широко розкриті, міміка відображає переляк чи безмежний відчай. При згадці про психотравмуючу ситуацію хворий блідне або червоніє, вкривається потом, у нього з'являється тахікардія. Цей стан закінчується сном і амнезією. Психомоторна загальмованість може не досягати ступеня ступору. В цих випадках хворі частково контактують з людьми, хоча відповідають коротко, розтягуючи слова. Рухи скуті, повільні. Свідомість звужена або виключена до ступеня оглушення.

Рідко у відповідь на раптову і сильну психотравмуючу дію настає так званий **емоційний параліч** - тривала апатія з байдужим ставленням до загрозливої ситуації і навколишнього середовища.

Затяжні психогенні психози проявляються реактивною депресією та реактивним параноїдом.

Реактивна депресія. Смерть близької людини, тяжкі життєві невдачі здатні викликати реакцію депресії. У цьому стані хворі пригнічені, вираз обличчя в них скорботний, хода повільна, можуть тривалий час сидіти в одноманітній позі з опущеною головою або лежати, підібгавши ноги, байдужі до всього, спілкуються мало і неохоче. Переживання сконцентровані навколо обставин, які пов'язані з психічною травмою. Думки про неприємну подію невідступні, деталізуються, стають надцінними, а інколи трансформуються в маячення. Психомоторна загальмованість часом досягає рівня депресивного ступору. Коли до туги приєднується тривога, страх або гнівливість, може розвинутись психомоторне збудження: хворі голосно плачуть, заламують руки, б'ються головою об стіну, роблять спроби самогубства.

Психоз проходить через певний час після вирішення психотравмуючої ситуації або після примирення з її наслідками. При розвитку реактивної депресії хворого повинен оглянути лікар-психіатр, щоб госпіталізувати його в психіатричну лікарню для запобігання самогубству й організації належного лікування [45:53].

Реактивний параноїд - це патологічна реакція психотичного рівня на психічну травму чи несприятливу ситуацію, наприклад маячний синдром. Клінічно він може проявитись різноманітними симптомами. В одних випадках виникають маячні ідеї переслідування, стосунків, впливу при вираженому страху і розгубленості. При цьому зміст маячних ідей, як правило, відображає психотравмуючу ситуацію. Навколишнє середовище піддається маячній інтерпретації, набуває особливого значення. В інших випадках, крім маячних ідей, у хворих виникають слухові галюцинації такого самого змісту. Поведінка хворих визначається нереальним оцінюванням дійсності, а їх маячними переконаннями.

Виділяють і деякі атипові форми реактивного параноїду.

В осіб, які страждають на психопатію, під впливом психотравми може виникнути **кверулянтне (сутяжне) маячення.** Такі хворі схильні активно боротися з усілякими, здебільшого уявними, недоліками, пишуть у різні інстанції" скарги, протести, вимоги, з великою підозрою ставляться до всіх, кого ця "справа" прямо чи опосередковано стосується. У людей із поганим слухом може розвинутись **маячення переслідування приглухлих.** У них виникають стійка тривожна підозріливість, ідеї стосунків, переслідування. Такі розлади можливі й у тому випадку, коли людина потрапляє в іншомовне оточення і незнання чужої мови створює їй труднощі в спілкуванні. Тривалість реактивного параноїду найчастіше обмежується днями, але інколи психоз затягується на місяці. Хворі на реактивний параноїд здебільшого є небезпечними для оточуючих, а відтак потребують консультації лікаря-психіатра [73:98].

Узагальнення та практичні поради практичному психологу

♦Багато людей розуміють сутність неврозів як прояв слабкої волі, бажання хворих "грати на публіку", установчу поведінку і небажання налагодити адекватні соціально-трудові стосунки. Насправді це не так. Хворі на невроз страждають від захворювання. Вони вимагають тривалого комплексного лікування з обов'язковим проведенням психотерапевтичної корекції.

♦Зневажливе або іронічне ставлення до хворих на невроз недопустиме. Разом із тим, не варто приділяти надмірну увагу хворим, надто часто оглядати їх. Така тактика може дати зворотний ефект: хворий буде впенений у тому, що у нього є тяжке небезпечне захворювання. Психолог щодо цього хворого в проявах своєї уваги повинен дотримуватися принципу "золотої середини".

♦У разі виникнення у хворого на істерію нападу істерики потрібно дати безпечний заспокійливий препарат (наприклад, настойку кореня валеріани), залишити його наодинці. Сторонніх глядачі необхідно вивести з приміщення. Потрібно пам'ятати: чим довше будеш біля хворого, тим триваліший напад істерики.

♦Основний метод лікування пацієнтів з невротичними розладами – психотерапія.

♦Хворі з ймовірно безнадійним прогнозом (при злоякісних пухлинах,

ВІЧ-інфекції, тяжких формах променевої хвороби тощо), які знають свій діагноз, схильні до суїцидальних тенденцій. Психолог повинен вжити всі належні заходи щодо збереження професійної таємниці й профілактики самогубств.

♦ При розвитку реактивного психозу біля хворого встановити охоронний режим.

Питання для самоконтролю

1.Класифікація функціональних перехідних розладів психіки.
2.Сутність і клініка ситуаційної реакції та неврозу тривожного очікування.
3.Клініка реакції паніки.
4.Основні психологічні типи реагування хворого на свою хворобу.
5.Причини неврозів, їх класифікація.
6.Клініка неврастенії.
7.Клініка неврозу настирливих станів і психастенічного неврозу.
8.Клініка істерії. Тактика психолога.
9.Клініка тривожного розладу у зв'язку з розлукою в дитячому віці.
10.Тактика психолога при психогенному знепритомненні.
11.Сутність невротичного розвитку особистості.
12.Наведіть класифікацію системних і органних неврозів.

3.9. Психосоматичні захворювання

У зв'язку з тим, що в навчальній і довідковій літературі, доступній студентам-психологам, практично відсутня інформація, присвячена диференціації підходів до психосоматичних розладів з урахуванням психосоматичного та соматопсихологічного підходів, які згідно з МКХ-10 віднесено в рубрику **"Соматизовані розлади",** автор посібника прагне висвітлити ці питання глибше, ніж інші. Психосоматичний та психодіагностичний підхід до соматичних розладів представлено у розділі “Психосоматика”, базуючись на результати власних досліджень автором підручника. А соматопсихологічний підхід доцільно розглянути з позиції патопсихології. Сучасного психолога не можна вважати грамотним фахівцем, якщо він не засвоїть необхідний об'єм знань із психосоматики, яка знаходиться на стику психіатрії і загальносоматичної медицини.

Грамотний психолог, озброєний сучасними знаннями про соматизовані розлади, надасть велику допомогу лікарю щодо запідозрення й верифікації діагнозу -психосоматичні розлади. При наявності прихованої депресії психологи звертають увагу на циркадність посилення болю, погіршання загального стану хворого і зміни його вітального тонусу. У цієї групи хворих біль посилюється, а загальний стан погіршується здебільшого в другій половині ночі й вранці. Особливо показовим є циркадність змін вітального тонусу. Після неповноцінного нічного сну хворий вранці не має відчуття, що він відпочив, почуває себе розбитим, йому тяжко піднятись з ліжка, навіть для того, щоб вмитись і почистити зуби, апетит відсутній, його ніщо не цікавить. Під вечір вітальний тонус хворого дещо, а часом і значно, покращується. З'являються апетит і інтерес до подій, які відбуваються навколо

нього. Він жваво контактує з іншими хворими, відвідувачами, починає щось читати, слухає радіо або дивиться телепередачі. Періодичні напади болю суттєво не впливають на достатньо задовільний життєвий тонус ввечері.

Для органних і системних неврозів характерні наявність стійкого іпохондричного фону, відсутність чітко визначеного циркадного ритму зміни вітального тонусу, виражені симптоми вегетативної дисфункції під час погіршання стану, що має тісний зв'язок з дією психотравмуючої ситуації.

Психолог забезпечує належний лікувально-охоронний режим цій специфічній групі хворих, переконує їх проявити настирливість у тривалому лікуванні й не змінювати досвідченого лікаря-куратора на іншого. Пряма і опосередкована психотерапія, яку грамотно та адекватно обставинам проводить психолог, створює сприятливий фон для успішного лікування соматизованих розладів.

На сьогоднішній день внаслідок зниження рівня життя, психічного перевантаження та постійних стресів часто розвиваються так звані психосоматичні захворювання. Це хвороби з розмаїтою клінічною картиною, що імітують різні соматоневрологічні захворювання. Вони зумовлені прихованою депресією або неврозом якогось органа чи системи. Протягом певного періоду (місяці, а часто і роки) ці хворобливі стани мають функціональний характер, при своєчасному діагностуванні їх успішно лікують. Проте тоді, коли діагноз був встановлений неправильно, через деякий час функціональні порушення переходять в органічні зміни або інтенсивна терапія хіміофармацевтичними препаратами викликає розвиток так званої "медикаментозної хвороби". Встановлено, що не менше 30-50 % осіб, які звертаються із різноманітними скаргами в поліклініки і стаціонари, є практично здоровими людьми, які потребують лише адекватної корекції емоційного стану. Окрім цього, щонайменше у 25 % людей, в яких насправді є соматичні хвороби велике значення в клінічній картині відіграють невротичні розлади.

У виникненні психосоматичних розладів значну роль відіграє дія 5 факторів:

♦фрустраційна та емоційна напруженість;

♦енергетичний потенціал і антистресова стійкість;

♦контроль над соціальною поведінкою;

♦розвиток ендогенної прихованої депресії;

♦розвиток органних або системних неврозів.

Розрізняють такі диференційно-діагностичні критерії, за допомогою яких можна запідозрити наявність психосоматичного захворювання:

♦атиповість клінічних проявів;

♦невідповідність клінічних проявів результатам об'єктивного параклінічного обстеження;

♦неефективність лікування в спеціалістів соматоневрологічного профілю [67, с.112-117].

Прихована депресія- це ендогенний депресивний стан, при жому на перший планв клінічній картині захворювання виходить велика кількість різноманітних соматичних скарг, власне психічні афективні її прояви стерті,

нерідко виступають заїх фасадом (синоніми "соматизовані розлади", "депресія без депресії", "замаскована депресія", "латентна депресія", "вегетативна депресія", "соматична циклотимія").

Вважають, що близько 15-25 % осіб, які звертаються і лікуються в лікарів-інтернів, насправді мають приховану депресію. Відомо, що прихована депресія-це стан, який може зумовлювати високий суїцидний ризик.

Численні сомато-вегетативні порушення зводяться до таких варіантів маскованої депресії:

1.Алгічно-сенестопатичний:

-кардіалгічний (біль у ділянці серця);

- цефалгічний (головний біль);

- абдомінальний (біль у різних ділянках живота).

2.Агрипічний (стійке безсоння).

3.Діенцефальний: а) вегетативно-вісцеральний (періодична тахікардія, пітливість, відчуття жару, нестачі повітря, посилена перистальтика шлунка і кишечника, псевдопозиви на дефекацію); б) псевдоастматичний (нападоподібно виникають порушення частоти, ритму і глибини дихання із суб'єктивним відчуттям ядухи); в) вазомоторно-алергічний (періодично, найчастіше восени або навесні, з'являється відчуття закладення носових ходів з утрудненням носового дихання, відчуття тяжкості або оніміння в ділянках гайморових пазух).

4.Обсесивний.

5.Наркоманічний (проявляється псевдозапоями).

6.Порушення сексуальної сфери.

Критерії диференційної діагностики прихованої депресії

♦Наявність субдепресивних станів із погіршанням самопочуття і вітального тонусу під кінець ночі й вранці та покращанням суб'єктивного стану ввечері.

♦Наявність різноманітних сомато-вегетативних поліморфних скарг, які не стосуються певної конкретної хвороби. Характерними є стійкість, тривалість і топографічна атиповість болю та неприємних відчуттів.

♦Наявність розладів вітальних функцій (порушення сну, апетиту, схуднення, статеві порушення, менструальні розлади)

♦Особливості перебігу захворювання: періодичність і хвилеподібність сомато-вегетативних і психічних розладів, спонтанність їх виникнення і зникнення, схильність до сезонності (осінньо-весняні) проявів захворювання.

♦Відсутність ефекту від соматичної терапії і наявність ефекту від застосування антидепресантів.

♦ Стандартизований тест MMPI. Підвищення балу за шкалою депресії вказує на приховану депресію, а всіх чи більшості "емоційних" шкал (істерії, маніакальної, депресивної, іпохондрії і, певною мірою, психопатизації і соціальної інтроверсії) - на невротичні зміни особистості.

Основні клінічні форми прихованої депресії

Кардіалгічний синдром. Хворі скаржаться на біль і неприємні відчуття різного характеру в ділянці серця. Біль має стискаючий, ниючий,

щемливий чи сверблячий характер. Виникають відчуття судоми, пульсації, печії, стискання в передсердній ділянці, сильні серцебиття і перебої. Здебільшого біль не минає досить довго (від тижня до кількох місяців) і має тупий характер, значно рідше гострий, колючий, пекучий біль має нападоподібний характер, що нагадує стенокардію. Біль, який виникає в ділянці серця, може розповсюджуватись на всю грудну клітку, віддавати в шию, лопатку, живіт і голову. Поява болю не пов'язана з фізичним навантаженням, він виникає після емоційного напруження, а частіше спонтанно, як правило, перед світанком або вранці. Своєрідний сенестопатичний характер і тривалість болю, добові коливання інтенсивності больового синдрому (найбільш виражений вранці, покращання стану ввечері), відсутність характерних змін на ЕКГ, неефективність судинорозширювальних препаратів, а також позитивна реакція на антидепресанти і зникнення симптоматики в процесі лікування ними свідчать про те, що причиною кардіалгічного синдрому є прихована депресія [56:75].

Цефалгічний синдром. Хворі скаржаться на тяжкий, інколи нестерпний, головний біль. Нерідко він має сенестопатичне забарвлення. Хворі відчувають печію, розпирання, горіння, тяжкість, пульсацію, стискання, оніміння. Досить часто біль має мігруючий характер (то в лобно-скроневій, то в потиличній, то в тім'яній ділянці).

Локалізація головного болю не відповідає топографічним зонам іннервації черепа і судинним басейнам. Як правило, він виникає вночі, після раннього пробудження, найбільш інтенсивний перед світанком і вранці, поступово зменшується до середини дня і майже повністю зникає або значно зменшується до вечора. Періодично на фоні дифузного, тупого головного болю виникають короткочасні напади інтенсивного, пульсуючого болю. Аналгетики і спазмолітики не знімають біль, а лише знижують його інтенсивність. Характер перебігу і проявів головного болю, періодичність (інколи сезонність), добова динаміка, відсутність або незначне вираження неврологічної симптоматики, наявність стертих депресивних порушень, які виявляють за допомогою тесту **Кільцгольца,** та ефект від застосування антидепресантів дозволяють віднести цей тип головного болю до проявів прихованої депресії.

Абдомінальний синдром. Мають місце біль, спазми, парестезії в епігастра-льній ділянці по ходу кишечника і в ділянці печінки, відчуття тяжкості, стискання, переповнення, розпирання, вібрації шлунка, здуття кишечника, нудота, вимушена відрижка. Біль найчастіше має затяжний, постійний, ниючий, розпираючий, тупий характер, проте періодично на цьому фоні виникає короткочасний, сильний, мігруючий, "блискавичний" біль. Біль, як правило, залежить від часу доби (найбільш інтенсивний вночі та вранці) і не залежить від характеру їжі.

Спостерігають зниження апетиту, зменшення маси тіла, дискінетичні розлади (запори, рідше проноси, відчуття здуття, переповнення кишечника).

Спонтанність виникнення, періодичність і сезонність проявів, характер болю, які не вкладаються в симптоматику якогось конкретного захворювання

шлунково-кишкового тракту, добова динаміка, відсутність або незначне вираження органічної патології', відсутність ефекту від соматичної терапіїі покращання стану від лікування антидепресантами свідчать про наявність прихованої депресії.

Агрипічний варіант проявляється вираженими розладами сну. Хворі звичайно легко засинають, але через 3-5 годин раптово пробуджуються, ніби від "внутрішнього поштовху". Відтак до ранку хворі не можуть заснути або через 2-3 год впадають у дрімотний стан. Вранці вони прокидаються з відчуттям загальної розбитості, сонливості, несвіжості, тяжкості в голові. Працездатність знижена. Виникає підвищена подразливість. Особливо погане самопочуття в першій половині дня. До середини дня загальний стан покращується, з'являється апетит, відновлюється працездатність.

Спонтанність виникнення, періодичність проявів, ранні прокидання, добове самопочуття, відсутність ефекту від приймання снодійних засобів, покращання загального стану та нормалізація сну в результаті проведення терапії антидепресантами свідчать про те, що причиною розладів сну є прихована депресія.

Діенцефальний синдром є найбільш складним за своєю структурою. Виділяють вегетативно-вісцеральний, вазомоторний, вазомоторно-алергічний і псев-доастматичний типи порушень.

Початок нападу має раптовий характер, здебільшого він виникає вночі або вранці. Напад закінчується літично з появою відчуття слабості, інколи сонливості. Частого, масивного сечопуску після нападу переважно не спостерігають. Тривалість нападу коливається від 0,5 до 20,0 год.

Диференційно-діагностичні критерії. Велика кількість соматичних скарг, які не стосуються якоїсь визначеної хвороби, відсутність або незначне вираження органічних змін, періодичність проявів сомато-вегетативних порушень, їх сезонність, добові коливання больового синдрому і, що важливо, вітального тонусу, самопочуття, а також позитивна реакція на антидепресанти, дають підстави запідозрити, що соматичний "фасад" не є чимось супровідним, а проявом прихованої депресії.

Згідно з діагностичними критеріями з DSM-III-R, при будь-якій непсихотичній формі депресії, в тому числі і прихованій, виникає не менше двох із наведених шести ознак:

♦Поганий апетит.

♦Безсоння або сонливість.

♦Зниження активності або втомлюваність.

♦Занижена самооцінка.

♦Ускладнена концентрація уваги або труднощі в прийнятті рішень.

♦Вічуття безнадійності.

Соматоформні вегетативні дисфункції (органні й системні неврози). Функціональні псевдосоматичні порушення в рамках системного неврозу мають такі прояви:

1. Синдром психоневрологічних розладів:

- психогенна гіперестезія;

- психогенний головний біль;
- психогенні невралгії;
- псевдокорінцевий синдром;
- синдром "неспокійних ніг";
- психогенні дискінезії;
-гіпоталамічний синдром.

2. Функціональні розлади діяльності серця:
- психогенні кардіалгії;
- психогенні розлади серцевого ритму;
-кардіофобія;
- синдром псевдокоронарної недостатності.

3. Судинна дистонія:
- артеріальна гіпотензія;
- артеріальна гіпертензія.

4. Психогенний псевдоревматизм:
-кістково-м'язові алгії;
- вегетативні порушення;
- синдром западання стулок мітрального клапана.

5. Психогенна ядуха.

6. Психогенний абдомінальний синдром:
- розлади апетиту;
- психогенна нудота і блювання;
- функціональні запори і проноси;
- абдомінальні алгії.

7. Психогенні урологічні розлади:
- психогенна дизурія;
- психогенна цисталгія.

8. Психогенні сексуальні розлади:
-імпотенція;
-фригідність;
-передчасна еякуляція.

9. Психогенні реакції шкіри (нейродерматит).

10. Термоневроз.

Вважають, що сомато-вегетативні "маски" невротичного генезу розвиваються в людей, схильних до неврозів або невротичного типу відреагування. У зв'язку з цим, вищеперераховані синдроми найчастіше виникають у людей, схильних до короткочасних чи більш тривалих невротичних реакцій [68, с.27].

Згідно з діагностичними критеріями з **DSM-III-R,** наявність 4 і більше з 13 нищеперерахованих порушень, які виникають і перебігають нападоподібно у вигляді своєрідних "атак", із великим ступенем вірогідності вказує на схильність до тривожно-фобічного невротичного типу відреагування:

- ♦ Утруднене дихання (диспное) або відчуття ядухи.
- ♦ Запаморочення, відчуття нестійкості або непритомність.
- ♦ Тахікардія або посилене серцебиття.
- ♦ Тремтіння.

- Пітливість.
- Задишка.
- Нудота або абдомінальний дискомфорт.
- Дереалізація і деперсоналізація.
- Затерплість або парестезії.
- Почервоніння (приплив жару) чи озноб.
- Біль або дискомфорт у грудях.
- Страх смерті.
- Страх збожеволіти або втратити контроль над собою.

В інших людей після перенесеної психотравми протягом місяця і більше спостерігають деякі із симптомів:

1. Психотравмуючу подію хворий знову і знову переживає принаймні в одному з перерахованих варіантів:

- нав'язливі болючі спогади про психотравмуючу ситуацію, які повторюються;
- тяжкі сни, пов'язані з цією подією, які повторюються;
- виражене психічне напруження при виникненні ситуацій, які викликають якусь психологічну асоціацію з перенесеною психотравмою.

2. Вперте уникнення подразників, які свідомо чи підсвідомо пов'язані з перенесеною психотравмою:

- зусилля, спрямовані на уникнення думок і відчуттів, пов'язаних із психотравмою;
- зусилля, спрямовані на уникнення дій або ситуацій, що нагадують про перенесену психотравму;
- нездатність згадати важливі аспекти психотравми (психогенна амнезія).

3. Зниження емоційно-енергетичного потенціалу після перенесеної психотравми:

- виражене зниження інтересу до важливих природних сфер діяльності;
- відчуття відчуженості, відірваності від людей;
- збіднення афектів (наприклад, нездатність кохати);
-відчуття безперспективності, відсутність планів, пов'язаних із кар'єрою, одруженням, дітьми або довгим життям.

4. Стійкі симптоми підвищеної збудливості, дратівливості, які не спостерігались до психотравми і виявляються щонайменше двома з наведених нижче симптомів: -труднощі, пов'язані із засинанням і сном;

- дратівливість або спалахи гніву;
- труднощі з концентрацією уваги;
- підозріливість;
-лякливість;
- вегетативні реакції на події, що якимось чином нагадують чи символізують перенесену психотравму.

Обстеження в цьому плані значною мірою допомагає встановити преморбідні особливості пацієнта [96, с.43].

Як правило, в людей, схильних до невротичного типу відреагування, мають місце щонайменше 6 із 18 нижченаведених симптомів тривожного синдромокомп-лексу:

1. Рухове збудження:

-тремтіння, посмикування або відчуття внутрішнього тремтіння;

- м'язове напруження або міалгії;

- неможливість розслабитись;

- швидка втомлюваність.

2. Вегетативна гіперактивність:

- прискорене дихання або відчуття ядухи;

- посилене серцебиття або тахікардія;

- пітливість або холодні на дотик руки;

-сухість у роті;

- запаморочення або млість;

- нудота, діарея або інші абдомінальні розлади;

- почервоніння (приплив жару до обличчя) або озноб;

- часте сечовиділення;

- утруднене ковтання або відчуття "клубка в горлі".

3. Напружене передчуття, чекання:

- відчуття збудження або перебування "на вістрі леза";

-лякливість;

- неможливість зосередитися, "порожнеча в голові" через тривогу;

-труднощі, пов'язані із засинанням і сном;

- підвищена дратівливість.

Питання диференційної діагностики. Лише на основі клінічного обстеження тяжко, а часто і неможливо, віддиференціювати різноманітні сомато-вегетативні прояви, викликані прихованою депресією, від цих же симптомів, **зумовлених** органним чи системним неврозом. По-перше, практично завжди в стрктурі будь-якого неврозу чи неврозоподібного синдрому є більш-менш **виражені** елементи депресії, по-друге, в людини, схильної до невротичного типу відреагування, може розвинутись прихована депресія. У зв'язку з цим, в диференційній діагностиці, окрім встановлення преморбіду, велике значення мають параклінічні методи обстеження:

♦Стандартизований тест ММРІ. Підвищення балу за шкалою депресії вказує на приховану депресію, а за всіма чи більшістю "емоційних" шкал (істерії, маніакальної, депресивної, іпохондрії і, певною мірою, психопатизації і соціальної інтроверсії) - на невротичні зміни особистості.

♦Невротичний генез сомато-вегетативних проявів може підтвердити шкала невротизації прицільного тесту "Невротизація-психопатизація" (модифікація Ласко Н.Б. та ін.).

Велике значення має раціональна психотерапія, в процесі якої хворому потрібно доступно, але аргументовано пояснити сутність його хворобливого стану і необхідність пройти саме курс призначеної психофармакотерапії.

Чільне місце в лікуванні органних і системних неврозів належить психотерапії і терпінню як хворого, так і психолога. Якщо психолог впевнився в правильності

встановленого діагнозу, він перш за все повинен переконати в цьому хворого, його родичів і близьких. Лікування в різних спеціалістів або навіть лікарів одного профілю може в даній ситуації викликати розвиток своєрідних ятрогенних станів, що суперечить основному правилу медицини: "Не зашкодь".

Для того, щоб хворий лікувався в одного лікаря, потрібно постійно підтримувати авторитет цього лікаря. Необхідно пам'ятати, що лікування психосоматичних хвороб, особливо невротичних станів, є тривалим процесом. А більшість хворих, природно, бажають вилікуватись якнайшвидше. Лише деякі пацієнти з певною рентною метою свідомо чи підсвідомо "вживаються" в роль постійних хворих, бо їх це влаштовує. У цьому випадку необхідна корекція особистості, яку проводить грамотний психотерапевт.

Досить ефективним у лікуванні невротичних станів є застосування психотерапевтичних методів, спрямованих на особистість, та вирішення проблем конфлікту підсвідомості пацієнта (психодрами Морено, гештальттерапія, аналітичні напрямки психокорекції, які включають класичний психоаналіз З. Фрейда, груповий психоаналіз, інтерпретований аналіз Перлза, нейролінгвістичне програмування (НЛП)) [96, с.83].

Будь-який невроз має більш-менш виражений депресивний чи іпохондричний фон. Вважають, що для багатьох лікарів іпохондрія є центром, в якому об'єднуються психосоматичні розлади. Але при грамотному лікуванні органних неврозів необхідно знати деякі особливості:

♦Деяким хворим із вираженими невротичними проявами при неефективності медикаментозної терапії дози препаратів потрібно не збільшувати, а навпаки, зменшувати. Особливо це стосується осіб з слабким типом нервової системи (меланхоліків).

♦Якщо психосоматичні хвороби супроводжуються вегетативними розладами, їх необхідно обов'язково ліквідувати, бо жодна психотерапія чи транквілізатор самі по собі не заспокоять хворого, коли в нього виникають вкрай неприємні відчуття, які виснажують фізично і зумовлені розбалансованою вегетатикою.

♦Чим стійкіші явища органного неврозу, тим делікатніше потрібно проводити фармакологічну корекцію, не надто форсувати процес нормалізації. Бажання якнай швидше вилікувати хворого із застосуванням масивної терапії дуже часто викликає своєрідний "ефект маятника": "Наскільки він відхилиться вправо, настільки потім вліво" (Й.А. Касірський, цит. за [96:57].

При лікуванні органних неврозів потрібно дотримуватись таких правил:

♦Неправильне лікування призводить до функціонального переходу в стійкі органічні зміни, до розвитку медикаментозної хвороби або до невротичного розвитку особи.

♦Лікування повинно бути суто індивідуальним.

♦Лікування потрібно проводити за принципом: "Поспішати треба повільно";
За Й.Касірським: 1) не можна насилувати невроз; 2) не можна нервове перенапруження лікувати перегальмуванням".

♦Потрібно твердо дотримуватись необхідних рекомендацій щодо режимного плану, невиписувати без крайньої потреби листок непрацездатності, не госпіталізувати, не "випихати" хворого на санаторно-курортне лікування, не забороняти йому займатися посильною домашньою роботою, щоб пацієнт не думав про наявність у

нього тяжкої хвороби.

♦Необхідно лікування пацієнта проводити паралельно із сімейною психотерапією. Родичів і близьких потрібно поінформувати про сутність страждань члена їх сім'ї. Вони повинні бути толерантними до зміни самопочуття хворого, деяких примх, необхідно приділити йому більше уваги, але не слухати його в усьому, не можна жаліти, потрібно вимагати виконувати посильні обов'язки, посилювати впевненість у видужанні.

Узагальнення та практичні поради практичному психологу

♦ Будь-яке захворювання викликає у хворого стан емоційного стресу різного ступеня. Практично завжди хвороба спричиняє ситуаційну реакцію і тривожне очікування. Ці стани призводять до структурної перебудови особистості з переважанням компонента "дитина", що описано в розділі "Психосоматика". У сфері мислення хворих збільшується питома вага афективної логіки. Оточуючі повинні пам'ятати, що хвора людина відрізняється від здорової, що ставлення до неї повинно бути особливим.

♦У багатьох хворих із функціональними порушеннями психіки змінюється суб'єктивне відчуття нічного сну. Вони 1 -2 рази за ніч прокидаються, а потім знову засинають. У цей час вони думають про різноманітні проблеми, пов'язані із хворобою. Суб'єктивно час тягнеться довго, і хворому здається, що він не спав усю ніч.

♦Психолог повинен спостерігати за циркадним ритмом зміни вітального тонусу хворого. Саме дані спостереження психолога в цьому плані нерідко допомагають встановити правильний діагноз і призначити адекватну психокорекцію чи психотерапію.

Питання для **самоконтролю**

1.Чому психолог повинен орієнтуватись у питаннях психосоматичних розладів?

2.Назвіть синоніми прихованої депресії.

3.Перерахувати клінічні варіанти прихованої депресії.

4.Які експериментально-психологічні методики використовують для диференційної діагностики психосоматичних порушень?

5.Назвіть вірогідні ознаки схильності до невротичного відреагування.

6.У чому полягає особливість циркадного добового ритму самопочуття при прихованій депресії?

7.Чому бажано, щоб хворий із психосоматичною патологією консультувався у одного психолога?

8.Наведіть типову схему психотерапії прихованої депресії.

9.Як за допомогою психотерапевтичних засобів купірувати напади діенцефального синдрому?

3.10. Ендогенні психози

Ендогенні психози - це психічні захворювання нез'ясованої етіології, розвиток яких не зумовлений дією екзогенних і психогенних факторів.

Достеменно відомо, що ендогенні психічні захворювання можуть бути пов'язані із спадковістю. Класичними видами ендогенних психозів, які виникають в основному, в молодому віці, є маніакально-депресивний психоз і шизофренія. Дуже близькі до ендогенних психозів інволюційна меланхолія і пресенільний параноїд. Генуїнна епілепсія займає проміжне місце між ендогенним і екзогенним психозами.

Маніакально-депресивний психоз (біполярний психотичний розлад)

Маніакально-депресивний психоз (МДП) - це психічна хвороба ендогенного характеру, яка проявляється однією або (частіше) двома зовні протилежними фазами (маніакальною і депресивною) з наявністю "світлого" проміжку (інтермісії) між ними без змін особистості в цей час [44:73].

Маніакальна фаза характеризується наявністю маніакального синдрому, який включає хворобливе піднесення настрою, прискорення мислення і мови та рухове збудження.

Згідно з критеріями **DSM-III-R,** маніакальній фазі МДП властиві такі симптоми:

1.Зміна настрою й емоційного стану. У хворого в маніакальному стані спостерігають підвищення настрою й ейфорію, яка проявляється максимальним афектом. Проте стан афекту є лабільним і може швидко перетворюватись на виражене вороже ставлення, особливо до спроби обмеження бажань хворого.

2.Зміни процесів мислення і стереотипу спілкування проявляються:

♦ скачкою ідей - постійною швидкою зміною однієї теми іншою;

♦ балакучістю - потік слів настільки сильний і сталий, що перервати прискорені процеси мислення практично неможливо;

♦ надцінними і маячними ідеями переоцінювання своїх можливостей, величі.

3. Постійне підвищення рухової активності. Хворий завжди знаходиться в стані безперервного руху.

4.Порушення схеми сну. Хворий не відчуває втоми, не потребує сну, не відпочиває і не спить по декілька діб підряд.

5.Хворий недостатньо вживає їжі, щоб компенсувати втрату енергії. Нерідко він не здатний перервати свою рухову активність, щоб поїсти, тому під час психотичної фази худне.

6.Нездатність хворого зосередитись внаслідок обмеження часу і порушення концентрації уваги. Він легко відволікається найслабшими подразниками навколишнього середовища.

7.Схильність хворого до марнотратства. Він витрачає багато грошей, не маючи їх у достатній кількості, на непотрібні йому речі.

8.Одяг хворого часто не відповідає ні вигляду, ні фігурі, ні соціальному становищу, ні ситуації. Спостерігають тенденцію до захоплення надмірною кількістю косметики і ювелірних прикрас.

9.Звичайний стереотип повсякденної сексуальної поведінки змінюється сексуальним і поведінковимрозгальмуванням.

10.В маніакальній фазі хворий на вигляд молодший свого віку.

11.Критична самооцінка хворого під час психотичної фази відсутня або різко занижена. Він не спроможний усвідомити відповідальність за негативні наслідки власної поведінки.

Депресивна фаза МДП характеризується **депресивною тріадою:** зниженням настрою (депресією), розумово-мовною і руховою загальмованістю.

Цій фазі властиві такі симптоми:

1. Зниження настрою супроводжується депресивним відтінком відчуттів і сприймань (зовнішній світ хворий сприймає бляклим і сірим, обличчя - людей сумними, час тягнеться надто довго, втрачається смак, часто спостерігають сенестопатії й алгічні відчуття в різних ділянках тіла), відчуття стискаючої туги в загрудинній ділянці, що нерідко поєднується з відчуттям тривоги або втратою звичайного емоційного (емпатичного) відреагування навіть при контакті з рідними і близькими. Втрачається можливість плакати з виділенням сліз.

2.Темп мислення сповільнюється. Пам'ять на більшість подій знижується, проте дещо загострюється на суб'єктивно неприємні події минулого. Можливий розвиток ідей самозвинувачення і самовиправдання. Активна увага послаблюється. Мова стає тихою, повільною, невиразною.

3.Спостерігається загальне послаблення потягів, проте на висоті депресії домінує потяг до самогубства, тому що депресія сягає такого ступеня, що життя здається безперспективним і нестерпним. Загальний об'єм цілеспрямованої діяльності зменшується аж до рівня депресивного ступору, проте інколи рухове заціпеніння змінюється руховою актив ністю, спрямованою на самогубство. Під час депресивної фази хворі втрачають інтерес до життя. Вони не задовольняють свої звичні потреби в плані самообслуговування (перестають стежити за собою, чистити зуби, не слідкують за випорожненнями кишечника тощо) [55:94].

4.Хворі втрачають апетит, відмовляються вживати їжу, внаслідок цього худнуть. Статевий інстинкт згасає.

5.Порушується сон, особливо тяжко заснути, сон поверхневий, хворі встають вкрай стомленими і "розбитими". Вітальний тонус вранці і в першій половині дня різко знижений. Під вечір стан хворих дещо поліпшується і вони спроможніми виконувати найпростіші дії в плані самообслуговування.

6.Наявна тріада Протопопова (тахікардія, мідріаз і запор), а також інші симптоми розладу діяльності вегетативної нервової системи (помірне підвищення артеріального тиску, сухість слизових оболонок і шкіри, дисменорея).

7.Хворі на вигляд значно старші свого віку. В жінок репродуктивного віку в цей час можуть припинятись менструації.

8. Критична самооцінка свого стану різко занижена або навіть відсутня, що є причиною вчинення самогубств.

Середня тривалість депресивної фази без лікування - від 3 до 9 місяців, при адекватному лікуванні її термін скорочується у 2 рази.

При виході хворого з депресивної фази вищенаведені симптоми зникають неодночасно. Передвісником закінчення психотичної фази є покращання сну й апетиту. Потім у хворого зникає відчуття тяжкості в тілі, і він починає більше рухатись поліпшується настрій. Період, коли він став спроможним виконувати активні дії, але депресивні переживання не зникли, є дуже небезпечним у плані можливого вчинення смогубства. При організації догляду за депресивним хворим родичі повинні пам'ятати про наявність високого ризику самогубств, особливо в згаданий критичний період виходу з депресивної фази. Є два типи перебігу МДП: біполярний, при якому захворювання проявляється двома зазначеними фазами, і монополярний, при якому спостерігають лише одну фазу (здебільшого депресивну) [68, с.78-79].

Жінки хворіють у 3-4 рази частіше, ніж чоловіки. Психоз розвивається переважно у віці 20-30 років, іноді пізніше.

Поряд із маніакально-депресивним психозом мають місце афективні розлади настрою.

Афективні розлади настрою **(F 30-39) –** це група розладів, при яких основне порушення полягає в зміні афекту або настрою, частіше в бік пригнічення (з почуттям тривоги або без нього) або підвищення. Зміни настрою супроводжуються зміною загального рівня активності. Для цієї групи захворювань є характерним тенденція до повторювання виникнення симптомів, вони можуть як співпадати зі стресовими ситуаціями, так і виникати без явної причини.

Маніакальний епізод **(F 30)** враховує гіпоманію (F 30.0), манію без психотичних симптомів (F 30.1) та манію з психотичними симптомами (F 30.2).

Гіпоманія (F 30.0) – це легкий ступінь манії, що характеризується легким підйомом настрою, підвищеною енергійністю й активністю, почуттям благополуччя, фізичною і психічною продуктивністю, що триває не менше декількох днів.

Психологічні діагностичні критерії:

А) дослідження самооцінки за K. Jaspers, лікарняний опитувальник MHQ по S Crown; шкала тестування PNRS, шкала WPRS, шкала IMPS;

Б) окремі субтести Векслера;

В) патохарактерологічний діагностичний опитувальник;

Г) окремі оцінні шкали MMPI.

За зазначеними методиками виявляються психопатологічні феномени, що характеризують маніакальний регістр-синдром.

Реабілітаційні заходи: здоровий спосіб життя, правильне чергування сну – неспання, праці – відпочинку, загартовування, загальнооздоровчі заходи [53:35].

Манія без психотичних симптомів **(F 30.1)** – це розлад, що характеризується вираженим підйомом настрою, значним підвищенням активності, втратою нормального соціального функціонування, вираженим відволіканням, підвищеною самооцінкою, ідеями величі, надоптимізмом, порушенням сприйняття, що тривають не менше тижня..

Психологічні діагностичні критерії:

А) дослідження самооцінки за K. Jaspers, лікарняний опитувальник MHQ по S Crown; шкала тестування PNRS, шкала WPRS, шкала IMPS;

Б) окремі субтести Векслера;

В) патохарактерологічний діагностичний опитувальник;

Г) окремі оцінні шкали MMPI.

За зазначеними методиками виявляються психопатологічні феномени, що характеризують маніакальний регістр-синдром.

Реабілітаційні заходи: здоровий спосіб життя, правильне чергування сну – неспання, праці – відпочинку, загартовування, загальнооздоровчі заходи [53:62].

Манія з психотичними симптомами **(F 30.2) –** це розлади, що відповідають клініці манії, однак виражені більш масивно, що супроводжуються маячennям величі, переслідування, що характеризується скачкою ідей, агресією, психомоторним збудженням.

Психологічні діагностичні критерії:

А) дослідження самооцінки за K. Jaspers, лікарняний опитувальник MHQ по S Crown; шкала тестування PNRS, шкала WPRS, шкала IMPS;

Б) окремі субтести Векслера;

В) патохарактерологічний діагностичний опитувальник;

Г) окремі оцінні шкали MMPI.

За зазначеними методиками виявляються психопатологічні феномени, що характеризують маніакальний регістр-синдром.

Реабілітаційні заходи: здоровий спосіб життя, правильне чергування сну – неспання, праці – відпочинку, загартовування, загальнооздоровчі заходи.

Узагальнення та практичні поради психологу

- Хворих із психотичними фазами МДП необхідно госпіталізувати в психіатричну лікарню.
- Хворих із маніакальною фазою МДП бажано госпіталізувати в різні відділення. Якщо їх помістити в одне відділення, між ними часто можуть виникати конфлікти, нерідко з вираженою агресією.
- У хворих із маніакальною фазою МДП розгальмовані статевий та харчовий інстинкти і знижене критичне ставлення до свого стану. Вони схильні порушувати лікарняний режим і морально-етичні норми поведінки. Тому за ними необхідно постійно спостерігати, щоб вчасно вжити адекватні заходи щодо запобігання грубих порушень правил поведінки.

Питання для самоконтролю

1.Визначення і типи перебігу МДП.

2.Клініка маніакальної фази МДП.

3.Клініка депресивної фази.

3.11. Шизофренія

Шизофренія - це ендогенне прогредієнтне психічне захворювання, яке характеризується дисоціацією психічних функцій, або розщепленням психіки, тобто втратою єдності психічних процесів, різноманітними продуктивними психопатологічними розладами, і яке призводить до змін особистості

особливого типу (зниження енергетичного потенціалу, прогресуюча інтраверсія, емоційне збіднення).

