

НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ ПЕДАГОГІЧНИХ НАУК
УКРАЇНИ
ІНСТИТУТ ПСИХОЛОГІЇ імені Г.С.КОСТЮКА

На правах рукопису

УДК 159.922:616.441(043.3)

ПОЛАДКО ГАННА ОЛЕКСАНДРІВНА

**ПОРУШЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ АДАПТАЦІЇ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ
ФЕОХРОМОЦИТОМНОЮ ДИСФУНКЦІЄЮ**

19.00.04 – медична психологія

Дисертація на здобуття наукового ступеня
кандидата психологічних наук

Науковий керівник:
дійсний член НАПН України,
доктор психологічних наук,
професор
Максименко Сергій Дмитрович

Київ – 2016

ЗМІСТ

ВСТУП	4-10
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ АДАПТАЦІЇ У ПАЦІЄНТІВ З ФЕОХРОМОЦИТОМНОЮ ДИСФУНКЦІЄЮ...		11-61
1.1.	Теоретичний аналіз проблеми адаптації в психології та медицині.....	11-21
1.2.	Психологічний зміст процесу адаптації хворих з діагнозом «феохромоцитомна дисфункція».....	21-47
1.3.	Захисні механізми як чинник психологічної адаптації пацієнтів з феохромоцитомною дисфункцією.....	47-59
	Висновки до першого розділу.....	59-61
РОЗДІЛ 2. МЕТОДИКА ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОЦЕСУ АДАПТАЦІЇ У ПАЦІЄНТІВ З ФЕОХРОМОЦИТОМНОЮ ДИСФУНКЦІЄЮ....		61-117
2.1.	Характеристика організації та проведення констатувального експерименту.....	61-74
2.2.	Аналіз соціально-психологічної адаптації та стратегій оволодіваючої поведінки.....	74-111
2.3.	Огляд ефективності виконаного комплексу ПКЗ (психологічного компоненту здоров'я).....	111-114
	Висновки до другого розділу.....	114-117

РОЗДІЛ 3. СИСТЕМА	АКТИВІЗАЦІЇ	
КОНСТРУКТИВНИХ	ЗАХИСНИХ	
МЕХАНІЗМІВ У ПРОЦЕСІ ПСИХОЛОГІЧНОЇ		
АДАПТАЦІЇ	ПАЦІЄНТІВ	З
ФЕОХРОМОЦИТОМНОЮ ДИСФУНКЦІЄЮ...		118-167
3.1.	Обґрунтування комплексу корекційних заходів спрямованих на оптимізацію компонентів психологічної адаптації пацієнтів	118-150
3.2.	Аналіз ефективності формувальних заходів з активізації конструктивних захисних механізмів у процесі психологічної адаптації пацієнтів з феохромоцитомною дисфункцією.....	150-160
3.3.	Основні положення щодо організації психолого-медичної допомоги пацієнтам з феохромоцитомною дисфункцією.....	160-165
	Висновки до третього розділу.....	165-167
	ВИСНОВКИ.....	168-171
	СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ.....	172-198
	ДОДАТОК А.....	199-199
	ДОДАТОК Б.....	200-200

ВСТУП:

Актуальність теми дослідження. Швидкий темп життєдіяльності сучасного суспільства потребує від його членів у першу чергу збереження та підтримання здоров'я, гнучкого реагування й адаптування до мінливих умов, вміння ставити і самостійно вирішувати відповідні задачі, продукувати нові ідеї, прагнути до самовдосконалення. Відтак, стан здоров'я – один з головних показників соціально-економічного, соціально-психологічного та політичного розвитку країни в цілому.

Проблема збереження здоров'я є однією з найгостріших не тільки медичних, але й психосоціальних проблем для української держави. Серед чинників його порушення, окрім екологічних, домінуючі позиції займають виражені дисфункції організму, зокрема, ті, що потребують тривалого лікування, як у випадку феохромоцитомної дисфункції.

Феохромоцитомна дисфункція у загальному вигляді є пухлиною яка складається із хромафінних клітин. Багатоманітність симптоматичних проявів та високий відсоток виліковування при вчасному діагностуванні й лікуванні феохромцитоми свідчить про те, що, крім медичного, вагомий вплив на пацієнта має й психологічний компонент. Сукупність компонентів переживання стану хвороби характеризується переліком специфічних реакцій, які зачіпають значущі для пацієнта сфери життєдіяльності. Відповідно, у клініці внутрішніх хвороб важливе місце займає психологічна адаптація/дезадаптація хворих як форма реагування на звістку про захворювання.

Серед факторів, які ускладнюють діагностування та лікування пацієнтів із феохромоцитомною дисфункцією варто виділити наступні:

- *вікові фактори.* Поширеність захворювання серед найбільш соціально й репродуктивно активної категорії населення віком від 20 до 50 років;

- *соціальні фактори.* Низький рівень соціально-економічного життя населення й відповідно низький рівень культури та освіти. Цей фактор виражається у відсутності профілактичного звернення до лікаря й відсутності моральної та економічної можливості реалізації превентивних заходів у галузі здоров'я;

- *фізіологічні фактори.* Дані фактори виражаються у багатоманітності симптоматичних проявів захворювання, що зумовлюють складність діагностики і як наслідок високу смертність серед досліджуваної нами категорії пацієнтів;

- *психологічні фактори.* Суть цих факторів у загальному вигляді виражається через підсвідому недовіру пацієнта до фігури лікаря, що зумовлює формалізованість взаємодії на рівні «пацієнт-лікар» та як наслідок - поглиблення дезадаптаційних тенденцій у поведінці пацієнта.

Зважаючи на вище сказане, ми маємо можливість виділити наступні суперечності, які є визначальними для підкреслення актуальності обраної нами теми:

- результативність лікування феохромоцитомою залежить від сукупності факторів, домінуючими серед яких являються: постановка діагнозу та лікувальний процес. Успішність взаємодії лікаря та пацієнта у площині цих факторів визначається усвідомленням того, що лікувальний процес стає настільки ж вагомим, наскільки значимим є психологічний компонент лікування та діагностики. Адже виникає перша суперечність: не дивлячись на взаємопов'язаність вказаних вище факторів у більшості психолого-медичних досліджень, вони розглядаються як відокремлені складові й тому їх взаємний вплив є малодослідженим;

- сукупність компонентів переживання пацієнтом даного стану хвороби характеризується набором специфічних реакцій, які зачіпають значущі для нього сфери життєдіяльності. Типовість цих реакцій залежить від вираженості симптомів захворювання тією ж мірою, в якій залежить і від індивідуально-психологічних особливостей людини. Відповідно, це і

зумовлює другу наукову суперечність у руслі питання яке ми розглядаємо, а саме: у клініці внутрішніх хвороб важливе місце займає психологічна адаптація/дезадаптація хворих як форма реагування на повідомлення про захворювання і як вираження успішності подальшого процесу лікування, не зважаючи на це, ключова роль у сучасному лікувально-діагностичному процесі відводиться медикаментозному лікуванню. Таке нехтування психологічною складовою свідчить про вибірковість наукових фактів й, відтак, однобічність вивчення досліджуваної нами теми.

Важливість даної наукової проблеми та її недостатня розробленість і зумовили вибір теми дослідження: **«Порушення психологічної адаптації у пацієнтів із феохромоцитомною дисфункцією».**

Зв'язок дослідження з науковими програмами, темами, планами. Тема є частиною фундаментальних науково-дослідних робіт лабораторії психології навчання імені І.О. Синиці Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України «Психологічні чинники самодетермінації особистості в освітньому просторі» (номер державної реєстрації 0109U000558), «Діяльнісна самореалізація особистості в освітньому просторі» (номер державної реєстрації 0114U000602). Тему затверджено на засіданні вченої ради Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України (протокол № 2 від 23 лютого 2012 року) та узгоджено у бюро міжвідомчої Ради з координації наукових досліджень у галузі педагогіки і психології в Україні (протокол № 1 від 29 січня 2013 року).

Об'єкт дослідження: процес адаптації пацієнтів із феохромоцитомною дисфункцією.

Предмет дослідження: особливості порушення психологічної адаптації у пацієнтів із феохромоцитомною дисфункцією.

Мета дослідження: з'ясувати особливості порушення психологічної адаптації у пацієнтів із феохромоцитомною дисфункцією, а також розробити комплекс психокорекційних заходів, спрямованих на подолання негативних наслідків цих порушень.

Гіпотеза дослідження розкривається в таких положеннях:

- психофізіологічний зміст адаптаційних стратегій пацієнтів із феохромоцитомною дисфункцією обумовлюється якістю адаптації та прояву їх захисних механізмів;

- психологічний механізм активізації захисних механізмів пацієнтів ґрунтується на ототожненні самого захворювання та особистості лікаря, відповідно, ефективна взаємодія на рівні «лікар-пацієнт» є визначальною для реалізації якісного лікувального процесу.

Для досягнення мети дисертаційного дослідження та перевірки гіпотези були поставлені такі **завдання**:

- 1) визначити особливості захисних механізмів як чинників психологічної адаптації пацієнтів із феохромоцитомною дисфункцією;

- 2) практично дослідити вплив взаємодії лікаря та пацієнта на реалізацію якісного лікувального процесу з точки зору психологічної адаптації/деадаптації пацієнтів яка виражається у формуванні конструктивних захисних механізмів пацієнта;

- 3) проаналізувати систему активізації конструктивних захисних механізмів у процесі психологічної адаптації пацієнтів із феохромоцитомною дисфункцією;

- 4) розробити й апробувати програму розвитку навичок рефлексії як чинника зниження негативного впливу захисних механізмів у процесі лікування пацієнтів з феохромоцитомною дисфункцією.

Методологічну та теоретичну основу дослідження склали:

- а) концепції, які демонструють поширеність психологічних порушень у важкохворих (О. Бажин, Д. Березкін, Л. Боверс, О. Гнездилов, В. Коллнер, Б. Менделевич, А. Смулевич, В. Чулкова [13, 24, 183, 25, 204, 102, 143, 163]) підтверджують, що на якому б етапі захворювання (включаючи ремісію) не перебував хворий, переживання, що супроводжують протікання захворювання, впливають на те, як живе цей хворий, визначають якість його життя (Н. Блінов [28]); праці, що

розкривають суть медико-психологічного впливу інформації про хворобу на особистість. Так, інформація про наявність захворювання викликає сильні емоційні переживання пацієнта, тим самим наносячи йому психологічну травму (О. Колосов, Т. Марилова, В. Чулкова [44, 99, 161]); психологічна травма, обумовлена сильними больовими відчуттями, може бути причиною кризового стану людини (В. Бочаров, В. Бултз, Е. Карпова, А. Ялов [33, 182, 38, 173]); ситуація, пов'язана із захворюванням, необхідністю лікування фруструє актуальні потреби пацієнтів (К. Кіровська, В. Чулкова [167]); тривале лікування, яке суттєво погіршує самопочуття хворих, негативно впливає на їх психоемоційний стан та якість життя (В. Грін, К. Еріцян, А. Махаметова, М. Русакова [193, 101]).

б) дослідження, які характеризують практичні особливості функціонування феохромоцитомної дисфункції (Н. Анишева, Д. Бельцевич, О. Кришталь, М. Лисенко, Л. Маркова, Д. Михайлова, В. Олійник, О. Товкай, М. Blake, E. Bravo, G. Eisenhofer, M. Kalra, J. Lenders, W. Linehan, J. Luton, M. Maher [151, 76, 36, 178, 149, 187, 184, 190, 187]).

в) роботи, у яких визначено зміст понять «психологічна адаптація» та «психологічний захист», а саме: суть захисних та адаптаційних механізмів особистості (Л. Анциферова, М. Іванов, Д. Леонтьєв, А. Личко, А. Маклаков, С. Максименко, А. Реан, А. Налчаджян, А. Фрейд [60, 84, 88, 91, 122, 106, 157]); ставлення особистості хворого до травматичної ситуації у загальному вигляді (В. Банщиков [17]); механізм компенсації психічної недостатності (В. Вид, В. Воловик [43, 46]); психічна діяльність, спрямована на спонтанне викорінення наслідків психічної травми (В. Бассін, В. Рожнов [19, 129]); способи переробки інформації в мозку, блокуючі загрозливу інформацію (І. Тонконогий [48]); пасивно-захисні форми реагування в патогенній життєвій ситуації (Р. Зачевицький [56]); механізм адаптивної перебудови сприйняття і оцінки, яка виступає у випадках, коли особистість не може адекватно оцінити почуття

занепокоєння, викликане внутрішнім або зовнішнім конфліктом, і відповідно, впоратися зі стресом (В. Ташликов [147]); механізми, які підтримують цілісність свідомості (В. Ротенберг [130]); способи репрезентації спотвореного сенсу (В. Цапкін [160]).

Для поставлених у дисертації завдань було використано **методи**:

а) *теоретичні*: аналіз, синтез, порівняння, систематизація, узагальнення;

б) *емпіричні*: соціально-демографічний, клініко-психологічний, психодіагностичний, бесіда, інтерв'ю, опитування;

Опитувальник оволодіваючої поведінки СОП (стратегії оволодіваючої поведінки) С. Фолкмана, Р. Лазаруса, адаптований В. Бехтеревим [192, 78]), контент-аналіз, модифікована методика «Ціннісні орієнтації» (М. Рокича), тест-опитувальник механізмів психологічного захисту (Life Style Index) Р. Плутчика, аналіз продуктів діяльності [223];

в) *статистичні*: описова статистика й параметрична кореляція результатів дослідження.

Наукова новизна та теоретичне значення дослідження полягає у наступному:

1) *поглиблено* теоретичні уявлення про специфіку переживання процесу адаптації до хвороби пацієнтів із діагнозом феохромоцитомна дисфункція;

2) *виявлено* зв'язок між рівнями адаптації пацієнтів й механізмами психологічного захисту (витіснення та заперечення; проекція та компенсація; структурування й раціоналізація). Так, чим швидше відбувається переорієнтація пацієнтів від деструктивних механізмів захисту, таких, як витіснення та заперечення; проекції і компенсації, до – конструктивних – структурування й раціоналізації, тим ефективніше пацієнт переходить від позиції дезадаптації до адаптації;

3) *обґрунтовано* умови формування адаптації пацієнтів через подолання деструктивного впливу захисних механізмів. Засобом

активізації конструктивного впливу захисних механізмів слугує розвиток особистісної рефлексії;

4) *виявлено*, що чинником адаптації пацієнтів та подальшої успішності лікувально-профілактичних заходів є якість цього процесу та конструктивність захисних механізмів, які проявляють пацієнти на різних етапах захворювання;

5) *розроблено* трьохвимірну модель, яка розкриває взаємозв'язок між внутрішніми сторонами адаптації/дезадаптації пацієнта – хворобою, захисними механізмами та зовнішніми факторами, представленими у якості взаємодії пацієнта та лікаря. Так, з психологічної точки зору, діагноз для пацієнта стає природнім чинником активізації захисних механізмів, які призводять до формування адаптації/дезадаптації останнього. Швидкість адаптації пацієнтів визначається рівнем взаємодії лікаря та пацієнта. Так, чим швидше лікар зможе налагодити співробітництво із пацієнтом, встановивши з ним довірливі стосунки, тим швидше відбудеться процес адаптації хворого;

6) *показано*, що усвідомлений пацієнтом діагноз зумовлює виникнення наступних психолого-поведінкових дуальних проявів захисних механізмів, визначених нами, як: переживання «фрустрації» (пасивна реакція відгородження від світу, неприйняття інформації) – переживання «нестабільності» (непослідовні, хаотичні рухи у напрямку виліковування); неприйняття процесу лікування – прийняття процесу лікування; оцінка результатів прийнятої позиції по відношенню до процесу лікування; перегляд власної позиції пацієнта і, як результат, - функціонування адаптації (прийняття конструктивної позиції в процесі лікування) / чи дезадаптації (прийняття деструктивної позиції в процесі лікування) пацієнта;

7) *доведено*, що ключовими чинниками впливу на рівень адаптації чи дезадаптації пацієнтів з феохромоцитомною дисфункцією являються: зміст ціннісних орієнтацій пацієнтів, механізми оволодіваючої поведінки,

захисні механізми та рівень успішності лікувально-профілактичних заходів, ефективності взаємодії на рівні «лікар-пацієнт».

Практичне значення дослідження визначається можливістю використання розробленого методичного матеріалу у процесі навчально-професійної діяльності лікарів з метою сприяння поглибленню професіоналізму, зокрема, у аспекті взаємодії на рівні «лікар-пацієнт». Що, відповідно, дозволяє попередити виникнення дезадаптації пацієнтів із діагнозом «феохромоцитомна дисфункція» й сприятиме формуванню медико-психологічної адаптації і ефективному процесу виліковування.

Підібраний нами діагностичний інструментарій дає можливість використовувати його для виділення особливостей функціонування та конструктивності або деструктивності прояву захисних механізмів серед різних категорій досліджуваних пацієнтів.

Надійність і вірогідність результатів дослідження забезпечувалися методологічним обґрунтуванням його вихідних положень, використанням валідних та надійних діагностичних методик, адекватних меті і завданням дослідження; поєднанням кількісного і якісного аналізу емпіричних даних; застосуванням методів математичної статистики; репрезентативністю вибірки.

Публікації. Зміст та результати дисертаційного дослідження висвітлено у 11 наукових роботах, з них: 6 статей у наукових виданнях, включених до переліку фахових видань, затвердженого МОН України, 1 стаття у закордонному періодичному науковому виданні, 4 статті апробаційного характеру.

Апробація та впровадження результатів дослідження. Основні положення та результати дисертаційного дослідження доповідалися й обговорювалися на Всеукраїнських науково-практичних конференціях: «Психологія в Україні: єдність минулого та сучасного» (м. Київ, 2012), «Провідні ідеї в українській психологічній думці: історія та перспективи» (м. Київ, 2012), «Розвиток просоціальної стратегії як основи морального

становлення особистості» (м. Рівне, 2015). Також, результати дисертаційного дослідження доповідалися на засіданнях лабораторії психології навчання імені І.О. Синиці Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України (2012-2015рр.). Результати дослідження впроваджено в освітній процес таких вищих навчальних закладів: Хмельницький національний університет (довідка № 146а від 03.06.2015р.); Відкритий міжнародний університет розвитку людини «Україна» (довідка № 17-14/2058 від 26.06.2015р.); Кіровоградський державний педагогічний університет імені Володимира Винниченка (довідка № 199-н від 15.04.2015р.).

Структура дослідження. Дисертація складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаної літератури, який складається із 234 найменувань, із них 53 іноземною мовою та 2-х додатків розміщених на 2-х сторінках. Робота містить 53 таблиці на 54 сторінках та 7 малюнків на 7 сторінках.

Основний зміст роботи викладено на 167 сторінках. Повний обсяг дисертації включає 200 сторінок.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ АДАПТАЦІЇ У ПАЦІЄНТІВ З ФЕОХРОМОЦИТОМНОЮ ДИСФУНКЦІЄЮ

1.1. Теоретичний аналіз проблеми адаптації в психології та медицині

Психологічна адаптація пацієнтів до стану хвороби є важливою складовою не тільки позитивного самосприйняття особистості але й складовою процесу виліковування. Зокрема, останнім часом процес індустріалізації з її високим темпом життєдіяльності, ставить значні вимоги до якості життєдіяльності людини, на фоні інтенсивної пропаганди образу активної, успішної і здорової особистості.

У світлі вище сказаного постановка діагнозу «феохромоцитомна дисфункція» із перспективою складного та тривалого лікування, деколи, у її злоякісному вираженні, різко змінює життя хворого та його близьких. В уявленні більшості людей пухлина асоціюється зі смертним вироком, і навіть дуже мужній людина важко переносить звістку про такий діагноз.

Усвідомлення пацієнтом власного діагнозу призводить до сильного стресу у зв'язку із думкою про невиліковність, труднощі лікування, пов'язаного із рядом ускладнень і дефектів (зміна традиційного темпу життя, важкі операції, що тягнуть за собою проблему естетичного неблагополуччя, почуття неповноцінності, відчуження від суспільства, зміни сексуального функціонування і сексуальної привабливості в цілому, облісіння після хіміотерапії, тощо).

Психолог О. Пестрова [115] відзначаючи інтенсивність емоційної напруги при постановці діагнозу пише, що хворий сприймає його як «послання смерті». Н. Блінов і В. Чулкова [28, 163] говорять про «психологічну кризу» важко хворих, яка характеризується підвищеною тривогою, почуттям безнадійності або невизначеності, самотності, песимістичною оцінкою майбутнього, ідеями самозвинувачення, тощо.

А. Гнезділов [25], вивчивши психологічні реакції хворих пише, що вони можуть відповідати психотичним характеристикам поведінки. Від 92 до 100 % хворих із діагностованими у них тими чи іншими новоутвореннями, за даними Е. Бажина та А. Гнезділова, можуть страждати через уворення психологічних розладів [25, 14].

Типологія психологічного реагування на хворобу, створена О. Личко і М. Івановим [85, 60], ґрунтується на оцінках впливу трьох факторів: природи самого захворювання, типу особистості, що включає також характер, ставлення до захворювання у найближчому оточенні хворого. Вказані типи об'єднані у блоки. Перший тип включає у себе ставлення до хвороби, при якому соціальна адаптація істотно не порушується, а саме: гармонійний, ергопатичний і анозогностичний.

У другій блок включені типи реагування на хворобу, що характеризуються наявністю психологічної дезадаптації викликану інформацією про наявність захворювання. Ця дезадаптація виражається через інтрапсихічну спрямованість (тривожний, іпохондричний, неврастенічний, меланхолійний та апатичний стани). Третій – має інтрапсихічну спрямованість і включає у себе типи з таким сенсibilізованим ставленням до хвороби, яке найбільшою мірою залежить від преморбідних особливостей особистості хворого (сенситивний, егоцентричний, параноїдальний і дисфоричний).

У вітчизняній психології становлення суб'єктивної оцінки хвороби розглядається як процес самопізнання. Внаслідок цього процесу людина ідентифікує себе зі здоров'ям чи хворобою, а свій стан – як стан «здоров'я» або «хвороби».

Таким чином, хвороба і здоров'я є, в тому числі являється і суб'єктивною реальністю. Вона, включає всю систему самосприйняття, самооцінки, ідентифікації себе зі здоровими або хворими людьми, а також вибудовування суб'єктивної картини життєвого шляху особистості.

Комплекс психофізіологічних реакцій людини на хворобу утворює

сукупність відповідних стратегій. Стратегії переживання здоров'я і хвороби можна розглядати як окремий випадок стратегії адаптації. Так, у роботах Л. Анциферової, Д. Леонтєва, А. Маклакова, А. Реана [11, 81, 88, 122] підкреслюється, що здатність до адаптації як особистісна властивість людини – це цілісне утворення, яке дістало назву – особистісний адаптаційний потенціал.

Цей феномен описується як інтегральна характеристика рівня особистісної зрілості, й включає в себе такі складові, як: сила внутрішнього опору, локус контролю, орієнтація на дію, вольові якості, тощо. Розподіл стратегій адаптації на активну і пасивну можна зустріти в роботах Л. Анциферової та С. Порохової [11, 120, 121].

Сьогодні високі технологічні можливості надання медичної допомоги при серйозних патологіях визначають особливу актуальність виконання заходів щодо забезпечення комплексної реабілітації та психологічної адаптації хворого.

Соціально-психологічна адаптація у загальному вигляді - складний і багатоплановий процес, який включає у себе психофізіологічні, емоційні, інтелектуальні і соціальні аспекти. Як пише А. Налчаджян [106], при сприятливому перебігу ці аспекти формують стан адаптованості, яку можна охарактеризувати як специфічні взаємини особистості, при яких остання без тривалих (внутрішніх і зовнішніх) конфліктів виконує свою провідну діяльність, задовольняє свої основні соціально-психологічні потреби екстернального та інтернального характеру.

Представники сучасних зарубіжних і вітчизняних підходів розглядають різні ресурси соціальної адаптації, які допомагають людині впоратися зі стресогенними ситуаціями. Серед них виділяють особистісний потенціал, життєстійкість, локус контролю, тощо.

Розвиток індивідуальних адаптаційних ресурсів людини залежить від особистістю стилю життєдіяльності, ставлення до життя і пов'язаних з ним установок. Проте, наявність певних особистісних ресурсів і здібностей ще

не є фактом того, що людина впорається з усіма виникаючими перед нею труднощами. Можливість використання їх суб'єктом, ймовірно, визначається життєвим сценарієм людини. Зокрема, з точки зору трансакційного аналізу дитячі враження впливають на подальший хід життя людини. Готовий сценарій життєдіяльності людини є результатом прийняття нею емоційного рішення.

Так, якщо в дитинстві був закладений і закріплений так званий «програшний» або «негативний» життєвий сценарій, то людина, яка є його носієм, надалі не може використовувати наявні у неї внутрішньо особистісні ресурси для трансформації стресогенних ситуацій. Навпаки, людина із «виграшним» сценарієм буде використовувати весь запас наявних у неї ресурсів для подолання складних ситуацій і досягнення поставленої мети. Психолог Е. Берн визначив життєвий сценарій як складений у дитинстві план життя, що виправдовується подальшими діями людини і завершується так, як було вирішено з самого початку (усвідомлено чи не усвідомлено). Згідно із концепцією сценарію, людина будучи дорослою, розіграє свій сценарій, підсвідомо вибираючи такі форми поведінки, які наближають її до відповідної заздалегідь запланованої розв'язки. Отже, можна умовно виділяють три групи сценаріїв: програшні, безвиграшні та виграшні.

Людина із «без виграшним» або банальним сценарієм – нічого не програє, але і нічого не виграє, воліє не ризикувати і плисти за течією. «Програє» - той, хто не досягає поставленої мети, при цьому мова йде не просто про досягнення при супутньому почутті задоволеності. «Виграє» той, хто досягає мети. Психологічна суть «виграшу» заключається, у досягненні заявленої мети, яка у свою чергу приносить почуття задоволення, успіху і не викликає внутрішнього напруги. Виграш співвідноситься із тими цілями, які людина перед собою поставила.

Емоції, які супроводжують процес програвання сценарію хворою людиною є упередженими. Між тим, пацієнт може переорієнтуватись на

виграшний сценарій, завдяки зверненню за медичною, психологічною та/або комплексною допомогою й підтримкою близьких. Страх при озвучуванні діагнозу пов'язаного із такими утвореннями, як феохромоцитомна дисфункція, як уже говорилося вище, часто асоціюються із онкологічною хворобою. Пануючі міфи про онкологічну хворобу (рак), змішуються деяких людей кидати діагностику і лікування, обираючи тим самим руйнівну модель сценарію хвороби. Відтак, логічним є той факт, що людині, яка дізнається, про наявність хвороби потрібен час на адаптацію до отриманого нею діанозу. Така адаптація може тривати кілька днів або місяців, а деякі пацієнти взагалі не можуть прийняти цю інформацією.

Процес адаптації традиційно проходить у декілька кілька етапів «вживання» з діагнозом виділених Е. Кюблером-Россом [206]. У цьому процесі майже завжди, першою реакцією пацієнта є гнів. Хворий не вірить у точність поставленого діагнозу та заперечує вірність останнього. У залежності від особистості людини, її психологічної стійкості, цей етап проходить з різною інтенсивністю. Відповідно, пацієнт може проявляти полярні форми поведінки - він ізолюється або шукає підтримки серед інших людей. Потім з'являється так звана реакція дисфорії (другий етап). На цьому етапі хворий задає питання: «Чому я?» Часто гнівається, проявляє вороже ставлення, заздрість і обурення. Це природний механізм, в якому пацієнт уникає любові та розуміння номінально прагнучи їх фактично. Тому, традиційно, на цьому етапі відносини, між хворим і його сім'єю стають напруженими. Наступним етапом є так званий «торг». Хворі «торгуються» із лікарями, з Богом, іншими вагомими фігурами у своєму житті за ще один шанс на продовження життя, про час для вирішення важливих справ, тощо. Пацієнти обманюють себе, думаючи, наприклад, що, якщо вони будуть кращими людьми, то їх чекає нагорода у вигляді тривалого життя. Пацієнт хоче за всяку ціну жити, вірить у різні «чудодійні» ліки та препарати, які повинні зробити диво.

Після етапу «торгу» настає етап депресії. Особливо гостро переживають цей етап пацієнти, які не мають динаміки у процесі лікування. Для них характерне почуття втрати сенсу життя, руйнування звичної системи стосунків, майна, кар'єри. Як наслідок – енергетичне виснаження викликає почуття безпорадності, безнадійності, печаль, відсутність апетиту і проблеми зі сном. Депресивний стан пацієнта, таким чином, стає «природним». Якщо цей стан триває довше, ніж два тижні, хворі повинні бути під наглядом не тільки медика але й психолога та/або психіатра. Останнім етапом у процесі адаптації до хвороби є погодження із нею. Пацієнти приходять до точки, в якій уже не почувуються втомленими, вони впоралися із сумом і прийняли нову ситуацію. Такі люди стають лагідними і спокійно реагують на будь-які непередбачені обставини. Саме на цьому етапі частіше всього медичні працівники можуть констатувати значний прогрес у лікуванні.

Важливим для розуміння суті психологічної адаптації є той факт, що при надходженні будь-якої інформації у свідомість-підсвідомість індивіда, психіка не сприймає все підряд, природно, включаючи механізм верифікації інформації, відбору, аналізу і розподілу такої інформації по ділянках мозку, відповідальним за зберігання інформації у зв'язку із описаним психологічним феноменом професор Анна Фрейд [157], відкрила так звані захисні механізми психіки, за допомогою яких будь-яка інформація із зовнішнього світу, будучи скажемо так «загальмованою» свідомістю, потрапляє, минаючи її, у несвідому складову психіки. Такий механізм розкриває суть адаптаційного процесу по відношенню до діагнозу. Р. Зачепіцький [57] визначає психологічний захист як «пасивно-оборонні форми реагування у патогенній життєвій ситуації», Ф. Бассін [20] характеризує захисні механізми психіки, як психічну діяльність, спрямовану на спонтанне викорінення наслідків психічної травми». Найчастіше у психології користуються визначенням В. Ташликова [147], за яким захисні механізми – це адаптивні механізми, спрямовані на

зменшення патогенної емоційної напруги й охорону від хворобливих відчуттів, спогадів та подальшого розвитку психологічних і фізіологічних порушень. Для усіх захисних механізмів властиві дві загальні характеристики. По-перше, вони, як правило, без свідомі, тобто діють переважно на неусвідомлюваному рівні. По-друге - вони спотворюють, заперечують чи скажемо так «фальсифікують» реальність.

До зазначених захисних механізмів слід віднести такі форми і способи захисту, як: як сублімація, заперечення, витіснення, проєкція, ідентифікація, інтродекція, раціоналізація, анулювання дії, розщеплення, тощо. Механізми психологічного захисту розрізняються за ступенем зрілості. Так, найбільш інфантильними, незрілими механізмами вважають витіснення і заперечення характерні для маленьких дітей, а також для найбільш соціально незрілого типу особистості – істероїдного типу. До найбільш зрілим захисним механізмам відноситься сублімація, раціоналізація, інтелектуалізація.

Розглянемо детальніше основні захисні механізми психіки, а саме:

- ідентифікація. Ідентифікацією є ототожнення себе з ким-небудь іншим. Так, у процесі ідентифікації індивід несвідомо уподібнюється іншому індивіду (об'єкту ідентифікації). У якості об'єктів ідентифікації можуть виступати як індивіди, так і групи. Ідентифікація зумовлює наслідування дій і переживань об'єкта;

- інтродекція. Інтродектуються риси і мотиви осіб, по відношенню до яких суб'єкт формує різні установки. Часто інтродектується той об'єкт, який втрачено адже така втрата замінюється інтродекцією об'єкта свого Я;

- проєкція. При проєкції людина свої власні небажані риси приписує іншим, і таким чином, захищає себе від усвідомлення цих рис у власній особистості. Механізм проєкції дозволяє індивіду виправдати свої вчинки;

- реактивне навчання. У цьому випадку індивід несвідомо переводить трансформацію одного психічного стану в інший (наприклад,

ненависть – любов, і навпаки, тощо);

- механізм витіснення є процесом виключення зі сфери свідомості думок, почуттів, бажань і потягів, що приносять біль, сором чи почуття провини. Дією цього механізму можна пояснити багато випадків забування людиною виконання якихось обов'язків, які при більш детальному аналізі є неприємними для останньої;

- самообмеження як механізм адаптації. Суть механізму самообмеження полягає у наступному: коли людина розуміє, що її досягнення менш значимі порівняно із досягненнями інших людей, які працюють у тій же галузі, тоді їх самоповагу знижується. У такій ситуації дехто з людей просто припиняє свою діяльність;

- розщеплення. У випадку розщеплення людина несвідомо розділяє своє життя на імперативи «добре» і «погано» усуваючи щось невизначене, те, що може у майбутньому ускладнити аналіз проблеми (критичної ситуації, що викликає дискомфортні психологічні переживання в результаті розвитку, наприклад, тривоги). Розщеплення є деяким спотворенням реальності, як, власне, й інші механізми захисту, через дії яких індивід прагне уникнути реальності, підмінюючи істинний світ – вигаданим;

- раціоналізація або захисна аргументація – процес, яка полягає у виправданні несвідомих логічних суджень і умовиводах для пояснення своїх невдач;

- анулювання. Анулювання – психічний механізм спрямований на запобігання або ослаблення якоїсь неприйнятної думки або почуття, знищення неприйнятних для особистості наслідків іншої дії чи думки;

- заперечення. У випадку дії цюї захисної реакції психіки виникнення в зоні її сприйняття негативної інформації заперечує існування такої інформації. Наявність факту заперечення людиною яких-небудь подій у більшості випадків дозволяє дізнатися про те, що ж насправді її турбує, що є для неї найбільш важливим, оскільки, часто в першу чергу

заперечується явно існуюче, те що той чи інший індивід намагається приховати;

- зміщення. Подібна захисна функція виражається у не свідомому прагненні індивіда переключити увагу з об'єкта дійсного інтересу на інший, сторонній об'єкт;

- ізоляція. У даному випадку відбувається несвідоме абстрагування від чогось, занурення у переживання якого здатне викликати тривогу чи / або хвилювання;

- сублимація. Несвідоме переключення негативної психічної енергії на заняття соціально-корисною працею. Сублимація виражається у тому, що індивід, який переживає той чи інший внутрішній конфлікт, знаходить заміщення внутрішньої тривожності переключенням на яке-небудь інше заняття (творчість, рубання дров, прибирання квартири, тощо);

- регресія може проявлятися в тому, що людина несвідомо як би повертається в минуле, у якому на її думку, все було дуже добре. Так, наприклад, будь-яке розчарування або загроза можуть сприяти поверненню до стадій інфантильної сексуальності.

Нами перелічено далеко не повний список існуючих механізмів захисту, але перерахування основних захистів, на наш погляд, здатне наблизити нас до розуміння можливих варіантів адаптації/дезадаптації до хвороби.

Розуміння можливої адаптаційної моделі поведінки не є універсальним для всіх, хоча, безумовно, корисне для організації конструктивного діалогу між лікарем, хворим, та його близькими.

Психолог А. Реан виділяє більш розгалужену у порівнянні із Е. Кюблером-Россом систему стратегій можливої адаптації, а саме [122, 206]:

- стратегія активної зміни ситуації;
- стратегія активної роботи над зміною якостей особистості;

- стратегія активного пошуку нового соціального середовища з більш високим адаптаційним потенціалом для даної особистості та її розвитку;
- ймовірно-комбінована стратегія;
- стратегія пасивної адаптації (пасивне прийняття вимог, норм, установок, цінностей соціального середовища без включення процесу самозміни, самокорекції і саморозвитку).

Автор вважає, що при виборі стратегії адаптації особистістю оцінюються:

- вимоги соціального середовища (сила, ступінь ворожості, ступінь обмеження потреб, тощо);
- потенціал самозміни (адаптаційний потенціал);
- ціна зусиль (фізіологічна, психологічна).

Складні життєві ситуації, до яких можна віднести і стан хвороби, як зрозуміло із вище сказаного, піддають людину випробуванням. Успішне подолання такого випробування може призводити не тільки до зміни ситуації, але і до зміни самої особистості. А. Прохоров [120] підкреслює значимість таких ситуацій для появи нових особистісних утворень. Останні зумовлюють вибір стратегії психологічної адаптації активного типу (самореалізації) або пасивного (навчена безпорадність).

Можна виділили дві групи параметрів, найбільш близьких до тієї чи іншої стратегії:

- оволодіння адаптивного типу зі збереженням пошукової активності: цінність орієнтації на самоактуалізацію, гнучкість поведінки, креативність, самосприйняття, локус контролю «Я»;
- оволодіння дезадаптивного типу або навчена безпорадність: внутрішня конфліктність, самозвинувачення, регресія, заперечення реальності, реактивні утворення, алексетимія. Ці стратегії подолання визначають вибір механізмів психологічного захисту, ціннісні орієнтації особистості і локус контролю, зумовлюючи спрямованість життєдіяльності.

Перелічені стратегії – смислове утворення у якому інтегруються ставлення особистості до ситуації і до самої себе у тій чи іншій ситуації, оцінка значущості цієї ситуації і прогнозування її результату.

Деадаптивна позиція особистості характеризується тим, що не дозволяє людині побачити перспективи і шляхи вирішення важкої життєвої ситуації вираженої у хворобі. До характеристик деадаптивної (неадаптивної) позиції Н. Сирота, М. Ярославська [179] відносить фіксованість або незмінюваність смислового образу ситуації, асоційованого обмеження уявлень про власні ресурси, втрату зв'язку із референтною групою, заборона на активні дії, пов'язані з відсутністю позитивного образу майбутнього.

Для пасивної стратегії переживання здоров'я і хвороби характерна асоційованість із емоційним реагуванням, як з позитивним – здоров'я, так і негативним – хвороба, відсутність уявлень про власні можливості впливу на ситуацію, можна розглядати як прояв навченої безпорадності, втрату зв'язку з близькими людьми, відсутність надій на одужання.

Дослідження методології питань психологічної адаптації до хвороби дозволяє диференціювати наступні типи суб'єктивної складової здоров'я і хвороби: об'єктивне відчуття здоров'я або відсутність проблем і симптомів; в цілому позитивна психо-фізіологічна оцінка свого стану; радість пов'язана із емоціями пережитими у ситуації здоров'я; можливість і реалізація значущих цінностей.

1.2. Психологічний змістом адаптації хворих з діагнозом «феохромоцитомна дисфункція»

Як зрозуміло із попереднього розділу захисні механізми особистості служать підставою для вибору тактики поведінки представленої нами в роботі як адаптаційна чи деадаптаційна стратегія (копінг) й виконують регулятивну функцію. Ці механізми не однозначно задані й відтак, можуть бути лабільними чи амбівалентними. Зокрема, згідно із роботами Н. Хаан

[198], представниці Его-орієнтованої теорії, психологічний захист і копінг ґрунтуються на тотожних психологічних процесах але відрізняються полярністю спрямованості на слабку або продуктивну адаптацію. Коли вже визначена проблема але ще не існує серйозної загрози з навколишнього середовища, захисні механізми дозволяють подолати психічну травму чи редукувати емоційну напругу за рахунок спотворення дійсності. Проте, коли виникає реальна загроза фізіологічному стану людини, її сприйняття активізує когнітивні, мотиваційні та ціннісні структури психіки, дія яких є основою для адекватної відповіді на загрозу - виникнення копінгу.

Найбільш повне висвітлення сучасного стану проблеми співвідношення копінг-стратегій і захисних механізмів особистості викладене в оглядово-аналітичній статті О. Расказової і Т. Гордеевої [123, 49]. Автори, ґрунтуючись на даних зарубіжних і вітчизняних досліджень, в узагальненому вигляді представляють ці відмінності наступним чином:

- механізми психологічного захисту (МПЗ) які діють на несвідомому рівні коли копінг відрізняється усвідомленістю;
- МПЗ характеризуються мимовільністю процесу, тоді як копінг-стратегії є довільними;
- МПЗ лише сприяє зняттю емоційної напруги, копінг же діє з метою відновлення порушених стосунків між особистістю та її оточенням;
- при захисних механізмах людська психіка не «перевіряє» реальність, а змінює свій стан незалежно від останньої, щоб зменшити негативні емоції, в той час як включення копінгу дозволяє визнати проблему незалежно від того, розв'язана вона чи ні;
- МПЗ спрацьовує, в основному, негайно; копінг формується послідовно на основі раціонального аналізу проблеми, виконання плану виходу із складної життєвої ситуації;
- МПЗ спотворюють реальну ситуацію, копінг сприяє перегляду внутрішнього стану на основі системи перевірок, доказів істинності чи хибності наявних уявлень.

Існує й інша точка зору, згідно з якою поряд із традиційними копінгами (пошук соціальної підтримки, усвідомлені когнітивні стратегії), виділяють мимовільні психічні механізми, які відносяться до категорії високо адаптивних захистів (антиципації, альтруїзму, гумору, сублімації і придушення). Зазначені механізми ефективні у аспекті задоволення людини й створюють можливість для усвідомлення своїх почуттів, уявлень і їх наслідків.

Однією із проблем медицини, яка серйозно перешкоджає проведенню своєчасних і ефективних лікувально-профілактичних заходів, є анозогнозія, яка традиційно розглядається як «заперечення хвороби», «недооцінка симптомів хвороби», «ігнорування хвороби», «відсутність занепокоєння з приводу свого стану», «некритична оцінка наявного дефекту або захворювання». Вважається, що, будучи клінічним феноменом, анозогнозія на психологічному рівні відповідає такому механізму психологічного захисту як «заперечення» (прагнення уникнути нової інформації, не сумісної зі сформованими уявленнями про себе, як вже говорилося вище).

Згідно із психоеволюційно концепцією емоцій Р. Плутчика та Р. Келлермана [223, 199] заперечення контролює почуття які проявляються у ситуації прийняття себе або інших, особливо у міжособистісному спілкуванні. Люди із таким типом заперечення формують у себе якості товариськості і дружелюбності по відношенню до свого оточення й егоцентризму, що проявляється у зниженні самокритичності і завищеній самооцінці. Заперечення, на думку Р. Плутчика [223], стримує прийняття й пов'язане із таким стилем управління ситуацією, як «мінімізація» - неусвідомлене применшення не сприятливого аспекту ситуації чи об'єкта і простежується в наступній діалогічній послідовності: спотворена оцінка ситуації → бездіяльність (захисна поведінка) → уникнення емоційного напруження. З цієї точки зору анозогнозія констатована медичними працівниками та найближчим

оточенням хворого, може розглядатися як аномальна реакція чи спосіб відходу від реальності, виражена у наступній діалогічній послідовності: спотворена оцінка ситуації – заміщає бездіяльність (захисна поведінка) – уникнення емоційного напруження. Таким чином, анозогнозія є наслідком неадекватного когнітивного оцінювання і побудову на його основі поведінкових стратегій успішної соціальної адаптації при збереженні вже досягнутих позицій і статусів.

Дослідження анозогнозії при різних захворюваннях дозволяють виділити форми останньої у відповідності із ступенем вираженості, а саме: тотальна анозогнозія, що характеризується повним запереченням хвороби без системи доказів; часткова анозогнозія - та чи інша ступінь заперечення власного захворювання ґрунтується на системі доказів; усвідомлення хвороби, яке передбачає прийняття факту захворювання. У відповідності із цим активізуються механізми психологічного захисту, які в цьому континуумі набувають виражений деструктивний, помірно деструктивний або конструктивний характер.

Розгляд анозогнозії як копінгу багатоаспектний. Дослідники копінг-механізмів відносять природний ступінь ігнорування хвороби (певне дистанціювання у сприйнятті проявів захворювання) до продуктивних копінг-стратегій. Вони також вказують, що «природний рівень анозогнозії» у поєднанні із іншими факторами (активна співпраця пацієнта в діагностичному та лікувальному процесі, пошук підтримки у терапевтичному та соціальному середовищі, проблемний аналіз хвороби і її наслідків, почуття гумору, стоїцизм і терплячість, збереження самовладання, протистояння хвороби, емоційна розрядка і альтруїзм) може бути запорукою успішності у психотерапії. Традиційно, лікарі у своїй практиці зустрічаються із абсолютно іншою картиною ставлення до хвороби, коли «допустима межа анозогнозії» не піддається контролю або анозогнозія спочатку починає проявляти себе на повну силу, як це має місце при різних адикціях, оскільки перша пов'язана із формуванням

патологічного потягу. У описаній ситуації пацієнту простіше відсторонитися від ситуації хвороби, ніж докладати зусиль для її вирішення.

