**ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

Кафедра психіатрії, психотерапії, загальної і медичної психології,

наркології та сексології

Затверджено на методичній нараді кафедри

психіатрії, психотерапії, загальної і медичної психології,

наркології та сексології

Зав.кафедри д.мед.н., професор В.В.Чугунов

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

“\_\_\_\_\_\_”\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2015 року

###### МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА

до практичного заняття по темі «Психологічні аспекти залежної поведінки. Питання суіцідології, танатології та евтаназії.» для студентів 4 курсу медичного факультету

(спеціальність «Лабораторна діагностика», спеціалізація – лікар-лаборант)

Запоріжжя – 2015 рік

**ТЕМА : Психологічні аспекти залежної поведінки. Питання суіцідології, танатології та евтаназії**

**Актуальність теми:** Проблема залежної поведінки в результаті вживання психоактивних речовин, патологічної схильності до надцінних захоплень, порушення харчової поведінки, суїцидальна поведінка, питання танатології і евтаназії є однією з основних медико – соціальних проблем сучасного миру. Найбільш значущими чинниками, що обумовлюють зростання залежної поведінки є процеси урбанізації, стресогенні події, підвищення середньої тривалості життя, міграція населення і т. д. Залежна поведінка спричиняє за собою наслідки не тільки медичного, але і соціального порядку. Висока поширеність цієї патології, недостатньо вивчені причини залежності, залучення до залежної поведінки осіб молодого віку, значне зниження якості життя і соціального функціонування цієї категорії пацієнтів, обумовлюють актуальність даної теми.

**Загальна мета:** Уміти аналізувати психологічні аспекти і визначати основні форми залежної, суїцидальної поведінки, танатології і евтаназії.Уміти розпізнавати особливості психологічного реагування пацієнтів на різні захворювання, виявляти психосоматичні розлади і визначати тактику ведення пацієнта.

**Навчальні цілі та міждісциплінарна інтеграція**

|  |  |
| --- | --- |
| Конкретні цілі: **уміти, як** | Цілі початкового рівня: знати, як |
| 1. Аналізувати психологічні аспекти залежності від психоактивних речовин, надцінних захоплень (гемблінг, залежність від комп'ютера, Інтернету), харчової поведінки (нервова анорексія, булімія, обжерливість) | 1.Виявляти анатомічні утворення головного мозку і біологічно активні речовини, що відповідають за формування емоцій і поведінку людини (кафедра анатомії, кафедра фізіології) |
| 2. Виявляти ознаки суїцидальної поведінки, знати різновиди суїцидальної поведінки, мотиви і цілі суїциду. | 2. Визначати механізм дії і точки додатку психотропних лікарських засобів (кафедра фармакології, патфізіології). |
| 3.Визначати роль соціальних служб при суїцидальних тенденціях. Аналізувати психологічні аспекти суїцидальної поведінки у соматичних хворих | 3. Застосовувати навички спілкування з пацієнтами, збирати скарги, анамнестичні дані, проводити об'єктивне обстеження хворих за принципами медичної етики і деонтології (кафедри історії медицини, основи права, філософії). |
| 4. Визначати психологічні аспекти вмирання і смерті, а також морально-етичні, юридичні аспекти евтаназії | 4. Визначати з погляду філософії поняття «життя», «смерть», «самогубство» (кафедра філософії) |

**Зміст та структура заняття.**

Перелік теоретичних питань:

1. Розповсюдженість та причини винекнення залежних форм поведінки

2. Психологічні особливості при основнх видах хімічних аддикцій

3. Психологічні особливості при нехімічних аддикціях

4.Поняття про суїцид, його різновиди.

5. Особливості суїцидальної поведінки у соматичних хворих.

6.Особенности суїцидальної поведінки при залежностях.

7.Псіхологічні аспекти вмирання та смерті.