Частота цього захворювання -1,9-10,0 на 1000 випадків населення. В етіології шизофренії має значення генетичний фактор. Встановлено підвищений ризик розвитку шизофренії в родичів [62:54].

Якщо хворий один з батьків, то діти ймовірно захворюють у 15%випадків, якщо обоє (батько і мати) - в 40 %, онуки - в 4 %. Приблизно в 40 % випадків у родичів хворого виникає маніакально-депресивний психоз.

Існують також автоінтоксикаційна, вірусна, катехоламінова (дисфункція норадреналіну і дофаміну в мозку хворих), індоламінова (яка зумовлює участь серотоніну й індолових похідних у механізмах психічної діяльності), імунологічна та психодинамічна гіпотези етіопатогенезу шизофренії. Але всі ці теорії, крім генетичної, є недостатньо інтерпретованими і недостатньо науково обгрунтованими.

Встановлено, що куріння гашишу може спровокувати розвиток шизофренічного процесу. Вважають, що в більшості випадків приймання алкогольних напоїв зумовлює розвиток рецидивів шизофренії, проте в 30 % випадків алкоголізація спричиняє в'ялий, малопомітний для людей перебіг.

Дисоціація, або розщеплення психічних процесів, при шизофренії може відбуватись на трьох рівнях. На **першому рівні** (обов'язковому для всіх клінічних форм і типів перебігу хвороби) тією чи іншою мірою розщеплюється єдність між особистістю і навколишнім світом, що проявляється прогресуючою байдужістю і бездіяльністю, навіть коли потрібно діяти для забезпечення хоча б життєвих потреб, або хворобливою формою емоційно-вольового відреагування, коли хворий реагує і діє неадекватно.

На **другому рівні** розщеплення втрачається природний взаємозв'язок між двома і більше сферами психіки. Клінічно це проявляється неможливістю продуктивної діяльності при формально збереженому інтелекті (розщеплення між інтелектуально-мнестичною та вольовою сферами), в інших випадках - неадекватністю емоційного відреагування на подразники (розщеплення між сприйманням і емоційною сферою), нерідко - тотальною дисоціацією функціонування всіх основних сфер психіки,холи хворий сприймає одне, розуміє друге, емоційно забарвлює по-третьому, а чинить по-четвертому. В науковій літературі другий рівень розщеплення психічних процесів образно описують як "гру симфонічного оркестру без диригента".

У тяжких випадках спостерігають і **третій рівень** розщеплення психіки, коли настає дисоціація психічних процесів у сфері психіки. Це може бути: розщеплення сприйняття свого "Я"; симптом позитивного або негативного двійника, коли незнайому людину хворий сприймає як родича чи знайомого, а родича або знайомого - як "загримованого" незнайомця, здебільшого з лихими щодо хворого намірами; розщеплення мислення (розірваність мислення, розщеплення між фразами, фрагмента-ми фраз або окремими словами), паралогічне мислення (розщеплення між передумовою і висновком), резонерство (розщеплення між змістом і формою викладання думок), символізм (розщеплення смислу слова, коли значення його стає символом

іншого поняття), амбівалентність (розщеплення емоцій) і амбітендентність (розщеплення вольових процесів).

З перебігом захворювання розщеплення психіки поглиблюється і може сягати повного розпаду єдності й гармонійності психічних процесів.

Серед різноманітних клінічних ознак шизофренії розрізняють облігатні (обов'язкові) й другорядні симптоми. До облігатних проявів відносять **симптоми розщеплення психіки, зниження енергетичного потенціалу, згасання емоцій, аутизм, негативізм** і прояви **апатико-абулічного синдрому,** які поступово наростають. Другорядні симптоми визначають клінічну форму шизофренії **(галюцинації, маячення, синдром Кандінського-Клерамбо,** нев-**розоподібний і психопатоподібний синдроми, кататонічний, гебефренічний, онейроїдний, дементний синдроми** з відповідними симптомами, що їх формують).

Розрізняють такі основні клінічні форми шизофренії.

Проста форма. Основними клінічними проявами є поступове згасання емоційно-вольової активності, зниження енергетичного потенціалу, аутизм. Галюцинаторно-маячні включення виникають рідко і мають рудиментарний короткочасний характер.Початок простої форми шизофренії необхідно диференціювати з астенічною формою неврастенії і неврозоподібними синдромами, викликаними іншими захворюваннями. Основними діагностичними критерієм є прояви розщеплення між особою і зовнішним середовищем, які повільно, але неухильно наростають (перший рівень), утруднення, а потім і повна неможливість продуктивної діяльності при формально збереженому інтелекті, прогресуючий апатико-абулічний синдром і поступовий розвиток дефекту за апатичним типом. Ця форма шизофренічного процесу перебігає без ремісій за безперервно-прогредієнтним типом [52:43].

Параноїдна форма. Поряд з облігатними симптомами, на перший план виходять прояви маячного синдрому.

Маячення може з'явитись швидко, інколи раптово, частіше-поступово. На першому етапі захворювання виникає так звана маячна настороженість: відчуття безпідставної тривоги, відчуття, що повинно щось трапитись. Пізніше настає етап кристалізації маячної ідеї, яка має параноїдальний характер, а через певний період маяченнянабуває параноїдної форми. Досить часто на цьому етапі формується і розвивається **синдром психічного автоматизму (Кандінського-Клерамбо).**

Наявність розгорнутого синдрому психічного автоматизму з псевдогалюцинаціями, а також проявами ідеаторного, сенсорного і моторного автоматизму, як правило, свідчить про наявність параноїдної форми шизофренії. З перебігом захворювання на етапі розвитку шизофренічного дефекту паранощне маячення може трансформуватись у парафренний синдром. Параноїдна форма захворювання здебільшого має переривчасто-прогредієнтний тип перебігу.

Якщо в дебюті психозу поряд з маяченням наявні галюцинації, то таку форму захворювання називають галюцинаторно-параноїдною.

Кататонічна форма шизофренії проявляється-кататонічним збудженням або кататонічним ступором.

Кататонічне збудження необхідно диференціювати з маніакальним і єретичним. Основною відмінністю між кататонічним і маніакальним збудженням як одним із проявів маніакально-депресивного психозу є нецілеспрямований, хаотичний характер збудження при першому і цілеспрямований з переважанням мовного компонента над руховим при маніакальному. Еретичне збудження розвивається в осіб, які хворіють на олігофренію.

Кататонічне заціпеніння як прояв шизофренії потрібно відрізняти від реактивного, депресивного й апатичного ступорів. Основним диференційним клінічним тестом є наявність "живого споглядання" (хворий стежить за подіями) при ступорах нешизо-френічної природи [82:55].

Кататонічна форма шизофренії характеризується злоякісним перебігом і швидко призводить до деградації особистості за одним із шизофренічних типів.

Дещо кращий прогноз щодо якості ремісії спостерігають при так званій *онейроїдній формі* кататонічного ступору, коли явища м'язового і мовного заціпеніння поєднуються з онейроїдним синдромом.

Ця форма шизофренії має переривчасто-прогредієнтний тип перебігу.

Гебефренічна форма шизофренії, як правило, розвивається в підлітковому або юнацькому віці. При глибокому розщепленні психіки (нерідко на всіх трьох рівнях) розвивається гебефренічний синдром.

Ця форма має безперервно-прогредієнтиний тип перебігу і швидко призводить до інвалідності.

Клініка ***циркулярної форми*** шизофренії певною мірою нагадує маніакально-депресивний психоз і проявляється фазами маніакального і депресивного синдромів [96:93].

Маніакальне збудження при циркулярній формі шизофренії, на відміну від відповідної фази маніакально-депресивного психозу, менш природне, воно відштовхує від себе або викликає огиду чи співчуття. Нерідко супроводжується брутальним, із втратою найменших ознак самоконтролю, сексуальним розгальмуванням. Руховий компонент збудження переважає над мовним. Інтелектуально-мнестичний компонент мовного збудження не має характерних для маніакально-депресивного психозу дотепності, кмітливості, влучності. Руховому збудженню нерідко властиві виражені риси гебоїдності.

Клініка депресивної фази цієї форми шизофренії, на відміну від маніакально-депресивного психозу, проявляється монотонністю депресії, відсутністю циркадно-го добового ритму самопочуття і вітального тонусу, відсутністю тріади Протопо-пова, вираженням проявів апатичного або іпохондричного компонента з паралогічною чи маячною інтерпретацією сенестопатій.

Застосування меліпраміну часто посилює тривогу і загострює маячну симптоматику. Ця форма шизофренії відносно сприятлива. Вона перебігає нападоподібно з достатньо якісними ремісіями.

Останнім часом зростає питома **вага неврозоподібної психопатоподібної форм** шизофренії з в'ялим перебігом.

Ці форми шизофренії розвиваються повільно і непомітно. Явища деградації особистості за шизофренічним типом з'являються відносно пізно.

Фебрильна форма шизофренії розвивається після кількох рецидивів шизофренічного процесу з переривчастим перебігом, а інколи в дебюті захворювання. Як правило, спочатку з'являється маячна сплутаність, нерідко з онейрощ-ним компонентом. Через 1 -3 доби психомоторне збудження змінюється амен-тивним синдромом з елементами кататонІчного ступору. Різко підвищується температура, яка не знижується при прийманні ацетилсалцілової кислоти й амідопірину.

Прогресують явища зневоднення, язик висихає, губи тріскаються і запікаються кров'ю.

Без своєчасного застосування сучасних методів лікування ця злоякісна форма шизофренії найчастіше закінчується смертю [67:32].

У результаті лікування розвивається один з чотирьох **типів ремісій.** Ремісія "А" означає практичне видужання з відновленням працездатності, хворі не можуть виконувати тільки роботу, пов'язану з носінням зброї і користуванням вибуховими речовинами тощо. Ремісія "В" - продуктивна симптоматика зникає, але залишаються непсихотичні (астенічні або неврозоподібні) розлади. Працездатність при цьому обмежена. Як правило, хворих звільняють від роботи в нічні зміни. Ремісія "С" - психічний стан хворого покращується, але залишаються резидуальні психопатологічні розлади. При цьому типі ремісії хворий не працездатний, але може утримуватись у сімї під наглядом родичів. Ремісія "**D**" - психопатологічні розлади дещо зменшуються, але хворого не виписують із лікарні, бо він небезпечний для родичів, людей, які його оточують, і для себе. Інколи хвороба терапевтично резистентна, тоді психічний стан хворого після лікування практично не покращується.

При шизофренії часто розвиваються рецидиви захворювання. Передвісниками загострення хвороби, як правило, є такі ознаки:

♦відмова хворого приймати ліки;

♦зміна поведінки (уникнення контакту з родичами, підвищений інтерес до алкоголю, сексуальне розгальмування, надмірнекуріння);

♦втрата апетиту;

♦порушення сну;

♦немотивована стійка зміна настрою.

Як наслідок шизофренії у хворих розвивається специфічна деградація особистості. Основними її типами є такі:

♦апатико-дисоціативний (на фоні розщеплення єдності психічних процесів виникає виражений апатико-абулічний синдром, який сягає рівня повної соціально-трудової дезадаптації);

♦ювенільний (на перший план виходять ознаки шизофренічного недоумства в осіб, які захворіли в дитячому або підлітковому віці);

♦параноїдний (при розладі єдності психіки мають місце параноїдні включення або стійкий парафренний синдром);

♦психопатоподібний (при розщепленні єдності психіки має місце психопатоподібний синдром, як правило, за експлозивним типом);

♦змішаний тип (з'являються мозаїчні елементи вищеперерахованих типів деградації).

Хворі з вираженою деградацією, як правило, не потребують активного антипсихотичного лікування, але їм неохідно забезпечити належний догляд у сімї, а якщо зв'язки із сім'єю втрачені- шляхом госпіталізації в лікарні для психохроніків або у відповідні будинки-інтернати.

Психологічні діагностичні критерії:

Ознаки структурних порушень мислення, паралогічності, символістики й аморфності розумових процесів, сплощення й неадекватності емоцій; для дослідження використовуються методики, спрямовані на вивчення стану інтелекту, мислення, емоцій.

Реабілітпційні заходи: соціально-трудова реабілітація та психотерапія хворих на шизофренію включається до лікувального комплексу вже на початку захворювання та продовжується на протязі його розвитку та на віддалених етапах перебігу хвороби у відповідності до етапів реабілітації психічно хворих.

Психотерапія (проводиться після виходу з гострого стану):

- групова психотерапія спрямована на створення та збереження соціальної мережі;
- тренінг соціальних навичок;
- сімейна психотерапія з акцентом на створення позитивного емоційного клімату у родині [53:74].

Параноїдна шизофренія **(F 20.0)** характеризується параноїдним маяченням, що звичайно супроводжується галюцинаціями, особливо слуховими, розладами сприйняття. Розлад емоційної сфери, вольові і мовні порушення, кататонічні симптоми слабко виражені..

Психологічні діагностичні критерії: ознаки структурних порушень мислення, паралогічності, символістики й аморфності розумових процесів, сплощення й неадекватності емоцій; для дослідження використовуються методики спрямовані на вивчення стану інтелекту, мислення, емоцій.

Реабілітаційні заходи: Соціально-трудова реабілітація та психотерапія хворих на шизофренію включається до лікувального комплексу вже на початку захворювання та продовжується на протязі його розвитку та на віддалених етапах перебігу хвороби у відповідності до етапів реабілітації психічно хворих.

Психотерапія (проводиться після виходу з гострого стану):

групова психотерапія спрямована на створення та збереження соціальної мережі;

тренінг соціальних навичок;

сімейна психотерапія з акцентом на створенні позитивного емоційного клімату у родині.

Гебефренна шизофренія (F 20.1) — форма шизофренії, при якій виражені емоційні зміни, відзначаються фрагментарність і нестійкість маячення і

галюцинацій, безвідповідальна й непередбачувана поведінка, часто зустрічається манірність, характеризується параноїдним маячennям, що звичайно супроводжується галюцинаціями, особливо слуховими, розладами сприйняття. Розлад емоційної сфери, вольові і мовні порушення, кататонічні симптоми слабко виражені..

Психологічні діагностичні критерії: ознаки структурних порушень мислення, паралогічності, символістики й аморфності розумових процесів, сплощення й неадекватності емоцій; для дослідження використовуються методики спрямовані на вивчення стану інтелекту, мислення, емоцій.

Реабілітаційні заходи: Соціально-трудова реабілітація та психотерапія хворих на шизофренію включається до лікувального комплексу вже на початку захворювання та продовжується на протязі його розвитку та на віддалених етапах перебігу хвороби у відповідності до етапів реабілітації психічно хворих.

Психотерапія (проводиться після виходу з гострого стану):

групова психотерапія спрямована на створення та збереження соціальної мережі;

тренінг соціальних навичок;

сімейна психотерапія з акцентом на створення позитивного емоційного мікроклімату в родині.

Кататонічна шизофренія (F 20.2) - характеризується домінуванням психомоторних розладів, що можуть варіювати від гіперкінезів до ступору, або від автоматичного підпорядкування до негативізму, змушені пози можуть зберігатися довгостроково, важливою ознакою є епізоди агресивної поведінки.

Психологічні діагностичні критерії: ознаки структурних порушень мислення, паралогічності, символістики й аморфності розумових процесів, сплощення й неадекватності емоцій; для дослідження використовуються методики спрямовані на вивчення стану інтелекту, мислення, емоцій.

Реабілітаційні заходи: Соціально-трудова реабілітація та психотерапія хворих на шизофренію включається до лікувального комплексу вже на початку захворювання та продовжується на протязі його розвитку та на віддалених етапах перебігу хвороби у відповідності до етапів реабілітації психічно хворих.

Психотерапія (проводиться після виходу з гострого стану):

групова психотерапія спрямована на створення та збереження соціальної мережі;

тренінг соціальних навичок;

сімейна психотерапія з акцентом на створенні позитивного емоційного мікроклімату в родині.

Недиференційована шизофренія (F 20.3) - характеризується відсутністю чіткої репрезентованості попередніх діагностичних критеріїв і не вкладається ні в одну із форм.

Психологічні діагностичні критерії, реабілітаційні заходи: дивіться F 20.

Постшизофренічна депресія (F 20.4)- це депресивний епізод, що може бути тривалим і виникає як наслідок шизофренії, при цьому зберігаються деякі позитивні або негативні шизофренічні симптоми.
Психологічні діагностичні критерії, реабілітаційні заходи: дивіться F 20.

Резидуальна шизофренія (F 20.5) - це хронічна стадія в перебізі шизофренії, при якому спостерігається перехід від ранньої стадії до наступної, що характеризується такими необоротними негативними змінами, що довгостроково зберігаються.
Психологічні діагностичні критерії, реабілітаційні заходи: дивіться F 20.

Проста шизофренія (F 20.6) — це розлад, при якому відзначається поступовий, але прогресуючий розвиток дивнот у поведінці, нездатність відповідати вимогам суспільства, зниження загальної продуктивності.
Психологічні діагностичні критерії, реабілітаційні заходи: дивіться F 20.

Шизотиповий розлад (F 21) характеризується дивакуватою поведінкою, аномаліями мислення та емоцій, які нагадують ті, що спостерігаються при шизофренії, хоча на жодній стадії розвитку характерні для шизофренії порушення не спостерігаються.
Психологічні діагностичні критерії, реабілітаційні заходи: дивіться F 20.

Хронічні маячні розлади (F 22) — це група розладів, яка включає розлади, де хронічне маячення є єдиною або найбільш помітною клінічною характеристикою.
Психологічні діагностичні критерії, реабілітаційні заходу: дивіться Р 20.

Гострі та транзиторні психотичні розлади (F 23) - це група розладів, для яких характерні швидкозмінні полиморфні або типові шизофренічні симптоми.
Психологічні діагностичні критерії: ознаки структурних порушень мислення, паралогічності, символістики й аморфності розумових процесів, неадекватність емоцій. Для дослідження використовуються методики, спрямовані на визначення стану мислення, інтелекту та емоцій.
Реабілітаційні заходи: дивіться F 20.

Індукований маячний розлад (F 24) - це рідкий маячний розлад, що розділяється двома або більше особами з тісними емоційними контактами. Тільки один з цієї групи страждає істинним психотичним розладом, маячення індукується іншими членами групи в особливих умовах і звичайно проходить при розлученні.
Психологічні діагностичні критерії, реабілітаційні заходи: дивіться F 20

Шизоафективні розлади (F 25)— це епізодичні, приступоподібні розлади, при яких виражені шизофренічні та афективні симптоми, частіше одночасні, принаймні протягом кількох днів. Включає шизоафективний розлад маніакального типу, шизоафективнии психоз депресивного типу, шизоафективнии розлад сумісного типу.

Психологічні діагностичні критерії, реабілітаційні заходи: дивіться F 20 [53, с.18-23].

Узагальнення та практичні поради

♦Шизофренічний психоз, рецидив шизофренії або шизофреноподібний психоз можуть розвинутись у хворого, який знаходиться в будь-якому відділенні, тому психолог повинен орієнтуватись у цих ситуаціях.

♦При розвитку психозу психолог повинен вжити заходи щодо запобігання нещасного випадку і негайно проконсультувати хворого у психіатра.

♦Небезпечні предмети у хворого з психозом необхідно забрати.

♦Психолог не має права розголошувати інформацію про психічний стан хворого.

Питання для самоконтролю

1.Основні клінічні ознаки шизофренії.

2.Основні умови перебування хворого з психозом у стаціонарі.

3. Загальні психологічні діагностичні критерії шизофренії.

4. Основні реабілітаційні заходи з урахуванням форм протікання шизофренії.

5. Психологічні діагностичні критерії та реабілітаційні заходи параноїдної шизофренії.

6.Психологічні діагностичні критерії та реабілітаційні заходи гебефренної шизофренії.

7.Психологічні діагностичні критерії та реабілітаційні заходи кататонічної шизофренії.

8. Психологічні діагностичні критерії та реабілітаційні заходи недиференційованої шизофренії.

3.12. Епілептична хвороба

Епілептична хвороба характеризується великими і малими судомними нападами або їх психічними еквівалентами, а також змінами особистості за епілептичним типом.

Основною ознакою епілепсії є **великий судомний напад,** який розвивається раптово, без будь-якої зовнішньої причини. Йому можуть передувати так звані **передвісники,** які проявляються різними симптомами, але завжди одними і тими ж в одного й того ж хворого (біль і тяжкість у голові, відчуття розбитості, знижений настрій).

Нерідко спочатку з'являється **аура** ("подув") -різні хворобливі явища, які переживає хворий протягом декількох секунд безпосередньо перед виключенням свідомості. Зорова аура - видіння жахаючого характеру з яскравим, зловісним забарвленням: кривавo-червоним, чорним (прірва, клуби вогню, яскравого полум'я, будинки, що валяться тощо). При слуховій аурі хворі чують свист, барабанний бій, дзвін, тріск, іноді мелодії тощо. При нюховій аурі вони чують запахи, здебільшого неприємні (горілого м'яса, мертвеччини тощо). Смакова аура-поява неприємного відчуття в роті (гіркого, металічного тощо). Сенсорна аура -різні, іноді зовсім незвичні, відчуття власного тіла.

Часто виникають вісцеральні аури. Хворі скаржаться на раптовий, нападоподібний біль у животі, іноді напад нудоти і блювання, серцебиття, раптове настання ядухи, відчуття голоду і спраги. При руховій аурі в них раптово виникають різні рухи: скреготання зубами, жувальні рухи, раптовий біг уперед, окремі м'язові посмикування, тики тощо. Психічна аура проявляється появою у хворих відчуття тваринного страху, а іноді екстазу або блаженства [13:62].

Напад починається з виключення свідомості. Хворий падає на землю, як підкошений, іноді з пронизливим криком або мимренням. Розвивається фаза тонічних судом: тулуб вигинається в корчах, дихання затримується внаслідок спазму голосової щілини, обличчя, нігті, губи бліднуть, потім стають ціанотичними, набуваючи темно-синього кольору, звідки й виникла назва "чорна хвороба". У цей момент нерідко відбувається прикушування язика або внутрішньої поверхні щік. Рот скривлюється, голова повертається вбік. Здебільшого тонічна фаза триває до 30 секунд. Відтак тонічні судоми перетворюються на клонічні. При цьому дихання свистяче, на губах з'являється піна, іноді з домішкою крові. Хворий перебуває в коматозному стані. Реакції на подразники (слабкі й сильні) відсутні, зокрема зіниці на світло. Спостерігають захисну мигальну реакцію, відсутні сухожильні рефлекси, порушення регуляції сфінктерів (відбувається мимовільне сечовипускання, рідше дефекація), патологічні рефлекси. Пульс нитко-подібний. Найчастіше фаза клонічних судом триває 1-2 хв, рідко довше.

Після припинення судом хворий поступово з коматозного стану переходить у стан сопору, потім оглушення, який звичайно закінчується сном, що триває до 1 години. Іноді замість засинання переходить у стан ясної свідомості. Спочатку він розгублений, слабо орієнтується в ситуації, виникає олігофазія (хворий тяжко пригадує слова, особливо іменники, мова його обмежена), рухи погано координовані. Поступово свідомість цілком відновлюється, але нерідко протягом кількох годин, іноді навіть днів, хворі відчувають розбитість, скаржаться на головний біль і біль м'язів.

Малі напади характеризуються втратою свідомості (на 2-5 с),- відсутністю падіння хворого. При цьому можуть зберігатися поза, в якій хворий перебував до моменту нападу, і рухи, які він раніше виконував, але вони стають безладними, хаотичними. Спостерігають окремі м'язові скорочення, наприклад м'язів обличчя, мова незв'язна. Після закінчення нападу виникає амнезія.

Сам факт наявності судомного нападу або конвульсій не завжди свідчить, що в людини є генуїнна епілепсія. Ці пароксизми можуть бути зумовлені інтоксикацією, черепномозговою травмою, органічним ураженням головного мозку, правцем, гістріорними істеричними та конвертивними розладами, еклампсією вагітних тощо. Чим молодша дитина, тим менш зрілі в неї структури мозку, і при дії шкідливого фактора можуть розвинутися конвульсії (напади).

Психічні еквіваленти - це розлади психічної діяльності, що виникають пароксизмально; вони можуть розвиватися як у зв'язку з нападами, так і незалежно від них.

З численних форм психічних еквівалентів епілептичного нападу найчастіше (практично у всіх хворих) траплюються дисфорії. **Дисфорії** - це періодичні напади похмурого, буркітливо-дратівливого, злобного і понурого настрою з підвищеною чутливістю до будь-якого зовнішнього подразника, що часто супроводжується винятковою озлобленістю і роздратуванням. Такі зміни емоцій виникають з будь-якого, навіть незначного, приводу або і без нього. У стані дисфорії хворі схильні до конфліктів і агресивної малоконтрольованої поведінки. Тривалість дисфорій різна: від декількох годин до декількох днів.

Друге місце за частотою належить так званим абсансам. При абсансі у хворого на мить виключається свідомість, він замовкає на півслові, випускає предмети з рук, його погляд на хвильку скляніє. У такому стані хворий не падає, відразу ж отямившись, він продовжує виконувати перервану діяльність. Наявність абсансів хворі амнезують [28:83].

Запаморочливі стани свідомості В основі їх лежить порушення свідомості за типом хворобливо звуженої з оглушенням, а не відсутністю свідомості, як це властиво великому судомному нападу.

При раптовій зміні свідомості у хворих порушуються орієнтування в навколишньому середовищі, осмислення ситуації та її правильне оцінювання. Реальні події вони не сприймають зовсім або сприймають у спотвореному вигляді, іноді в протилежному значенні, тому вчинки хворих здаються зовні немотивованими і не відповідають ситуації. Хворі в запаморочливому стані небезпечні для себе, а також для людей, які їх оточують, оскільки не можуть керувати своїми діями, що призводить до найнесподіваніших вчинків: вбивст, підпалів тощо.

Після закінчення запаморочливого стану хворі амнезують весь його період. Тривалість запаморочливих станів свідомості -від кількох хвилин до кількох днів.

Запаморочливі стани свідомості, які розвиваються вночі, називають сомнабулізмом. Хворі підводяться з ліжка, починають щось шукати, нерідко розмовляють самі із собою, виходять на вулицю, залазять на дерева, паркани і дахи. Коли до них звертаються, вони не реагують. Іноді знову лягають у ліжко і засинають або ж, як і після закінчення судомного нападу, засинають у будь-якому місці. Тривалість сноходіння - кілька хвилин, рідше годин.

Епілептичний ступор спостерігають у міжнападовий періоді або безпосередньо після нападу; при цьому поряд із порушенням свідомості у хворих розвивається стан рухової загальмованості, іноді з явищами воскоподібної гнучкості, які тривають від кількох годин до кількох днів.

Епілептичний делірій. В основі деліріозних явищ лежить сноподібне затьмарення свідомості.

Хворі відчувають наплив яскравих зорових галюцинацій найрізноманітнішого змісту, поряд з якими іноді виникають і слухові галюцинації

імперативного характеру з маячною інтерпретацією. їхня поведінка відповідає характеру маячення та галюцинацій.

До епілептичних еквівалентів із порушенням психічної діяльності, але без подальшої амнезії, належать так звані **особливі стани** [29:31]**.**

В основі їх лежить особливий тип порушення свідомості: хворі розгублені, невиразно усвідомлюють свої переживання, в них різко порушуються відчуття простору і часу, взаємозв'язок між явищами, співвідношення величин. Частими є симптоми "вже баченого" і "ніколи не баченого", переживання "зміни світу", які викликають розгубленість і страх. Метаморфопсії мають найхимерніший характер, можливі галюцинації. Хворий діє відповідно до зміненого світовідчуття, але після виходу з цього стану спогади залишаються. Пережите, як правило, не зазнає маячної інтерпретації.

Епілептичний статус - це стан, коли конвульсійні напади повторюються один за одним і між окремими нападами не настає стан ясної свідомості.

Епілептичний статус становить небезпеку для життя хворого. Без надання йому належної допомоги може настати смерть від набряку мозку, легень або асфіксії.

Епілепсія належить до хронічних за своїм перебігом захворювань і в ряді випадків призводить до своєрідної деградації особистості. Однак вираженість останньої не завжди відповідає клінічній формі нападів та їх частоті. Чим швидше проявиться епілепсія, тим імовірніший розвиток психічних порушень і тим вираженіший характер вони мають.

У ранньому дитячому і підлітковому віці поява епілепсії часто призводить до затримки розумового розвитку.

Безконвульсійна епілепсія. Клінічний досвід свідчить про те, що в більшості випадків хвороба перебігає у два етапи. Нерідко на першому етапі конвульсійних нападів немає. Своєчасна діагностика й адекватне лікування безконвульсійної епілепсії є набагато ефективнішими. Виліковують 90 % хворих. Безконвульсійний етап хвороби здебільшого проявляється в дитячому і підлітковому віці [9:43].

Розрізняють такі імовірні ознаки безконвульсійної епілепсії:

Розлади сну. В ранньому дитинстві відзначають неспокійний сон із здриганнями, частим прокиданням, упертим плачем уночі без прокидання. У дітей дошкільного віку нерідко наявні нічні страхи. Діти шкільного віку в сні ходять, говорять, кричать, плачуть, сміються, цей період вони амнезують; бувають також нічні психомоторні напади з наявністю автоматичних цілеспрямованих однотипних дій. У підлітків домінують психомоторні напади, вони ходять у сні, бачать жахливі сни, відчуваючи при цьому страх, прокидаються вночі, інколи з подальшим просонковим станом і відсутністю відчуття бадьорості після сну та головним болем.

Больові пароксизми. Пароксизми головного болю при безконвульсійній формі епілепсії нагадують мігрень. На відміну від останньої, головний біль менш тривалий, більш стереотипний, не залежить від провокуючих факторів і вегетативної симптоматики.

Пароксизми абдомінального болю при безконвульсійній епілепсії чимось нагадують напади кишкової коліки, загострення гастриту або апендициту, проте напад болю починається раптово, лейкоцитозу немає, спазмолітики й анальгетики неефективні, а сам напад закінчується раптово.

Генералізовані пароксизми включають у себе:

♦ простий епілептичний абсанс - мимовільне, короткочасне виключення свідомості з втратою м'язового тонусу і свідомих активних дій, що стереотипно повторюється і не залежить від волі хворого; пароксизм триває мить чи кілька секунд, що достатньо для виключення активної уваги й усвідомлених цілеспрямованих дій;

♦ складний абсанс - це стан, коли при мимовільному короткочасному періодичному виключенні свідомості, що стереотипно повторюється, виникають інші клінічні симптоми: втрата м'язового тонусу (абсанс атонічний), прості елементарні мимовільні автоматичні дії (абсанс із коротким автоматизмом), зміна кольору слизових оболонок і шкірних покривів обличчя, інші вегетативні прояви (абсанс вегетативний), мимовільне сечовипускання (абсанс енуретичний);

♦ пароксизм з явищами енурезу - на відміну від невротичного енурезу і не тримання сечі внаслідок органічного ураження нервової системи або сечостатевих шляхів, при якому сечовий міхур під час сну спорожнюється повністю або майже повністю, при епілептичних безконвульсійних пароксизмах випускання сечі відбувається в незначній кількості й практично не залежить від впливу провокуючих факторів (переохолодження, вживання рідини ввечері тощо) [19:37].

Парціальні безконвульсійні пароксизми з простою симптоматикою, які характеризуються тим, що у хворих без видимих причин виникають різноманітні (елементарні або складні) чуттєві прояви: "повзання комах", парестезії, оніміння, відчуття зміни частин тіла; часткова або повна сліпота, випадіння поля зору, поява зорових порушень (іскри, полум'я, випромінювання); втрата слуху, відчуття хрящоту, тріску, шуму; поява неіснуючих запахів, розлади смаку з масивним слиновиділенням, жувальними і ковтальними рухами; однотипне повторення звуків і слів, а також напади епілептичного запаморочення і пароксизмальних знепритомнень. Знепритомнення епілептичного генезу, на відміну від знепритомнення внаслідок недостатності церебральних механізмів кровообігу або раптового розвитку вираженої церебральноїгіпоксГї, розвивається раптово (без попередньої загальної слабості, запаморочення, шуму в голові, розладів зору і слуху, гіпергідрозу). При цій патології можуть виникнути аура, миттєва втрата свідомості, раптове падіння з отриманням сильних ударів тіла і вихід з непритомного стану через оглушення, дезорієнтацію, психомоторне збудження або постпароксизмальний сон. Ретроградна амнезія з високим ступенем імовірності свідчить про те, що втрата свідомості може бути проявом безконвульсійної епілепсії [89:38].

Парціальні безконвульсійні пароксизми зі складною симптоматикою, включають наступні психічні феномени. Пароксизми порушень пам'яті проявляються періодичними миттєвими й однотипними порушеннями пам'яті, зокрема пригадуванням при збереженій свідомості. Ідеаторні пароксизми - це

своєрідні стани, коли раптово виникає яскрава домінуюча настирлива ідея, що витісняє всі інші. Пароксизм триває від кількох секунд до кількох годин. Стан частково забувається.

Афективні пароксизми -цераптова зміна настрою, переважно з експлозивним відтінком. Інколи пароксизм закінчується амнезією, часто з подальшим засинанням. Психосенсорні пароксизми проявляються зміною сприймання навколишнього світу (дереалізацією) або власного тіла, власних думок, переживань, оцінки свого "Я" (деперсоналізацією).

При сноподібних станах, спостерігають симптоми "'вже баченого, "ніколи не баченого", "вже пережитого", "ніколи не пережитого", "вже чутого", "ніколи не чутого". До цієї групи пароксизмів належать також запаморочливі стани свідомості. Свідомість раптово звужується, хворі стають дезорієнтованими, не розуміють, що з ними відбувається, не впізнають родичів, близьких, знайомих, можуть здійснити нічим не зумовлені, безглузді вчинки, в тому числі й небезпечні з тяжкими наслідками. Транс - це своєрідний розлад свідомості, коли хворий автоматично виконує складні акти трудової діяльності, немотивовані поїздки, подорожі з подальшою амнезією [58:73].

Змішані пароксизми мають поліморфний характер і включають елементи описаних пароксизмів.

Епілептична хвороба нерідко призводить до своєрідних **змін особистості.** Вона проявляється розвитком недоумства та своєрідних змін характеру.

Основною ознакою **епілептичного недоумства** є деталізація мислення, яка проявляється неможливістю відрізнити основне від другорядного, своєрідною в'язкістю, малорухомістю мислення. Відповісти коротко й швидко на поставлене запитання хворий не може, про найістотніше може не встигнути розповісти, зосередившись на другорядних, непотрібних деталях.

Пам'ять хворих порушена: вони забувають окремі слова, тяжко засвоюють нову інформацію. Змінюється характер: з одного боку, хворі занадто улесливі й люб'язні до нудоти, вживають багато зменшувальних слів, ("ліконьки", "погодка", "мікстуронька" тощо), в роботі занадто акуратні й педантичні, з іншого - характерні спалахи гніву і злостивості, прискіпливості в дрібницях, злопам'ятство і мстивість, тобто для хворих на епілепсію типовою є полюсність характеру (загострення протилежних його рис) [73, с.19-25].

Узагальнення та практичні поради

♦Хворі на епілепсію схильні до дисфорій і агресії, тому психолог повинен поводити себе з ними особливо коректно і попередити близьких про особливості його психічного стану, щоб запобігти конфліктам.

♦Хворим на епілепсію властиві егоїзм і егоцентризм, вони схильні до конфліктів. Психолог повинен проводити психопрофілактику конфліктних ситуацій між хворими.

Питання для самоконтролю

1.Чи обов'язково розвиток конвульсійного нападу свідчить про наявність епілепсії?

2.Клініка великого конвульсійного нападу і тактика патопсихолга при ньому.

3.Типові зміни особистості хворих на епілепсію.

3.13. Інволюційні психози, що не призводять до слабоумства

Основними формами інволюційних психозів, що не призводять до слабоумства, є пресенільна депресія і пресенільний параноїд. Найчастіше вони розвиваються в жінок віком 40-60 років, як правило, на фоні вираженого клімаксу, здебільшого після психотравми. Форма психозу значною мірою залежить від преморбідних рис характеру і типу особистості.

Пресенільна (інволюційна) депресія переважно розвивається у осіб із психастенічними рисами характеру в преморбіді. У молодому віці їм були властиві тривожні помисли, м'якість і делікатність у поведінці, сором'язливість, вони не вміли постояти за себе тощо.

Клініка пресенільної депресії про являється тужливо-тривожним настроєм, песимістичними думками і переживаннями, які стосуються майбутнього хворого і членів його сім'ї. Здебільшого депресія має елементи ажитації: хворий плаче, лементує, стогне, заламує руки тощо. Нерідко виникають маячні ідеї самозвинувачення, винуватості, гріховності, він відмовляється вживати їжу, бо "не заслуговує їсти", "за їжу нікому платити", бо "розорює родину, державу" тощо. Хворі слабнуть, марніють, страждають від безсоння. З минулого вони пригадують лише неприємні факти, але депресія в основному спрямована в майбутнє: "У минулому не було нічого хорошого, зараз дуже погано, а майбутнє буде жахливим". На висоті психозу можливе приєднання маячення Котара. При цьому синдромі розвивається нігілістичне маячення грандіозного фантастичного змісту. Хворі впевнені, шо їх внутрішні органи відмерли, кров зникла, що вони є живими трупами. Заявляють про загибель усього живого і кінець світу. Стверджують, що їх звинувачують у скоєнні тяжких злочинів, за які вони заслуговують на жахливі катування і жорстоку страту. Деякі з них заперечують можливість самої смерті й впевнені, що будуть страждати за свої гріхи протягом тисяч років або і вічно[5:27].

Такі хворі схильні до скоєння суїцидів. Здебільшого тривалість захворювання - від 4 до 9 місяців, рідко більше. При адекватному лікуванні термін психозу скорочується.

Пресенільний параноїд розвивається в інволюційному віці, здебільшого при "гіпопараноїчній конституції". Виникає в егоїстичних, самовпевнених, упертих, недовірливих жінок із твердими і ригідними рисами характеру, владних, які прагнуть боротися і до того ж перебувають у несприятливих умовах життя, передусім особистого.

Здебільшого психоз розвивається поступово. Виникає і викристалізовується маячення переслідування, фізичних або моральних збитків. За структурою маячення має переважно парано яльний характер, галюцинацій практично не буває. Хворі змінюють своє ставлення до людей, які їх оточують, оцінка дійсності в них неправильна. Висловлювання спочатку мають характер реальності (в принципі такі події могли відбуватися), нерідко

стосуються минулого або позв'язані із змінами афекту й оманами пам'яті, інколи частково незрозумілі й фантастичні. Емоційно-вольовий стан хворих різний, часом суперечливий, депресивний, піднесений або мінливий, тривожно-полохливий, дратівливий і недовірливий; здебільшого вони шукають співчуття або, навпаки, сповнені сил та енергії, віри в "перемогу" над нереальними ворогами і схильні до переоцінення своєї особистості.

Хвороба має тенденцію до тривожного безремісійного перебігу і не призводить до грубих порушень цілісності особистості, пам'яті та інтелекту. Багатьох хворих після тривалого перебування в лікарні виписують із стаціонара, і вони пристосовуються до життя. За сприятливих соціальних і домашніх умов деякі з них більше не потрапляють до психіатричної лікарні, тяжко хворі стають її постійними пацієнтами [15:29].

У профілактиці інволюційних психозів велике значення мають формування з дитинства гармонійної особистості з врівноваженими рисами характеру і корекційні заходи щодо запобігання патологічному клімаксу та належного соціального забезпечення людей пенсійного віку.

Узагальнення та практичні поради

♦У зв'язку з тимчасовим погіршенням соціальних умов нестабільного перехідного періоду частота інволюційних психозів має тенденцію до зростання. В інволюційному віці природно переважають різні соматоневрологічні хвороби.

♦Особливо треба мати на увазі можливість реалізації ними суїцидальних тенденцій, необхідно слідкувати за вживанням їжі.

Питання для самоконтролю

1.Які основні фактори впливають на розвиток пресенільних психозів? Їх класифікація.

2.Психопрофілактика пресенільних психозів.

3.14. Психози похилого і старечого віку, які призводять до слабоумства

Найчастішим видом психозу, який розвивається в інволюційному віці і призводить до тотальної деменції, є **хвороба Альцгеймера.** Вона зумовлена атрофією головного мозку. Інколи ця хвороба передається спадково.