Пошук соціальної підтримки – ще одна копінг-стратегія, використовувана пацієнтами із анозогностичними механізмами психологічного захисту, дозволяє знаходити у зовнішньому оточенні потужний ресурс для того аби впоратися із хворобою. Разом з тим, в силу усвідомлення очікуваної від них поведінки, пацієнти не йдуть на відкриту конфронтацію з лікарем. Спрацьовує захисне реактивне утворення у вигляді декларованої «готовності до співпраці» з медперсоналом.

У дослідженнях С. Богомаз [29] встановлено значущий кореляційний зв'язок між параметрами життєстійкості і «запереченням» як бажаною формою психологічного захисту. Автор пояснює цей факт тим, що люди у яких діагностується високий рівень «заперечення», насправді, відрізняються не стільки підсвідомим прагненням спотворити реальність, скільки схильністю ідеалізувати навколишній світ. Вони здатні до створення якогось «ідеального суб'єктивного світу», який мотивує їх до знаходження сенсу у житті і самоорганізації соціальної активності, що дозволяє абстрагуватися від дрібниць життя.

Анозогностичні «ідеальні суб'єктивні світи» пацієнтів будуть якісно відрізнятися між собою за своїм змістом але характеризуватися загальним для них властивостями – ілюзорністю, нездатністю помічати і критично оцінювати очевидне, тощо. Ставлення до хвороби у цих хворих вибудовується таким чином аби продовжувати відповідати очікуванням значущого оточення, зберігати звичні соціальні контакти. При цьому обраний спосіб адаптації до ситуації хвороби абсолютно не заважає пацієнтам вести звичайний спосіб життя, нічого не змінюючи у своїх звичках і поведінці. Анозогнозія, підкріплена відсутністю суб'єктивних больових відчуттів, властивих початковим, необтяженим формами захворювання створює ілюзію благополуччя, усвідомлення уявної не

вразливості на тлі відсутності хворобливого стану. У цих умовах анозогнозія може виступати для пацієнта як якийсь адаптивний ресурс, що дозволяє йому певний час успішно функціонувати в межах звичних уявлень і цінностей, нерідко звільняючись від моральних оцінок й відповідальності. З цих позицій анозогнозія може розглядатися як один із способів (хоча і не конструктивний) переживання хвороби.

Однак, саме в цьому криється підступність анозогнозії адже остання стає противагою лікуванню. Нерідко потрібні великі зусилля, щоб зруйнувати ілюзії «ідеального суб'єктивного світу», повернути пацієнта обличчям до жорстокої реальності для прийняття ним відповідального рішення за своє здоров'я і життя в цілому.

Розглянемо детальніше суть медичного вираження діагнозу «феохромочитома». З цієї точки зору феохромоцитома є пухлиною з хромафінної тканини, яка продукує біологічно-активні речовини (адреналін, норадреналін, дофамін).

Пухлини хромафінної тканини незалежно від локалізації називають феохромоцитома при доброякісному і феохромобластоми – при злоякісному перебігу. Невеликі групи хромафінних клітин можуть розташовуватися практично в будь-якій області тулуба, голови і шиї. У 90% випадків феохромоцитоми виникають у мозковій речовині надниркових залоз, 8% - в парааортальних поперекових парагангліях. Набагато рідше пухлини локалізуються поза наднирниками: менш ніж у 2% випадків – в черевній і грудній порожнині і менше ніж в 0,1% випадків – в області шиї. Одна з найбільш поширених форм локалізацій хромаффіном (50-80%) – пухлина Цуккеркандля, що виходить з парааортального симпатичного ганглія, розміщеного в області відходження від аорти в нижній брижовій артерії. Позанадниркові хромаффіні пухлини можуть також виявлятися у основі мозку, в грудній клітці (включаючи серце і перикард), в мошонці, описані хромаффіноми внутрішнього вуха.

Феохромоцитоми, відомі також під назвою хромаффінні пухлини, що

секретують і накопичують катехоламіни і частіше виникають у мозковому шарі надниркових залоз. Поза надниркові залози феохромоцитоми утворюються з хромафінних клітин, розташованих у симпатичних гангліях або біля них, називаються позанаднирковими феохромоцитомами або парагангліомами.

Медико-психологічна етіологія захворювання не достатньо визначена, проте, серед учених-медиків домінує думка про генетичну природу виникнення феохромоцитомної дисфункції.

В основі патогенезу захворювання лежить дія на організм секреції катехоламінів, відтак, традиційною ознакою захворювання є гіпертензія, більш ніж у половини хворих виникають пароксизми гіпертонії або кризи, які нерідко інтенсивні і важко протікають.

Суттєве значення мають порушення обміну речовин, зокрема вуглеводного і білкового, а також функціональний стан підшлункової та щитовидної залоз.

Феохромоцитома може виникнути у будь-якому віці, але найбільш часто вона виявляється у анамнезі людей віком від 20 до 40 років. У дорослих хворих приблизно в 80% випадків виникає одностороння солітарна пухлина, у 10% - двосторонній процес. У дітей на частку двосторонніх пухлин припадає 25% випадків і ще 25% - на частку позанадниркових пухлин.

Частота розвитку феохромоцитом у дорослих чоловіків та жінок приблизно однакова, тоді як серед хворих дітей 60% складають хлопчики. Злоякісними є менше 10% феохромоцитом. Як правило, вони локалізуються поза наднирниками.

Хоча феохромоцитоми можуть досягати великих розмірів (близько 3кг), більшість з них має масу менше 100г, а діаметр менш 10мм.

Множинні пухлини у дітей виявляються частіше, ніж у дорослих (відповідно 35 до 8% випадків). При спадкових формах хвороби більш ніж у 70% хворих виявляються двосторонні пухлини.

Для хворих, що мають в анамнезі феохромоцитому характерне виникнення фізіологічних криз з різким підвищенням артеріального тиску в поєднанні з нервово-психічними, ендокринно-обмінними, шлунково-кишковими і гематологічними симптомами.

Клінічна картина хвороби виражається у наступних симптомах:

- артеріальна гіпертензія традиційно має характер криз. У типових випадках напади тривають менше 1 год. Напади посилюються при фізичному навантаженні, наркозі, сечовипусканні (що передбачає феохромоцитому сечового міхура) і глибокій пальпації живота;

- головний біль;

- пітливість;

- серцебиття;

- підвищена збудливість і тремор;

- зниження маси тіла;

- абдомінальний синдром (болі, що не мають чіткої локалізації і не пов'язані з прийомом їжі, в поєднанні з нудотою і блювотою), часто імітуючі картину гострого живота;

- інші ознаки (лихоманка, запори, гіперглікемія, ортостатична гіпотензія, підвищений обмін речовин).

З точки зору локалізації феохромоцитоми можна розділити на:

- сімейні феохромоцитоми. Так, часто зустрічаються двосторонні надниркові феохромоцитоми у поєднанні з іншою патологією (як множинна ендокринна неоплазія – МЕН II типу);

- позанадниркові феохромоцитоми. Маса – 20-40м, діаметр менше 5 дм. Більшість їх розташовується в черевній порожнині. При позанаднирковій локалізації відзначається переважання вироблення норадреналіну, що проявляється у брадикардії, підвищенні систолічного і діастолічного артеріального тиску.

Синтез, запасання і вивільнення катехоламінів – процеси схожі в нормальному функціонуванні надниркових залоз. Механізми вивільнення

катехоламінів із феохромоцитом вивчені мало, відтак, причинами їх виникнення можуть бути, наприклад, зміна кровотоку і некроз пухлинної тканини.

Адреналін, норадреналін і дофамін. Більшість феохромоцитом містить і секретують норадреналін та адреналін, відсоток норадреналіну вище, ніж у нормальних наднирниках. Більшість позанадниркових феохромоцитом секретують виключно норадреналін. При доброякісних пухлинах, підвищена продукція дофаміну відбувається рідко.

При локалізації в речовині надниркових залоз феохромоцитоми відзначається надлишок продукції адреналіну, що супроводжується тремором, емоційним збудженням, розширенням зіниць, тахікардією, гіперглікемією, підвищенням систолічного артеріального тиску. Феохромоцитома, локалізована у стінці сечового міхура, викликає типові напади при сечовипусканні.

Феохромоцитома є складовою деяких типів хвороби Von Hippel-Lindau (VHL-синдрому) викликаних мутаціями гена інгібування росту пухлин VHL, ідентифікованого 1993 року. Цей ген містить три екзони, а його білок включає 213 амінокислотних залишків. Ступінь мутації гена VHL може бути різним, що призводить до розвитку декількох типів VHL-синдрому, які клінічно розрізняються. Так, тип 1 VHL-синдрому включає гемангіобластоми сітківки ока і центральної нервової системи, кісти або пухлини головного і спинного мозку, полікістоз або карциному нирок, кісти селезінки, пухлини внутрішнього вуха, цистаденоми придатка яєчка, доброякісні або злоякісні пухлини підшлункової залози. Тип 2 VHL-синдрому асоціюється із тими самими ураженнями, що й тип 1, кількість і ступінь вираження яких є досить варіабельними, але на його тлі обов'язково розвивається феохромоцитома. Виділяють три підтипи VHL-синдрому типу 2 – А, В, і С. VHL-синдром типу 2А характеризується високим, а типу 2В – низьким ризиком розвитку раку нирки, а клінічним проявом VHL-синдрому типу 2С є тільки наявність

феохромоцитоми. Крім того, феохромоцитома може бути першою ознакою VHL-синдрому типу.

Вважається, що на тлі VHL-синдрому 2 типу феохромоцитоми у 30% хворих можуть бути позанаднирковими, у надниркових залозах вони найчастіше двобічні, але незалежно від локалізації у більшості випадків продукують виключно норадреналін. Особливістю клінічного перебігу феохромоцитом на тлі VHL-синдрому є відсутність кризового підвищення рівня артеріального тиску у хворих, оскільки, як правило, ці пухлини продукують норадреналін безперервно, а не епізодично, як інші різновиди феохромоцитом.

Заслуговує на увагу той факт, що у пацієнтів з VHL-синдромом феохромоцитоми рідко бувають злоякісними, проте часто вони є безсимптомними, що пов'язується з особливістю експресії в них ферменту тирозингідроксилази, який лімітує синтез норадреналіну. Цю особливість слід враховувати під час діагностики VHL-синдрому, оскільки близько 70% діагностованих у них феохромоцитом виявляються VHL-асоційованими.

Феохромоцитома також є складовою синдрому множинної ендокринної неоплазії (МЕН) 2 типу, який виникає у хворих унаслідок мутації гена RET, відкритого 1985 року. Цей ген містить 21 екзон, розташований на хромосомі 10q11.2, що відповідає за ріст, диференціювання і виживання клітин. Мутація цього гену спричиняє неконтрольну кліткову проліферацію.

Під час загострення перебігу хвороби її клініка нагадує переживання симпатико-адреналового кризу: з'являються почуття страху, занепокоєння, тремтіння, озноб, блідість шкірних покривів, головний біль, біль за грудиною, у ділянці серця, тахікардія, екстрасистолія, нудота, блювання, підвищення температури тіла, пітливість, сухість у роті.

В крові виражається лейкоцитоз, лімфоцитоз, еозинофілія, гіперглікемія. Загострення може завершуватися поліурією. Тривалість

кризу від декількох хвилин до декількох годин.

Загострення може ускладнитися крововиливом у сітківку ока, порушенням мозкового кровообігу, набряком легенів. Вони виникають, як правило, раптово і можуть провокуватися емоційним стресом, фізичною напругою, пальпацією пухлини, різкою зміною положення тіла.

При стабільній формі захворювання відзначається: постійно висока артеріальна гіпертензія; можливі порушення функціонального стану нирок, зміни очного дна.

Спостерігаються підвищена збудливість, лабільність настрою, стомлюваність, головний біль.

При злоякісній пухлині – феохромобластомі – нерідкі схуднення, болі в животі. Можливий розвиток цукрового діабету.

Локалізація феохромоцитоми в 85-90% випадків відбувається у надниркових залозах (частіше в правому); позанадниркові ФХЦ розташовані у симпатичному ланцюжку по ходу черевної аорти, орган Цукеркандля (хромаффинная тканина попереду черевної аорти), в області нижньої мезентеріальної артерії, в грудній порожнині, у ділянці сечового міхура, голови, шиї та ін. Патогенез: ФХЦ секретує катехоламіни (переважно норадреналін, меншою мірою адреналін і дофамін), в окремих випадках виробляються серотонін, соматостатин, кортикотропін та ін. гормонально-активні речовини. Адреналін секретується тільки ФХЦ надниркових залоз, норадреналін – ФХЦ надниркових залоз і надниркової хромаффинної тканини.

З точки зору медичної статистики позаниркове ураження зустрічаються у 30% випадків. Частота білатеральних доходить до 80%. Мультицентричне ураження хоча б в одній наднирковій залозі відзначається майже у 90% випадків.

У 30-35% хворих із сімейними формами захворюваннями феохромоцитомою виявляється в рамках хвороби фон Хіппеля-Ліндау - мутація відбувається в гені VHL 3-ї хромосоми. Можливі фенотипові

прояви: гемангіоматоз сітківки, гемангіо – і нейробластоми ЦНС, кисти (полікістоз) або рак нирки, дрібнокісткова трансформація і рак підшлункової залози.

Основні клінічні прояви феохромоцитоми обумовлені впливом КА (норадреналіну, адреналіну, дофаміну) на рецептори так званих органів-мішеней у яких вона розміщується:

- збільшення сили та частоти серцевих скорочень (β_1 -Ар), звуження судин шкіри і внутрішніх органів (α -Ар) синдром артеріальної гіпертензії, кардіальний синдром (задишка, серцебиття, явища серцевої астми);
- вплив КА на рецептори головного мозку нейропсихічний синдром (нервова збудливість, підвищена стомлюваність, головні болі, парестезії);
- розслаблення циліарного м'яза (β -Ар), активація апокринних потових залоз (α -Ар) нейровегетативний синдром (порушення потовиділення, ознобopodobний тремор, розширення зіниць);
- розслаблення ГМК стінок шлунково-кишкового тракту (α_2 , β_2 -Ар), скорочення ГМК сфінктерів (α_1 -Ар) шлунково-кишковий синдром (болі в животі, нудота, блювота);
- стимуляція глюконеогенезу в печінці та глікогенолізу (α/β_2 -Ар), ліполізу в жирових клітинах (β_3 -Ар), виділення реніну в клітинах юкта-гломерулярного апарату нирок (β_1 -Ар) ендокриннообмінний синдром (симптоматичний цукровий діабет, зниження статевої функції).

Класифікація феохромоцитоми має наступний вигляд:

1) безсимптомна ФХЦ:

- німа форма - клінічно при житті хворого не проявляється;
- прихована (шокогенная) форма – проявляється у вигляді шоку або гіпертонічного кризу при надзвичайному фізичному або психоемоційному напруженні хворого.

2) клінічно виражена ФХЦ:

- з характерною клінічною симптоматикою: пароксизмальна форма;

постійна форма; змішана форма;

- з нехарактерною клінічною картиною (замаскована форма).

Порушення функцій інших органів: з порушенням функції (із ускладненнями та без порушення функції інших органів).

Основними клінічними формами феохромоцитоми є:

1) пароксизмальна форма - проявляється феохромоцитомними (адреналовими) кризами - різким ускладненням перебігу феохромоцитоми, зумовленої масивним і швидким виділенням пухлиною КА і надходженням їх у кров. Розвиток кризи провокують: переохолодження, фізичне і емоційне перенапруження; різкі рухи з надмірним розгинанням спини або нахилом тулуба у бік пухлини; травма поперекової області; глибока пальпація живота в проекції феохромоцитоми; паління та вживання алкоголю; прийом інсуліну, гістаміну, симпатоміметиків; рясна їжа; сміх, чхання. Частота кризів різна: від 5-15 на день до одного протягом декількох місяців, Тривалість - частіше всього декілька хвилин (хоча може бути і декілька годин-днів).

Для цієї форми характерними є:

- раптовий початок (рідше бувають провісники – відчуття жару, оніміння рук і ніг, запаморочення);

- загальний неспокій хворих, відчуття страху, дратівливість, тремор, пітливість, серцебиття;

- блідість шкіри або виражене почервоніння, блиск очей, розширення зіниць;

- інтенсивний головний біль, болі в області серця стискаючого характеру, нерідко болі в області живота невизначеної локалізації, болі в поперековій області;

- зниження зору або навіть його тимчасова втрата;

- полакіурія (прискорене сечовипускання);

- судорожне зведення м'язів верхніх кінцівок;

- частий пульс (до 160-170 ударів в хвилину), рідше – брадикардія,

іноді екстрасистоли;

- значно підвищений (сistolічний до 200-300, діастолічний – до 180мм рт. ст.);

- можливо значне підвищення температури тіла (іноді до 40 °С);

- гіперглікемія, лейкоцитоз крові, збільшення вмісту в крові КА і підвищена екскреція КА з сечею.

Можливі ускладнення кризи: фібриляція шлуночків, геморагічний інсульт з набряком легенів, тощо.

Криз закінчується так само раптово, як і починається, нормалізацією АТ. По закінченню кризи відбувається профузне потовиділення, гіперсаливація, поліурія до 3-5л світлої сечі з низькою відносною щільністю, хворий відчуває загальну слабкість, розбитість.

2) постійна форма - постійна стійка АГ (артеріальна гіпертензія) без криз, важко виділяється від есенціальної АГ (однак при ФХЦ хворі, як правило, худнуть, ефект від проведеної гіпотензивної терапії відсутній);

3) змішана форма – на тлі постійно підвищеного тиску виникають типові кризи.

За даними проспективних та ретроспективних генетичних досліджень, виконаних на великих вибірках пацієнтів з хромафінними пухлинами, майже у 30% хворих є генетичні дефекти, що передаються за аутосомно-домінантним типом. Саме ці мутації відповідальні за фенотичну реалізацію феохромоцитом.

У 32-38% хворих констатується наявність мутації генів, відповідальних за синтез сукцинатдегідрогінази, D – або B-субодиниці (SDHD або SDHB). Захворювання проявляється виникненням функціонуючих парагангліом, як правило, множинних, з високим злоякісним потенціалом. Фенотипічна пенетрантність феохромоцитом у таких пацієнтів становить 15-40%. Двостороннє ураження надниркових залоз відзначається в 40% випадків, позаниркового ураження - в 70%. При цьому генетичному дефекті парагангліоми характеризуються переважно

норадреналіновим типом секреції.

Феохромоцитоми маніфестують у першій-другій декаді життя. При мутації в гені VHL переважний тип секреції пухлини – норадреналінової. При синдромі функціонуючої парагангліоми і хвороби фон Хиппеля-Ліндау генетична діагностика вкрай важлива, так як фенотипічна пенетрантність феохромоцитоми при цих захворюваннях невисока і сімейний анамнез може не простежуватися.

У 20-25% хворих зі спадковим ураженням виявляється поєднання феохромоцитоми з медулятором щитовидної залози (МРЦЖ) в рамках синдромів МЕН 2-го типу. При цьому захворюванні відбувається мутація RET-онкогена 10-й хромосоми (10-16-й екзони), відповідальна за синтез тирозинкінази. За захворювання, як вже говорилося вище, маніфестує в другій-третьій декаді життя. Відзначається висока частота білатеральних уражень – до 80%. Позанадниркові ураження відсутні. Відзначається мультицентричне доброякісне ураження наднирників. При синдромі МЕН переважний тип секреції пухлини – адреналіновий. Можливі інші клінічні прояви синдромів: гіперпаратироз, гангліонейро-матоз слизових оболонок шлунково-кишкового тракту, марфаноподібна зовнішність. При синдромі МЕН 2-го типу фенотипічна пенетрантність феохромоцитоми є високою (80%), тому сімейний анамнез захворювання простежується легко. Лабораторна генетична діагностика має більше значення для визначення тактики щодо медулярного раку при цій формі захворювання.

У 8-14% спостережень генетично детермінованих феохромоцитом виявляється хвороба Реклінгхаузена (нейрофіброматоз I типу). Мутація гена NF1 відбувається в ділянці 17q-11. Синдром нейрофіброматозу I типу діагностується типовими шкірними проявами, які мають високу (100%) фенотипічну пенетрантність; необхідності у верифікації генетичного діагнозу при наявності у таких хворих феохромоцитоми немає.

Фенотипічна пенетрантність феохромоцитоми у таких пацієнтів досягає 20-35%, частота позанадниркового ураження - до 50%.

Гемодинамічні коливання при феохромоцитомі не завжди є прямим наслідком підвищеного вироблення катехоламінів безпосередньо пухлиною. Одним з факторів, які впливають на коливання АТ при феохромоцитомі, служить наявність значних депокатехоламінів у закінченнях симпатичних нервів. Норадреналін, що виділяється цими закінченнями, діє на рецептори ефферентних клітин в синапсі. Будь-яка стимуляція симпатичної системи може стимулювати кризи, викликані нейрогенними ефектами норадреналіну, з синаптичного депо, а не їх хромафінної пухлини. В цьому випадку значне підвищення рівня катехоламінів не спостерігається.

При підвищеній секреції катехоламінів відмічається позитивний хронотропний ефект, β_1 -рецептори серця. Ці рецептори чутливі до норадреналіну, адреналін на них практично не діє. На хронотропний ефект може впливати рефлекторне уповільнення ритму як реакція на більш високу амплітуду підвищення АТ при впливі норадреналіну.

Вплив адреналіну направлений переважно на α_1 -рецептори судин, шкіри, слизових оболонок, внутрішніх органів. При секреції норадреналіну в більшій мірі відзначається його високонтрасна дія α_1 -рецептори судин поперечної гладкої мускулатури. За кількістю саме вони мають більшу питому вагу у формуванні периферичного судинного опору порівняно з рецепторами судин шкіри, слизових оболонок і внутрішніх органів.

Важливою патогенетичною ланкою, пояснюючою менш виражену вазоконстрикторну реакцію у відповідь на дію адреналіну, являється стимуляція адреналіном β_2 -адренорецепторів, що здійснює вазоділатуючий ефект.

В нирках при впливі на β -рецептори юкстагломеративного апарату відбувається вивільнення реніну, і, як наслідок, активація ренін-ангіотензин-альдостеронової системи. Цей механізм зумовлює посилення проявів артеріальної гіпертензії і частково пояснює персистуючу форму

підвищення артеріального тиску у хворих з феохромоцитомами. Іноді причиною діагностичних помилок при невеликих феохромоцитомах є підвищення рівня альдостерону. При стимуляції β_2 -рецепторів також відмічається розширення бронхів; цей ефект має β_2 -рецептор з нижчим клінічним значенням. Проявом β_2 -рецепторного ефекту є також розслаблення м'язів матки.

У кишковоки відзначається певний синергізм впливу катехоламінів на α - β -адренорецептори. Стимуляція рецепторів всіх типів викликає пригнічення моторної функції і підвищує тонус сфінктерів шлунково-кишкового тракту. Ці ефекти призводять до виникнення у хворих феохромоцитомою хронічних запорів, що зумовлює інтоксикацію, посилює гіповолемічні прояви. У поєднанні з гіпокаліємією, що підсилює парез кишкової мускулатури, запори є серйозною клінічною проблемою.

На відміну від адренорецепторів кишковоки, рецепторний апарат підшлункової залози відзначається різноспрямованою дією на катехоламінову стимуляцію. Стимуляція β -адренорецепторів у підшлунковій залозі підвищує вивільнення інсуліну і глюкагону, у печінці підсилює глікогеноліз. У той же час стимуляція α -адренорецепторів у підшлунковій залозі нівелює ефект стимуляції β -рецепторів.

Посилене потовиділення, особливо виражене під час нападу, пов'язане зі стимуляцією α -рецепторів потових залоз шкіри ліпоцитів сприяє ліполізу, що β -рецепторів. Стимуляція β_3 -рецепторів ліполізу, що веде до зменшення підшкірно-жирового шару.

Багаторазові спроби створення моделей клінічного протікання феохромоцитом, в залежності від переважаючого типу гормональної секреції, не мали значного успіху. Це пояснюється наступними причинами:

- варіативністю розвитку рецепторного апарату до катехоламінів в різних органах;
- надмірним депонуванням норадреналіну за рахунок механізму

зворотного нейронального захвату в пресинаптичних закінченнях симпатичної нервової системи;

- розладом рецепторної чутливості на тлі тривало існуючої гіперкатехоламіемії;

- порушенням загального системного контролю за гемодинамікою в умовах виникаючої у пацієнтів з феохромоцитомою гіповолемії.

Гіповолемія при феохромоцитомі є одним із провідних синдромів, що визначають тяжкість стану хворого. Здійснюючи «маскуючий» вплив на результати вимірювання периферичного артеріального тиску, цей синдром часто призводить до діагностичних помилок і неправильних рішень щодо лікування хворого. Синдром гіповолемії значною мірою відповідальний за порушення мікроциркуляції у життєво важливих органах.

Серед причин, що впливають на зменшення об'єму циркулюючої рідини у хворих з феохромоцитомами, відзначають централізацію кровообігу. Це відбувається через підвищення периферичного судинного опору і ефекту шунтування. Вагомим компонентом формування гіповолемії є вихід рідини з судинного русла в «третьій простір» в результаті зміни проникності судинної стінки за стійкої вазоконстрикції і формування фібро-мускулярної дисплазії при тривалому судинному спазмі. Важливими факторами, що впливають на виникнення гіповолемії, є підвишеная пітливість і хронічні запори.

У патогенезі змін серцево-судинної системи важливу роль відіграє виникнення на тлі гіперкатехоламіемії морфологічних змін у міокарді. Одною з найбільш частих помилок, які призводить до пізнього виявлення феохромоцитомі, є гіпердіагностика ішемії міокарда. Необхідно відзначити, що як електрокардіографічні, так і лабораторні ознаки руйнування кардіоміоцитів не є специфічними.

На жаль, у деяких хворих не можна виокремити зміни, що виникли в результаті прямого впливу катехоламінів на міокард, від передуючого

захворювання коронарного крововиливу. Тим не менш виникнення аритмій, некрозів міокарда, лабораторного цитолітичного синдрому та електро й ехокардіографічних змін у більшості спостережень не пов'язані зі змінами коронарного кровообігу.

Основною причиною кардіотоксичних змін при гіперкатехоламінемії є внутрішньоклітинне порушення дії ферментів, відповідальних за процес фосфорилування. Це призводить до зміни міжклітинного та внутрішньоклітинного іонообміну і окисного внутрішньоклітинного циклу. Високе навантаження після хвороби на тлі не коронарогенної міокардіодистрофії або некрозу міокарда може призвести до виникнення гострої лівошлункової недостатності (серцевої астми, набряку легенів).

При тривалому анамнезі феохромоцитомі і прогресуючому кардіосклерозі на тлі гіпертрофії міокарда виникає концентрична, а потім дилатаційна кардіоміопатія, що неминуче призводить до хронічної серцевої недостатності.

Пароксизми порушення ритму серця є у цих хворих фактором високого ризику раптової смерті. На тлі збільшення частоти епізодів викиду катехоламінів в кровоносне русло і збільшення інтенсивності секреції може виникнути стан «некерованої гемодинаміки» - часта і безладна зміна епізодів підвищеного і зниженого АТ, який практично не коригується медикаментозно або дає парадоксальну відповідь на введення препаратів. Основною ознакою перебування «некерованої гемодинаміки» вважають тенденцію до прогресуючої гіпотонії. Головною загрозою при стані «некерованої гемодинаміки» є розвиток катехоламінового шоку.

Катехоламіновий шок принципово відрізняється від стану «некерованої гемодинаміки» тим, що при його розвитку відзначається стійка некерована гіпотонія на тлі порушень ритму серця, які призводять до неефективного серцевого коливання. Це явище пов'язане, з одного боку, зі зміною чутливості адренорецепторів на тлі постійної інтенсивної стимуляції, виснаженням клітин провідної системи серця, а з іншого - зі

змінною механізмів інактивації катехоламінів.

У стані «некерованої гемодинаміки» - катехоламиновому шоці, як крайньому прояві цього стану, виникає парадоксальна ситуація, при якій центральні судини різко звужуються (сistolічний АТ в аорті на рівні 300мм ртутного стовпчика і вище), а на периферії виникає судинна гіпотонія. Лікувальні заходи не сприяють поліпшенню ні стану хворого, ні встановленню правильного діагнозу.

Особливої уваги потребують хворі на феохромоцитому в анамнезі яких є виникнення цукрового діабету або порушення толерантності до глюкози, що обумовлене прискоренням глікогенолізу в печінці, зменшенням вироблення адренорецепторів α -інсуліну за рахунок стимуляції підшлункової залози. Деякі автори вважають, що при феохромоцитомі виникає декомпенсація клінічних проявів невиявленого раніше цукрового діабету або порушення толерантності до глюкози.

Диференціальна діагностика феохромоцитоми повинна проводитися у людей зі скаргами на напади тривоги, синдром гіпервентиляції, припливи під час менопаузи, підвищену потребу в кофеїні, судоми, короткочасну втрату свідомості.

Серед симптомів феохромоцитоми ускладненої форми виділяють ознаки нервово-психічних, серцево-судинні, ендокринно-обмінних, гематологічних і шлунково-кишкових розладів (психози, неврастенія, серцева недостатність), ураження судин нирок і очного дна, гіперглікемія (підвищений вміст глюкози в крові), гіпогонадізм (дефіцит гормонів-андрогенів в організмі), підвищення еритроцитів або ШОЕ крові, слинотеча і т.д.

Існують два види пухлин: пухлина, яка продукує адреналін і пухлина, яка продукує норадреналін. За характером гіпертонії поділяються на форми: пароксизмальну (70%), постійну, змішану.

Постійна і змішана – в основі захворювання лежить викид катехоламінів, що супроводжується тремором, гіпертонією, пітливістю,

тахікардією.

Пароксизмальна форма проявляється через виникнення гіпертонічних кризів на фоні нормального або підвищеного артеріального тиску. Пароксизмальний варіант феохромоцитому – гостра гіпертонія, яка характеризується раптовим підвищенням артеріального тиску і його зниженням. У хворих розвивається гіпертрофія лівого шлуночка з одного боку, з іншого боку – дистрофія міокарда, частим ускладненням є застійна серцева недостатність. Частота гіпертонічних кризів різниться від одного разу на місяць до 12-13 разів на добу, наростає з тривалістю захворювання.

Необхідно відрізнити феохромоцитому від гіпертонічного кризу. Так, при першій формується наростаючий синдром зляканої артеріальної гіпертензії, що характеризується головним болем, нудотою до блювоти; тремором кінцівок, пітливістю, тахікардією; пароксизмами тиску. Ці симптоми у своїй сукупності виснажують хворого, на їх фоні можливе виникнення тимчасового порушення мозкового кровообігу; гіперглікемія, лейкоцитоз, глюкозурія, протеїнурія.

Вегетативні розлади, з перерахованими симптомами – фактично цього не буває при гіпертонічному кризі.

Форма феохромоцитому з постійною гіпертонією без криз зустрічається рідше. Протікання стабільної форми нагадує зляканої гіпертонію з притаманними їй ускладненнями – нефросклерозом, склерозом коронарних судин і судин головного мозку, інфарктом міокарду. У хворих на цю форму феохромоцитому (10%) може розвиватися цукровий діабет.

Безсимптомна форма захворювання зустрічаються рідко, при цій формі пухлина не має вираженої гормональної активності. У деяких хворих в стресовій ситуації (під час пологів, травми, операції) розвивається шок або гостра надниркова недостатність.

Мікроскопічно розрізняють зрілі і незрілі (зляканої) феохромоцитому. У межах однієї пухлини ядра і цитоплазма сусідніх

клітин варіюються за розмірами і морфологічних особливостей. Залежно від структури розрізняють три типи будови феохромоцитом: трабекулярний (I тип), альвеолярний (II тип), дисконкомплексований (III тип), але виділяється і IV тип – солідний.

Доброякісні варіанти феохромоцитом відрізняються невеликими розмірами. Їх діаметр не перевищує 5см, маса – 90-100гр.

Злоякісні феохромоцитоми (феохромобластома) значно більші, діаметром від 8 до 30см і масою до 2кг і більше, нерідко двосторонні, множинні. Метастази феохромобластом можуть не виявляти себе протягом багатьох років. Більшість пухлин надниркових залоз в своїй локалізації поєднується з масивним розвитком бурої жирової тканини, найчастіше зустрічаються в зачеревинному просторі. Розвиток клінічної картини феохромоцитоми обумовлює і гіперплазію мозкового шару наднирника, призводить до збільшення його маси, іноді дворазовому. Гіперплазія носить дифузний, рідше – дифузно-вузликосий характер. Великі пухлини, які здавлюють нирку, викликають у ній тиреоїдизацію, в інших внутрішніх органах – зміни, властиві гіпертонічній хворобі.

У дорослих хворих частіше є односторонні солітарні пухлини, що розвиваються переважно праворуч. Рідше розвивається двосторонній процес, зокрема, коли пухлина, розташована поза наднирковими залозами. Феохромоцитоми можуть досягати великих розмірів (більше 3кг), але більшість з них мають масу менше 100м, а діаметр менше 10 див. Менше 10% з них злоякісні.

Таким чином, прояви феохромоцитоми обумовлені підвищеним рівнем циркулюючих катехоламінів, наслідком яких може бути патологічна анатомія. Велика частина феохромоцитом – поодинокі пухлини мозкового шару надниркових залоз. Однак 10-20% розташовані поза наднирковими залозами, а 1-3% - в грудній клітці або в області ший. Близько 20% - множинні, а 10% - злоякісні.

Якщо розвивається стан некерованої гемодинаміки, необхідна

екстрена операція по видаленню пухлини.

Підозра на феохромоцитому виникає значно частіше, ніж її згодом діагностують. Підтвердженням може бути, як уже було сказано раніше:

- у підтверджених випадках в сечі спостерігається підвищений вміст катехоламінів та їх метаболітів;
- найбільш інформативними тестами вважають визначення екскреції метадреналину в добовій сечі, вільних катехоламінів в сечі (адреналін і норадреналін) та концентрації ванільмигдальної кислоти;
- стрес підвищує концентрацію катехоламінів у здорових осіб приблизно в 2 рази. Вищий рівень викликає підозру на феохромоцитому;
- вміст катехоламінів у крові досить варіабельний і набагато складніше піддається інтерпретації, ніж результати дослідження добової сечі;
- у хворих з легким підвищенням катехоламінів можна діагностувати тестом придушення клонідином. Через 3 год після прийнятих всередину 0,3 мг клонідину вміст норадреналіну в крові знижується до нормального рівня у більшості здорових осіб, але залишається підвищеним у хворих з феохромоцитомою.

Спеціальні дослідження:

- ЕКГ - зниження сегмента S-T, негативний зубець T;
- КТ або МРТ виявляє до 90% пухлин, оскільки вони зазвичай перевищують 1см у діаметрі;
- сканування надниркових залоз з 3/1-бензилгуанідіном: визначають локалізацію пухлин, розташованих за межами надниркових залоз;
- дослідження проб крові з порожнистої вени. Якщо локалізацію феохромоцитоми все ж не вдалося виявити, можна досліджувати вміст гормонів у крові, забраної через катетер на різних рівнях нижньої порожнистої або інших вен.

У складних випадках лікування проводиться засобами оперативного

видалення пухлини. Якщо розвивається стан некерованої гемодинаміки, пацієнту необхідна екстрена операція.

Існує деяка специфіка в лікуванні ФХЦ:

1. Хірургічне лікування: видалення пухлини разом із залишками тканини; при двосторонньому ураженні показана двостороння адреналектомія з подальшою терапією кортикостероїдами; в передопераційному періоді хворому забезпечується психоемоційний спокій, виключаються всі провокуючі фактори кризи, призначаються α -адренолітики (фентоламін по 25-50 мг всередину 3 рази на добу після їжі).

2. При наявності стабільної ФХЦ – постсинаптичні α_1 -адренолітики (празозин початкова доза 0,5-1,0 мг 3 рази/добу, оптимальна 6-15 мг/добу).

3. Усунення симптомів адреналового кризу:

- підняти головний кінець ліжка;

- адренолітик (фентоламін 2-4 мг в 10 мл фіз. р-ну або 1-2 мл 2% р-ну струменеві тропafenона в 10 мл фіз. р-ра кожні 5 хв до зниження АТ), потім переходять на пероральний прийом препарату (празозин 6-15 мг/добу, пірроксан 15-30 мг 3 рази/добу);

- при вираженій тахікардії – β -адреноблокатори (анаприлін / обзідан 1-2 мл 0,1% р-ра в 10 мл фіз. р-ну в/в з подальшим пероральним прийомом препарату по 20-40 мг 3 рази/добу);

- якщо криз не усунути протягом 2-3 годин – показана екстрена операція – видалення ФХЦ (у зв'язку з небезпекою виникнення «катехоламінового шоку» з некерованою гемодинамікою та загибеллю хворого).

Протипоказання: β -адреноблокатори – при бронхіальній астмі, синусовій брадикардії та АВ блокади (крім АВ блокади I ступеня), хронічної серцевої недостатності.

Запобіжні заходи:

- β -адреноблокатори спочатку призначають у нижчих дозах через небезпеку розвитку у хворих з катехолміною кардіоміопатією набряку

легенів;

- не рекомендовано призначення β -адреноблокаторів хворим з адреноміметичною активністю;

- α -адреноблокатори можуть викликати ортостатичний колапс;

- для премедикації перед операцією не слід застосовувати атропін.

Альтернативні препарати:

- α -адреноблокатори - празозин, доксазозин;

- β -адреноблокатори – надолол, атенолол, метопролол;

- α - і β -адреноблокатори – лабеталол, починаючи з 200 мг/добу всередину.

Передопераційна підготовка включає адренергічну блокаду як α -, так і β -адреноблокаторами.

Операція:

- в ході операції необхідний контроль АТ та ЦВТ. Під час роботи з літніми пацієнтами, що мають серцеву патологію слід використовувати катетер Судна-Ганця;

- у всіх випадках виконують доступ шляхом лапаротомії, оскільки імовірність багатьох і позанадниркових пухлин дуже висока;

- при феохромоцитомах операція вибору – тотальна адреналектомія.

Особливі ситуації:

- злоякісні феохромоцитомі. Якщо пухлину не можливо видалити повністю, роблять максимально можливе її висічення. Надлишок катехоламінів коригують за допомогою медикаментозної терапії. При поширених метастазах використовують хіміотерапію;

- якщо феохромоцитома – складова частина поліендокринного аденоматозу, слід виконати двосторонню тотальну адреналектомію. При видаленні лише однієї залози частота рецидивів на протилежній стороні дуже висока;

- для попередження судинної нестабільності хворим проводять лікування α -адреноблокаторами, щонайменше протягом одного тижня до

операції. При наявності аритмій за кілька днів до операції додатково призначають β -адреноблокатори.

Спостереження: щоденне вимірювання артеріального тиску до проведення операції; контроль гемодинаміки під час операції; через два тижні після операції – збір добової сечі для вимірювання вмісту катехоламінів і метанефринів, якщо їх вміст нормальний, то необхідно проведення щорічного тестування протягом 5 років.

Ускладнення: ортостатична гіпотензія при прийомі α -адреноблокаторів; набряк легенів – при прийомі β -адреноблокаторів; гіпертонічний криз – під час операції.

Прогноз хороший після видалення доброякісної феохромоцитоми. При злоякісній феохромоцитомі виживання пацієнтів – менше на 50%.

Супутня патологія: цукровий діабет (у 10% хворих); нейрофіброматоз; сімейний поліендокринний аденоматоз; хвороба Ландау. хромаффінома; феохромобластома.

Оскільки існують хромаффінні клітини, вибірково секретуючі або адреналін або норадреналін, слід припускати, що секреція катехоламінів пухлиною залежить від її клітинного складу. Особливості секрету хромаффінів, очевидно, можуть визначати її клінічні прояви. При підвищеній секреції адреналіну спостерігаються більш виражені вегетативні та обмінні порушення, тоді як стійке підвищення артеріального тиску, можливо, обумовлене надлишком норадреналіну. Норадреналін, будучи абсолютно пресорні агентом, який викликає спазм периферичних судин і підвищення периферичного опору з розвитком систолічної і діастолічної гіпертензії.

Адреналін підвищує скорочення і збудливість серця, серцевий обсяг, збільшує частоту скорочень, що призводить до гіпертензії навіть при зменшенні периферичного опору. Надлишок адреналіну при деяких формах феохромоцитом здатний викликати навіть судинний колапс внаслідок розширення доволі обширного судинного складу скелетних

м'язів і падіння периферичного опору судин. Однак генез артеріальної гіпертензії включає не тільки прямі серцево-судинні ефекти катехоламінів. Біогенні аміни можуть впливати на артеріальний тиск через симпатичну нервову систему та систему ренін ангіотензину. Є дані, що центральні катехоламінергічні нейрони відіграють важливу роль у регуляції артеріального тиску.

Частота виявлення метастатичного ураження при феохромоцитомі (у залежності від генетичного дефекту і локалізації пухлини) коливається від 3 до 36%. Тривалість життя хворого залежить від локалізації метастатичного процесу. Несприятливий прогноз визначає необхідність виділення групи хворих із існуючими або вірогідними метастазами. В даний час при виявленій первинній пухлини немає жодного надійного маркера злоякісності, крім мутації у генах SDHB.

Існують кілька варіантів ведення пацієнтів з метастазами феохромоцитоми, однак ні один з методів не призводить до повного виліковування. Зменшення розміру пухлини пом'якшує клінічні прояви, однак його вплив на якість життя пацієнтів не доведено. Хірургічне зменшення обсягу пухлинного ураження може полегшити подальшу радіо- та/або хіміотерапію.

Дистанційна променева терапія і радіочастотна абляція – альтернативний метод лікування кісткових метастазів. Хіміотерапія з комбінацією цикло-фосфамід + инкрисин + дакарбазин може дати регрес пухлини та клінічне покращення у 50% пацієнтів, але результат лікування, на жаль, короткостроковий. Єдиним дієвим методом, що є доповненням до хірургічного лікування злоякісних феохромоцитом, є терапія МЙБГ-131І (радіонуклідна терапія).

1.3. Захисні механізми як чинник психологічної адаптації пацієнтів з феохромоцитомною дисфункцією

Вивчення механізмів, які зумовлюють формування певного типу адаптації до хвороби у залежності від преморбідних особливостей особистості дозволить виділити комплекс найбільш значимих особистісних властивостей для оцінки прогнозу перебігу захворювання (Л. Вассерман) [39], а також вибору психотерапевтичного втручання, що дозволяє мінімізувати ризик розвитку рецидивів.

Факт виникнення важкого соматичного захворювання, є потужним стресором, який піддає серйозному випробуванню адаптаційні ресурси організму. З цієї точки зору принципове значення для прогнозу протікання процесу адаптації мають обрані пацієнтом способи оволодіння стресом або так звані копінги, захисні механізми, стосунки й ретельність виконання медичних вимог (Л. Вассерман, Е. Тріфонова, О. Щелкова) [40, 150, 227]. Загальна суть реагування на ситуацію хвороби визначена сукупністю вище сказаних психологічних чинників у поведінці може бути виражена у наступних стратегіях поведінки:

- анозогнозія – не усвідомлення хвороби, її симптомів. Хворий «приховує» своє захворювання не тільки від оточуючих людей, але й від самого себе. Якими б очевидними не були ознаки хвороби для інших людей, хворий стверджує, що здоровий, не потребує медичної допомоги і відмовляється звертатися до лікарів;

- дисимуляція - одна з можливих форм психологічного реагування у ситуації хвороби. Усвідомлюючи наявність хвороби пацієнт свідомо приховує симптоми захворювання і прикладає значні зусилля для того щоб приховати їх, зокрема: продовжує виконувати в колишньому обсязі свої професійні, сімейні, соціальні обов'язки. Незважаючи на те, що по мірі розвитку захворювання приховувати симптоми стає все важче, пацієнт наполегливо продовжує триматися обраної ним лінії поведінки. У таких випадках хворі починають використовувати копінг-стратегію

відволікання або відходу у діяльність;

- реакція «відходу у хворобу» полягає в тому, що пацієнт, фіксує на своєму хворобливому стані, ставить його в центр власних інтересів, відносин, ігноруючи все, що не пов'язане із хворобою. Така заглибленість у хворобливі переживання традиційно супроводжується невдачами у житті, конфліктними суб'єктивно нерозв'язними проблемами. Хвороба позбавляє від необхідності вирішувати складні життєві ситуації, служить виправданням професійної або особистої неспроможності, набуваючи таким чином значення «умовної приємності», «умовної бажаності»;

- симуляція. Поведінка симуляції не є реакцією на захворювання, оскільки, остання відсутня. Симуляція визначається як свідомо актуалізація симптомів хвороби;

- агравація – перебільшення симптомів, тяжкості стану, демонстроване хворим. При агравації пацієнти намагаються виразити реально існуюче захворювання або хворобливий стан більш важким і небезпечним, ніж це є насправді. Хвороба використовується такими пацієнтами з демонстративно-шантажними цілями: для того, щоб привернути до себе увагу, викликати співчуття, домогтися яких-небудь вигод, маніпулювати почуттями оточуючих людей. Агравація не є повністю несвідомою психологічною реакцією: мета і причини такої поведінки можуть бути усвідомлені хворими;

- «соціальна престижність» хвороби або ставлення до пацієнта і його хвороб в даній соціальній групі. Так, для формування психологічної реакції пацієнта на захворювання має значення і те, як до нього ставляться родичі, друзі, значущі особи з його оточення. Пацієнт, позбавлений уваги і турботи з боку близьких, прагне швидше повернутися до професійної діяльності, щоб повернути собі втрачене внаслідок хвороби розташування членів сім'ї.