8. Евтаназія: за і проти.

|  |
| --- |
| Психологічні аспекти залежної, суїцидальної поведінки, танатології та евтаназії |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Психологічні аспекти залежності від ПАР |  | Психологічні аспекти надцінних захоплень |  | Психологічні аспекти залежної харчової поведінки |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Гемблінг | |  | | --- | | Евтаназія | |
| Психологічні аспекти суїцидальної поведінки |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Психологічні аспекти вмирання та смерті |  | Комп’ютерна залежність |  | Інтернет-залежність |  | Нервова анорексія |  | Булімія |

Сучасна українська молодь росте в умовах трансформаційних процесів в українській державі. Становлення ринкових відносин, вільне поширення другорядної західної кіно- і відео- продукції, прорив в інформаційній сфері - це й багато чого іншого визначає більш спокійне, порівняно з попередніми поколіннями, відношення сучасних молодих людей до вживання алкогольних напоїв, тютюнопаління, вживанню, або спробам вживання наркотичних і токсичних речовин.

Досвід уживання наркотиків збільшується з віком: в 13-14 років пробували наркотик 9%, до 17 років - 18%, 6% неповнолітніх у віці 13-17 років регулярно вживають наркотики.

Найпоширенішим наркотиком серед підлітків є гашиш. 17% опитаних хлопців і 6% дівчин вказують, що вперше вони вживали саме цей наркотик. Як правило, перша наркотизація відбувається в компанії друзів. Наркотична речовина - це речовина, офіційно визнана наркотичною через її здатність навіть при однократному вживанні викликати специфічний ейфоричний стан, а при систематичному - психічну або фізичну залежність. Психоактивна речовина (ПАР) - речовина, що має подібне до наркотичного вплив на організм, але офіційно не віднесена до наркотиків.

Наркоманії (токсикоманії) - це хворобливий стан, що проявляється потягом до систематичного вживання наркотичних (психоактивних) речовин, супроводжується явищами психічної і фізичної залежності. Серед причин зловживання наркотичними речовинами велике значення належить факторам соціальним та культуральним. Приводять до розвитку наркоманії такі особистісні відхилення, як інфантилізм, підвищена сугестивність, схильність до демонстративної поведінки, прагнення бути в центрі уваги при поєднанні з низькими позитивними соціальними установками. Серед соціально обумовлених причин зловживання наркотиками, найчастіше визнається соціальна невпорядкованість, відсутність роботи, низька кваліфікація праці, стан хронічного стресу. Крім того, останнім часом ризик розвитку негативних залежностей зростає серед підлітків, які:

- перенесли насильство;

- стали жертвами жорстокого обігу в родині, у різних побутових ситуаціях;

- перенесли психічні травми у зв’язку зі смертю батьків, близьких людей;

- важко пережили розлучення батьків;

- перенесли спроби самогубства, а також висловлюють намір покінчити із собою;

- сором’язливих підлітків;

- перенесли аборт і інші серйозні медичні втручання;

- обдарованих дітей, що мають проблеми з пристосуванням до навколишнього середовища;

- потрапили в кризові ситуації, які привели до розладу соціальної адаптації.

При хронічному вживанні опіатів змінюється зовнішній вигляд і стан хворих, вони виглядають значно старше свого віку: шкіра бліда, суха, з жовтим відтінком, з численними зморшками на обличчі. Характерне руйнування й випадіння зубів. Спостерігається раннє полисіння, волосся втрачає блиск, стає ламким. Знижується маса тіла. Уздовж поверхневих вен кінцівок множинні сліди від ін’єкцій, склерозуючіуплотніння. Хворі стають брехливими, потайливими, байдужими, не мають позитивної прихильності до будь-кого.

Хронічне споживання марихуани (гашиш), пов’язане зазвичай з неблагополуччям у родині, поганою успішністю й прогулами занять у школі, ранньою сексуальною активністю, застосуванням інших наркотичних засобів (у тому числі алкоголю, психостимуляторів, галюциногенів і седативних засобів). Інші фактори, які сприяють вживанню марихуани включають: «самолікування» при станах тривожності, депресії, незадоволення життям, протест проти суспільних норм поводження. Особи, які вживають гашиш, відрізняються вираженими шизотимічними особливостями, а ті, хто припинив його вживання, страждають вираженими депресіями. При психологічному обстеженні у хворих, які тривалий час вживали марихуану, виявлені значні порушення пізнавальних процесів, зокрема розуміння й засвоєння нової інформації, послаблення креативних (творчих) здібностей, мовних функцій, зниження здатності до активної уваги, формування короткочасної й образної пам’яті, порушення аналітично-синтетичних здібностей. З боку психіки виникають: галюцинації, маячення, тривога, депресія, напади паніки, особистісне зниження, погіршення пам’яті і мислення – все це зазвичай приводить до слабоумства та суїцидальних спроб.