Захворювання проявляється в осіб віком 50-60 років симптомокомплексом із шести «А»: **1) амнезія,** яка з часом сягає рівня амнестичного дезорієнтування; 2) амнестична і сенсорна **афазія** (хворий перестає розуміти мову та забуває значення предметів і понять); 3) **алексія** (втрата навичок читання); 4) **аграфія** (втрата навичок письма); 5) **акалькулія** (втрата навичок рахування); 6) **апраксія** (втрата здатності виконувати звичні, в тому числі й автоматизовані, дії). У 30-40 % випадків на початкових етапах захворювання спостерігають рудиментарні галюцинації і слабосистематизовані маячні ідеї матеріальних збитків, ревнощів або переслідування. Через 8-10 років, у кінцевій стадії захворювання, відзначають повний розпад психічної діяльності, безпомічність і тотальну афазію. Настає маразм. Хворі лежать в ембріональній позі, з'являються схоплювальні автоматизми, насильний сміх і плач, а також різноманітні гіперкінези. Прогноз несприятливий. Ефективних методів лікування не існує.

На пізніх етапах процесу хворі, як правило, потребують госпіталізації в психіатричний стаціонар або влаштування в інтернат для хворих на хронічні психічні хвороби.

Серед старечих психозів найпоширенішим є **старече (сенільне) слабоумство.** Захворювання починається у віці 65-75 років і проявляється змінами особистості, які поступово наростають, зокрема загостренням та спотворенням попередніх рис характеру: акуратність перетворюється в дріб'язкову педантичність, бережливість - у скупість, твердість - у впертість тощо. Поряд із цим з'являються сенільні риси: звужуються кругозір та інтереси, втрачаються зв'язки з довкіллям, наростють егоцентризм, підозріливість, прискіпливість, злісність.

Слабоумство розвивається як прогресуюча амнезія згідно із **законом Рібо:** спочатку хворий втрачає досвід, набутий недавно, найдовше зберігає раніше набутий і закріплений досвід. У міру перебігу хвороби наростають грубі розлади пам'яті (амнестична дезорієнтація, фіксаційна та хронологічна амнезія). Зрештою повністю втрачає знання, професійні та інші навички. Змінює адекватне впізнавання людей, які його оточують, до його спотворення і переміщення в далеке минуле: хворі вважають себе дітьми, оточеними рідними та давно померлими родичами. Нерідко вони не впізнають себе в дзеркалі. Нестримно знижується рівень суджень, з'являються благодушність, безтурботність, ейфорія. Поступово настає повний розлад усіх видів психічної діяльності: тотальна деменція (слабоумство) та фізичний маразм. При прогресуючій деменції можуть виникати психотичні розлади з рудиментарними проявами (депресія, манія, конфабуляція, маячення обкрадання).

Питання для самоконтролю

1.Психодіагностичні критерії хвороби Альцгеймера.

2.Психодіагностичні критерії старечих психозів.

Контрольні тестові завдання до розділу 3:
ПАТОПСИХОЛОГІЯ

1. При гіперстенічній формі неврастенії переважають симптоми:
А) загальної слабкості, млявості;
Б) нестерпність будь-яких подразників і навантажень;
В) зниження загального життєвого тонусу;
Г) дратівлива слабкість.

2.Тривала апатія з байдужим ставленням до загрозливої ситуації і навколишнього середовища – це прояви:
А) реактивного збудження;
Б) реактивного ступора;
В) емоційного паралічу;
Г) затяжного психогенного неврозу.

3.Важливим диференційно-діагностичним критерієм, за допомогою якого можливо запідозрити наявність психосоматичного захворювання, є:
А) фрустраційна та емоційна напруженість;
Б) енергетичний потенціал і антистресова стійкість;
В) розвиток ендогенної прихованої депресії;
Г) атиповість клінічних проявів;

4.Біль у ділянці серця є проявом такого варіанту маскованої депресії, як:
А) агрипічний;
Б) алгічно-сенестопатичний;
В) діенцефальний;
Г) обцесивний.

5.Головний біль є проявом такого варіанту маскованої депресії, як:
А) агрипічний;
Б) алгічно-сенестопатичний;
В) діенцефальний;
Г) обцесивний.

6.Біль у різних ділянках живота є проявом такого варіанту маскованої депресії, як:
А) агрипічний;
Б) алгічно-сенестопатичний;
В) діенцефальний;
Г) обцесивний.

7.Стійке безсоння є проявом такого варіанту маскованої депресії, як:
А) агрипічний;
Б) алгічно-сенестопатичний;
В) діенцефальний;

Г) обцесивний.

8. Підвищений бал за шкалою депресії відповідно до результатів психодіагностики за стандартизованим тестом MMPI вказує на:
А) депресивну іпохондрію;
Б) маніакальну іпохондрію;
В) приховану депресію;
Г) соціальну інтроверсію.

9. Підвищення більшості "емоційних" шкал відповідно до результатів психодіагностики за стандартизованим тестом MMPI вказує на:
А) приховану депресію;
Б) маніакальну іпохондрію;
В) невротичні зміни особистості;
Г) соціальну інтроверсію.

10. Невротичний генезис сомато-вегетативних проявів може підтвердити психодіагностику за шкалою:
А) депресії за стандартизованим тестом MMPI;
Б) істерії за стандартизованим тестом MMPI;
В) невротизації за стандартизованим тестом "Невротизація-психопатизація";
Г) психопатизації і соціальної інтраверсії за стандартизованим тестом MMPI.

11.При проведенні психодіагностики за шкалами самооцінки (шкала тривоги W . W . Zung,, лікарняного опитувальника MNQ, S Grown; шкали тестування депресій M.Y. Hamilton, шкали тестування FKD, шкали WPRS) виявляються психопатологічні феномени, які характеризують регістр-синдром підвищеної тривожності, що вказує на прояви:
А) тривожного розладу органічної природи;
Б) кататонічного розладу органічної природи;
В) органічного маячного розладу;
Г) органічного афективного розладу.

12.При проведенні психодіагностики виявляють різні рівні порушення свідомості, розлади психомоторики, порушення аутоідентифікації, що вказує на прояви:
А) гебефренної шизофренії;
Б) параноїдної шизофренії;
В) кататонічної шизофренії;
Г) недиференційованої шизофренії.

13.Форма шизофренії, при якій виражені емоційні зміни, відзначається фрагментарність і нестійкість маячення та галюцінацій, безвідповідальна й непередбачувана поведінка, часто зустрічається манірність, яка характеризуэться параноїдним маяченням, що звичайно супроводжується галюцінаціями, особливо слуховими, розладами сприйняття, емоційної сфери, вольовими та мовними

порушеннями, кататонічні симптоми при цьому слабко виражені – це:
А) параноїдна шизофренія;
Б) гебефренна шизофренія;
В) кататонічна шизофренія;
Г) недиференційована шизофренія.

14.Шизофренія, яка характеризується домінуванням психомоторних розладів, що можуть варіювати від гіперкінезів до ступору, або від автоматичного підпорядкування до негативизму, змушені пози можуть зберігатися довгостроково, важливою ознакою є епізоди агресивної поведінки – це:
А) параноїдна шизофренія;
Б) гебефренна шизофренія;
В) кататонічна шизофренія;
Г) недиференційована шизофренія.

15. Облігатні (обов'язкові) симптоми шизофренії – це:
А) галюцінації;
Б) симптоми розщеплення психіки;
В) маячення;
Г) синдром Кандінського-Клерамбо.

16. Облігатні (обов'язкові) симптоми шизофренії – це:
А) галюцінації;
Б) зниження енергетичного потенціалу;
В) маячення;
Г) синдром Кандінського-Клерамбо.

17. Облігатні (обов'язкові) симптоми шизофренії – це:
А) галюцінації;
Б) згасання емоцій;
В) маячення;
Г) синдром Кандінського-Клерамбо.

18. Облігатні (обов'язкові) симптоми шизофренії – це:
А) галюцінації;
Б) аутизм;
В) маячення;
Г) синдром Кандінського-Клерамбо.

19. Облігатні (обов'язкові) симптоми шизофренії – це:
А) галюцінації;
Б) негативізм;
В) маячення;
Г) синдром Кандінського-Клерамбо.

20. Облігатні (обов'язкові) симптоми шизофренії – це:
А) галюцінації;
Б) апатико-абулічний синдром;
В) маячення;
Г) синдром Кандінського-Клерамбо.

21. Другорядні симптоми психіки – це:
А) розщеплення психіки;
Б) аутизм;
В) галюцінації;
Г) негативізм.

22. Другорядні симптоми психіки – це:
А) розщеплення психіки;
Б) маячення;
В) галюцінації;
Г) негативізм.

23. Другорядні симптоми психіки – це:
А) розщеплення психіки;
Б) маячення;
В) синдром Кандінського-Клерамбо;
Г) негативізм.

24. Другорядні симптоми психіки – це:
А) розщеплення психіки;
Б) маячення;
В) неврозоподібний синдром;
Г) негативізм.

25. Другорядні симптоми психіки – це:
А) розщеплення психіки;
Б) маячення;
В) психопатоподібний синдром;
Г) негативізм.

26. Другорядні симптоми психіки – це:
А) розщеплення психіки;
Б) маячення;
В) кататонічний синдром;
Г) негативізм.

27. Другорядні симптоми психіки – це:
А) розщеплення психіки;
Б) маячення;

В) гебефренічний синдром;
Г) негативізм.

28. Другорядні симптоми психіки – це:
А) розщеплення психіки;
Б) маячення;
В) онейроїдний синдром;
Г) негативізм.

29. Другорядні симптоми психіки – це:
А) розщеплення психіки;
Б) маячення;
В) дементний синдром;
Г) негативізм.

Розділ 4
ПСИХОЛОГІЯ АНОМАЛЬНОГО РОЗВИТКУ

Крім соматогенних і функціональних перехідних порушень психіки, ендогенних психозів, а також порушень психіки внаслідок інтоксикації (в тому числі етанолом, наркотиками і токсикоманними середниками), в психологічній практиці виділяють аномалії розвитку особистості. Основними видами цих аномалій є олігофренія (згідно з МКХ-10, вона віднесена до рубрики **"Розумова відсталість")** і психопатія (згідно з МКХ-10, віднесена до рубрики **"Розлади зрілої особистості й поведінки в дорослих"**).

4.1. Олігофренія характеризується недорозвитком інтелекту і психіки в цілому, пов'язаним з ураженням центральної нервової системи у внутрішньоутробному періоді або в ранньому віці, що не має тенденції до прогресування.

Відповідно до етіологічного чинника, виділяють три групи олігофреній. Перша група - олігофренії ендогенної природи (ураження генеративних клітин батьків):

- ♦ Хвороба Дауна.
- ♦ Справжня мікроцефалія.
- ♦ Ензимопатичні форми олігофренії із спадковими порушеннями різних видів обміну (білкового, вуглеводного, жирового), фенілкетонурія, галактоземія, фруктоземія, гістидинемія тощо.

♦ Клінічні форми олігофренії, які характеризуються поєднанням малоумства із захворюванням кісток, шкіри (дизостозична, ксеродермічна).

Друга група - ембріо- і фетопатії:

♦ Олігофренія, зумовлена краснухою, перенесеною матір'ю під час вагітності (рубеолярна ембріопатія).

♦ Олігофренія, викликана іншими вірусами (грипом, епідемічним паротитом, вірусним гепатитом, цитомегаловірусною інфекцією).

♦ Олігофренія, зумовлена токсоплазмозом і лістеріозом.

♦ Олігофренія, що виникла на основі уродженого сифілісу.

♦ Клінічні форми олігофренії, які розвинулися внаслідок гормональних порушень у матері або під впливом екзо- й ендотоксичних агентів.

♦ Олігофренія, спричинена гемолітичною хворобою новонароджених.

Третя група -різновиди олігофреній, що виникли внаслідок дії різних шкідливих факторів під час пологів і в ранньому дитинстві:

- ♦ Олігофренія, пов'язана з родовою травмою й асфіксією.
- ♦ Олігофренія, викликана черепномозковою травмою в постнатальний період (у ранньому дитинстві).
- ♦ Олігофренія, зумовлена перенесеними в ранньому дитинстві енцефалітом, менінгоенцефалітом, менінгітом [34:63] .

За вираженням клінічних проявів олігофренії виділяють три її ступені: **дебільність, імбецильність та ідіотію.**

Дебільність є найлегшим ступенем недорозвитку інтелекту, їй властиві різноманітні клінічні прояви. Можливості навчання і соціальної адаптації таких хворих обмежені. Вони не можуть відрізнити основне від

другорядного, плутають явища. При незначному порушенні здатності до абстракції хворі діти виконують досить складні завдання, проте і в цьому разі їх розумовий розвиток нижчий, ніж у здорових дітей того самого віку.

Хворі, які мають хорошу пам'ять, здатні запам'ятовувати вірші, пісні, прислів'я, приказки, але, не завжди розуміючи зміст завченого, застосовують їх не до ладу. Поведінка часто наслідувальна, залежить від випадкових подразників і позбавлена планомірності, врахування кінцевої мети; часто в ній є інфантильні риси. Так, хворий віком 19 років може разом із 5-річною дитиною гратися "пісочними" іграшками, камінцями тощо.

Імбецильність - це ступінь олігофренії середньої тяжкості, при якому можливе, хоч і обмежене, утворення умовних зв'язків, тобто набуття деяких рухових навичок і мови.

Ці хворі можуть відрізняти близьких людей від сторонніх, їстивне від неїстивно-го, користуватися посудом, одягом, олівцем, іграшками, виконувати найпростіші види роботи, наприклад копати, щось переносити тощо. Вони впізнають знайомі їм предмети, зображені на малюнку, можуть назвати їх, але зрозуміти зміст якоїсь складної за сюжетом картинки здебільшого не спроможні. Вони звичайно не вміють як слід поводитися на уроках у школі: підводяться з місця і ходять по класу під час уроку, не реагують на зауваження вчителя. Одні з них байдужі до всього, що відбувається довкола, мляві, інші -дратівливі, злобні чи навпаки, добродушні, привітні, працьовиті [65:54].

Ідіотія - це найтяжчий ступінь недорозвитку інтелекту, при якому умовні рефлекси майже або зовсім не виробляються. Внаслідок цього у хворих не розвивається мова, вони не набувають навичок не лише трудових, а й самообслуговування: не можуть одягатися або роздягатися, вмиватися, користуватись посудом, їдять тільки зі сторонньою допомогою. Не розвиваються в них вищі емоції (сором, бридливість, вдячність тощо). У тяжких випадках хворі не можуть навіть навчитися стояти, ходити, відрізняти їстивне від неїстивного, близьких осіб від сторонніх.

У хворих із легкою формою ідіотії можуть вироблятися деякі умовні рефлекси. Вони впізнають близьких, виявляють до них прихильність, розуміють найпростіші фрази, жести і міміку людей, які їх оточують, здатні навіть самі вимовляти деякі слова, але запас цих слів невеликий. Хворі можуть самостійно їсти, реагувати на все, що відбувається, уникати небезпеки, плакати і сміятися. Однак моторика в них обмежена, не координована, вони роблять багато зайвих, непотрібних рухів, тоді як точні, тонкі та більш диференційовані рухи (наприклад, шиття) їм не вдаються.

Хворі на ідіотію, особливо на тяжку її форму, здебільшого лежать, багато часу сплять, прокидаючись від голоду, холоду, болю тощо. Іноді виникає стан збудження, коли вони галасують, мимрять, плачуть, кусаються, стають агресивними без зовнішніх причин.

Олігофренія являє собою недорозвиток не лише психічних функцій, а й всього організму. Причини цього недорозвитку різні, тому соматичні й не-врологічні симптоми хвороби дуже різноманітні.

Будова тіла у хворих на олігофренію здебільшого неправильна, диспластична. Розміри тулуба і кінцівок не відповідають одне одному. Зріст, розміри голови, маса тіла, розвиток волосяного покриву і жирової тканини недостатні або надмірні. Можуть спостерігатися неправильний рістзубів, "заяча" губа, "вовча паща", альбінізм, перетинка між пальцями, неправильна їх кількість (полідактилія), відхилення в розвитку внутрішніх органів [34:38].

При неврологічному обстеженні виявляють різноманітні порушення, як локальні, так і загальномозкові (наприклад, при гідроцефалії). Моторика і мова хворих також порушені, розвиваються із запізненням. Рухи незграбні, часто виникають різні дефекти мови.

Олігофренія як хвороба не прогресує. Але це не означає, що стан хворих залишається незмінним впродовж усього їхнього життя. За сприятливих умов виховання і навчання (в спеціальних школах) хворі на олігофренію при ступені імбецильності й, особливо, дебільності можуть до певної міри розвиватися, оволодівати деякими шкільними знаннями, набувати навичок якоїсь професії і згодом працювати.

Психологи, які працюють у будинках для немовлят та інтернатах для дітей-сиріт, у своїй практичній діяльності постійно мають справу з дітьми, в яких особливості психічного розвитку значною мірою визначаються наявністю проявів так званої **"психічної депривації".** Це явище можна було тимчасово спостерігати в післявоєнний час, зараз воно значно поширюється внаслідок зростання соціально-економічних негараздів і зниження моральності суспільства. Багато дітей, які виховуються в притулках, народилися з певними дефектами психіки, зумовленими тим, що батьки, які їх покинули, зловживали спиртними напоями, наркотиками, не турбувались про нормальний перебіг вагітності й пологів. У зв'язку з економічними труднощами такі діти не отримують належного комплексу медико-педагогічної корекції, внаслідок чого ті дефекти психіки, які в принципі піддаються корекції, в них прогресують.

Крім цього, діти-сироти позбавлені повсякденних прикладів для наслідування, які мають діти, що виховуються в сім'ях.

Одним із проявів синдрому психічної депривації є так званий **елективний** мутизм, який характеризується вираженою емоційно зумовленою вибірковістю під час розмови. У дитини у звичних для неї ситуаціях мова задовільна, але вона не може розмовляти в незвичних для неї ситуаціях. Типовим є те, що дитина розмовляє з добре знайомими вихователями або близькими друзями, але мовчить, коли до неї звертаються сторонні люди. Здебільшого елективний мутизм поєднується з іншими вираженими особливостями особистості, зокрема із соціальною тривожністю, відгородженістю, підвищеною емоційною чутливістю або впертістю [108:13].

У структурі синдрому психічної депривації нерідко виникає реактивний розлад прихильності дитячого віку (у немовлят та маленьких дітей). Характерними є боязливість і підвищена настороженість, які не зникають при спробах втішити дитину. Типовими є погана соціальна взаємодія з ровесниками, дуже часті акти алло-й аутоагресії. Такі діти перебувають у стані постійного душевного страждання.

Маленькі діти з цим субсиндромом виявляють амбівалентні соціальні реакції, які найбільш очевидні в період розлуки або зустрічі. Так, малюки можуть наближатись до вихователя або няні, відвернувши погляд, або пильно дивитись у той бік тоді, коли їх тримають на руках. Вони реагують на осіб, які надають турботливу допомогу, своєрідно реакцією: поєднуються зближення, ухилення і супротив. Емоційні розлади проявляють зовнішнім стражданням, відсутністю емоційного резонансу, реакцію аутизації (наприклад, діти можуть на тривалий час згорнутись "калачиком" на підлозі, ні з ким не спілкуючись і нічим не цікавлячись) і агресивними реакціями в психотравмуючій ситуації. У деяких випадках виникає боязлива і підвищена настороженість ("заморожена пильність"), на яку не впливають спроби втішити. Здебільшого діти проявляють цікавість до спілкування з ровесниками, але повноцінного ігрового контакту не настає внаслідок відсутності емпатії або домінування негативних емоцій.

Реактивні розлади прихильності майже завжди виникають внаслідок грубого і нетактовного ставлення до дитини. При створенні адекватного психологічного клімату цей субсиндром нівелюється.

Тоді, коли дитина, яка звикла до батьків, втрачає їх і переходить у притулок, у неї розвивається психічний регрес (емоційна пасивність, недорозвиток навичок спритності й розумових здібностей). Внаслідок психічного регресу дитина ніби повертається в минулий етап свого розвитку, втрачає деякі вже здобуті навички, наприклад гігієнічні (підтримання чистоти тіла, самостійне виконання сечовиділення і дефекації"), уміння самостійно одягатись, не розвиває мовні навички, розмовляє менше і гірше. У неї розвиваються виражені емоційно-вольові порушення: депресія, нудьга, плач; галасливий злобний протест, бігання, пошуки матері, замкнутість; отупілість, яка в більшості випадків має риси прояву моторного регресу - монотонні стереотипні кивальні рухи, смоктання пальців, неартикулярні звуки та інші неадекватні прояви моторної активності, які не відповідають віку дитини [38:28].

4.2. ***Психопатія*** - це патологічний розвиток особистості, який зумовлює неадекватнереагування на зовнішні подразники, що викликає неправильні форми поведінки. При психопатіях якісних розладів сприймання, мислення, пам'яті, емоцій та свідомості немає. Однак логіка пацієнтів з психопатією має своєрідний формальний характер, а виражені відхилення в емоційно-вольовій сфері виходять за межі звичайного емоційного відреагування, що визначає характер дій та вчинків, а також стиль усього життя.

Є такі клінічні критерії діагностики психопатії:

♦Наявність у людини не окремих рис характеру, а комплексу патологічних проявів, які визначають весь психічний стан особи і тип психопатії.

♦Різко виражена загостреність патологічних особливостей характеру, яка не тільки помітна для людей, але й перетворює пацієнта в так званого соціопата, який травмує суспільстсво (за Шнейдером, пацієнти з психопатією - це особи, від ненормальності яких страждають вони самі чи суспільство, або страждають і вони і люди, які їх оточують).

♦Крайня нестійкість та лабільність психіки пацієнта з психопатією при певних психо-фізіологічних станах (наприклад, статеве дозрівання, клімактеричний період), а

також при різних інтоксикаціях і травмах призводять до втрати психічної рівноваги з найменшого приводу і розвитку різноманітних патологічних реакцій.

♦Наявність спонтанних, "ідіопатичних" нападів (або фаз), тобто патологічних реакцій без видимої зовнішньої причини.

♦Відновлення звичного психічного стану після нападів або реакцій із збереженням психопатичної особистості.

♦Стійка стабільність психопатичних рис, які становлять психопатичну сутність, майже повна відсутність їх зворотності.

Ранній розвиток психопатії, перші ознаки якої звичайно виявляють у ранньому дитинстві. [54:43].

Згідно з МКХ-10, розрізняють такі основні типи психопатій.

Емоційно нестійкі розлади особистості. У поведінці таких осіб домінує виражена тенденція діяти імпульсивно, не думаючи про наслідки, поряд із нестійкістю настрою. Здатність планувати цілеспрямовані адекватні дії в них мінімальна; спалахи інтенсивного гніву призводять до насилля; часто виникають афекти, якщо Імпульсивні акти осуджуються людьми, або коли хворі зустрічають протидію. Крайній прояв емоційно нестійкого розладу особистості називають "імпульсивним типом". У вітчизняній літературі цей тип психопатії традиційно називають "психопатією збудливого кола за експлозивним типом". Стиль життя таких осіб - це "ланцюг безконечних конфліктів".

Дизсоціальний розлад особистості (у вітчизняній літературі його називають "психопатією збудливого кола з антисоціальною поведінкою"). При цій формі психопатії звертає на себе увагу груба невідповідність між поведінкою і пануючими соціальними нормами. Дизсоціальний розлад особистості характеризується такими ознаками:

♦Безсердечною байдужістю до почуттів людей.

♦Грубою і стійкою позицією безвідповідальності та ігнорування соціальними правилами й обов'язками.

♦Неможливістю підтримати стосунки з людьми при відсутності утруднень під час налагодження їх.

♦Низькою толерантністю до фрустрацій, а також низьким порогом розряду агресії, зокрема насилля.

♦Нездатністю відчувати провину, сором і робити адекватні висновки з життєвого досвіду, особливо покарання.

♦Вираженою схильністю звинувачувати людей або давати слушні пояснення своїй поведінці, яка призводить до конфлікту із суспільством.

♦Стиль життя і поведінка таких осіб формується установкою: "Я так хочу, і я завжди правий!".

Істеричний розлад особистості ("психопатія збудливого кола за істероїд-ним типом"). Він характеризується:

♦Самодраматизацією, театральністю, перебільшеною експресивністю емоцій.

♦Навіюваністю, легким впливом людей або обставин.

♦Поверховістю і лабільністю емоцій.

♦Постійною потребою, щоб хворих визнавали і захоплювались ними інші люди, і прагненням до діяльності, при якій пацієнт знаходиться в центрі уваги.

♦Неадекватною театральністю зовнішнього вигляду і поведінки.

♦Стилем життя і поведінки істероїдних психопатів - "постійна гра на публіку".

Ананкастний (обсесивно-компульсивний) розлад особистості. **Ця форма** психопатії у вітчизняній літературі називають "психопатією епілептоїдного кола". Їй властиві:

♦Ригідність психіки і впертість.

♦Підвищена педантичність і неухильне дотримання соціальних умовностей.

♦Надмірна добросовісність, скрупульозність.

♦Стурбованість деталями, правилами, порядком, організацією.

♦Переважання форми виконання роботи над творчим змістом.

♦Надмірна схильність до обережності.

♦Необгрунтовані настирливі вимоги, щоб інші робили точно так, як він сам.

♦Стиль життя і поведінки - "людина у футлярі".

Шизоїдний розлад особистості (шизоїдна психопатія). Для цієї форми психопатії характерними є такі ознаки:

♦Мало що або нічого не приносить задоволення.

♦Емоційна холодність, відчуженість або сплощена афективність.

♦Нездатність проявляти теплі, ніжні почуття до інших людей, а також гнів.

♦Слабка зворотна реакція на похвалу і критику.

♦Незначний інтерес до сексу.

♦Підвищена схильність до безплідних мрій.

♦Майже постійне прагнення до усамітненої діяльності.

♦Відсутність близьких друзів (або існування одного, який його "розуміє").

♦Стиль життя і поведінки - "світ сам по собі, я сам по собі".

Параноїдні розлади особистості (паранояльна форма психопатії). Цій формі психопатії властиві:

♦Надмірна чутливість до відмов і невдач.

♦Тенденція бути кимось незадоволеним (відмова вибачати образи, завдавання шкоди тощо).

♦Підозрілість і загальна тенденція до спотворення фактів шляхом неправильної інтерпретації нейтральних або навіть дружніх дій людей як ворожих або підозрілих.

♦Войовничо-скрупульозне ставлення до питань, пов'язаних із порушенням прав особистості, що не відповідає фактичній ситуації.

♦Невиправдані сумніви щодо подружньоївірності.

♦Тенденція до завищення самооцінки.

♦Стиль життя і поведінки - "постійна боротьба за справедливість відносно себе".

Тривожний розлад особистості Цю форму психопатії у вітчизняній літературі традиційно називають психастенією. Для неї характерні:

♦Постійне загальне відчуття напруження з тяжким передчуттям.

♦Постійні сумніви щодо правильності прийнятих рішення і дій.

♦Уявлення про свою соціальну неспроможність.

♦Обмеження життєвого укладу через потребу фізичної безпеки.

♦Ухилення від соціальної і професійної діяльності, пов'язаної із значними

міжособистісними контактами, через страх критики або несхвалення.

♦Стиль життя і поведінки за типом "як би чогось не сталося".

Тривожний розлад особистості нагадує психастенічний невроз, але, на відміну від останнього, не має ні початку, ні кінця.

Наявність певних психопатичних рис особистості, що явно виділяють цих людей із загалу, але які, проте, не сягають рівня соціальної декомпенсації, називають ***акцентуацією особистості*** [61:38]**.**

Тип акцентуації визначається превалюванням аномальних рис особистості, наприклад: "акцентуація особистості за шизоїдним типом", "акцентуація особистості за істероїдним типом"; "акцентуація особистості за епілептоїдним типом" тощо.

Розрізняють дві основні групи причин розвитку психопатій і акцентуацій особистості. Першою групою причин є дія біологічного фактора. Вона включає в себе вплив спадковості та органічне ураження ембріона і плода під час зачаття, виношування вагітності, пологів та внаслідок перенесених хвороб у ранньому дитинстві. При дії біологічного фактора формуються так звані "ядерні психопатії". Вважають, що поміж усіх психопатій питома вага їх становить 5-10 %. Другою групою причин є неправильне виховання дитини з раннього віку. Виділяють чотири **основні типи неправильного виховання:**

1."Гіперопіка". Батьки надмірно опікають малюка, роблять усе за нього (одягають, роздягають, взувають, годують), не дають можливості розвивати навички, якими володіють ровесники. Коли дитина йде до школи, більшість домашніх завдань виконують батьки або репетитори. Іншими словами, батьки активно пригнічують її самостійність. Вналідок такого "виховання" в дитини формуються психастенічні риси особистості.

2. Близьким до попереднього типу виховання є наступний **-"кумир сім'ї".** Дитина знаходиться в центрі уваги всієї сім'ї або деяких їх членів ("мамина доня", "бабусине золотко", "татусів скарб" тощо). Усі її бажання, примхи і забаганки негайно виконують. Дитину не привчають адекватно сприймати і розуміти поняття "це зробити не можна", "це здійснити немає можливості". Вона твердо впевнена в правильності поняття "я хочу, а ви зобовязані це зробити". Спроба відмови виконати чергову забаганку такої дитини викликає бурхливий протест із вираженою істеричною поведінкою. У результаті такого "виховання" виростає індивід з істероїдними рисами особистості (нерідко мають місце певні психастенічні риси характеру).

3."Гіпоопіка" - Діти здебільшого виховуються в неповних або соціально неблагополучнних сім'ях. Батьки зловживають спиртними напоями, наркотиками, займаються бізнесом або іншими своїми справами і не приділяють належної уваги вихованню малюка. Така дитина "виживає" сама, її виховує вулиця із своїми неписаними законами, які регламентують норми поведінки. Якщо вона фізично розвинена і рішуча, то зможе себе захистити, тоді починає користуватись авторитетом у своїй компанії. Коли дитина фізично слабка і нерішуча, її всі цькують, знущаються над нею. У першому випадку формується психопатія збудливого типу, в іншому -особистість має риси психастенії, шизоїдності або істероїдності.

4."Попелюшка". Батьки нелюблять дитину, психологічний клімат у сім'ї бідний, увага до малюка недостатня. Вона є тягарем для батьків, інколи ще й нагадує про невдалі спроби зробити в домашніх умовах аборт. Нерідко дитину нещадно експлуатують, Примушують виконувати непосильну роботу, жебракувати, імітувати роль каліки або потерпілоївнаслідок природної катастрофи. Цигани таких викрадених або підібраних на вулиці дітей калічать, щоб вони краще жебракували. Вони позбавлені сутності поняття "дитинство". Інколи жертвою такого "виховання" стає дитина від першого шлюбу, коли з'являється сиблінг від другого шлюбу. Дитина від другого шлюбу є бажаною, їй приділяють належну увагу, а дитина від першого шлюбу всім заважає і всіх дратує. На її долю випадають лише образи, прокльони і покарання. Зрозуміло, що особистість такої дитини буде деформованою [19:39].

Психопатії", які виникли внаслідок неправильного виховання, називають **"крайовими".**

До розладів зрілої особистості та поведінки у дорослих відносяться також розлади сексуальної орієнтації та статевої ідентифікації: транссексуалізм, фетишизм, ексгібіціонізм, вуаєризм,педофілія, садомазохизм та ін.

Найчастіше психопатія чи акцентуація особистості з'являється при поєднаній дії біологічного фактора і неправильного виховання.

У пом'якшенні й корекції особливостей поведінки при психопатії велике значення мають правильно підібрані виховні заходи, які придатні не тільки для дітей, а й для дорослих: правильний вибір професії, що відповідає властивостям особистості, утримання від вживання алкоголю, який такі особи погано переносять. Велику роль відіграють школи-інтернати для дітей, яких неправильно виховують у родині.

Узагальнення та поради практичному психологу

♦Аномалії розвитку особистості не є психотичними захворюваннями, а є своєрідними дефектами психіки, які зумовлені цими аномаліями.

♦Осіб, хворих на олігофренію (ступінь дебільності), можуть використовувати наркомани і токсикомани у своїх корисливих цілях. Цей контингент осіб не усвідомлює адекватно наслідків своїх дій, тому їх можна використовувати для крадіжок препаратів із токсикоманічною дією або в якості сексуальних партнерів.

♦Пацієнти з психопатіями або акцентуаціями збудливого кола схильні до конфліктів.

♦Пацієнтам із психастенічними рисами особистості бажано спілкуватись із особами, схильними до лідерства, які самі твердо вірять в успішне лікування і спроможні розвіяти сумніви та утвердити віру в одужання хворого з психастенічними рисами характеру.

♦Психологи, які працюють у закладах для дітей-сиріт, повинні завжди пам'ятати про специфічність своїх підопічних. Такі діти, з одного боку, потребують турботи, ласки й уваги, якими вони обділені. З іншого - доглядаючи за такими дітьми, не можна занадто психологічно "прив'язувати" їх до себе, бо вони будуть суб'єктивно сприймати такого психолога як свою

"маму" чи “папу” і вимушена розлука стане черговою психічною трагедією для малюка.

Питання для самоконтролю:

1.Сутність і класифікація аномалій розвитку особистості.

2.Класифікація і психодіагностичні критерії олігофреній.

3.Критерії діагностики психопатій і акцентуацій особистості.

4.Психодіагоностичні критерії різних форм психопатій.

5.Сутність і психодіагностичні критерії психічної депривації в дитячому віці.

Контрольні тестові завдання до розділу 4:
ПСИХОЛОГІЯ АНОМАЛЬНОГО РОЗВИТКУ

1. Соціально обумовлений вид непатологічних відхилень у психічному розвитку:
А) соціальна депривація;
Б) патохарактерологічне формування особистості;
В) педагогічна занедбаність;
Г) психопатія.

2.До соціально обумовлених видів патологічних порушень онтогенезу відннсять:
А) педагогічну занедбаність;
Б) патохарактерологічне формування характеру;
В) акцентуацію характеру;
Г) психопатію.

3.Загальне психічне слабоумство, це:
А) психопатія;
Б) олігофренія;
В) акцентуація характеру;
Г) педагогічна занедбаність.

4.Відрізняюча риса мислення розумово відсталих:
А) спотворення процесу узагальнення;
Б) некритичність;
В) амбівалентність;
Г) амбітендентність.

5.Емоції розумово відсталих:
А) недиференційовані;
Б) амбівалентні;
В) ригідні;
Г) лабільні.

6.Тотальність ураження психічних функцій характерна для:
А) олігофренії;
Б) педагогічної занедбаності;
В) затримці психічного розвитку;
Г) психопатії.

7.Синдром часткового відставання розвитку психіки загалом або окремих його функцій позначається терміном:
А) педагогічна занедбаність;
Б) психопатія;
В) затримка психічного розвитку;
Г) олігофренія.

8.Аномалія характеру, яка характеризується дисгармонією в емоційній та вольових сферах:
А) затримка психічного розвитку;
Б) олігофренія;
В) психопатія;
Г) акцентуація характеру.

Розділ 5
ПСИХОЛОГІЯ ВІДХИЛЕНОЇ ПОВЕДІНКИ

5.1. Поняття відхиленої поведінки

Відхилена (девіантна – від пізньолат. deviatio – відхилення) поведінка – це система вчинків або системи вчинків, які суперечать прийнятим у суспільстві правовим або моральним нормам.

До основних видів відхиленої поведінки відносять: злочинність та непротиправну аморальну поведінку (систематичне пияцтво, корисливість, розбещеність в сексуальних відношеннях та інше). Як правило, існує зв'язок між цими видами відхиленої поведінки, який полягає у тому, що заподіянню правопорушення передує аморальна поведінка людини.

В дослідженнях, які присвячені вивченню відхиленої поведінки, значне місце відводиться аналізу мотивів, причин, умов, які сприяють її розвитку, можливостей попередження та подолоння. В походженні такого роду поведінки особливо велику роль відіграють дефекти правової та моральної свідомості, зміст потреб особистості, особливостей характеру, емоційно-вольової сфери [19:56].

Девіантна поведінка у вигляді делінквентних (від лат. delinguens) – протиправних та аутоагресивних вчинків може бути як патологічною, обумовленою різними формами патології особистості та особистісного реагування, так і непатологічною, тобто психологічною (К.Амбрумова).

Самі по собі девіантні вчинки не є обов'язковою ознакою психічних порушень і, тим більше, серйозним психічним захворюванням. Насамперед вони обумовлені соціально-психологічними девіаціями особистості, а це означає, що мікросоціально-психологічною занедбаністю, а також ситуаційними характерологічними реакціями (відмова, протест, імітація, емансипація та інше).

В багатьох випадках девіантна поведінка у підлітків значною мірою пов'язана з патологією формування особистості і з патологічними ситуаційними (патохарактерологічними) реакціями, а тому відноситься до проявів психічної патології, частіше межового стану.

Найбільш важливими критеріями відмежування патологічних форм девіантної поведінки від непатологічних є наступні (К.Ковальов):

1) наявність певного патохарактерологічного синдрому, наприклад, синдрому підвищеної афективної збудливості, емоційно-вольової нестійкості, істероїдних, епілептоїдних, гіпертимних рис характеру;
2) прояви девіантної поведінки за межами основних для дитини чи підлітка мікросоціальних груп: сім'ї, колективу шкільного класу, референтної групи підлітків;
3) поліморфизм девіантної поведінки, тобто сполучення у одного підлітка девіантних вчинків різного характеру – антидисциплінарних, антисоціальних, делінквентних, аутоагресивних;

4) сполучення порушень поведінки з розладами невротичного рівня – афективними, сомато-вегетативними, рухальними;
5) динаміка девіантної поведінки у напрямку фіксації стереотипів порушення поведінки, перехід їх в аномалії характеру з тенденцією до патологічної трансформації особистості [29:25].

5. 2. Основні форми відхиленої поведінки

У МКХ-10 виділено окрему рубрику ***"Психічні поведінкові розлади внаслідок приймання психоактивних речовин"*** **(F1).** У вітчизняній навчальній, науковій і популярній літературі в цю групу патології традиційно входять гостра та хронічна інтоксикація алкоголем, наркотиками і токсикоманічними речовинами. Останні проявляють психотропну дію і здатні викликати явища гострого та хронічного отруєння залежно від дози і тривалості приймання. Руйнівний вплив цих речовин на психіку і сомато-неврологічний стан організму в принципі однаковий - передусім усі вони є психотропними отрутами. Поділ на токсикоманічні середники і наркотики зумовлений юридичною кваліфікацією операцій із цими речовинами. Незаконне виготовлення сировини для наркотиків, їх зберігання, транспортування і розповсюження переслідуються карним Кодексом України. Аналогічні дії з токсикоманічними речовинами не заборонені. Серед токсикоманічних речовин у нашій країні, як і в більшості країн, заселених білою расою, найбільш поширеними є алкогольні напої (в Україні - горілка, самогон, коньяк типу бренді, вино, пиво) [37:34].

Просте алкогольне сп'яніння

Просте алкогольне сп'яніння. Стан гострої інтоксикації без явищ психозу, викликаний прийманням спиртних напоїв, називають простим алкогольним сп'янінням. Розрізняють легкий, середній і тяжкий ступені сп'яніння.

Легкий ступінь проявляється ейфорією, гіперемією обличчя, загальним збудженням, тахікардією та підвищенням артеріального тиску. Порушень мовної артикуляції та координації рухів не спостерігають. Концентрація алкоголю в крові становить 1-2%. При **середній тяжкості** сп'яніння ейфоричний настрій змінюється на депресивний або дратівливий. Можливі імпульсивні вчинки. Мова стає уривчастою, змазаною. З'являється тахікардія. Порушується координація рухів. **Тяжкий ступінь** простого алкогольного сп'яніння супроводжується виключенням свідомості (від оглушення до сопору і коми).

Хронічний алкоголізм

Хронічний алкоголізм. Серед популяції населення, яка приймає спиртні напої, в 5-10 % розвивається хронічний алкоголізм. Це захворювання є одним із різновидів токсикоманії і складається з таких синдромів: патологічного потягу до приймання спиртних напоїв, зміни толерантності (стійкості) до алкоголю, синдрому фізичної залежності, комплексу соматоневрологічних порушень алкогольного генезу, психічних розладів.

У перебізі алкоголізму розрізняють три стадії. Перша (початкова) стадія - **псевдоневрастенічна.** У цій стадії формується патологічний потяг до приймання спиртних напоїв у формі психічної залежності (хворого постійно "тягне" до спиртного), толерантність до алкоголю зростає в 3-5 разів, але абстинентного синдрому немає. Соматоневрологічні порушення мають функціональний характер, особливо після запою. Характерним є симптом анозогнозії, тобто заперечення факту хвороби [47:29].

Хворі заявляють, що вони цілком здорові, "п'ють, як усі". Соціально-трудовий статус здебільшого не змінений.

У другій **(наркоманічній)** стадії формується алкогольний абстинентний синдром (ААС) як прояв фізичної залежності. Основними його симптомами є такі: загальний тремор, тахікардія, підвищення артеріального тиску, пітливість, спрага, нудота, втрата апетиту, пронос, зниження настрою, тривога, фізична слабість, порушення уваги, розлади сну. Щоб позбутись цих неприємних проявів, хворий змушений прийняти відповідну дозу алкоголю, тобто похмелитись. Толерантність до спиртних напоїв зростає в 5-10 разів. Змінюється характер алкогольного сп'яніння: замість ейфорії виникає знижений настрій із дратівливістю та настирливістю.