Загальна риса усіх видів захисних механізмів – їх незалежність від

свідомих бажань і намірів людини, тому можна спостерігати тільки їх зовнішні прояви. Оволодіваюча поведінка (копінг) – поведінка, спрямована на пристосування до обставин, що передбачає сформоване вміння використовувати певні засоби для подолання емоційного стресу.

У західній психології поняття «копінг» використовується для опису к способів поведінки людини у складних життєвих ситуаціях. Під поняттям «копінг», поширеним у вітчизняній психології прийнято розуміти цілеспрямовану соціальну поведінку яка дозволяє суб'єкту за допомогою усвідомлених стратегій, адекватних особистісним особливостям і ситуаціям, впоратися зі стресом або важкою життєвою ситуацією (Т. Крюкова) [75]. Головне завдання копінг-поведінки – забезпечення і підтримка благополуччя людині, її фізичного і психічного здоров'я та формування почуття задоволеності соціальними відносинами.

На даний час активно розробляється новий підхід до аналізу копінгу як поведінки суб'єкта, детермінованої рядом факторів: диспозиційними (особистісними), динамічними (ситуаційними), соціокультурними (екологічними) і регулятивними. З точки зору психології суб'єкта різний ступінь реалізації власних життєвих планів пов'язаний із різною мірою активності, інтегративності і самовизначення особистості як суб'єкта діяльності і життя.

На думку З. Фрейда, зміст соціально-психологічної адаптації можна передачі через наступну формулу: «конфлікт → тривога → захисні реакції», що дозволяє представити кожен стресовий епізод або конфлікт як певну послідовність поведінкових актів. Таке розуміння дозволяє припускати наявність тісної взаємодії різних механізмів адаптивної поведінки особистості. Б. Карвасарский, В. Ташликов [65, 147] вказують, на те, що механізми захисту та механізми подолання виступають як адаптаційні процеси індивіда.

Дослідники розрізняють два типи психологічних захистів особистості – внутрішньоособистісні і міжособистісні.

Внутрішньоособистісний механізм захисту використовуються для збереження позитивного образу «Я» за рахунок когнітивно-емоційної інформації, що надходить із зовнішнього світу. Міжособистісні захисні механізми вибираються людиною з метою збереження своєї цілісності шляхом зміни характеру взаємодії з оточуючими.

Психолог Р. Лазарус [78], обговорюючи питання про поділ захисних реакцій, виділяв пасивні, інтерпсихічні механізми, вважаючи їх різновидом копінг-поведінки, і інтрапсихічною формою подолання стресу.

Дослідник Е. Сергієнко [136] розвиваючи положення про контроль поведінки як інтегративної характеристики суб'єктної регуляції, розглядає контроль як континуум захисної поведінки. Ступінь узгодженості особистісної спрямованості і можливостей суб'єктної інтеграції визначатиме і тип використовуваних механізмів адаптації. Подібне припущення веде за собою розуміння взаємозв'язку оволодіваючої поведінки із психологічними захистами.

У руслі даного підходу І. Ветрова [42] простежує розвиток і співвідношення захисних механізмів поведінки – психологічних захистів, оволодіваючої поведінки і поведінки контролю. В її роботах встановлено, що оволодіваюча поведінка, контроль поведінки та психологічні захисти є тісно пов'язаними конструктами в єдиному механізмі саморегуляції. Таким чином, психологічні захисти і оволодіваючу поведінку необхідно розглядати як комплекс єдиних механізмів адаптивної поведінки, що включає різні рівні регулювання (неусвідомлювані, усвідомлювані).

У відповідності з уявленнями про стрес-копінг (І. Абітов, Л. Анциферова [2, 11]) психологічний захист і копінг-стратегії розглядаються з позиції їх спільної участі у формуванні адаптивної поведінки особистості. І. Абітов вважає, що механізми психологічного захисту, копінг-стратегії і механізми антиципації володіють єдиною функцією, і об'єднують їх у єдину структуру. З точки зору психолога усі

механізми тісно пов'язані між собою. «Попереджуваче оволодіння» (антиципаційні механізми), впливаючи на передбачення стресових епізодів, знижують вираженість копінг-поведінки. Неможливість подолати стресову ситуацію з використанням механізмів антиципації і копіngu запускає в дію механізми психологічного захисту. Саме таке уявлення ми вважаємо найбільш методологічно-цінним для нашої роботи.

Тип ставлення до хвороби як характеристика, що описує особистісні ресурси людини, всю структуру відносини до хвороби (когнітивний, емоційний, мотиваційний компонент) є вкрай важливим при вивченні внутрішньої картини хворого на феохромоцитому. Саме внутрішня картина хвороби є головним регулятором поведінки при виникненні захворювання та в залежності від умов може сприяти адаптації або дезадаптації особи. Ставлення до хвороби завжди значиме, а отже впливає на інші системи відносин особистості в тому числі і на захисно-приспосувальні механізми.

Єдиної класифікації копінг-стратегій не існує. Р. Лазарус, С. Фолкман [78, 192] виділили два основних види копіngu: проблемно та емоційно-орієнтовані. Проблемно-фокусований копінг – спроба підвищення ефективності взаємодії у діаді «людина-середовище», за допомогою зміни когнітивної оцінки ситуації. Емоційно-фокусований копінг – це думки і дії, метою яких є зниження фізичного або психологічного впливу стресу. Так само можна виділити активні і пасивні стратегії копіngu. Активний копінг – поведінкові або психологічні відповіді, спрямовані на безпосередню зміну природи стресора або переосмислення ситуації хвороби.

Пасивний (унікаючий) копінг може привести індивіда до діяльності (наприклад, вживання алкоголю) або психічних станів (тривоги, депресії), які утримують людину від прямого вирішення стресових подій. Численні дослідження з вивчення копінг-стратегій показують, що перевага активних стратегій, як поведінкових, так і емоційних – є кращими

способами взаємодії зі стресовими подіями.

Більшість робіт присвячені виділенню найбільш активних в боротьбі із захворюванням стратегій і деструктивних – унікаючих стратегій, які призводять до погіршення стану здоров'я. Так, С. Бартон [182] та інші вважають, що емоційно-орієнтований стиль реакцій у хворих, пов'язаний з більш низьким сприйняттям контролю захворювання, зловживанням медикаментозним лікуванням, стаціонарною госпіталізацією, тощо.

Емоційно-фокусований копінг пов'язаний з якістю життя, й ослабленим здоров'ям. Вчені прийшли до висновку, що заперечення, як одна з форм унікаючого копингу, пов'язане із симптомами феохромоцитомі. Результати дослідження оволодіваючої поведінки неоднозначні. Як відзначає Д. Магнуссон [87] свідчать про те, що використання як активного (первинного), так і пасивного (вторинного) видів копингу може бути пов'язане з ефективним управлінням поведінкою і активною участю в сімейній, соціальній і фізичній діяльності.

В цілому проведені до цього часу дослідження показали, що пасивні копінг-стратегії, такі як заперечення, пов'язані з прогресуванням феохромоцитомі. Дані мета-аналітичних досліджень дозволяють говорити про те, що більш ефективними з точки зору психологічного і фізичного благополуччя для хворих на феохромоцитому є такі стратегії, як активне оволодіння і позитивне переформулювання.

Такі форми оволодіваючої поведінки, як вживання алкоголю та наркотичних речовин й вивільнення поведінки пов'язані з негативними психологічними і медичними наслідками. Аналіз В. Бурковская [34] з співавторами довели наявність позитивного зв'язку проблемно- і перцептивно-орієнтованих стратегій з якістю життя.

Емоційно-орієнтований копінг, навпаки, пов'язаний з якістю життя негативно. Також в лонгітюдних емпіричних дослідженнях було

підтверджено зв'язок між позитивними релігійними стратегіями, такими, як пошук духовної підтримки, і поліпшенням психофізіологічного стану пацієнта.

Як зрозуміло із вище вказано, саме негативні релігійні стратегії, наприклад, злість на Бога, навпаки, не приводять до поліпшення даних показників. Психосоціальні фактори є одними з найбільш сильних предикторів успішності подолання захворювання.

Дослідник Н. Лехто [212, 193] описала у своїх працях кілька способів того, як лікарі можуть допомогти пацієнтам пережити період між постановкою діагнозу і прогнозом під час лікування.

Люди, які чують небезпечний для життя діагноз, відчують себе самотніми і пригніченими. А хворі з повторним виникненням хвороби переживають невизначеність щодо майбутнього лікування, та ризик смерті. Посприяти подоланню цих проблем медичні працівники можуть вислухавши хворого і обговоривши проблеми пацієнта, тим самим поліпшуючи його психологічний стан.

Традиційно медичні працівники спрямовані безпосередньо на майбутнє лікування хвороби, як говорить Лехто. Роботи психолога дають визначення стратегій які можуть допомогти пацієнтам впоратися з психологічними проблемами особливо в період після постановки діагнозу, та період лікування.

За допомогою кваліфікованого медика, пацієнт зможе вирішити питання, які впливають на його якість життя під час лікування, а також є визначальними для подальшого лікування. Зрозуміло, що пацієнтам, у разі коли їх переповнюють тривога і неспокій важко зосередиться на сприятливому результаті лікування.

З цієї ж точки зору медики повинні обговорювати з пацієнтів сприятливий результат хвороби, забезпечити його всією необхідною інформацією препарати, які спрямовані на покращення якості їх життя, обговорювати особисті проблеми і правові питання.

Лікар повинен донести до хворого інформацію про те, що з точки зору феохромоцитомати важлива рання діагностика і своєчасне оперативне лікування. Без лікування тривалість життя не перевищує 3-5 років. При цьому фігура лікаря ототожнюється пацієнтом безпосередньо із самим захворюванням, враховуючи це важливою для реалізації якісного лікувального процесу є організація ефективної взаємодії на рівні лікар-пацієнт.

Проаналізовані нами наукові джерела не можуть повністю задовольнити науковий та практичний інтерес у контексті піднятої нами теми й змушують узагальнити виділені вище захисні механізми, які є чинниками психологічної адаптації пацієнтів з феохромоцитомною дисфункцією, й розробити модель адаптаційного процесу (Рис. 1.), яка стане визначальною для проведення подальшого дослідження у контексті піднятої нами теми.

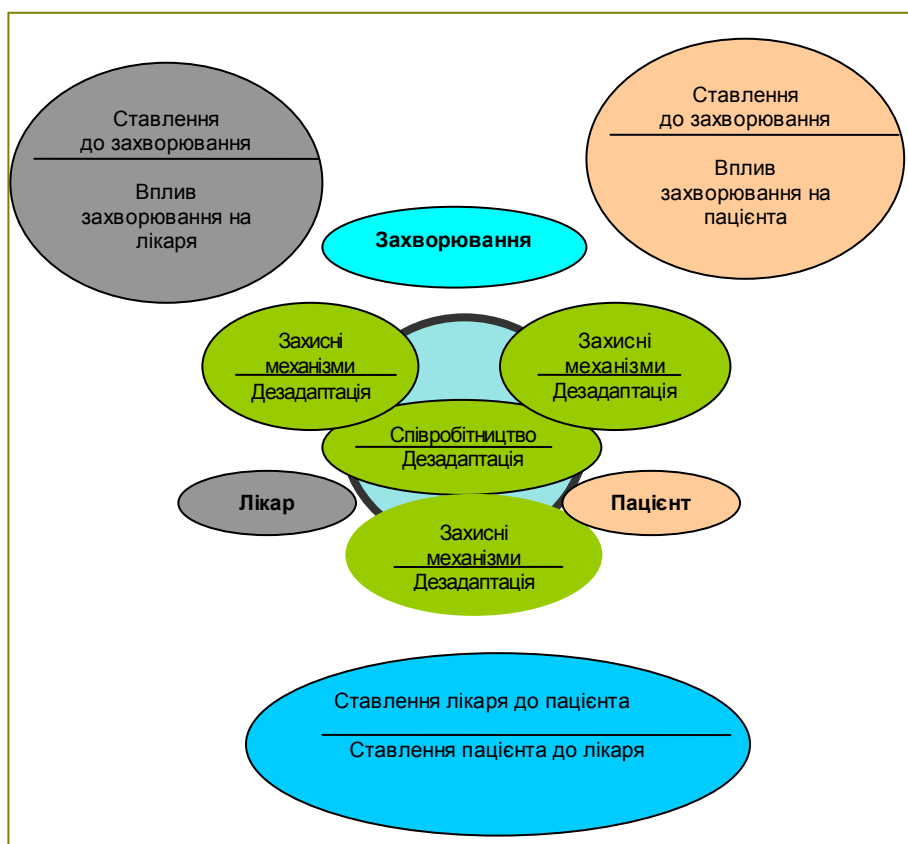


Рис. 1.

**Тривимірна модель адаптаційного процесу пацієнтів
із феохромоцитомною дисфункцією**

Сутність цієї моделі відображає психологічний зміст адаптаційного процесу з точки зору трьохстороннього характеру: взаємодія пацієнта та лікаря опосередкована захворюванням пацієнта.

При цьому постановка діагнозу активізує захисні механізми двостороннього характеру, де пацієнт піддається впливу захворювання, вираженого у ставленні до хвороби. Захисні механізми можуть здійснювати конструктивний та деструктивний вплив на організм пацієнта, тим самим зумовлюючи адаптацію або навпаки дезадаптацію.

Важливо відзначити, що вирівняти ситуацію дезадаптації може тільки третя сторона моделі – ефективна взаємодія, побудована на основі прийняття та наявності діалогу з боку лікаря по відношенню до пацієнта, а також взаємного прийняття.

Відтак, ми можемо розглядати співробітництво як ефективну стратегію взаємодії лікаря із пацієнтом. Сутність взаємодії у цьому випадку відображає цілісний характер і являє собою складну систему компонентів: мотиваційно-цільовий компонент, пов'язаний із формулюванням мети і мотивів співпраці сторін, включених у неї; дескриптивний компонент передбачає здійснення діагностики та збір інформації описового характеру про суб'єктів співпраці, необхідної для здійснення даної стратегії взаємодії; оцінний компонент полягає у аналізі та оцінці отриманої інформації, на основі чого обираються засоби для здійснення співробітництва; нормативний компонент включає у себе співвідношення отриманої інформації із існуючими нормами, закріпленими у вигляді правил і приписів про способи і прийоми, які сприяють ефективному співробітництву; програмуючий компонент передбачає підготовку лікарем співробітництва, вибір засобів, дій та ін.; інтерактивний компонент пов'язаний із реалізацією обраних дій.

Таким чином, взаємодія являє собою сукупність пов'язаних компонентів, об'єднаних конкретною метою. Нехтування будь-яким із

описаних вище компонентів призводить до порушення цілісності процесу співробітництва лікаря із пацієнтом та зумовлює відсутність можливості для реалізації мети лікувально-діагностичного процесу.

Слід зазначити, що успішна взаємодія лікаря із пацієнтом залежить від цілого ряду об'єктивних і суб'єктивних параметрів, які визначають якісний стан реалізованого процесу. Аналіз наукових джерел дозволяє визначити об'єктивні та суб'єктивні критерії такої взаємодії.

Так як мета взаємодії у процесі лікування задається ззовні (хворобою), то вона є об'єктивною по відношенню до цього процесу. Відтак, досягнення поставленої мети (лікування) розглядається нами як критерій результативності, який може вважатися об'єктивною характеристикою співробітництва лікаря із пацієнтом.

На перебіг та якісний стан співробітництва, на нашу думку, здійснюють суб'єктивний вплив індивідуальні та психологічні особливості особистості, її ціннісні орієнтації, мотивації. До того ж результат взаємодії у формі співробітництва різниться, власне, за її якістю та швидкістю й залежить від прикладених для такого досягнення зусиль, коштів, часу, а також – рівня психологічного навантаження. Тому, першим суб'єктивним критерієм взаємодії, визначеним нами, є критерій раціональності.

Далі, учасники співробітництва (лікар та пацієнт), прагнучи досягти поставленої мети, можуть домінувати над іншим учасником взаємодії, маніпулювати ним. У цьому випадку ми не можемо розглядати такі відносини як співробітництво. Якщо ж інша сторона сприймається як рівноправна, то в цьому випадку ми говоримо про співробітництво. Тому наступним критерієм ми вважаємо за можливе виділити критерій ціннісних відносин, які носять суб'єктивний характер і відображають визнання особистості, її право на вибір.

Якісний стан співробітництва залежить від ступеню володіння

його учасниками знаннями про процес взаємодії, його закономірності, засоби, фактори, які впливають на даний процес, а також - від ступеня володіння навичками взаємодії. Крім того, успішне досягнення мети взаємодії залежить і від комунікативної рефлексії, яка дозволяє суб'єкту визначати і оцінювати свій стан, розуміти, як його сприймає інший учасник взаємодії. Саме комунікативна рефлексія відповідає на питання: чому один засіб співробітництва був ефективним, а інший – ні; визначає, які дії дозволили досягти саме цього результату. Знання, вміння і комунікативна рефлексія становлять третій, виділений нами, суб'єктивний критерій співробітництва – критерій відповідності.

Висновки до першого розділу

У першому розділі розглянуто специфіку психологічної адаптації пацієнтів з феохромоцитомною дисфункцією. Таким чином, варто відзначити, що характер реакцій на хворобу визначається такими умовами: а) індивідуально-психологічні – ціннісні орієнтації, модель переживання «внутрішнього сценарію хвороби», форми і способи психологічного захисту, тощо; б) соціально-психологічні – розвиток соціальної інфраструктури (якість сімейних стосунків, наявність/відсутність робочого місця, тощо), рівень лікарсько-пацієнтської взаємодії, тощо.

Постановка діагнозу «феохромоцитомна дисфункція» актуалізує захисні механізми. Сукупність захисних механізмів (ресурсів соціальної адаптації), які допомагають людині впоратися зі стресогенними ситуаціями, виражається у наявності особистісного потенціалу, життєстійкості, локусу контролю, сублимації, заперечення, витіснення, проєкції, ідентифікації, інтроєкції, раціоналізації, анулювання дії, розщеплення, тощо.

Отже, уся сукупність захисних механізмів виражається у деструктивному чи конструктивному характері їх реалізації. На основі

психологічної характеристики цих механізмів розроблено тривимірну модель психологічного змісту адаптаційного процесу пацієнтів із феохромоцитомною дисфункцією. Сторонами цієї моделі являються вплив захворювання на пацієнта та лікаря. Згідно із цією моделлю варто говорити про те, що визначальним фактором адаптації пацієнта і його подальшого виліковування є ефективність лікарсько-пацієнтської взаємодії. Така взаємодія включає в себе сукупність стратегій, провідною з яких є співробітництво, компонентами якого являються: мотиваційно-цільова; оцінна; нормативна; програмуюча та інтеракційна складові.

РОЗДІЛ 2. МЕТОДИКА ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОЦЕСУ АДАПТАЦІЇ У ПАЦІЄНТІВ З ФЕОХРОМОЦИТОМНОЮ ДИСФУНКЦІЄЮ

2.1. Характеристика організації та проведення констатувального експерименту

На першому етапі організації дослідження був проведений повний аналіз теоретичних джерел та практичних досліджень з проблематики. Ми сформулювали мету та предмет дослідження відповідно до теоретичних гіпотез:

- психофізіологічний зміст адаптаційних стратегій пацієнтів з фехромоциторною дисфункцією обумовлюється якістю їх захисних механізмів;

- функціонування захисних механізмів пацієнтів ґрунтується на ототожненні самого захворювання та фігури лікаря, як його номінального джерела, відповідно, ефективна взаємодія на рівні лікар-пацієнт є визначальною для реалізації якісного лікувального процесу.

Наступний етап був пов'язаний з розробкою системи обстеження пацієнтів з фехромоциторною дисфункцією та її впливу на процес психологічної адаптації пацієнтів.

Заключний етап складав експериментальну частину роботи і включав процес обстеження та лікування.

На етапі обстеження для відбору досліджуваних пацієнтів застосовувався метод випадкової вибірки. Критеріями відбору для включення у дослідження були:

- добровільна згода пацієнтів;
- вік від 21 до 60 років;
- наявність в анамнезі захворювання на фехромоцитомну дисфункцією;
- етап хвороби: ранній – від 1 тижня до 2-х місяців після

встановлення діагнозу; середньо-продовжений – від одного до двох років проживання із захворюванням.

Критеріями виключення були:

- відмова пацієнтів від участі у дослідженні;
- вік старше 60 років;
- інші, окрім феохромоцитомної дисфункції тяжкі соматичні та психічні захворювання в анамнезі.

За умови інформованої згоди протягом 2011-2012 рр. у рамках програми дисертаційного дослідження було оглянуто 228 пацієнтів з феохромоцитомною дисфункцією на різних етапах лікувально-діагностичного процесу.

На етапі клініко-психологічного інтерв'ю й аналізу продуктів діяльності у вигляді медичних карток пацієнтів, із 467 досліджуваних, з якими було проведено перший етап дослідження – 228 пацієнтів були включені у вибірку.

11 пацієнтів відмовились від подальшої діагностики та запропонованого комплексу заходів через власні суб'єктивні відчуття адаптації до ситуації хвороби та не достатню обізнаність щодо перебігу реабілітаційного періоду, зокрема, у контексті соціально-психологічної підтримки пацієнтів.

Психодіагностична частина дослідження проводилася у 2011-2014 роках і складалася з чотирьох етапів. Розглянемо схему етапів проведення дослідження:

- *перший етап* (друга половина 2011 – перша половина 2012 рр.).

На цьому етапі аналізується рівень фізіологічних змін викликаних в організмі пацієнта засобами хвороби й відповідних тенденцій їх адаптивної поведінки (співставлення результатів медичних аналізів; визначення рівня соціально-психологічної адаптації за методикою К. Роджерса та стратегій оволодіваючої поведінки (Опитувальник оволодіваючої поведінки СОП (стратегії оволодіваючої поведінки)

С. Фолкмана, Р. Лазаруса адаптований В. Бехтеревим). Дані, отримані після обробки результатів опитування було співвіднесено за допомогою контент-аналізу. Загальна мета цього етапу – визначення рівня психологічної адаптації.

- *другий етап* (друга половина 2012 – перша половина 2013 рр.) має на меті визначення психологічного змісту захисних механізмів й засобів забезпечення реалізації цих механізмів пацієнтами: модифікована методика «Ціннісні орієнтації» (М. Рокича), тест-опитувальник механізмів психологічного захисту. На цьому ж етапі нами було визначено рівень успішності лікувально-профілактичних заходів та їх поведінково-реактивного вираження (аналіз продуктів діяльності), а саме – ступінь ефективності взаємодії на рівні лікар-пацієнт;

- *третій етап* (друга половина 2013 – перша половина 2014 рр.) – розкриває кореляційний взаємозв'язок між рівнем адаптації пацієнтів та формою захисних механізмів пацієнтів з фехроцитомною дисфункцією з точки зору ефективності лікувально-профілактичних заходів, застосовуваних по відношенню до пацієнтів. Метою цього етапу стало визначення загальної системи поведінково-реактивного вираження, а також встановлення відповідних якісних контентів (контент-аналіз);

- *четвертий етап* (друга половина 2014 р.) полягав у проведенні аналізу ефективності реалізованого комплексу ПКЗ (психологічного компоненту здоров'я) та виконувався на кожному з етапів лікувально-діагностичного процесу (ранньому та середньо-продовженому періоді (від 1 міс до 2-х років після встановлення діагнозу).

Дослідження проводили на базі Кіровоградської та Хмельницької обласних лікарень.

Соматичний статус основної групи пацієнтів оцінювався лікуючим лікарем-нефрологом, а також суміжними фахівцями:

кардіологом, невропатологом, окулістом, хірургом з метою відділення на основі скарг, анамнезу захворювання, клініко-лабораторних даних.

У відповідності з задачами даного дослідження враховувались такі параметри захворювання: діагноз; тривалість захворювання; гострота захворювання. Тривалість захворювання виявлялась при збиранні анамнезу зі слів пацієнтів, а також на основі даних історії хвороби й інших медичних документів - виписки зі стаціонару після попередніх госпіталізацій, амбулаторні дані (метод вивчення продуктів діяльності).

У практичному дослідженні приймали участь дві категорії осіб:

1) 228 хворих на фехромоцитомну дисфункцію. Із них - 114 хворих із фехромоцитомною дисфункцією на ранньому етапі хвороби (до 2-х місяців після встановлення діагнозу), а також 114 хворих, що живуть із хворобою протягом одного і більше року (середньо-продлонгований етап);

2) досліджувані, у яких наднирникові залози є здоровими у кількості 228 осіб. Серед досліджуваних цієї категорії представлена рівномірна кількість осіб жіночої та чоловічої статей.

Серед досліджуваних як хворих на феохромоцитомну дисфункцією так і досліджуваних у яких наднирники є здоровими представлена рівномірна кількість осіб жіночої та чоловічої статей. Таким чином, вибірка досліджуваних є рівномірною з точки зору кількісного вираженого гендерного складу. З точки зору соціально-демографічного складу досліджувані є представниками низького (1,2%), середнього (89,3%) та вищого соціального класу (9,5%).

Репрезентативність вибірки забезпечена тим, що психологічні характеристики пацієнтів та здорових людей, які брали участь у дослідженні, загалом є ідентичними на різних етапах соціальної адаптації. Відповідно, отримані результати мають універсальний характер й можуть використовуватися для подальшого проведення

дослідження.

Вивчивши характер зайнятості та рівень освіти груп пацієнтів, ми відмітили домінуючу кількість досліджуваних у всіх групах з вищою освітою, в професійній діяльності яких високий відсоток розумової праці. Такі досліджувані у своїй життєдіяльності піддаються значним психоемоційним та інтелектуальним перевантаженням, які призводять до знаних перевантажень усього організму в цілому.

Результати досліджень яскраво відобразили, що рівень вищої освіти пов'язаний із інтенсивністю реакцій пацієнтів на поставлений діагноз. Так, пацієнти із вищою освітою (61,3%) вибірки традиційно реагують на постановку діагнозу «феохромцитомна дисфункція» активністю на відміну від пацієнтів із середньо-спеціальною (33,5%) та середньою освітою (5,2%).

Представимо характеристики вибірки відповідним чином, а саме, враховуючі розподіл досліджуваних відносно соціально-демографічних (таблиця 2.2.1), анамнестичних чинників (таблиця 2.1.2), а також чинників емоційної підтримки рідних (таблиця 2.1.3).

Таблиця 2.1.1

Розподіл соціально-демографічних чинників серед досліджуваних у %

№	Соціально-демографічні чинники		Група досліджуваних	
			хворі на феохромоцитомну дисфункцією	досліджувані у яких наднирники є здоровими
1	рівень освіти	середня	5,1	0,1
		середньо-спеціальна	28,2	5,3
		вища	45,8	15,5
2	рівень забезпеченості окремим житлом	проживання із первинною родиною	39,2	16,1
		проживання у орендованому житлі	18,4	13,6
		наявність власного житла	12,1	0,6

Продовження таблиці 2.1.1

3	соціально-економічний стан домогосподарства	низькі економічні показники	35,3	11,8
		середні економічні показники	21,2	8,4
		високі економічні показники	15,1	8,2
4	сімейний стан	не у шлюбі	24,7	18,3
		у громадському шлюбі	31,5	11,3
		у офіційному шлюбі	9,8	4,4

Варто відмітити, що серед досліджуваних соціально-демографічних, анамнестичних чинників та рівня емоційної підтримки вищий ступінь вираженості спостерігається у групі жінок в порівнянні із групою чоловіків, хоча ступінь прийняття хвороби й відповідно якість лікувального процесу вища у досліджуваних жіночої статі. Це пов'язане із їх активною життєвою позицією по відношенню до життя та хвороби в цілому.

Таблиця 2.1.2

Розподіл анамнестичних чинників серед досліджуваних у %

№	Анамнестичні чинники		Розподіл у групі досліджуваних	
			хворі на феохромоцитомну дисфункцією	досліджувані у яких наднирники є здоровими
1	наявність тривалих хронічних хвороб	наявні	13,9	8,2
		відсутні	53,1	24,8
2	соматопсихологічний стан	заперечення хвороби	33,1	8,3
		розгубленість	15,8	21,4
		визнання хвороби	6,4	15
3	психо-фізіологічний стан	відсутність хвороби	0,3	-
		ранній етап хвороби	15,6	-
		хвороба у процесі лікування	32,1	-
		хронічна хвороба	11,4	-

Таблиця 2.1.3

**Розподіл чинників емоційної підтримки рідних серед
досліджуваних у %**

№	Емоційна підтримка рідних		Група досліджуваних	
			хворі на феохромоцитомну дисфункцією	досліджувані у яких наднирники є здоровими
1	ступінь вираженості	низька	23,1	24,5
		середня	26,4	7,3
		відсутня	6,3	12,4

Охарактеризовані вище чинники свідчать про те, що ступінь розвитку захворювання та сомато-психологічний стан хворого на феохромоцитомну дисфункцією залежить має тим більше негативне вираження чим нижчий рівень освіти, забезпеченості окремим житлом, соціально-економічний стан домогосподарства, а також офіційно не визначений сімейний стан досліджуваних.

Розглянемо детальніше дослідницький інструментарій роботи відповідно до поетапної логіки практичної частини роботи:

Перший етап

Соціально-демографічний метод (інформація про вік, сімейний та соціальний статус, трудову діяльність, тощо).

Мета: вивчення соціально-демографічних показників характерних для груп досліджуваних.

Метод, що на мікро рівні дозволяє розглядати структуру сім'ї, родинні стосунки, особистість.

Клініко-анамнестичний метод: діагноз, дата госпіталізації, дата первинного звернення, тривалість захворювання, скарги пацієнтів, характер розвитку захворювання, сімейний анамнез (спадковість патології), патології, клінічні прояви захворювання, причини оперативного втручання, швидкість розвитку патології, тощо.

Мета: виокремлення специфічних анамнестичних особливостей

формування феохромоцитомної дисфункції характерних для груп досліджуваних.

Клініко-анамнестичний метод використовувався для оцінки даних анамнезу життя, хвороби, особливостей розвитку, рівня міжособистісної комунікації, освіти, трудової діяльності, а також преморбідних особливостей характеру, що відбивають потенційну готовність особистості до лікування в різних умовах життєдіяльності.

Клініко-психологічний метод: клінічне інтерв'ю, що включало збір загальної інформації, інформація щодо сімейного та соціального статусу, мультимодальна карта дослідження, що включала в себе інформацію стосовно актуальних для пацієнта проблем та значущих проблем у дитинстві та підлітковому віці, сімейний анамнез.

Мета: встановлення реактивно-поведінкових та клініко-психологічних чинників формування феохромоцитомної дисфункції характерних для груп досліджуваних.

Клініко-психологічний метод представляє собою психологічний аналіз проблеми (оцінка поведінки, психічних функцій і емоцій, стану особистості і зовнішніх обставин порушення). Фактично клініко-психологічний діагноз - не просто правильне розпізнавання і вибір відповідного назви розладу, а опис особливостей поведінки, думок і почуттів, характерних для того або іншого психічного розладу.

Порівняльний аналіз результатів медичних аналізів

Мета: встановлення рівня фізіологічних змін викликаних в організмі пацієнта засобами хвороби й відповідних тенденцій їх адаптивної поведінки.

Порівняльний аналіз – метод аналізу об'єктів, при якому проводиться порівняння нового стану об'єкта з попереднім станом або порівняння стану одного об'єкта з іншим, з яким порівняння може бути доречним.

*Методика для визначення рівня соціально-психологічної адаптації
К. Роджерса і Р. Раймонда*

Мета: визначення рівня соціально-психологічної адаптації.

Інструкція

В опитувальнику містяться твердження про людину, про її спосіб життя: переживання, думки, звички, стиль поведінки. Їх завжди можна співставити з нашим власним способом життя.

Прочитавши або послухавши кожне твердження опитувальника, співставте його з своїми звичками, своїм способом життя і оцініть: наскільки це твердження стосується вас. Для того, щоб зафіксувати вашу відповідь в бланку, виберіть потрібний, на вашу думку, один із семи варіантів оцінки, пронумерованих числами від 0 до 6:

Шкала відповідей має наступне значення:

- 0 – це до мене зовсім не відноситься;
- 2 – сумніваюсь, що це може стосуватись мене;
- 3 – не наважуюсь віднести це до себе;
- 4 – це схоже на мене, але не впевнений;
- 5 – це на мене схоже;
- 6 – це точно про мене.

Вибраний вами варіант відповіді відмітьте в бланку для відповідей в клітинці, яка відповідає порядковому номеру твердження.

ІНТЕГРАЛЬНІ ПОКАЗНИКИ

адаптація $A = a/(a+b) \cdot 100\%$	самоприйняття $S = a/(a+b) \cdot 100\%$
сприйняття інших $L = 1.2 a/(1.2 a+b) \cdot 100\%$	емоційна комфортність $E = a/(a+b) \cdot 100\%$
інтернальність $I = a/(a+1.4 b) \cdot 100\%$	прагнення до домінування $D = 2 a/(2 a+b) \cdot 100\%$

*Опитувальник оволодіваючої поведінки СОП С. Фолмана,
Р. Лазаруса адаптований В.М. Бехтеревім*

Мета: встановлення стратегій оволодіваючої поведінки.

Копінг тест Лазаруса показує наскільки часто використовується кожна з копінг стратегій і наскільки ефективно.

Опитувальник копінг стратегій Лазаруса включає 50 тверджень, кожне з яких відображає певний спосіб поведінки у важкій або проблемній ситуації.

Тест Лазаруса вважається першою стандартною методикою в області вимірювання копінгу. Копінг тест був розроблений Р. Лазарусом і С. Фолкманом, адаптований Т.Л. Крюковой, Е.В. Куфтяк, М.С. Замишляевой.

Як подолати труднощі? Опитувальник Способи оволодіваючої поведінки Р. Лазаруса (Копінг тест Лазаруса):

Інструкція до тесту Лазаруса:

Вам пропонуються 50 тверджень, що описують ваша поведінка у важкій життєвій ситуації. Оцініть як часто дані варіанти поведінки проявляються у вас.

Ключ до тесту Лазаруса містить у собі наступні вісім субшкал з відповідним розподілом значень:

- конфронтаційний копінг – пункти: 2, 3, 13, 21, 26, 37;
- дистанціювання – пункти: 8, 9, 11, 16, 32, 35;
- самоконтроль – пункти: 6, 10, 27, 34, 44, 49, 50;
- пошук соціальної підтримки – пункти: 4, 14, 17, 24, 33, 36;
- прийняття відповідальності – пункти: 5, 19, 22, 42;
- втеча-уникнення – пункти: 7, 12, 25, 31, 38, 41, 46, 47;
- планування вирішення проблеми – пункти: 1, 20, 30, 39, 40, 43;
- позитивна переоцінка – пункти: 15, 18, 23, 28, 29, 45, 48.

Другий етап

Модифікована методика «Ціннісні орієнтації М. Рокіча»

Мета: визначення психологічного змісту захисних механізмів й засобів забезпечення реалізації цих механізмів пацієнтами.

Система ціннісних орієнтації визначає змістовну сторону

спрямованості особистості і складає основу її відносин до навколишнього світу, до інших людей, до себе самої, основу світогляду і ядро мотивації життєвої активності, основу життєвої концепції і «філософії життя».

Нами використовується методика вивчення ціннісних орієнтації заснована на прямому ранжуванні списку цінностей. Так, М. Рокич розрізняє два класи цінностей:

- термінальні – переконання в тому, що кінцева мета індивідуального існування варта того, щоб до неї прагнути;
- інструментальні – переконання в тому, що якийсь образ дій або властивість особистості є кращим в будь-якій ситуації.

Цей поділ відповідає традиційному поділу на цінності-цілі і цінності-засоби.

Респонденту пред'явлені два списки цінностей (по 18 у кожному) або на аркушах паперу в алфавітному порядку, або на картках. У списках випробуваний присвоює кожній цінності ранговий номер, а картки розкладає по порядку значимості.

Остання форма подачі матеріалу дає більш надійні результати. Спочатку пред'являється набір термінальних, а потім набір інструментальних цінностей.

Модифікація методики включала в себе уточнення термінальних цінностей наступним чином:

- цінність «активна діяльне життя» уточнюється наступним чином: повнота та емоційна насиченість життя - відсутність хронічних захворювань;
- цінність «здоров'я» уточнюється як: відсутність фізичних і психічних проявів хвороби.

Інструкція

«Зараз вам буде пред'явлений набір з 18 карток з позначенням цінностей. Ваше завдання – розкласти їх по порядку значущості для вас як принципів, якими ви керуєтесь у вашому житті.

Кожна цінність написана на окремій картці. Уважно вивчіть картки і, вибравши ту, яка для вас найбільш значима, помістіть її на перше місце. Потім виберіть другу за значимістю цінність і помістіть її слідом за першою. Потім виконайте те ж з усіма залишилися картками. Найменш важлива залишиться останньою і займе 18 місце.

Працюйте не поспішаючи, вдумливо. Якщо в процесі роботи ви зміните свою думку, то можете виправити свої відповіді, помінявши картки місцями. Кінцевий результат повинен відображати вашу справжню позицію».

Тест-опитувальник механізмів психологічного захисту (Life Style Index) Р. Плутчика

Мета: встановлення якісних та кількісних показників психологічного захисту у пацієнтів із феохромоцитомною дисфункцією.

Опитувальник призначений для діагностики механізмів психологічного захисту «Я» і включає 92 твердження, що вимагають відповіді типу «вірно – невірно». Вимірюються вісім видів захисних механізмів: витіснення, заперечення, заміщення, компенсація, реактивне утворення, проекція, інтелектуалізація (раціоналізація) і регресія. Кожному з цих захисних механізмів відповідають від 10 до 14 тверджень, що описують особистісні реакції людини, що виникають у різних ситуаціях. На основі відповідей будується профіль захисної структури обстежуваного.

Метод аналізу продуктів діяльності

Мета: встановлення рівня успішності лікувально-профілактичних заходів та їх поведінково-реактивного вираження.

Аналіз продуктів діяльності - система дослідницьких процедур, спрямованих на збір, систематизацію, аналіз та тлумачення продуктів діяльності людини. Продукт - такі реальні та ідеальні вияви активності людини, які можуть бути об'єктивно вивчені: малюнки, щоденники, літературні твори тощо. Аналіз продуктів діяльності дозволяє робити

опосередковані висновки про сформованість знань людини, її інтереси та здібності, розвиток тих чи інших психологічних якостей.

Аналіз продуктів діяльності дозволяє простежити й виділити ускладнення й помилки, способи подолання труднощів, провести їх співвідношення на кінцевому й проміжному етапах діяльності.

Третій етап

Метод кореляційного аналізу

Мета: визначення взаємозв'язку між рівнем адаптації пацієнтів та формою захисних механізмів пацієнтів з феохромоцитомною дисфункцією з точки зору системи лікувально-профілактичних заходів застосовуваних по відношенню до пацієнтів.

Метод кореляційного аналізу - це статистичне дослідження (стохастичної) залежності між випадковими величинами. У найпростішому випадку досліджують дві вибірки (набори даних), у загальному - їх багатовимірні комплекси (групи).

Визначення загальної системи поведінково-реактивного вираження.

Метод контент-аналізу

Контент-аналіз - це якісно-кількісний метод вивчення документів, який характеризується об'єктивністю висновків і строгістю процедури та полягає у квантифікаційній обробці тексту з подальшою інтерпретацією результатів.

Предметом контент-аналізу можуть бути як проблеми соціальної дійсності, котрі висловлюються чи навпаки приховуються у документах, так і внутрішні закономірності самого об'єкта дослідження. Метод дозволяє виміряти людську поведінку (якщо вважати, що вербальна поведінка є її формою). На відміну від опитувань контент-аналіз вимірює не те, що люди говорять, що зробили чи зроблять, а те що вони справді зробили.

2.2. Аналіз соціально-психологічної адаптації та стратегій оволодіваючої поведінки

Перший етап

Враховуючи досліджувані нами показники ми можемо говорити про наступний розподіл досліджуваних відповідно до показників соціально-демографічного методу (Таблиця 2.2.1).

Таблиця 2.2.1

Розподіл досліджуваних відповідно до показників соціально-демографічного методу

№	Показники		Група досліджуваних	
			хворі на феохромоцитомну дисфункцією	досліджувані у яких наднирники є здоровими
1	Стать	жіноча	58,2	41,8
		чоловіча	41,8	58,2
2	Вік	21-35 років	8,3	14,5
		35-45 років	29,5	36,4
		45-58 років	62,2	49,1
3	Сімейний статус	не у шлюбі	24,7	18,3
		у громадському шлюбі	31,5	11,3
		у офіційному шлюбі	9,8	4,4
4	Соціальний статус	низький	35,3	11,8
		середній	21,2	8,4
		високий	15,1	8,2
5	Трудова діяльність	працюючі	23,5	35,1
		не працюючі	76,5	64,9

Характерними скаргами пацієнтів хворих на феохромоцитомну дисфункцією є наявність наступних проблем:

- не прийняття або заперечення пацієнтами факту хвороби;
- загострення супутніх хвороб на першій стадії захворювання;
- порушення соціальних контактів пацієнта пов'язане із підвищенням рівня агресивності й конфліктності, а також підвищенням рівня агресивності, дратівливості і комунікативними проблемами;

- відсутність або низький рівень підтримки хворого з боку рідних та знайомих;
- упереджене ставлення до лікаря на перших етапах лікувально-діагностичного процесу.

У анамнезі хворих на феохромоцитомну дисфункцією варто відмітити наявність схильності до простудних захворювань й перенесення важких хвороб таких як запалення нирок, ангіни із ускладненнями зумовленими не дотриманням відповідного режиму лікування.

Також можна говорити про наявність взаємозв'язку між рівнем освіти та динамікою протікання захворювання. Серед хворих на феохромоцитомну дисфункцією процент осіб із вищою освітою є значно нижчим у порівнянні із процентом осіб які мають середню, середньо-спеціальну та вищу освіту.

Говорячи про оцінку пацієнтами хвороби варто відзначити, що основними джерелами здобуття пацієнтами знань про хворобу є: а) взаємодія із лікарем; б) Інтернет-видання, зокрема, медичні вісники, форуми на яких обговорюються проблемні питання пацієнтів та лікарів пов'язані із феохромоцитомною дисфункцією.

Встановивши загальні особливості вибірки досліджуваних ми можемо умовно розділили її представників на наступні категорії:

- пацієнти з періодом встановлення діагнозу до 2 місяців. Для цієї категорії пацієнтів характерне переживання «фрустрації» (пасивна реакція відгородження від світу, не прийняття інформації) – «хаос» (непослідовні рухи, направлені на процес виліковування), а також полярність, виражена у неприйнятті або прийнятті процесу лікування;
- пацієнти у період встановлення діагнозу близько 1 року. Вони характеризуються полярністю (неприйняття чи прийняття процесу лікування); вмінням оцінити реальні результати прийнятої позиції по

відношенню до процесу лікування й уміння переглянути власну позицію;

- пацієнти з періодом встановлення діагнозу від 1 і більше років. Активність цієї категорії пацієнтів пов'язана із переглядом власної позиції і як наслідок - адаптацією (прийняття необхідності дотримання системи лікування, запропонованої лікарем) / дезадаптацією (не прийняття системи лікування, запропонованої лікарем);

- здорові досліджувані. Ця категорія досліджуваних являється стандартизованою відносно категорій пацієнтів, оскільки, не несе у собі медико-психологічних показників захворювання (Табл. 2.2.2).

Таблиця 2.2.2

**Розподіл досліджуваних відносно показників
феохромоцитомної дисфункції**

Категорія досліджуваних	Показники феохромоцитомної дисфункції			
	1	2	3	4
Досліджувані пацієнти (період встановлення діагнозу до 2 місяців)	високий	+	-	+
	середній	-	-	-
	низький	-	-	-
Досліджувані пацієнти (період встановлення діагнозу близько 1 року)	високий	-	+	+
	середній	-	-	-
	низький	-	-	-
Досліджувані пацієнти (період встановлення діагнозу від 1 і більше років)	високий	+	-	+
	середній	-	-	-
	низький	-	-	-
Здорові досліджувані	високий	-	-	-
	середній	+	-	+
	низький	-	+	-

Серед показників феохромоцитомної дисфункції представлених у табл. 2.2.2 виділено наступні умовні позначення:

- 1 - концентрація продуктів обміну катехоламінів у крові та мочі;
- 2 - рівень екскреції ванілмендальної кислоти;

3 - рівень концентрації коньюгованого метанефрину і норметанефрину;

4 - рівень вираженості показників феохромоцитомної дисфункції.

Після аналізу показників хвороби нами виділено кількісні рівні фізіологічних змін викликаних в організмі пацієнта засобами хвороби (Табл. 2.2.3).

Таблиця 2.2.3

Розподіл досліджуваних відносно рівнів фізіологічних змін викликаних у організмі пацієнта хворобою (у %)

Категорія досліджуваних	Рівень фізіологічних змін		
	середній	високий	низький
Досліджувані пацієнти (період встановлення діагнозу до 2 місяців)	13,3	49,4	37,3
Досліджувані пацієнти (період встановлення діагнозу близько 1 року)	8,1	55,3	36,6
Досліджувані пацієнти (період встановлення діагнозу від 1 і більше років)	21,5	48,3	30,2
Здорові досліджувані	15,2	21,4	63,4

Встановлені нами показники адаптації виступають тими факторами, які й визначають подальший хід лікувального процесу, зокрема, ставлення до хвороби й рівень активності хворого, ступінь усвідомленості значущості власних зусиль для досягнення лікувального ефекту.

Відтак, можна говорити про те, що пацієнти з феохромоцитомною дисфункцією у відповідності з часом, що пройшов із дня постановки діагнозу та процесом реалізації лікувального процесу, здобуттям знань про хворобу, приймають її факт за рахунок зниження гостроти дезадаптивних реакцій і починають адаптуватися до останньої. При цьому, значимість фігури лікаря з точки зору довіри до нього взагалі та медичних приписів, зокрема, являється чинником, що визначає швидкість переорієнтації пацієнтів від захисних реакцій до реакцій взаємодії.

На цьому ж етапі дослідження засобами якісного та кількісного узагальнення досліджуваних показників ми встановили рівень адаптивної поведінки учасників практичної частини роботи в цілому Досліджувані

показники представленні у таблицях 2.2.4-2.2.6

Таблиця 2.2.4

**Розподіл показників соціально-психологічної адаптації у
пацієнтів на ранньому етапі хвороби
(до 2-х місяців після встановлення діагнозу) у %**

№	Показники соціально-психологічної адаптації	Група досліджуваних	
		хворі на феохромоцитомну дисфункцією	досліджувані у яких наднирники є здоровими
1	Адаптивність	13,1	56,2
	Деадаптивність	86,9	43,8
2	Обманливість +	38,6	39,2
	-	61,4	60,8
3	Сприйняття себе	39,5	44,1
	Не сприйняття себе	60,5	55,9
4	Сприйняття інших	41,3	67,4
	Не сприйняття інших	58,7	32,6
5	Емоційний комфорт	15,8	33,9
	Емоційний дискомфорт	84,2	66,1
6	Внутрішній контроль	13,1	64,2
	Зовнішній контроль	86,9	35,8
7	Лідерство	21,2	34,3
	Конформізм	78,8	65,7
8	Ескапізм	18,4	33,5
	Відхід від проблем	81,6	66,5

Відповідно по показників таблиці ми можемо говорити про те, що у пацієнтів на ранньому етапі хвороби (до 2-х місяців після встановлення діагнозу) проявляються різко негативні тенденції дезадаптаційного характеру, зокрема, не прийняття інших, низький внутрішній контроль та емоційний комфорт, тощо.

Таблиця 2.2.5

Розподіл показників соціально-психологічної адаптації у пацієнтів, які живуть із хворобою період встановлення діагнозу близько 1 року (середньо-продовжений етап) у %

№	Показники соціально-психологічної адаптації	Група досліджуваних	
		хворі на феохромоцитомну дисфункцією	досліджувані у яких наднирники є здоровими
1	Адаптивність	33,9	56,2
	Деадаптивність	66,1	43,8
2	Обманливість +	64,2	39,2
	-	35,8	60,8
3	Сприйняття себе	34,3	44,1
	Не сприйняття себе	65,7	55,9
4	Сприйняття інших	60,8	67,4
	Не сприйняття інших	44,1	32,6
5	Емоційний комфорт	55,9	33,9
	Емоційний дискомфорт	67,4	66,1
6	Внутрішній контроль	66,1	64,2
	Зовнішній контроль	64,2	35,8
7	Лідерство	84,2	34,3
	Конформізм	14,1	65,7
8	Ескапізм	78,1	33,5
	Відхід від проблем	66,1	66,5

Як зрозуміло із табл. 2.2.5 для пацієнтів, які живуть із хворобою період встановлення діагнозу близько 1 року (середньо-продовжений етап) характерні середньо виражені негативні тенденції дезадаптаційного характеру.

Таблиця 2.2.6

Розподіл показників соціально-психологічної адаптації у пацієнтів, які живуть із хворобою протягом одного і більше року (етап звикання до хвороби) у %

№	Показники соціально-психологічної адаптації	Група досліджуваних	
		хворі на феохромоцитомну дисфункцією	досліджувані у яких наднирники є здоровими

Продовження таблиці 2.2.6

1	Адаптивність	42,8	56,2
	Деадаптивність	57,2	43,8
2	Обманливість +	39,3	39,2
	-	60,7	60,8
3	Сприйняття себе	67,3	44,1
	Не сприйняття себе	32,7	55,9
4	Сприйняття інших	55,2	67,4
	Не сприйняття інших	44,8	32,6
5	Емоційний комфорт	41,5	33,9
	Емоційний дискомфорт	58,5	66,1
6	Внутрішній контроль	35,3	64,2
	Зовнішній контроль	64,7	35,8
7	Лідерство	25,1	34,3
	Конформізм	74,9	65,7
8	Ескапізм	66,4	33,5
	Відхід від проблем	33,6	66,5

Відтак, можна говорити про те, що пацієнти з феохромоцитомною дисфункцією у відповідності з часом, що пройшов із дня постановки діагнозу та процесом реалізації лікувального процесу, здобуттям знань про хворобу, приймають її факт за рахунок зниження гостроти дезадаптивних реакцій і починають адаптуватися до останньої. Варто зосередитися на слові «адаптуватись», не зживатися чи пристосовуватися, а саме адаптуватися переоцінюючи свою життєдіяльність та підпорядковуючи своє життя певним процесам лікувально-діагностичного характеру.

На цьому ж етапі константувального дослідження засобами якісного та кількісного узагальнення досліджуваних показників ми встановили рівень адаптивної поведінки учасників практичної частини роботи в цілому (Табл. 2.2.7).

Таблиця 2.2.7

Розподіл досліджуваних відносно рівнів соціально-психологічної адаптації (у %)

Категорія досліджуваних	Рівень соціально-психологічної адаптації		
	високий	середній	низький

Продовження таблиці 2.2.7

Досліджувані пацієнти (період встановлення діагнозу до 2-х місяців)	12,1	28,3	59,6
Досліджувані пацієнти (період встановлення діагнозу близько 1 року)	18,7	31,3	50
Досліджувані пацієнти (період встановлення діагнозу від 1 і більше років)	38,2	33,6	28,2

Представимо показники соціально-психологічної адаптації у вигляді рис. 1.

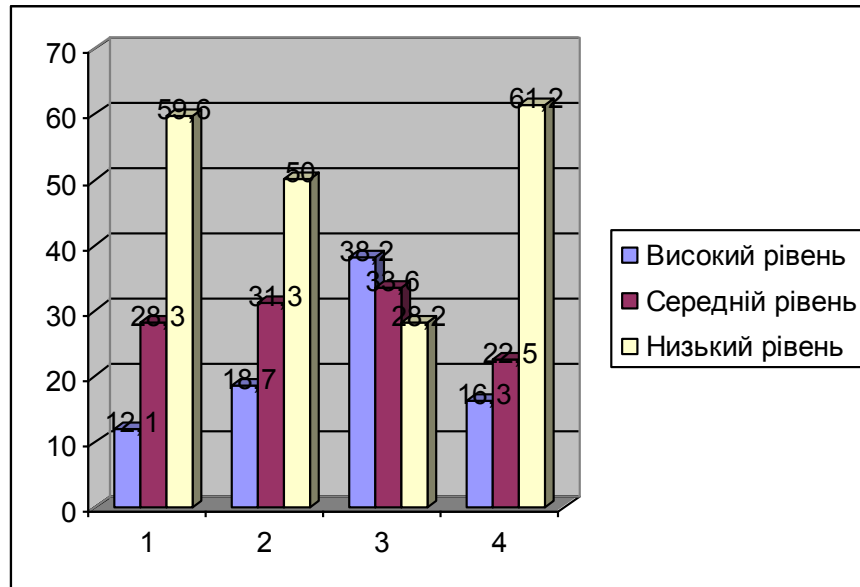


Рис. 1

Розподіл досліджуваних відносно рівнів соціально-психологічної адаптації

Умовні позначки до рис. 1:

- 1 - досліджувані пацієнти (період встановлення діагнозу до 2 місяців;
- 2 - досліджувані пацієнти (період встановлення діагнозу близько 1 року);
- 3 - досліджувані пацієнти (період встановлення діагнозу від 1 і більше років);
- 4 - здорові досліджувані.

Опитувальник оволодіваючої поведінки СОП С. Фолкмана, Р. Лазаруса адаптований В.М. Бехтеревім

Дослідження оволодіваючої поведінки ґрунтується на розумінні того, що кожна людина, яка піддається впливу неординарних життєвих умов, які

у нашому випадку представлені чинниками захворювання, вибирає відповідну стратегію, яка сприяє її адаптації до нових умов й відрізняється за своїми якісними показниками.

Динамічні показники стратегій оволодіваючої поведінки проявляються у підвищенні рівня вираженості конструктивних стратегій на фоні зниження вираження деструктивних (Таблиці 2.2.8-2.2.10).

Таблиця 10

**Розподіл показників оволодіваючої поведінки пацієнтів
на ранньому етапі хвороби
(до 2-х місяців після встановлення діагнозу) у %**

№	Показники оволодіваючої поведінки	Група досліджуваних	
		хворі на феохромоцитомну дисфункцією	досліджувані у яких наднирники є здоровими
1	Конфронтація	43,1	8,2
2	Дистанціювання	22,4	1,8
3	Самоконтроль	5,1	28,2
4	Пошук соціальної підтримки	1,6	12,6
5	Прийняття відповідальності	0,7	24,5
6	Втеча-уникнення	21,2	2,5
7	Планування вирішення проблеми	4,1	16,4
8	Позитивна переоцінка	1,8	5,8

Враховуючи результати представлені у таблиці варто відзначити домінування конфронтації та втечі-уникнення у системі оволодіваючої поведінки хворих на феохромоцитомну дисфункцією. Ці стратегії у загальному вигляді зумовлюють пасивно-насторожену систему поведінки, яка в цілому ускладнює взаємодію із оточуючими в цілому та лікарем, зокрема.

Представимо отримані нами результати графічно у вигляді рис. 2.2.1.

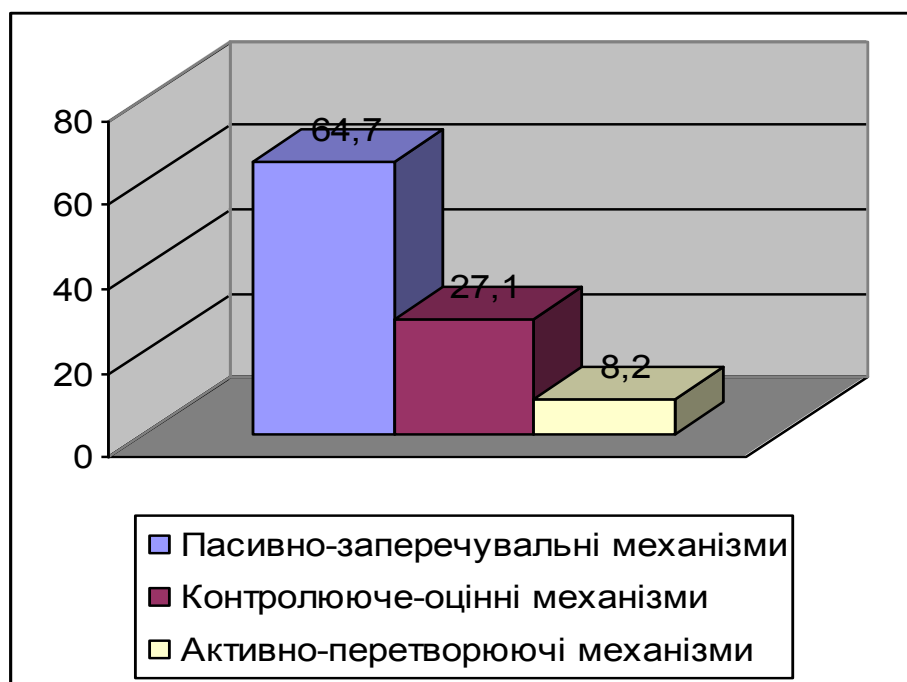


Рис. 2.2.1

**Розподіл досліджуваних у відповідності із механізмами
оволодіваючої поведінки на ранньому етапі хвороби
(до 2-х місяців після встановлення діагнозу) у %**

Тепер перейдемо до аналізу результатів пацієнтів які живуть із хворобою близько 1 року.

Таблиця 2.2.9

**Розподіл показників оволодіваючої поведінки
пацієнтів, які живуть із хворобою близько 1 року
(середньо-продовжений етап) у %**

№	Показники оволодіваючої поведінки	Група досліджуваних	
		хворі на феохромоцитомну дисфункцією	досліджувані у яких наднирники є здоровими
1	Конфронтація	24,1	8,2
2	Дистанціювання	11,4	1,8
3	Самоконтроль	15,1	28,2
4	Пошук соціальної підтримки	7,6	12,6
5	Прийняття відповідальності	14,7	24,5
6	Втеча-уникнення	4,2	2,5
7	Планування вирішення проблеми	9,1	16,4
8	Позитивна переоцінка	13,8	5,8

Показники оволодіваючої поведінки пацієнтів, які живуть із хворобою протягом одного і більше року (етап звикання до хвороби) відзначаються в цілому домінуванням пошуку соціальної підтримки, позитивної переоцінки та планування вирішення проблем.

Представимо отримані нами результати графічно (рис. 2.2.2)

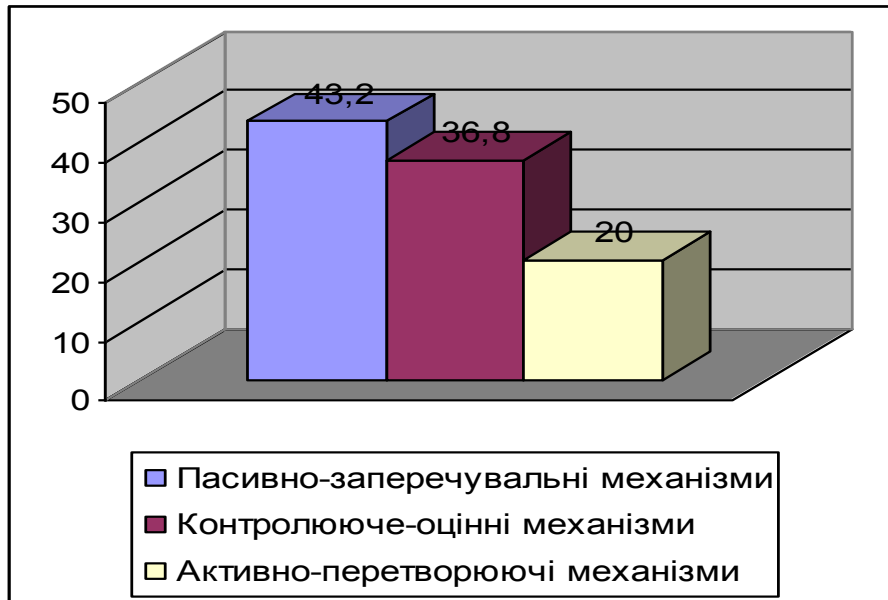


Рис. 2.2.2

Розподіл досліджуваних у відповідності із механізмами оволодіваючої поведінки які живуть із хворобою протягом одного року (середньо-продовгований етап) у %

Структура оволодіваючої поведінки описана вище у відповідності із показниками таблиць 2.2.9 дозволяє говорити про наявність пасивно-заперечувальних, контролююче-оцінних та активно-перетворюючих механізмів оволодіваючої поведінки, які виражаються у поведінці досліджуваних.

Тепер можемо показати якісні результати досліджуваних у відповідності із показників оволодіваючої поведінки пацієнтів, які живуть із хворобою протягом одного і більше року (етап звикання до хвороби) у %.

Таблиця 2.2.10

**Розподіл показників оволодіваючої поведінки
пацієнтів, які живуть із хворобою протягом одного і більше року
(етап звикання до хвороби) у %**

№	Показники оволодіваючої поведінки	Група досліджуваних	
		хворі на феохромоцитомну дисфункцією	досліджувані у яких наднирники є здоровими
1	Конфронтація	14,1	8,2
2	Дистанціювання	9,4	1,8
3	Самоконтроль	15,1	28,2
4	Пошук соціальної підтримки	5,6	12,6
5	Прийняття відповідальності	18,7	24,5
6	Втеча-уникнення	4,2	2,5
7	Планування вирішення проблеми	12,2	16,4
8	Позитивна переоцінка	19,8	5,8

Представимо отримані нами результати графічно (рис. 2.2.3).

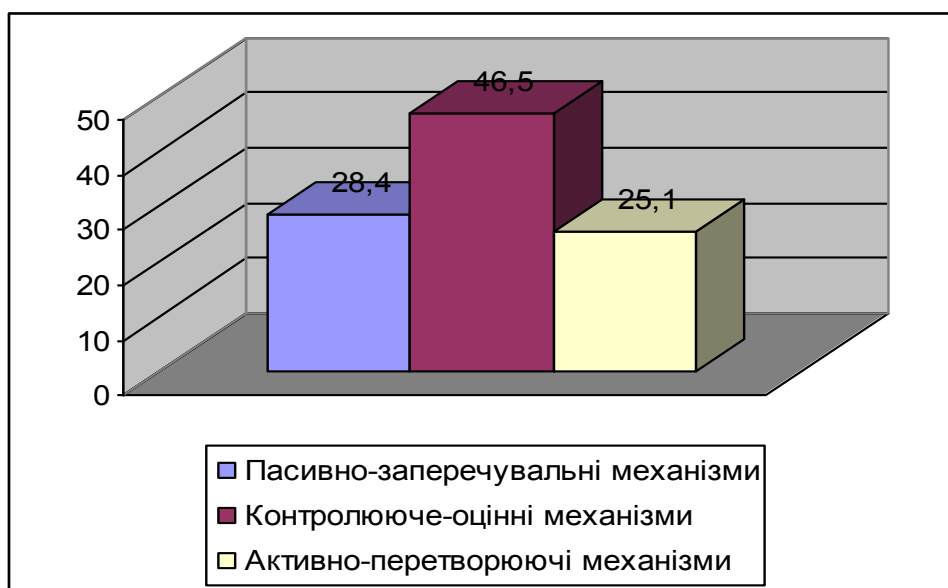


Рис. 2.2.3

**Розподіл досліджуваних у відповідності механізмами
оволодіваючої поведінки які живуть із хворобою протягом одного і
більше року (етап звикання до хвороби) у %**

Зобразимо таблицю результатів по групі здорових досліджуваних у вигляді рис. 2.2.4

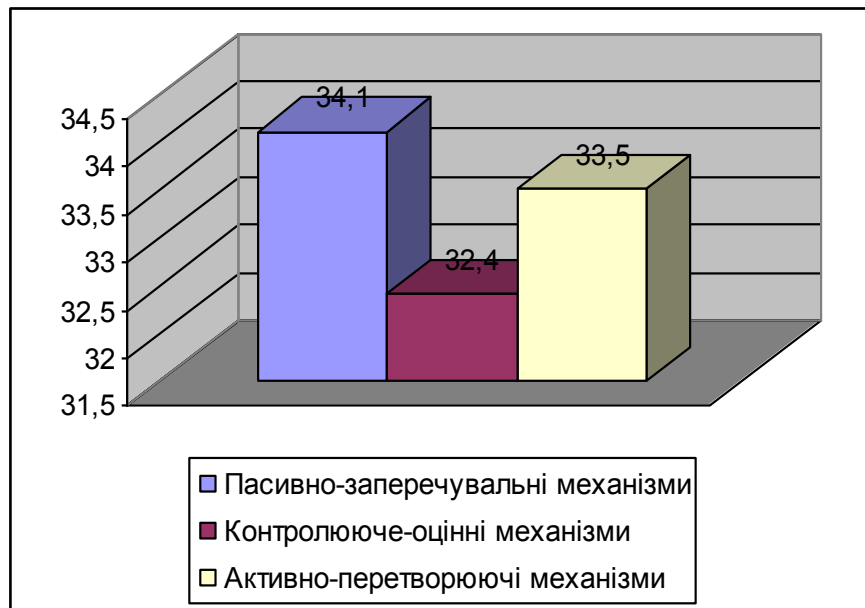


Рис. 2.2.4

Розподіл досліджуваних у відповідності із механізмами оволодіваючої характерними для поведінки здорових досліджуваних у %

Узагальнені результати дослідження представлено у вигляді зведеного графіку Рис. 2.2.5

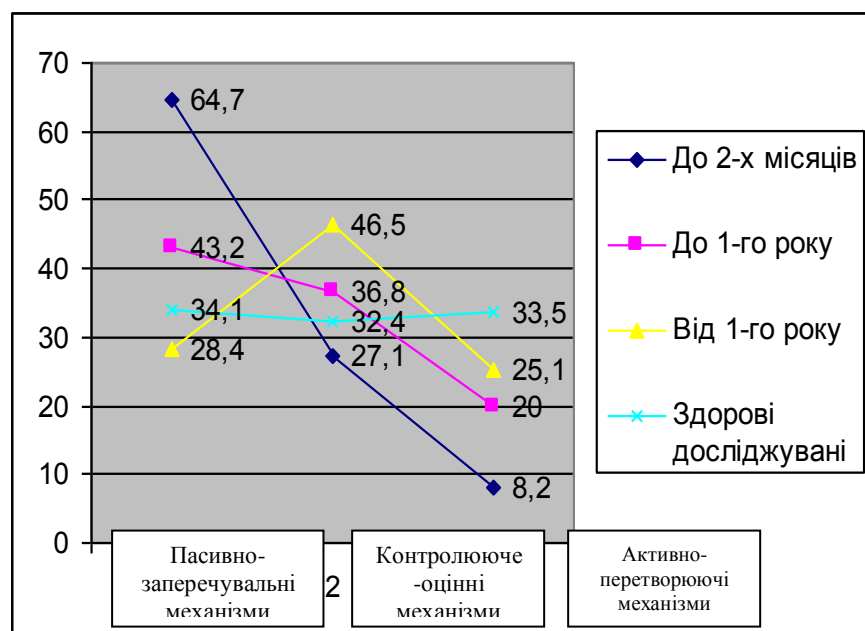


Рис. 2.2.5

Розподіл досліджуваних у відповідності із механізмами оволодіваючої поведінки характерними для їх поведінки вираженої на кожному із етапів переживання захворювання

Динаміка розвитку показників діаграми свідчить про підвищення рівня впливу адаптивно-перетворюючих механізмів із збільшенням часу від моменту постановки діагнозу «феохромоцитомна дисфункція».

Методика «Ціннісні орієнтації М. Рокіча»

Розподіл ціннісних орієнтацій дав можливість встановити рівень взаємодії термінальних та інструментальних цінностей у групі досліджуваних (Табл. 2.2.11). Варто зазначити, що будуючи таблиці, ми зосереджувались на тому чи іншому домінуванні ціннісних орієнтацій. Пояснимо їх. Домінування інструментальних цінностей свідчить про оволодіння досліджуваними тими чи іншими способами та методами діяльності при відсутності чітких уявлень про необхідність досягнення того чи іншого результату лікувально-діагностичного характеру.

Поклавши в основу диференціації досліджуваних домінування тих чи інших цінностей, ми виходили з наступних міркувань. Домінування термінальних цінностей свідчить про те, що уявлення досліджуваного не співпадають із реальними способами досягнення бажаного результату, вираженого у тих чи інших термінах.

Баланс цінностей відображає найбільш якісну систему побудови ціннісно-орієнтаційних уявлень, при якій уявлення про досягнення тих чи інших потреб, виражених у сукупності термінальних цінностей, та способи їх реалізації (інструментальні цінності) перебувають у гармонічній єдності й тим самим мотивують поведінку людини у відповідності із об'єктивними умовами життєдіяльності.

Таблиця 2.2.11

Розподіл ціннісних орієнтацій пацієнтів на ранньому етапі хвороби (до 2-х місяців після встановлення діагнозу) у %

№	Розподіл ціннісних орієнтацій	Група досліджуваних	
		хворі на феохромоцитомну дисфункцією	досліджувані у яких наднирники є здоровими
1	домінування інструментальних цінностей	43,6	38,4

Продовження таблиці 2.2.11

2	домінування термінальних цінностей	56,1	24,1
3	баланс цінностей	0,3	37,5

Проаналізувавши таблицю 2.2.11 ми можемо говорити про те, що серед досліджуваних хворих на фехроцитомну дисфункцію домінують термінальні цінності.

Таблиця 2.2.12

Розподіл ціннісних орієнтацій які живуть із хворобою протягом одного року (середньо-продовжений етап) у %

№	Розподіл ціннісних орієнтацій	Група досліджуваних	
		хворі на фехроцитомну дисфункцією	досліджувані у яких наднирники є здоровими
1	домінування інструментальних цінностей	45,3	38,4
2	домінування термінальних цінностей	38,9	24,1
3	баланс цінностей	15,8	37,5

Отже, як зрозуміло із таблиці 2.2.12 для досліджуваних цієї групи хворих на фехроцитомну дисфункцію характерне переважання інструментальних цінностей.

Таблиця 2.2.13

Розподіл показників соціально-психологічної адаптації у пацієнтів, які живуть із хворобою протягом одного і більше року (етап звикання до хвороби) у %

№	Розподіл ціннісних орієнтацій	Група досліджуваних	
		хворі на фехроцитомну дисфункцією	досліджувані у яких наднирники є здоровими
1	домінування інструментальних цінностей	23,3	38,4
2	домінування термінальних цінностей	28,5	24,1
3	баланс цінностей	48,2	37,5

Досліджувані хворі на фехроцитомну дисфункцію схильні до

банасу ціннісних орієнтацій.

Представимо звідну таблицю по досліджуваним параметрам (табл. 2.2.14).

Таблиця 2.2.14
Розподіл ціннісних орієнтацій пацієнтів (у %)

№	Розподіл ціннісних орієнтацій	Група досліджуваних					
		ранній період хвороби (до 2-х місяців після встановлення діагнозу)		період після встановлення діагнозу близько 1 року (середньо-продовжений етап)		період після встановлення діагнозу 1 рік і більше (етап звикання до хвороби)	
		хворі на ф.д.	здорові	хворі на ф.д.	здорові	хворі на ф.д.	здорові
1	домінування інструментальних цінностей	43,6	38,4	45,3	38,4	23,3	38,4
2	домінування термінальних цінностей	56,1	24,1	38,9	24,1	28,5	24,1
3	баланс цінностей	0,3	37,5	15,8	37,5	48,2	37,5

Таким чином, можна говорити про те, що дисбаланс ціннісних орієнтацій у бік термінальних чи інструментальних цінностей характерний для першого та другого (середньо-продовженого) етапів.

Поряд із цим етап звикання до хвороби можна охарактеризувати, як такий, для якого характерним є поява яскраво виражених тенденцій до балансу ціннісних орієнтацій (Рис. 2.2.6).

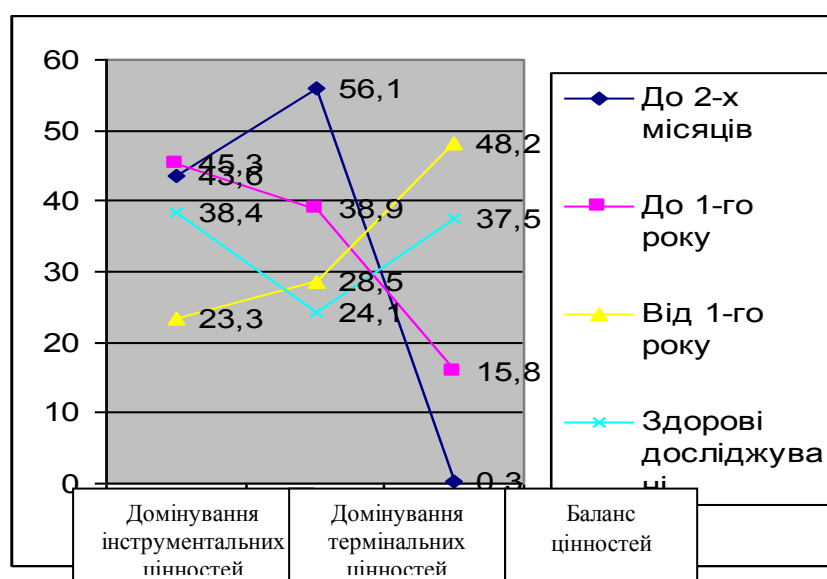


Рис. 2.2.6

Розподіл досліджуваних у відповідності із показниками ціннісних орієнтацій характерними для їх поведінки вираженої на

кожному із етапів переживання захворювання

Зростання рівня балансу ціннісних орієнтацій у пацієнтів на третьому етапі дослідження свідчить про те, що вони починають адекватно сприймати хворобу з точки зору власної перетворюючої активності й тим самим адаптуватись (займати конструктивну позицію у процесі лікування).

Тест-опитувальник механізмів психологічного захисту (Life Style Index) Р. Плутчика. Визначення психологічного змісту захисних механізмів свідчить про те, що основними чинниками, характерними для пацієнтів на різних етапах хвороби, являються: домінування протилежних за психологічним значенням й поведінковим вираженням показників захисту; реакція заперечення.

Проаналізувавши результати тесту, ми можемо говорити про зростання рівня раціоналізації з точки зору рівнів психологічного захисту пацієнтів від витіснення й заперечення до компенсації й раціоналізації.

На основі аналізу продуктів діяльності у вигляді карт пацієнтів із відповідними аналізами нами виявлено наступні рівні успішності лікувально-профілактичних заходів:

- низький рівень. Цей рівень характеризується відсутністю позитивного результату лікувальних заходів на тлі яскравих негативних реакцій пацієнта, зокрема, таких, як заперечення факту хвороби, звинувачення інших та самозвинувачення, а також хаотичний пошук засобів та способів лікування, тощо. На цьому рівні взаємодія між лікарем є формальною та не містить конструктивного діалогу й довіри;

- середній рівень виражається тимчасовістю результатів лікувального процесу й нестабільністю його наслідків для пацієнта. Соціально-психологічним підґрунтям цього етапу є активне ставлення до хвороби та несистематичне лікування, зокрема, його поляризоване вираження з точки зору прийняття фігури лікаря як значущої у процесі лікувально-діагностичної й профілактичної діяльності;

- високий рівень включає у себе свідоме ставлення до хвороби, бажання вилікуватись, дотримуючись відповідних приписів лікаря при відсутності тенденцій до самолікування, що в цілому є підставою для підтвердження прийняття пацієнтом конструктивної позиції за основу лікування.

Представимо результати визначення кореляційного взаємозв'язку між рівнем адаптації та формою захисних механізмів властивих пацієнтам з точки зору сукупності досліджуваних компонентів (табл. 2.2.15).

Таблиця 2.2.15

**Розподіл механізмів психологічного захисту пацієнтів на
ранньому етапі хвороби
(до 2-х місяців після встановлення діагнозу) у %**

№	Механізми психологічного захисту	Група досліджуваних	
		хворі на феохромоцитомну дисфункцією	Досліджувані у яких наднирники є здоровими
1	Витіснення	12,1	0,5
2	Регресія	21,3	2
3	Заміщення	13,4	15,9
4	Заперечення	16,1	11,8
5	Проекція	10,4	3
6	Компенсація	13,3	14
7	Гіперкомпенсація	12,1	2
8	Раціоналізація	1,3	50,8

Таблиця 2.2.16

Розподіл механізмів психологічного захисту які живуть із хворобою протягом одного і більше року (середньо-продовгований етап) у %

№	Механізми психологічного захисту	Група досліджуваних	
		хворі на феохромоцитомну дисфункцією	Досліджувані у яких наднирники є здоровими
1	Витіснення	3	0,5
2	Регресія	6,7	2
3	Заміщення	11,8	15,9
4	Заперечення	9,4	11,8
5	Проекція	21	3
6	Компенсація	19,6	14
7	Гіперкомпенсація	14	2
8	Раціоналізація	14,5	50,8

Таблиця 2.2.17

Розподіл механізмів психологічного захисту які живуть із хворобою протягом одного і більше року (етап звикання до хвороби) у %

№	Механізми психологічного захисту	Група досліджуваних	
		хворі на феохромоцитомну дисфункцією	Досліджувані у яких наднирники є здоровими
1	Витіснення	1,3	0,5
2	Регресія	2,3	2
3	Заміщення	9	15,9
4	Заперечення	4,6	11,8
5	Проекція	17,9	3
6	Компенсація	15,3	14
7	Гіперкомпенсація	5,6	2
8	Раціоналізація	44	50,8

Представимо отримані нами результати у відповідності із домінуючими тандемними механізмами психологічного захисту пацієнтів (табл. 20).

Таблиця 2.2.18

**Розподіл досліджуваних відповідно домінуючих тандемних
механізмів психологічного захисту**

Категорія досліджуваних	Механізми психологічного захисту		
	витіснення + заперечення	проекція + компенсація	компенсація + раціоналізація
Досліджувані пацієнти (період встановлення діагнозу до 2 місяців)	56,2	39,4	4,4
Досліджувані пацієнти (період встановлення діагнозу близько 1 року)	47,1	44,2	8,7
Досліджувані пацієнти (період встановлення діагнозу від 1 і більше років)	32,4	46,1	21,5
Здорові досліджувані	32,4	36,3	31,3

Таким чином, ми можемо говорити про зростання рівня раціоналізації з точки зору рівнів психологічного захисту пацієнтів від витіснення й заперечення до компенсації й раціоналізації.

Як видно із таблиці 20, для періоду встановлення діагнозу до 2 місяців характерний механізм витіснення й заперечення; період встановлення діагнозу близько 1 року традиційно пов'язаний із механізмом проекції та компенсації; період встановлення діагнозу від 1 і більше років виражений механізмами компенсації і раціоналізації.

Відтак, ми можемо говорити про існування наступних показників, які характеризують виділені нами категорії досліджуваних:

- пацієнт поступово переходить від переживання вакууму (пасивна реакція відгородження від світу, не прийняття інформації) й хаосу (хаотичні рухи бік виліковування) з точки зору не прийняття процесу лікування чи прийняття процесу лікування через реакції витіснення й заперечення;

- полярність не прийняття процесу лікування – прийняття процесу лікування й вмінням оцінити реальні результати прийнятої позиції по відношенню до процесу лікування чи перегляд власної позиції є

відображенням дії такого механізму психологічного захисту, як заперечення та компенсація;

- перегляд власної позиції і як наслідок - адаптації (прийняття конструктивної позиції в процесі лікування) / дезадаптації (прийняття деструктивної позиції в процесі лікування) пацієнтів у період встановлення діагнозу від 1 і більше років виражається у активності такого захисного механізму, як компенсація й раціоналізація.

Метод аналізу продуктів діяльності

Мета: встановлення рівня успішності лікувально-профілактичних заходів та їх поведінково-реактивного вираження.

На основі аналізу продуктів діяльності нами виявлено наступні рівні успішності лікувально-профілактичних заходів:

- низький рівень. Цей рівень характеризується відсутністю позитивного результату лікувальних заходів на фоні яскравих негативних реакцій пацієнта, зокрема, таких, як заперечення факту хвороби, звинувачення інших та самозвинувачення, а також хаотичний пошук засобів та способів лікування, тощо;

- середній рівень виражається тимчасовістю результатів лікувального процесу й не стабільністю його наслідків для пацієнта. Соціально-психологічним підґрунтям цього етапу являється активне ставлення до хвороби та не систематичне лікування, зокрема, його поляризоване вираження з точки зору прийняття процесу лікування;

- високий рівень включає у себе свідоме ставлення до хвороби, бажання вилікуватись дотримуючись відповідних приписів лікаря при відсутності тенденцій до самолікування, що в цілому є підставою для підтвердження прийняття пацієнтом конструктивної позиції за основу лікування.

Важливо також відмітити, що чим вищим є рівень успішності лікувально-профілактичних заходів, тим вищим є рівень прийняття позиції лікаря з точки зору пацієнта й відповідно, включення його, як

деякого куратора у процес лікування.

Представимо отримані нами результати у вигляді таблиць 2.2.19-2.2.21.

Таблиця 19

Розподіл пацієнтів на ранньому етапі хвороби (до 2-х місяців після встановлення діагнозу) за рівнем успішності лікувально-профілактичних заходів у %

№	Рівні успішності лікувально-профілактичних заходів	Група досліджуваних	
		хворі на феохромоцитомну дисфункцією	Досліджувані у яких наднирники є здоровими
1	низький	89,3	37,9
2	середній	8,8	29,5
3	високий	1,9	32,6

Таблиця 2.2.20

Розподіл ціннісних орієнтацій пацієнтів які живуть із хворобою протягом одного і більше року (середньо-продовгований етап) у %

№	Рівні успішності лікувально-профілактичних заходів	Група досліджуваних	
		хворі на феохромоцитомну дисфункцією	Досліджувані у яких наднирники є здоровими
1	низький	45,6	37,9
2	середній	39,8	29,5
3	високий	14,6	32,6

Таблиця 2.2.21

Розподіл ціннісних орієнтацій пацієнтів які живуть із хворобою протягом одного і більше року (етап звикання до хвороби) у %

№	Рівні успішності лікувально-профілактичних заходів	Група досліджуваних	
		хворі на феохромоцитомну дисфункцією	Досліджувані у яких наднирники є здоровими
1	низький	24,1	37,9
2	середній	28,9	29,5
3	високий	47	32,6

Таким чином, варто констатувати, що успішності лікувально-

профілактичних заходів тим, вища чим вищим являється рівень усвідомлення пацієнтами власного стану й стійкість у реалізації способів та засобів його змінення, зокрема, через усвідомлення конструктивності позиції лікаря.

Поряд із цим нами було встановлено ступінь ефективності взаємодії на рівні лікар-пацієнт. Розглянемо отримані нами результати у вигляді табл. 2.2.22-2.2.24.

Таблиця 2.2.22

Розподіл пацієнтів раннього етапі хвороби (до 2-х місяців після встановлення діагнозу) за ступенем ефективності взаємодії на рівні лікар-пацієнт у %

№	Ступінь ефективності взаємодії на рівні лікар-пацієнт	Група досліджуваних	
		хворі на феохромоцитомну дисфункцією	Досліджувані у яких наднирники є здоровими
1	низько ефективний	55,3	18,5
2	не стійкий	36,9	29,4
3	високо ефективний	7,8	41,6

Таблиця 2.2.23

Розподіл пацієнтів які живуть із хворобою протягом одного і більше року (середньо-продовжений етап) за ступенем ефективності взаємодії на рівні лікар-пацієнт у %

№	Ступінь ефективності взаємодії на рівні лікар-пацієнт	Група досліджуваних	
		хворі на феохромоцитомну дисфункцією	Досліджувані у яких наднирники є здоровими
1	низько ефективний	39,1	18,5
2	не стійкий	46,7	29,4
3	високо ефективний	14,2	41,6

Таблиця 2.2.24

Розподіл пацієнтів які живуть із хворобою протягом одного і більше року (етап звикання до хвороби) за ступенем ефективності взаємодії на рівні лікар-пацієнт у %

№	Ступінь ефективності взаємодії на рівні лікар-пацієнт	Група досліджуваних	
		хворі на феохромоцитомну дисфункцією	Досліджувані у яких наднирники є здоровими
1	низько ефективний	21,3	18,5
2	не стійкий	37,9	29,4
3	високо ефективний	40,8	41,6

Градація ступенів ефективності встановлена наступним чином:

- низько ефективний. Цей ступінь відкривається у високій активізації захисних механізмів з точки зору пацієнта та заперечення можливості конструктивного вирішення лікувально-профілактичного процесу. Центральним утворенням цього ступеня є не довіра до лікаря й асоціювання його фігури із хворобою з точки зору пацієнта, точніше – відкритий антагонізм на не усвідомленому (не рефлексивному) рівні;

- не стійкий ступінь проявляється через не систематичність, а точніше епізодичність лікувально-профілактичного процесу. Поряд із цим відсутність чіткого уявлення про прояви хвороби, міфологізація її впливу на життєдіяльність людини на фоні не достатнього рівня довіри лікаря та сприйняття його як деякого конкурента (епізодично рефлексивний рівень);

- високо ефективний ступінь відображається у тому, що пацієнт знаючи про свій стан сприймає лікаря як партнера по взаємодії й відповідно, свідомо прикладає усі зусилля для того аби побороти хворобу (рефлексивний рівень).

Представимо результати визначення кореляційного взаємозв'язку у між рівнем адаптації та формою захисних механізмів властивих пацієнтам з точки зору сукупності досліджуваних компонентів.

Представимо отримані нами результати у вигляді таблиць 2.2.25-2.2.27.

Таблиця 2.2.25

**Співвіднесення основних досліджуваних показників пацієнтів
на ранньому етапі хвороби
(до 2-х місяців після встановлення діагнозу)**

№	Досліджувані показники		
1	Рівень соціально-психологічної адаптації		
	середній	високий	низький
	28,3	12,1	59,6
2	Ступінь ефективності взаємодії на рівні лікар-пацієнт		
	36,9	7,8	55,3
3	Розподіл ціннісних орієнтацій		
	домінування інструментальних цінностей	домінування термінальних цінностей	баланс цінностей
	43,6	56,1	0,3
4	Механізми оволодіваючої поведінки		
	пасивно-заперечувальні	контролююче-оцінні	активно-перетворюючі
	64,7	27,1	8,2
5	Захисні механізми		
	витіснення + заперечення	проекція + компенсація	компенсація + раціоналізація
	56,2	39,4	4,4

Проведемо кореляційний аналіз досліджуваних показників та їх впливу на рівень соціально-психологічної адаптації.

1) Коефіцієнт рангової кореляції Спірмена. Присвоїмо ранги ознаці Y і фактору X (рівень соціально-психологічної адаптації та ступінь ефективності взаємодії на рівні лікар-пацієнт).

X	Y	ранг X, d _x	ранг Y, d _y
55.3	59.6	3	3
36.9	28.3	2	2
7.8	12.1	1	1

Матриця рангів

ранг X, d _x	ранг Y, d _y	(d _x - d _y) ²
3	3	0
2	2	0
1	1	0
6	6	0

Перевірка правильності складання матриці на основі вираховування

контрольної суми: $\sum x_{ij} = \frac{(1+n)n}{2} = \frac{(1+3)3}{2} = 6$

Сума по стовпчикам матриці рівні між собою и контрольною сумою, значить, матрицю складено правильно. За формулою вирахуємо коефіцієнт рангової кореляції Спірмена.

$$r = 1 - 6 \frac{\sum d^2}{n^3 - n}$$

$$r = 1 - 6 \frac{0}{3^3 - 3} = 1$$

Зв'язок між ознакою Y і фактором X сильний та прямий.