У другій стадії алкоголізму суттєво змінюється характер хворого. На фоні егоїзму і брехливості розвивається **психопатизація** за такими варіантами:

1.Експлозивний. Хворі стають дуже дратівливими, брутальними, озлобленими. З найменшого приводу вони починають конфліктувати, найчастіше з членами сім'ї.

2.Істеричний. Для поведінки хворих характерні хвалькуватість, істероїдні реакції (показний плач, гнів, погрози закінчити життя самогубством).

3.Астенічний. Хворі знесилені, не можуть упоратися з незначним фізичним чи розумовим навантаженням, стають нерішучими людьми, які пасивно підкоряються чужій волі, за винятком осіб, які забороняють чи засуджують їх пияцтво.

4.Апатичний. Розвивається байдужість до родичів, близьких, самого себе, роботи, свого соціального стану, наростають емоційне спустошення і прояви апатико-абулічного синдрому.

У цей період хвороби функціональні соматоневрологічні порушення переростають в органічні. Пізніше з'являється біль, який практично не знімається болезаспокійливими чи протиспазматичними засобами. Як правило, він минає або зменшується після приймання невеликої дози спиртних напоїв.

У 10 % хворих виникають алкогольні психози, найчастіше делірій, галюциноз, параноїд, корсаківський психоз, депресія.

У третій (енцефалопатичній) стадії хвороби пияцтво набуває сталого характеру, але толерантність до алкоголю різко знижується. Соматоневрологічні зміни стають незворотними. У деяких хворих розвивається хронічний психозна фоні алкогольної енцефалопатії. Як правило, розпадається сім'я, хворий втрачає роботу і житло. Розвивається повна моральна і фізична деградація [56, с.45-48].

Алкогольні психози (F 1х. 5)

Приблизно в 10 % хворих, які хворі на хронічний алкоголізм, розвиваються гострі й хронічні алкогольні психози. Серед психозів найчастіше виникає ***алкогольний делірій*** (біла гарячка). Клінічна картина характеризується в основному наявністю деліріозного синдрому.

Деліріозний синдром проявляється дезорієнтацією в часі й просторі із збереженням орієнтації у власній особистості. При цьому з'являються зорові, тактильні та слухові галюцинації.

Переважають зорові зоогалюцинації: мухи, жуки, таргани, миші, пацюки. Рідше хворі бачать людей. Зорові галюцинації можуть мати фантастичний, неправдоподібний характер (чорти, чудовиська). Розвивається психомоторне збудження. Поведінка хворого визначається характером галюцинацій (він збирає жуків, відганяє чортенят, ховається від переслідувачів). Деякі хворі роблять одноманітні рухи, які стосуються їхньої професії (шофер крутить кермо, перемикає швидкість, шукає гальмівну педаль; їздовий керує кіньми тощо). Це так званий **професійний** делірій. Прогностично найтяжчим є муситуючий делірій, при якому свідомість глибоко затьмарена до рівня аменції. Стан делірію звичайно короткочасний, навіть без лікування він минає через 3-5 діб. Інколи психоз затягується на 1 -1,5 тижні.

Біла гарячка постійно супроводжується соматоневрологічними розладами. До них належать: виражена пітливість із різким запахом поту; гіперемія шкіри, особливо обличчя; тахікардія; коливання артеріального тиску; збільшення печінки, жовте забарвлення склер; тремор рук, голови, тремтіння всього тіла.

Алкогольний галюциноз - це психоз, який розвивається у другій та третій стадіях алкоголізму і характеризується наявністю слухових галюцинацій.

Клінічно проявляється гострою і хронічною формами. Гострий галюциноз виникає в період ААС або під час запою. Клінічна картина визначається слуховими галюцинаціями, що мають характер монологу, діалогу або полівербального слухового галюцинозу з тематикою звинувачення хворого в пияцтві, спогадами про його минулі вчинки, загрозою жорстокої розправи, яку він заслужив. Інколи деякі голоси захищають хворого. Внаслідок галюцинацій домінують афекти напруженої тривоги, страху, відчаю, які посилюються ввечері й вночі. Свідомість збережена. Алкогольний галюциноз триває 2-4 тижні, іноді проявляється абортивно і редукується через 1 -3 доби. Критичне ставлення до свого хворобливого стану під час гострого психозу відсутнє. **Хронічний алкогольний галюциноз** триває місяці й роки, клінічно нагадує шизофренію. Але, на відміну від неї, поступово з'являється критичне ставлення до галюцинацій. Хворий звикає до них і намагається не звертати уваги. Дефекту особистості за шизофренічним типом немає [6:37].

При гострому алкогольному галюцинозі хворий, який боїться розправи або виконує наказові галюцинації, може здійснити небезпечні дії (здебільшого самогубство). Такі самі вчинки інколи скоюють хворі на хронічний галюциноз при його загостренні.

Алкогольний параноїд - це психоз алкогольної етіології, який проявляється маяченням переслідування або ревнощів.

Хворий впевнений, що йому загрожує фізична розправа або отруєння. Багатьох людей, які його оточують, він вважає переслідувачами, в їх міміці, словах і діях вбачає загрозу для свого життя. Вчинки таких хворих стають імпульсивними: вони раптово починають тікати, на ходу вистрибують із транспорту, звертаються до міліціїз вимогою захистити їх від злочинців. При маяченні отруєння відмовляються споживати їжу або готують її самі в окремому посуді. Інколи маячення переслідування супроводжується незначними вербальними ілюзіями та галюцинаціями. Здебільшого гострий алкогольний параноїд минає через декілька днів або тижнів, інколи затягується на кілька місяців (хронічний алкогольний параноїд).

Алкогольне маячення ревнощів найчастіше виникає в осіб віком понад 40 років при спричиненій алкоголізмом значній зміні особистості та імпотенції'. Спочатку ревнощі проявляються лише в стані сп'яніння. З часом підозри в подружній невірності поступово переростають у маячення. "Обманутий чоловік" звертається за допомогою до органів влади, починає стежити за дружиною і може застосувати до неї жорстоке насилля, особливо коли до маячення ревнощів приєднується ідея отруєння. При алкогольному маяченні переслідування і ревнощів хворий може скоїти фізичну розправу над особою, яка, на його переконання, є ворогом хворого або коханцем дружини. Інколи хворі на гострий алкогольний параноїд учиняють самогубство, щоб "не загинути жахливою смертю від рук переслідувачів" [19:56].

Корсаківський поліневритчний психоз **характеризується наявністю** корсаківського синдрому в поєднанні з поліневритом.

Початок психозу переважно гострий. В осіб похилого віку захворювання може розвиватися поступово. Першим проявом психічних розладів буває фіксаційна й інколи ретроградна амнезія тривалістю від кількох днів до декількох років. Деякі хворі прогалини в пам'яті заповнюють конфабуляціями. При вираженій фіксаційній амнезії, конфабуляціях може розвинутись амнестичне дезорієнтування в місці, часі й особах, які оточують їх. Виникають млявість, пасивність, зниження спонукань, підвищена втомлюваність. Неврологічний стан характеризується симптомами невритів з атрофією м'язів кінцівок та послабленням або відсутністю сухожильних рефлексів.

Алкогольні енцефалопатії розвиваються здебільшого в третій стадії алкоголізму і є найбільш характерним проявом масивної й тривалої дії алкоголю на головний мозок.

Ці ураження головного мозку найчастіше розвиваються при органічній недостатності мозку в умовах масивної інтоксикації сурогатами, при супровідних соматичних захворюваннях, неповноцінному харчуванні, авітамінозі й дії'інших факторів, які ослаблюють організм. Досить часто ці стани розвиваються в осіб, які лікувались тетурамом, але продовжували зловживати спиртними напоями, особливо сурогатами.

Основною формою гострої алкогольної енцефалопатії є **енцефалопатія Гайє-Верніке.** Ця геморагічна енцефалопатія, або верхній гострий

поліенцефаліт, розвивається здебільшого під час приймання денатурату, неякісного самогону, сурогатів спирту і політури при органічному ураженні головного мозку і хронічних соматичних захворюваннях.

Продромальний період енцефалопатії Гайє-Верніке триває 3-5 місяців. У хворих різко порушується сон, вони втрачають апетит, майже нічого не їдять, різко худнуть, у них з'являються постійні диспептичні розлади, сухість і в'ялість шкіри, її блідість із жовтуватим відтінком. У зв'язку з тремором, який наростає, і загальною слабістю хворі мало рухаються. З'являються дизартричні розлади, змінюється хода і почерк. Увага і пам'ять слабнуть, хворий швидко виснажується [109:49].

При цьому виникають грубі психічні розлади, наприклад тяжкий **делірій,** який може трансформуватись у **аментивний синдром.**

Зміни свідомості мають мінливий характер, при якому явища делірію періодично змінюються глибоким оглушенням, а мовно-рухове збудження - періодами прострації. Перебіг гострої енцефалопатії Гайє-Верніке може бути "блискавичним", коли при виражених вегетативно-неврологічних розладах швидко приєднуються глибоке оглушення, сопор і кома, які призводять до смерті хворого.

Основними формами хронічної алкогольної енцефалопатії є корсаківський психоз, алкогольна деменція й алкогольний псевдопараліч.

Корсаківський алкогольний поліневротичний психоз є найбільш частим варіантом хронічної алкогольної енцефалопатії. Йому передує тяжкий алкогольний делірій або гостра енцефалопатія Гайє-Верніке.

Настрій у цих хворих звичайно має відтінок ейфорії, у зв'язку з чим вони часто переоцінюють свої можливості й недооцінюють реальну перспективу. В них порушується здатність прогнозувати результати діяльності. У хворих згасають потяги і спонукання, мотивація до діяльності. Поступово розвиваються пасивність і в'ялість. Афективні прояви лабільні. Плоска ейфорія з відтінком безпечності й метушливості змінюється на байдужість або підвищену подразливість [29:51].

Алкогольна деменція характеризується симптомами зниження інтелектуально-мнестичних і емоційно-вольових якостей особистості.

Атрофуються морально-етичні установки, втрачаються відчуття сорому, власної гідності й відповідальності за свої вчинки, а також звичні інтереси, творчі й професійні можливості. З'являється грубий і цинічний "алкогольний гумор". Основним мотивом поведінки стає добування і приймання будь-яких спиртних напоїв (найчастіше дешевих сурогатів). Грубих порушень пам'яті при алкогольній деменції не виникає, але рівень осмислення і його критичність різко знижуються.

Алкогольний псевдопараліч - це хронічна енцефалопатія з прогредієнтним перебігом і глобальним порушенням інтелектуально-мнестичних процесів, клінічна картина якої нагадує прогресивний параліч (звідси назва "псевдопараліч").

Алкогольний псевдопараліч може розвиватись повільно, але інколи маніфестує гостро як наслідок тяжких рецидивних алкогольних психозів.

У хворих виявляють виражене зниження рівня суджень, некритичне ставлення до себе і людей. Вони безцільно блукають у парках, на вокзалах, у місцях громадського харчування, мандрують у приміських поїздах. Настирливо чіпляються до людей, "впізнають знайомих", які цих хворих ніколи не бачили, пригадують їм свої заслуги, жебрають на випивку, ображаються, коли їх не хочуть "впізнати" або "визнати".

Хворі з хронічними алкогольними енцефалопатіями здебільшого повністю не працездатні, а інколи навіть потребують постійного стороннього нагляду [79, с.35-56].

Узагальнення та поради практичному психологу

♦Хворі на алкоголізм здебільшого психопатизовані та потребують консультації психолога.

♦У більшості випадків розвитку алкогольного делірію йому передує передделірійний період. Спочатку у хворого наростають явища алкогольного абстинентного синдрому. Сон стає переривистим, нерідко розвивається безсоння. Хворий стає тривожним, з'являються елементи невмотивованої метушливості. Прогресують вегетативні порушення (гіперемія шкіри, підвищена пітливість, тахікардія, підвищення АТ). Якщо психолог помітив у хворого з алкогольними стигмами наростання явищ абстиненції і порушення сну, він повинен прийняти відповідні реабілітаційні заходи. Запобігти розвитку алкогольного делірію набагато легше і безпечніше, ніж лікувати психоз.

Питання для самоконтролю

1. Психологічні діагностичні критерії простого алкогольного сп'яніння.
2.. Реабілітаційні заходи при простому алкогольному сп'янінні.
3. Психологічні діагностичні критерії алкогольного делірію.
4. Психологічні діагностичні критерії алкогольного галюцинозу і параноїду.
5. Психологічні діагностичні критерії корсаківського амнестичного алкогольного психозу й енцефалопатії Гайє-Верніке.

Токсикоманії (F 15 – F 19) і наркомани (F 11- F 14)

Токсикоманії і наркомани, або зловживання психоактивними речовинами, -це хворобливий потяг до приймання певних речовин із метою досягнення стану ейфорії або отримання штучного збудження, внаслідок чого розвиваються психофізична залежність і своєрідна деградація особистості, нерідко настає передчасна смерть.

Наркотичними є ті токсикоманічні засоби, які наказом Міністра охорони здоров'я країни віднесені до наркотиків, тому за їх незаконне виготовлення, зберігання та розповсюдження встановлено кримінальну відповідальність. Підлітки здебільшого приймають токсикоманічні речовини (вдихають пари бензину, ацетону, органічних розчинників, клеїв), снодійні препарати, протипаркінсонічні засоби тощо. Старші підлітки та юнаки приймають наркотики (препарати опійного маку, коноплі, ефедрину, кокаїн, барбітурати, транквілізатори).

Сучасна класифікація наркотичних засобів:

♦Седативні препарати (опійні наркотики і снодійні барбітуратної групи тощо).

♦Стимулювальні препарати (ефедрин, фенамін, кокаїн тощо).

♦Психоделічні препарати, тобто ті, які змінюють свідомість (діетиламід лізергинової кислоти (ЛСД), препарати коноплі та інші галюциногени.

Хронічна інтоксикація психоактивними речовинами проявляється синдромами зміненої реактивності, психічної і фізичної залежності, а також своєрідним симптомокомплексом наслідків і ускладнень зловживання токсикоманічними та наркотичними сполуками [76:58].

Синдром зміненої реактивності складається із змін форми приймання токсикоманічної чи наркотичної речовини, сп'яніння, толерантності й втрати захисних реакцій.

Синдром психічної залежності **включає** в себе нав'язливий (обсесивний) потяг до приймання звичної токсичної речовини, а також потребу досягти психічного комфорту в стані інтоксикації.

Синдром фізичної залежності складається з комплексу імперативного (компульсивного) потягу до інтоксикації звичним наркотиком і абстинентного синдрому.

Наслідки хронічної інтоксикації токсикоманічними і наркотичними речовинами характеризуються прогресуючим порушенням соматоневрологічної сфери та різноманітними проявами морально-етичної й інтелектуальної деградації.

Запідозрити потяг до приймання токсикоманічних і наркотичних речовин у підлітковому та юнацькому віці можна за низкою ознак: 1) втрата інтересу до навчання і часті пропуски занять без поважних причин; 2) невмотивоване зниження успішності; 3) ухилення від суспільно корисної праці; 4) втрата приязних стосунків із друзями, які негативно ставляться до приймання наркотичних і токсикоманічних речовин; 5) контакти з особами асоціальної поведінки; 6) різка зміна спектра інтересів, спонукань до діяльності та звичного стилю поведінки; 7) поява в характері негативних рис, зокрема брехливості, цинізму, егоїзму; 8) уникання побутових обов'язків; 9) пізні повернення додому; 10) підвищений інтерес до відвідування розважальних закладів, зловживання тонізуючими напоями, куріння; 11) намагання будь-що роздобути кошти для задоволення невідомих батькам потреб; 12) затримування правоохоронними органами у зв'язку з асоціальною поведінкою; 13) приймання з приводу різноманітних "недуг" непевних ліків, джерело отримання яких невідоме близьким; 14) зміни емоційного та життєвого тонусу: зранку - пригніченість, апатія чи дисфорія, а після повернення додому - ейфорія, жвавість, балакучість [16, с.5-26].

У хворих із наркоманіями і токсикоманіями, як правило, порушується сон. Вони постійно скаржаться на безсоння і просять або настирливо вимагають призначити їм снодійні препарати (ноксирон, барбітурати, транквілізатори, димедрол тощо). Важливо налагодити спостереження за особливостями вживання їжі хворими. Більшість наркоманів і токсикоманів мають поганий апетит і їдять мало м'ясних продуктів. Починаючи їсти, деякі опіомани відчувають "спастичний" біль жувальних м'язів, а тому часто роблять перерви. Після зникнення гострих проявів абстиненції анорексія нерідко змінюється на **булімію.** При цьому перевага надається солодощам і жирним

стравам (меду, варенню, тістечкам із вершками). Опіомани не переносять тютюновий дим у період гострих явищ абстиненції і починають знову курити тоді, коли їм вдається прийняти наркотик. Зміна періоду завзятого куріння на період відрази до тютюнового диму поряд з метушливістю, що характерно для опійного абстинентного синдрому, може бути ознакою наркоманії.

Під час вимушеної депривації звичного засобу у хворих спостерігають своєрідну мозаїку в'ялості, гіпо- й анергізму, апатії й ажитації, іпохондричності й дисфоричності.

Абстинентний синдром при наркоманіях і токсикоманіях проявляється великою кількістю різноманітних симптомів. Більшість із них є неспецифічними: погіршання загального самопочуття і настрою, позіхання, озноб, безсоння, анорексія з подальшою буліміею, неприємні відчуття в м'язах із частими судомами або м'язовим гіпертонусом з посіпуванням м'язів. У неврологічному статусі спостерігаються явища вегетативної дисфункції (мідріаз, тахікардія, судинна дистонія зі схильністю до підвищення АТ), гіперрефлексія, тремор пальців витягнутих рук, а інколи і всього тіла, рухова активність з ажитацією, яка зумовлюється пропріоцептивними неприємними відчуттями [26:76].

Важливою ознакою абстинентного синдрому є зміна психічного статусу з мозаїчністю емоційних порушень - явища психічного дискомфорту з переважанням явищ депресії, які змінюються на злобу, дисфорію, тривожний настрій, плаксивість із частими істеричними реакціями і демонстративною поведінкою.

Віддиференціювати конкретний вид наркотичної чи токсикоманічної абстиненції можна за наявністю симптомів, відносно специфічних для кожного виду інтоксикації.

Гостра інтоксикація гашишем. Найбільш поширеними наркотиками у світі є маріухана і гашиш. Активний компонент цих речовин - 9-тетрагідроканнабіол - знаходиться в коноплі. Його важко віднести до якогось певного класу психотропних агентів, тому що він одночасно проявляє збудливу, ейфоризуючу та галюциногенну дію. Ці наркотики майже завжди вживають шляхом куріння, додаючи їх до тютюну.

Характерними особливостями сп'яніння від одурманливих речовин із коноплі є: **ейфорія, напади невмотивованого сміху, бажання співати, танцювати, руховий неспокій, прискорене непослідовне мислення, безладність мови, гіпертрофія чутливого компонента всіх переживань, можливість розвитку яскравих, барвистих зорових ілюзій.** Спостерігають мінливість афективності: ейфорія раптово і невмотивовано змінюється на розгубленість, страх втратити розум, відчуття спустошення і сорому. З'являється відчуття нереальності й зміни довкілля та відчуження власного тіла **(дереалізація і деперсоналізація).** Порушується сприймання характеру та інтенсивності звуків і шумів, розмірів предметів (часто збільшення, видовження їх). Сп'яніла людина відчуває сильну спрагу і голод, але вживає лише гарячу воду, тому що холодна вода і їжа викликають майже миттєве витвереження. Досвідчений наркоман задовольняє відчуття голоду лише після всіх фаз сп'яніння або при нагальній необхідності швидкого витвереження. Характерною

ознакою колективного приймання препаратів коноплі є взаємоіндукція емоційних переживань усіх членів групи. Варто одному засміятись - миттєво безпідставно регоче вся група, в когось з'явилось відчуття страху - в усіх розвивається паніка [13:38].

Об'єктивні ознаки: гіперемія обличчя й, особливо, склер (характерний симптом "червоних очей"), очі блищать, зіниці розширені. Виникають непереносимість світла і відчуття різі в очах, внаслідок чого сп'яніла людина прижмурюється. З'являютьсяться сухість язика і губ, легке порушення координації рухів. Мова стає сплутаною, голос - хриплим. Виникають тахікардія, тахіпное, гіпертензія, горизонтальний ністагм, гіперрефлексія.

При значному передозуванні наркотику, що здебільшого спостерігають у новачків або примітивних осіб, може розвинутись оглушення, яке інколи переходить у сопор або кому. Зіниці при цьому різко розширюються і не реагують на світло.

Характерні тремор, лабільність артеріального тиску (підвищення при сопорі й падіння при глибокій комі). Феноменологічно клінічні прояви при гостроому отруєнні гашишем нагадують отруєння атропіном.

Абстинентний синдром при гашишизмі проявляється сенестопатіями, депресивно-іпохондричним відтінком настрою, а також схильністю до дисфоричних реакцій при загальній астенії. Психічний потяг досить виражений. Нами виявлено типовий симптом - відчуття "ломки" в поперековій ділянці хребта. Люмбалгія частіше виникає в наркоманів, які приймають препарати коноплі у вигляді ін'єкцій.

Об'єктивними ознаками гашишної абстиненції є мідріаз, позіхання, озноб, анорексія, тремор, м'язова гіпертензія, підвищення артеріального тиску і тахікардія [37:38].

Інколи на 3-5 добу утримання від наркотику до депресивно-іпохондричного настрою приєднується відчуття тривоги, яке зростає. **У таких випадках можливий розвиток абстинентного психозу, зокрема делірійного синдрому, іноді запаморочливого затьмарення свідомості або галюцинаторно-параноїдного (шизоформного) синдрому.** При цьому хворий блідий, із сухим блиском очей, хриплим голосом внаслідок сухості в роті й горлі.

У більшості хворих явища абстиненції минають протягом 2-4 діб, але інколи (особливо в осіб, які приймають наркотик у вигляді ін'єкцій) можуть затягнутись до 3-4 тижнів.

Гостра інтоксикація опіатами. При прийманні будь-яких опіатів, крім кодеїну, в дозі, яка викликає сп'яніння, виникає своєрідний стан безтурботного приємного спокою і загального розслаблення, яке супроводжується швидкими змінами позитивно забарвлених візуалізованих уявлень ("маячноподібних фантазій"). Сп'яніла людина в'яла і малорухлива, в руках і ногах відчуває тяжкість і тепло. Якщо обставини дозволяють, то цей стан переходить у поверхневий сон. Досвідченим наркоманам при необхідності вдається приховати сп'яніння (дисимуляція сп'яніння утруднена лише в новачків). При вступі з ними в активний контакт блаженство може перетворитись на підвищену балакучість з ейфоричним відтінком настрою.

Об'єктивні ознаки сп'яніння: звужені зіниці, сухість шкіри і слизових, гіпотонія, брадикардія, гіпотермія, гіперглікемія, гіперрефлексія, благодушний настрій, швидка мова і зміна асоціацій [67:74].

Кодеїнове сп'яніння викликає прискорення мислення і мови, а також рухове збудження. Мова сп'янілої людини стає голосною, швидкою з постійною зміною теми. Підвищення рухової активності може носити елементи ажитації. Доза кодеїну, яка спричиняє сп'яніння, не викликає сну.

Об'єктивні ознаки: гіперемія і набряк обличчя, гіперемія верхньої частини тулуба, свербіння шкіри обличчя, шиї, грудей, спини, рук.

Значне передозування опіатів може викликати глибоке виключення свідомості (до сопора і коми). Досить часто дихання змінюється за типом Чейн-Стокса, виникають міоз (при глибокій комі можна спостерігати мідріаз), блідість шкіри, глюкозурія, альбумінурія.

Особливості опіатної абстиненції. Першими ознаками опіатного абстинентного синдрому є мідріаз, позіхання, сльозотеча, ринорея, напади чхання, анорексія, порушення сну. Ця фаза абстинентного синдрому може тривати від 3 діб до 2-3 тижнів і обмежуватись лише цими симптомами. У більш злісних наркоманів до цих явищ через 1 -2 доби приєднуються переміжні стани жару і ознобу із "гусячою шкірою", напади пітливості й загальної слабості. Чхання стає частішим, може ставати пароксизмальним (10-100 разів підряд), посилюються ринорея і сльозотеча. Внаслідок різкого розширення зіниць хворі погано переносять світло і жмуряться. Виникає біль у міжщелепних суглобах і жувальних м'язах, який посилюється тоді, коли вони починають вживати їжу або коли думають про неї. З'являється слинотеча. Через кілька годин приєднуються найбільш тяжкі прояви абстиненції, так звана "ломка". Великі м'язи спини і кінцівок "крутить", "зводить", інколи з'являється вкрай болюче відчуття відриву м'язів від кісток. Різко підвищується потреба в русі, хворі постійно безцільно ходять. Дещо пізніше з'являються часті проноси з тенезмами і нападами сильного болю в кишечнику. Явища опіатної абстиненції, як правило, перебігають при вираженій депресії зі схильністю до дисфоричних та істероїдних реакцій з відповідною поведінкою.

Після того, як гострі прояви абстиненції редуктуються, у хворих розвивається стійка астенія. Явища вираженої астенізаціїв перші 1 -1,5 місяця супроводжуються стійким безсонням, але пізніше з'являється сонливість, яка триває до 2-3 місяців. У цій фазі хворі не можуть працювати, вони засинають у будь-якому місці й у будь-якій позі.

На відміну від інших явищ абстиненції, які минають (у зворотному порядку) через декілька днів або тижнів, у багатьох злісних у минулому наркоманів м'язовий біль може утримуватись місяці, навіть роки, і періодично посилюватись, незважаючи на виключення приймання наркотику. Потрібно мати надзвичайно велику силу волі, щоб в умовах пролонгованої "ломки" втриматись від відновлення наркотизації.

Клінічні прояви **кодеїнової абстиненції** аналогічні, але перебігають менш виражено і тривають в 1,5-2,0 рази довше [33:20].

Гостра інтоксикація кокаїном. Кокаїн отримують із листя південноамериканського куща коки. Він має вигляд білого порошку ("снігу"), який приймають шляхом вдихання в ніс або у вигляді ін'єкцій. Кокаїн передусім викликає стан загального збудження в поєднанні з ейфорією. Під дією цього наркотику людина почуває себе сильною і діяльною, чітко бачить життєву перспективу, відчуває надлишок сил і впевненість у собі. Приймання кокаїну після короткочасного запаморочення і незначного головного болю призводить до покращання самопочуття з посиленням інтелектуальної діяльності. При цьому підвищується працездатність. Потік думок і мова прискорюються. Характерним симптомом кокаїнізму є графоманія. Хворі пишуть листи, заяви, спогади з частими однотипними роздумами і повтореннями.

У більшості хворих спостерігають підвищену активність і потяг до діяльності. Вони постійно в русі. Приймання кокаїну пригнічує відчуття голоду і спраги.

Цей період кокаїнового сп'яніння нагадує маніакальний синдром. Такий стан триває 1,5-2,5 год і змінюється знесиленням, апатією і пригніченим настроєм. Інколи в наркоманів з'являються зорові й тактильні галюцинації та симптом Маньяна.

При більш вираженому отруєнні кокаїном виникають мідріаз, блідість шкіри, нудота,тремтіння, пітливість, загальна слабість, запаморочення, тахікардія, а потім зниження артеріального тиску, колаптоїдні стани або знепритомнення. У деяких випадках перед розвитком колапсу можна спостерігати психомоторне збудження із затьмаренням свідомості. При сильному отруєнні настає смерть від паралічу дихання, рідше від зупинки серця. Інколи перед смертю спостерігають нетривалий епізод делірійного затьмарення свідомості з яскравими зоровими і тактильними галюцинаціями, маренням і різким руховим збудженням. Делірій супроводжується клонічними і тонічними конвульсіями. Якщо хворі виживають, вони певний час скаржаться на головний біль і сильну загальну слабість із запамороченням [120:45].

Фізична залежність від кокаїну настає лише після тривалого систематичного приймання його, проте виражена психічна залежність розвивається досить швидко.

Гостра інтоксикація ефедрином. З метою сп'яніння приймають ефедрину гідрохлорид і окислений ефедрин (ефедрон, жаргонні назви "джеф", "марцефаль", "мулька"). Приймання цих речовин викликає стимулювальний ефект. Сп'яніння починається з відчуття легкості, "відчуття польоту", чіткості та яскравості сприймання довкілля. Потім з'являється відчуття теплої хвилі в тілі, мислення стає прискореним із легкою зміною асоціацій.

У токсикоманів-початківців виникають надмірна моторна активність, безглузда метушливість, настирлива багатомовність. Після декількох приймань ефедрину метушливість змінюється на більш цілеспрямовану діяльність, яка найчастіше має риси "творчого" характеру. Сп'янілі люди починають рифмувати, намагаються писати вірші, листи, малюють. У період сп'яніння немає відчуття голоду, спраги, потреби в сні. Спостерігається блідість обличчя,

мідріаз, сухість губ, тахікардія, незначна гіпертензія, дрібний тремор пальців рук, легка дискоординація рухів, незначний латеральний ністагм. Ейфорична фаза сп'яніння в новачків триває близько 6 год, при повторних інтоксикаціях вона скорочується до 4-2 год. Закінчується в'ялістю, знесиленням, серцебиттям, сухістю в роті, потягом до повторного приймання ефедрину.

Ефедринова абстиненція. Явища абстиненції при ефедриновій токсикоманії мають стадійний розвиток. Після припинення приймання звичної речовини з'являються запаморочення, нудота, нездатність тривалий час виконувати фізичну і розумову роботу. Виникають блідість обличчя, міоз, сухість у роті, пітливість (особливо вночі), тахікардія і підвищення артеріального тиску. Характерним є яскраво-малиновий "лакований" язик із фібрилярними посіпуваннями. Мова хворих не зрозуміла, "змазана". Координація рухів порушується, хода стає атаксичною. З'являються світлофобія, ріжучий біль в очах. Протягом перших діб перебування в стаціонарі вони ні з ким не спілкуються, дрімають або сплять [64:27].

Через 12-24 год з'являються головний біль і відчуття розбитості у всьому тілі, фібрилярні посіпування окремих м'язів. Потім виникають біль у великих суглобах, болючі судомні зведення м'язів, біль у кишечнику і пронос.

Емоційне тло нестійке з багаторазовими протягом дня перепадами настрою від гіпоманіакального (нерідко гнівливого) до виражених дисфорій зі злобним і похмурим афектом, підозрілістю і незадоволенням усім, що оточує хворого. Сонливість змінюється на безсоння, особливо тяжко хворим заснути. Характерними є пароксизмальні загострення апетиту, перевага віддається солодкій їжі. Дисфоричний етап абстиненції триває до 2-х діб і змінюється на явища апатичної депресії. Хворому здається, що життя втратило перспективу і сенс, ніщо не викликає інтересу, все стає "бридким". Розвивається різка фізична слабкість. Незважаючи на компульсивний потяг до ефедрину, хворі у зв'язку із різким зниженням психоенергетичного потенціалу не спроможні в цей період виконувати активні дії, спрямовані на добування наркотику. Через 1 -2 тижні стан хворого покращується, але ще протягом 2-3 тижнів залишаються явища астенізації ЦНС. Обсесивний потяг зберігається до 3-х місяців.

Інтоксикація снодійними препаратами. Сп'яніння від приймання снодійних препаратів у новачків може виникати від потрійної терапевтичної дози. У подальшому, при розвитку токсикоманії або наркоманії, внаслідок підвищення толерантності наркомани для того, щоб викликати сп'яніння, дозу збільшують (переважно у 8-10 разів).

Швидкість розвитку сп'яніння залежить від шляху введення препарату. При пероральному застосуванні сп'яніння розвивається через 20-25 хв. Проте токсикомани здебільшого викликають стан наркотизації шляхом внутрішньовенного введення суспензії порошку товченого препарату - сп'яніння настає відразу після ін'єкції.

Сп'яніння від приймання снодійних препаратів здебільшого нагадує алкогольне. Розвивається виражена ейфорія з підвищенням моторної активності, яка має хаотичний характер. Дії сп'янілої людини безладні й не зовсім цілеспрямовані, але вона цього не помічає. Рухи стають розмашистими,

некоординованими, їх завжди більше, ніж це вимагає конкретна ситуація. Якість осмислення і суджень різко знижується. Увага сп'янілої людини стає вкрай нестійкою, внаслідок чого тема розмови, як і предмет дії, постійно змінюється. Емоції стають лабільними: ейфорія легко переходить у гнів. Стан гніву, який виникає з найменшого приводу, а часом і без нього, може сягати ступеня оскаженіння. Сп'янілі люди стають агресивними, жорстокими і нестриманими у своїх вчинках із вираженою схильністю до немотивованих руйнівних дій. Вони трощать, розбивають і руйнують все, що потрапляє в поле їх зору й уваги.

Об'єктивні ознаки: гіперемія обличчя і склер, сальність шкірних покривів, мідріаз, гіперсалівація, тахікардія з напруженим пульсом, зниженим артеріальним тиском, гіпергідроз із виділенням гарячого поту.

Неврологічні розлади: порушення координації рухів,горизонтальний ністагм, диплопія і дизартрія. Характерною особливістю фенобарбіталового сп'яніння є те, що відразу після протвереження можна викликати повторне сп'яніння шляхом випивання склянки гарячої води.

При інтоксикаціїаміталом натрію грубих неврологічних розладів не спостерігають. Сп'яніння, викликане цим препаратом, проявляється короткочасним гіпоманіакальним або маніакальним станом із логореєю, багатою на асоціації мовою, елементами гіпермнезії, яскравими, виразними рухами, мімікою і модуляцією голосу. Приховати сп'яніння зусиллям волі практично неможливо. При гострому отруєнні снодійними препаратами розвивається швидко наростаючий глибокий сон [54:28].

В отруєної людини виникають блідість шкіри із сальним блиском, брадикардія і гіпотонія, "гра зіниць". М'язи гіпотонічні, в'ялі, кінцівки тяжкі й розслаблені. При пасивному переміщенні хворого не відчувається природного опору. Нерідко спостерігають гіперсалівацію. Відтак сон, який постійно поглиблюється, переходить у кому. При повному згасанні глибоких рефлексів можуть з'являтись пірамідні знаки. Дихання стає частим і поверхневим. При поглибленні коми дихання сповільнюється і набуває типу Чейн-Стокса або Куссмауля. Може розвинутись бронхорея і з'явитись схильна слинотеча, що призводить до закупорення трахеобронхіально-го дерева і викликає гостру дихальну недостатність. Інколи при загальній блідості коматозний стан супроводжується припливом крові до обличчя і значним потовиділенням. Смерть настає від паралічу дихального центру. Половину спроб самогубств здійснюють особи з гострими отруєннями барбітуратами, причому приблизно 10 % жертв помирають внаслідок отруєння [12:29].

Барбітурова абстиненція проявляється вкрай тяжкими симптомами. Суб'єктивно відміна снодійних препаратів супроводжується відчуттям незадоволення, неспокою і ознобом. Різко знижується апетит, розвивається безсоння. З'являються тривога і дисфоричні явища з надмірним компонентом "звірячої люті". При пітливості та характерному маскоподібному обличчі із землистим відтінком і сальним блиском симптоми абстиненції виникають у такій послідовності: 1) мідріаз, блідість і озноб із "гусячою шкірою", м'язова слабкість, яка найбільш виражена при хронічній інтоксикації ноксироном; 2) через добу розвивається м'язова гіпертонія, з'являються

судомні зведення литкових м'язів, тремор, гіпер-рефлексія; хворий не може довго перебувати в одній позі, а при ході похитується, з'являється тахікардія і підвищується артеріальний тиск; 3) через 2 доби приєднуються блювання і проноси при "ломці" (сильний біль у великих суглобах) і болю в шлунку; 4) на 3-5 добу при зростаючій депресії в більшості хворих розвиваються великі судомні напади, які можуть бути серійними, а інколи проявляються статусом конвульсійних нападів. У деяких хворих розвивається психоз, який нагадує алкогольний делірій. На відміну від білої гарячки, для цього психозу характерним є "звучання" психоорганічного компонента - більш глибокий ступінь затьмарення і виключення свідомості з менш вираженим руховим збудженням та дисоціацією між яскравістю зорових галюцинацій і бляклим емоційним забарвленням галюцинаторних переживань. Розвиток цих станів (конвульсійного синдрому або психозу) при інших симптомах абстиненції практично завжди підтверджує діагноз барбітуро манії.

Абстинентний синдром, зумовлений зловживанням анти**паркінсонічними препаратами.** Абстинентному синдрому властиві відчуття ознобу із "гусячою шкірою", біль у м'язах, у великих суглобах, мимовільні рухи руками, непосидючість, гіпертонус м’язів із переважанням тонусу розгиначів. Останнє зумовлює характерні поставу і ходу хворого на ногах, які не згинаються, при випростаній спині й нерідко відставлених руках. Рухові порушення при циклодоловій абстиненціїрозви-ваються в такій послідовності: тремор -скутість рухів - судомні посіпування окремих груп м'язів - мимовільні рухи (потирання рук, погладжування волосся голови, похитування тіла). Звертають на себе увагу своєрідна блідість і сальність шкіри обличчя з порозовілістю щік у вигляді метелика та яскраво-червоними губами. В емоційній сфері переважає іпохондричний компонент. Триває гострий період абстиненції до 2 тижнів.

Діетиламід лізергінової кислоти (ЛСД) для маскування наносять на марки і перебивні картинки. Таку марку смокчуть, викликаючи стан одурманення.

Майже завжди виникають глибокі зміни сприймання, емоцій і мислення. Незважаючи на це, критика частково збережена, і наркоман усвідомлює, що порушення сприймання в нього зумовлене приймання препарату. Інколи суб'єктам здається, що вони збожеволіли, і в цей час бояться, що вже ніколи не стануть нормальними. Проте нерідко можливий розвиток дійсного маячного гострого стану. Як правило, маячення пов'язане з галюцинаціями та іншими змінами сприймання.

Саме сприймання стає надзвичайно яскраим та інтенсивним, кольори здаються більш насиченими, контури -різкішими, музика - емоційнішою, глибокою, а запахи і смакові відчуття - більш загостреними і витонченими. Досить часто з'являються синестезії: кольори можна чути, а звуки і запахи - бачити. Можуть також виникати розлади схеми тіла і порушення сприймання часу та простору [65:34].

Найчастіше бувають зорові галюцинації, звичайно у вигляді геометричних форм (інколи цифр), проте часом виникають також слухові й

тактильні. Галюцинації з'являються лише при прийманні надто великих доз. У цьому випадку людина може відчути, що вона перетворилась в іншу істоту (наприклад пташку), що супроводжується відповідною поведінкою. Сприймання часу також значно змінюється в плані прискорення або сповільнення, що залежить від сюжету "мандрів", який суб'єкт уявляє. Характерним для інтоксикації ЛСД є візуалізація уявлень, тобто людина може відчувати і переживати те, що хоче відчути чи пережити. Усе це часто супроводжується ідеями величі або переслідування.

Емоції стають надзвичайно інтенсивними і можуть змінюватися раптово, різко та часто. В один і той же час у суб'єкта виникають два протилежні один одному відчуття з відповідним відреагуванням (амбівалентність і амбітендентність). Надто посилюються навіюваність і чутливість до невербальних сигналів. Може виникати підвищене відчуття єдності з іншими людьми або, навпаки, ізоляція від них.

Хворий пригадує події раннього дитинства, в тому числі акт свого народження, події далекого минулого, які звичайно забуваються і знаходяться у сфері підсвідомого в символічній формі.

Типовими є інтроспективна рефлексія і схильність до пізнання філософських і релігійних ідей. Сильно змінюється відчуття самого себе, інколи ці зміни сягають ступеня деперсоналізації. Особа в стані одурманення переживає своєрідне відчуття, ніби вона злилась із зовнішнім світом, що супроводжується відокремленням свого "Я" (душі) від тіла і загальним розчиненням свого єства в містичному екстазі.

Інколи суб'єкти вважають, що ці відчуття і переживання підвищують їх творчі здібності, дають і формують новий психологічний інсайт, викликають бажані зміни їх особистості.

У більшості випадків психодизлептична дія триває від 8 до 12 год. Проте приблизно в кожному четвертому випадку серед наркоманів трапляється так званий "зворотний спалах", тобто спонтанне транзиторне повторення психічних розладів уже без приймання препарарату. Зворотні ефекти можуть виникати при переході з темної кімнати в освітлену, при вмиканні світла, при прийманні препаратів коноплі.