2) Коефіцієнт рангової кореляції Спірмена. Присвоїмо ранги ознаці Y і фактору X (рівень соціально-психологічної адаптації; розподіл ціннісних орієнтацій)

X	Y	ранг X, d _x	ранг Y, d _y
0.3	59.6	1	3
56.1	28.3	3	2
43.6	12.1	2	1

Матриця рангів

ранг X, d _x	ранг Y, d _y	(d _x - d _y) ²
1	3	4
3	2	1
2	1	1
6	6	6

Перевірка правильності складання матриці на основі вираховування контрольної суми: $\sum x_{ij} = \frac{(1+n)n}{2} = \frac{(1+3)3}{2} = 6$

Сума по стовпчикам матриці рівні між собою и контрольною сумою, значить, матрицю складено правильно. За формулою вирахуємо коефіцієнт рангової кореляції Спірмена.

$$r = 1 - 6 \frac{\sum d^2}{n^3 - n}$$

$$r = 1 - 6 \frac{6}{3^3 - 3} = -0.5$$

Зв'язок між ознакою Y і фактором X помірний та обернений.

3) Коефіцієнт рангової кореляції Спірмена. Присвоїмо ранги ознаці Y і фактору X (рівень соціально-психологічної адаптації та механізми оволодіваючої поведінки).

X	Y	ранг X, d _x	ранг Y, d _y
8.2	59.6	1	3
27.1	28.3	2	2
64.7	12.1	3	1

Матриця рангів

ранг X, d _x	ранг Y, d _y	(d _x - d _y) ²
1	3	4
2	2	0
3	1	4
6	6	8

Перевірка правильності складання матриці на основі вирахування

контрольної суми: $\sum x_{ij} = \frac{(1+n)n}{2} = \frac{(1+3)3}{2} = 6$

Сума по стовпчикам матриці рівні між собою и контрольною сумою, значить, матрицю складено правильно. За формулою вираховуємо коефіцієнт рангової кореляції Спірмена.

$$p = 1 - 6 \frac{\sum d^2}{n^3 - n}$$

$$p = 1 - 6 \frac{8}{3^3 - 3} = -1$$

1) Зв'язок між ознакою Y і фактором X сильний та обернений.

Коефіцієнт рангової кореляції Спірмена. Присвоїмо ранги ознаці Y і фактору X (рівень соціально-психологічної адаптації та захисні механізми).

X	Y	ранг X, d _x	ранг Y, d _y
4.4	59.6	1	3
39.4	28.3	2	2
56.2	12.1	3	1

Матриця рангів

ранг X, d _x	ранг Y, d _y	(d _x - d _y) ²
1	3	4
2	2	0
3	1	4
6	6	8

Перевірка правильності складання матриці на основі вирахування

контрольної суми: $\sum x_{ij} = \frac{(1+n)n}{2} = \frac{(1+3)3}{2} = 6$

Сума по стовпчикам матриці рівні між собою и контрольною сумою, значить, матрицю складено правильно. За формулою вираховуємо коефіцієнт

рангової кореляції Спірмена.

$$r = 1 - 6 \frac{\sum d^2}{n^3 - n}$$

$$r = 1 - 6 \frac{8}{3^3 - 3} = -1$$

Зв'язок між ознакою Y і фактором X сильний та обернений.

Таблиця 2.2.26

Співвіднесення основних досліджуваних показників пацієнтів які живуть із хворобою протягом одного і більше року (середньо-продовжений етап) у %

№	Досліджувані показники		
1	Рівень соціально-психологічної адаптації		
	середній	високий	низький
	18,7	31,3	50
2	Ступінь ефективності взаємодії на рівні лікар-пацієнт		
	не стійкий	високо ефективний	низько ефективний
	46,7	14,2	39,1
3	Розподіл ціннісних орієнтацій		
	домінування інструментальних цінностей	домінування термінальних цінностей	баланс цінностей
	45,3	38,9	15,8
4	Механізми оволодіваючої поведінки		
	пасивно-заперечувальні	контролююче-оцінні	активно-перетворюючі
	43,2	36,8	20
5	Захисні механізми		
	витіснення + заперечення	проекція + компенсація	компенсація + раціоналізація
	47,1	44,2	8,7

1) Коефіцієнт рангової кореляції Спірмена. Присвоїмо ранги ознаці Y і фактору X (рівень соціально-психологічної адаптації та ступінь ефективності взаємодії на рівні лікар-пацієнт).

X	Y	ранг X, d _x	ранг Y, d _y
39.1	50	2	3
14.2	31.3	1	2
46.7	18.7	3	1

Матриця рангів

ранг X, d _x	ранг Y, d _y	(d _x - d _y) ²
2	3	1
1	2	1
3	1	4
6	6	6

Перевірка правильності складання матриці на основі вирахування

контрольної суми:
$$\sum x_{ij} = \frac{(1+n)n}{2} = \frac{(1+3)3}{2} = 6$$

Сума по стовпчикам матриці рівні між собою и контрольною сумою, значить, матрицю складено правильно. За формулою вирахуємо коефіцієнт рангової кореляції Спірмена.

$$p = 1 - 6 \frac{\sum d^2}{n^3 - n}$$

$$p = 1 - 6 \frac{6}{3^3 - 3} = -0.5$$

Зв'язок між ознакою Y і фактором X помірний та обернений.

2) Коефіцієнт рангової кореляції Спірмена. Присвоїмо ранги ознаці Y і фактору X (рівень соціально-психологічної адаптації; розподіл ціннісних орієнтацій)

X	Y	ранг X, d _x	ранг Y, d _y
15.8	50	1	3
38.9	31.3	2	2
45.3	18.7	3	1

Матриця рангів

ранг X, d _x	ранг Y, d _y	(d _x - d _y) ²
1	3	4
2	2	0
3	1	4
6	6	8

Перевірка правильності складання матриці на основі вирахування

контрольної суми:
$$\sum x_{ij} = \frac{(1+n)n}{2} = \frac{(1+3)3}{2} = 6$$

Сума по стовпчикам матриці рівні між собою и контрольною сумою, значить, матрицю складено правильно. За формулою вирахуємо коефіцієнт рангової кореляції Спірмена.

$$p = 1 - 6 \frac{\sum d^2}{n^3 - n}$$

$$p = 1 - 6 \frac{8}{3^3 - 3} = -1$$

Зв'язок між ознакою Y і фактором X сильний та обернений.

3) Коефіцієнт рангової кореляції Спірмена. Присвоїмо ранги ознаці

Y і фактору X (рівень соціально-психологічної адаптації та механізми оволодіваючої поведінки)

X	Y	ранг X, d _x	ранг Y, d _y
20	50	1	3
36.8	31.3	2	2
43.2	18.7	3	1

Матриця рангів

ранг X, d _x	ранг Y, d _y	(d _x - d _y) ²
1	3	4
2	2	0
3	1	4
6	6	8

Перевірка правильності складання матриці на основі вирахування

контрольної суми: $\sum x_{ij} = \frac{(1+n)n}{2} = \frac{(1+3)3}{2} = 6$

Сума по стовпчикам матриці рівні між собою и контрольною сумою, значить, матрицю складено правильно. За формулою вирахуємо коефіцієнт рангової кореляції Спірмена.

$$r = 1 - 6 \frac{\sum d^2}{n^3 - n}$$

$$r = 1 - 6 \frac{8}{3^3 - 3} = -1$$

Зв'язок між ознакою Y і фактором X сильний та обернений.

4) Коефіцієнт рангової кореляції Спірмена. Присвоїмо ранги ознаці Y і фактору X (рівень соціально-психологічної адаптації та захисні механізми)

X	Y	ранг X, d _x	ранг Y, d _y
8.7	50	1	3
44.2	31.3	2	2
47.1	18.7	3	1

Матриця рангів

ранг X, d _x	ранг Y, d _y	(d _x - d _y) ²
1	3	4
2	2	0
3	1	4
6	6	8

Перевірка правильності складання матриці на основі вирахування

контрольної суми: $\sum x_{ij} = \frac{(1+n)n}{2} = \frac{(1+3)3}{2} = 6$

Сума по стовпчикам матриці рівні між собою и контрольною сумою, значить, матрицю складено правильно. За формулою вирахуємо коефіцієнт рангової кореляції Спірмена.

$$p = 1 - 6 \frac{\sum d^2}{n^3 - n}$$

$$p = 1 - 6 \frac{8}{3^3 - 3} = -1$$

Зв'язок між ознакою Y і фактором X сильний та обернений.

Таблиця 2.2.27

**Співвіднесення основних досліджуваних показників пацієнтів
які живуть із хворобою протягом одного і більше року
(етап звикання до хвороби) у %**

№			
1	Рівень соціально-психологічної адаптації		
	середній	високий	низький
	33,6	38,2	28,2
2	Ступінь ефективності взаємодії на рівні лікар-пацієнт		
	не стійкий	високо ефективний	низько ефективний
	37,9	40,8	21,3
3	Розподіл ціннісних орієнтацій		
	домінування інструментальних цінностей	домінування термінальних цінностей	баланс цінностей
	23,3	28,5	48,2
4	Механізми оволодіваючої поведінки		
	пасивно-заперечувальні	контролююче-оцінні	активно-перетворюючі
	28,4	46,5	25,1
5	Захисні механізми		
	витіснення + заперечення	проекція + компенсація	компенсація + раціоналізація
	32,4	46,1	21,5

1) Коефіцієнт рангової кореляції Спірмена. Присвоїмо ранги ознаці Y і фактору X (рівень соціально-психологічної адаптації та ступінь ефективності взаємодії на рівні лікар-пацієнт).

X	Y	ранг X, d _x	ранг Y, d _y
21.3	28.2	1	1
40.8	38.2	3	3
37.9	33.6	2	2

Матриця рангів

ранг X, d_x	ранг Y, d_y	$(d_x - d_y)^2$
1	1	0
3	3	0
2	2	0
6	6	0

Перевірка правильності складання матриці на основі вирахування

контрольної суми:
$$\sum x_{ij} = \frac{(1+n)n}{2} = \frac{(1+3)3}{2} = 6$$

Сума по стовпчикам матриці рівні між собою и контрольною сумою, значить, матрицю складено правильно. За формулою вираховуємо коефіцієнт рангової кореляції Спірмена.

$$r = 1 - 6 \frac{\sum d^2}{n^3 - n}$$

$$r = 1 - 6 \frac{0}{3^3 - 3} = 1$$

Зв'язок між ознакою Y і фактором X сильний та прямий.

2) Коефіцієнт рангової кореляції Спірмена. Присвоїмо ранги ознаці Y і фактору X (рівень соціально-психологічної адаптації; розподіл ціннісних орієнтацій).

X	Y	ранг X, d_x
38.2	23.3	3
33.6	28.5	2
28.2	48.2	1

Матриця рангів

ранг X, d_x	ранг Y, d_y	$(d_x - d_y)^2$
3	1	4
2	2	0
1	3	4
6	6	8

Перевірка правильності складання матриці на основі вирахування

контрольної суми:
$$\sum x_{ij} = \frac{(1+n)n}{2} = \frac{(1+3)3}{2} = 6$$

Сума по стовпчикам матриці рівна між собою и контрольною сумою, значить, матрицю складено правильно. За формулою вираховуємо коефіцієнт рангової кореляції Спірмена.

$$p = 1 - 6 \frac{\sum d^2}{n^3 - n}$$

$$p = 1 - 6 \frac{8}{3^3 - 3} = -1$$

Зв'язок між ознакою Y і фактором X сильний і обернений.

3) Коефіцієнт рангової кореляції Спірмена. Присвоїмо ранги ознаці Y і фактору X (рівень соціально-психологічної адаптації та механізми оволодіваючої поведінки)

X	Y	ранг X, d _x
38.2	28.4	3
33.6	46.5	2
28.2	25.1	1

Матриця рангів

ранг X, d _x	ранг Y, d _y	(d _x - d _y) ²
3	2	1
2	3	1
1	1	0
6	6	2

Перевірка правильності складання матриці на основі вираховування

контрольної суми: $\sum x_{ij} = \frac{(1+n)n}{2} = \frac{(1+3)3}{2} = 6$

Сума по стовпчикам матриці рівна між собою и контрольною сумою, значить, матрицю складено правильно. За формулою вирахуємо коефіцієнт рангової кореляції Спірмена.

$$p = 1 - 6 \frac{\sum d^2}{n^3 - n}$$

$$p = 1 - 6 \frac{2}{3^3 - 3} = 0.5$$

Зв'язок між ознакою Y і фактором X помірний та прямий.

4) Коефіцієнт рангової кореляції Спірмена. Присвоїмо ранги ознаці Y і фактору X (рівень соціально-психологічної адаптації та захисні механізми).

X	Y	ранг X, d _x
38.2	32.4	3
33.6	46.1	2
28.2	21.5	1

Матриця рангів

ранг X, d_x	ранг Y, d_y	$(d_x - d_y)^2$
3	2	1
2	3	1
1	1	0
6	6	2

Перевірка правильності складання матриці на основі вирахування

контрольної суми:
$$\sum x_{ij} = \frac{(1+n)n}{2} = \frac{(1+3)3}{2} = 6$$

Сума по стовпчикам матриці рівна між собою и контрольною сумою, значить, матрицю складено правильно. За формулою вирахуємо коефіцієнт рангової кореляції Спірмена.

$$p = 1 - 6 \frac{\sum d^2}{n^3 - n}$$

$$p = 1 - 6 \frac{2}{3^3 - 3} = 0.5$$

Зв'язок між ознакою Y і фактором X помірна і пряма.

Таблиця 29

**Співвіднесення основних досліджуваних показників
здорових досліджуваних у %**

№			
1	Рівень соціально-психологічної адаптації		
	середній	високий	низький
	22,5	16,3	61,2
2	Ступінь ефективності взаємодії на рівні лікар-пацієнт		
	не стійкий	високо ефективний	низько ефективний
	37,9	40,8	21,3
3	Розподіл ціннісних орієнтацій		
	домінування інструментальних цінностей	домінування термінальних цінностей	баланс цінностей
	38,4	24,1	37,5
4	Механізми оволодіваючої поведінки		
	пасивно-заперечувальні	контролююче-оцінні	активно-перетворюючі
	34,1	32,4	33,5
5	Захисні механізми		
	витіснення + заперечення	проекція + компенсація	компенсація + раціоналізація
	32,4	36,3	31,3

1) Коефіцієнт рангової кореляції Спірмена. Присвоїмо ранги ознаці Y і фактору X (рівень соціально-психологічної адаптації та ступінь ефективності взаємодії на рівні лікар-пацієнт).

X	Y	ранг X, d _x	ранг Y, d _y
21.3	61.2	1	3
40.8	16.3	3	1
37.9	22.5	2	2

Матриця рангів

ранг X, d _x	ранг Y, d _y	(d _x - d _y) ²
1	3	4
3	1	4
2	2	0
6	6	8

Перевірка правильності складання матриці на основі вирахування

контрольної суми: $\sum x_{ij} = \frac{(1+n)n}{2} = \frac{(1+3)3}{2} = 6$

Сума по стовпчикам матриці рівні між собою и контрольною сумою, значить, матрицю складено правильно. За формулою вираховуємо коефіцієнт рангової кореляції Спірмена.

$$r = 1 - 6 \frac{\sum d^2}{n^3 - n}$$

$$r = 1 - 6 \frac{8}{3^3 - 3} = -1$$

Зв'язок між ознакою Y і фактором X сильний і обернений.

2) Коефіцієнт рангової кореляції Спірмена. Присвоїмо ранги ознаці Y і фактору X (рівень соціально-психологічної адаптації; розподіл ціннісних орієнтацій)

X	Y	ранг X, d _x	ранг Y, d _y
16.3	38.4	1	3
22.5	24.1	2	2
61.2	37.5	3	1

Матриця рангів

ранг X, d _x	ранг Y, d _y	(d _x - d _y) ²
1	3	4
2	1	1
3	2	1
6	6	6

Перевірка правильності складання матриці на основі вирахування

контрольної суми: $\sum x_{ij} = \frac{(1+n)n}{2} = \frac{(1+3)3}{2} = 6$

Сума по стовпчикам матриці рівні між собою и контрольною сумою, значить, матрицю складено правильно. За формулою вирахуємо коефіцієнт рангової кореляції Спірмена.

$$p = 1 - 6 \frac{\sum d^2}{n^3 - n}$$

$$p = 1 - 6 \frac{6}{3^3 - 3} = -0.5$$

Зв'язок між ознакою Y і фактором X помірна і обернена.

3) Коефіцієнт рангової кореляції Спірмена. Присвоїмо ранги ознаці Y і фактору X (рівень соціально-психологічної адаптації та механізми оволодіваючої поведінки)

X	Y	ранг X, d _x	ранг Y, d _y
16.3	34.1	1	3
22.5	32.4	2	2
61.2	33.5	3	1

Матриця рангів

ранг X, d _x	ранг Y, d _y	(d _x - d _y) ²
1	3	4
2	1	1
3	2	1
6	6	6

Перевірка правильності складання матриці на основі вираховування

контрольної суми: $\sum x_{ij} = \frac{(1+n)n}{2} = \frac{(1+3)3}{2} = 6$

Сума по стовпчикам матриці рівні між собою и контрольною сумою, значить, матрицю складено правильно. За формулою вирахуємо коефіцієнт рангової кореляції Спірмена.

$$p = 1 - 6 \frac{\sum d^2}{n^3 - n}$$

$$p = 1 - 6 \frac{6}{3^3 - 3} = -0.5$$

Зв'язок між ознаками Y і фактором X помірна і обернена.

4) Коефіцієнт рангової кореляції Спірмена. Присвоїмо ранги ознаці Y і фактору X (рівень соціально-психологічної адаптації та захисні

механізми)

X	Y	ранг X, d _x	ранг Y, d _y
16.3	32.4	1	3
22.5	36.3	2	2
61.2	31.3	3	1

Матриця рангів

ранг X, d _x	ранг Y, d _y	(d _x - d _y) ²
1	2	1
2	3	1
3	1	4
6	6	6

Перевірка правильності складання матриці на основі вирахування

контрольної суми: $\sum x_{ij} = \frac{(1+n)n}{2} = \frac{(1+3)3}{2} = 6$

Сума по стовпчикам матриці рівні між собою и контрольною сумою, значить, матрицю складено правильно. За формулою вирахуємо коефіцієнт рангової кореляції Спірмена.

$$r = 1 - 6 \frac{\sum d^2}{n^3 - n}$$

$$r = 1 - 6 \frac{6}{3^3 - 3} = -0.5$$

Зв'язок між ознакою Y і фактором X помірна і обернена.

Представимо результати кореляційного аналізу у вигляді звідних таблиць 30-33.

Таблиця 30

Співвіднесення основних досліджуваних показників пацієнтів на ранньому етапі хвороби (до 2-х місяців після встановлення діагнозу)

Досліджувані показники	Рівень соціально-психологічної адаптації та відповідне кореляційне значення
ступінь ефективності взаємодії на рівні лікар-пацієнт	1
розподіл ціннісних орієнтацій	- 0,5
механізми оволодіваючої поведінки	-1
захисті механізми	-1

Таблиця 31

**Співвіднесення основних досліджуваних показників пацієнтів
які живуть із хворобою протягом одного року
(середньо-продовжений етап) у %**

Досліджувані показники	Рівень соціально-психологічної адаптації та відповідне кореляційне значення
ступінь ефективності взаємодії на рівні лікар-пацієнт	-0,5
розподіл ціннісних орієнтацій	-1
механізми оволодіваючої поведінки	-1
захистні механізми	-1

Таблиця 32

**Співвіднесення основних досліджуваних показників пацієнтів
які живуть із хворобою протягом одного і більше року (етап
звикання до хвороби) у %**

Досліджувані показники	Рівень соціально-психологічної адаптації та відповідне кореляційне значення
ступінь ефективності взаємодії на рівні лікар-пацієнт	1
розподіл ціннісних орієнтацій	- 1
механізми оволодіваючої поведінки	0,5
захистні механізми	0,5

Таблиця 33

**Співвіднесення основних досліджуваних показників
здорових досліджуваних у %**

Досліджувані показники	Рівень соціально-психологічної адаптації та відповідне кореляційне значення
ступінь ефективності взаємодії на рівні лікар-пацієнт	-1
розподіл ціннісних орієнтацій	- 0,5
механізми оволодіваючої поведінки	- 0,5
захисні механізми	- 0,5

Спів ставляючи отримані результати ми можемо говорити про те, що існує у середньому слабка кореляція між досліджуваними показниками.

Отже, ми можемо говорити, про те, що досліджувані змінні не є визначальними для успішності лікувально-діагностичного процесу. Поряд

із цим ми можемо відзначити, що сукупність захисних механізмів досліджуваних становить відповідну сукупність розвитку автономних чинників, що у своєму поєднанні визначають конструктивність чи деструктивність лікувально-діагностичного процесу хворих на феохромоциторну дисфункцію.

2.3. Огляд ефективності виконаного комплексу ПКЗ (психологічного компоненту здоров'я)

Дослідження ефективності виконаного комплексу ПКЗ (психологічного компоненту здоров'я) на кожному з етапів лікувально-діагностичному процесу проводилося нами засобами використання контент-аналізу.

Виокремлення категорій роботи пов'язане із узагальненням усіх досліджуваних показників. Відповідно, було виділено такі категорії аналізу:

1) статеві-фізіологічна категорія. Нами встановлено, що найбільше хворіють на феохромоцитомну дисфункцією жінки у порівнянні з чоловіками. Також, варто зазначити, що найбільших фізіологічних змін організм зазнає у період встановлення діагнозу близько 1 року, саме тоді, коли організм людини починає активно боротися із хворобою під час лікування або навпаки стає пасивним із психофізіологічної точки зору;

2) освітньо-трудова категорія. Наше дослідження дозволяє говорити про те, що чим вищим є освітньо-трудова категорія людини, тим менше вона підпадає під ризик захворіти на феохромоцитомну дисфункцією;

3) медико-психологічна категорія включає у себе:

а) рівень адаптації/деадаптації, прийняття/не прийняття самого себе, сприйняття/не сприйняття інших, емоційного комфорту/дискомфорту, внутрішнього/зовнішнього контролю, лідерства/конформізму, есканізму/відходу від проблеми;

б) рівень оволодіваючих механізмів, таких, як: конфронтація, дистанціювання, самоконтроль, пошук соціальної підтримки, прийняття відповідальності, втеча-уникнення, планування вирішення проблеми, позитивна переоцінка сукупність яких виражається у пасивно-заперечувальних, контролююче-оцінних та активно-пертворюючих механізмах оволодіваючої поведінки. Так, чим вище рівень психологічного прийняття стану хвороби, тим вищими є показники медично-лікувального характеру спостережувані у пацієнтів;

в) ціннісно-мотиваційні показники, які відображають структуру термінально-інструментальних цінностей. Так, домінування термінальних чи інструментальних цінностей являється показником дисбалансу. Тоді, як баланс, цінностей відображає таку систему побудови ціннісно-орієнтаційних уявлень, при якій уявлення про досягнення тих чи інших потреб виражених у сукупності термінальних цінностей та способів їх реалізації (інструментальні цінності) знаходяться у гармонічній єдності й тим самим мотивують поведінку людини у відповідності із об'єктивними умовами життєдіяльності;

д) домінуючі механізми психологічного захисту. Основними механізмами психологічного захисту виявленими нами є сукупність витіснення та заперечення; проекції і компенсації; компенсації й раціоналізації.

Відповідно до результатів нашого дослідження зі зростанням часу усвідомлення факту захворювання відбувається переорієнтація пацієнтів від витіснення та заперечення; проекції і компенсації; компенсації й раціоналізації, що відповідно, являється вираженням конструктивної позиції в процесі лікування.

е) категорія успішності лікувально-профілактичних заходів та ефективності лікарсько-пацієнтської взаємодії в цілому. Дана категорія має рівневу структуру. Низький рівень характеризується відсутністю позитивного результату лікувальних заходів на фоні яскравих негативних

реакції пацієнта, зокрема, таких, як заперечення факту хвороби, звинувачення інших та самозвинувачення, тощо. Середній рівень виражається тимчасовістю результатів лікувального процесу й не стабільністю його наслідків для пацієнта. Високий рівень включає у себе свідоме ставлення до хвороби, бажання вилікуватись дотримуючись відповідних приписів лікаря при відсутності тенденцій до самолікування.

Представимо розподіл вказаних категорій аналізу у якості табл. 31. Важливо зазначити, що результати вказаного дослідження відображають процентне вираження вказаних вище категорій.

Представимо результати встановлення ефективності виконаного комплексу ПКЗ (психологічного компоненту здоров'я) на кожному з етапів лікувально-діагностичному процесу у вигляді табл. 34.

Таблиця 34

**Виразення ефективності виконаного комплексу ПКЗ
лікувально-діагностичному процесу**

Категорія досліджуваних	Категорії аналізу						
	статеві-фізіологічна категорія	освітньо-трудова категорія	медико-психологічна категорія				
			рівень адаптації/дезадаптації	рівень оволодіння механізмів	ціннісно-мотиваційні показники	домінуючі механізми психологічного захисту	успішності лікувально-профілактичних заходів
Досліджувані пацієнти (період встановлення діагнозу до 2 місяців)	29,3	15,4	5,2	9,1	11,3	29,7	0,3
Досліджувані пацієнти (період встановлення діагнозу близько 1 року)	19,2	20,7	12,3	18,9	3,5	16,3	9,1

Продовження таблиці 34

Досліджувані пацієнти (період встановлення діагнозу від 1 і більше років)	8,4	20,3	15,6	10,9	9,3	17,2	18,3
Здорові досліджувані	18,5	20,3	11,2	15,6	4,6	10,2	19,6

Таким чином, ми можемо говорити наступне:

- для пацієнтів у яких період встановлення діагнозу до 2-х місяців домінуючими є такі категорії, як статево-фізіологічна та категорія механізмів психологічного захисту;
- пацієнти час встановлення діагнозу для яких становить близько 1 року характеризуються домінуванням освітньо-трудова, статево-фізіологічних, категорій, а також рівень оволодіваючих механізмів;
- пацієнти час встановлення діагнозу яких від 1 і більше років відображають домінування освітньо-трудова, успішності лікувально-профілактичних заходів, а також домінування механізмів психологічного захисту;
- здорові досліджувані. Для них визначальними є освітньо-трудова, категорії успішності лікувально-профілактичних заходів, а також статево-фізіологічна категорія властива досліджуваним.

Висновки до другого розділу

Методика та організація дослідження процесу адаптації у пацієнтів з феохромоцитомною дисфункцією складається із чотирьох послідовних етапів розроблених у відповідності із логікою роботи та її гіпотезами.

Вибірка досліджуваних включає у себе 228 пацієнтів, критеріями відбору яких слугували: добровільна згода пацієнтів; вік від 21 до 60 років; наявність в анамнезі захворювання на феохромоцитомну дисфункцією; етап хвороби: ранній – від 1 тижня до 2-х місяців після встановлення

діагнозу; середньо-продовжений – від одного до двох років проживання із захворюванням.

Дослідження проводилося з урахуванням специфіки лікувально-діагностичного процесу, обмежених термінів госпіталізації, динаміки процесу психологічної реабілітації. Соматичний статус основної групи пацієнтів оцінювався лікуючим лікарем-нефрологом, а також суміжними фахівцями: кардіологом, невропатологом, окулістом, хірургом з метою відділення на основі скарг, анамнезу захворювання, клініко-лабораторних даних.

Розглянемо систему дослідження детальніше. Дана система включає в себе послідовні складові. Загальною метою першого етапу дослідження являється визначення рівня психологічної адаптації; другого – встановлення психологічного змісту захисних механізмів й засобів забезпечення реалізації цих механізмів пацієнтами; третій етап передбачав визначення загальної системи поведінково-реактивного вираження, а також встановлення відповідних якісних контентів; четвертий було спрямовано на проведення аналізу ефективності виконаного комплексу ПКЗ (психологічного компоненту здоров'я) та виконувався на кожному з етапів лікувально-діагностичному процесу (ранньому та середньо-продовженому періоді).

Перелічені вище етапи розроблено для максимально ефективного проведення дослідження. При цьому важливо зазначити, що розробити структуру нашого дослідження було складно адже, у практиці медичної психології відсутня система дослідження адаптаційних можливостей хворих на феохромоцитомну дисфункцію.

Результати емпіричного дослідження, їх аналіз та інтерпретація нами було встановлено на основі виділення основних категорій досліджуваних, а саме:

- пацієнти з періодом встановлення діагнозу до 2 місяців. Для цієї категорії пацієнтів характерне переживання вакуум (пасивна реакція

відгородження від світу, не прийняття інформації) – хаосу (хаотичні рухи бік виліковування), а також полярність виражена або у не прийнятті процесу лікування або у прийнятті процесу лікування;

- пацієнти у період встановлення діагнозу близько 1 року. Вони характеризуються вже згаданою полярністю - не прийнятті процесу лікування чи прийняття процесу лікування; вмінням оцінити реальні результати прийнятої позиції по відношенню до процесу лікування чи переглядом власної позиції;

- пацієнти з періодом встановлення діагнозу від 1 і більше років. Активність цієї категорії пацієнтів пов'язана із переглядом власної позиції і як наслідок - адаптації (прийняття конструктивної позиції в процесі лікування) / дезадаптації (прийняття деструктивної позиції в процесі лікування);

- здорові досліджувані. Ця категорія досліджуваних являється стандартизованою відносно категорій пацієнтів, оскільки, на несе у собі медико-психологічних показників захворювання.

Варто уточнити, що основними критеріями для виділення категорій досліджуваних слугують часові та соціальні показники. При цьому, категорією яка являється для нашої роботи деяким еталоном є здорові досліджувані.

У результаті проведення практичного дослідження нами встановлено, що найбільших фізіологічних змін організм зазнає у період встановлення діагнозу близько 1 року, саме тоді, коли організм людини починає активно боротися із хворобою під час лікування або навпаки стає пасивним із психофізіологічної точки зору. Тоді, як у період до 1 року – саме той період під час якого пацієнт пройшовши гостру фазу переживання хвороби починає змінювати свою картину світу у відповідності із хворобою.

Огляд ефективності виконаного комплексу ПКЗ (психологічного компоненту здоров'я) на кожному з етапів лікувально-діагностичному

процесу свідчить про те, що домінуючими у відповідності із впливом на організм пацієнта є категорії успішності лікувально-профілактичних заходів та ефективності лікарсько-пацієнтської взаємодії в цілому.

При цьому ключовим фактором для успішності лікувально-діагностичного процесу є швидкість організації лікарсько-пацієнтської взаємодії. Так, чином, лікар стає в голові усього лікувально-діагностичного процесу організовуючи співробітництво із пацієнтом перший, таким чином, сприяє зменшенню часового проміжку виділених вище стадій і категорій досліджуваних й відповідно, успішності лікувально-діагностичного процесу в цілому.

РОЗДІЛ 3. СИСТЕМА АКТИВІЗАЦІЇ КОНСТРУКТИВНИХ ЗАХИСНИХ МЕХАНІЗМІВ У ПРОЦЕСІ ПСИХОЛОГІЧНОЇ АДАПТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ З ФЕОХРОМОЦИТОМНОЮ ДИСФУНКЦІЄЮ

3.1. Обґрунтування комплексу корекційних заходів спрямованих на оптимізацію компонентів психологічної адаптації пацієнтів

Комплекс психокорекційних заходів у процесі психологічної адаптації пацієнтів включав у себе тренінговий комплекс. Нами було використано тренінг, орієнтований на досягнення цілей. У загальному вигляді ціле орієнтований підхід ґрунтується на теорії контролю, теорії динаміки рухової системи, а також терапії діяльністю.

Передбачається, що патерни руху є наслідком взаємодії між здібностями особистості, середовищем і цілями індивіда. Інтервенції ж лікаря та психолога пов'язані з фасилітацією досягнення цілей. Осмислене виділення учасниками мети використовується для забезпечення можливості вирішення проблем і непрямо стимулює рух до вирішення завдань повсякденного життя.

Варто окремо відмітити поєднання психологічних та фізіологічних вправ для досягнення максимального медико-психологічного ефекту від проведення тренінгу.

У системі розробленого нами тренінгу варто виділити чотири етапи такі, як:

1. Постановка осмислених цілей;
2. Аналіз основних дій;
3. Впровадження у практичну діяльність;
4. Оцінка результатів тренінгу.

Учасники тренінгу фокусують на цілях і новій поведінці необхідній для їх досягнення, та алгоритмах активного вирішення проблем.

Наша тренінгова група має спільну концептуальну основу із групами

життєвих умінь але у меншій мірі акцентовані на поведінці пацієнтів. Метою тренінгової групи являється дослідження основних цінностей і переконань.

Програма тренінгу ставить за мету розвиток уміння встановлювати і підтримувати міжособистісні відносини, формування навичок емоційного самовираження, яке не викликає у інших ворожості і прагнення захиститися. У процесі тренінгової роботи відпрацьовуються чотири типи поведінкових навичок:

- самовираження (з усвідомленням почуттів у міжособистісній взаємодії, а також описом вражень і потреб, які виникають у процесі);
- емпатична відповідь, яка передбачає здатність правильно зрозуміти стан інших людей і висловити це розуміння;
- здатність до переключення, яка передбачає своєчасний перехід від самовираження до емпатичного сприйняття;
- вміння ефективно навчати інших людей трьома перерахованими вище навичками.

Основна стратегія тренінгової діяльності включає у себе:

- активацію поточних проблем клієнтів шляхом використання релаксації і уяви;
- оцінку поточних проблем;
- передбачення і оцінку різних аспектів цілепокладання;
- виділення основних цілей;
- висновки щодо мотиваційної структури у процесі надання зворотного зв'язку з фокусуванням на структурі та змісті суперечливих цілей. До уваги приймаються попередні спроби досягнення останніх і особливості саморегуляції клієнтів;
- конструювання ієрархії і визначення конкретних цілей.

На першому етапі тренінгової роботи встановлюються актуальні професійні проблеми учасників у медико-психологічному аспекті. Для цього використовується метод релаксації, під час якого учасники повинні

згадати речі, які здійснюють істотний вплив на їх життя. *Другий етап* присвячено оцінці впливу проблем на поточної ситуації і виявленню цілей, досягнення яких буде вирішенням даної проблеми. Пацієнтів спонукають сформулювати цілі для кожної проблеми, починаючи з фрази «я буду» і «я хочу». Незважаючи на те, що багато проблем можуть бути схожі, поставлені цілі можуть відрізнятися за відмінністю сприйняття проблем.

Тренер спонукає учасників до усвідомлення позитивних аспектів наявної проблемної ситуації (усвідомлення вигоди положення). Оцінна система градації психологічних змін дозволяє учасникам тренінгу зрозуміти, якою мірою змінювана ситуація корисна, а якою мірою обтяжує його. У тих випадках, коли реалізація цілей зачіпає інтереси партнера, учасники повинні сформулювати в деталях межі власної відповідальності.

Метою третього етапу є рефлексія учасників з приводу необхідності власних дій, оцінка труднощів і терміновості у досягненні цілей, оцінка готовності до дії, суб'єктивна оцінка ймовірності успіху, а також формулювання конкретних зобов'язань. Нечіткі описи бажаних цілей можуть вести до несвідомого ігнорування цілей або нових можливостей. Для підтримки дії, спрямованої на досягнення мети, необхідна розробка покрокового плану дії. У таких випадках учасників тренінгу спонукають подумати про проміжні результати, які ведуть до досягнення цілей (що зробити сьогодні, завтра).

Четвертий етап характеризується високим рівнем міжособистісних взаємодій у вигляді відкритої дискусії. Учасників спонукають обговорювати не тільки свої цілі, але і робити висновки стосовно інших учасників. Зворотній зв'язок здійснюється в структурованій манері. Це робиться для того, щоб не посилювати опір процесу, а також для створення атмосфери взаємного інтересу і поваги.

Результатом роботи в групі є індивідуальні критерії для відбору сфокусованих цілей, типи цілей (підхід, уникнення, підтримка, прояснення) і індивідуальний досвід постановки цілей для їх досягнення.

Критерії, за якими здійснювався підбір учасників тренінгу:

- Особистісні якості. У якості значимих для комплектування груп особистісних якостей учасників, виступають такі риси, як інтроверсія - екстраверсія, нейротизм - стабільність, ригідність - гнучкість, екстернальність - інтернальність. В процес підбору можуть бути включені й інші змінні, однак практика показує, що і цих показників достатньо, щоб скомплектувати групу з наперед заданим потенціалом активності.

- Враховуючи принцип гетерогенності при комплектуванні груп, необхідно підбирати учасників з різним рівнем вираженості тих чи інших особистісних якостей, щоб вони взаємодоповнювали один одного. Так, в одній групі не слід концентрувати людей з домінуванням одних і тих же особистісних якостей, наприклад ригідності чи екстернальності. Гетерогенна структура особистісних рис надасть стимулюючий вплив на процеси групової динаміки, а також на налагодження оптимальних для тренінгу відносин та видів комунікацій. Важливо оцінити здібності кожного члена групи до кооперації – взаємодопомоги і співробітництва, хоча передбачається, що кожен кандидат у групу володіє цими якостями;

- Рівень інтелектуального розвитку є важливою характеристикою групової структури і навченості групи. Незважаючи на те, що тестування тут зайве, враховувати цих ознака необхідне. Відмінності в рівні інтелектуального розвитку учасників будуть проявлятися, навіть якщо групу вирівняти за освітньою ознакою. Гетерогенність в даному випадку виражається не у рівні розвитку інтелекту, а в різних оціночних стереотипах і уявленнях про поведінку учасників з різним локусом контролю;

- Вік і досвід учасників є значущими критеріями комплектування групи та роботи з нею. Активніше працює група з мінімальним віковим спектром, тобто люди приблизно одного покоління і одного життєвого досвіду.

Допустимі вікові межі – від 18 до 60 років, оптимальні – від 20 до 40

років. Групи формуються за ознакою ідентичності ділового досвіду.

Стать також впливає на ефективність проведення тренінгу. Так, одностатеві групи менш активні у порівнянні із багатостатевими групами.

Тренінг, як правило, включає в себе наступні фази:

- 1) знайомства;
- 2) розігріву;
- 3) лабілізації;
- 4) створення (введення) орієнтовних основ діяльності;
- 5) оволодіння.

Зміст і тривалість кожної фази залежать від ситуації в групі, групової динаміки в процесі тренінгу, цілей і завдань тренінгу та інших параметрів, які тренер може відстежити у процесі підготовки і проведення тренінгу.

Перший етап

Вправа 1. «Знайомство»

Мета: налаштувати учасників на серйозне ставлення до тренінгової роботи; навчити їх уважно слухати виступи кожного члена групи, з тим щоб вміти чути один одного, помічати особливості кожної людини.

Тривалість виконання – 20 хв.

Обладнання: кольорові олівці, папір, шпильки.

Учасники групи висловлюють свої очікування і побоювання; оформляють бейджики, на яких малюють свою емблему та девіз.

Вправа 2. «Правила групи»

Мета: допомогти учасникам усвідомити, що правила групи – це не формальні правила, а норми, які значно скорочують втрати часу, дозволяють продуктивно працювати над собою і освоїти найбільш ефективний індивідуальний стиль спілкування, тобто досягнути головної мети тренінгу.

Тривалість виконання – 20 хв.

Обладнання: ватман, маркери.

Учасники обговорюють правила роботи в групі, висловлюють свої

пропозиції, критичні зауваження, доповнення. Тренер нагадує учасникам, що від їх активності та відповідальності залежить час роботи над правилами групи багато в чому залежить успішність її діяльності.

Основні правила групи:

- довірчий стиль спілкування;
- спілкування за принципом «тут і тепер»;
- персоніфікація висловлювань (відмова від безособової мови);
- щирість у спілкуванні;
- конфіденційність всього, що відбувається в групі;
- безоціночне висловлювання;
- повагу до співрозмовника;
- активну участь у що відбувається.

Вправа 3. «Знайди собі пару»

Мета: зняти напругу, яка виникла.

Тривалість виконання – 30 хв.

Оснащення: пов'язки для очей.

Учасникам групи з зав'язаними очима пропонується знайти собі пару за відчуттями.

Вправа 4. «Атоми-молекули»

Тривалість виконання – 5-7 хв.

Інструкція: «Уявімо собі, що всі ми – атоми. Атоми виглядають так (тренер показує, зігнувши руки в ліктях і притиснувши до кисті плечам). Атоми постійно рухаються і час від часу об'єднуються в молекули. Кількість атомів в молекулі може бути різним, воно буде визначатися тим, яке число я назву. Ми всі зараз почнемо швидко рухатися по цій кімнаті, і час від часу я буду говорити якесь число (наприклад, 3. І тоді атоми повинні об'єднатись в молекули за 3 атома в кожній. Молекули виглядають так (тренер разом з двома учасниками групи показує, як виглядає молекула: вони стоять обличчям один до одного в колі, торкаючись один одного передпліччями)».

Під час виконання вправи, в якому тренер бере участь разом з групою, він не називає таких чисел, коли один учасник групи може залишитися поза молекули, наприклад 3 при загальній (разом з тренером) чисельністю 10 осіб. Наприкінці вправи тренер називає число, рівне кількості всіх що беруть участь у вправі.

Шеррінг:

Які емоції ви відчували при виконанні цієї вправи?

Наскільки учасники готові приступити до роботи?

Вправа 5. «Повітряна куля»

Мета: продемонструвати те, що члени групи не вміють продуктивно спілкуватися.

Тривалість виконання – 1 год. 20 хв.

Обладнання: ручка і папір.

Інструкція: Уявіть собі, що ваша група – екіпаж наукової експедиції, яка повертається на повітряній кулі після виконання наукових досліджень. Ви отримали багато нової інформації і вже готуетесь до зустрічі з рідними і близькими. Ваш повітряна куля летить над океаном. До найближчої землі 500-550км, і скоро довгоочікуваний берег, але сталася непередбачене - аварія і куля став стрімко знижуватися. Ви викинули за борт всі мішки з баластом (піском), які були припасені на цей випадок в гондолі повітряної кулі. На деякий час падіння сповільнилося, але не припинилося.

Через 5 хв. куля стала падати з колишньою швидкістю. Весь ваш екіпаж зібрався, щоб обговорити нинішнє становище. Потрібно приймати рішення, що і в якій послідовності викидати за борт. Ось перелік предметів і речей, які залишилися в кулі:

1. Канат – 50м.
2. Аптечка з медикаментами – 5кг.
3. Компас гідравлічний – 6кг.
4. Консерви м'ясні і рибні – 20кг.
5. Секстант (компас зіркам) – 5кг.

6. Гвинтівка з оптичним прицілом і запасом патронів – 25кг.
7. Цукерки різні – 20кг.
8. Спальні мішки на кожного.
9. Ракетниця з комплектом сигнальних ракет – 8кг.
10. Намет 10-місна – 20кг.
11. Балон з киснем – 50кг.
12. Комплект географічних карт – 25кг.
13. Каністра з питною водою – 20л.
14. Транзисторний радіоприймач – 3кг.
15. Човен-гумова надувна – 25кг.

Перш ніж прийняти групове рішення ви приймете рішення самостійно, розсудивши приблизно так: «На перше місце я поставлю комплект карт, оскільки вони зовсім не потрібні, і т.д.». На прийняття індивідуального рішення дається 10 хвилин.

Коли ви приймете індивідуальне рішення, група повинна приступити до вироблення групового рішення. На групове рішення дається 20 хв.

Головне завдання – залишитися в живих. Якщо ви не зможете домовитися, ви розіб'єтесь. Пам'ятайте про це!

Обговорення:

Які стилі поведінки сприяли чи перешкоджали прийняттю групового рішення?

Хто брав участь у процесі прийняття спільного рішення, а хто ні?

Хто чинив на цей процес найбільший вплив?

Як можна поліпшити процес прийняття спільного рішення?

Вправа 6 «Спостерігач»

Тривалість виконання – 15 хв.

Обладнання: картки, на яких написані імена учасників.

Інструкція: «Зараз я дам кожному картку, на якій написано ім'я одного з учасників групи. (Тренер роздає картки.)

Подивіться на свої картки так, щоб ніхто не бачив, чиє ім'я на ній написано. Далі вам треба буде зробити наступне. На рахунок «раз» (вважати буду я) ви починаєте непомітно спостерігати за людиною, чиє ім'я написано на вашій картці; при цьому, не перестаючи вести спостереження, кожен час від часу, але не дуже часто, робить два якихось обраних заздалегідь руху, наприклад, хитає головою, закриває очі, потирає руки і т.п. Коли я скажу «два» а це відбудеться через три хвилини, вам треба бути готовими до відповіді на два питання: «Хто спостерігав за вами?», «Які два рухи робила людина, за яким ви спостерігали?».

Через три хвилини тренер звертається до одного з учасників групи з питаннями, які були сформульовані в інструкції.

Спочатку він запитує: «Хто спостерігав за тобою?», і якщо відповідь правильний, то слід друге питання вже до спостерігача, який повинен відповісти, які рухи виконував його «підопічний».

Вправа 7. «Познайомся сам з собою»

Мета – допомогти людині зробити одну з найбільш важливих для себе речей – полюбити саму себе, дозволити собі це, усвідомити свою любов.

Тривалість виконання – 1 год. 15 хв.

Обладнання: ручки, аркуші паперу.

Був важкий день, ви втомилися і нікого не хочете бачити.

Ви зустріли людину, яку не хочете бачити, але вам треба з нею привітатися.

У вас гарний, піднесений настрій.

Учасники сідають у коло, ведучий просить всіх взяти ручки і листки паперу.

Інструкція: «Зараз ви напишете лист самому найближчій для вас людині. Хто найбільш близький вам людина? (Учасники заняття висловлюються.) Ви самі. Напишіть листа собі коханому. Коханому, тому що не можна жити, не люблячи найближчу собі людину».

Учасники на протязі 15 хв. пишуть листа під тиху музику.

Перед написанням листа слід провести медитацію, просвітлення любові до себе і подяки собі. Ведучий: «Ви написали самому собі прекрасний лист. Ви отримали цей лист. Але що роблять виховані люди, отримавши листа? Природно, відповідають на нього. Тому у вас буде 10 хв. для того, щоб відповісти на свого листа. Будь ласка, відповідайте конкретно на той лист, який ви отримали».

Далі відбувається обмін враженнями: важливо, з якими почуттями учасники писали листи, а не їх зміст.

По ходу вправи ведучий може давати коментарі. Слід звернути увагу на те, як хтось себе ж і повчає, хто дивиться на себе знизу вгору, хтось ділиться з собою теплом і ніжністю, хтось радіє, а хтось сумує за собою таким, яким він був колись.

Вправа 8 «Нумо, відгадай»

Тривалість виконання – 15 хв.

Учасники групи сидять по колу.

Інструкція: «Один з нас, хто саме, ми вирішимо пізніше, вийде з кімнати. Після цього ми виберемо який-небудь відомий всім вірш і розподілимо між собою слова його перших двох рядків. Наприклад: «Наша Таня гірко плаче; впустила в річку м'ячик». Слова будемо розподіляти по одному, за годинниковою стрілкою, почавши з будь-якого з нас. Якщо на всіх слів не вистачить, ми почнемо спочатку.

Після цього вийшов повернеться і за моїм сигналом (наприклад, я скажу «раз, два, три») ми всі одночасно скажімо кожен своє слово. Повернувся в кімнату повинен зрозуміти, яку позицію ми цитували».

Якщо учаснику, який відгадує завдання не вдається зробити це з першого разу, тренер пропонує всім повторити їх слова ще раз і знову дає команду.

Вправа 9. «Валіза»

Мета: отримати висновки групи, у яких сформульовані загальні

враження учасників один про одного.

Тривалість виконання – 1 година.

Один з учасників сідає в середину кола, а решта - збирає його в далеку дорогу «валізу». У цю «валізу» вкладається те, що, на думку групи, допоможе даній людині у спілкуванні, тобто ті позитивні якості, які група особливо цінує в ньому. І так до тих пір, поки всі члени групи не отримають свої «валізи».

Другий етап

Вправа 1 «Емоції»

Тривалість виконання – 1 год.

Зв'язок між емоційними станами та захворюванням стосується не тільки феохромоцитома, але і всіх інших хвороб, так що процес визначення взаємозв'язку між стресом і хворобою може виявитися корисним для всіх. Тому я пропоную Вам виконати наведене нижче вправу.

Ця вправа допоможе Вам перейти від загальних уявлень до власного досвіду.

1. Подумайте про хворобу (феохромоцитомну дисфункцію), якій ви зараз страждаєте або яка у вас була. Якщо Ви хочете попрацювати з іншим своїм захворюванням при виконанні цієї вправи майте на увазі саме його.

2. Якщо у вас феохромоцитомна дисфункція або інше важливе захворювання, випишіть на листку паперу п'ять основних стресових ситуацій, з якими ви зіткнулися в період від півроку до півтора років перед тим, як виявили своє захворювання.

3. Якщо ви хворі чимось іншим, то перелічіть п'ять основних стресових ситуацій, що сталися протягом шести місяців, що передували хворобі. (Для менш тяжких, ніж пухлинні процеси, захворювань, мабуть, слід говорити про більш короткому періоді часу.)

4. Якщо ви колись пережили рецидиви цього захворювання, згадайте п'ять серйозних стресових ситуацій, що сталися за шість місяців до рецидиву.

Якщо ви просто прочитаєте ці запитання, не замислюючись над ними і не записавши свої відповіді ви не отримаєте тієї користі, яку могли б принести ці заняття. Те ж саме можна сказати і про всіх інших вправах.

Відповідаючи на поставлені питання, більшість людей підтверджує що за деякий час до виявлення захворювання вони пережили кілька серйозних стресів. Якщо вам не вдалося знайти якихось надзвичайно тяжких зовнішніх стресових ситуацій зверніться до внутрішніх стресів. Чи не доводилося людям переживати внутрішню боротьбу з такими проблемами, як розчарування, пов'язане з неможливістю втілення юнацьких надій, серйозними труднощами в особистих стосунках, кризою самоствердження як особистості? Все це може мати не менше значення в появі почуття безпорадності і безнадійності, ніж при очевидних зовнішніх стресах.

Якщо учасникам вдалося визначити у своєму житті серйозні зовнішні або внутрішні стреси варто спробувати встановити, яку участь ви взяли в цих ситуаціях. Може, ви самі створили їх, або стресу сприяв спосіб вашого реагування на події? Не призвела до цього ваша звичка завжди ставити інтереси оточуючих вище своїх, то, що вам важко сказати «ні», або те, що ви забули про обмеженість своїх фізичних, інтелектуальних та емоційних можливостей? А якщо стрес був викликаний зовнішніми подіями, наприклад, смертю коханої людини, чи не могли ви вибрати якісь інші способи реагування? Чи дали ви собі, скажімо, можливість висловити горе або вирішили не показувати своїх почуттів? Звернулися за допомогою і підтримкою до друзів?

Такий самоаналіз потрібен для того, щоб визначити ті уявлення і способи поведінки, які б ви хотіли зараз змінити. Оскільки ці установки представляють собою загрозу вашому здоров'ю, необхідно їх переглянути.

Вправа 2 «Слухач»

Тривалість виконання – 15 хв.

Учасники групи сидять по колу.

Інструкція: «будь Ласка, закрийте очі. Зосередьтеся на тому, що ви зараз чуєте, «зверніться в слух». Постарайтеся почути і запам'ятати як можна більше звуків».

Через одну-дві хвилини тренер просить усіх відкрити очі і перерахувати все, що вдалося почути, вказавши, якщо це можливо, через джерело звуку.

Організувати обговорення можна так: кожен по черзі називає один звук, який він чув, не повторюючи те, що було названо до нього. При обговоренні виявляється, що деяким учасникам групи вдається почути звуки, які не почули або, що набагато імовірніше, не зафіксували інші (наприклад, подих сусіда).

Вправа 3 «Усвідомлення та сприйняття стресу»

Тривалість виконання – 1 год. 30 хв.

Наступна вправа допоможе вам визначити п'ять основних стресових ситуацій, які ви переживаєте зараз, і знайти альтернативні способи реагування на них. Це вправа носить профілактичний характер, і мета його у виявленні та усуненні тих моментів, які в майбутньому могли б зробити вас вразливим для росту феохромоцитоми.

1. Виберіть п'ять основних стресових ситуацій, які ви переживаєте зараз.
2. Подумайте над тим, наскільки ви самі сприяєте виникнення цих ситуацій.
3. Обміркуйте, як можна було б усунути ці стреси з вашого життя.
4. Якщо ви не бачите розумного способу позбавитися від стресу, подумайте, чи допомагаєте ви собі з ним впоратися іншими засобами? Приймаєте підтримку друзів? Чи даєте собі можливість отримувати якісь

задоволення? Чи дозволяєте собі висловлювати почуття з приводу стресовій ситуації?

5. Якби ви частіше ставили свої потреби вище інтересів оточуючих, не допомогло б вам це позбавитися від стресових ситуацій або врівноважити їх? Чи замислюєтеся ви над тим, у чому полягають ваші власні інтереси? Чи пробували ви коли-небудь їх задовольнити всупереч тому, що, як ви вважаєте, вони суперечать інтересам інших?

Виконавши цю вправу, обов'язково порівняйте, як ви реагували на стрес до захворювання і зараз. Немає в цих реакціях подібності? Якщо є, то перегляньте свою поведінку – можливо у вас виробився звичний спосіб реагування на стреси, який не сприяє вашому здоров'ю.

Коли Ви усвідомлюєте стресові ситуації в житті та знайдете нові, більш ефективні способи поведінки в цих ситуаціях, Ви зможете вивільнити внутрішню енергію, необхідну Вам для боротьби з хворобою.

Вправа 4 «Оздоровчі тілесні практики»

Тривалість виконання – 30 хв.

Фізичні вправи допоможуть вам і в психологічній роботі над собою, почувавши в яких частинах знаходяться м'язові (емоційні) стопори. Ви легко впораєтеся з психологічними стопорами. Дуже багато чого вийде через тіло, але щось доведеться робити і через емоції. Ви можете це зробити, і я вам у цьому буду активно допомагати.

Відразу хочу відзначити, що всі вправи потрібно робити у відповідності із наявністю позитивного самопочуття: втомилися або не можете більше, відпочиньте, продовжите завтра. У нас немає мети натренувати м'язи, є мета зняти напругу, активувати кровоток і відновити лімфоток, тому всі вправи потрібно робити повільно, відстежуючи відчуття тіла.

Так як актуалізатором розвитку феохромоцитомі може бути стрес, один зі способів зменшити стрес – це регулярні фізичні вправи. Такі вправи дають можливість організму позбутися від нагромадилося в ньому

напруги. Місця в яких накопичується напруга, що сприяє появі феохромоцитоми – це область крижів і плечовий пояс (грудний відділ хребта).

Вправа 5 «Переваги феохромоцитоми»

Тривалість виконання – 1 год. 5 хв.

Завдання, з якими стикається хворий, полягає в наступному:

- визначити ті потреби, які виявляються задоволені завдяки проявам хвороби;

- знайти шляхи задоволення цих потреб іншим чином, без участі хвороби. Як же визначити ці потреби? Нижче наводиться вправа, яку я використовую, допомагаючи з'ясувати, які переваги дає їм хвороба.

Візьміть аркуш паперу і перелічіть п'ять головних переваг, які вам дала феохромоцитомна дисфункція (їх може бути й більше).

Вивчаючи списки переваг, які складають учасниці тренінгу, можна виділити п'ять основних областей:

1. Хвороба «дає дозвіл» піти від неприємної ситуації або від вирішення складної проблеми.

2. Вона надає можливість отримати турботу, любов, увагу оточуючих.

3. З'являються умови для того, щоб переорієнтувати необхідну для вирішення проблеми психічну енергію або переглянути своє розуміння ситуації.

4. З'являється стимул для переоцінки себе як особистості або зміни звичних стереотипів поведінки.

5. Відпадає необхідність відповідати тим високим вимогам, які пред'являють до вас оточуючі і ви самі.

Тепер прогляньте складений вами список. Подумайте, які потреби лежать в основі переваг, які надала Вам феохромоцитомна дисфункція: послаблення стресу, любов і увагу, можливість вивільнити свою енергію,

тощо. Потім спробуйте визначити ті правила і уявлення, які заважають вам задовольнити ці потреби, не вдаючись до хвороби.

Запитайте себе, чи не було вам важко дозволити собі трохи відпочити? Які думки заважали вам надати собі таку свободу, не виправдовуючись хворобою? Можливо, ви вважаєте, що поступатися напрузі і труднощів є «ознакою слабкості» або що ви зобов'язані підпорядковувати свої інтереси інтересам оточуючих? Ці уявлення зазвичай живуть у людині не усвідомлено, тому для того, щоб проаналізувати їх, вам доведеться докласти певні зусилля. Як тільки ви почнете усвідомлювати свої внутрішні правила і побачите, що можна і по-іншому розглядати якісь ситуації, це буде означати, що ви зробили перші кроки до більш здорового життя.

Відштовхуючись від уроків, які дала нам та чи інша хвороба, ми можемо навчитися розпізнавати свої потреби і задовольняти їх. Так хвороба може принести реальну користь.

Вправа 6 «Вправа 6. «Тварини»

Тривалість виконання – 30 хв.

Обладнання: картки з назвами тварин.

Учасники групи сидять по колу.

Інструкція: «Зараз кожен з вас отримає картку, на якій написана назва тварини. Прочитай ті, що на ній написано, але так, щоб підпис бачили тільки ви самі».

Тренер роздає картки з назвами тварин, наприклад, «собака», «півень», «кішка», «ведмідь» і т.д. Назва одного і того ж тварини повинно бути написано на двох, трьох або чотирьох картках. Таким чином, у групі чисельністю 12 осіб можуть бути роздані картки з назвами, наприклад, чотирьох тварин.

Тренер продовжує інструкцію: «Тепер закрийте очі. Ми всі зараз встанемо і по моїй команді почнемо вирішувати таку задачу: власники карток з однаковими назвами повинні зібратися в групи, вдаючись тільки

до одного засобу – видавати звуки, відповідні вашому тварині. Відкрити очі можна буде тільки по моїй команді. Почали».

Тренер не бере участі у вправі. Він спостерігає за його виконанням, забезпечує безпеку учасників, відзначає, яка група зібралася раніше за інших. Якщо хтось з учасників довго не може знайти свою групу (наприклад, «собака»), тренер може допомогти йому, сказавши: «У мене ще не все «собаки» зібралися разом».

Після того як всі учасники знайшли один одного, тренер просить їх відкрити очі і задає кожній групі запитання: «Ви хто?». Це дає можливість переконатися, чи всі опинилися в своїй групі. Шеррінг. Яка у вас була тактика в ході пошуку своєї групи?

Деякі учасники проявляють велику активність: вони самі видають звуки тваринного і в той же час слухають інших. Дві інші тактики полягають в наступному: одні воліють мовчати і тільки слухати, що відбувається навколо, рухаючись на звук «своїх» тварин; інші видають звуки і чекають, коли їх знайдуть.

Вправа сприяє розвитку розрізняльної слухової чутливості, що дозволяє учасникам отримати досвід, розширює їх можливості орієнтуватися в навколишньому світі. Крім того, ця вправа істотно покращує настрій, знижує втому учасників.

Вправа 7 «Розслаблення області крижів»

Тривалість виконання – 1 год.

Прийміть положення лежачи на спині, підігніть коліна, стопи поставте на підлогу паралельно один одному на відстані 15-20см, коліна трохи на пару сантиметрів у різні сторони, але не розводьте їх. Відчуйте область крижів, відчувайте, що в ньому відбувається. Полежіть так пару хвилин до повного розслаблення.

Потім почніть перекочувати крижі з попереку до куприка, у вас вийде перекочування крижів як на кріслі-качалці, зробіть так 3-5 разів. Зупиніться на попереку і починайте повільно опускати коліна вправо і

вліво на 15-20см вниз (не потрібно опускати коліна на підлогу) 5-7 разів. Після цього перекотіть крижі на куприк і також опускайте коліна вправо і вліво 5-7 разів. Всі рухи робіть повільно з відчуттям того, що відбувається в тазовій області, стежте за тим, щоб шия, плечі, руки, живіт і все тіло були розслаблені. Після вправи повільно вставайте через бік.

Третій етап

Вправа 1 «Спілкування»

Тривалість 10 хвилин.

Ведучі вітають всіх учасників і дякують за те, що все зібралися, роблять повідомлення про програму дня.

Питають учасників про настрої, задаючи питання: «яка тварина схоже ваше настрої?» Кожен учасник описує своє настрої.

Вправа 2 «Я радий тебе бачити»

Тривалість 10 хвилин.

Мета: створення дружньої атмосфери в групі.

Люди можуть висловлювати свої почуття різними способами: за допомогою мови, міміки, жестів, погляду, гучності і тембру голосу. Ведучий просить кожного учасника привітати свого сусіда фрази, починаючи з його імені і доповнюючи цю фразу: «Саша, я радий тебе бачити, тому що...». Вправа починають ведучі.

Вправа 3. «Розслаблення області крижів»

Тривалість 35хв.

Потрібно робити в поєднанні з першою частиною.

Після першої вправи залишайтеся в положенні лежачи на спині з підігнутими колінами. Але тепер відірвіть ноги від підлоги і трохи підніміть коліна до себе. Зараз будемо колінами малювати зигзаг: нахиліть коліна ближче до грудей, тепер далі від грудей, зробіть те ж саме, тільки трохи правіше і лівіше. У вас вийде такий зигзаг, як ніби Ви шиєте на швейній машинці. Робіть цю вправу протягом 2-4 хвилин. Після цього підтягніть коліна руками якомога ближче до грудей і побудьте в цьому

положенні кілька хвилин, стежте, щоб все тіло розслаблене, особливо шия, плечі і спина.

Після вправи повільно вставайте через бік.

Вправа 4 «Пантоміма брехня»

15 хвилин

Мета: показати, що слова і справи можуть розходитися. Починає ведучий. Він виходить в середину кола і показує пантоміму, наприклад одягання. Його сусід з кола питає голосно: «Що ти робиш?» - на що ведучий відповідає: «Я копаю землю!» Всі сміються і включаються в роботу. Потім ведучий просить свого сусіда вийти в коло замість нього і зобразити яку-небудь дію. На питання наступного учасника той, хто в колі, відповідає, що він робить зовсім інше дію. І так далі до останнього учасника.

Обговорення: Ця вправа показує, що ми часто буваємо непослідовні.

Провідні просять навести приклади власної непослідовності.

Вправа 5 «Букви»

Тривалість виконання - 20 хв.

Учасники групи розбиваються на пари. Один з партнерів встає за спиною іншого і пальцем пише» у нього на спині літери.

Завдання – визначити, яка буква написана. Хвилини через дві по команді тренера партнери міняються ролями.

Вправа 6 «Професія»

Тривалість 45 хвилин

Цілі: розвиток уміння ставати на позицію іншого і вміння зосередитися на завданні в умовах мінливої обстановки.

Учасники розбиваються на пари таким чином, щоб у парі виявилися ті, хто найменше працювали разом, і сідають поруч. Кожен з пари придумує собі професію, не оголошуючи свій вибір вголос. Професії повинні бути реальними. Завдання партнера по парі вгадати професію іншого.

У центр кола ставиться два стільці спинками один до одного на деякій відстані. Запрошується перша пара. Дається завдання: по черзі ставлячи запитання, з'ясувати професію свого партнера. Питання повинні бути точні, відповіді – тільки «так» або «ні». Після того, як перша пара впоралася із завданням, на її місце запрошується наступна, тощо

Обговорення: Обговорюються питання: чи складно було з'ясувати професію? Що допомагало? Що заважало? Як цей досвід може стати в нагоді в житті?

Стежити за тим, щоб відповіді були тільки «так» і «ні».

Вправа 7 «Кольори веселки»

Тривалість 15 хвилин

Цілі: вироблення вміння ділитися на малі групи.

Матеріали: Кольорові круги діаметром 4-5см семи кольорів, шпильки – по числу учасників групи.

Проект «Реалізуй своє право на здоров'я!»

Ведучий просить учасників сісти зручно, відкинутися на спинку стільця і закрити очі. І не відкривати очі до тих пір, поки не буде команди. Потім ведучі закріплюють по одному кольоровому кульку на спині кожного учасника. Ведучий просить учасників відкрити очі і знайти своїх колег по малій групі без слів, використовуючи тільки міміку і жести.

Звернути увагу на тих, хто загубився, не зміг знайти своєї групи і дізнатися причину, чому це сталося.

Вправа 8

Тривалість виконання – 30 хв.

Вправа виконується в парах. Якщо у групі непарна кількість учасників, тренер теж бере участь у вправі.

Інструкція: «Сядьте один проти одного так, щоб вам було добре видно обличчя й руки партнера. Кожному з вас доведеться прогнозувати дії іншого. Обидва партнера зараз піднімуть перед собою руки, кисті яких стиснуті в кулаки на рівні грудей (тренер показує як). Один з учасників

починає рахувати до трьох – він ініціатор перших десяти спроб. На рахунок «три» кожен з учасників викидає один або два пальці. Завдання ініціатора - домогтися незгодженості, тобто його партнер повинен показати інше, ніж він, кількість пальців. Завдання другого учасника – домогтися узгодження.

Після десяти спроб треба помінятися ролями».

Коли вправу закінчено, тренер дає можливість кожній парі розповісти про результати і враження, які вони отримали.

В ході обговорення учасники говорять про використані тактики, зокрема про те, що в деяких випадках вдавалося домогтися узгодження або незгодження за рахунок кращої реакції. У той же час основними чинниками, що впливають на успішність вирішення поставленої задачі, виявляються уявлення про партнера і здатність прогнозувати його дії.

Крім усвідомлення і розвитку прогностичних здібностей, вправа спрямована на розвиток спостережливості, оскільки адекватність прогнозу спирається на всю сукупність сигналів, які можуть бути зафіксовані при спостереженні за партнером від моменту прийняття рішення до його втілення.

Вправа 9 «Інші планети»

Тривалість 60 хвилин

Мета: дослідження впливу оточуючих на особисту поведінку, розвиток уміння переконувати інших.

Матеріали: Картки з назвою планет, таймер.

Опис: Гра називається «Інші планети». Умови гри. Кожна мала група буде жити на одній з 7 планет. Назви цих планет повідомляються кожній групі індивідуально і тримаються потай від учасників інших груп.

Учасники знаходять місце для своєї планети і роблять опис живуть на ній людей та умов життя.

Опис робиться у відповідності з назвою, що знаходиться якомога більше переваг своєї планети.

Час: 20 хвилин. Потім всі вирушають у подорож до інших планет (іншим малим групам). Подорожують знайомляться з мешканцями інших планет і запрошують їх переселитися на свою планету, як найкращу у всесвіті планету, використовуючи вміння переконувати. Завдання кожного – умовити переселитися на свою планету як можна більше жителів з інших планет.

Гра починається, і провідні дають імена планет, показуючи кожній групі одне з семи карток і ще раз нагадують, що назва тримається в таємниці від інших груп.

Назви планет:

1. Добра
2. Зла
3. Щедра
4. Жадібна
5. Ввічлива
6. Груба
7. Звичайна

Через 40 хвилин гра зупиняється і починається обговорення. Учасники сідають у коло.

Один представник кожної планети оголошує її назва і повідомляє про те, скільки жителів виїхало і скільки жителів приїхало. Ведучий запитує всіх учасників – всіх чи влаштовує вибір, який вони зробили, легко чи важко було вмовляти переселитися інших мешканців, чи використовували вони які-небудь спеціальні прийоми для умовлянь? Провідні питають тих, хто виїхав зі своєї планети, чому вони прийняли рішення переїхати, що або хто вплинув на це рішення? Питають тих, кого не змогли умовити – чому вони не переїхали?

Обговорюються питання: чи можу я вибрати своє оточення? За якими ознаками я роблю цей вибір?

Попросити кожен групу зберігати в таємниці свою назву до кінця гри, інакше вправа втрапить сенс.

Вправа 10 «Стежка»

Тривалість 10 хвилин

Мета: згуртування групи

Опис: Всі встають і вишиковуються один за одним у вигляді змійки. Провідний стає на початок змійки і починає рух по кімнаті, долаючи уявні та реальні перешкоди. Всі учасники рухаються за ним, не відстаючи і повторюючи кожне його рух. Через деякий час він плескає в долоні і зараз займає місце в наприкінці змійки. При цьому учасник, наступний за ним, стає ведучим, і рух триває доти, доки кожен не побуває в ролі ведучого.

Обговорення: Як ви почували себе у ролі ведучого?

Вправа 11 «Рефлексія»

Тривалість виконання – 40 хв.

Обладнання: папір, олівці.

Всі учасники сидять по колу.

Інструкція: «протягом п'яти хвилин ви повинні намалювати свої враження про роботу групи. Зробіть ваш малюнок у будь-якій манері, головне, щоб він відображав ваше бачення, ваш образ минулого дня роботи. Постарайтеся малювати так, щоб ніхто не бачив, що ви малюєте. Завершені малюнки віддайте мені. (Коли всі малюнки будуть у тренера, він роздає їх учасникам, намагаючись, щоб нікому не потрапив його власний малюнок.) А тепер, будь ласка, подумайте, хто автор цього малюнка, і підпишіть його».

Після того як учасники впораються із завданням, тренер пропонує кожному назвати автора малюнка і пояснити, чому він прийшов до такого рішення. Інші учасники, в тому числі і автор малюнка, мовчки слухають пояснення. Потім тренер звертається до групи з питанням: «чи є інші версії?» - і просить учасників висловити аргументи на підтримку своєї думки. Після цього тренер просить автора прокоментувати свій малюнок.

Аналогічно обговорюються всі малюнки. Малюнки залишаються у приміщенні протягом всього часу роботи групи.

Виконання цього завдання, крім тренування сензитивності, дає можливість рефлексії змісту роботи за день, допомагає структурувати отриманий досвід. В обговоренні беруть участь автори малюнків, що дає великий змістовний матеріал.

Заняття чотири

Вправа 1

Тривалість 1 год. 10хв.

Група ділиться навпіл. Одна половина утворює внутрішній коло учасників дискусії, інша зовнішній коло спостерігачів. Кожен з учасників дискусії витягає картку з ім'ям когось з членів групи, що сидять у внутрішньому колі. У цій вправі ведучому потрібно простежити, щоб нікому не дісталася картка з власним ім'ям – в іншому випадку ефективність вправи дещо знизиться.

Кожен з спостерігачів отримує завдання стежити за одним з учасників дискусії з метою визначити, чию роль той грає.

Ведучий визначає тему дискусії, яка може стосуватися будь-якого питання: «чи потрібні вдома тварини?», «Є у житті справжнє кохання?», «Вірити в магічну силу пристриту і псування?», «Чи варто йти на вибори?», «Що особливо відштовхує і що приваблює в людях?» і т.д.

Дискусія може тривати п'ять-десять хвилин. По її завершенню слово надається спостерігачам. Ті висловлюють припущення щодо ролі свого підопічного. Перш ніж сам виконавець підтвердить або спростує цю думку, інші члени групи, включаючи учасників дискусії, висувають свої припущення, обґрунтовуючи їх. Після того, як учасники дискусії розкриють, кого вони зображували, обговорюється успішність і точність виконання ролей.

Потім учасники дискусії стають спостерігачами, а ті, отримавши картки, починають нову дискусію в ролях один одного.

Вправа 2 «Дзеркало»

Тривалість 2 год. 25хв.

Ця вправа зазвичай дуже подобається учасникам групи і проходить, як правило, весело і жваво. У молодіжних групах майже всі прагнуть отримати своє «відображення» і як можна в більшій кількості «дзеркал».

Ведучий пропонує вийти в коло добровольцеві, який буде «дивитися в дзеркало».

- Твоє завдання тільки по відображенню в «дзеркалі», точніше у двох «дзеркалах», визначити, хто з членів групи підійшов до тебе ззаду. Ці два «дзеркала», зрозуміло, будуть живими. Одне буде мовчить: воно зможе пояснювати тобі, хто знаходиться за твоєю спиною, тільки за допомогою міміки і жестів. Друге «дзеркало» - говорить. Воно буде пояснювати, що це за людина, звичайно, не називаючи його імені. Вибери з групи тих двох, хто стане мовчить і говорить «дзеркалом».

Після того, як гравець зробив вибір, ведучий дає «дзеркал» більш докладну інструкцію:

«Дзеркала» встають поруч біля стіни. Основний гравець перед ними. Всі інші учасники групи розташовуються за його спиною і по одному безшумно підходять до нього ззаду. Відображення «дзеркалами» відбувається по черзі. Спочатку працює «дзеркало», яке мовчить. Якщо основний гравець не може вгадати людини за спиною, то вступає «балакуче дзеркало» і вимовляє одну - тільки одну! - фразу. Якщо гравець знову не вгадує, то знову - можна по-іншому - відображає «дзеркало», яке мовчить і так далі. Завдання гравця - вгадати людини за спиною як можна швидше.

Для «дзеркал» є певні умови. «Дзеркало» яке мовчить фактично не обмежується в способах «відображення» людини за спиною основного гравця. Але не варто зосереджуватися лише на зображенні чисто зовнішніх особливостей людей і тим більше підкреслювати якісь фізичні характеристики.

Таке попередження необхідно робити в тих випадках, коли вправа застосовується на початкових етапах роботи. Слід зазначити, що ведучий може свідомо піти на це з метою спровокувати обговорення підлітками своєю фізичної Я. Але це інша пісня, і сенс вправи теж зміниться.

- На яке ж «дзеркало» накладається ряд чітких обмежень. По-перше, природно, заборонено називати ім'я людини за спиною основного гравця. По-друге, описуючи цю людину, не можна посилатися на спогади про події за участю цієї людини поза групи. По-третє, слід уникати простих описів зовнішності. Це дозволяється тільки в третій фразі. Починаємо!

Через кілька хвилин ведучий пропонує змінити основного гравця, а той отримує право поміняти і «дзеркала». Усвідомлюючи сенс гри учасники часто навіть конкурують за право стати основними гравцями і перевірити свою здатність розуміти повідомлення «дзеркал». Трьох-чотирьох циклів гри буває достатньо, щоб не втратити темп заняття. Обов'язково слід відрефлексувати вправу. Варто обговорити такі питання:

Кому з гравців знадобилося менше всього дзеркальних «відображень», щоб визначити, хто перебуває за його спиною?

У чому секрет такої прозорливості?

Хто з учасників групи виявився талановитим «дзеркалом»? Що в цьому йому допомогло?

Хто з учасників здивований тим, як був відбитий «дзеркалами»?

Що ви відчули, коли побачили своє «відображення»?

Під час обговорення часто виникають запитання учасників один до одного такого, наприклад, змісту:

- Юля, а що означав ось цей твій жест, коли ти показував мене?

- Стас, а чому ти сказав, «відбиваючи» мене: «людина, краще за всіх уміє робити подарунки»? З чого це ти взяв? тощо.

Багатство виникають в результаті цієї вправи зворотних зв'язків важко переоцінити. Навіть те, що не стало з якихось причин матеріалом для обговорення в групі, залишається для учасника своєрідною «чарівної

фотографією» яку не зробити ні одним «кодаком». Адже фотоапарат фіксує «об'єктивний» образ людини, а такі ось «дзеркала» дарують суб'єктивний портрет, який неможливо отримати ніякими приладами.

Вправа 3 «Закріплення встановлених контактів»

Тривалість виконання – 5 хв.

Обладнання: м'яч.

Учасники сидять по колу.

Інструкція: «Зараз ми по черзі будемо кидати один одному м'яч, називаючи при цьому ім'я людини, якій він адресований, і фразу, яку він виголошував тут, у нашому колі. Отримав м'яч кидає його наступному учаснику, називаючи його ім'я і фразу. Будемо уважні і зробимо так, щоб м'яч побував у всіх».

В ході вправи у деяких учасників можуть виникнути труднощі, пов'язані з тим, що вони не можуть згадати фразу. У цьому випадку тренер не квапить учасника, даючи йому можливість згадати фразу, або рекомендує кинути м'яч тому, чия фразу він може назвати.

Вправа 4 «Метафора проблеми»

Тривалість 3 год. 45хв.

Саме за допомогою мови метафор здійснюється вихід на рівень усвідомлення проблеми в описуваній нижче грі. Саме метафори дозволяють людині розпізнати і визначити власні переживання, і своє ставлення до життєвих труднощів, зрозуміти їх зміст і цінність. Метафора не тільки полегшує цей процес, розширюючи межі свідомості, але й зачіпає певні верстви підсвідомого.

У цій грі особливого значення набуває сприйняття учасниками групи змісту метафор один одного. Буквальний сенс метафоричного опису сприймається свідомістю, в той же час підсвідомість займається більш тонким і копіткою справою: розгадуванням і обробкою метафоричних сполучень, розшифровкою прихованого сенсу, другого плану, неочевидного змісту. Ця робота задає потрібну програму змін у поведінці,

бере участь у переструктуруванні цінностей, поглядів і позицій. Важлива і трансформація метафоричних образів в інші модальності.

I етап. Інструкція ведучого:

- Важко знайти людину, яка ніколи не відчував жодних психологічних проблем, якій не доводилося долати життєвих труднощів. Смію припустити, що існували чи існують у вас якісь важко розв'язні питання. Сьогодні ми трохи попрацюємо з цими питаннями. Від вас не потрібно докладного і всебічного викладу змісту ваших проблем – може бути, ви хочете зберегти це в таємниці. Подумайте про те, як можна зобразити складну для вас проблему в метафоричній формі.

Для малювання своїх проблем можна використовувати і фарби, і олівці. Нам представляється, що в даному випадку фарби акварельні або гуаш) переважніше. Зауважимо, що для тих моментів тренінгу, коли використовується малювання, потрібно мати де-небудь поблизу (в сусідніх приміщеннях) кілька невеликих журнальних столиків – за кількістю учасників. Можливий варіант, коли столи стоять але периметру тієї кімнати, в якій проводяться заняття. При необхідності коло учасників групи як би «вивертається» назовні, і кожен маже малювати, не заважаючи один одному. Бажано розташуватися так, щоб ні перед ким не міг виникнути спокуса заглянути і малюнок сусіда до завершення творчого процесу. Асистент ведучого повинен подбати про те, щоб на столах були заздалегідь приготовані аркуші паперу, фарби, кисті і судини з водою.

Починає голосно звучати медитативна музика.

Закрийте очі. Подумки поверніться в ту ситуацію, коли ви в останній раз випробували труднощі, яку вважаєте для себе важко досяжними... Подивіться на неї як би з боку, залишаючись до пен досить емоційно холодними... Які асоціації викликає у вас ця проблемна ситуація? Який спосіб народжується? З чим або з ким асоціюєтесь ви самі? Поверніться трохи назад і згадайте іншу ситуацію, яку також сприйняли як проблемну... Може бути, з пам'яті спливають інші ситуації, коли ви стикалися з

труднощами... Та ж ця проблема? Якщо ні, спробуйте зрозуміти, у чому подібність цих проблем? Може бути, вони мають один корінь? З чим асоціюється у вас цей корінь проблеми? Який образ постає перед внутрішнім поглядом, коли ви думаєте про корені цієї проблеми?... А тепер відкрийте очі, мовчки візьміть пензлик і починайте малювати картину, яку можна було б назвати «Моя проблема». Обов'язково потрібно, щоб ваш малюнок містив метафору вашої проблеми. Час на роботу - не більш півгодини.

Іноді учасникам пропонується малювати лівою рукою (якщо вони правші). На думку ряду психологів, це дозволяє більшою мірою підключити до творчого процесу праве півкуля, розкріпачити образне і асоціативне мислення. На наш погляд, це прийнятно тоді, коли учасники тренінгової групи отримали достатній досвід виконання вправ арт-терапії. Якщо ж терапевтичний рисунок вони роблять в перший або другий раз, пропозицію малювати лівою рукою може збентежити їх і навіть погасити всяке бажання відобразити народилися образи на папері.

З початку малювання медитативна музика повинна звучати трохи голосніше. Ведучому не слід рухатися по кімнаті і заглядати через плече учасників: що, мовляв, ви там натворили? І тим більше питати чи радити кого-небудь, що і як намалювати. Він не вчитель малювання. Потрібно спокійно дочекатися завершення роботи учасниками, не втручаючись у події. Якщо хтось закінчить раніше, можна зробити знак зачекати. За хвилину до закінчення відведених тридцяти хвилин ведучий попереджає про це і просить закінчити малюнок. Втім, а більшості випадків учасники групи завершують роботу в більш короткий термін.

II етап. Інструкція ведучого:

- А тепер поверніться, будь ласка, в коло, взявши з собою малюнки. Поставте їх так, щоб всі члени групи могли їх добре бачити (можна покладеш малюнки на підлогу перед собою). Зараз кожен з вас відвідає вернісаж метафоричних проблем. Ви повинні побачити в картинах ваших

товаришів їх проблеми, зрозуміти зміст пропонованої метафори і вибрати ту картину, метафора якої здасться вам найбільш близькою до власного образу проблеми. І все це без слів. Першим буде... (називається ім'я одного з учасників). Починай не кваплячись обходити коло. Треба не тільки розглянути картини, але й поглянути в очі кожному «художнику». Через кілька десятків секунд стане наступний і так далі.

Завершивши коло, перший учасник сідає на своє місце й виступає вже в ролі «художника». Потім повертається другий. Коли всі учасники обійдуть коло і розглянуть картини один одного, ведучий продовжує:

- А тепер, дотримуючись той же порядок, зробіть, будь ласка, наступне: візьміть свій малюнок і покладіть його поруч з малюнком, чия метафора здалася вам найбільш збігається з баченням власної проблеми. Таким чином, в результаті у нас виявляться групи споріднених за духом метафор. Якщо до того моменту, коли настане ваша черга вибирати малюнки, перед залучила вас картиною вже збереться декілька метафоричних зображень, то може виявитися, що не всі з них ви вважаєте близькими до вашої метафори. У цьому випадку покладіть свій малюнок не просто зверху на інші, а поруч саме з тим, який залучив вас.

Ведучий повинен уважно спостерігати за виборами, що здійснюються учасниками групи, і при крайній необхідності делікатно втручатися в процес. Така необхідність мовляв/сет виникнути тоді, коли всі або принаймні більшість) вибирають один і той же малюнок. Ведучий може запропонувати учасникам вибрати щось близьке їм з решти малюнків. Можуть з'явитися «ланцюжка» з малюнків. Тоді за згодою гравців ведучий сам організує «розриви» у цих «ланцюжках» і створює групи (не обов'язково рівні за чисельністю). З моменту поділу на групи розмовляти дозволяється.

III етап. Інструкція ведучого:

- Наступна ваша задача – перевести вашу метафору з мови малюнка на мову слів. Але це не означає, що ви зобов'язані роз'яснювати суть

тривожить вас проблеми. Створіть словесну метафору проблеми, розкажіть її своїм товаришам але групі.

На придумування і виклад метафор слід виділити п'ять-сім хвилин. Можливо, буде ще менше часу, і цей етап можна буде скоротити. Однак ведучому важливо простежити, щоб кожен учасник запропонував свою метафору. Тільки після цього звучить наступна інструкція:

- На основі індивідуально створених вами метафор ваша група повинна придумати загальну метафору, яку слід представити і в малюнку, і в словесному викладі (провідний постачає кожному великими аркушами паперу). Обговорюйте спільний метафоричний образ вашої проблеми, не розкриваючи реальний її зміст, використовуйте тільки метафорична мова. Час на роботу п'ятнадцять хвилин.

Замість загального малюнка ведучий може запропонувати створити «живу скульптуру» або «скульптурну групу», метафорично відображає загальну для учасників проблему, яка подібно сприймається та переживається.

По закінченні вироблення загальної метафори кожна група представляє іншим метафоричний образ своєї проблеми. Ведучому краще утриматися від коментарів і подякувати учасникам за спільну роботу.

IV етап. Інструкція ведучого:

- Отже, ви зуміли втілити суть своєї проблеми в яскравих метафоричних образах. Останнє завдання – найважливіше. Вам потрібно створити метафору перемоги над вашою проблемою. Разом зі своїми товаришами але групі придумайте нестандартну, позитивну метафору. Може бути, саме в ній буде приховано винайдений вами спосіб вирішити проблему? Непогано, якщо ви внесете в створюваний образ неабияку частку гумору.

Робота над новою метафори може зайняти п'ятнадцять-двадцять хвилин. Для створення відповідного настрою фоном звучить мажорна музика. Бажано, щоб подання метафор (у малюнках, афоризми,

«скульптурах») кожної групи супроводжувалося оплесками.

Вправа 5 «Сліпий поводитир»

Тривалість виконання – 20 хв.

Учасники розбиваються на пари. В приміщенні, де проходять заняття, розставляються стільці на відстані півтора-двох метрів один від одного.

Інструкція: «Один з учасників пари закриває очі, ніби він сліпий, а інший буде поводитирем. Його завдання - провести партнера по кімнаті між розставленими стільцями. (У деяких випадках, якщо приміщення, де проходять заняття, дозволяє, можна запропонувати учасникам групи вийти в коридор, спуститися і піднятися по сходах і т.д.) Після того як ви пройдете весь шлях і повернетесь туди, звідки починали, поміняйтеся ролями».

Шеррінг:

Які у вас були труднощі в процесі виконання вправи?

Як ви почувалися, коли були в ролі сліпого і коли були в ролі поводиря?

На що ви орієнтувалися, вибираючи засоби «управління» партнером, який грає роль сліпого?

Перший із зазначених питань дає можливість відповідальному відреагувати емоційну напруженість, яка могла виникнути під час вправи, а також зробити крок на шляху усвідомлення тих своїх якостей і особливостей поведінки, які можуть утруднювати взаємодію з іншими людьми.

Відповіді на друге і третє питання дозволяють перейти до обговорення характеру взаємодії в парі, виявити ті чинники, які сприяють вибору придатних засобів взаємодії. Це насамперед розуміння і відчуття партнера. Буває так, що один «сліпий» говорить про те, що йому хотілося б, щоб ним керувала більш тверда рука, щоб ступінь його свободи було менше, а інший, навпаки, повідомляє про те, що відчув дискомфорт від

зайвого тиску. За тим і іншим враженням стоїть нерозуміння з боку «поводиря», виявлена по відношенню до веденого.

Крім того, відповідаючи на друге питання, учасники розвивають здатність вербально висловлювати свої почуття і стани, а також рефлексивні здібності.

3.2. Аналіз ефективності формувальних заходів з активізації конструктивних захисних механізмів у процесі психологічної адаптації пацієнтів з феохромоцитомною дисфункцією

Проводячи аналіз ефективності комплексу психокорекційних заходів описаних у попередньому пункті розділу ми встановили зміни, які відбулися після їх проведення.

Одною з перших досліджуваних категорій є рівень фізіологічних змін викликаних в організмі пацієнта хворобою (Табл. 35).