Інколи наркомани, які перенесли дію ЛСД, при бажанні можуть викликати ретроспективні сцени довільно без приймання препарату. Зворотні спалахи переважно тривають 1-2 доби. Ретроспективні сцени можуть виникати також після травми або в стресовій ситуації. Звичайно цей стан швидко нормалізується після закінчення стресу, але інколи може затягнутись на місяці й навіть роки [77:18] .

У наркоманів із шизоїдним або тривожно-помисловим складом характеру внаслідок приймання дизлептиків можуть розвинутись стійкі невротичні й психічні зміни.

При психозах не рекомендують приймати нейролептики у зв'язку з можливою синергічною антихолінергічною і пригнічувальною дією на ЦНС. Найкращий метод допомоги хворому в цьому стані-тепле спілкування з ним і дбайливий догляд. При виражених розладах застосовують діазепам або

хлоралгідрат як снодійні. Лише в крайніх випадках допустимим є призначення галоперидолу.

Приймання ЛСД та інших галюциногенів практично не викликає фізичної залежності, але з часом толерантність до них підвищується. Серйозною небезпекою, пов'язаною із прийманням ЛСД, є ризик здійснити "небезпечні мандри", які можуть спричинити емоційні розлади, особливо в осіб із нестійкою психікою.

Гостра інтоксикація фенциклідином. Цю речовину, яку випускають підпільно, широко застосовують із 70-х років. Даний наркотик найчастіше викурюють разом із препаратами коноплі, інколи приймають всередину, вводять внутрішньовенно або вдихають. Спектр дії та її тривалість широко варіюють залежно від дози.

Напади, кома і навіть смерть можливі при дозі понад 20 мг. Звичайно приймають 2-3 мг речовини, дозу, яка перевищує 10 мг, вважають великою. Дія наркотику розпочинається через 5 хв і стійко утримується приблизно півгодини. Особливістю дії фенциклідину є те, що наркомани не можуть точно описати відчуття і переживання, які були в них безпосередньо перед і під час стану наркотичного одурманення. Спогади їх фрагментарні, часто вони повністю амнезують стан сп'яніння, а прогалини пам'яті заповнюють псевдоремінісценціями і конфабуляціями. Такими цигарками злодії пригощають інших людей у випадкових компаніях із метою пограбування [37:38].

Спостерігаючи за сп'янілими людьми, можна помітити, що їх відчуття швидко (калейдоскопічно) змінюються: ейфорія, тепло в тілі, дзвін у вухах, блаженство, інколи деперсоналізація (розлади схеми тіла), порушення сприймання часу, ізольованість і відчуженість. Наркоман може проявляти співчуття, знаки дружелюбного ставлення і симпатії, які раптово й часто невмотивовано змінюються на негативізм і ворожнечу із схильністю до конфліктів. У деяких осіб спостерігають стереотипні колові рухи головою, погладжування, гримаси, м'язову ригідність, блювання. Інколи розвиваються слухові й зорові галюцинації. Психосенсорні розлади і галюцинації, як правило, супроводжуються маячною інтерпретацією.

Після редукції ознак сп'яніння розвивається субдепресія, під час якої хворий може бути подразливим, певною мірою параноїдно настороженим, войовничим із підвищеною задирливістю, інколи з'являються суїцидні й гомоцидні тенденції [71:88].

Стан сп'яніння супроводжується кількома об'єктивними ознаками: 1) вертикальним або горизонтальним ністагмом; 2) підвищенням артеріального тиску; 3) тахікардією; 4) больовою гіпестезією; 5) атаксією; 6) дизартрією; 7) м'язовою ригідністю; 8) епілептиформними судомними нападами; 9) гіперакузією; 10) виключенням свідомості (оглушення, сопором, комою); 11) делірійним станом.

При тривалому прийманні наркотику можерозвинугась психоорганічний синдром із зниженням контролю за своїми потягами або стан летаргії. Майже завжди наявний депресивний компонент. Інколи з'являються тілесні галюцинації (відчуття повзання комах під шкірою).

Гостра інтоксикація метаквалоном. Метаквалон - це седативно-гіпнотичний препарат, який не належить до барбітуратів. Його приймають в основному молоді люди з метою підвищення сексуальної активності.

Жаргонні назви: "мандракер" і "сопор". Поняття "лудингувати" означає приймати наркотик разом з алкогольним напоєм. Передозування проявляється неспокоєм, підвищенням артеріального тиску, делірієм, розвитком спазмів м'язів, які переходять у конвульсії, що може закінчитись смертю.

Останнім часом молодь і підлітки періодично приймають наркотик із вираженою стимулювальною дією - "Екстазі". Його випускають у таблетках. Практично завжди наркотик приймають на дискотеках. "Екстазі" викликає нестримну потребу в ритмічних рухах. Настрій здебільшого ейфоричний, а внаслідок підвищеної взаємоіндукції може розвиватись стан масового екстазу із схильністю до неконт-рольованих дій. У зв'язку з надмірною руховою активністю під час нестримних танців, у молоді розвивається виражене зневоднення. Періодичне приймання "Екстазі" не викликає явищ абстиненції, але після закінчення дії цього препарату певний час зберігається виражена астенія.

Гостре отруєння транквілізаторами. У більшості випадків наркомани і токсикомани приймають транквілізатори-замінники для послаблення явищ абстиненції. Інколи їх приймають разом із спиртними напоями з метою потенціювання дії алкоголю. Транквілізатори досить швидко суттєво знижують потенцію аж до розвитку стійкої імпотенції. Враховуючи цей фактор, більшість токсикоманів стараються не приймати транквілізатори впродовж тривалого часу, а приймають інші речовини, які стимулюють лібідо, потенцію або відчуття оргазму (наприклад, ефедрин або гашиш).

Вираження сп'яняючого ефекту значною мірою залежить від типу транквілізаторів. Найбільш виражену ейфорію і збудження викликають транквілізатори снодійні (нітразепам, радедорм, еуноктин). При прийманні цих препаратів, як і при інтоксикації" фенобарбіталом, сп'яніння нерідко супроводжується втратою кількісного контролю. Після згасання ейфорії наркомани (особливо початківці або вже деградовані з інтелектуальним дефектом) часто схильні до приймання чергової дози препарату, що може призвести до передозування і вираженого отруєння. Отруєння транквілізаторами можуть викликати різке порушення координації рухів і можливе виключення свідомості до ступеня сопору, а інколи і коми. Цей стан розвивається як відразу після приймання транквілізатора, так і через певний проміжок часу, тому може виникнути у будь-якому місці: на вулиці, в транспорті тощо [87:38].

Клінічна картина отруєння в нетоксикоманів залежить від прийнятої дози і проявляється комплексом міастенічних реакцій (птозом, дизартрією, утрудненим диханням, міорелаксацією зі зниженням тонусу м'язів кінцівок), розладами очної іннервації (мідріазом, диплопією, порушеннями акомодації), вегетативними розладами (артеріальною гіпотонією, колаптоїдними станами, атонією сечового міхура і зумовленою нею затримкою сечі), а також сонливістю, яка зростає.

У хворих на токсикоманію, навпаки, спостерігають гіпертонус скелетної мускулатури, артеріальну гіпертензію, затьмарення свідомості (запаморочливі

стани, делірійні епізоди), продуктивну психосимптоматику (галюцинації, ілюзії, маячення) з афективними розладами (страхом, тривогою). Коматозні стани в токсикоманів розвиваються після прийняття приблизно стократної дози транквілізаторів, тоді як для розвитку коматозного стану в нетоксикоманів достатньо прийняти 20-40 терапевтичних доз препарату. При цьому в 20 % випадків прекоматозні стани супроводжуються явищами неспокою. Збудження, як правило, обмежується межами ліжка. У багатьох хворих може різко знизитись артеріальний тиск і раптово розвинутись колапс. Пульс при цьому пришвидшується до 140-150 ударів за 1 хв. Дихання стає глибоким, шумним, а при поглибленні коми - поверхневим, нерідко порушується його ритм. Шкіра і слизові сухі, обличчя почервоніле. Глибока кома супроводжується повною арефлексією. Зіниці в прекоматозному стані розширені, реакція на світло збережена; при глибокій комі - міоз, а в преагональній фазі знову розвивається мідріаз, але з втратою реакції на світло. У дуже тяжких випадках можливе різке пригнічення дихання.

Крім описаних вище явищ, у хворих інколи виникають конвульсії, набряки кінцівок, утруднене сечовипускання, анурія, гіпотермія й атонічна непрохідність кишечника. Смертність при отруєні транквілізаторами, навіть при застосуванні сучасних методів інтенсивної терапії, сягає 2-3 % [102:27].

Особливості кофеїнової залежності. В одній чашці кави міститься приблизно 100-150 мг кофеїну, в склянці чаю - половина, а в склянці напою з колою ("Кока-кола", "Пепсі-кола") - третина цієї дози. Певна кількість кофеїну є в шоколаді, який споживають здебільшого діти (приблизно 25 мг у плитці). Прийняття 50-100 мг кофеїну викликає відчуття припливу фізичної і розумової енергії. Період його напіврозпаду - від 3 до 10 год, а максимальна концентрація в плазмі крові визначається приблизно через 30 хв після прийняття середника. Доза, яка перевищує 0,5 г, може викликати початкові явища інтоксикації, хоча деякі особи приймають 2-3 г кофеїну без будь-яких ускладнень.

Ознаки кофеїнової інтоксикації включають тривожність з явищами психомоторного збудження і загального неспокою, підвищену подразливість, безсоння і неприємні відчуття з боку внутрішніх органів. Виникає не менше п'яти з перерахованих нижче симптомів: 1) неспокій; 2) нервовість; 3) збудження; 4) безсоння; 5) гіперемія шкіри обличчя; 6) посилений діурез; 7) шлунково-кишкові розлади; 8) посіпування м'язів; 9) прискорення мислення і мови (інколи хаотичне); 10) тахікардія (деколи - аритмія); 11) підвищена працездатність із зниженням відчуття втоми; 12) психомоторна ажитація; 13) підвищена чутливість до світла і звуків; 14) дихальна недостатність, конвульсії, пептична виразка і колаптоїдні стани при тяжкому отруєнні.

Приблизно у 25 % осіб, які зловживають кофеїном, через 15-18 год розвиваються явища абстиненції: тривалий головний біль із відчуттям пульсації, який зменшується після того, як випити каву або чифір. Можливий розвиток летаргічної сонливості, подразливості, агедонії і депресії. Чим вища денна доза, **тим** більша вірогідність розвитку депресії. Явища абстиненції самостійно проходять через 4-5 днів. Хронічне вживання кави стимулює підвищену секрецію соляної кислоти в шлунку, що може спровокувати розвиток

виразкової хвороби. Досить часто виникає серцева аритмія. Нерідко постійне вживання напоїв, що містять кофеїн, покращує суб'єктивний стан жінок, які страждають фіброзно-кістозними захворюваннями, тому кавоманкам необхідно пройти огляд у гінеколога. Часто хронічне зловживання кофеїном помилково вважають проявом тривожного неврозу чи псевдоневротичних розладів і такого псевдохворого "лікують" антифобічними середниками, які звичайно неефективні, а лише викликають розвиток лекоманії (психофізичної залежності від лікарських препаратів) [102:23].

Інтоксикація засобами, які належать до групи ароматичних вуглеводів і органічних розчинників. Останнім часом спостерігають тенденцію до поширення серед підлітків своєрідної токсикоманії, при якій сп'яніння викликається вдиханням парів ароматичних вуглеводів та розчинників (бензину, нафти, бензолу, ацетону, плямовивідників типу "Минутка", "Домал", клею, лаків на органічних розчинниках тощо), а також диму від спалення органічних речовин (гуми, целулоїду, пластмас). Інгаляцію проводять шляхом глибоких вдихів.

Приймання цих засобів підлітками, особливо на початкових етапах токсикоманії, має, як правило, груповий характер. При цьому поліетиленовий мішок із токсикоманічними засобами вони по черзі передають один одному для інгаляції. Керує цим процесом найбільш досвідчений токсикоман, який відіграє роль неформального лідера цієї своєрідної мікрогрупи.

Тривалість сеансів інгаляції зумовлюється токсикоколічною характеристикою засобу, який приймають. Більш токсична дія характерна для бензину (особливо етильованого), ацетону, лаків і плямовивідників. Період інгаляцій цих засобів відносно короткий (2-3 год). Плямовивідники типу "Домал" і клеї на органічних розчинниках менш токсичні, що дозволяє токсикоманам вдихати пари цих засобів більш тривалий час (весь день із короткими інтервалами).

Клінічна картина сп'яніння й особливості перебігу цих токсикоманій схожі.

Два-чотири глибокі вдихи парів бензину викликають відчуття "невагомості" й "легкості". При цьому можуть розвиватися психосенсорні розлади: дереалізація і порушення схеми тіла. Сп'янілі люди відчувають, що в них набрякли і стали "ватними" руки й ноги, змінилася форма голови. Довкілля вони вважають нереальним, зміненим, "казковим". Приблизно кожен третій, закривши очі, бачить німі "мультики" з різноманітними тваринами, комахами, людьми, які перебувають у постійному русі. У сп'янілих людей покращується настрій, при цьому в одних настає тихе "блаженство" без бажання рухатися (нагадує опіатне сп'яніння), в інших - підвищується балакучість, з'являється бажання говорити і сміятися (нагадує сп'яніння внаслідок приймання гашишу). Бензинове отруєння легко виявити тому що у видихуваному повітрі чути запах бензину.

При сп'янінні внаслідок прийняття плямовивідників типу "Домал" або клеїв на органічній основі зоровим галюцинаціям властиві особлива яскравість, жвавість і правдоподібність. Більшість хворих можуть викликати

бажані цікаві або приємні для себе галюцинациторні переживання. Після виходу із стану сп'яніння виникають постінтоксикаційні явища (в'ялість, загальмованість, підвищена втомлюваність, байдужість, порушення сну). Деколи з'являються страх і тривога. Типовим абстинентним явищем є часті судоми м'язів нижніх кінцівок. Об'єктивні ознаки інтоксикації такі: 1) психомоторна загальмованість; 2) ністагм; 3) порушення координації рухів; 4) нечітка мова; 5) сонливість; 6) зниження рефлексів; 7) тремор; 8) генералізована м'язова слабкість; 9) нечіткий зір або диплопія; 10) виключення свідомості (оглушення, сопор, кома); 11) ейфорія; 12) нудота і блювання. Летючі речовини тяжко виявити в крові, а знайти в сечі неможливо.

Синдром невротичної деперсоналізації-дереалізації (F 48.1) – це невротичний розлад сприйняття, при якому психічна активність хворого, його тіло і оточення якісно змінилися настільки, що здаються нереальними, віддаленими або діючими автоматично. Даний синдром може бути проявом обесивного неврозу, неврозу тривоги (страху).

Психологічні діагностичні критерії: наявність високого рівня виснаження за гіперстенічним типом; групи методик, що досліджують психометричні характеритики сенсомоторних функцій та уваги.

Реабілітаційні заходи:

А) індивідуально-орієнтована психотерапія спрямована на всебічне вивчення особистості хворого, специфіки формування, структури і функціонування його системи відношень; досягнення у хворого усвідомлення і розуміння причинно-наслідкового зв’язку між особливостями його системи відношень і захворюванням; допомога хворому в розумінні ситуації, що є психотравмуючою, зміну відношення хворого до ситуації, корекцію неадекватних реакцій та форм поведінки; проводиться індивідуально або в процесі групової психотерапії, тривалість 1-1,5 місяця, частота 3 рази на тиждень;

Б) психотерапія має симптоматичний характер, лікувальні формули спрямовані на відновлення емоційного комфорту, зняття клінічних проявів, переконання хворого у функціональності, зворотності їх, усього 10 сеансів, проведених через день або щодня.

Узагальнення та практичні поради психологу

♦Синдром невротичної деперсоналізації-дереалізації виникає часто у осіб з девіантною та делінквінтною поведінкою, який проявляється невротичним розладом сприйняття, при якому психічна активність хворого, його тіло і оточення якісно змінилися настільки, що здаються нереальними, віддаленими або діючими автоматично. Даний синдром може бути проявом обесивного неврозу, неврозу тривоги (страху) і вимагає відповідної психологічної діагностики та певних реабілітаційних заходів.

♦Наркомани в стані абстиненції здатні до будь-яких актів агресії, що вимагає з боку психолога певних реабілітаційних заходів.

♦Підступність, хитрість і брехливість наркоманів не мають меж.

Довіряти їм не можна. Недопустимо піти на проступок і допомогти їм дістати якийсь психотропний препарат. Як правило, це призводить до наступного шантажу з їх боку.

♦Після того, як фізичні явища наркотичної абстиненції пройшли, психічний потяг залишається. Наркомани схильні до аггравації і симуляції', щоб отримати потрібний одурманюючий засіб. Якщо такі хворі "демонструють" свої муки, але почали вживати їжу і відновили куріння тютюну, це означає, що вони аггравують свій стан.

♦Найбільш тяжкий і небезпечний для життя абстинентний синдром викликають барбітурати. Найтриваліша абстиненція зумовлена опіатною наркоманією.Найбільш виражену психічну деградацію (психопатизацію й отупіння) спричиняє барбітурова наркоманія. Найшвидше руйнує соматоневрологічний стан організму і викликає моральне спустошення ефедрон. Навіть у середовищі наркоманів барбітуромани і "ефедронщики" здебільшого зневажаються.

♦Наркотики дорого коштують. Смертельні отруєння ними трапляються відносно рідко. Переважно тяжкі отруєння бувають токсикоманічними речовинами, бо більшість їх є широкодоступними. Приблизно 10 % отруєнь барбітуратами закінчуються летально, а в деяких осіб несмертельні отруєння призводять до появи психоорганічного синдрому.

♦Статистика свідчить, що серед людей, які приймають спиртні напої, хронічний алкоголізм розвивається в 5-10 %, а серед тих, хто приймає наркотики, наркоманія спостерігається у 85-90 %. Тому єдиним дієвим методом боротьби з наркоманією є її психопрофілактика.

♦Так звані "слабкі наркотики" (маріхуана й "екстазі") практично не викликають абстиненції і зміни толерантності. Але більшість людей, які почали приймати ці речовини, звикають до стану штучного одурманення, прагнуть переживати сильніші відчуття і приймають активніші наркотики, тобто гашиш і "Екстазі" є першою сходинкою, яка веде до тяжких наслідків.

Питання для самоконтролю

1.Сутність видхиленої поведінки.

2.Психодіагностичні критерії відхиляючої поведінки.

3.Особливості опіатної абстиненції.

4.Особливості барбітурової абстиненції.

5.Соціально-психологічні фактори відхиленої поведінки.

6.Основні форми відхиленої поведінки.

7.Психодіагностичні критерії алкоголізму.

8.В чому полягає основна небезпека зловживання гашишем і ЛСД?

9.Основні ознаки інтоксикації ароматичними вуглеводами та органічними розчинниками.

10.Тактика дій психолога стосовно токсикомана.

Контрольні тестові завдання до розділу 5:
ПСИХОЛОГІЯ ВІДХИЛЕНОЇ ПОВЕДІНКИ

1. Реактивні стани, які проявляються переважно порушенням поведінки, та ведуть до соціально-психологічної дезадаптації, називаються:
А) патохарактерологічні реакції;
Б) характерологічні реакції;
В) адиктивні реакції;
Г) невротичні реакції.

2. Непатологічні порушення поведінки, які проявляються в певних ситуаціях, не ведуть до дезадаптації особистості та не супроводжуються соматовегетативними порушеннями, називаються:
А) патохарактерологічні реакції;
Б) характерологічні реакції;
В) адиктивні реакції;
Г) невротичні реакції.

3.Становлення незрілої особистості у дітей та підлітків в патологічному напрямку під впливом хронічних патогенних впливів негативних соціально-психологічних факторів, це:
А) психопатія;
Б) патохарактерологічні реакції;
В) психогенне патологічне формування особистості;
Г) акцентуація характеру.

4.Патологічний стан, який характеризується дисгармонічностю психічного складу особистості, тотальністю та виразністю розладів, які перешкоджають повноцінній соціальній адаптації суб’єкта, це:
А) патохарактерологічні реакції;
Б) психопатії;
В) психогенні патологічні формування особистості;
Г) акцентуації характеру.

5.Порушення поведінки, які кваліфікуються на основі правових норм, визначаються як:
А) саморуйнуюча поведінка;
Б) делінквінтна поведінка;
В) кримінальна поведінка;
Г) адиктивна поведінка.

6.Порушення поведінки, яке кваліфікується на основі морально-етичних норм, визначається як:
А) делінквінтна поведінка;
Б) кримінальна поведінка;

В) компульсивна поведінка;
Г) саморуйнуюча поведінка.

7.Форми відхиляючої поведінки, які характеризуються намаганням відійти від реальності шляхом штучної зміни свого психічного стану за допомогою прийому деяких речовин або фіксації на певних видах діяльності, це:
А) компульсивна поведінка;
Б) адиктивна поведінка;
В) делінквінтна поведінка;
Г) саморуйнуюча поведінка.

Розділ 6
ПСИХОЛОГІЧНЕ СУПРОВОДЖЕННЯ ДІАГНОСТИЧНОГО ТА ТЕРАПЕВТИЧНОГО ПРОЦЕСУ

6.1. Психомоторне збудження

Найчастішим з екстрених станів, які небезпечні для хворого та людей, які його оточують, і вимагають невідкладної медичної та психологічної допомоги, є так зване гостре психомоторне збудження. Це гострий психотичний стан, зумовлений різними психічними захворюваннями, що супроводжується вираженим руховим і мовним збудженням, а також психопатологічною симптоматикою, що становить небезпеку для людей або самого хворого.

Залежно від причини, розрізняють такі основні види психомоторного збудження з відповідною клінікою:

1. *Галюцинаторно-маячне.* Збудження виникає внаслідок галюцинаторних і маячних переживань. Особливі збудження визначаються характером галюцинацій і відповідним сюжетом маячних ідей. Трапляється при шизофренії, отруєнні наркотиками з галюциногенною дією, реактивних психозах.

2. *Делірійне.* Збудження в основному викликається інтоксикаціями, інфекційними хворобами, травмами.

3. *Маніакальне.* Збудження супроводжується піднесеним настроєм, надцінними та маячними ідеями переоцінки особистості (величі, багатства тощо), надмірною діяльністю, співами, танцями, декламуванням віршів або виголошенням коротких промов на різну тематику, підвищеним статевим потягом, епізодичною гнівливістю з агресивними тенденціями.

Є характерним для маніакальної фази маніакально-депресивного психозу, маніакальної фази циркулярної форми шизофренії, алкогольного і наркотичного сп'яніння, туберкульозної інтоксикації.

4. *Меланхолійний вибух* - це збудження, зумовлене крайнім загостренням депресивних переживань.

При ньому душевна туга стає непереносимою. Хворий знаходиться в стані депресивного відчаю. Прагнучи обірвати тяжкі душевні муки, він може вдатись до суїцидних дій. Для цього стану є характерним лемент із різко вираженою руховою активністю. Меланхолійний вибух властивий депресивній фазі маніакально-депресивного психозу, інволюційній і реактивній депресії.

5. *Кататонічне і гебефренічне збудження* - це безглузде збудження з кривляннями, клоунізмами І хаотичними асоціальними включеннями в поведінку. Трапляється при відповідних формах шизофренії.

6. *Епілептичне збудження* - це крайній ступінь дисфорії з вираженими агресивними і руйнівними тенденціями. Виникає при епілепсії.

7. *Еректильне збудження* - це немотивоване, хаотичне, безглузде і без підставне збудження, що з'являється в осіб з вираженою олігофренією.

8. *Афект фізіологічний* - це короткотривала і сильна позитивна або негативна емоція, яка виникає у відповідь на дію внутрішніх чи зовнішніх

факторів і супроводжується психомоторним збудженням та вираженими сомато-вегетативними проявами: блідістю або гіперемією шкіри та слизових, тахікардією, підвищенням або зниженням артеріального тиску, загальним тремором, імперативними позивами на акт дефекації тощо [42:54].

Свідомість не потьмарюється, людина усвідомлює свої дії. Після закінчення афективної реакції амнезії немає. До фізіологічного афекту схильні особи з психопатією збудливого кола.

9. *Патологічний афект* - це короткочасний психічний розлад, який виникає у відповідь на інтенсивну, несподівану психічну травму і проявляється афективним розрядом на фоні запаморочливого стану свідомості, за яким настають загальна розслабленість, байдужість і, як правило, глибокий сон; супроводжується повною або частковою ретроградною амнезією.

У період запаморочливого стану людина не усвідомлює, що відбувається довкола, не усвідомлює свої дії і не керує ними. За злочин, скоєний у стані патологічного афекту, людина кримінальної відповідальності не несе. Для проведення, судово-психіатричної експертизи медик повинен якомога детальніше зібрати об'єктивний анамнез та описати стан і поведінку людини після виходу із стану афекту.

Невідкладна психологічна допомога полягає в проведенні заходів, якими досягають ліквідації або пом'якшення психопатологічних проявів, і негайній госпіталізації хворого в психіатричну лікарню чи організації екстреної консультації. При наданні допомоги збудженому хворому до прибуття транспорту для його переведення в психіатричну лікарню необхідно забезпечити безпеку пацієнта і людей, які його оточують.

Високий ризик суїциду або гомоциду. Особливу небезпеку для життя психічнохворого і людей, які його оточують становлять суїцидальні і гомоцидні дії. Це дії особи із психічним захворюванням, спрямовані на самогубство, вбивство незнайомих і знайомих людей, а також своїх родичів і близьких. Основнимиїх причинами є:

1.Наказові (імперативні) галюцинації, коли голоси наказують хворому вбити конкретну людину.

2.Маячення впливу, переслідування, отруєння, ревнощів, спрямоване на конкретних осіб.

3.Маячні ідеї депресивного хворого про те, що його родичі й знайомі переживають такі ж нестерпні душевні муки, як він сам, призводять до впевненості, що хворий перед самогубством повинен їх умертвити, щоб близькі йому люди не мучились.

4.Прояв моторного автоматизму, коли хворий мимоволі виконує дії сущидального або гомоцидного характеру, відчуваючи, що його рухами і вчинками керує сила, якій він не може протистояти.

5.Затьмарення свідомості: делірій, епілептиформне збудження при запаморочливих станах, патологічний афект, патологічне сп'яніння.

6.Імпульсивні дії. Хворі, схильні до гомоцидних дій, психіатричною ЛКК визнаються соціально небезпечними. Після скоєння гомоцидного акту психічно хворих за рішенням суду примусово лікують у спеціалізованих психіатричних

лікарнях.

Високий ризик насилля, спрямованого на інших осіб. Визначення: стан, при якому індивід здатний проявляти форми поведінки, небезпечніші для інших осіб.

Характерні симптоми й етіологічні фактори:

1.Агресивна поза; міміка і пантоміміка (напружена поза, стиснуті кулаки, щелепи, словесні погрози тощо).

2.Руйнівна поведінка.

3.Підвищена рухова активність з подразливістю і збудженням.

4.Неточне сприймання ситуації.

5.Напади люті.

6.Виражена дисфорія.

7.Порушення сприймання (галюцинації, ілюзії).

8.Наявність маячення.

9.Стани сплутаної свідомості.

10.Порушення контролю за потягами.

11.Володіння небезпечним предметом (ножем, рушницею тощо).

12.Зловживання алкоголем або наркотиками, сп'яніння й абстиненції.

13.Насилля в анамнезі.

Практичні поради клінічному психологу

♦Найчастіше агресія є наслідком психотичного стану. Потрібно вчасно помічати зміни в психічному стані хворих.

♦Ризик агресії підвищується, коли є доступ до небезпечних предметів. Наслідки агресії стають тяжчими.

♦Велика кількість подразників посилює неадекватність поведінки. Зменшіть кількість подразників (невелика кількість людей, тиша, слабке освітлення).

♦Дії психічнохворих з агресивними тенденціями нерідко є непередбаченими масштабами самої агресії. Забезпечте достатню кількість помічників для гарантування безпеки під час надання допомоги. Це продемонструє хворому силу і доказ контролю над ситуацією.

♦Тривога є заразною і може передатись від вас хворому, що посилить його агресивні тенденції. Поводьте себе біля нього спокійно, не залякуйте, пригнічуйте в собі страх і тривогу.

♦Агресивна поведінка одного хворого може індукувати аналогічну поведінку в інших. Ізолюйте хворого, який знаходиться в стані збудження.

♦Правильна орієнтація зменшує інтенсивність психотропного збудження. Переривайте періоди неправильної орієнтації і повторно орієнтуйте хворого.

♦Грубе застосування фіксації збуджує хворих. Адекватно використовуйте фіксацію.

♦Проговорювання переживань зменшує афект. Дайте можливість хворому "викричати" свій гнів.

♦Агресивні дії необхідно попереджувати. Поки стабільно не покращиться стан хворого, він повинен перебувати на режимі суворого нагляду.

Високий ризик спрямованого на себе насилля. Визначення: стан, при якому індивід проявляє форми поведінки, небезпечні для нього.

Характерні симптоми й етіологічні фактори:

1.Депресивний настрій.

2.Відчуття власної нікчемності.

3.Гнів, обернений на себе.

4.Неадекватне переживання власної вини.

5.Численні невдачі.

6.Відчуття самотності.

7.Безнадійність.

8.Помилкова інтерпретація дійсності.

9.Прямі або опесередковані заяви про намір здійснити суїцид.

10.Наявність суїцидних дій у минулому.

11.Вирішення справ, складання заповіту; роздавання і дарування свого майна.

12.Наявність галюцинацій.

13.Заяви про безнадійність і безперспективність відносно покращання умов свого життя.

14.Саморуйнівна поведінка (зловживання алкоголем, наркотиками, захоплення азартними іграми).

Практичні поради клінічному психологу

♦Ризик суїциду значно збільшується, коли хворий поставив перед собою конкретну мету і, особливо, коли в нього були знаряддя і засоби для здійснення самогубства. Потрібно поставити йому ряд прямих запитань: "Чи були у вас думки про самогубство? Якщо так, то що саме Ви планували зробити? Чи були у вас знаряддя і засоби для його здійснення?".

♦У хворого з'являється впевненість і надійність, коли він відчуває, що до нього ставляться, як до людини, що йому приділяє увагу шанована ним особа. Проводьте максимум часу з хворим, якнайбільше з ним розмовляйте.

♦Обговорення суїцидних переживань із людиною, яка викликає довіру, приносить хворому значне полегшення. Обговорюйте з ним його переживання, намагайтесь довести неадекватність його намірів.

♦Депресія і суїцидальні форми поведінки є маскою гніву, поверненою на себе. Якщо цей гнів виразити словесно або переключити свою психічну енергію на іншу діяльність, можна буде полегшити переживання, незважаючи на супровідний дискомфорт. Дайте можливість хворому словесно виразити своє незадовлення.

♦Фізична діяльність знімає приховане нервово-психічне напруження. Стимулюйте фізичну активність хворого (біг "підтюпцем", боксерський бій з грушею тощо).

♦Наявність конкретного плану само- і взаємодопомоги під час кризи допомагає попередити суїцидну спробу.

Високий ризик самопошкоджень. Визначення: стан, при якому індивід має підвищений ризик нанести собі не смертельну травму.

Фактори, пов'язані з етіологією, і фактори ризику:

1.Анамнестичні відомості про форми поведінки з пошкодженням тіла (кусання, дряпання, удари головою, висмикування волосся).

2.Депресивні стани.

3.Переживання дереалізації.

4.Демонстративна поведінка з метою маніпулювання іншими людьми.

5.Низька самооцінка.

6.Невирішена реакція горя.

7.Напади лютості.

8.Підвищений рівень тривоги.

9.Повторні настирливі скарги, вимоги і прохання.

10.Підвищена рухова активність, збудження, подразливість, неспокій.

11.Дії з нанесенням собі фізичних пошкоджень (різаних ран, опіків, передозування ліків тощо).

Практичні поради клінічному психологу

Ігнорування дезадаптивним способом поведінки здебільшого зменшує частоту його використання.

♦Фізичні вправи є безпечним і ефективним способом послаблення відчуття внутрішнього напруження. Ширше застосовуйте щодо хворого працетерапію. Дайте йому можливість розрядитись, виконуючи фізичні вправи (біг підтюпцем, заняття з боксерською грушею тощо).

♦Демонстрація хворому доказів контролю за ситуацією зменшує ризик деструктивної поведінки. Забезпечте достатню кількість персоналу, щоб при необхідності показати йому силу.

Високий ризик травмування. Визначення: стан, при якому індивід має високий ризик пошкоджень, пов'язаний з умовами навколишнього середовища, що взаємодіють із психічним і фізичним станом людини.

Фактори, пов 'язані з етіологією, і фактори ризику:

1. Органічне ураження головного мозку, що супроводжується такими симптомами:

- порушення орієнтування і стан сплутаної свідомості;
- фізична слабість;
- епілептичні напади;
- послаблення зору;
- психомоторне збудження.

2.Наявність галюцинацій.

3.Наявність маячення.

4.Стани інтоксикації (алкогольної,наркоманічної, токсикоманічної тощо).

5.Абстинентний синдром.

6.Тривога панічного рівня.

7.Нестійкість показників життєво важливих функцій (втрата свідомості, колапс тощо).

8.Психопатія.
9.Дисфорія.
10.Синдром гіперактивності в дітей.
Характерні симптоми:
1.Човгання і спотикання.
2.Падіння, зумовлені порушенням координації рухів.
3.Забої об меблі та одвірки.
4.Перебування в умовах низької температури в легкому одязі.
5.Нанесення собі порізів при користуванні гострими предметами.
6.Невдалі спроби запалити газ або залишення його запаленим в анамнезі.
7.Куріння в ліжку, залишення запалених сигарету різних місцях.
8.Безцільні й некоординовані рухи.
9.Галюцинаторна поведінка.
10.Маячна поведінка.
11.Психомоторне збудження.
12.Ознаки інтоксикації.
13.Гострі ознаки абстиненції.
14.Дезорієнтування в навколишньому середовищі.
15.Психомоторне збудження.
16.Деструктивні форми поведінки.
17.Гнів, спрямований на людей.
18.Спалахи гніву - хворий починає руйнувати предмети (бити посуд, ламати меблі).

Практичні поради клінічному психологу

♦Необхідно знати рівень функціонування хворого (його психічний і фізичний стан), щоб розробити план необхідної психологічної допомоги. Оцініть психічний і фізичний стан хворого.

♦Надмірна кількість подразників посилює збудження. Зменшіть її.

♦Посильні фізичні навантаження зменшують гіперактивність. Рекомендуйте гіперактивному хворому посильні фізичні навантаження.

♦Адекватне застосування психофармакотерапії зменшує рухову активність хворого.

Відмова (або неможливість) вживати їжу. Небезпеку для здоров'я хворого, а іноді й для його життя, становить активна *відмова вживати їжу,* або тривала неможливість її приймати внаслідок безпорадного стану [34, с.61-13].

Активна відмова вживати їжу, в основному, зумовлена:

1.Наявністю у хворого слухових імперативних галюцинацій, при яких голоси забороняють йому вживати їжу, або слухових галюцинацій, які лякають, що їжа отруєна.

2.Наявністю нюхових і смакових галюцинацій, при яких їжа здається смердючою й огидною (тхне "трупним запахом", має "огидний смак").

3.Негативістичною поведінкою хворого.

4.Наявністю маячення отруєння.

5.Наявністю нігілістичного маячення Котара ("шлунок і кишечник

всохли", "їжа не перетравлюється, а тому її не можна їсти").

6.Наявністю вираженого депресивного синдрому з маячними ідеями самозвинувачення.

7.Наявністю нервової анорексії.

8.Симуляцією психічного захворювання або хвороби шлунково-кишкового тракту.

9.Установча реакція типу надцінних ідей на вживання звичайної в даній популяції їжі представниками деяких релігійних сект (наприклад "Білого братства", секти "Наступники індуїзму", мусульман на вживання свинини тощо).

10.Гострий період вираженого абстинентного синдрому в наркоманів.

Основними причинами безпорадного стану, які роблять неможливим приймання їжі, є:

1.Тривалі стани глибокого виключення свідомості (сопор, кома).

2.Тривалі стани вираженого затьмарення свідомості (аменція, делірій, онейроїд).

3.Тотальне слабоумство і стан маразму.

4.Стани вираженого ступору (особливо кататонічного).

5.Неможливість вживати воду і рідку їжу (є характерною ознакою сказу).

Галюцинації. Визначення: вигадані, несправжні сприймання неіснуючого об'єкта, суб'єкта або явища, що виникають на хворобливій основі й є для хворого дійсним сенсорним відображенням об'єктивної реальності.

Можливі етіологічні фактори:

1.Гострі й хронічні психози.

2.Інтоксикація наркотичними, токсикоманічними, лікарськими та іншими речовинами.

3.Депривація сну.

Характерні риси і симптоми:

1.Сприймання нереальних об'єктів, суб'єктів або явищ.

2.Поза і міміка "прислуховування".

3.Немотивований сміх.

4.Немотиваний переляк.

5.Розмова із самим собою.

6.Замовкання під час розмови, щоб прислухатись, придивитись, принюхатись тощо.

7.Неадекватні емоції.

8.Неадекватні реакції.

9.Порушення орієнтування в навколишньому світі, власній особі або обставинах.

Практичні поради клінічному психологу

♦ Звертайте увагу на об'єктивні ознаки галюцинацій (поза прислухання, сміх або розмова із самим собою, раптове припинення розмови тощо). При розвитку психомоторного збудження вжийте адекватних заходів.

♦Безпека хворого є пріоритетом у справі клінічного психолога. Переконуйте хворого в безпеці, якщо він реагує страхом на оточуюче.

♦Зменшення кількості подразників покращує формування правильного сприймання людей. Зменшуйте кількість подразників в обстановці, що оточує хворого (бажані низький рівень шуму, невелика кількість людей, проста обстановка в палаті).

♦Правильне орієнтування покращує якість сприймання. Не погоджуйтесь механічно з галюцинаторними переживаннями хворого. Переконуйте хворого в тому, що його відчуття не справжні.

♦Ваш дотик до хворого він може сприйняти як загрозливий і відповісти на нього агресією. Не доторкайтеся до нього. Тримайте дистанцію між собою і хворим.

♦Позиція доброзичливого ставлення до хворого посилює довіру. Не смійтесь над ним, приділяйте йому увагу.

-Переключення уваги хворого зменшує інтенсивність галюцинацій. Намагайтесь відволікати його увагу від галюцинацій.

-Підтримуйте і підбадьоруйте хворого, в якого з'явилось відчуття дереалізації.

Маячення. Визначення: маячними ідеями є несправжні умовиводи і судження, які не відповідають дійсності, виникають на хворобливій основі й не піддаються критиці та корекції [34:61].

Єдиною причиною виникнення маячення є психоз, який включає:

1.Висловлювання маячних ідей.

2.Неадекватна поведінка, яка відображає сутність маячного мислення:

- агресія й дезадантація;
- уникання контактів;
- відмова від їжі, пиття і медикаментів;
- боротьба з вигаданими переслідувачами;
- неадекватна настороженість і внутрішня напруженість;
- неправильна інтерпретація обстановки.

Практичні поради клінічному психологу

♦Заперечення маячної впевненості хворого не приносить користі. Це не переконує хворого в неправильності його суджень, а навпаки, посилює віру в його правоту. Не сперечайтесь із ним відносно його маячення, але і не підтримуйте його переконань. Маячні ідеї зникнуть тоді, коли закінчиться психоз.

♦Розповідь про власні переживання в спокійній обстановці полегшує психічний стан хворого. Дайте йому можливість розповісти про те, що в нього на душі, не насміхаючись над дивними висловлюваннями.

♦Нерідко ступінь інтенсивності маячення має зв'язок із вираженням тривоги. Навчіть хворого прийомам, за допомогою яких можна зменшити вираження тривоги (глибоке дихання, релаксація, метод "стоп-думок").

♦Постійні думки на маячну тематику посилюють маячення. Відволікайте хворого від маячних думок. Якнайбільше розмовляйте з ним про реальні події і реальних людей. Переключайте думки, увагу і діяльність хворого на раціональну діяльність.

Тривога. Визначення: відчуття незрозумілого неспокою, джерело якого часто не є чітко визначеним або невідоме індивіду.

Етіологічні фактори і характерні симптоми, які підтверджують стан тривоги:

1.Надмірна збудливість.
2.Боягузливість.
3.Відчуття невідповідності й неадекватності.
4.Страх перед невідомим.
5.Неспокій.
6.Безсоння.
7.Послаблення очного контакту.
8.Зосередженість на собі.
9.Зниження уваги.
10.Демонстративна поведінка, яка спрямована на самоусвідомлення.
11.Тахікардія і часте дихання.
12.Страх збожеволіти.
13.Вегетативні розлади.
14.Нічні жахи.