Таблиця 35

Порівняльний розподіл досліджуваних відносно рівнів фізіологічних змін викликаних в організмі пацієнта хворобою у %

Категорія досліджуваних	Рівень фізіологічних змін					
	середній		високий		низький	
	до	після	до	після	до	після
Досліджувані пацієнти (період встановлення діагнозу до 2 місяців)	13,3	37,3	49,4	33,3	37,3	29,4
Досліджувані пацієнти (період встановлення діагнозу близько 1 року)	8,1	27,3	55,3	28,4	36,6	44,3
Досліджувані пацієнти (період встановлення діагнозу від 1 і більше років)	21,5	17,5	48,3	21,1	30,2	61,4
Здорові досліджувані	15,2	35,2	21,4	19,4	63,4	45,4

Варто відмітити, що після реалізації зазначених вище заходів відбулися значні фізіологічні зміни, зокрема, серед всіх категорій наявне зростання низького рівня фізіологічних змін на фоні зниження середнього та високого рівнів вказаних змін

Відбулися такі зміни у характері соціально-психологічної адаптації представлені у Табл. 36-38

Таблиця 36

Порівняльний розподіл показників соціально-психологічної адаптації у пацієнтів на ранньому етапі хвороби (до 2-х місяців після встановлення діагнозу) у %

№	Показники соціально-психологічної адаптації	Група досліджуваних			
		хворі на феохромоцитомну дисфункцією		досліджувані у яких наднирники є здоровими	
		до	після	до	після
1	Адаптивність	13,1	31,1	56,2	56,2
	Деадаптивність	86,9	68,9	43,8	43,8
2	Обманливість +	38,6	41,3	39,2	39,2
	-	61,4	58,7	60,8	60,8
3	Сприйняття себе	39,5	40,6	44,1	44,1
	Не сприйняття себе	60,5	59,4	55,9	55,9
4	Сприйняття інших	41,3	48,3	67,4	67,4
	Не сприйняття інших	58,7	51,7	32,6	32,6
5	Емоційний комфорт	15,8	32,7	33,9	33,9
	Емоційний дискомфорт	84,2	67,3	66,1	66,1
6	Внутрішній контроль	13,1	35,4	64,2	64,2
	Зовнішній контроль	86,9	64,6	35,8	35,8
7	Лідерство	21,2	32,5	34,3	34,3
	Конформізм	78,8	67,5	65,7	65,7
8	Ескапізм	18,4	28,7	33,5	33,5
	Відхід від проблем	81,6	71,3	66,5	66,5

Таблиця 37

Порівняльний розподіл показників соціально-психологічної адаптації у пацієнтів, які живуть із хворобою період встановлення діагнозу близько 1 року (середньо-продовжений етап) у %

№	Показники соціально-психологічної адаптації	Група досліджуваних			
		хворі на феохромоцитомну дисфункцією		досліджувані у яких наднирники є здоровими	
		до	після	до	після
1	Адаптивність	33,9	43,1	56,2	56,2
	Деадаптивність	66,1	56,9	43,8	43,8

Продовження таблиці 37

2	Обманливість +	64,2	42,3	39,2	39,2
	-	35,8	57,7	60,8	60,8
3	Сприйняття себе	34,3	56,3	44,1	44,1
	Не сприйняття себе	65,7	43,7	55,9	55,9
4	Сприйняття інших	60,8	42,1	67,4	67,4
	Не сприйняття інших	44,1	57,9	32,6	32,6
5	Емоційний комфорт	55,9	66,3	33,9	33,9
	Емоційний дискомфорт	67,4	33,7	66,1	66,1
6	Внутрішній контроль	66,1	41,1	64,2	64,2
	Зовнішній контроль	64,2	58,9	35,8	35,8
7	Лідерство	84,2	49,4	34,3	34,3
	Конформізм	14,1	50,6	65,7	65,7
8	Ескапізм	78,1	47,8	33,5	33,5
	Відхід від проблем	66,1	52,2	66,5	66,5

Таблиця 38

Порівняльний розподіл показників соціально-психологічної адаптації у пацієнтів, які живуть із хворобою протягом одного і більше року (етап звикання до хвороби) у %

№	Показники соціально-психологічної адаптації	Група досліджуваних			
		хворі на феохромоцитомну дисфункцією		досліджувані у яких наднирники є здоровими	
		до	після	до	після
1	Адаптивність	42,8	67,3	56,2	56,2
	Деадаптивність	57,2	32,7	43,8	43,8
2	Обманливість +	39,3	51,3	39,2	39,2
	-	60,7	48,7	60,8	60,8
3	Сприйняття себе	67,3	63,4	44,1	44,1
	Не сприйняття себе	32,7	36,6	55,9	55,9
4	Сприйняття інших	55,2	68,9	67,4	67,4
	Не сприйняття інших	44,8	31,1	32,6	32,6
5	Емоційний комфорт	41,5	72,1	33,9	33,9
	Емоційний дискомфорт	58,5	27,9	66,1	66,1
6	Внутрішній контроль	35,3	43,2	64,2	64,2
	Зовнішній контроль	64,7	56,8	35,8	35,8
7	Лідерство	25,1	76,1	34,3	34,3
	Конформізм	74,9	23,9	65,7	65,7
8	Ескапізм	66,4	79,4	33,5	33,5
	Відхід від проблем	33,6	20,6	66,5	66,5

Проаналізувавши отримані результати можна констатувати, що у пацієнтів на різних етапах захворювання на феохромоцитомну дисфункцію підвищується рівень показників соціально-психологічної адаптації в цілому.

Варто відмітити, що рівень адаптації особистості підвищується у відповідності із усвідомленням людиною свого стану, а також, враховуючи наявність зростання рівня рефлексивного прийняття власних захисних механізмів людиною.

Відтак, представимо узагальнену ситуацію адаптивної поведінки учасників практичної частини роботи в цілому (Табл. 39).

Таблиця 39

Порівняльний розподіл досліджуваних відносно рівнів соціально-психологічної адаптації

Категорія досліджуваних	Рівень соціально-психологічної адаптації					
	високий		середній		низький	
	до	після	до	після	до	після
Досліджувані пацієнти (період встановлення діагнозу до 2 місяців)	12,1	52,1	28,3	24,3	59,6	23,6
Досліджувані пацієнти (період встановлення діагнозу близько 1 року)	18,7	61,5	31,3	23,2	50	15,3
Досліджувані пацієнти (період встановлення діагнозу від 1 і більше років)	38,2	76,4	33,6	21,5	28,2	2,1
Здорові досліджувані	16,3	26,3	22,5	29,5	61,2	17,9

Відповідно до динаміки стратегій оволодіваючої поведінки у групі досліджуваних на різних етапах дослідження етапом переживання хвороби (Таблиці 40-42).

Таблиця 40

**Порівняльний розподіл показників оволодіваючої поведінки
пацієнтів на ранньому етапі хвороби
(до 2-х місяців після встановлення діагнозу) у %**

№	Показники оволодіваючої поведінки	Група досліджуваних			
		хворі на феохромоцитомну дисфункцією		досліджувані у яких наднирники є здоровими	
		до	після	до	після
1	Конфронтація	43,1	31,1	8,2	8,2
2	Дистанціювання	22,4	22,3	1,8	1,8
3	Самоконтроль	5,1	15,1	28,2	28,2
4	Пошук соціальної підтримки	1,6	21,6	12,6	12,6
5	Прийняття відповідальності	0,7	13,7	24,5	24,5
6	Втеча-уникнення	21,2	11,3	2,5	2,5
7	Планування вирішення проблеми	4,1	23,1	16,4	16,4
8	Позитивна переоцінка	1,8	7,8	5,8	5,8

Таблиця 41

**Порівняльний розподіл показників оволодіваючої поведінки
пацієнтів, які живуть із хворобою протягом одного
(середньо-продовжений етап) у %**

№	Показники оволодіваючої поведінки	Група досліджуваних			
		хворі на феохромоцитомну дисфункцією		досліджувані у яких наднирники є здоровими	
		до	після	до	після
1	Конфронтація	24,1	17,1	8,2	8,2
2	Дистанціювання	11,4	15,7	1,8	1,8
3	Самоконтроль	15,1	21,3	28,2	28,2
4	Пошук соціальної підтримки	7,6	7,3	12,6	12,6
5	Прийняття відповідальності	14,7	17,9	24,5	24,5
6	Втеча-уникнення	4,2	4,1	2,5	2,5
7	Планування вирішення проблеми	9,1	14,1	16,4	16,4
8	Позитивна переоцінка	13,8	23,9	5,8	5,8

Таблиця 42

Порівняльний розподіл показників соціально-психологічної адаптації у пацієнтів, які живуть із хворобою протягом одного і більше року (етап звикання до хвороби) у %

№	Показники оволодіваючої поведінки	Група досліджуваних			
		хворі на феохромоцитомну дисфункцією		досліджувані у яких наднирники є здоровими	
		до	після	до	після
1	Конфронтація	14,1	11	8,2	8,2
2	Дистанціювання	9,4	8,2	1,8	1,8
3	Самоконтроль	15,1	39,1	28,2	28,2
4	Пошук соціальної підтримки	5,6	5,6	12,6	12,6
5	Прийняття відповідальності	18,7	48,7	24,5	24,5
6	Втеча-уникнення	4,2	2,2	2,5	2,5
7	Планування вирішення проблеми	12,2	24,6	16,4	16,4
8	Позитивна переоцінка	19,8	39,8	5,8	5,8

Розглянемо тепер зміни представлені у системі розподілу ціннісних орієнтацій (Табл. 43-45).

Таблиця 43

Порівняльний розподіл ціннісних орієнтацій пацієнтів на ранньому етапі хвороби (до 2-х місяців після встановлення діагнозу) у %

№	Розподіл ціннісних орієнтацій	Група досліджуваних			
		хворі на феохромоцитомну дисфункцією		досліджувані у яких наднирники є здоровими	
		до	після	до	після
1	домінування інструментальних цінностей	43,6	19,8	38,4	38,4
2	домінування термінальних цінностей	56,1	43,3	24,1	24,1
3	баланс цінностей	0,3	36,9	37,5	37,5

Таблиця 44

Порівняльний розподіл ціннісних орієнтацій які живуть із хворобою протягом одного року (середньо-продовгований етап) у %

№	Розподіл ціннісних орієнтацій	Група досліджуваних			
		хворі на феохромоцитомну дисфункцією		досліджувані у яких наднирники є здоровими	
		до	після	до	після
1	домінування інструментальних цінностей	45,3	30,7	38,4	38,4
2	домінування термінальних цінностей	38,9	29,8	24,1	24,1
3	баланс цінностей	15,8	39,5	37,5	37,5

Таблиця 45

Порівняльний розподіл показників соціально-психологічної адаптації у пацієнтів, які живуть із хворобою протягом одного і більше року (етап звикання до хвороби) у %

№	Розподіл ціннісних орієнтацій	Група досліджуваних			
		хворі на феохромоцитомну дисфункцією		досліджувані у яких наднирники є здоровими	
		до	після	до	після
1	домінування інструментальних цінностей	23,3	32,6	38,4	38,4
2	домінування термінальних цінностей	28,5	30,9	24,1	24,1
3	баланс цінностей	48,2	36,5	37,5	37,5

Визначення характеру змін психологічного змісту захисних механізмів свідчить про те, що основними являються механізми компенсації у тандемі із раціоналізацією (табл. 46-48).

Таблиця 46

**Порівняльний розподіл механізмів психологічного захисту
пацієнтів на ранньому етапі хвороби
(до 2-х місяців після встановлення діагнозу) у %**

№	Механізми психологічного захисту	Група досліджуваних			
		хворі на феохромоцитомну дисфункцією		досліджувані у яких наднирники є здоровими	
		до	після	до	після
1	Витіснення	12,1	6,7	0,5	0,5
2	Регресія	21,3	12,5	2	2
3	Заміщення	13,4	10,6	15,9	15,9
4	Заперечення	16,1	11,4	11,8	11,8
5	Проекція	10,4	8,3	3	3
6	Компенсація	13,3	10,3	14	14
7	Гіперкомпенсація	12,1	9,7	2	2
8	Раціоналізація	1,3	30,5	50,8	50,8

Таблиця 47

**Порівняльний розподіл механізмів психологічного захисту які
живуть із хворобою протягом одного і більше року
(середньо-продовжений етап) у %**

№	Механізми психологічного захисту	Група досліджуваних			
		хворі на феохромоцитомну дисфункцією		досліджувані у яких наднирники є здоровими	
		до	після	до	після
1	Витіснення	3	1,7	0,5	0,5
2	Регресія	6,7	6,5	2	2
3	Заміщення	11,8	9,7	15,9	15,9
4	Заперечення	9,4	7,4	11,8	11,8
5	Проекція	21	13,7	3	3
6	Компенсація	19,6	11,6	14	14
7	Гіперкомпенсація	14	12,7	2	2
8	Раціоналізація	14,5	36,7	50,8	50,8

Таблиця 48

**Порівняльний розподіл механізмів психологічного захисту які
живуть із хворобою протягом одного і більше року
(етап звикання до хвороби) у %**

№	Механізми психологічного захисту	Група досліджуваних			
		хворі на феохромоцитомну дисфункцією		досліджувані у яких наднирники є здоровими	
		до	після	до	після
1	Витіснення	1,3	0,6	0,5	0,5
2	Регресія	2,3	1,6	2	2
3	Заміщення	9	2,1	15,9	15,9
4	Заперечення	4,6	4,3	11,8	11,8
5	Проекція	17,9	13,8	3	3
6	Компенсація	15,3	11,2	14	14
7	Гіперкомпенсація	5,6	3,2	2	2
8	Раціоналізація	44	52,5	50,8	50,8

Представимо отримані нами результати у відповідності із домінуючими тандемними механізмами психологічного захисту пацієнтів (табл. 49).

Таблиця 49

**Порівняльний розподіл досліджуваних відповідно домінуючих
тандемних механізмів психологічного захисту**

Категорія досліджуваних	Механізми психологічного захисту					
	витіснення + заперечення		проекція + компенсація		компенсація + раціоналізація	
	до	після	до	після	до	після
Досліджувані пацієнти (період встановлення діагнозу до 2 місяців)	56,2	24,8	39,4	42,7	4,4	32,5
Досліджувані пацієнти (період встановлення діагнозу близько 1 року)	47,1	28,9	44,2	47,1	8,7	24
Досліджувані пацієнти (період встановлення діагнозу від 1 і більше років)	32,4	31,3	6,1	49,2	21,5	19,5
Здорові досліджувані	32,4	27,3	36,3	31,6	31,3	41,1

Визначимо тепер зміни в успішності лікувально-профілактичних

заходів (табл. 50-52).

Таблиця 50

**Порівняльний розподіл пацієнтів на ранньому етапі хвороби
(до 2-х місяців після встановлення діагнозу) за рівнем успішності
лікувально-профілактичних заходів у %**

№	Рівні успішності лікувально-профілактичних заходів	Група досліджуваних			
		хворі на феохромоцитомну дисфункцією		досліджувані у яких наднирники є здоровими	
		до	після	до	після
1	низький	89,3	55,3	37,9	37,9
2	середній	8,8	36,8	29,5	29,5
3	високий	1,9	7,9	32,6	32,6

Таблиця 51

**Порівняльний розподіл орієнтацій пацієнтів які живуть із
хворобою протягом одного і більше року
(середньо-продовгований етап) у %**

№	Рівні успішності лікувально-профілактичних заходів	Група досліджуваних			
		хворі на феохромоцитомну дисфункцією		досліджувані у яких наднирники є здоровими	
		до	після	до	після
1	низький	45,6	34,3	37,9	37,9
2	середній	39,8	25,7	29,5	29,5
3	високий	14,6	40	32,6	32,6

Таблиця 52

**Розподіл ціннісних орієнтацій пацієнтів які живуть із хворобою
протягом одного і більше року (етап звикання до хвороби) у %**

№	Рівні успішності лікувально-профілактичних заходів	Група досліджуваних			
		хворі на феохромоцитомну дисфункцією		досліджувані у яких наднирники є здоровими	
		до	після	до	після
1	низький	24,1	12,1	37,9	37,9
2	середній	28,9	16,3	29,5	29,5
3	високий	47	71,6	32,6	32,6

Тепер зупинимося на дослідженні змін, які відбулися у виконанні комплексу ПКЗ представлені у табл. 53.

Таблиця 53

**Вираження ефективності виконаного комплексу ПКЗ
лікувально-діагностичному процесу**

Категорія досліджуваних	Категорії аналізу						
	статеві-фізіологічна категорія	освітньо-трудова категорія	медико-психологічна категорія				
			рівень адаптації/деадаптації	рівень оволодіння механізмів	ціннісно-мотиваційні показники	домінуючі механізми психологічного захисту	успішності лікувально-профілактичних заходів
Досліджувані пацієнти (період встановлення діагнозу до 2 місяців)	29,3	20,3	15,6	10,9	9,3	29,7	0,3
Досліджувані пацієнти (період встановлення діагнозу близько 1 року)	19,2	21,2	14,6	15,4	5,2	9,1	9,1
Досліджувані пацієнти (період встановлення діагнозу від 1 і більше років)	8,4	9,3	17,2	18,3	20,3	11,2	15,6
Здорові досліджувані	18,5	0,7	19,2	33,1	4,6	10,2	19,6

3.3. Основні положення щодо організації психолого-медичної допомоги пацієнтам з феохромоцитомною дисфункцією

Суб'єкт суб'єктні відносини реалізуються, перш за все, в діалозі, в ході якого сторони пізнають один одного, між ними встановлюються певні взаємовідносини і здійснюється взаємна оцінка. Все це дозволяє виділити в структурі співробітництва, як однієї з стратегій взаємодії, три складових: комунікативну, інтерактивну і перцептивну.

Комунікативна складова передбачає, що взаємодіючи лікар і пацієнт стають учасниками співробітництва. На основі двостороннього обміну інформацією вони, відповідно до відкритості мети і мотивів, досягають взаєморозуміння. Відсутність співробітництва негативно позначається на ході лікування.

У зв'язку з тим, що процес лікування передбачає не стільки обмін інформацією, скільки процес обміну деякими діями, то організація безпосередньої взаємодії лікаря з пацієнтом пов'язана із інтерактивною стороною лікувально-діагностичного процесу. При цьому планування ходу лікування залежить від визначення конкретних дій кожної із сторін.

Під час лікування обов'язково відбувається сприйняття та оцінка один одного лікарем і пацієнтом, що в свою чергу сприяє встановленню взаємодії між ними.

Уявлення про іншу людину, сформульовані у ході лікарсько-пацієнтської взаємодії формують цілісний образ, що дозволяє лікарю інтерпретувати та прогнозувати вчинки пацієнта і знаходити до нього підхід, а пацієнту проявляти більше довіри до лікаря.

Виходячи з вище викладеного, успішність організації медико-психологічної допомоги пацієнтам з феохромоцитомною дисфункцією передбачає наступне:

- толерантне ставлення до пацієнта, яке сприяє встановленню довірливих стосунків між лікарем та пацієнтом;
- цілеспрямованість - усвідомлення загальної цілі, прагнення до її досягнення, взаємна зацікавленість лікаря та пацієнта в цьому;
- мотивованість – активна позиція по відношенню до лікування і його позитивна мотивація;
- структурованість - чіткий розподіл функцій, прав, обов'язків та відповідальності;
- узгодженість дій всіх сторін, взаємна довіра, доброзичливість та повага;

- організованість - планомірність та системність лікувально-діагностичного процесу;

- результативність - здатність досягати результат не залежно від тих перешкод, які виникають у процесі лікувально-діагностичної діяльності.

Сукупність складових успішної організації медико-психологічної допомоги пацієнтам з феохромоцитомною дисфункцією можна охарактеризувати, як співробітництво. Також слід зазначити, що співробітництво в процесі лікування повинна будуватися на основі кількох принципів: гнучкості, безперервності, толерантності і врахування взаємних інтересів. Розглянемо їх детальніше:

1) Гнучкість забезпечується наявністю ефективного зворотного зв'язку, встановленню якого між лікарем і пацієнтом як суб'єктами співпраці сприяють такі прийоми:

- розпитування – дозволяє уточнити отриману інформацію, а також отримати додаткову інформацію;

- перефразування передбачає уточнення правильності думки хворого за допомогою озвучування її своїми словами;

- відображення почуттів дозволяє уточнити правильність розуміння психічного стану пацієнта залежно від його слів, інтонації, міміки і жестів;

- резюмування, або узагальнення, використовується для підбиття підсумків взаємодії;

2) Безперервність проявляється у відсутності вікових бар'єрів по відношенню до учасників співробітництва. Так як даний прийом ефективний при будь-якій взаємодії незалежна від віку пацієнта, вона дозволяє пояснити переживання, висловити свої потреби, вислухати один одного, а потім виробити альтернативні варіанти вирішення проблем;

3) Толерантність виражається у цілеспрямованому розвитку поваги до пацієнтів у формуванні відкритого ставлення і уваги один до одного. Даний прийом передбачає взаємну довіру і щирий інтерес до особистості

пацієнта з боку лікаря. В поведінці толерантність виражається через визнання цінності кожної людини незалежно від її становища, особливостей, успіхів і зовнішніх якостей.

У процесі взаємодії лікаря з пацієнтом толерантність проявляється також через розуміння своєрідності особистості кожного пацієнта, усвідомлення значущості іншої людини, співпереживання, а також грамотне використання механізмів комунікативного впливу, створення сприятливого морального і психологічного клімату, володіння технікою мови, прийомами риторики, практикою аргументації; технікою конструктивного вирішення конфліктних ситуацій.

4) З толерантністю тісно пов'язаний принцип врахування інтересів і можливостей лікаря і пацієнта як суб'єктів співпраці, який забезпечується демократичною формою обговорення проблем і прийняття відповідних рішень.

В процесі розгляду співробітництва як ефективної стратегії взаємодії лікаря з пацієнтом, ми також прийшли до висновку, що сутність співпраці в цьому випадку відображає цілісний характер його протікання і являє собою складну, систему. Вказана система включає в себе такі компоненти:

- мотиваційно-цільовий компонент пов'язаний з формулюванням мети та мотивів співпраці лікаря та пацієнта;
- дескриптивний компонент передбачає здійснення діагностики та збору інформації описового характеру про суб'єктів співробітництва, необхідної для здійснення даної стратегії взаємодії;
- оцінний компонент полягає в аналізі та оцінці отриманої інформації, на основі чого вибираються засоби для здійснення співпраці. Цей компонент включає в себе співвіднесення отриманої інформації з нормами, закріпленими у вигляді правил і прийомів ефективної взаємодії;
- програмуючий компонент передбачає підготовку лікарем співробітництва, вибір засобів, дій, тощо;

- інтеракційний компонент пов'язаний з реалізацією вибраної стратегії лікувально-діагностичного процесу.

Таким чином, співпраця являє собою сукупність взаємопов'язаних між собою компонентів, об'єднаних конкретною ціллю. Нехтування будь-яким з розглянутих компонентів призводить до порушення цілісності процесу співробітництва лікаря з пацієнтом і веде до деструктивності у досягненні лікувально-профілактичної мети.

На основі аналізу реального протікання процесу співробітництва лікаря з пацієнтом ми можемо зробити висновки, про те, що даний процес передбачає високу активність всіх його учасників; вироблення плану спільних дій; чіткий розподіл обов'язків; єдність думок з точки зору істотних питань на всіх етапах лікування; відсутність конфліктів у системі співробітництва.

Так як мета співробітництва в процесі лікування задається ззовні (хворобою), вона є об'єктивною по відношенню до цього процесу. Тому досягнення поставленої мети (лікування) розглядається нами як критерій результативності, який може вважатися об'єктивною характеристикою співробітництва лікаря з пацієнтом - виліковування.

На перебіг і на якісний стан співробітництва, на нашу думку, здійснюють суб'єктивний вплив індивідуальні та психологічні особливості особистості, її ціннісні орієнтації, мотивації. До того ж результат лікування при організації конструктивного співробітництва може бути досягнутий його з мінімальними затратами сил, коштів, часу, з різним психологічним навантаженням.

Якісний стан співробітництва залежить від ступеня володіння його учасниками знаннями про процес лікувально-профілактичної взаємодії, його закономірності, засоби, фактори, що впливають на даний процес, а також від ступеня володіння вміннями співробітництва. Крім того, успішне досягнення поставленої мети залежить і від комунікативної рефлексії, яка дозволяє пацієнту визначати і оцінювати свій стан,

розуміти, як його сприймає інший учасник взаємодії - лікар. Саме комунікативна рефлексія дозволяє зрозуміти, чому один засіб співпраці було ефективним, а інший - ні; визначати, які дії дозволили досягти саме цього результату лікування. До того ж комунікативна рефлексія дає можливість коригувати процес співпраці, вносити відповідні зміни, спрямовані на досягнення поставленої мети.

Рішення проблеми організації медико-психологічної допомоги пацієнтам з феохромоцитомною дисфункцією повинного ґрунтуватися на сукупності професійних знань лікаря, досвіді лікувально-профілактичної діяльності, володіння знаннями у галузі медичної психології та конфліктології.

Висновки до третього розділу

Впровадження системи активізації захисних механізмів у процесі психологічної адаптації пацієнтів з феохромоцитомною дисфункцією де, основним фактором є розвиток рефлексії, підтвердило свою ефективність.

Варто відмітити, що рефлексія пацієнтів стає чинником усвідомлення хвороби, а також – сприйняття фігури лікаря, взаємодія з яким являється визначальною для активізації часових і лікувальних показників виліковування хворих на феохромоцитомну дисфункцію.

Проведення практичного дослідження у відповідності із аналізом ефективності медико-психокорекційних заходів з активізації конструктивних захисних механізмів пацієнтів з феохромоцитомною дисфункцією дає можливість говорити про те, що налагоджуючи ефективну взаємодію із пацієнтом лікар тим самим стимулює розвиток рефлексії хворого. Результатом налагодження лікарсько-пацієнтської взаємодії являється актуалізація конструктивних захисних механізмів на фоні зниження рівня деструктивних, що тим самим сприяє розвитку адаптації.

Поведінковим показником адаптації пацієнта до феохромоцитомної

дисфункції являється високий рівень успішності лікувально-профілактичних заходів. Тобто, мова йде про те, що чим швидше лікар зможе налагодити взаємодію із пацієнтом, тим швидше пацієнт зможе усвідомити й відрефлексувати свій стан і тим самим перейти від дезадаптаційних до адаптаційних форм поведінки по відношенню до хвороби.

Оскільки, наше теоретико-прикладне дослідження довело виключну значимість фігури лікаря у процесі попередження порушення психологічної адаптації у пацієнтів з феохромоцитомною дисфункцією, то ми вважаємо за потрібне виділити складові лікарсько-пацієнтської взаємодії, застосування яких у практиці лікаря-терапевта сприятиме активізації конструктивних захисних механізмів психологічної адаптації пацієнтів з феохромоцитомною дисфункцією. Вдзначимо виключне значення таких складових, як:

1) встановлення довірливих стосунків між лікарем та пацієнтом засобами уважності й толерантності по відношенню до останнього. Так, чим вищим є рівень довіри до лікаря з боку пацієнта, тим швидше пацієнт приймає свій стан хвороби та пристосовується до цього стану;

2) мотивування пацієнта. Авторитетність фігури лікаря основана на довірі до нього сприятиме активізації позиції пацієнта по відношенню до лікування, зокрема, розвиватиме їх цілеспрямованість, мотивованість й структурованість, які у своєму комплексі можна охарактеризувати, як взаємодію на рівні лікар-пацієнт-хвороба. Результатом такої взаємодії являється узгодженість дій всіх сторін, взаємна довіра, доброзичливість та повага й планомірність та системність лікувально-діагностичного процесу;

3) організація ефективного співробітництва спрямованого у загальному вигляді на подолання негативного впливу хвороби. Вказане співробітництво повинно стати джерелом результативності (здатності досягати результат не залежно від тих перешкод, які виникають у процесі лікувально-діагностичної діяльності) й стійкості по відношенню до не

стабільності лікувально-діагностичного процесу;

4) баланс у процесі співробітництва, який сприятиме контролю успішності процесу виліковування пацієнтів із феохромоцитомною дисфункцією.

ВИСНОВКИ:

У відповідності із результатами дисертаційного дослідження нами зроблено наступні висновки:

1. У результаті визначення особливостей захисних механізмів як чинників психологічної адаптації пацієнтів із феохромоцитомною дисфункцією нами було розроблено трьохсторонню модель адаптаційного процесу, сторонами якої є взаємний вплив захворювання на пацієнта та лікаря. Метою створення моделі було структурування системи існуючих знань про психолого-медичну взаємодію пацієнтів із діагнозом «феохромоцитомна дисфункція» та про порушення психологічної адаптації пацієнтів із вказаним діагнозом.

Постановка діагнозу «феохромоцитомна дисфункція» активізує захисні механізми, що носять двосторонній характер, адже лікар так як і пацієнт вступає у деякий антагонізм із хворобою. Захисні механізми, відтак, здійснюють конструктивний та/або деструктивний вплив на організм пацієнта, виражений у поведінкових конструктах адаптації / дезадаптації. При цьому вміння відсторонено сприймати хворобу, а відповідно, налагоджувати ефективну взаємодію із пацієнтом, сприяє подоланню дезадаптаційних тенденцій пацієнта.

2. На основі дослідження впливу взаємодії лікаря та пацієнта на реалізацію якісного лікувального процесу з точки зору психологічної адаптації/дезадаптації пацієнтів було встановлено, що поставлена нами гіпотеза є вірною. Дійсно, психофізіологічний зміст адаптаційних стратегій пацієнтів з феохромоцитомною дисфункцією обумовлюється якістю адаптації та прояву їх захисних механізмів.

Психофізіологічна дія захисних механізмів у процесі адаптації виражається наступним чином:

- пацієнт поступово переходить від переживання «фрустрації» (пасивна реакція відгородження від світу, не прийняття інформації) й

«нестабільності» (хаотичні рухи у бік виліковування) до усвідомленого наповнення життєдіяльності змістом. Ключовим у цьому процесі являється неприйняття чи прийняття процесу лікування, виражене у реакціях витіснення й заперечення;

- полярність неприйняття – прийняття процесу лікування – прийняття процесу лікування й вмінням оцінити реальні результати прийнятої позиції по відношенню до лікування чи перегляд власної позиції є відображенням дії такого механізму психологічного захисту, як заперечення та компенсація;

- перегляд пацієнтом власної позиції і як наслідок - адаптація (прийняття конструктивної позиції в процесі лікування) / дезадаптація (прийняття деструктивної позиції в процесі лікування) пацієнтів у період після встановлення діагнозу від 1-го і більше років виражається в активності такого захисного механізму, як компенсація й раціоналізація.

3. Проаналізовано систему активізації конструктивних захисних механізмів у процесі психологічної адаптації пацієнтів з феохромоцитомною дисфункцією та встановлено його соціально-психологічні характеристики. Характерними захисними механізмами пацієнтів, хворих на феохромоцитомну дисфункцію є: неприйняття або заперечення пацієнтами факту наявності хвороби; загострення супутніх хвороб на першій стадії захворювання; порушення соціальних контактів пацієнта пов'язане із підвищенням рівня агресивності й конфліктності, а також підвищенням рівня агресивності, дратівливості і комунікативними проблемами; відсутність або низький рівень підтримки хворого з боку рідних та знайомих; упереджене ставлення до лікаря на перших етапах лікувально-діагностичного процесу.

4. Розробка й апробування програми розвитку навичок рефлексії як чинника зниження негативного впливу захисних механізмів у процесі лікування пацієнтів з феохромоцитомною дисфункцією підтвердила той факт, що дійсно, функціонування психофізіологічних захисних механізмів

пацієнтів хворих на феохромоцитомну дисфункцію ґрунтується на ототожненні самого захворювання та фігури лікаря, як його номінального джерела.

Таким чином, саме ефективна взаємодія на рівні лікар-пацієнт є визначальною для реалізації якісного лікувального процесу, вираженого у адаптації пацієнта до хвороби. Фундаментальним показником адаптації досліджуваної категорії пацієнтів є перехід від сприйняття хвороби через призму захисних механізмів (деадаптація) до взаємодії (адаптація) пацієнта із лікарем, а відповідно, оцінка лікаря, як партнера по лікувальному процесу.

Перспектива подальших досліджень визначається можливістю:
а) поглиблення вивчення психологічної адаптації у пацієнтів з феохромоцитомною дисфункцією; б) застосування розроблених методів для підвищення рівня успішності професійної діяльності лікарів, зокрема, у аспекті медико-психологічної взаємодії із пацієнтами.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ:

1. Абабков В.А. / В.А. Абабков Защитные психологические механизмы и копинги: анализ взаимоотношений. – СПб.: Речь, 2004. – 158с.
2. Абитов И.Р. Антиципационная состоятельность в структуре совладающего поведения (в норме и при психосоматических и невротических расстройствах). Автореф. дис. ... канд. психол. наук. Казань, 2007.
3. Абрамов А.Н., Исурина Г.Л. Внутренняя картина болезни пациентов,страдающих заболеваниями крови и почек / А.Н. Абрамов, Г.Л. Исурина // Научные исследования выпускников факультета психологии СПбГУ. – 2013, Т. 1, № 1. - С. 11-15
4. Агаджанян Н.А., Баевский Р.М., Берсенева А.П. Функциональные резервы организма и теория адаптации / Н.А. Агаджанян, Р.М. Баевский, А.П. Берсенева // Вестник восстановительной медицины. – 2004, № 3. – С. 4-11
5. Александер Ф. / Ф. Александер Психосоматическая медицина. Принципы и применение. – М.: Институт Общегуманитарных Исследований, 2004. – 352с.
6. Алёхин А.Н. Адаптация как концепт в медико-психологических исследованиях / А.Н. Алёхин // Юбилейный сборник научных трудов К 10-летию кафедры клинической психологии. Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена. Санкт-Петербург. – 2010, № 14. - С. 27-32
7. Алёхин А.Н., Сорокин Л.А., Трифонова Е.А., Чернорай А.В. Медико-психологический аспект адаптации пациентов, перенесших инфаркт миокарда: современное состояние проблемы / А.Н. Алёхин, Л.А. Сорокин, Е.А. Трифонова, А.В. Чернорай // Вестник психотерапии. – 2012, № 42. - С. 26-45

8. Ананьев В.А. / В.А. Ананьев Введение в психологию здоровья. – СПб., Сфера, 1998. – 148с.
9. Андреева Е.В. Психологическая адаптация к болезни в клинической динамике легочной артериальной гипертензии у женщин / Е.В. Андреева // Известия Российского государственного педагогического университета им. А.И. Герцена. – 2012, № 153-1. - С. 159-164
10. Антоненко І.Ю. Формування механізмів психологічного захисту у процесі педагогічної взаємодії / І.Ю. Антоненко // Інституціональні перетворення в суспільстві: світовий досвід і українська реальність: IV Міжнар. наук.-метод. конф., 4-6 вересня 2009р.: тези доп. – Мелітополь, 2009. – С. 194-195
11. Анцыферова Л.И. Личность в трудных жизненных условиях: переосмысливание, преобразование жизненных ситуаций и психологическая защита / Л.И. Анцыферова // Психологический журнал. – 1994, Т. 15, № 1. – С. 3-18
12. Ахмедова О.С., Щелкова О.Ю. Психологическая диагностика в соматической клинике: особенности адаптации личности к заболеваниям с различной динамикой течения / О.С. Ахмедова, О.Ю. Щелкова // Вестник Санкт-Петербургского университета. Серия 12: Психология. Социология. Педагогика. – 2008, № 3. - С. 502-510
13. Бажин Е.Ф. и др. Медико-психологические проблемы онкологической клиники // Психология и медицина. – 1978, № 4. - С. 220-224
14. Бажин Е.Ф., Цейтина Г.П. Самооценка онкологических больных и уровень их психологической адаптации / Е.Ф. Бажин, Г.П. Цейтина // Психологическое обеспечение психического и физического здоровья человека: Тез. докл. к VII съезду Об-ва психологов СССР. - М., Знание, 1989. - С. 98-99
15. Баканова И.В., Зейгарник Б.В. Отношение к болезни как условие формирования осознаваемых и неосознаваемых мотивов

деятельности / И.В. Баканова, Б.В. Зейгарник // Бессознательное. Природа, функции и методы исследования. Тбилиси, 1978, Т. 2. - С. 458-463

16. Бакшт А.Е., Белобородова Э.И., Белобородова Е.В., Наумова Е.Л., Бурковская В.А. Инновационные медицинские технологии Копинг-стратегии больных хроническими воспалительными заболеваниями кишечника / А.Е. Бакшт, Э.И. Белобородова, Е.В. Белобородова, Е.Л. Наумова, В.А. Бурковская // Бюллетень сибирской медицины. - 2013, том 12, № 6. - С. 102-99

17. Банщиков В., Гуськов В., Мягков И. / В. Банщиков, В. Гуськов, И. Мягков Медицинская психология. – Медицина, Из-во «Знание», 1967. – 678с.

18. Баранова О.В. Алкогольная анозогнозия и ее преодоление в процессе лечения больных алкоголизмом: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2005. – 18с.

19. Бассин Ф.Б. О так называемом психосоматическом подходе к проблеме развития и преодоления болезни / Ф.Б. Бассин // Клиническая медицина – 1970, № 9. – С. 13-19

20. Бассин Ф.Б. О «силе Я» и «психологической защите» самосознание и защитные механизмы личности: хрестоматия / Ф.Б. Бассин. – Самара, Пресса, 2000. – 312с.

21. Батаршев А.В. / А.В. Батаршев Психодиагностика в управлении: Практическое руководство: учеб.-практич. Пособие. – М., Аспект, 2005. – 789с.

22. Бельцевич Д.Г., Трошина Е.А., Юкина М.Ю. Феохромоцитома / Д.Г. Бельцевич, Е.А. Трошина, М.Ю. Юкина // Проблемы эндокринологии. – 2010, Т. 56, № 1. – С. 63-71

23. Бельцевич Д.Г. Феохромоцитома: клинические рекомендации і международного симпозиума (ISP) / Д.Г. Бельцевич // Эндокринная хирургия. – 2007, № 1. - С. 3-11

24. Березкин Д.П., Зырянова Н.Г. О перспективах

психосоматического исследования в онкологии / Д.П. Березкин, Н.Г. Зырянова // Психологические проблемы психогигиены, психопрофилактики и медицинской деонтологии. - Л., ЛГУ, 1976. - С. 16-18

25. Березкин Д.П., Шабалова Н.Я., Гнездилов А.В. К вопросу о психосоциальной реабилитации онкологических больных, выписанных из стационара / Д.П. Березкин, Н.Я. Шабалова, А.В. Гнездилов // Совершенствование методов реабилитации онкологических больных. - Ленинград, ЛГУ 1978. - С. 15-16

26. Берн Э. / Э. Берн Игры, в которые играют люди. Люди, которые играют в игры. – М.: Эксмо, 2006. – 794.

27. Биркенбиль В.Ф. Коммуникационный тренинг / В.Ф. Биркенбиль– М.: ГРАНД: Фаир-пресс, 2002. – 350с.

28. Блинов Н.Н., Чулкова В.А. Роль психоонкологии в лечении онкологических больных / Н.Н. Блинов, В.А. Чулкова // Вопросы онкологии. – 1996, № 5. - С. 86-89

29. Богомаз С.А. / С.А. Богомаз Жизнестойкость человека как личностный ресурс совладания со стрессами и достижения высокого уровня здоровья // Здоровье нации - основа процветания России: матер. науч.-практ. мероприятий V Всероссийского форума. – М.: НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН, 2009. – С. 18-20

30. Богданова М.В., Доценко Е.Л. / М.В. Богданова, Е.Л. Доценко Саморегуляция личности: от защит к созиданию. – Тюмень, И-во: Азимут, 2010. – 204с.

31. Бодров В.А. / В.А. Бодров Психологический стресс: развитие и преодоление. – М.: ПЕР СЭ, 2006. – 528с.

32. Бондаренко В.О., Луцевич О.Э. Топографическая диагностика и хирургические вмешательства при гигантских феохромоцитомах / В.О. Бондаренко, О.Э. Луцевич // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2011, № 3. – С. 13-18

33. Бочаров В.В., Васильева А.В., Полторак С.В., Сарайкин Д.М. Соотношение психотерапии и психофармакотерапии при пограничных нервно-психических расстройствах в зависимости от мотивационных сценариев пациентов / В.В. Бочаров, А.В. Васильева, С.В. Полторак, Д.М. Сарайкин // Вестник психотерапии. – 2013, № 46. - С. 36-49
34. Бурсигов А.В., Петрова О.В., Тетерин Ю.С. Типы отношения к болезни, качество жизни и приверженность лечению в дебюте гипертонической болезни / А.В. Бурсигов, О.В. Петрова, Ю.С. Тетерин // Клиническая медицина. - 2007, № 8. – С. 44-46
35. Василюк Ф.Е. / Ф.Е. Василюк Психология переживания: анализ преодоления критических ситуаций. – М.: Узд-во МГУ, 1984. – 783.
36. Вассерман, Л.И., Громов С.А., Михайлов В.А. Концепции реабилитации и качества жизни: преемственность и различия в современных подходах / Л.И. Вассерман, С.А. Громов, В.А. Михайлов // Психосоциальная реабилитация и качество жизни. - СПб., Питер, 2001. – С. 103-115
37. Вассерман Л.И., Щелкова О.Ю. / Л.И. Вассерман, О.Ю. Щелкова Медицинская психодиагностика: теория, практика и обучение: учебное пособие. – СПб.: Академия, 2003. – 736с.
38. Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Карпова Э.Б., Вукс А.Я. / Л.И. Вассерман, Б.В. Иовлев, Э.Б. Карпова, А.Я. Вукс Психологическая диагностика отношения к болезни: Пособие для врачей. СПб.: узд-во НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2005. – 32с.
39. Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Исаева Е.Р., Трифонова Е.А., Щелкова О.Ю., Новожилова М.Ю., Вукс А.Я. / Л.И. Вассерман, Б.В. Иовлев, Е.Р. Исаева, Е.А. Трифонова, О.Ю. Щелкова, М.Ю. Новожилова, А.Я. Вукс Методика для психологической диагностики совладающего поведения в стрессовых и проблемных для личности ситуациях: пособие для врачей и медицинских психологов. – СПб.: Психо-неврологический институт им. В.М. Бехтерева, 2008. – 34с.

40. Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Карпова Э.Б. / Л.И. Вассерман, Б.В. Иовлев, Э.Б. Карпова Психологическая диагностика отношения к болезни: пособие для врачей – СПб.: СПбНИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2005. – 32с.
41. Вачков И.В. / И.В. Вачков Введение в тренинговые технологии // Психологическое сопровождение выбора профессии / Под ред. Л.М. Митиной. – М.: Московский психолого-социальный институт, 1998. – С. 66-78
42. Ветрова И.И. Сравнение динамики психологических механизмов регуляции поведения (совладания, психологических защит и контроля поведения) / И.И. Ветрова // Вестник Костромского государственного университета им. Н.А. Некрасова. Сер.: Педагогика. Психология. Социальная работа. Ювенология. Социокинетика. – 2009, Т. 15, № 4. – С. 23-32
43. Вид В.Д. / В.Д. Вид Психоаналитическая психотерапия при шизофрении. - М.: Экспертное бюро-М, 1997. – 496с.
44. Виницкий В.А., Колосова Т.В., Усатенко А.Г., Грицай Н.М. Клінічні та параклінічні особливості перебігу дисциркуляторної енцефалопатії у хворих із гіпертонічною хворобою - ліквідаторів наслідків аварії на Чорнобильській АЕС / В.А. Виницкий, Т.В. Колосова, А.Г. Усатенко, Н.М. Грицай // Вісник медицини. – 2011, № 4. – С. 30-32
45. Вірна Ж.П. / Ж.П. Вірна Мотиваційно-сміслова регуляція у професіоналізації психолога: монографія. – Луцьк: РВВ «Вежа» Волин. держ. ун-ту ім. Лесі Українки, 2003. – 320с.
46. Воловик В.М., Вид В.Д. / В.М. Воловик, В.Д. Вид «Психологическая защита» как механизм компенсации и ее значение в психотерапии больных шизофренией. Психологические проблемы психогигиены/психопрофилактики и медицинской деонтологии. - Л., Политиздат, 1976. - С. 26-28
47. Воловик В.М. / В.М. Воловик Системный подход и

функциональный диагноз. Проблемы системного подхода в психиатрии. - Рига, Сфера, 1977. - С. 72-81

48. Глушков В.М. Основы общей и медицинской психологии: учеб. для учащихся мед. училищ / Под ред. В.Н. Мясищев, Б.Д. Карвасарский, С.С. Либих, И.М. Тонконогий. - Изд. 2-е. - Ленинград: Медицина, 1975. - 224с.

49. Гордеева Т.О., Осин Е.Н., Рассказова Е.А., Сычев О.А., Шевяхова В.Ю. Диагностика копинг-стратегий: адаптация опросника COPE Психология стресса и совладающего поведения в современном российском обществе. Материалы II междунар. науч.-практ. конф., Кострома, 23-25 сентября 2010г. / Под ред. Т.Л. Крюковой и др. - Кострома: Изд-во КГУ им. Н.А.Некрасова, 2010. Т. 2. - С. 195-197

50. Грановская Р.М. / Р.М. Грановская Психологическая защита. – Спб.: Изд. Речь, 2007 – 125с.

51. Дедов И.И., Бельцевич Д.Г., Кузнецов Н.С., Мельниченко Г.А. / И.И. Дедов, Д.Г. Бельцевич, Н.С. Кузнецов, Г.А. Мельниченко Феохромоцитома. - М: Практическая медицина, 2005. – 216с.

52. Дисненко В.Р. Социально-психологический тренинг общения для подростков «Понять себя и других» / В.Р. Дисненко // Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы. – 2008, № 1. – С. 60-69

53. Демина Л.Д., Ральникова И.А. / Л.Д. Демина, И.А. Ральникова Психическое здоровье и защитные механизмы личности. – Барнаул, И-во, Пресса, 2004. – 563с.