Практичні поради клінічному психологу

- Зрозуміти стан хворого допомагають довірливі відносини між ним і психологом. Ставтесь до хворого з істинною повагою.
- Діяльність із фізичними навантаженнями зменшує у хворого відчуття внутрішньої напруженості й рівень тривоги і приносить йому користь. Пропонуйте хворому види діяльності, що сприяють зменшенню напруженості й послабленню тривоги (піші прогулянки, біг підтюпцем, спортивні ігри, виконання домашніх обов'язків тощо).
- Тривожний хворий часто не усвідомлює наявності тривоги. Нерідко надмірно використовують механізми захисту: проекції і перенесення. Поясніть хворому істинне положення речей. Переконайте його в тому, що потрібно вживати заходів, спрямованих не проти якогось симптому (наприклад безсоння), а проти тривоги.
- Тривога може породжувати підозрілість і неправильну інтерпретацію вчинків та дій людей, які оточують хворого..
- Наявність реального плану дій надає хворому відчуття впевненості, необхідної для того, щоб успішно впоратись із тяжкою ситуацією.
- Коли тривога зменшиться, допоможіть хворому створити варіанти адекватних реакцій на відповідну ситуацію, яка може бути в майбутньому. Допоможіть хворому розпізнавати ознаки тривоги, яка зростає.

Страх. Визначення: переживання небезпеки, джерело якої хворий вважає реальним.

Можливі етіологічні фактори:

1.Специфічні фобії.

2.Перебування в ситуації, з якої тяжко вийти.

3.Ніяковіння перед іншими людьми.

Характерні симптоми:

1.Відмова залишатись наодинці.

2.Відмова перебувати в людних місцях.

3.Страх перед певними об'єктами або ситуаціями, які викликають фобії.

4.Розвиток неспокою або подразнення вегетативної нервової системи при дії об'єкта або ситуації, що викликає фобію.

Практичні поради клінічному психологу

♦Найбільшим страхом у хворого є страх за своє життя. Переконайте його, що він у безпеці.

♦Розуміння особливостей сприймання й осмислення хворим об'єкта або ситуації, що викликають фобію, дають можливість створити реальний план допомоги хворому. З'ясуйте психічний стан.

♦Хворий повинен змиритись із реальною ситуацією (аспекти якої змінити неможливо) перед тим, як робота щодо зменшення страхів почне просуватись вперед. Виясніть разом із хворим, що можна змінити, а що змінити неможливо.

♦Наявність у хворого вибору дій забезпечує певну міру контролю над ситуацією. Розгляньте з хворим альтернативні рішення стратегії і тактики поведінки.

♦Вербалізація (проговорювання) переживань допомогає хворому змиритись із своїм положенням. Дайте йому можливість виговоритись.

♦Страх викликає вегетативну дисфункцію, а розлади вегетатики починають страх. Необхідно ліквідувати або зменшити вегетативні й соматичні розлади, які виникають при наявності страху.

♦Напади серцевого болю обов'язково викликають напади панічного страху.

Порушення формули сну. Визначення: зміни часу сну, що викликає у хворого відчуття дискомфорту або заважає йому вести бажаний спосіб життя.

Можливі етіологічні фактори:

1.Наявність тривоги.

2.Наявність страху.

3.Ситуаційні кризи.

4.Зміна обстановки.

5.Наявність маячного мислення.

6.Наявність галюцинацій.

7.Наявність депресії.

8.Маніакальний стан та інші форми психомоторного збудження.

9.Відчуття безнадійності.

Характерні симптоми порушення сну:

1.Скарги на утруднене засинання.

2.Раннє пробудження.

3.Переривчастий сон.

4.Часте позіхання.

5.Байдужість, апатія.

6.Недостатність енергії.

7.Темні кола під очима.

8.Дрімота без засинання.

9.Бажання заснути протягом дня.

10.Відсутність відчуття відпочинку.

Практичні поради клінічному психологу

♦Перед тим, як запропонувати допомогу, необхідно уточнити дійсний стан. Спостерігайте за схемою його сну. Виявляйте обставини, які впливають на сон хворого.

♦Порушення сну можуть викликати страхи і тривогу. Виясніть емоційний стан хворого.

♦У присутність людини, яка викликає довір'я, у хворого виникає відчуття впевненості й безпеки.

♦Приймання стимуляторів нервової системи може порушувати сон.

♦Заспокійливі процедури полегшують засинання. Застосовуйте заспокійливі процедури (розтирання спини, релаксація під спокійну музику, тепле молоко, тепла ванна тощо).

♦Людина звикає до стереотипного циклу відпочинку і неспання. Встановіть визначений час для сну і не допускайте відхилень від цього графіка.

♦Сон астенізованих хворих є поверхневим і чутливим. Рекомендуйте родичам хворого зберігати режим тиші під час нічного сну.

Патологічна реакція горя. Визначення: реакція у відповідь на реальну або уявну втрату, при якій індивід зациклюється на одній із стадій процесу переживання реакцій горя протягом тривалого періоду часу, або стан, коли звичайні симптоми реакції горя перебільшуються до такого ступеня, що порушують функціонування людини в повсякденному житті [65:13].

Можливі етіологічні фактори:

1.Реальна або уявна втрата важливого суб'єкта або об'єкта.

2.Перевантаження тяжкими втратами.

3.Переживання вини від втрати.

Характерні симптоми:

1.Ідеалізація втраченого.

2.Розумове "пережовування" втрати.

3.Лабільність афекту.

4.Зниження уваги.

5.Зменшення інтересу до звичних справ.

6.Зміна звичок, сну, статевої активності.

7.Надмірний гнів.

8.Настирливість в анамнезі.

9.Депресивний настрій.

10.Порушення соціального функціонування.

11.Симптом психічного регресу.

12.Страх самотності.

Практичні поради клінічному психологу

♦Знання вихідних даних є необхідною умовою для створення реального плану допомоги хворому. Зберіть детальний суб'єктивний і об'єктивний анамнез.

♦Довірливе ставлення до хворого полегшує його стан. Приймайте хворого таким, яким він є. Встановіть із ним довірливі стосунки.

♦Проговорювання своїх переживань полегшує психічний стан хворого. Дайте йому можливість виговоритись.

♦Хворий повинен відмовитись від ідеалізації сприймання й надмірного осмислення втрати та прийняти як негативні, так і позитивні її сторони. Стимулюйте хворого переосмислити втрату, обережно вкажіть йому на дійсне положення речей.

♦Позитивний зворотний зв'язок підвищує самооцінку. Підримуйте постійний контакт із хворим, дайте йому відчути, що він користується увагою і повагою.

♦Інтереси хворого необхідно переключити на іншу діяльність (інколи навіть тимчасово). Переключіть його увагу на дітей, релігію, догляд за іншими хворими, працетерапію, фізичні навантаження.

У даному випадку лікують час і зміна установки. Психотропну терапію використовують на етапі надто гострих явищ. Основними є психотерапевтична робота клінічного психолога, а не „заспокоєння" за допомогою психотропних препаратів.

6.2. Основи психологічного впливу

Сьогодні медицина все більше звертається до особистості хворого, сприймання пацієнта як громадянина, який має свої інтереси і володіє законними правами. Помітно зменшені соціальні обмеження, котрі ще недавно автоматично наставали за встановленим діагнозом психічного захворювання. Психіатричні лікувальні заклади перестали виконувати свою традиційну роль "ізолятора" осіб з порушеннями психіки і перетворилися на заклади, де створюються всі умови (в тому числі і психологічний клімат), спрямовані не на хворобу, а на особистість хворого. Біологічна терапія психічних розладів, препарати цілеспрямованої дії на "синдром-мішень" стають лише частиною комплексу медико-соціальних заходів, а в деяких випадках взагалі відходять на задній план і на перший виступає психотерапія, реабілітація та ресоціалізація хворих, в тому числі надання допомоги на дому [20:13].

Переорієнтація психіатричної служби з "ізоляції" хворих на ділове і психологічне партнерство з ними призвело до необхідності переосмислити роль психолога в системі медичної і соціальної допомоги пацієнтом з психічними порушеннями.

В центрі практичної діяльності медичного психолога, який працює з пацієнтами з психічними порушеннями, є специфічні психічні реакцій психологічні проблеми хворих, які виникають у них внаслідок психічного захворювання. Таким чином, основною роллю медичного психолога, які обслуговують пацієнтів з психічними порушеннями, є психотерапія і налагодження відповідного догляду за ними.

В межах цих основних завдань медичний психолог повинен проводити такі види діяльності:

♦Допомагати хворому чітко визначити проблеми, які негативно

впливають на його здатність функціонувати в якості незалежної особистості.

♦Навчати хворого і допомагати йому зберігати та удосконалювати власні можливості і резерви, а також пристосовуватись до нових умов життя, змінених наявністю психічного захворювання.

♦Брати участь у розробці і впровадженні в практику заходів, спрямованих на попередження і усунення ознак психологічної залежності у пацієнтів з психічними порушеннями, пом'якшувати сприйняття оточуючої їх обставини. Змінювати жорсткий обмежувальний лікарняний режим на більш вільний ("домашній"), створюючи умови для відпочинку і розвиваючи гуманні взаємовідносини з хворими, які спрямовані на покращання лікувального ефекту.

♦Брати участь у розробці і виконанні індивідуальних програм активної реабілітації та соціальної терапії пацієнтів з психічними порушеннями.

♦Проводити самостійну психологічну практику в плані підтримувальної терапії пацієнтам з психічними порушеннями, із стабілізованими хронічними психічними захворюваннями, які знаходяться у будинках-інтернатах системи соціальної допомоги.

♦В рамках своєї компетенції повинен проводити психодіагностику і оцінювати психічний стан хворого із встановленням ситуаційного психологічного діагнозу і наступним проведенням обґрунтованих заходів на психологічному рівні.

♦Виявляти ранні ознаки погіршення психічного стану хворих, які знаходяться за межами стаціонару, включаючи загрозу самопошкоджень і ризик суїциду, погіршення соматичного стану і можливість загрози для здоров'я і життя навколишніх.

♦Налагоджувати і підтримувати ділові зв'язки з сімейними лікарями і родичами хворого, та допомагати їм засвоїти необхідні навички з психологічного догляду за пацієнтами, у яких спостерігаються порушення в психічному стані.

♦Вести активне психологічне спостереження за виписаними із стаціонару хворими,.

Будь-яка діяльність медичного психолога повинна органічно включати в себе елементи психотерапії.

Спокійний, впевнений і тактовний стиль поведінки, грамотна мова без професійного жаргону, лагідне ставлення позитивно впливають на гіпноїдність хворого, навіюють впевненість, що йому приділяють належну увагу і він не стане обтяжливим тягарем для психолога.

Високий професіоналізм у темпі і якості виконання роботи медичного психолога позитивно впливає на душевний стан хворого, укріплює його віру в дієвість всіх ланок медичної та психологічної допомоги. І навпаки, поспішність або безглузда метушливість, надто виражена млявість (стиль діяльності, котрий прийнято характеризувати словами "спить на ходу"), відволікання дій і маніпуляцій породжують усвідомлену або підсвідому невпевненість і тривогу за ефективність лікувального процесу.

Велике психотерапевтичне (а поряд з цим психогігієнічне і психопрофілактичне) значення має забезпечення охоронного режиму, що передбачає спокійну обстановку, мінімальне подразнення психіки хворого, забезпечення міцного сну [73:39].

Таким чином, вся робота медичного психолога містить елементи психотерапії.

Крім загальнотерапевтичного впливу, медичний психолог повинен володіти певними методами спеціальних психотерапевтичних прийомів і бути в достатній мірі ознайомленим з механізмом їх впливу на психічний і загальний стан хворого.

Передусім всі медичні психологи, які мають психологічну освіту, повинні уміти користуватись раціональною психотерапією. Психотерапевтична бесіда повинна бути спрямованою на роз'яснення хворому його хворобливих відчуттів і переживань. Хворі повинні знати, що є органічні ураження і функціональні прояви. Згідно з феноменом Йореса, інтенсивність суб'єктивно неприємної симптоматики в основному залежить саме від функціональних розладів, які не є небезпечними для життя. Якщо у хворого має місце органічне ураження якогось органа чи системи, потрібно допомогти хворому об'єктивно сприйняти свій дійсний стан, але не перетворювати факт захворювання в трагедію, не панікувати, а підтримувати на належному рівні і постійно пояснювати його можливості.

Комплексна психотерапія повинна органічно включати в себе активуючий ефект (вплив "позитивного лідера" і видужуючого хворого). Медичний психолог повинен уміти застосовувати різноманітні методи впливу на психічний і фізичний стан хворого, що поєднують активуючий і відволікаючий ефекти (гігієна і оздоровча гімнастика, диференційована трудо- і культтерапія, стимулюючі фізпроцедури тощо) [88:69].

Основним видом психотерапії, котрий найчастіше використовує медичний психолог у своїй практиці, є проведення цілеспрямованих бесід із хворими. Медичний психолог більше, ніж лікар, проводить часу з хворими і повинен раціонально використовувати цей фактор. Проте потрібно завжди пам'ятати, що слово є дієвим засобом впливу на психіку і загальний стан хворого, а тому користуватись ним потрібно уміло. При проведенні бесід психотерапевтичного спрямування необхідно усвідомлено використовувати деякі основні психологічні фактори.

Психологами встановлено, що найкраще і найміцніше запам'ятовується інформація, яка передається спочатку і в кінці розмови. Отже, психотерапевтичну бесіду необхідно закінчувати основною думкою. Важлива інформація повинна бути повтореною два-три рази в різних аспектах. Частіше повторення може викликати підсвідомий ефект "протидії". Кожна людина має свій індивідуальний ступінь навіювання, внаслідок якого певна частина інформації сприймається мимовільно і без належної критики. Посилює гіпноїдність авторитет психолога і відповідний стиль спілкування [61:29].

Медичний психолог повинен дбати про свій авторитет та імідж, а також про авторитет медичного персоналу. Потрібно пам'ятати про "авторитет друкованого слова". Медичний психолог при можливості повинен давати читати хворим популярну літературу і статті з часописів, що носять пізнавальний і рекомендаційний характер щодо захворювання, яке є у хворого.

Непересічне значення має задоволення ("вгамування") природної потреби людини "виказати", що її турбує.

Медичний психолог має більше часу для неформального спілкування з хворим, ніж лікар. Вислуховувати хворого потрібно в спокійній, бажано інтимній обстановці, виражаючи свої співчуття, розуміння і симпатію. Після того, як медичний психолог вислухає хворого, бажано дати оптимістичну настанову психокорегуючого характеру.

Віруючі хворі можуть полегшити свій душевний стан, висповідавшись священикові, або у молитовних звертаннях. Медичний психолог повинен поважати релігійні почуття віруючих, але розвінчувати забобони і навколомедичне шарлатанство.

Психологами і психотерапевтами встановлено, що ступінь гіпноїдності значно підвищується у вечірній час і особливо перед сном. Крім цього, під час сну отримана інформація переробляється і міцно засвоюється людиною. Тому вечірня пора є найбільш оптимальною для більшості методів психотерапії, в тому числі і для проведення психотерапевтичних бесід.

Під час нападу "істерик" у хворих з істероїдними рисами поведінки сторонні люди повинні вийти з кімнати, бо метушня і "співчуття" затягують тривалість нападу. І навпаки, бажано, щоб біля хворого з психоастенічними рисами характеру довше залишався "позитивний лідер".

Дійовими методами психотерапії, які можуть успішно застосовуватись у практичній діяльності медичного психолога, є нервово-м'язова релаксація, вольова регуляція дихання і автотренінг [37:19].

Методика нервово-м'язової релаксації. Потрібно зняти або ослабити деталі одягу, які стискають тіло або обмежують рухи. Необхідно зайняти максимально комфортне положення. Повільно зробіть якомога глибший вдих, для цього максимально напружте дихальні м'язи. Після глибокого вдиху розслабтесь і пасивно видихніть все повітря. Відчуйте напруження і розслаблення і зафіксуйте у пам'яті ці відчуття. Зробіть паузу 5-10 сек.

Поставте обидві стопи всією поверхнею на підлогу. Максимально підніміть обидві п'яти, не відриваючи пальців ніг від підлоги. Розслабте м'язи, щоб п'ятки пасивно "упали" на підлогу. Те саме проробіть з пальцями ніг, не відриваючи п'яток від підлоги. Намагайтесь відчути поколювання, тепло і, можливо, важкість в нижніх частинах ніг, що є свідченням розслаблення м'язів гомілки (пауза 20 сек).

Випрямте ноги під кутом 90 градусів до тулуба. Відчуйте напруження м"язів живота і передніх м'язів стегон. Розслабте ці м'язи. Потім відірвіть пальці ніг від підлоги, а п'ятки щосили притисніть до неї, ніби ви на пляжі заривається п'ятку у пісок. Відчуйте напруження і розслабте ноги. Запам'ятайте відчуття розслаблення м'язів стегон (пауза 20 сек).

Як найміцніше одночасно стисніть пальці обох рук у кулаки, потримайте кілька секунд і розслабте пальці. Щоб проробити протилежні м'язи, розсуньте якомога ширше "віялом" розправлені пальці рук, а через кілька секунд розслабте їх. Сконцентруйтесь на відчутті тепла і поколювання в кистях рук і передпліччях (пауза 20 сек).

Максимально підніміть плечі пфпендикулярно вгору, ніби бажаєте плечовими суглобами доторкнутись до вух. Потримайте плечі в такому положенні, відчуйте важкість в плечах і розслабтесь. Потім максимально опустіть плечові суглоби вниз і також розслабтесь (пауза 20 сек).

Посміхніться якомога ширше. Через кілька секунд розслабтесь. Міцно стисніть губи, щоб вони зайняли найменшу площу, а потім розслабте їх. Міцно заплющіть очі, а потім вільно розслабте їх. Тримаючи очі заплющеними, якомога вище підніміть брови, затримайте таку міміку і розслабтесь (пауза 15 сек) [74:65].

Таким чином ви розслабили більшість основних м'язів вашого тіла. Для того, щоб переконатись у розслабленні, інструктор перераховує м'язи, а пацієнт розслаблює їх і викликає у себе специфічні відчуття розслаблення: "Ви відчуєте, як розслаблення спускається теплою хвилею по всьому вашому тілу. Відчуйте спочатку розслаблення м'язів лоба: воно спускається вниз до очей, до щік, ви відчуваєте, як розслаблюються щелепи, шия, груди, плечі, як розслаблення сягає кистей рук. Розслаблення спускається до ніг, стегон, гомілок, аж до стоп. Ви відчуваєте важкість у всьому тілі. Це відчуття є приємним. Після певного часу насолодження цим відчуттям ви переходите в свій звичайний стан".

Одним з дійових видів аутотренінгу с самонавіювання. Існує декілька методик самонавіювання, з котрих медична сестра повинна користуватись хоч би методом "короткого заклинання".

Найбільш типовими формулами навіювання є: "моє тіло легке і приємне", "моя голова ясна і світла", "я почуваю себе легко та вільно", "моє дихання легке та спокійне", "моє серце працює спокійно та ритмічно", "з кожним днем мені стає все краще та краще", "я почуваю себе спокійно". Потрібно пам'ятати, що при самонавіюванні, як і при навіюванні, не бажано вживати слова "не" (наприклад замість формули "мене «зболить голова" бажано використовувати формулу "моя голова легка і ясна"). Кількість повторювань за день може коливатися від 20 і більше. Слід пам'ятати, що повторення формул самонавіювання не повинно бути механістичним та необдуманим, в кожне речення потрібно вдумуватися, вкладати в нього своє бажання та емоції. Психотерапія повинна бути спрямована на конкретну мету.

Великої душевності і такту в поєднанні з високим професіоналізмом вимагає проведення психотерапевтичних заходів при роботі з хворими, у яких захворювання суттєво обмежує звичайні можливості або тривалість самого життя хворого. Якщо хвороба обмежує звичний стиль життя хворого, необхідно акцентувати свою діяльність на заходи, котрі повинні бути спрямованими на перебудову особистіших орієнтирів хворого, примирити його з об'єктивним положенням речей і самого хворого з собою. Хворий не повинен панікувати, а свою життєву енергію повинен спрямовувати не на протест заради самого протесту, а на збереження і тренування залишкових функцій і можливостей організму [4:34].

Комплексні психотерапевтичні заходи при лікуванні психічних захворювань повинні сприяти вирішенню наступних завдань:

♦ встановлення належного контакту з медиками, позитивне ставлення до діагностичних і лікувальних заходів і умов лікувального закладу;

♦пдтримка навичок самообслуговування і надання допомоги медичному персоналу з обслуговування інших хворих;

♦активне читання хворим художньої літератури і часописів, прослуховування радіопередач, перегляд телепрограм, настільні ігри, музика, пісні, ви шивання, малювання і створення художніх виробів тощо;

♦перебудова емоційної установки до конфліктних відношень, усвідомлення факту захворювання і необхідності тривалого лікування, укріплення віри у видужання або покращання стану;

♦відновлення контакту з членами сім`ї, побутової і професійної працездатності;

♦ліквідація окремих хворобливих проявів за допомогою психотерапевтич них заходів.

Хвороби є різні, в тому числі і невиліковні. Людина є єдиною істотою, яка усвідомлює неминучість смерті. Закінчити свій життєвий шлях людина повинна гідно. Неможливо дати уніфікований рецепт поведінки психологів щодо тактики при обслуговуванні невилікованого або помираючого хворого, але в кожному окремому випадку найважливішим є великий такт. Не можна отруювати останній період життя людини. Так, біля хворого, що знаходиться навіть у безсвідомому стані, не повинні звучати ранимі чи образливі слова. Глибина втрати свідомості може змінюватись і хворий може сприймати те, про що біля нього говорять.

В цих та подібних випадках потрібно діяти за принципом або молитовним зверненням.

Боже, дай мені Розум і Душевний спокій прийняти те,що я не в силі змінити. Мужність - змінити те, що я можу. Мудрість — відрізнити одне від другого.

Нарешті, слід відмітити, що хвороба впливає не лише на самого хворого, а і на психічний стан членів його сім'ї і близьких. Тому комплексна психотерапія обов'язково повинна в себе органічно включати і сімейну психотерапію.

Родичі і близькі хворого повинні отримати від психологів необхідний мінімум знань щодо особливості внутрішньої картини захворювання у конкретного хворого. Якщо у хворого з'явились ознаки психопатизації, потрібно пояснити родичам сутність цих проявів і переконати в їх минучості, націлити оточуючих не акцентувати свою увагу на тимчасову своєрідну реакцію хворого, обумовлену його хворобою. Одним із важливих завдань сімейної психотерапії повинна бути профілактика психічної залежності родичів.

З методів психотерапії, в яких бере участь медичний психолог або навіть ініціювати самостійне проведення їх після певної професійної підготовки рекомендують такі:

Арттерапія (АТ). Метод спирається на ідею Зигмунда Фройда про те, що внутрішнє "Я" може бути виражене у візуальній формі за допомогою спонтанного малюнка, ліплення, живопису. Арттерапію використовують для звільнення від конфліктів і сильних переживань, пришвидшення творчого процесу, як додаток для інтерпретації і діагностики (тест фантастичної тварини і

дерева), силу, що дисциплінує і контролює, засіб розвитку уваги до почуттів [12:66].

Арттерапія - це реалізація дійової уяви, а не прояв художнього таланту. Підкреслюється роль сублімації- непрямого задоволення антисоціальних імпульсів (наприклад, дитячі малюнки на тему війни).

Акцентують увагу на вільних асоціаціях і самостійному вивченні значення своєї роботи.

Варіант. Групова АТ: групова фреска, загальний груповий портрет, образ. Стимулюють членів групи довіряти своєму власному сприйняттю і вивчати свої твори як самостійно, так і за допомогою інших членів групи.

Група танцювальної терапії(ТТ). Розвиток координації і плавності рухів. Танець демократичний.

Мета: розширення самосвідомості; покращання фізичного стану і пристосованості; можливість взаємодії; розширення сфери усвідомлення власного тіла; розвиток позитивного образу тіла; соціальні новини; вивчення почуттів; створення глибокого групового досвіду.

Фундаментальним для ТТ є взаємодія між тілом і розумом, спонтанними рухами і свідомістю, а також впевненість у тому, що рух відображає особу (згадайте фільм "Службовий роман", епізод, де секретар (Л ія Ахеджакова) демонструє ходу і поведінку своєму шефу).

Керівник групи може бути партнером під час танцю, режисером подій, каталізатором, який полегшує розвиток особи через рух [67:90].

Група тренінгу вміння. Поведінкову модель навчання створено в лабораторії.

Використовуються такі біхевіористичні поняття, як зосередженість на поведінці; навчальна модель вирішення проблем, основана на засвоєнні важливих для розвитку учасників групи життєвих вмінь.

Оцінювання сильних і слабких сторін навичок впевненості в собі включає застосування основних прав людини, які підтримують впевненість у собі, й шість типів стверджень, що виражають впевненість у собі.

Репетиція поведінки - рольових програм складних ситуацій - є основним методом. Процедура репетиції поведінки складається з моделювання, інструктажу і підкріплення. Для зняття надмірної тривоги часто використовують релаксаційний тренінг і системну десенсибілізацію. Домашні завдання: щоденники і поведінкові завдання. Специфічними для груп тренінгу впевненості є метод "зіпсованої платівки" і метод "наведення туману".

Психодрама. Психодрама з'явилася внаслідок театрального експерименту, початого Морено у Відні, який отримав назву "спонтанний театр". Морено виявив, що драма може служити терапевтичній меті, що психодраматична дія має перевагу перед вербалізацією в прискоренні процесу вивчення переживань та формування нових відношень і типів поведінки [7:9].

Рольова гра- це одне з основних понять психодрами. На відміну від театру, в психодрамі учасник грає роль в імпровізованій виставі й активно експериментує всіма значними для нього ролями, які він грає в реальному житті. Друге поняття -спонтанність-виділив Морено на основі спостережень за

грою дітей. Він вважав, що спонтанність - це той ключ, який може відкрити двері в галузь творчості. Основні ролі в психодрамі: режисер, який є продюсером-терапевтом і аналітиком, пропагандистом, "допоміжнеЯ" й аудиторія. Психодрама починається з розминки, переходить у фазу дії, під час якої пропагандист організовує виставу, і закінчується фазою наступного обговорення, під час якого психодраматична дія і переживання, які виникли, обговорюються всією групою [55:33].

Режисер використовує різні методики для організації вистави: монолог, двійник, обмін ролями і відображення, яке сприяє виникненню і підтримці терапевтичного процесу психо-драмати чної групи.

Психокоригувальні групи- це невелике тимчасове об'єднання людей, які мають свого лідера, загальну мету міжособового спілкування, особистого навчання, росту і саморозкриття. Це структурована взаємодія "тут і тепер", при якій учасники вивчають те, що з ними відбувається в даний час і в даному місці.

Т-групи (група тренінгу) ще називають групами сенситивності.

Особливості, що лежать в основі руху Т-групи: орієнтація на поведінку і суспільні науки, демократичні процеси на противагу авторитетним, здатність встановлювати відносини взаємодопомоги.

Основні поняття Т-груп: лабораторія, в якій навчають, як вчитися, принцип "тут і тепер".

Навчальна лабораторія акцентує увагу на випробуванні нових видів поведінки в безпечному оточенні.

Проводять навчання, яке включає цикл "уява самого себе - зворотний зв'язок - експеримент" (1. Усвідомлення ситуації. 2. Що відбувається зараз і чому? 3. Аутентичність у міжособових контактах (розібратися у своїх відчуттях). 4. Модель керівництва побудована на співпраці).

Мета: ріст особи через розширення сфери усвідомлення себе й інших, а також процесів, які відбуваються в Т-групах.

Групи зустрічей (ГЗ). На відміну від Т-групи, групи зустрічей акцентують свою увагу не на іруповому процесі, а на розвитку навичок міжособовоївзаємодіїз іншими.

Орієнтуються на відчуття єдності. Заняття не планують, а будують на відкритості й емоціях єднання. Спираються на принцип "тут і тепер", приділяють увагу миттєвим переживанням тепер і не апелюють до минулого досвіду.

Гештальтгрупи (ГГ) (гештальт- образ, конфігурація, цілісність, яка складається з окремих частин).

Гештальтпсихологія намагається відповісти, як люди сприймають'своє існування [47:43].

Метод: керівник групи (сильна та видатна особа) працює з одним членом групи ("гаряче місце"), який знаходиться поряд. Члени групи мовчки спостерігають і проводять ідентифікацію "добровольця" із собою в силу того, що емоційна реакція стає ланцюговою реакцією в інших членів групи, а також індукує адекватні емоції в інших.

Гештальттерапія спрямована на розширення свідомості (усвідомлення), інтеграцію протилежностей, осилення уваги до почуттів, робота з мріями, прийняття відповідальності на себе, переборення опору.

У гештальттерапіїосновними є ті відчуття і почуття, які охоплюють усіх членів і переважають над іншими відчуттями (гнів, страх, радість, сексуальний потяг). Коли потреба задоволена-гештальт завершений, він втрачає свою значущість і відступає для створення нового гештальту. Інколи гештальт залишається незавершеним (злоба, агресія, що створюють базу для проблем і впливають на психіку) [76:96].

Групи тілесної терапії. В. Райх вважав, що всякий захист як поведінка проявляється напруженням м'язів (тілесна броня) і спертим диханням. Основні поняття тілесної терапії за Александером Лоуеном (засновник біоенергетики): зміна енергії, м'язова броня.

Між фізіологічними перемінними, структурою характеру і типом особи існують тісні зв'язки.

Метод лікування: дихальні вправи для звільнення почуттів, рухові вправи як звільнення енергії (брикання), масаж.

Метод Фельденкрайса-увага на позі тіла, ствердження свого "Я" через позу, поставу.

Метод Александера - вивчення звичних поз і постави та їх корекція.

Загальні правила для груп:

♦Кількість членів групи: чотири чоловіки - мінімум для життєдіяльності групи; психоаналітичні групи - 6-8 чоловік, групи особистого росту -8-15 (до 50 чоловік).

♦Тривалість заняття - 90 хв.

♦Групи за статевим складом гетерогенні.

♦Групи складають люди з різними думками, що призводить до напруги і конфронтації, переборення яких досягають успіхом в оптимальному навчанні й ростом особи.

♦Фактори лікувального впливу в психокоригувальній групі: єдність, навіювання надії, узагальнення, альтруїзм, надання інформації, численне перенесення (група - сім'я), міжособове навчання (нова поведінка з людьми), розвиток міжособових відносин, імітуюча поведінка, катарсис [55:106].

Госпіталізм. Роль медичного психолога в попередженні й подоланні госпіталізму серед психічнохворих

Характерним станом для пацієнтів, які тривалий час лікуються в психіатричних лікарнях, є послаблення або повна втрата суспільних зв'язків, анергія (суттєве зниження енергетичного потенціалу), ангедонія (неможливість переживати приємні та духовні відчуття), моторна загальмованість, бідність мови (словесна і тональна), а також дефіцит уваги. Вираження вищеперерахованих негативних проявів може сягати значного ступеня і призводити до розвитку у хворого повної соціальної дезадаптації, внаслідок чого він не здатний себе обслужити і змушений постійно перебувати в лікарні. Ці симптоми можуть розвинутись внаслідок прогресування шизофренії, органічного ураження головного мозку і негативної дії психофармакотерапії.

Проте не лише вищезгадані фактори призводять до розвитку і прогресування дефіцитарної симптоматики. Велика роль у розвитку вищеописаного стану належить так званому госпіталізму. В основі госпіталізму лежить "розтренування" функціональних систем організму, які відповідають за можливість самообслуговування і підтримку на належному рівні соціальних зв'язків.

Госпіталізм найчастіше розвивається в людей похилого віку, які втратили зв'язок із сім'ями. Після виписування з лікарні їм немає куди повернутись або сімейні обставини є несприятливими. Тривала госпіталізація може призвести до соціальної дезадаптації. Людина втрачає навички ділового й емпатичного спілкування, різко знижується здатність до самообслуговування. Пролікований хворий боїться самотності, втрати того мінімуму контактів, які є в лікарні (з лікарями, медсестрами й іншими хворими). Госпіталізм є одним із факторів підвищення рівня суїцидності. Дезадаптовані хворі після виписування з лікарні нерідко роблять спроби самогубства [34:25].

Головним чинником госпіталізму є взаємодія трьох груп факторів:

♦панування в суспільстві страху перед психічнохворими, а також свідома і підсвідома переконаність у тому, що їх потрібно ізольовувати;

♦особливості внутрішньолікарняного режиму і стилю життя психічнохворих із надто низьким рівнем природної стимуляції до самореалізації і збереження особистості;

♦негативні прояви психічної деформації медичних працівників, які працюють у психіатричних лікарнях.

Перший чинник є основним. Традиційно в суспільстві панує явний і підсвідомий страх перед психічнохворими та їх незрозумілою для людей, дивною, а часом і небезпечною поведінкою. Психічне захворювання сприймається, як "знак прокляття", навіть до членів сім'ї хворого більшість ставляться з недовірою. Основною функцією психіатричних лікарень суспільство вважає ізоляцію "божевільних". За таких умов негативістичного ставлення до психічнохворих вони просто змушені надто багато часу перебувати в психіатричних лікарнях, де адаптуються до специфічних умовам стаціонару і не уявляють собі реального існування поза ним. Уже саме встановлення психіатричного діагнозу автоматично породжує низку соціально-трудових обмежень. Суспільство намагається ізолювати психічнохворих у лікарні або самоізолюватись від цих хворих, прирікає їх на вимушену самотність навіть тоді, коли вони виписані з лікарні й повинні включатись у посильне для них життя [76:43].

Реальним шляхом переборення цього фактора є радикальна зміна суспільної свідомості. Люди повинні сприймати психічнохворого таким, яким він є, не звертати нездорової уваги на певні "дивацтва" чи неадекватну поведінку, якщо вона не є небезпечною для людей і самого хворого. Велику роль у цій справі зобов'язані відіграти медичні психологи. Вони повинні навчити членів сім'ї, близьких хворого і сусідів правильного співжиття з хворим, по-діловому допомагати йому, стежити за дотриманням амбулаторного лікування,

уникаючи непорозумінь і конфліктних ситуацій, а не вбачати свою роль лише в тому, щоб вчасно викликати карету швидкої допомоги для чергової госпіталізації хворого.

Медичний психолог тісно співпрацює з органами соціального захисту, місцевими організаціями Червоного Хреста, релігійними громадами та благодійними фондами, щоб адресно спрямувати їх зусилля на допомогу психічнохворим.

Суспільство повинне подбати про організацію мережі невеликих гуртожитків (так званих "сателітних жител") для виписаних із лікарні пацієнтів, які не потребують активного лікування. Сателітних гуртожитків дуже багато в Голландії. Подекуди вони функціонують і в Україні.

Основними "внутрішньолікарняними" факторами, які сприяють розвитку госпіталізму в психіатричних лікарнях, є:

♦втрата контактів із навколишнім (позалікарняним) світом;

♦нав'язана бездіяльність;

♦авторитарна патерналістська позиція медичного персоналу;

♦обмеження власної ініціативності хворих;

♦втрата родинних зв'язків і друзів;

♦відсутність значущих подій в особистому житті;

♦недостатньо контрольоване приймання психофармакологічних препаратів;

♦убога атмосфера психіатричних лікарень у плані природної стимуляції до діяльності;

♦відсутність реальних життєвих перспектив поза лікарнею;

♦заміна повноцінного комплексного лікування з акцентом на реабілітацію та реадаптацію хворих на ізоляцію в лікарні;

♦відсутність "родинної атмосфери" у відділеннях;

♦недостатнє використання (або навіть повна відсутність) соціотерапії.

Крім вищеперерахованих об'єктивних чинників, важливе значення має третій суб'єктивний фактор, який залежить від установчої психологічної спрямованості роботи медичних працівників. Так, природною потребою людини є прагнення до самоствердження. Можливість керувати іншою людиною, ставитись до неї, як до дитини, зміцнює самоповагу особистості персоналу психіатричної лікарні. Це є один з аспектів підсвідомого психологічного підґрунтя патерналізму в психіатрії. Але самоствердження особистості не за рахунок власного розвитку, а за рахунок гноблення і приниження хворого призводить до зворотного результату-до професійної деформації. Таке своєрідне розуміння власної ваги і ролі в міжособових взаєминах із хворими виявляються у директивній поведінці, безапеляційних та зверхніх судженнях. У вразливої особистості хворого таке ставлення до нього посилює прояви дезадаптації, викликаючи ознаки госпіталізму [95:18].

Якщо змінити суспільну свідомість реально можна буде лише в майбутньому. то змінити певну частину внутрішньолікарняних умов, зокрема ставлення медика до хворого і своєї роботи (що дуже важливо), можливо і необхідно вже тепер. Всі зміні психологічного клімату психіатричних лікарень у кращий бік вирішальна роль належить медичному психологу. Він не може відновити втрачені зв'язки хворого з родичами чи близькими, але створення довірливої "сімейної" атмосфери, яка б стимулювала активність хворого, а не

пригнічувала б його, повинне бути основою смислу і стилю роботи сучасного медичного психолога.

Таким чином, основним на даному етапі боротьби з госпіталізмом є внутрішня перебудова ставлення медичних працівників до своєї роботи. У центрі уваги медичного персоналу повинна бути особистість хворого, яку потрібно зберігати і зміцнювати, а не лише його хвороба як мішень для застосування лікарських призначень.

6.3. Основи психогігієни та психопрофілактики. Профілактика психічних захворювань

Психогігієна - це галузь загальної гігієни, яка вивчає фактори, що забезпечують гармонійний розвиток особистості, й визначає умови для повного прояву її позитивних властивостей у всіх сферах діяльності.

Основним завданням психогігієни є вивчення умов життя (включаючи зовнішнє середовище та конкретні соціальні умови) людини з метою виявлення факторів, які позитивно чи негативно впливають на психічне здоров'я, і розробку на цій основі рекомендацій та нормативів: 1) психогігієнічних умов праці, побуту, відпочинку; 2) психогігієнічного виховання, психічного розвитку, укріплення та збереження психічного здоров'я [46:33].

Психогігієнічні заходи визначаються:

♦ Віковими особливостями (дошкільний і шкільний вік, професійне навчання, дорослий та похилий).

♦ Характером трудової діяльності.

♦ Міжперсональними стосунками (внутрішньосімейні, виробничі, соціальні тощо).

Слід підкреслити важливість пропаганди психогігієнічних знань. Цим повинні займатись медичні працівники у сфері своєї діяльності, а також працівники Будинку санітарної освіти, товариства "Знання", медична преса.

Психопрофілактика - область психіатрії, метою якої є попередження психічних захворювань, переходу їх у хронічну форму та соціально-трудова реабілітація.

Загальні принципи профілактики психічних захворювань
Профілактику психічних захворювань поділяють на первинну, вторинну і третинну.

1. Первинна профілактика - це система заходів, яка забезпечує попередження появи психічної хвороби чи формування дисгармонічної структури особистості. Серед цих заходів основними є:

- первинна провізорна профілактика, головною метою якої є охорона психічного здоров'я наступних поколінь; вона грунтується на громадських заходах, спрямованих на оздоровлення побуту, праці, життя, створення умов для формування здорової сім'ї та вдосконалення виховання підростаючого покоління, досягнення гармонії розвитку в усіх наступних поколіннях;
- первинна генетична профілактика, головною метою якої є науковий прогноз можливих наслідків спадкових психічних захворювань для психічного здоров'я наступних поколінь; вона створює умови для оздоровлення спадковості без шкоди і дискримінації особи; безпосередньо здійснюється

медико-генетичними консультаціями;

-первинна ембріологічна профілактика, спрямована на оздоровлення жінки (гігієна шлюбу і зачаття, гігієна вагітності, охорона процесу запліднення та виключення потенційно небезпечних шкідливих факторів, забезпечення високої якості допомоги при пологах); ці заходи проводять жіночі консультації та заклади родопомочі;

-первинна постнатальна профілактика, яку здійснюють із метою раннього виявлення вад розвитку в новонароджених, проведення своєчасної корекції і системи заходів, що забезпечують поетапний розвиток дитини, підлітка, юнака; поряд із педіатричною службою, в організації цього виду профілактики беруть участь дитячі психіатри, психологи та спеціалісти в галузі фізіології розвитку.

2. Вторинна профілактика - це система заходів, спрямованих на попередження небезпечного для життя або несприятливого перебігу психічного захворювання. До цих заходів відносять:

-ранню діагностику, прогноз та попередження небезпечних для життя хворого станів;

-ранній початок лікувально-корегувальних заходів, швидке досягнення максимально повної ремісії або повної редукції хвороби;

-виключення можливості рецидивного перебігу;

-довготривалу підтримувальну корекцію психіки хворого після хвороби або в період ремісії.

3. Третинна профілактика - це система заходів, спрямованих на попередження психічної інвалідізації при затяжному, хронічному перебізі хвороби. При цьому застосовують медикаментозні й коригувальні методи терапії для переривання хронічного перебігу хвороби, покращання умов життя і побуту хворих, систематичного проведення заходів реадаптації та активного праце- і побутовлаштування в період ремісії.

6.4. Психогігієнічні та психопрофілактичні заходи при окремих захворюваннях

Ендогенні захворювання

Шизофренія. У зв'язку з невідомою етіологією профілактика практично неможлива. Такі психогігієнічні заходи, як психогігієна виховання, праці, відпочинку та зовнішнього середовища, можуть сприяти попередженню дії факторів, які провокують шизофренію:

- раннє виявлення та адекватне лікування;
- обрив загострень і рецидивів в амбулаторних умовах, що збільшує тривалість ремісій і зменшує регоспіталізацію;
- неспецифічна профілактика загострень (попередження психогенно-травмуючих ситуацій, екзогенних шкідливих тощо);
- соціально-трудова допомога.
- систематичне поетапне використання медичної, трудової та соціальної реадаптації [34:67].

Маніакально-депресивний психоз. Причини і механізм розвитку МДП відомі. Тому профілактика зводиться до психогігієнічних заходів, спрямованих на укріплення здоров'я при обтяжливій спадковості - запобігання інфекціям, травмам, організація праці та відпочинку.

Попередження затяжних фаз комплексною терапією, покращання умов життя і праці.

Пресенільні та сенільні психози. Психогеріатричні заходи (режим праці, запобігання соматичним хворобам, використання геріатричних препаратів, зокрема геровіталю.

Раннє виявлення і лікування, досягнення повної редукції хвороби, підтримувальна корекція психіки, раннє лікування рецидивів.

Соціально-трудова реадаптація, ліквідація психотравмуючих факторів.

Ендогенно-органічні захворювання

Епілепсія. Генетична профілактика - попередження шлюбів 2-х осіб, хворих на епілепсію, спостереження за дітьми із обтяженою спадковістю (профілактика сомато-інфекційних захворювань, травм, заборона профілактичних щеплень до 3 років). Охорона здоров'я вагітної і плода в пренатальний період, попередження родових травм та інфекцій у пре- і постнатальний періоди [76:44].

Раннє виявлення хворих із пароксизмальними проявами, раціональне лікування, безперервність і довготривалість лікування в комплексі з режимом життя, харчування і психотерапевтичного впливу.Трудова і соціальна реадаптація, заборона професій, пов'язаних із транспортом, висотою, рухливими механізмами, водою і вогнем, а також впливом фізичних та інших факторів: перегрівання, нічна робота, довготривалі відрядження.

Сенільні та пресенільні деменції. Психогігієна здорового довголіття (режим праці, відпочинку, боротьба з гіподинамією), попередження сомато- та психогенних захворювань, використання геріатричних засобів, які запобігають передчасному старінню.

Раннє виявлення початкових проявів хвороби та початок лікування транквілізаторами, антидепресантами, досягнення редукції хвороби з подальшою підтримувальною корекцією психіки та обрив рецидивів при ранніх ознаках загострення хвороби. Запобігання соматичним розладам.

Систематичне поетапне використання медичної, трудової та соціальноїре-адаптації хворих, догляд і спостереження.

Екзогенно-органічні захворювання

Судинні захворювання головного мозку. Психогігієнічні заходи спрямовані на дотримання режиму праці й відпочинку осіб похилого віку, попередження впливу шкідливих факторів (алкоголю, куріння, перевтоми, стресів), які сприяють розвитку недостатності мозкової гемодинаміки.

Раннє виявлення (профогляди) і лікування судинних уражень головного мозку спрямовані на покращання мозкового кровообігу - засоби, які покращують загальну гемодинаміку, серцеву діяльність.

Проведення заходів медичної, трудової і соціальної реадаптації.

Психічні порушення у зв'язку з черепномозковою травмою.

Попередження автодорожніх, виробничих та побутових травм головного мозку, дотримання правил техніки безпеки. Запобігання пологовому травматизму.

Спокій, щадний режим у гострий період травми. Протирецидивне лікування в період віддалених наслідків (біологічні та психологічні методи, стимуляція соціальної активності та трудової діяльності, переорієнтація її на раціональне працевлаштування та установки, сімейна психотерапія).

Соціально-трудова реабілітація (режим праці, побуту, санаторно-курортне лікування) [48:32].

Психічні порушення при інфекційно-органічних захворюваннях головного мозку (сифіліс головного мозку, прогресивний параліч, ВІЛ).

Провізорна профілактика розповсюдження сифілітичного та ВІЛ-інфікування населення шляхом створення системи суспільних заходів, спрямованих на формування здорової сім'ї та виховання підростаючого покоління. Попередження ембріонального і постнатального інфікування.

Раннє виявлення і діагностика сифілісу та ВІЛ-інфекції на основі клініки та лабораторних досліджень. Активна терапія до повної санації ліквору та виключення рецидивів шляхом повторних курсів лікування.

Оздоровлення побуту, поетапна реадаптація - медична, професійна, соціальна.

Екзогенні психічні розлади

Наркоманії (алкоголізм, наркотоксикоманії). Первинну профілактику проводять шляхом створення єдиної системи проти вживання наркотиків, освіти, яка включає адміністративно-правові, педагогічні, громадські та медичні аспекти з врахуванням вікових, статевих та професійних особливостей. Особливо слід враховувати ряд факторів: біологічні, які формують несприятливий преморбідний фон (травми, інфекції); індивідуально-психологічні (акцентуація за гіпертимним, нестійким, конформним типами), утруднення соціально-психологічної адаптації, відчуття неповноцінності й відчуження; відсутність розвинених зорових інтересів (перебудова мотиваційної сфери, зміна кола інтересів і сфери спілкування); низька стресова стійкість і високий ступінь залежності від лідера, соціальні (наркоматів сімї, подружня дисгармонія, стреси, інтерперсональні стосунки). Знання груп наркотичних та токсикоманічних речовин, правил їх зберігання, використовування, виписування.

Раннє виявлення, організація амбулаторного (мінімального) курсу лікування в три етапи:

1-й етап -купірування абстинентного синдрому, запійного стану і дезінтоксикація (8-10 днів);

2-й етап - протиалкогольна терапія (сенсибілізувальна, умовнорефлекторна) в поєднанні з психотерапією (1-2 місяці);

3-й етап - підтримувальна терапія (3 роки) [87:78].

Заходи, спрямовані на покращення умов побуту і мікросоціального клімату, перебудову мотивацій у ранг значущих потреб, педагогічну і медичну корекцію тяжких психологічних переживань неповноцінності, адекватне

працевлаштування, запобігання інвалідизації, формування установки на повне утримання від спиртного і соціальної компенсації. Запобігання інвалідизації.

Психогенні захворювання

Неврози і реактивні психози. Формування стабільності поведінки та відреагування в стресових і фрустра-ційних ситуаціях та при хронічних дистресах. Раціональний вибір професії і працевлаштування, дотримання правил гігієни праці, побуту, мікросоціальних стосунків. Організація санітарно-освітніх заходів [97:19].

Своєчасне лікування психофармакологічними засобами та психотерапевтичними методами, усунення стресових факторів або позитивна переорієнтація особи на відреагування в стресових та фрустраційних ситуаціях.

Індивідуальні соціально-реабілітаційні заходи, широке використання санаторно-курортного оздоровлення.

Психопатії та затримки психічного розвитку

Психопатії, олігофренії. Профілактику необхідно розпочинати з гігієни шлюбу та вагітності, спрямованої на виключення вад розвитку та формування дефіцитарності і дисгармонії функціональних систем мозку. В постнатальний період гармонія психіки дитини забезпечується правильним вихованням у сімї, школі, лікувально-профілактичних закладах. У цьому напрямку головну роль відіграють санітарно-освітня робота серед молоді й населення та медико-педагогічні заходи, спрямовані на корекцію психопатичних рис та інтелектуального розвитку.

Своєчасна корекція станів декомпенсації за допомогою лікарських, психотерапевтичних та медико-педагогічних методів впливу. В цьому напрямку суттєву роль відіграють медико-педагогічні колективи шкіл-інтернатів для розумово відсталих дітей з аномаліями психічного розвитку [76:58].

Попередження впливу екзогенних факторів, які сприяють декомпенсації психіки, раціональне трудове та побутове влаштування.

Реабілітація хворих

Розрізняють три етапи реабілітації хворих:

♦медичний, або відновного лікування;

♦професійний;

♦соціальний.

Серед форм реабілітації виділяють:

♦ранню, спрямовану на попередження хронічного перебігу хвороби, дефекту і госпіталізму;

♦пізню, спрямовану на компенсацію дефекту та соціально-трудове пристосування.

Основні принципи реабілітації хворих

♦Реабілітація є частиною лікувально-профілактичних заходів у системі надання психологічної допомоги хворим.

♦Реабілітація являє собою динамічну систему заходів, спрямованих на профілактику інвалідизації і компенсацію дефекту психічної діяльності, раннє й ефективне повернення хворих до праці на основі перебудови стосунків, пристосування та відновлення в професійній, сімейній і суспільних

сферах.

♦Максимально ранній початок проведення реабілітаційних заходів - активний вплив на особистість хворого на всіх етапах лікування і перебігу хвороби з урахуванням клінічних особливостей, біологічних і психологічних факторів в єдності з життєво-пристосувальними і лікувально-біологічними методами впливу.

♦Поетапність, послідовність і диференційність реабілітаційних заходів, активне використання різних форм -від простих до більш складних. Співпраця хворого з лікарем, середнім і молодшим медичним персоналом.

♦Зв'язок із медичною етикою і деонтологією.

6.5. Аггравація, симуляція та дисимуляція

Особливо велику роль відіграє психолог в запідозренні і верифікації аггравації і симуляції соматичної хвороби пацієнтом. Аггравація- це перебільшення або пролонгування симптомів, а симуляція - продукування скарг і симптомів неіснуючих захворювань. Такого роду установча поведінка, як правило, викликана певними об'єктивними моментами (хворий знаходиться під слідством з приводу скоєного злочину, хоче отримати групу інвалідності, хоче отримувати дефіцитні ліки з гуманітарної допомоги, до яких у нього розвинулась лекоманія, не бажає бути виписаним із стаціонару, бо не має родинних зв'язків або дома на нього чекає гнітюча психотравмуюча обстановка тощо) [99:98].

Якщо симуляція викрита, необхідно негайно направити симулянта на вірний шлях, але дати йому можливість мирного відступлення, наприклад, спотворенням недовготривалого "лікування", в процесі якого потрібно наголошувати на важливості бажання хворого позбутися хвороби. Цей спосіб буває для симулянта більш легким, ніж викриття симуляції, бо суб'єктивно "його лікували і вилікували", а не викрили брехню.

Лише в тих випадках, коли такий непрямий метод не приносить успіху, потрібно відкрито поговорити з симулянтом, але спочатку без свідків, і настирливо, впевнено, твердо пояснити йому всі невигоди, які принесе йому симуляція і позитивні сторони припинення прикидання хворим.

Дисимуляція - це приховування хвороби і її ознак. Часто зустрічається в патопсихології. В інших спеціальностях вона зустрічається, головним чином, при таких захворюваннях, результати яких дають певні об'єктивні або суб'єктивні невигоди для хворого. При туберкульозі -довге перебування в диспансері, при сифілісі -виявлення контактів, в хірургії- можливість операції. В наш час, коли росте безробіття і скорочують робочі місця, люди, які захворіли, стараються приховати свою хворобу, щоб не попасти під скорочення штатів в першу чергу.

Чим в більшій мірі вдається позбавити хворого від страху перед обстеженням, лікуванням і наслідками хвороби, тим успішніше вдається попередити дисимуляцію. Звичайно, велике значення мають і соціальні умови.

Якщо у медичного психолога з'явилась підозра щодо установочної поведінки хворого, направленої на аггравацію і симуляцію, то бажано за таким

хворим встановити делікатний негласний контроль з боку рідних хворого. Здебільшого хворі аггравують і симулюють, "розігруючи" рідних і обслуговуючий медперсонал, і знижують пильність при спілкуванні з ними. Якщо підозра медичного психолога щодо аггравації або симуляції підтвердилась, він не має права говорити про це хворому або його родичам та близьким, а повинна обгрунтовано доповісти лікарю, який після цілеспрямованої перевірки у випадку підтвердження установчої поведінки вживе належних заходів. Потрібно пам'ятати, що незаслужене помилкове звинувачення хворого в аггравації або симуляції, як правило, глибоко ображає останнього і викликає у нього негативну установку щодо медиків,психологів, перебування в стаціонарі і подальшого лікування. В такому випадку важкий моральний стан хворого буде заважати ефективному лікуванню.

Контрольні тестові завдання до розділу 6:
ПСИХОЛОГІЧНЕ СУПРОВОДЖЕННЯ ДІАГНОСТИЧНОГО ТА ТЕРАПЕВТИЧНОГО ПРОЦЕСУ

1. Тривога – це емоція:
А) пов’язана з переживанням тривалих неприємностей;
Б) спрямована на майбутнє, пов’язана з передбаченням можливих невдач;
В) пов’язана з переживанням попередніх втрат та образ;
Г) яка супроводжується переживаннями будь-якої негативної події.

2. Для депресивного хворого характерне:
А) бліде маскоподібне обличчя;
Б) багата виразна міміка обличчя;
В) асиметрія у мімічних реакціях;
Г) міміка скорботи.

3. Прискорена мова частіше характеризує:
А) депресивного пацієнта;
Б) хворого з іпохондричними переживаннями;
В) тривожного пацієнта;
Г) особу, яка демонструє поведінку симуляції.

4. Голосна мова найчастіше відмічається у:
А) осіб астено-невротичного рівня;
Б) хворих з елементами нав’язливості;
В) хворих з іпохондричними переживаннями;
Г) пацієнтів в гіпоманіакальному стані.

5. Адаптація пацієнта до умов стаціонару триває приблизно:
А) близько 5 днів;
Б) близько 2 тижнів;
В) перші два дні госпіталізації:
Г) 15 днів.

6. Поведінка аггравації характеризується:
А) свідомим відображенням симптомів відсутньої хвороби;
Б) зменшенням симптомів хвороби;
В) перебільшенням симптомів хвороби;
Г) неусвідомленням симптомів хвороби.

7. В структурі внутрішньої картини хвороби виокремлюють наступні основні компоненти:
А) сенситивний та емоційний;
Б) емоційний та раціональний;
В) емоційний, раціональний та мотиваційний;
Г) сенситивний, емоційний, раціональний і мотиваційний.

8. Адаптивні механізми, які спрямовані на редукцію патогенної емоційної напруги, що охороняють від хворобливих почуттів та спогадів, а також від подальшого розвитку психологічних та фізіологічних порушень, називають:
А) копінг-механізмами;
Б) механізмами психологічного захисту;
В) компенсаторними психологічними механізмами;
Г) адаптивними психологічними реакціями.

9. Іпохондрія – це:
А) хворобливо перебільшена турбота за своє здоров'я;
Б) страх перед соціальними наслідками хвороби;
В) небажання виліковуватися;
Г) отримання користі від захворювання.

10. До "важких" відносять пацієнтів, які мають:
А) епілептоїдні риси;
Б) депресивні риси суїцидальною спрямованості;
В) гіпертичні риси;
Г) астено-невротичні риси.

11. Психологічною засадою особистісно-орієнтованої (реконструктивонї) психотерапії є:
А) теорія діяльності;
Б) теорія відношень;
В)теорія установки;
Г) теорія поля.

12. Особистісно-орієнтована (реконструктивна) психологія – це:
А) психотерапевтичний вплив, який враховує особливості пацієнта;
Б) психотерапевтичний напрямок, який базується на психології відношень;
В) варіант клієнт – центрованої психотерапії;
Г) варіант когнітивної психотерапії.

13. Когнітивна психотерапія виникла як один із напрямів:
А) раціональної психотерапії;
Б) гуманістичної психотерапії;
В) поведінкової психотерапії;
Г) психодинамічної психотерапії.

14. Психологічною засадою психодинамічного напрямку є:
А) біхевіоризм;
Б) психоаналіз;
В) гуманістични психологія;
Г) когнітивна психологія.

15. У хворого підвищений, ейфоричний настрій, він легковажно ставиться до недуги та лікування. Надіється, що "само все обійдеться", тому порушує режим, що призводить до загострення перебігу хвороби. Який тип реагування на недугу?

А) утилітарний;
Б) анозогнозичний;
В) неврастенічний;
Г) ейфоричний;
Д) дисфоричний.

16. Хворий прагне співчуття, уваги, кращого ставлення до себе, говорить: "А може, отримаю пенсію за інвалідністю і не буду працювати, а займатимусь вдома улюбленою справою". Який тип реагування на недугу?

А) ейфоричний;
Б) зневажливий;
В) егоцентричний;
Г) нозофільний;
Д) утилітарний.

17. Хворий активно відкидає думки про недугу та її можливі наслідки, прояви хвороби оцінює як "несерйозні відчуття", тому відмовляється від обстеження і лікування або обмежується "самолікуванням". Який тип реагування на хворобу?

А) егоцентричний;
Б) гармонійний;
В) апатичний;
Г). ейфоричний;
Д) анозогнозичний.

18. Хворий цілком байдужий до своєї недуги та її наслідків, апатичний, втратив інтерес до життя, до всього, що раніше його цікавило. Пасивно приймає ліки та процедури. Який тип реагування на хворобу?

А) іпохондричний;
Б) анозогнозичний;
В) егоцентричний;
Г) апатичний;
Д) депресивний.

19. Хворий тривожний, депресивний, неспокійний, побоюється можливих ускладнень, сумнівається в ефективності лікування, настрій пригнічений. Який тип реагування на хворобу?

А) іпохондричний;
Б) неврастенічний;
В) тривожно-депресивний;

Г). дисфоричний;
Д) анозогнозичний.

20. Хворий депресивний, пригнічений, тривожний, не вірить у сприятливе закінчення недуги, не виявляє особливого інтересу до обстеження і лікування. Який тип реагування на хворобу?
А) ейфоричний;
Б) дисфоричний;
В) тривожно-депресивний;
Г) іпохондричний;
Д) неврастенічний.

21. Хворий переконаний у наявності в нього серйозної недуги, постійно зосереджений на хворобливих відчуттях, переживання та безперервні розмови про хворобу призводять до перебільшеного суб'єктивного сприймання наявних і пошуку уявних недуг. Бажання лікуватись поєднуються з невірою в успіх. Який тип реагування на хворобу?
А) тривожно-депресивний;
Б) іпохондричний;
В) апатичний;
Г) егоцентричний;
Д) дисфоричний.

22. Хворий дратівливий при болю, стражданнях, нетерплячий, нездатний чекати результатів обстеження і лікування. Який тип реагування на хворобу?
А) депресивний;
Б) іпохондричний;
В) егоцентричний;
Г) неврастенічний;
Д) ейфоричний.

23. Тривога хворого більше стосується не реальних, а можливих ускладнень недуги, а також малореальних життєвих труднощів, пов'язаних з нею. Розуміє абсурдність своїх хвилювань, але не може подолати їх. Який тип реагування на хворобу?
А) неврастенічний;
Б) дисфоричний;
В) апатичний;
Г) нав'язливо-тривожний;
Д) тривожно-депресивний.

24. У хворого пригнічено-злобний настрій, схвильований, схильний до спалахів крайньої невдоволеності людьми, які його оточують, і собою теж. Скрупульозно виконує призначення, але з підозрілою недовірою ставиться до нових призначень. Який тип реагування на хворобу?

А) зневажливий;
Б) дисфоричний;
В) утилітарний;
Г). депресивний;
Д) іпохондричний.

25. Хворий зневажливо ставиться до свого здоров'я, недооцінює серйозність недуги, не лікується, не береже себе і виявляє необґрунтований оптимізм щодо прогнозу. Який тип реагування на хворобу?
А) нозофільний;
Б) утилітарний;
В) ейфоричний;
Г) зневажливий;
Д) анозогнозичний.

26. Хворий демонструє свою хворобу близьким і рідним з метою привернути до себе їх увагу, вимагає виняткового піклування про себе. Який тип реагування на хворобу?
А) утилітарний;
Б) егоцентричний;
В) гармонійний;
Г). анозогнозичний;
Д) зневажливий.

27. Хворий гармонійно, правильно оцінює свою недугу, прагне активно сприяти лікуванню, а при несприятливому прогнозі переключає увагу на інші фактори. Який тип реагування на хворобу?
А) неврастенічний.
Б) гармонійний.
В) ейфоричний.
Г). егоцентричний.
Д) апатичний.

28. Хвора задоволена, що захворіла, стверджуючи: "Зможу приділити більше уваги дітям, не буду відводити їх у дитячий садок, зроблю ремонт у квартирі, трохи почитаю, займусь улюбленою справою". Який тип реагування на хворобу?
А) утилітарний;
Б) ейфоричний;
В) гармонійний;
Г). нозофільний;
Д) егоцентричний.

29. Хвора надто боїться своєї недуги, повторно обстежується у різних спеціалістів, часто міняє лікарів. Більшою чи меншою мірою розуміє свою проблему, але не може боротись з нею. Який тип реагування на хворобу?

А) нозофобний;
Б) утилітарний;
В) дисфоричний;
Г). іпохондричний;
Д) депресивний.

30. Хворий не докладає зусиль волі до видужання, вважає недугу несерйозною, а тому ліки приймає від випадку до випадку, не дотримується режиму, дієти, не відмовляється від куріння, вживання алкоголю і т. ін. До якого типу можна віднести цього хворого?
А) заглиблений у хворобу;
Б) боягузливий;
В) підозріливий;
Г). уявний (істеричний);
Д) лінивий.

31. Хворий звикся з недугою, іноді вважає її невиліковною, проте скрупульозно виконує всі призначення, акуратний, педантичний щодо лікування, дуже цікавиться результатами аналізів, уважно стежить за новинками в галузі медицини. До якого типу можна віднести цього хворого?
А) уявний (істеричний);
Б) заглиблений у хворобу;
В) активний;
Г) лінивий;
Д) боягузливий.

32. Хворий охоче звертається до лікарів, піддається різним, часто неприємним маніпуляціям. Може демонструвати різні ознаки хвороб, про які прочитав у книжках чи дізнався від знайомих. У нього переважає бажання лікуватись і показувати свою хворобу. Вимагає співчуття й уваги з боку рідних і медперсоналу. До якого типу можна віднести цього хворого?
А) підозріливий;
Б) уявний (істеричний);
В) лінивий;
Г) активний;
Д) боягузливий.

33. Хворий побоюється йти до лікаря ("Може, вигаданий діагноз та й підтвердиться"), боїться рентгенообстеження ("А може, виявлять щось"), аналізів крові ("А що, коли лейкоз?"), сечі ("А якщо раптом діабет?"). До якого типу можна віднести цього хворого?
А) активний;
Б) лінивий;
В) уявний (істеричний);
Г) боягузливий;

Д) підозріливий.

34. Хворий підозріливий, нерішучий, боязкий, постійно сумнівається, прагне вивідати все про свою недугу. Легко піддається навіюванню. Цікавиться не так лікуванням, як діагнозом. Відвідує різних спеціалістів, домагається консультацій професорів, охоче піддається різним методам дослідження, але не довіряє їм. До якого типу можна віднести цього хворого?

А) боягузливий;
Б) уявний (істеричний);
В) підозріливий;
Г) заглиблений у хворобу;
Д) активний.

35. Хворий метушливий, нетерплячий, вимагає від медицини швидкого "ремонту", як у техніці. Часто виявляє претензії до медиків і конфліктує з ними, порушує режим, вважає, що медсестра робить ін'єкції не так, як треба, і не туди, куди слід, дає не ті ліки. До якого типу можна віднести цього хворого?

А) активний;
Б) заглиблений у хворобу;
В) боягузливий;
Г) метушливий (вередливий);
Д) підозріливий.

36. Хворий тверезо ставиться до своєї недуги, спокійно і сумлінно виконує всі призначення, активно допомагає лікареві в боротьбі із хворобою. Настрій рівний, пацієнт впевнений у видужанні. Знаходить собі заняття: читає, пише, щось майструє, допомагає іншим хворим. До якого типу можна віднести цього хворого?

А) метушливий;
Б) активний;
В) заглиблений у хворобу;
Г) уявний (істеричний);
Д) підозріливий.

ТЕРМІНОЛОГІЧНИЙ СЛОВНИК З КЛІНІЧНОЇ ПСИХОЛОГІЇ

Абсанс (франц-відсутність) - короткочасне порушення свідомості з амнезією в епілептиків

Абстиненція -утримання від наркотиків, що супроводжується низкою психічних і соматичних розладів.

Аггравація - перебільшення хворобливих симптомів.

Аграфія - втрата здатності писати.

Агресія - схильність до нападу.

Адекватний - той, що відповідає даним обставинам і ситуації.

Ажитований - збуджений.

Алексія - втрата здатності читати.

Альтруїзм - протилежність егоїзму, здатність піклуватися про інших.

Аменція -затьмарення свідомості з втратою орієнтації в часі й місці, руховим неспокоєм і подальшою амнезією.

Амімія-відсутність міміки.

Амнезія - втрата пам'яті, забуття.

Анорексія - втрата апетиту, вперта відмова від їжі внаслідок психічної хвороби.

Апатія - байдужість, кволість, емоційна безчуттєвість.

Апраксія - втрата здатності до зв'язаних координованих рухів, виконання дій.

Астазія-абазія - неможливість стояти і ходити, хоч хворий може рухати нижніми кінцівками в ліжку (при істерії).

Астенія -загальна слабість, виснаження нервової системи.

Атаксія - розлад координації, точності рухів.

Атонія -втрататонусу м'язів.

Аура - провісник епілептичного нападу.

Аутизм -самозаглибленість хворого (при шизофренії), послаблення зв'язків із реальністю.

Афект- найвищий ступінь виявлення відчуття (страху, гніву, радості).

Біполярний -двополюсний.

Булімія - патологічне збільшення апетиту, обжерливість.

Галюцинації-сприймання предметів або явищ, яких насправді немає в даний час.

Гіперестезія - підвищена чутливість.

Гіперкінези - мимовільні рухи (сіпання, тремтіння).

Гіпобулія - послаблення волі.

Гіподинамія -зниження м'язової діяльності.

Дебільність -легкий ступінь розумової відсталості.

Деградація - рух назад, поступове погіршення, занепад, втрата якихось властивостей психіки.

Дезорієнтування - нездатність орієнтуватися в часі й просторі.

Делірій - гостра сплутаність свідомості з напливом галюцинацій, дезорієнтуванням і руховим збудженням.

Деменція - набуте слабоумство.

Депресія - пригнічений настрій, нудьга.

Дипсоманія-напад запійного пияцтва.

Дисимуляція - свідоме приховування хвороби або фізичних вад.

Дисфорія - стан поганого настрою з підвищеною дратівливістю (в епілептиків).

Егоцентризм - перебільшена увага до своєї особи.

Ейдетизм -здатність швидко і ючно запам'ятовувати великий обсяг зорових або слухових образів.

Ейфорія - піднесений, приємний настрій.

Екзогенний - породжений зовнішніми причинами, умовами.

Електроенцефалографія –запис біострумів мозку.

Емоція - почуття.

Ендогенний - викликаний внутрішніми особливостями організму.

Ехолалія - повторення хворим сказаних йому слів.

Ехопраксія - повторення хворим рухів, зроблених кимось.

Ідіотія - найвищий ступінь уродженого слабоумства (олігофренії).

Ілюзія - спотворене сприймання хворим предметів або явищ, які реально існують у даний момент.

Імбецильність - середній ступінь уродженого слабоумства.

Імпульс - поштовх до дії, форма збудження в нервових волокнах.

Інволюція -зворотний розвиток, згасання організму.

Іпохондричне маячення - манія руйнування організму хворого.

Каталепсія - воскова гнучкість, коли хворий зберігає надану йому позу.

Катамнез - дані спостереження за хворим після того, як його виписали із стаціонару.

Кататонія - нерухомість, застигання хворого в одній позі (симптом шизофренії).

Клептоманія - нав'язливий потяг до крадіжки речей.

Клімакс - період припинення функції яєчників.

Кома, коматозний стан - глибоке знепритомнення з втратою рефлексів.

Коммоція - струс головного мозку.

Конвергенція -зближення осей очних яблук при погляді на близький предмет.

Контузія мозку-забиття мозку.

Координація - узгодженість, упорядкованість довільних рухів.

Конфабуляція - вигадка при прогалинах пам'яті неймовірних подій.

Криза - напад болю або спазму судин.

Летаргія -тривалий глибокий сон.

Маніакальний стан - стан піднесеного настрою й активності.

Маразм -фізичний і психічний розпад організму.

Маячення - патологічні ідеї, висловлювання.

Меланхолія - похмурий, пригнічений настрій.

Мутизм - тривале мовчання, функціональна німота в психічнохворих.

Наркоманія - патологічний потяг до наркотиків і зловживання ними.

Невроз - функціональне захворювання нервової системи.

Негативізм - прагнення хворого протидіяти.

Параноїдна шизофренія - галюцинаторно- маячна форма хвороби.

Параноя -систематизоване маячення.

Парестезії-відчуття оніміння, повзання мурашок, електричного струму тощо.

Персеверація - повторення психічнохворим одного й того самого слова або жесту.

Преморбідний - дохворобний.

Пресенільний - передстаречий.

Псевдогалюцинаци- несправжні галюцинації, що сприймаються хворим не ззовні, а «внутрішнім чуттям».

Псевдодеменція - несправжнє слабоумство, одна з форм істеричної реакції.

Псевдоремінісценції-вигадані, несправжні спогади, які в принципі могли б мати місце.

Психастенія - психічна слабість, форма неврозу.

Психогенний - породжений психічною травмою.

Психогігієна - гігієна психічного життя.

Психопатія - патологічно змінений характер.

Психопатологія - симптоматика психічних хвороб.

Психопрофілактика - профілактика психічних розладів.

Психотерапія - метод лікування впливом на психіку хворого (переконання, навіювання, гіпноз).

Пубертатний період- період статевого дозрівання.

Реадаптація - можливість пристосування до раніше виконуваної роботи.

Реактивні стани - психічні розлади, що виникають під впливом психічної травми.

Ремісія -тимчасове поліпшення в перебізі хвороби.

Сенільний - старечий.

Симуляція - продукування скарг і симптомів захворювань, яких не існує, або вигадування фізичних вад.

Синдром -сукупність симптомів.

Ситуація - становище; збіг умов і обставин, що створюють відповідне становище.

Соматичний-тілесний, фізичний.

Сомнамбулізм -сноходіння.

Сопор-глибоке виключення свідомості.

Спазмофілія -судомні напади в дітей, хворих на рахіт.

Спонтанний - мимовільний.

Стереотипність - одноманітність, шаблонність, повторення одного і того ж.

Ступор - остовпіння, загальмованість.

Суїцидальний -той, що стосується самогубства (думки, спроба).

Тремор - тремтіння.

Тест - стандартне завдання для визначення якоїсь здатності випробовуваного.

Фармакогенія-заподіяння хворобливих симптомів побічною шкідливою дією ліків.

Фаза-період.

Фобія - нав'язливий страх.

Циклотимія -легка форма маніакально-депресивного психозу.

Циркулярний психоз - маніакально-депресивний психоз із регулярною періодичною зміною фаз.

Ятрогенія (ятропсихогенія) - породження необережно сказаним лікарем або особами з медичного персоналу словом думок у хворого про хворобу, якої насправді в нього немає.

СТРУКТУРА КУРСУ
для студентів психологічного факультету

№	ТЕМА
	Розділ 1. Теоретико-методологічні засади клінічної психології
1	Теоретичні засади клінічної психології
2	Методологічні засади клінічної психології
	Розділ 2. Психосоматика
3	Психосоматична єдність людини
4	Локалізація симптомів психосоматичних розладів у типологічних групах
5	Суб'єктивна виразність болю при психосоматичних розладах
6	Локалізація типологічних хронічних неінфекційних захворювань в онтогенетичній розгортці
	Розділ 3. Патопсихологія
7	Загальні поняття в патопсихології, порядок патопсихологічного дослідження
8	Патопсихологічні механізми порушення психічних процесів
9	Патопсихологічні механізми порушення свідомості
10	Соматогенні порушення психіки
11	Органічні, включаючи симптоматичні, психічні розлади
12	Функціональні розлади психіки
13	Психосоматичні захворювання
14	Шизофренія. Епілептична хвороба.
	Розділ 4. Психологія аномального розвитку
15	Олігофренія
16	Емоційно нестійкі розлади особистості
	Розділ 5. Психологія відхиленої поведінки
17	Загальна характеристика відхиленої поведінки
18	Основні форми відхиленої поведінки
	Розділ 6. Психологічне супроводження діагностичного та терапевтичного процесу
19	Психологічне супроводження невідкладних психічних станів
20	Основи психологічного впливу
21	Психогігієнічні та психопрофілактичні заходи при окремих захворюваннях

ПРОГРАМА КУРСУ КЛІНІЧНОЇ ПСИХОЛОГІЇ

Розділ 1
ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ КЛІНІЧНОЇ ПСИХОЛОГІЇ

Тема 1. Теоретичні засади клінічної психології

Загальна характеристика клінічної психології. Взаємозв'язок клінічної психології з іншими науками.

Предмет психології. Природа проблем клінічної пчихології та їх зв'язки з фундаментальними питаннями психології. "Основні питання клінічної психології" як медична та психологічна проблема. Головні напрямки клінічної психології. Основні функції клінічної психології.

Тема 2. Методологічні засади клінічної психології

Методологія в клінічній психології. Основні методологічні принципи клінічної психології. Принцип розвитку в клінічній психології. Принцип структурності та задачі клінічної психології. Принцип особистістного підходу та індивідуальний підхід в клінічній психології. Питання конкретно-наукової методології в психології та принцип активності. Значення методологічних проблем в клінічній психології.

Основні завдання та загальні принципи психологічного дослідження в клініці. Етика в клінічній психології. Етичні моделі в психології. Модель Гіппократа. Модель Парацельса. Деонтологічна модель. Біоетика.

Розділ 2
ПСИХОСОМАТИКА

Тема 3. Психосоматична єдність людини

Проблеми психосоматичних відношень в психології та медицині. Ідея "холізма". Психосоматичний та соматопсихологічний підхід до перебігу захворювання. Головні фактори при оцінці умов лікування та реабілітації соматичних хворих.

Тема 4. Локалізація симптомів психосоматичних розладів у типологічних групах

Типологічні групи та хронічні неінфекційні захворювання. "Переважаючі" хвороби. Лінійний порядок типологічних груп відповідно до вчення Гіппократа. Розподіл хронічних неінфекційних захворювань у безперервному спектрі "τ-типів".

Тема 5. Суб'єктивна виразність болю при психосоматичних захворюваннях

Визначення болю, запропоноване Міжнародною Асоціацією по вивченню болю. Ідеалістичні уявлення древніх греків щодо психофізіологічних механізмів болю. Больовий синдром та його роль у

перебігу психосоматичної хвороби. Уявлення про біль в Античний період, Середньовіччя, епоху Відродження. Теорія специфічності та теорія інтенсивності, їх протиріччя. Психалгії. Значення симптому болю на трьох рівнях символізації. Значення в переживанні болю життєвої установки. Метод трьохмірної семантичної дискрипції болю. Психогенний та органічний біль.

Тема 6. Локалізація типологічних хронічних неінфекційних захворювань в онтогенетичній розгортці

Закон переживання часу. Біологічний цикл життя індивіда та періоди загострення, ремісії та реконвалесценції хронічних неінфекційних захворювань. Суб'єктивне сприйняття часу та місце найменшого опору. Локалізація симптомів хронічних гастрологічних, нефрологічних, кардіологічних, пульмонологічних розладів в типологічних групах.

Тема 7. Загальні поняття в патопсихології, порядок патопсихологічного дослідження

Визначення загальних понять в патопсихології. Норма та психічне здоров'я. Клініко-психологічний синдром. Характеристика психопатологічних синдромів. Основні розділи роботи патопсихолога. Основні етапи патопсихологічного дослідження. Види відношень між лікарем та пацієнтом за А.Костерьовою. Головні категорії змістовної значущості обстеження.

Тема 8. Патопсихологічний механізм порушення психічних процесів

Порушення вольової діяльності. Порушення уваги. Порушення інстинктів. Нервова булімія, психологічні діагностичні критерії, реабілітаційні заходи. Поведінкові синдроми, які пов'язані з фізіологічними факторами, психологічні діагностичні критерії, реабілітаційні заходи.

Тема 9. Патопсихологічні механізми порушення свідомості

Виключення та затьмарення свідомості.

Деліріозний синдром, психологічні діагностичні критерії, реабілітаційні заходи.

Онейроїд, психологічні діагностичні критерії, реабілітаційні заходи.

Запаморочливі (сутінкові) стани.

Тема 10. Соматогенні порушення психіки

Астенічний синдром. Депресивні розлади, психологічні діагностичні критерії, реабілітаційні заходи.

Рекурентний депресивний розлад, психологічні діагностичні критерії, реабілітаційні заходи.

Фобічні розлади, психологічні діагностичні критерії, реабілітаційні заходи.

Соматоформні розлади, психологічні діагностичні критерії, реабілітаційні заходи.

Іпохондричний розлад, психологічні діагностичні критерії, реабілітаційні заходи.

Делірій, не спричинений алкоголем або іншою психоактивною субстанцією, психологічні діагностичні критерії, реабілітаційні заходи.

Маніакальний синдром. Афективні розлади настрою.

Маніакальний епізод, психологічні діагностичні критерії, реабілітаційні заходи.

Психоорганічний епізод, психологічні діагностичні критерії, реабілітаційні заходи.

Тема 11. Органічні, включаючи симптоматичні, психічні розлади

Деменція при хворобах Альцгеймера, психологічні діагностичні критерії, реабілітаційні заходи.

Судинна деменція, психологічні діагностичні критерії, реабілітаційні заходи.

Мультиінфактна деменція, психологічні діагностичні критерії, реабілітаційні заходи.

Субкортикальна судинна деменція, психологічні діагностичні критерії, реабілітаційні заходи.

Деменція при хворобах Піка, психологічні діагностичні критерії, реабілітаційні заходи.

Деменція при хворобі Гентингтона, психологічні діагностичні критерії, реабілітаційні заходи.

Деменція при хворобі Крейтцфельдта-Якоба, психологічні діагностичні критерії, реабілітаційні заходи.

Деменція при хворобі Паркінсона, психологічні діагностичні критерії, реабілітаційні заходи.

Деменція при захворюваннях, обумовлених вірусом імунодефіциту людини, психологічні діагностичні критерії, реабілітаційні заходи.

Деменція при епілепсії, психологічні діагностичні критерії, реабілітаційні заходи.

Деменція при нейросифілісі, психологічні діагностичні критерії, реабілітаційні заходи.

Маніакальний синдром, психологічні діагностичні критерії, реабілітаційні заходи.

Тема 12. Функціональні розлади психіки

Невротичні, пов’язані зі стресом і соматоформні розлади. Невротичні психогенні реакції. Панічні розлади. Ситуаційна психогенна реакція.

Неврози (невротичні розлади). Неврастенія, психологічні діагностичні критерії, реабілітаційні заходи.

Істерія. Специфічні невротичні розлади, психологічні діагностичні критерії, реабілітаційні заходи.

Реактивні та постстресові психози. Афективно-шокові психогенні реакція. Ендогенні психози.

Маніакальний епізод, психологічні діагностичні критерії, реабілітаційні заходи.

Тема 13. Психосоматичні захворювання

Етіологія психосоматичних розладів. Прихована депресія, критерії диференціальної діагностики прихованої депресії, основні клінічні форми прихованої депресії. Соматоформні вегетативні дисфункції (органні й системні неврози).

Тема 14. Шизофренія

Етапи розщеплення психіки. Клінічні форми шизофренії, психологічні діагностичні критерії, реабілітаційні заходи.

Основні ознаки епілепсії, психологічні діагностичні критерії, реабілітаційні заходи.

Розділ 4
ПСИХОЛОГІЯ АНОМАЛЬНОГО РОЗВИТКУ

Тема 15. Олігофренія

Характеристика основних груп олігофренії. Ступені клінічних проявів олігофреній, психологічні діагностичні критерії, реабілітаційні заходи.

Тема 16. Емоційно нестійкі розлади особистості

Клінічні критерії діагностики психопатії. Дизсоціальний розлад особистості. Ананкастний (обсесивно-компульсивний) розлад особистості. Шизоїдний розлад особистості. Параноїдний розлад особистості. Етіологія психопатій і акцентуацій характеру.

Розділ 5
ПСИХОЛОГІЯ ВІДХИЛЕНОЇ ПОВЕДІНКИ

Тема 17. Загальна характеристика відхиленої поведінки

Поняття відхиленої поведінки. Основні форми відхиленої поведінки. Критерії відмежування психологічних форм девіантної поведінки від непатологічних.