54. Додонов А.Н., Трубин В.Б., Юлдашев В.Л. Социально-психологическая адаптация женщин, перенесших радикальные гинекологические операции трансабдоминальным доступом / А.Н. Додонов, В.Б. Трубин, В.Л. Юлдашев // Здоровье семьи - 21 век. – 2012, № 4. - С. 4-11

55. Заривчацкий М.Ф., Колеватов А.П., Шевчук Е.В., Шанько

О.В., Денисов С.А., Рутштейн А.В., Лапушкин В.А. Недиагностированная феохромоцитома: представление клинического случая и обсуждение / М.Ф. Заривчацкий, А.П. Колеватов, Е.В. Шевчук, О.В. Шанько, С.А. Денисов, А.В. Рутштейн, В.А. Лапушкин // Пермский медицинский журнал. – 2011, Т. 28, № 5. - С. 132-138

56. Зачепицкий Р.А. / Р.А. Зачепицкий Социальные и биологические аспекты психологической защиты. Социально-психологические исследования в неврологии. - Л., ЛГУ, 1980. - С. 22-27

57. Зачепицкий Р.А., Карвасарский Б.Д. Вопросы соотношения осознаваемых и неосознаваемых форм психической деятельности в свете опыта патогенетической терапии неврозов / Р.А. Зачепицкий, Б.Д. Карвасарский // Бессознательное: в 4 т. - Тбилиси, 1978, Т. 2. - С. 354-360

58. Защитные механизмы личности: Методические рекомендации / Сост. проф. Келарю В.В. / В.В. Келарю - Волгоград: ВолгГАСА, 2004. – 48с.

59. Зилов В.Г. Современные представления о лечебных механизмах методов восстановительной медицины / В.Г. Зилов // Вестник восстановительной медицины. – 2009, № 1. – С. 12-16

60. Иванова М.А. Социально-психологическая адаптация подростков с различными сценариями жизни / М.А. Иванова // Наука и современность. – 2013, № 23. - С. 83-87

61. Исаева Е.Р. / Е.Р. Исаева Копинг-поведение и психологическая защита личности в условиях здоровья и болезни. – СПб.: Изд. СПбГМУ, 2009. – 136с.

62. Исаева Е.Р. Совладающее со стрессом и защитное поведение личности при расстройствах психической адаптации различного генеза: автореф. дис. ... доктора псих. наук. – СПб., 2010. – 58с.

63. Каган В.Е. Внутренняя картина здоровья и психосоматический потенциал индивида / В.Е. Каган // Психогенные и психосоматические

расстройства: Тезисы научной конференции 24-25.XI.1988. – Тарту, 1988. Т.1. – С. 201-204

64. Канищев А.В. О психологических причинах формирования неадекватного отношения к лечению у больных вирусными гепатитами / А.В. Канищев // Актуальные вопросы современной психиатрии: сб. студ. науч. работ. – Харьков, 1998. – Вып. 1. – С. 23-26

65. Карвасарский Б.Д. / Б.Д. Карвасарский Клиническая психология: учебник. – СПб.: Питер, 2002. – 960с.

66. Карпов А.Б. Механизмы психологической защиты и стратегии преодоления в переходный период от подросткового к юношескому возрасту: дис. ... канд. психол. наук: 19.00.07 / А.Б. Карпов. – М., 2006. – 228с.

67. Карпова Э.Б., Чулкова В.А. Онкологическое заболевание как психологический кризис / Э.Б. Карпова, В.А. Чулкова // Ананьевские чтения – 2007: матер.научно-практ. конф. СПб университета. – 2007, № 14. – С. 556-557

68. Кэдьусон Х., Шефер Ч. / Х. Кэдьусон, Ч. Шефер Практикум по игровой психотерапии. СПб.: Питер, 2002. – 578.

69. Киршбаум Э., Еремеева А. / Э. Киршбаум, А. Еремеева Психологическая защита. – СПб.: Питер; М.: Смысл, 2005. – 176с.

70. Климчук В.О. Факторний аналіз: використання у психологічних дослідженнях / В.О. Климчук // Практична психологія та соціальна робота. – 2006, № 8. – С. 43-48

71. Конечный Р., Боухал М. / Р. Конечный, М. Боухал Психология в медицине. – Прага: Авиценум, 1983. – 405с.

72. Копинг-механизмы (механизмы совладания) // Психотерапевтическая энциклопедия / под ред. Б.Д. Карвасарского. – СПб.: Питер, 2002. – С. 217-219

73. Корсакова Л.И. Копинг-поведение и защитные механизмы системы адаптации личности / Л.И. Корсакова // Труды СГА. – 2010, № 8.

– С. 120-126

74. Круглов Л.С. Значение отношения к болезни для прогноза фармако-терапии при психоорганическом синдроме вследствие гипертонической болезни / Л.С. Круглов // Обзорение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. – 1994, № 3. – С. 112-114

75. Крюкова Т.Л. / Т.Л. Крюкова Психология совладающего поведения. - Кострома: «Авантитул», 2004. – 444с.

76. Кузнецов Н.С., Бельцевич Д.Г., Лысенко М.А. Феохромоцитома / Н.С. Кузнецов, Д.Г. Бельцевич, М.А. Лысенко // Русский врач. – 2002, № 7. – С. 33-47

77. Кутайні А.Р., Тащук В.К. Вплив лікування на якість життя у хворих на стабільну стенокардію / А.Р. Кутайні, В.К. Тащук // Буковинський медичний вісник. - 2012, Том 16, № 4 (64). – С. 92-97

78. Лазарус Р. Теория стресса и психофизиологические исследования // Эмоциональный стресс / Под ред. Л. Леви – М., КУпоала, 1970. – С. 178-208

79. Лебедь Є.І. Вивчення змін внутрішньоконпонентної структури якості життя жінок з ішемічною хворобою серця, стенокардією напруження, під впливом різних методів лікування / Є.І. Лебедь, О.М. Крючкова // Український кардіологічний журнал – 2011, № 4. – С. 39-42

80. Левитская З., Глод О., Недосугова Л., Ведяшкина С., Перистая Е. Феохромоцитома: трудный диагноз / З. Левитская, О. Глод, Л. Недосугова, С. Ведяшкина, Е. Перистая // Врач. – 2009, № 10. - С. 78-80

81. Леонтьев Д.А., Рассказова Л.И. / Д.А. Леонтьев, Л.И. Рассказова Тест жизнестойкости. - М., Смысл, 2006. – 244с.

82. Либин А.В., Либина А.В. Стили реагирования на стресс: психологическая защита или совладание со сложными ситуациями? // Стыль человека: психологический анализ / под ред. А.В. Либина. – М., Академія, 1998. – С. 190-204

83. Либина Е.В. Индивидуальные различия в стратегиях разрешения человеком сложных жизненных ситуаций. Дис... канд. психол. наук. - М., 2003.
84. Личко, А.Е. Психологическая диагностика в клинической медицине / А.Е. Личко // В кн. М.М. Кабанов, А.Е. Личко, В.М. Смирнов Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. – Л., ЛГУ, 1983. – С. 22-38
85. Личко А.Е., Иванов Н.Я. Методика определения типа отношения к болезни / А.Е. Личко, Н.Я. Иванов // Журнал невропатологии и психиатрии. – 1980, № 8. – С. 1527-1530
86. Лурия, А.Р. Внутренняя картина болезней и ятрогенные заболевания / А.Р. Лурия 4-е издание. – М.: Медицина, 1977. – 138с.
87. Магнуссон Д. Ситуационный анализ: эмпирические исследования соотношений выходов и ситуаций / Д. Магнуссон // Психологический журнал. – 1983, № 2. - С. 28-33
88. Маклаков А.Г. Личностный адаптационный потенциал: его мобилизация и прогнозирование в экстремальных условиях / А.Г. Маклаков // Психологический журнал. – 2001, Т. 22, № 1. - С. 16-24
89. Маклаков А.Г. / А.Г. Маклаков Общая психология: учебник для вузов. - СПб.: Питер, 2008. - С. 437-454
90. Макеев С.А., Оксамитная С.Н., Швачко Е.В. / С.А. Макеев, С.Н. Оксамитная, Е.В. Швачко Социальные идентификации и идентичности. – К.: Ин-т социологии НАН Украины. – 1996. – 26с.
91. Максименко С.Д. / С.Д. Максименко Теорія і практика психолого-педагогічного дослідження – К.: НДП, 1990. – 239с.
92. Максименко С.Д. / С.Д. Максименко Генетическая психология (методологическая рефлексия проблем развития в психологии) – М.: Рефл-бук, 2000. – 320с.
93. Максименко С.Д. / С.Д. Максименко Загальна психологія: підручник. 2-ге вид., переробл. і доп. – Вінниця: Нова книга, 2004. – 704с.

94. Максименко С.Д. / С.Д. Максименко Генеза здійснення особистості / Максименко С.Д. – К.: ТОВ «КММ», 2006. – 240с.
95. Максименко С.Д. / С.Д. Максименко, Е.Л. Носенко Експериментальна психологія: навч. посібн. – К.: МАУП, 2002. – 128с.
96. Максименко С.Д. Адаптація психодіагностичних методик шкала професійного саботування та шкала конструктивного опору / С.Д. Максименко, О.М. Кокун, Є.В. Тополов // Практична психологія та соціальна робота. – 2011, № 9. – С. 29-34
97. Максименко С.Д. Адаптація психодіагностичних методик шкала пошукової активності іншої роботи та шкала негативного впливу роботи / С.Д. Максименко, О.М. Кокун, Є.В. Тополов // Практична психологія та соціальна робота. – 2011, № 10. – С. 34-38
98. Малая энциклопедия врача-эндокринолога / Под ред. А.С. Ефимова. - 1-е изд. – К.: Медкнига, ДСГ Лтд, Киев, 2007. – 360с.
99. Марилова Татьяна Юрьевна Особенности мотивационной сферы у онкологических больных (рак молочной железы). Дис... кандидата психологических наук 19.00.04. Междисциплинарная психология. – 1994г. – 190с.
100. Маслоу А. / А. Маслоу Новые рубежи человеческой природы. – М., Академия, 1999. – 678.
101. Махаметова А.Ф., Ерицян К.Ю., Русакова М.М. Социально-психологические аспекты совладания с болезнью у людей, живущих с ВИЧ / А.Ф. Махаметова, К.Ю. Ерицян, М.М. Русакова // Теория и практика общественного развития. – 2013, № 1. – С. 10-18
102. Менделевич В.Д. / В.Д. Менделевич Клиническая психология. – М.: МЕД-пресс, 1998. – 588с.
103. Молошенко Н.В., Юкина М.Ю., Солдатова Т.В., Рогаль Е.А. Объемные образования надпочечников (диагностика и дифференциальная диагностика) / Н.В. Молошенко, М.Ю. Юкина, Т.В. Солдатова, Е.А. Рогаль // Проблемы эндокринологии. – 2010, № 1, Т. 56. – С. 48-56

104. Муздыбаев К. Стратегии совладания с жизненными трудностями. Теоретический анализ / К. Муздыбаев // Журнал социологии и социальной антропологии. – 1998, Т. 1, № 2. – С. 43-48
105. Набиуллина Р.Р., Тухтарова И.В. / Р.Р. Набиуллина, И.В. Тухтарова Механизмы психологической защиты и совладания со стрессом: учебно-методическое пособие. – Казань, Знамя, 2003. – 98с.
106. Налчаджян А.А. / А.А. Налчаджян Социально-психологическая адаптация личности: (Формы, механизмы и стратегии). – Ереван: Изд-во АН Армянской ССР, 1998. – 312.
107. Намаканов Б.А. Формирование психологического иммунитета как фактора безопасности / Б.А. Намаканов // Нанотехнологии и охрана здоровья. – 2010, Т. 2, № 3. - С. 28-33
108. Нартова-Бочачер С.К. «Coping behavior» в системе понятий психологии личности / С.К. Нартова-Бочачер // Психологический журнал. - 1997, № 5. - С. 20-30
109. Николаева, В.В. Психологические аспекты рассмотрения внутренней картины болезни / В.В. Николаева // Психологические проблемы психогигиены, психопрофилактики и медицинской деонтологии. – Л., Прогресс, 1976. С. 98-99
110. Никольская Н.М., Грановская Н.М. / Н.М. Никольская, Н.М. Грановская Психологическая защита у детей. – СПб. : Речь, 2001. – 504с.
111. Орлова М.М. Адаптационные стратегии в условиях тяжелого, инвалидизирующего заболевания как субъективная составляющая ситуации болезни / М.М. Орлова // Известия Саратовского университета. Новая серия. Серия: Философия. Психология. Педагогика. – 2013, Т. 13, № 4-1. - С. 64-69
112. Ошаев С.А. Особенности психологической защиты и совладания у больных с пограничными расстройствами, переживших травматические события: автореф. дис. ... канд. психол. наук. – Томск, 2004. – 28с.

113. Панкив В.И. Феохромоцитома, этиология, патогенез, диагностика, клинические особенности, лечение / В.И. Панкив // Международный эндокринологический журнал, симпозиум. – 2011, Vol. 8 (40). – С. 17-21

114. Пестерева Елена Викторовна Особенности психологической адаптации к болезни пациентов со злокачественными лимфомами на различных этапах заболевания Специальность:19.00.04 – медицинская психология. Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата психологических наук. - Санкт-Петербург, 2011. – 28с.

115. Пестерева Е.В., Чушкова В.А. Душевный мир онкологического больного / Е.В. Пестерева, В.А. Чушкова // Вопросы онкологии. - 2010, т. 56, № 1. - С. 83-87

116. Петрова Н.Н., А.В. Коновалова Психотерапия в лечении психосоматических расстройств / Н.Н. Петрова, А.В. Коновалова // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. Бехтерева. – 2004, Т. 1, № 3. - С. 34-38

117. Петрова Н.Н., Кутузова А.Э., Недошивин А.О. Механизмы психической адаптации больных в ситуации соматогенной витальной угрозы / Н.Н. Петрова, А.Э. Кутузова, А.О. Недошивин // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. Бехтерева. – 2004, Т. 1, № 2. - С. 56-59

118. Пономарева Л.Г. Копинг-стратегии и локус контроля у психически больных / Л.Г. Пономарева // Молодой ученый. – 2011, № 11, Т. 2. - С. 95-97

119. Посохова С.Т. Психология адаптирующейся личности: субъектный подход: дисс. ... докт. психол. наук СПб., 2001. - 393с.

120. Прохоров А.О. / А.О. Прохоров Смысловая регуляция психических состояний. - М.: Институт психологии РАН, 2009. – 678с.

121. Прохоров А.О., Фахрутдинова Л.Р. О связи переживаний и психических состояний / А.О. Прохоров, Л.Р. Фахрутдинова // Ученые

записки Казанского государственного университета. Серия: Гуманитарные науки. – 2008, Т. 3. - С. 50-56

122. Реан А.А. / А.А. Реан Психология адаптации личности. Анализ. Теория. Практика – СПб., Знание, 2006. – 789с.

123. Рассказова Е.И., Гордеева Т.О. Копинг-стратегии в психологии стресса: подходы, методы и перспективы / Е.И. Рассказова, Т.О. Гордеева // Психологические исследования: электрон. науч. журн. – 2011, № 3 (17). – С. 8-14

124. Райгородский Д.Я. / Д.Я. Райгородский Психология личности. Т. 1. Хрестоматия. Издание третье, дополненное. – Самара, Сфера, 2004. – 567с.

125. Реан А.А. / А.А. Реан Психология адаптации личности. Анализ. Теория. Практика СПб.: ПРАЙМ-ЕВРОЗНАК, 2006. - 479с.

126. Резникова Т.Н. / Т.Н. Резникова Внутренняя картина болезни: структурно-функциональный анализ и клинико-психологические соотношения: автореф. дисс. канд. мед. наук. - СПб., Преса, 1998. - 690с.

127. Реньш М.А., Садовникова Н.О., Лопес Е.Г. / М.А. Реньш, Н.О. Садовникова, Е.Г. Лопес Социально-психологический тренинг: Практикум. - Екатеринбург: Изд-во ГОУ ВПО «Рос. гос. проф.-пед. ун-т», 2007. – 190с.

128. Родионова Д.Е. Исследование факторной структуры защитно-копингового поведения в связи с социально-психологическими особенностями личности / Д.Е. Родионова // Современные гуманитарные исследования. - 2008, № 2. – С. 19-25

129. Рожнов В.Е. / В.Е. Рожнов Руководство по психотерапии - М., Издательство: Медицина; 3-е, 1985. – 720с.

130. Ротенберг В.С. / В.С. Ротенберг Адаптивная функция сна: Причины и проявления её нарушения. - М.: Наука, 1982. - 175с.

131. Ротенберг В.С., Аршавский В.В. / В.С. Ротенберг, В.В. Аршавский Поисковая активность и адаптация. - М.: Наука, 1984. -

193с.

132. Романова Е.С., Гребенников Л.Р. / Е.С. Романова, Л.Р. Гребенников Механизмы психологической защиты. Генезис. Функционирование. Диагностика. – Мытищи: Талант, 1996. – 144с.

133. Рохлин, Л.Л. Сознание болезни и его значение в клинической практике / Л.Л. Рохлин // Клиническая медицина. – 1957, № 9. – С. 2-11

134. Русина Н.А., Говоровская К.С. Копинг-ресурсы больных раком гортани / Н.А. Русина, К.С. Говоровская // Психология совладающего поведения: матер. II Междунар. науч.-практ. конф., Кострома, 23-25 сент. 2010г. – В 2 т., Т. 1 / отв. ред.: Т.Л. Крюкова, М.В. Сапоровская, С.А. Хазова. – Кострома: КГУ им. Н.А. Некрасова, 2010. – С. 107-109

135. Сайфутдинов Р.Г., Рубанова Э.Ф., Гарин А.А., Майорова Е.М., Минуллина Г.Н., Гваришвили Н.А. Феохромоцитома (клинический случай) / Р.Г. Сайфутдинов, Э.Ф. Рубанова, А.А. Гарин, Е.М. Майорова, Г.Н. Минуллина, Н.А. Гваришвили // Дневник казанской медицинской школы. – 2013, № 1 (01). - С. 63-67

136. Сергиенко Е.А. Контроль поведения и защитные механизмы // Психология совладающего поведения: материалы II Междунар. науч.-практ. конф., Кострома, 23-25 сент. 2010г.: в 2 т. / отв. ред. Т.Л. Крюкова, М.В. Сапоровская, С.А. Хазова. Кострома: Изд-во Костром. гос. ун-та им. Н.А.Некрасова. – 2010, Т. 1. –С. 65-67

137. Сидоров П.И., Соловьев А.Г., Новикова И.А. / П.И. Сидоров, А.Г. Соловьев, И.А. Новикова Психосоматическая медицина. – М.: МЕДпресс-информ, 2006. – 442с.

138. Симоненко В.Б., Дулин П.А., Маканин М.А. Феохромоцитома как причина артериальной гипертонии / В.Б. Симоненко, П.А. Дулин, М.А. Маканин // Журнал Медиаль. – 2011, № 1. – С. 6-7

139. Скорцова М.В., Якунин В.Е. / М.В. Скорцова, В.Е. Якунин Социально-психологические аспекты личностного роста. – Тольятти, ТОЛ, 2007. – 367с.

140. Слобин Д. / Д. Слобин Психолінгвістика. – М.: КомКнига, 2006. – 352с.
141. Смекалкина Л.В., Шевцов С.А., Мельников А.И. Возможности цветоимпульсной терапии в комплексном лечении расстройств адаптации / Л.В. Смекалкина, С.А. Шевцов, А.И. Мельников // Известия Южного федерального университета. Технические науки. – 2012, Т. 134, № 9. - С. 144-150
142. Симонова О.Н., Корытова Л.И., В.Ф. Мус, Чулкова В.А., Пестерева Е.В. Информированность онкологического больного и его адаптация к заболеванию / О.Н. Симонова, Л.И. Корытова В.Ф., Мус В.А., Чулкова, Е.В. Пестерева // Вопросы онкологии. - 2008, т. 54, № 1. - С. 82-85
143. Смулевич А.Б., Дубницкая Э.Б. / А.Б.Смулевич, Э.Б. Дубницкая Аффективные заболевания непсихотического уровня – циклотимия, дистимия: руководство по психиатрии / под ред. А.С. Тиганова. – М., Пресса, 1999, Т. 1. – 670с.
144. Смулевич А.Б., Сыркин А.Л., Козырев В.Н. / А.Б. Смулевич, А.Л. Сыркин, В.Н. Козырев Депрессии у соматически больных. - М., Академия, 1998. - 108с.
145. Соколинская Е.В. Влияние гендерной идентичности на социально-психологическую адаптацию в пожилом и старческом возрасте / Е.В. Соколинская // Московский государственный гуманитарный университет им. М.А. Шолохова. – 2007, Том: 18, № 44. – С. 457-470
146. Стюарт Й., Джойнс В. Жизненный сценарий: как мы пишем историю своей жизни // Библиотека фонда содействия развитию психической культуры. – Киев, 2000: <http://psylib.org.ua/books/stewj01/index.htm>.
147. Ташлыков В.А. / В.А. Ташлыков Психология лечебного процесса. – Л.: Медицина, Ленингр. отделение, 1984. – 190с.
148. Терещенко А.Г. Роль архетипов индивидуального и коллективного бессознательного в процессе социальной адаптации

личности / А.Г. Терещенко // Психопедагогика в правоохранительных органах. – 2006, № 2. – С. 120-122

149. Товкай О.А. Феохромоцитома: сучасні підходи до діагностики та лікування / О.А. Товкай // Клінічна ендокринологія та ендокринна хірургія. – 2012, № 2 (39). – С. 19-22

150. Трифонова О.О. Клинико-психологические факторы нарушения психической адаптации и качества жизни больных инсулинозависимым сахарным диабетом Дис... кандидата психологических наук 19.00.04. -Санкт-Петербург. – 188с.

151. Трошина Е.А., Бельцевич Д.Г., Юкина М.Ю. Лабораторная диагностика феохромоцитом / Е.А. Трошина, Д.Г. Бельцевич, М.Ю. Юкина // Проблемы эндокринологии. – 2010, № 4. – С. 39-43

152. Тулупьева Т.В. Психологическая защита и особенности личности в юношеском возрасте: дис. ... канд. психол. наук: 19.00.01 / Т.В. Тулупьева. – СПб., 2001. – 173с.

153. Тухтарова И.В. Копинг-стратегии, механизмы психологической защиты и психосоциальная адаптация больных с ВИЧ-инфекцией: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – СПб., 2003. – 22с.

154. Узлов, Н.Д. Анозогнозия как защитный механизм и способ совладания с болезнью / Н.Д. Узлов // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2013, № 6 (23). – С. 21-29

155. Урсано Р. / Р. Урсано опротивление и защита. / В кн. Тайны сознания и бессознательного. Хрестоматия. Сост. К. В. Сельченок. – Мн.: Харвест, 1998. – С. 450-465

156. Фопель К. / К. Фопель Энергия паузы. Психологические игры и упражнения: Практическое пособие / пер. с нем. – М., Генезис, 2004. – 562с.

157. Фрейд А. / А. Фрейд Эго и механизмы защиты. – М., Смысл, 2003. – 159с.

158. Фрейд З. / З. Фрейд Психология бессознательного. – М.:

Просвещение, 2007. – 447с.

159. Ханько А.В., Кондюхова Т.Н. Психологическая адаптация к болезни женщин с первыми приступами шизофрении / А.В. Ханько, Т.Н. Кондюхова // Вестник психотерапии. – 2012, № 44 (49). - С. 41-57

160. Цапкин В.Н. / В.Н. Цапкин Психологическая помощь и психотерапия. Психологические проблемы изучения и коррекции аномалий личности. Учебно-методическое пособие для студентов факультетов психологии государственных университетов. - Москва: изд-во МГУ, 1988. - 180с.

161. Чулкова В.А., Пестерева Е.В. Ипохондрическая симптоматика в формировании отношения к заболеванию / В.А. Чулкова, Е.В. Пестерева // Материалы на научно-практическую конференцию «Ананьевские чтения 2007». - СПб., Питер, 2007. - С. 77-78

162. Чулкова В.А., Пестерева Е.В. Клинико-психологические аспекты в онкологии / В.А. Чулкова, Е.В. Пестерева // Вестник СПбГУ. - 2010, сер. 12, № 1. - С. 91-100

163. Чулкова В.А. Психологическое исследование личностных реакций на болезнь при раке молочной железы: дис. канд. психол. наук: 19.00.04. - СПб: НИПНИ им. В.М. Бехтерева. - 179с.

164. Чулкова В.А., Софиева З.А., Константинова М.М. Некоторые психологические аспекты в работе хосписа / В.А. Чулкова, З.А. Софиева, М.М. Константинова // Развитие системы паллиативной помощи: опыт регионов. - Пермь, Метр-К, 2005. - С. 145-152

165. Чулкова В.А., Пестерева Е.В. Особенности принятия информации о заболевании онкологическими больными / В.А. Чулкова, Е.В. Пестерева // Материалы на Международную научно-практическую конференцию «Психология XXI века». - СПб., 24-26 апр. 2008. - С. 273-274

166. Чулкова В.А., Пестерева Е.В. Психологическая помощь в онкологии / В.А. Чулкова, Е.В. Пестерева // Вестник СПбГУ. – 2010, сер. 12, №. 1, 2010. - С. 185-191

167. Чулкова В.А., Пестерева Е.В. Размышления о теле в связи с проблемами онкологического заболевания / В.А. Чулкова, Е.В. Пестерева // Сб. трудов научно-практической конф. «Ананьевские чтения 2008». – СПб., 21-23 окт. 2008. – С. 37-38

168. Чулкова В.А., Пестерева Е.В. Семья онкологического больного / В.А. Чулкова, Е.В. Пестерева // Матер. 5 Международ. ежегод. конф. «Вызовы эпохи в аспекте психол. и психотер. науки и практики» и 1 съезда психол и психотер. Поволжья. - Казань, 2011. – С. 472-476

169. Чумакова Е.В. Психологическая защита личности в системе детско-родительского взаимодействия: дис. ... канд. психол. наук: 19.00.11 / Е.В. Чумакова. – СПб., 1998. – 184с.

170. Шевченко Марія Іванівна Особливості комунікативної компетентності майбутніх психологів з різними типами співвідношення адаптивності та креативності 19.00.05 – соціальна психологія; психологія соціальної роботи. Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата психологічних наук. – Київ, 2013. – 205с.

171. Юнкеров В.И., Григорьев С.Г. / В.И. Юнкеров, С.Г. Григорьев Математико-статистическая обработка данных медицинских исследований. Лекции для адъюнктов и аспирантов. – СПб.: ВМедА, 2002. – 266с.

172. Юркова М.В. Структура и динамика защитных механизмов личности в процессе ее социализации: дис. ... канд. психол. наук: 19.00.01, 19.00.05 / М.В. Юркова. – Ярославль, 2000. – 163с.

173. Ялов А.М. / А.М. Ялов Краткосрочная позитивная психотерапия. - СПб., Круг, 1992. – 5678с.

174. Белинская Е.П. Совладание как социально-психологическая проблема / Е.П. Белинская // Психологические исследования: электрон. науч. журн. – 2009, № 1 (3). URL: <http://psystudy.ru>

175. Булюбаш И.Д. / И.Д. Булюбаш Формы групповой психологической работы с пациентами, страдающими от последствий

спинномозговой травмы Номер журнала: май 2014 <http://t-patient.ru/tag/%D1%82%D1%80%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D0%BD%D0%B3/>

176. Малкина-Пых И.Г. Стратегии поведения при стрессе / И.Г. Малкина-Пых // Московский психологический журнал. – 2005, № 12. URL: <http://magazine.mospsy.ru>

177. Менделевич В.Д. / В.Д. Менделевич Клиническая (медицинская) психология http://www.google.com.ua/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=8&ved=0CEQQFjAH&url=http%3A%2F%2Ffenix.cn.ua%2Fdata%2Fuploads%2Fbooks%2FMendelevich_Klinicheskaya_psihologiya.doc&ei=yqlZVJn8CYPTPbnogegI&usg=AFQjCNEp-4ID8WK8naP2VbYeC-GqUH-MOg

178. Олійник В.А. / В.А. Олійник Сучасні методи діагностики феохромоцитом д.м.н., професор, керівник відділу загальної ендокринної патології ДУ «Інститут ендокринології та обміну речовин ім. В.П. Комісаренка НАМН України» // Здоров'я України. – 2012, листопад http://health-ua.com/pics/pdf/ZU_2012_Endo_4/43-44.pdf

179. Сирота Н.А., Ярославская М.А. / Н.А. Сирота, М.А. Ярославская Исследование пассивных видов совладающего со стрессом поведения, как механизмов адаптации/дезадаптации к заболеванию у больных бронхиальной астмой <http://www.eurolab.ua/encyclopedia/565/45661/>

180. Федущко С. / С. Федущко Особливості визначення та опису соціально-демографічних характеристик у соціальних комунікаціях <http://ena.lp.edu.ua:8080/bitstream/ntb/10592/1/11.pdf>

181. Samama M.M., Cohen A.T., Darmon J.Y. A comparison of enoxaparin with placebo for the prevention of venous thromboembolism in acutely ill medical patients. Prophylaxis in Medical Patients with Enoxaparin Study Group / M.M. Samama, A.T. Cohen, J.Y. Darmon // N. Engl. J. Med. – 1999, Vol. 341, № 11. – P. 793-800

182. Bultz B.D., C. Johansen //Screenng for Distress, the 6th Vital Sign: where are we, and where are we going? / B.D. Bultz, Johansen C. // J. Psycho-Oncology. - 2011, vol. 20, № 6. - P. 569-57
183. Bowers L., D.A. Boyle Depression in patient with advanced cancer / L. Bowers, D.A. Boyle // Clin. Oncol. Nurs. - 2003, vol. 7, № 3. - P. 281-288
184. Bravo E.L., Tagle R. Pheochromocytoma: state of-the-art and future prospects. / E.L. Bravo, R. Tagle // Endocr Rev. – 2003, № 24. – P. 539-553
185. Brater D.C. Update in diuretic therapy: clinical pharmacology / D.C. Brater // Semin. Nephrol. – 2011, Vol. 31, № 6. – P. 483-494
186. Blackledge H.M., Newton J., Squire I.B. Prognosis for South Asian and white patients newly admitted to hospital with heart failure in the United Kingdom: historical cohort study / H.M. Blackledge, J. Newton, I.B. Squire // BMJ. - 2003, Vol. 327, № 7414. - P. 526-531
187. Blake M.A., Kalra M.K., Maher M.M., et al. Phe-ochromocytoma: an imaging chameleon / M.A. Blake, M.K. Kalra, M.M. Maher, et al. // Radiographics. – 2004, Vol. 24 (1). – P. 87-99
188. Bravo E.L. Evolving concepts in the pathophysio-logy, diagnosis, and treatment of pheochromocy-toma / E.L. Bravo // Endocr. Rev. – 1994, Vol. 15. – P. 356-368
189. Davis R., Hobbs F., Lip G. ABC of heart failure History and epidemiology / R. Davis, F. Hobbs, G. Lip // BMJ. – 2000, Vol. 320, № 7226. – P. 39-42
190. Eisenhofer G., Lenders J.W., Linehan W.M., et al. Plasma normetanephrine and metanephrine for detecting pheochromocytoma in von Hippel-Lin-dau disease and multiple endocrine neoplasia type2 / G. Eisenhofer, J.W. Lenders, W.M. Linehan, et al. // N. Engl. J. Med. – 1999, Vol. 340 (24). – P. 1872-1879
191. Nieminen M.S., Böhm M., Cowie M.R. Executive summary of the guidelines on the diagnosis and treatment of acute heart failure / M.S. Nieminen,

M. Böhm, M.R. Cowie // *European Heart Journal*. – 2005, Vol. 26, № 4. – P. 384-416

192. Folkman S. Personal control and stress and coping process: A theoretical analysis / S. Folkman // *Journal of Personality and Social Psychology*. – 1984, 46. - P. 839-852

193. Folkman S., Lazams R.S., Delongis A., Groen R.J. Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. / S. Folkman, R.S. Lazams, A. Delongis, R.J. Groen // *J. Personal, and Soc. Psychol.* – 1986, № 50. – P. 571-579

194. Frank R.A. / R.A. Frank *Structured Group Psychotherapy for Individuals with Spinal Cord Injury*. - A Thesis, Oregon State University, 1992. – 356c.

195. Gimenez-Roqueplo A.P. et al. Mutations in the SDHB gene are associated with extra-adrenal and/or malignant pheochromocytomas. / A.P. Gimenez-Roqueplo // *Cancer Res.* – 2003, № 63. – P. 5615-5621

196. Jalil N.D. Effectiveness and limits of preoperative imaging studies for the localisation of pheochromocytomas and paragangliomas: A review of 282 cases / N.D. Jalil, F.N. Pattou, F. Combemale // *Eur. L. Surg.* – 1998, Vol. 164. – P. 23-28

197. Haan N. A tripartite model of ego functioning: values and clinical research applications / N. Haan // *Journal of Nervous and Mental Disease*. – 1969, Vol. 148(1). - P. 14-30

198. Haan N. / N. Haan *Coping and defending: Processes of self-environment organization*. - New York: Academic Press, 1977. – p. 3332

199. Kellerman H. Emotion-trait interrelations and the measurement of personality / H. Kellerman // *Psychological Reports*. - 1968, 23. - P. 1107-1114

200. Kahan J.S., Mitchell J.M., Kemp B.J., Adkins R.H. / J.S. Kahan, J.M. Mitchell, B.J. Kemp, R.H. Adkins *The results of a 6-month treatment for depression on symptoms, life satisfaction, and community activities among individuals aging with a disability*. - *Rehab. Psychol.* 2006. – p. 13-22

201. Kennedy H.S., Lam W.R., Parikh S.V., Patten S.B., Ravindran A.V. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT). Clinical guidelines for the management of major depressive disorder in adults. / H.S. Kennedy, W.R. Lam, S.V. Parikh, S.B. Patten, A.V. Ravindran // *Journal of Affective Disorders*, Vol. 117, Supplement 1, October 2009. – P. S44-S53
202. Kemp B.J., Kahan J.S., Krause J.S., Adkins R.H., Nava G. Treatment of major depression in individuals with spinal cord injury / B.J. Kemp, J.S. Kahan, J.S. Krause, R.H. Adkins, G. Nava // *Spinal Cord Med.* – 2004, № 27. – P. 22-28
203. Kemp B., Vash C. Productivity after injury in a sample of spinal cord injured persons: A pilot study. / B. Kemp, C. Vash // *J. of Chronic Dis.* – 1971, № 24. - P. 259-275
204. Kollner V. Psychology. New aspects for urology / V. Kollner, K.A. Lautenschlager // *Urology.* - 2004, vol. 43, № 3. - P. 296-301
205. Kennedy P. / P. Kennedy *Coping Effectively With Spinal Cord Injuries.* - A Group Program. Oxford University Press, Inc. 2009. – 211c.
206. *Kubler-Ross and other Approaches* // Baxter Jennings, Charlene Gemmill, Brandie Bohman, Kristin Lamb
207. King C., Kennedy P. / C. King, P. Kennedy *Coping effectiveness training for people with spinal cord injury: preliminary results of a controlled trial.* - *Brit. J. Clin. Psychol*, 1999. – 345c.
208. Kriegsman K.H., Celotta B. Creative coping: A program of group counseling for women with physical disabilities. *J. Rehab.* 1981; 31: 1: 36-39
209. Krystyna Kurowska, Katarzyna Kołodziejska. Life orientation and social support as determinants of families' need for home hospice care. – *Współczesna Onkologia* 2008. – vol. 12.
210. Kivikko M. Sustained hemodynamic effects of intravenous levosimendan / M. Kivikko, L. Lehtonen, W.S. Colucci // *Circulation.* – 2003, Vol. 107, № 1. – P. 81-86
211. Lack E.E. et al. Recommendations for the reporting of extra-adrenal

paragangliomas. The Association of Directors of Anatomic and Surgical Pathology. *Hum Pathol* 2003; 34: 112-113

212. Lenders J.W. et al. Biochemical diagnosis of pheochromocytoma: which test is best? *JAMA* 2002; 287: 1427-1434
mocyoma // *Nouv. Presse Med.* – 1977. – Vol. 6(43). – P. 4053-4057

213. Management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent STsegment elevation / M.E. Bertrand, M.L. Simoons, K.A. Fox [et al.] // *Eur. Heart J.* – 2002, Vol. 23, № 23. – P. 1809-1840

214. Marini I, Rogers L. Self-Esteem Differences Among Persons With Spinal Cord Injury. *Rehab. Counsel. Bull.* 1995; 38: 3: 198 206.

215. Mastos M., Miller K., Eliasson A.C., Imms C. Goal-directed training: linking theories of treatment to clinical practice for improved functional activities in daily life. *Clin. Rehabil.* 2007; 21: 1: 47-51

216. Menninger K. The life processes in mental health and illness. New York: Macmillan, 1963.

217. McKee S. Due caution using early blockers for acute myocardial infarction / S. McKee, H. Murray, J.A. Kellum // *Critical Care.* – 2007, Vol. 11, № 1. - P. 301

218. McCollister D.H., Beutz M., McLaughlin V., Rumsfeld J., Masoudi F.A., Tripputi M., Yaeger T., Weintraub P., Badesch, D. B. Depressive symptoms in pulmonary arterial hypertension: prevalence and association with functional status // *Psychosomatics.* – 2010, Vol. 51, № 4. - P. 339-339

219. McNeil A.R., Blok B.H., Koelmeyer T.D. et al. Pheochromocytomas discovered during coronial autopsies in Sydney, Melbourne and Auckland. *Aust N J Med* - // 2000, № 30. – P. 648-652

220. Neumann H.P.H. et al. Germ-line mutations in nonsyndromic pheochromocytoma. *New Engl J Med* 2002; 346: 1459-1466

221. Neumann H.P., Berger D.P., Sigmund G., et al. Pheochromocytomas, multiple endocrine neoplasia type 2, and von Hippel-Lindau disease // *N. Engl. J. Med.* – 1993. – Vol. 329 (21). –P.

1531-1538.

222. Platts J.K., Drew P.J., Harvey J.N. Death from pheochromocytoma: lessons from a post-mortem survey. *J R Coll Physicians London* – 1995, № 29. – P. 299-30

223. Plutchik R. Emotions in early development: A psychoevolutionary approach. In R.Plutchik, & H.Kellerman (Eds.), *Emotion: Theory, research, and experience: Vol. 2.* N.Y.: Academic Press, 1983. – P. 221-257

224. Rapid measurement of Btype natriuretic peptide in the emergency diagnosis of heart failure / A.S. Maisel, P. Krishnaswamy, R.M. Nowak [et al.] // *N. Engl. J. Med.* – 2002, Vol. 347, № 3. – P. 161-167

225. Schulz R., Czaja S.J., Lustig A., Zdaniuk B., Martire L.M., Perdomo D. Improving the quality of life of caregivers of persons with spinal cord injury: a randomized controlled trial. *Rehabilitation Psychology*. 2009; 54: 1: 1-1

226. Chervinskaya K.R., Shchelkova O. Yu. Methodological Issues in the Development of Computerized Methods of Diagnostics in Clinical Psychology // *International Journal of Mental Health*. – 2005, Winter. V. 34, № 3. – P. 45-52

227. Sheija A., Manigandan C. Efficacy of support groups for spouses of patients with spinal cord injury and its impact on their quality of life. *Int. J. Rehabil. Res.* 2005; 28: 4: 379-83

228. Swati M., Orenczuk S., Hansen K. T., Aubut J-A. L., Hitzig S. L., Legassic M., Teasell R.W. An Evidence-Based Review of the Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy for Psychosocial Issues Post Spinal Cord Injury. *Rehabil. Psychol.* 2011; 56: 1: 15-25

229. Vasserman L.I., Iovlev B.V., Karpova E.B., Vuks A.A. *Psihologicheskaja diagnostika otnoshenija k bolezni: Posobie dlja vrachej.* SPb. –Izdvo NIPNI im. V.M. Behtereva, 2005. – 32p.

230. Vandyk A.D., Brenner I., Tranmer J., Van Den Kerkhof E. Depressive symptoms before and after elective hysterectomy // *J Obstet Gynecol*

Neonatal Nurs. – 2011, Sep-Oct. № 40 (5). – P. 566-576

231. Vaillant G. Adaptation to life: How the best and the brightest came of age. Boston: Little Brown, 1972.

232. White J., Hopkins R.O., Glissmeyer E.W., Kitterman N. and Elliott C.G. Cognitive, emotional, and quality of life outcomes in patients with pulmonary arterial hypertension // Respir Res. – 2006, Vol. 7, № 1. – P. 55

233. Zung W. A self rating depression scale // Arch Gen Psychiatry. – 1965, Vol. 12. – P. 63-70

234. Zaburzenia hormonalne u chorych z przewlekłą chorobą nerek. część ii – tarczyca hormonal disorders in patients with chronic kidney disease. PART II – THE THYROID GLAND Nowiny Lekarskie 2013, 82, 3, 232-242

ДИНАМІКА СХЕМАТИЧНОЇ МОДЕЛІ АДАПТАЦІЙНОГО ПРОЦЕСУ (ПСИХОЛОГІЧНИЙ ЗМІСТ)

ДОСЛІДЖУВАНІ ПАЦІЄНТИ
(ПЕРІОД ВСТАНОВЛЕННЯ ДІАГНОЗУ ДО 2 МІСЯЦІВ)



ДОСЛІДЖУВАНІ ПАЦІЄНТИ
(ПЕРІОД ВСТАНОВЛЕННЯ ДІАГНОЗУ БЛИЗЬКО 1 РОКУ)



ДОСЛІДЖУВАНІ ПАЦІЄНТИ
(ПЕРІОД ВСТАНОВЛЕННЯ ДІАГНОЗУ ВІД 1 І БІЛЬШЕ РОКІВ)



Модифікований стимульний матеріал до методики «Ціннісні орієнтації М. Рокича»

СПИСОК А (ТЕРМІНАЛЬНІ ЦІННОСТІ)

- активна діяльне життя (повнота та емоційна насиченість життя - відсутність хронічних захворювань);
- життєва мудрість (зрілість суджень та здоровий глузд, що досягаються життєвим досвідом);
- здоров'я (відсутність фізичних і психічних проявів хвороби);
- цікава робота;
- краса природи і мистецтва (переживання прекрасного в природі і в мистецтві);
- любов (духовна і фізична близькість з коханою людиною);
- матеріально забезпечене життя (відсутність матеріальних труднощів);
- наявність хороших і вірних друзів;
- суспільне покликання (повага оточуючих, колективу, товаришів по роботі);
- пізнання (можливість розширення своєї освіти, кругозору, загальної культури, інтелектуальний розвиток);
- продуктивне життя (максимально повне використання своїх можливостей, сил та здібностей);
- розвиток (робота над собою, постійне фізичне і духовне вдосконалення);
- розваги (приємне, необтяжливе проведення часу, відсутність обов'язків);
- свобода (самостійність, незалежність у судженнях і вчинках);
- щасливе сімейне життя;
- щастя інших (добробут, розвиток і вдосконалення інших людей, всього народу, людства в цілому);
- творчість (можливість творчої діяльності);
- впевненість у собі (внутрішня гармонія, свобода від внутрішніх протиріч, сумнівів).

СПИСОК Б (ІНСТРУМЕНТАЛЬНІ ЦІННОСТІ)

- акуратність (охайність), вміння тримати в порядку речі, порядок у справах;
- вихованість (хороші манери);
- високі запити (високі вимоги до життя і високі домагання);
- життєрадісність (почуття гумору);
- старанність (дисциплінованість);
- незалежність (здатність діяти самостійно, рішуче);
- непримиренність до недоліків у собі та інших;
- освіченість (широта знань, висока загальна культура);
- відповідальність (почуття обов'язку, вміння тримати своє слово);
- раціоналізм (вміння тверезо і логічно мислити, приймати обдумані, раціональні рішення);
- самоконтроль (стриманість, самодисципліна);
- сміливість у відстоювання своєї думки, поглядів;
- тверда воля (уміння наполягти на своєму, не відступати перед труднощами);
- терпимість (до поглядів і думок інших, вміння прощати іншим їхні помилки та омани);
- широта поглядів (вміння зрозуміти чужу точку зору, поважати інші смаки, звичаї, звички);
- чесність (правдивість, щирість);
- ефективність у справах (працьовитість, продуктивність в роботі);
- чуйність (дбайливість).