Психічні поведінкові розлади внаслідок приймання психоактивних речовин, психологічні діагностичні критерії, реабілітаційні заходи.

Тема 18. Психологічна характеристика основних форм відхиленої поведінки

Алкогольні психози, психологічні діагностичні критерії, реабілітаційні заходи.

Токсикоманія і наркоманія, психологічні діагностичні критерії, реабілітаційні заходи.

Розділ 6
ПСИХОЛОГІЧНЕ СУПРОВОДЖЕННЯ ДІАГНОСТИЧНОГО ТА ТЕРАПЕВТИЧНОГО ПРОЦЕСУ

Тема 19. Психологічне супроводження невідкладних станів

Психомоторне збудження. Високий ризик суїциду або гомоциду. Високий рівень насилля, спрямованого на інших осіб. Високий ризик спрямованого на себе насилля. Високий ризик самопошкоджень. Високий ризик травмування. Відмова (або неможливість) вживати їжу. Галюцинації. Маячення. Тривога. Страх. Порушення формули сну. Патологічна реакція горя.

Тема 20. Основи психологічного впливу

Переорієнтація психіатричної служби та роль психолога. Основні види діяльності клінічного психолога. Основні види психотерапії. Методика нервово-м'язової релаксації. Арттерапія. Група зустрічей. Гештальтгрупи. Групи тілесної терапії. Госпіталізм. Роль психолога в попередженні й подоланні госпіталізму серед психічнохворих. Основні "внутрішньолікарняні фактори", які сприяють розвитку госпіталізму в психіатричних лікарнях. Основи психогігієни та психопрофілактики. Профілактика психічних захворювань.

Психогігієнічні та психопрофілактичні заходи при окремих захворюваннях.

Аггравація, симуляція та дисимуляція.

ІМЕННИЙ ПОКАЖЧИК

Александр Ф.,22
Ананієв Б.Г.,28,30,56
Анохін П.К.,30
Аристотель,24
Аствацатуров В.О., 28,30

Бартон Г.,25
Бенталь Е.,22
Беркенбліт З.М.,12,23
Бізюк О.П.,26
Бічер Д.,28
Біррен Д., 56
Бромлей Д., 56
Блейхер В.М.,124,125
Богораз В.Г.,24,32
Боніка Дж.,25
Братусь Б.С.,124
Бурлачук Л.Ф.,250

Валль П.,25
Вебер Е.,23,25
Вейн О.М.,78
Веллас Р.,35
Віттковер П.,23
Вундт І.,22

Гегель Г.,11
Гейер К.,23
Генле Ф.,25
Гиндикін В.Я.,28
Гінсбург А.,27
Гіппократ,30,31
Головаха Є.І.,32
Гольдшейдер А.,25
Гультай В.Ф.,26
Гусев Г.В.,28

Давидова О.М.,30
Дайк Р.,25
Данбар Г.,22
Дарвін Е.,25
Декарт Р.,24
Джемс У., 112

Елькін Д.Г.,20,47,55
Енгель З.,27

Зейгарник Б.В.,13,124
Зубарев Ю.Г.,23

Ісаєв Д.М.,229

Кабанов М.М.,315
Карвасарський Б.Д.,24,26,28
Квасенко О.В.,23
Кербіков О.В.,82
Крейг А.,25
Крюгер Л.,25
Кіл К.,29
Кон І.С.,56
Коробіцина М.Б.,192
Корсакова К.К.,187
Кречмер Е.,176
Критська В.П.,206

Лебединський В.В.,187
Леман М.,23
Личко О.Є.,23
Ліманський Ю.П.,43
Лурія О.Р.,22

Максименко С.Д.,265
Мельзак Р.,25,29
Милнер П.,21
Менделевич В.Д.,23
Менінгер К.,30
Мерскі,27,29,30
Мюллер Д.,28
Мюррей Дж.,40
Мясищев В.М.,13,28

Нікольська М.З.,23
Ніколаєва В.В.,124

Олександрова В.Ю.,221
Орбелі Л.О.,30

Павлов І.П.,12,32
Парацельс,143
Перл Е.,25
Платон,24
Платонов К.С.,10,11,17
Поляков Ю.Ф.,13,31,124
Поттер В.,143

Раймер М.,27
Рені Дж.,27
Рейк Т.,28
Рохлін Л.Л.,23
Рубінштейн С.Я.,11,13,124

Сєченов І.М.,21
Скарлато Т.,27
Спир Е.,30,43
Стоквис В.,22,30
Суза К.,25

Творогова А.К.,13
Терлецька Л.Г.,20
Торгерсон В.,29

Фрей М.,25
Фресс П.,32,33,37,56
Фройд З.,15,27
Хайнрот В.,21
Харди Дж.,28
Харт Х.,30

Цуканов Б.Й.,20,32,33,35,47
Цутербек Р., 29

Чуприкова Н.І.,38
Шагінян М., 32
Шлехтін Т.С.,56
Шноль С.Е.,222
Шток В.М.,26

Якобі М.,30

ПРЕДМЕТНИЙ ПОКАЖЧИК

Автоматизм, 104
Анергія,288
Ангедонія, 238
Анозогнозії, 131
Астенічний синдром, 105
Астено-депресивний синдрос, 107
Афазія, 130
Афективна лабільність, 105
Афективні розлади настрою, 181

Біоетика, 16
Больове відчуття, 24
Булімія, 127

Генетичний принцип, 17
Гіпербулія, 131
Гіпобулія, 131
Гіпоманія, 148

Девіантна поведінка, 221
Делірій, 147
Деменція, 150
Домінантна хвороба, 25,26

Ехолалія, 133
Ехопраксія, 133

Закон переживання часу, 31

Іпохондричний синдром, 114
Істерія, 164

Катано-онейроїдний синдром, 116
Клептоманія, 131
Комплекс олігофренічний, 125
Комплекс органічний, 125
Комплекс психопатичний, 125
Комплекс шизофренічний, 125

Манія без психотичних симптомів, 148
Манія з психотичними симптомами, 149
Маніакальний епізод, 181
Модель Гіппократа 15
Модель деонтологічна, 15
Модель Парацельса, 15

Негативізм, 96
Неврастенія, 161
Нервова анорексія, 91
Невротичний розвиток особистості,166

Олігофренія, 206

Патопсихологія, 124
Підхід психосоматичний, 20
Підхід соматопсихічний, 20
Поведінкова психологія, 14
Порушення свідомості, 101
Порушення уваги, 99
Принцип вивчення конкретності особистості, 12
Принцип особистісного підходу, 12
Принцип розвитку, 12
Принцип структурності, 12
Профіль особистості, 22
Психалгії, 21
Психастенія, 164
Психічні депривації, 209
Прихована депресія, 127
Психологія здоров'я, 14
Психопатизація, 117
Психопатія, 211
Психосоматика, 20
Психосоматичні захворювання, 169

Реактивні психози, 85

Симптом "воскоподібної гнучкості", 133
Симптом "повітряної подушки", 133
Симптом Павлова, 132
Синдром астенічний, 138

Синдром астено-депресивний, 139
Синдром кататоно-онейроїдний, 133
Синдром клініко-психологічний, 133
Синдром маніакальний, 148
Синдром психопатичний, 125
Синдром шизофренічний, 125
Синдром невротичної деперсоналізації-дереалізації, 321
Синдром психопатологічний, 125
“С-періодичність” захворювань, 20
Соматизовані розлади, 154
Соматоформні вегетативні дисфункції, 173
Соматоформні розлади, 114
Специфічні невротичні розлади, 149
Статеві відхилення, 93
Страх болю, 25
Ступор апатичний, 133
Ступор депресивний, 133
Ступор психогенний, 133
Суспільне здоров’я, 14

“τ-тип”, 20,41
Теорія інтенсивності, 25
Теорія специфічності, 24
Типологічні групи, 25

“Ульцерогенна” мати, 31

Фобії
- агро, 140
- ВІЧ, 140
- радіо, 140
- сифіло, 140
- соціальні, 140
- спцифічні ізольовані, 140
- танато, 140

Шизотиповий розлад, 184

ВІДПОВІДІ НА КОНТРОЛЬНІ ТЕСТОВІ ЗАВДАННЯ

Розділ 1. Теоретико-методологічні засади клінічної психології

1.Б
2.В
3.В
4.Б
5.А
6.Б
7.В
8.Г
9.Б
10.В
11.В
12.В
13.Б
14.Б
15.В

Розділ 2. Психосоматика

1.Б
2.А
3.Б
4.А
5.В
6.Б
7.Г
8.Г
9.В
10.В
11.В
12.В
13.Г
14.В
15.В
16.Г

Розділ 3. Патопсихологія

1.Г
2.Г
3.Г
4.А
5.В
6.В
7.Г
9.Б
10.В
11.А
12.А
13.А
14.В
15.Б
16.Г
17.А
18.Б
19.Г
20.В
21.Б
22.В
23.В
24.Б
25.В
26.А
27.Г
28.Г
29.А
30.А

Розділ 4. Психологія аномального розвитку

1.В
2.В
3.Г
4.В
5.В
6.Г
7.Г
8.Г

Розділ 5. Психологія відхиленої поведінки

1.А
2.Б
3.В
4.Б
5.В
6.А
7.А

Розділ 6. Психологічне супроводження діагностичного та терапевтичного Процесу

1.А
2.Б
3.В
4.В
5.А
6.А
7.В
8.А
9.В
10.Б
11.Г
12.А
13.А
14.Б
15.Д
16.Д
17.Д
18.Г
19.В
20.А
21.В
22.Г
23.Д
24.В
25.Г
26.В
27.В
30.Д
31.В
32.В
33.Г
34.В
35.Г
36.В

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Абабков В.А. Проблема научности в психотерапии. – Санкт-Петербург: „Питер”, 2002. – 242 с.
2. Александр Ф. Психосоматическая медицина. – М.: Наука, 2000. – 452 с.
3. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства. – М.: Наука, 1999. – 362 с.
4. Александрова В.Ю., Суслова Е.А., Александров А.А. Психологические аспекты профилактики сердечно-сосудистых заболеваний // Психологический журнал. - 2001 – Т.6 - №1. – С.122-129.
5. Ананьев Б.Г. Человек как предмет здоровья. – М.: Педагогика, 1980. – 252 с.
6. Ананьев В.А. Введение в психологию здоровья. – Санкт-Петербург: Питер, 2004. – 352 с.
7. Анохин П.К. Очерки по физиологии функциональных систем. – М.: Медицина, 1975. – 224 с.
8. Аргументы и факты // Еженедельник. – 2007 - № 42.
9. Аристотель. Сочинения: в 10 т. – М.: Мысль, 1981. – Т.3. – 356 с.
10. Аствацатуров М.И. Избранные труды: в 20 т.– Л.: Наука, 1939. - Т. 20: Обзор современного положения проблемы боли. – 358 с.
11. Аствацатуров М.И. Избранные труды: в 20 т. – Л.: Наука, 1939. – Т. 19: О психосоматических взаимоотношениях при каузалгии. – 298 с.
12. Атлас для экспериментального исследования отклонений в психической деятельности человека. / Под ред. Проф. И.А.Полищука и доц. А.Е.Видренко. – К.: Здоровье, 2006 – 153 с.
13. Белявский И.Г. Историческая психология. – Одесса: «АстроПринт», 2001.- 356 с.
14. Беркенблит З.М. Изменение болевых ощущений под влиянием представлений о боли при разных типах раздражений. – // Вопросы психофизиологии и клиника чувствительности. – Л.: Наука, 1947. - С.112-125.
15. Бизюк А.П. Основы нейропсихологии. - Санкт-Петербург: «Питер», 2002. – 363 с.
16. Блейхер В.М., Крук И.В., Боков С.Н. Практическая патопсихология: Руководство для врачей и медицинских психологов. – Ростов- на-Дону: Книга, 1996. – 367 с.
17. Богораз В.Г. Эйнштейн и религия: Применение принципа относительности к исследованию религиозных явлений. – М.: Петроград, 1923. – Вып.1. – 154 с.
18. Бородулин Ф.Р. Лекции по истории медицины. – М.: Медгиз, 1955. – 321 с.
19. Братусь Б.С. Аномалии личности. – М.: Высшая школа, 2003. – 363 с.
20. Бурлачук Л.Ф., Морозов С.М. Словарь-справочник по психологической диагностике. - Санкт-Петербург: «Питер», 1999.- 363 с.

21. Вебер Е. Психологические аспекты сосудистых изменений. - Санкт-Петербург: «Питер», 1998. – 368 с.
22. Вейн А.М., Соловьева А.Д., Колосова О.А. Вегетососудистая дистония. – М.: Медицина, 2006. - 342 с.
23. Витковер П. Влияние аффектов на функцию желудка. - Санкт-Петербург: «Питер», 2004. – 269 с.
24. Волькенштейн М.В. Биофизика. – М.: Наука, 1988.- 213 с.
25. Выготский Л.С. Развитие высших психических функций. – М.: Медгиз, 1960. – 363 с.
26. Вунд И., Леман М. Методы экспериментальной диагностики. - Санкт-Петербург: «Питер», 2001. – 413 с.
27. Гейер К. Психосоматические расстройства. - Санкт-Петербург: «Питер», 1995. – 168 с.
28. Гиндикин В.Я., Семке В.А. Соматика и психика. – М.: Высшая школа, 1998. – 364 с.
29. Гиппократ. Сочинения. – М.: Медгиз, 1944. – Т.II.- 276 с.
30. Головаха Е.И., Кроник А.А. Понятие психологического времени // Категории материалистической диалектики в психологии. – М.: Наука, 1988. – С. 199-213.
31. Губачев Ю.М., Стабровский Е.М. Клинико-физиологические основы психосоматических взаимоотношений. - Л.: Медицина, 2003. – 168 с.
32. Губачев Ю.М., Жузжанов О.Т., Симаненков В.И. Психосоматические аспекты язвенной болезни. - Алма-Ата: «Казахстан», 2003. – 215 с.
33. Гультай В.Ф. Особенности переживания психогенных абдоминальных болей больными неврозами и язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки: Автореф. дис…канд.псих.наук: 19.00.01./ Харьк. Гос. Пед. ун.-т . – Х., 1988г. - 35 с.
34. Гусев Г.В. Задачи психолога в профилактике хронических неинфекционных заболеваний // Психол. журнал.,2003 – Т.5. - № 4. – С.94-102.
35. Данбар Г. Психосоматический диагноз. – Л.: Мысль, 2002. – 253 с.
36. Давыдова А.Н. Переживание боли при различных болевых раздражителях / Исследование по проблеме чувствительности. - Т. 13 Трудов Института Мозга им. В.М.Бехтерева. -Л: Наука,1940. - С.127-145.
37. Декарт Р. Метафизические мышления. – М.: Наука, 1983. – 317 с.
38. Джемс У. Психология. – Санкт-Петербург: Высшая школа, 2002.- 456 с.
39. Дмитриев А.С., Беньковская Г.В., Атнагулов Р.Я. О пределах образования следовых условных рефлексов на время // Журн. высш. нервн. деят. – 2004. – Т.31. - № 4. – С.747-754.
40. Драголи Л.Д. Временные категории речи и дифференциация времени // Восприятие пространства и времени. – Л.: Наука, Ленинградское отделение, 1998. – С.97-98.
41. Здоровье// Ежемесячник. – М.: Медицина. – 2004. - № 5.

42. Зейгарник Б.В. Патопсихология. – М.: Высшая школа, 2001. – 463 с.
43. Зубарев Ю.Г. Мозг человека и психические процессы в онтогенезе. – М.: Высшая школа, 1980. – 363 с.
44. Изард К.Э. Психология эмоций. - Санкт-Петербург: «Питер», 1999. – 362 с.
45. Исаев Д.Н. Психосоматическая медицина детского возраста. - Санкт-Петербург: «Питер», 2001. – 292 с.
46. Кабанов М.М., Личко А.Е., Смирнов В.М. Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. – Л.: Наука, 2002. – 315 с.
47. Карвасарский Б.Д. Клиническая психология. – Санкт-Петербург: “Питер”, 2002. – 192 с.
48. Карвасарский Б.Д. Неврозы. - М.: Медицина, 1990г. – 632 с.
49. Карвасарский Б.Д. Психосоматические аспекты боли. - Клиническая психология. - Санкт-Петербург: «Питер», 2002г.- 950 с.
50. Кербиков О.В. Избранные труды. – М.: Медицина, 1971.- 456 с.
51. Квасенко А.В. Психологические аспекты лечения соматических больных. – М.: Высшая школа, 2004. – 263 с.
52. Коробіцина М.Б. Психологічна діагностика психічних розладів та розладів поведінки у дорослих та відповідні реабілітаційні заходи. – Одеса:»Астропринт», 2005. – 82с.
53. Критская В.П., Мелешко Т.К., Поляков Ю.Ф. Патология психической деятельности. – М.: Высшая школа, 2002. – 355 с.
54. Кон И.С. Психология старшеклассников. – М.: Просвещение, 1980.- 243 с.
55. Кречмер Э. Строение тела и характер. – М.: Наука, 1930.- 436 с.
56. Кривоногов Ю.А. Биоэнергия и человек. – К.: Знание УССР, 1987.- 158 с.
57. Кузьменко В.В., Фокин В.А., Маттис Э.Р. и др. Психологические методы количественной оценки боли. – М.: Наука, 2001. – 231 с.
58. Лебединский В.В. Нарушение психического развития у детей. – М.: Высшая школа, 2003. – 363 с.
59. Лиманский Ю.П. Структура и функция системы тройничного нерва. - К.: Наук. Думка, 2001. – 255 с.
60. Лиманский Ю.П. Физиология боли. - Киев: «Здоровье», 2000.- 92с.
61. Личко А.Е. Типы акцентуаций характера и психопатий у подростков. – Л.: Наука, 2001. – 354 с.
62. Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга. – М.: Наука, 2000. – 213 с.
63. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология. – М.: Высшая школа, 1994. – 460 с.
64. Милнер П. Физиологическая психология. – М.: Высшая школа, 1973.- 324 с.
65. Мясищев В.Н. Личность и неврозы. – Л.: Наука, 1960. – 329 с.

66. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику. – М.: Высшая школа, 1987. – 432 с.
67. Небылицин В.Д. Психофизические исследования индивидуальных различий. – М.: Наука, 1976. – 134 с.
68. Никольская М.З. Роль индивидуально-психологических особенностей в формировании реакции на заболевание: Автореф. дис…канд.псих.наук: 19.00.01./ Харьк. Гос. Пед. ун.-т . – Х., 1988г. - 35 с.
69. Олейник С.А. Механизмы психической адаптации и дезадаптации у больных с болевыми и безболевыми формами ишемической болезни сердца - участников профилактической программы: Автореф. дис… канд. псих. наук: 19.00.01./ Томск. Гос. Пед. ун.-т. – Т., 1992.- 38 с.
70. Орбели Л.А. Избранные труды: в 12 т. - Т.4. – М., Л.: Наука, 1966.- 430 с.
71. Орбели Л.А. Боль и ее физиологические эффекты// Труды 15 Международного физиологического конгресса в Ленинграде, 1935г. 13 августа. - Природа, №12. - С.64-70.
72. Павлов И.П. Полн. собр. соч.: в 14 т. – М.; Л.: Изд-во АН СССР, 1951. – Т. 3. – Кн.1. – С. 381-382.
73. Павлов И.П. Полн. собр. соч.: в 14 т. – Изд. 2-е, доп. – М.; Л.: Изд-во АН СССР, 1951. – Т. 3. – Кн. 2.- С. 132-146.
74. Павлов И.П. Полн. собр. соч.: в 14 т. – М.; Л.: Изд-во АН СССР, 1951- Т.4.- Кн. 1. – С. 234-276.
75. Панин Л.Е., Соколов В.П. Психосоматические взаимоотношения при хроническом эмоциональном напряжении. - Новосибирск: Наука, 2002. – 178 с.
76. Пасынкова А.В., Мальцева И.В., Москаленко И.В. О частотном составе доминирующего ритма ЭЭГ человека // Психологический журнал. – М.: Наука, 2001. – Т. 6 - № 4. – С. 130-137.
77. Пельдингер В., Любан-Плоцца Б., Крегер Ф. Психосоматические расстройства в общей медицинской практике. - Санкт-Петербург: «Питер», 2002.- 368 с.
78. Пиша З., Глазунов И.С., Горжейши Я. На помощь сердцу.// Международный ежегодник: Гипотезы. Прогнозы. – М.: Знание, 2000. – Вып. 22. – С. 151-161.
79. Платон. Теэтет. – М.; Л.: Госсоцэкгиз, 1936.- 256 с.
80. Поляков Ю.Ф. Здравоохранение и задачи психологии // Психол. журн. –М.: Наука, 1984. – Т. 5. - № 2. – С. 68-75.
81. Поляков Ю.Ф., Николаева В.В. Психосоматическая проблема: психологический аспект. – М.: Высшая школа, 1992. – 363 с.
82. Практикум по патопсихологии. / Под ред. Б.В.Зейгарник, В.В.Николаевой, В.В.Лебединского. – М.: Высшая школа, 2000. – 443с.
83. Превентивная кардиология. – М.: Медицина, 2000.- 256 с.
84. Психиатрия. Психосоматика. Психотерапия./ Под ред. К.Л.Киснера. – М.: Высшая школа, 1999. – 363 с.

85. Рожанец Р.В., Копина О.С. Психологические проблемы профилактической кардиологии // Психол. журн. – М.: Наука, 2001. – Том 7.- № 1. – С. 45-53.
86. Рохлин Л.Л. Этапы реабилитации соматических больных. – М.: Высшая школа, 2000. – 215 с.
87. Рубин А.Б. Биофизика. – Кн. 1. – М.: Высшая школа, 1987.- 113с.
88. Рубинштейн С.Л. Проблемы общей психологии. – М.: Педагогика, 1976.- 456 с.
89. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения их в клинике. - Санкт-Петербург: «Питер», 1998.- 167 с.
90. Сеченов И.М. Очерк рабочих движений человека.–М.: Наука, 1901.- 231 с.
91. Сидоров П.И., Паняков А.В. Введение в клиническую психологию: в 2 т.- М.- Екатеринбург, 2000. – Т.1. – 343 с.
93. Симерницкая Э.Г. Мозг человека и психические процессы в онтогенезе. – М.: Высшая школа, 1985. – 432 с.
94. Смирнов Д.И. О механизме восприятия времени животными// Журн. Высшей нервной деятельности. – М.: Высшая школа, 2000. – Т. 30. - № 5. – С.912-919.
95. Соколова Е.Т., Николаева В.В. Особенности личности при пограничных нервно-психических и соматических заболеваниях. – М.: Высшая школа, 2001. – 133 с.
96. Соловьева С.А. Психологическая коррекция агрессивных тенденций больных гипертонической болезнью.// Пособие для врачей. - Санкт-Петербург: «Питер», 2001.- 167 с.
97. Стоквис В. Психологические основы врачебной деятельности. – М.: Медицина, 2002. – 198 с.
98. Суслова Е.А. Исследование психологических факторов риска ишемической болезни сердца // Журн. невропатологии и психиатрии. – М.: Высшая школа, 2002. – Вып. 5. – Т. XXXIII. – С. 763-768.
99. Тарнавский Ю.Б. О различиях в реакции людей на болезнь// Под маской телесного недуга. Проблемы психосоматики. - М.: «Знание», 1990. - С.4-51.
100. Терлецька Л.Г. Психічне здоров'я особистості. Технологія самоаналізу: Монографія. – К.: Видавничо-поліграфічний центр „Київський університет“, 2003.- 150 с.
101. Фресс П. Приспособление человека к времени // Вопросы психологии. – М.: Прогресс, 1961. - № 1. – С. 43-57.
102. Фресс П. Восприятие и оценка времени // П. Фресс, Ж. Пиаже. Экспериментальная психология. – М.: Прогресс, 1978. – Вып. 6 – С. 88-130.

103. Фролов Ю.П. И.П.Павлов и его учение об условных рефлексах. – М.; Л.: Биомедгиз, 1936.- 113 с.
104. Хайнрот В. Психосоматические аспекты в психологии и медицине. – М.: Медицина, 2002. – 115 с.
105. Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г. Когнитивно-бихевиориальная психотерапия. // Основные направления современной психотерапии. – М.: Высшая школа, 2000. – С.244-265.
106. Худин В.А. Детская патопсихология. – К.: Вища школа, 1997. – 263 с.
107. Хомская Е.Д. Мозг и активация. – М.: Высшая школа, 1972.- 231с.
108. Хьелл Л., Зингер Д. Теории личности. - Санкт-Петербург: «Питер». - 2000.- 265 с.
109. Цуканов Б.Й. Латентный период реакции и отражение длительности: Дис… канд. психол. наук: 19.00.01. – Одесса, 1982.- 154 с.
110. Цуканов Б.Й. Восприятие времени и психологическая устойчивость личности // Психологическая устойчивость профессиональной деятельности. – М.; Одесса, 1984. – С. 180-182.
111. Цуканов Б.Й. Анализ ошибки восприятия длительности // Вопросы психологии. – М.: Высшая школа, 1985. - № 3. – С.149-153.
112. Цуканов Б.Й. Фактор времени и природа темперамента // Вопросы психологии. – М.: Высшая школа, 1988. - № 4. – С. 129-136.
113. Цуканов Б.Й. Восприятие времени и спортивная специализация // Теория и практика физической культуры. – М.: Высшая школа, 1988. - № 10. – С. 32-35.
114. Цуканов Б.Й. Фактор времени и проблема сердечно-сосудистых заболеваний // Психологический журнал. – М.: Высшая школа, 1989. – Т. 10. - № 1. – С. 83-88.
115. Цуканов Б.Й. Особенности восприятия времени у умственно отсталых учащихся // Дефектология. – М.: Просвещение, 1990. - № 3. – С. 28-32.
116. Цуканов Б.Й. Время в психике человека // Природа. – М.: Высшая школа, 1989. - № 4. – С. 82-90.
117. Цуканов Б.Й. Психогенетические закономерности воспроизводства индивидов в типологических группах // Вопросы психологии. – М.: Высшая школа, 1989. – № 4. – С. 149-153.
118. Цуканов Б.Й. Индивидуальные особенности отношения к переживаемому времени // Психология личности и время. – Черновцы, 1991. – Ч.1. – С. 64-66.
119. Цуканов Б.Й. Качество «внутренних часов» и проблема интеллекта // Психологический журнал. – М.: Высшая школа, 1991. – Т. 12. - № 3. – С. 38-43.

120. Чуприкова Н.И., Митина Л.М. Теоретические, методические и прикладные аспекты проблемы восприятия времени // Вопросы психологии. – М.: Высшая школа, 1979. - № 3. – С. 16-32.
121. Шлехтин Т.С. Психофизика временного различения: Дис…канд. психол. наук.: 19.00.01. – М., 1976.- 212 с.
122. Шноль С.Э. Предисловие к русскому изданию // Биологические часы. – М.: Мир, 1964. – С. 5-10.
123. Шток В.Н. Головная боль. - М.: Медицина, 1987. - 304с.
124. Элькин Д.Г. Восприятие времени: Дис…докт. психол. наук.: 19.00.01. – Одесса, 1945.- 295 с.
125. Элькин Д.Г. Восприятие времени. – М.: АПН РСФСР, 1962.- 246 с.
126. Элькин Д.Г. Восприятие времени и принцип обратной связи // Вопросы психологии. - – М.: Высшая школа, 1962. - № 2. – С. 151-155.
127. Элькин Д.Г. Роль парности больших полушарий в восприятии времени// Тезисы докладов на II съезде Общества психологов. – М.: АПН РСФСР, 1963. – Вып. 1. – С. 17-18.
128. Элькин Д.Г. Восприятие времени и опережающее отражение // Вопросы психологии. - М.: Высшая школа, 1964. - № 3. – С. 123-130.
129. Элькин Д.Г. Восприятие времени как моделирование действующего раздражителя // Вопросы психологии. – М.: Высшая школа, 1965. - № 3. – С. 55-61.
130. Элькин Д.Г. Электрическая активность коры больших полушарий и востриятие времени// Материалы XXI отчетной научной конференции ОГУ им. И.И.Мечникова. – Одесса, 1966. – С. 78-79.
131. Элькин Д.Г. Роль мигального рефлексу в сприйманні часу // Психологія. – К.: Радянська школа, 1968. – Вип. 5. – С. 3-5.
132. Элькин Д.Г. Восприятие длительности и временные особенности сенсомоторики // Вопросы психологии. –- М.: Высшая школа, 1968. - № 3. – С. 56-61.
133. Элькин Д.Г. Роль ЦНС в восприятии времени// Тезисы докладов на III съезде Общества психологов. – М.: АПН РСФСР, 1964. – Вып. 2. – С. 27-29.
134. Элькин Д.Г. Восприятие времени как моделирование. // Восприятие пространства и времени. – Л.: Наука, Ленинградское отделение, 1969. – С. 76-79.
135. Элькин Д.Г., Козина Т.М. Отчет времени в состоянии сна и гипноза // Бессознательное. – Тбилиси: Мецниерба, 1978. – Т. 2. – С. 136-140.
136. Энгельс Ф. Анти-Дюринг. – Маркс К., Энгельс Ф. Соч.: 2-е изд. – Т. 20. – С. 49-51.
137. Якоби М.С. Соматопсихические аспекты в психологии. – Санкт-Петербург: «Питер», 1994.- 124 с.
138. Ярощук В.Л. Особенности понятий о времени у детей и взрослых// Материалы IV Всесоюзного съезда общества психологов. – Тбилиси, 1971. – С. 382-383.

139. Beecher H.K. Measurement of Subjective Responses. - New York: Oxford Univ. Press, 1959.- 134 p.
140. Birren J.E. The psychology of ageing. – New Jersy, 1964.- 113 p.
141. Bleuler E. Lehrbuch der Psichiatrie. - Berlin: Springer, 1960.- 224 p.
142. Bonica J.J. Neurophysiological and pathologic aspects of acute and chronic pain. - Arch. Surg., 1977. - 112, No 5. - P. 750-761.
143. Bromley D.B. The psychology of human ageing. L., 1966.- 452 p.
144. Chaves J.F. and Barder T.X. Hipnotism and surgical Pain. // Pain: clinical and experimental perspectives. Ed. by M. Weisenberg. - Sant Zouis: The C.V. Mosby Company, 1975. - P. 225-239.
145. Craig A.D., Burton H. Spinal and medullary lamina I proyection to nucleus submedius in medial thalamus: a possible pain center. - Y. Neurophysiol., 1981. - 45, No 3. - P. 443-466.
146. De Sousa C., Wallace R.B. Pain: a reviem and interpretation. - Intern J. Neurosis., 1977. - 7. - P. 81-101.
147. Devor M., Inbal R., Gorvin - Lippmann R.Genetic factors in the development of chronic pain. - In: Genetics of the brain. I Liebich (ed). Amsterdam: Elsevier Biomedical, 1982. - P. 273-295.
148. Doob L.W. Patterning of time. – New Haven; London: Iale Univ. press, 1971.- 432 p.
149. Dykes R.W. Parallel processing of somatosensory information: a theory. - Brain Res. Revs, 1983. - 6, Nol. - P. 47-115.
150. Dykes R.W. Nociception. - Brain Res., 1975, 99. - No 3. - P. 229-245.
151. Ehrenwald H. Versuche zur Zeitauffassung des Unbewussten Arch. Für die ges // Psychologie. – H. 1-2.
152. Eisenbud J. Thepsychology of heddache. // Psychiat. Quart. - 1937. - 11, 592.
153. Elkind A.H. and Friedman A.P. Areview of headeache: 1955 to 1961. // N.Y. St. J. Med. - 1962. - 1-2- 62, 1220, 1444, 1649.
154. Engel G.Z. Studies of ulcerative colitis: IV. The significance of headaches.// Psychosom Med. - 1956. - 18,334.
155. Engel L. Primary stypical facial neuralgia. An hysterical conversion symptom.// Psychosom. Med. - 1951. - 13-375.
156. Engel L. “Psychologenic” pain.// Med. Clin. N. Amer. - 1958. - 42, 1481.
157. Engel L. “Psychologenic” pain and the pain prone patient. //Amer. J. Med. - 1959, 26, 899.
158. Ericson M.H. The interpersonal hypnotic technigue for symptom correction and pain control. // Pain: clinical and experimental perspectives. Ed. by M. Weisenberg. - Sant Zouis: The C.V. Mosby Company, 1975. - P. 240-250.
159. Eysenck H.J. Classification and the Problem of Diagnosis // In handbook of Abnormal Psycology. – London, 1960.- 546 p.

160. Eysenck H.J. Principles and Methods of Personality. Description, Classification and Diagnosis // Brit. J. Psychol. – 1964. – V. 55. - № 3. – P. 284-294.
161. Gililand A.R., Humphreys D.W. Age, sex, method and interval as variables in time estimation // J. Exp. Psychol. – 1959. – 57. – P. 243-248.
162. P. Greenacre. Surgical addiction - a case illustration. // Psychosom. Med. - 1939. – P. 1-325.
163. Guze S.B. end Perley M.J. Observation on the natural history of hysteria.// Amer. J. Psychiat. - 1963. - 119, 960.
164. J.D. Hardy, Wolft H.G. and Goodel H. Pain. - Controlled fnd uncontrolled. // Science. - 1975, 117. - P.164-165.
165. Hart H. Displacement, guilt and pain. // Psychoanal. Rev. - 1947. - 34, 259.
166. Hilgard E.R. A. neodissociation interpretation of pain reduction in hypnosis. // Pain: clinical and experimental perspectives. Ed by M. Weisenberg. - Sant Zouis: The C.V. Mosby Company, 1975. - P. 210-224.
167. K.D. Keele The pain chart. // Lancet. - 1948. - 11, 6.
168. Kleiman N. Sleep and Wakefulness. – Chicago University of Chicago Press, 1963. – P. 380-395.
169. Kohlmann T. Das psychologische Problem der Zeitschätzung und der experimentelle Nachweis seiner diagnostiscen Anwenbarkeit. // Wien. E. Nervenheilk. – 1950. – 3. – P. 260-341.
170. Krivoshapkin M.D. Western literature review, tutorial, Physiologi of Pal, Current conceps and mechanisms, Quee's Medical Centre, Great Britain. - London, 2001. - P.245-285.
171. Kruger L., Perl E.R., Sedivec M.Y. Fine structure of myelinated mechanical nociceptor endings in cat hairy skin. – J. Comp. Neurol., 1981. - 198 c, Nol. - P.137-154.
172. Malmo R.B. and Shagaas C. Psychologic study of symptom mechanismus in phychiatric patients under stress. // Psychosom. Med. - 1949. – P. 11, 25.
173. Malto R.B., Shagaas C. and Davis J.E. Electromyoraphic studies of muscular tension in psychiatric patients under stress. // J. Clin. Psychopath. - 1951. – P. 12-45.
174. Mendelson G. Pain I. Basis mechanisms. - Med. J. Aust., 1981. - 19, Nol. - P. 106 – 109.
175. Menninger K.A. Man against Himself. - New York: Harcourt and Brace, 1938.- 148 p.
176. Merskey H. Some features of the history of the idea of pain. - Pain, 1980. - P.3-8.
177. Merskey H. The characteristics of persistent pain in psychological illness. // J. of Psychosomatic Research. - 1965. - P.198-291.
178. Merskey H. Psychiatric patients with persistent pain. // J. psychosom. Res. - 1965. – P. 9, 299.

179. Merskey H. An investigation of pain in psychological illness. D.M. thesis. - Oxford, 1964. – 463 p.
180. Melzack R. and Wall P. Fain: Psychological and Psychiatric Aspects. - London: Baillere, Tindall and Cassell, 1967. – 363 p.
181. Muriiti, Chindia. Pain: clinical and experimental perspectives. - New York, Oxford Univ. Press, 1993.- 432 p.
182. Murray J.B. Psychology of pain experience. // Pain: clinical and experimental perspectives. Ed. by M. Weisenberg. - Sant Louis: The C.V. Mosby Company, 1975. - P.36-44.
183. Murray J.B. Psychology of pain experience. // Pain: clinical and experimental perspectives. Ed. by M. Weisenberg. - Sant Louis: The C. V. Mosby Company, 1975. - P.36-44.
184. Nakahama H. Pain mechanisms in the central nervous system. - Int. Anesth. Clin., 1975. - 13, Nol. - P.109-148.
185. Raney J.O. Pain, emocion and a rationale for therapy. // Nothwest Med. - 1970. - 69. - P.659-661.
186. Reik T. Convade and the psychologenesiis of the fear of retatiation. // Ritual: Psychoanalytic Studies. - London: Hozarth, 1931.- P. 34-65.
187. Reimer M.D. Disability determinations of disoders based on emotional factors. // Industrial Medicine and Surgery.-1967.-36.- P.347-351.
188. Schider K. Clinical Phychopathology. - Londoni Grune and Stratton, 1959.- P. 54-76.
189. Sgarlato T.E., Ginsburg A. Psychic pain, a cass report. // J. of the Amer Pediatry Assoc. - 1970. - 60. - P.247-248.
190. Spear F.G. Pain in psychiatric patients. // Pain clinical and experimental perspectives. Ed. by M. Weisenberg. - Sant Louis: The C.V. Mosty Company. 1975 - P. 354-360.
191. Spear F.G. An examination of some psychological theories of pain. // Brit. J. Med. Psychology. - 1966. – P. 39,349.
192. Szasz T.S. Pain and Pleasure. A study of Bodily Feelings. - Tavistock, London, 1957.- 765 p.
193. Weiss E. Psychologenic rheumatism. // Ann. Intern. Vtd. - 1947. - 26, 890.
194. Wolff B.B. Drug studies in experimental and clinical pain. Symp. On Assessment of drug effects in the normal human. // 7 th Ann. Convention of Amer. Psychol. Ass. - New York, 1966. – 503 p.
195. Zimmermann M., Albe - Fessard D.G., Cervero F., Chapman C.R., Handwerker H.O., Kniffki K.D.,Nathan P.W., Procacci P., Rech P., Schmidt R.F., Terenius L.Y., Wall P.D. Recurrent persistent Pain: mechanisms and model. Group report. - In: Pain and Society, ed H.W.Kosterlitz, L.Y.Terenius Dahlem Konferenzen, Weinheim, Verlag Chemie, GmbH., 1980. - P. 367-382.
196. Zoppi M., Procacci P., Maresca M. Experimental pain in man. — Pain, 1979. - 6. - No2. - P. 123-140.

197. Zutterbeck P.H., Triay S.H. Measurement of analgetic activity in man. // Pain: clinical and experimental perspectives. Ed. by M. Weisenberg. - Sant Louis: The G.V. Mosby Company, 1975. - P.67-71.

РЕКОМЕНДОВАНА ДОДАТКОВА ЛІТЕРАТУРА

1.Александр Ф. Психосоматическая медицина. – М.:Эксмо-Пресс, 2002. – 321с.

2.Блейхер В.М. Эпонимические термины в психиатрии, психотерапии и медицинской психологии. – К.: Вища школа, 1989. – 221с.

3.Бурлачук Л.Ф., Грабская И.А., Кочарян А.С. Основи психотерапии. – Киев: «Ника-Центр», 2001. – 320с.

4.Бурлачук Л.Ф. Введение в проективную психологию. – Киев:»Ника-Центр», 1997. – 128с.

3.Вітенко І.С., Чабан О.С. Основи загальної і медичної психології. – Тернопіль: «Укрмедкнига», 2003. – 343с.

4.Вітенко І.С. Загальна та медична психологія. – Дніпропетровськ:АРТП-Прес, 2002. – 243с.

5.Зейгарник Б.Д. Патопсихология. – М.: Наука, 2001. – 244с.

6.Карвасарский Б.Д. Клиническая психология. – Санкт-Петербург: “Питер”,2002.- 467с.

7.Квасенко А.Б., Зубарев Ю.Г. Психология больного. – С.-Петербург, 2000. – 254с.

8.Коробіцина М.Б. Психологічна діагностика психічних розладів та розладів поведінки у дорослих та відповідні реабілітаційні заходи. – Одеса: “Астропринт”,2005.- 82с.

10.Максименко С.Д., Соловієнко В.О. Загальна психологія. – К.:МАУП, 2001. - 322С.

11.Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология. – М.:Медпресс, 2002. – 134с.

12.Ромек В.Г. Поведенческая психотерапия. – М.: Академия, 2002. – 321с.

13.Савенкова І.І. Психосоматична єдність людини. – Первомайск: “Буг-Прес”, 2007. – 126с.

14.СавенковаІ.І. Методологічні та теоретичні проблеми психології. – Первомайск: “Буг-Прес”, 2007. – 221с.

15.Сидоров П.И., Парняков А.В. Введение в клиническую психологию. В 2-х томах. – М.:Академический проек, 2000.

16.Тодд Дж., Богпрт А.К. Основы клинической и консультативной психологии. – М.: ЭКСМО-Пресс, 2001. – 221с.