До іншого типу небезпечних наркотичних речовин віднесять кокаїн. Кокаїн має збудливу дію на ЦНС, подібну до фенаміну. Виникають порушення емоцій у вигляді ейфорії, непродуктивна активність, безсоння, при передозуванні - дратівливість, агресивність, імпульсивну сексуальну поведінку, нерідко з’являються галюцинації. Клінічно відзначаються: блідість обличчя, розширення зіниць, тахікардія, підвищення артеріального тиску, нежить і кашель. Эйфоризуючий ефект нетривалий: вже через 40-60 хвилин підвищення настрою зникає й може виникнути глибока депресія, що іноді стає причиною суїцидів. Психічна залежність від препарату надзвичайно виражена й часто розвивається після однократного прийому. Багаторазове повторне вживання кокаїну приводить до підвищення толерантності, іноді до смерті від передозування. Варто пам’ятати, що в осіб, що перебувають у безпосередньо близьких відносинах із тими, хто зловживає психоактивними речовинами (родичі, члени родин, дружини й чоловіки) розвивається стан, що має психологічні особливості, схожі з наркоманією. Вони змушені приховувати факти наркотизації своїх близьких від навколишніх, трансформувати своє життя, сполучаючи формально благополучну поведінку з внутрішнім дискомфортом, що веде до неадекватності емоційного «Я».

Надцінні захоплення (гемблінг, інтернет-залежність), залежність харчової поведінки

Гемблінг, лудоманія - (патологічна схильність до азартних ігор) полягає в частих повторних епізодах участі в азартних іграх, що домінує в житті суб'єкта і веде до зниження соціальних, професійних, матеріальних і сімейних цінностей.

Виділяють ряд ознак сформованої залежності:

1. Постійна залученість, збільшення часу, проведеного в ситуації гри.

2. Зміна кола інтересів, витиснення колишніх мотивацій на ігрову, постійні думки про гру, переважання і уяві ситуацій, пов'язаних з ігровими комбінаціями.

3. «Втрата контролю», що виражається в нездатності припинити гру як після великого виграшу, так і після постійних програшів.

4. Стану психологічного дискомфорту, роздратування, занепокоєння, що розвиваються через порівняно короткі проміжки часу після чергового участі в грі, з бажанням, яке важко переборюється, знову приступити до гри. Такі стани по ряду ознак нагадують стану абстиненції у наркоманів, вони супроводжуються головним болем, порушенням сну, занепокоєнням, зниженим настроєм, порушенням концентрації уваги.

5. Характерно поступове збільшення частоти участі в грі, прагнення до все більш високого ризику.

6. Періодичний стан напруги, що супроводжуються ігровим «драйвом», прагненням знайти можливість участі в азартній грі.

7. Швидко наростаюче зниження здатності чинити опір спокусі. Це виражається в тому, що, вирішивши раз і назавжди «зав'язати», при найменшій провокації (зустріч зі старими знайомими, розмова на тему гри, наявність поруч грального закладу і т. д.) гемблінг поновлюється.

Психологічні особливості проблемних гемблерів характеризуються втратою контролю над власною поведінкою, причому це стосується всіх варіантів гемблінгу - від гри на тоталізаторі до ігрових автоматів.

Виділяють три підгрупи проблемних гемблерів:

1. з порушенням поведінки;

2. емоційно нестійкі;

3. антисоціальні, схильні до імпульсивних вчинків.

Хвороблива пристрасть до азартних ігор частіше спостерігається у чоловіків, але у жінок ця аддикція набуває більш важкі форми. Жінки втягуються в небезпечне захоплення в три рази швидше і важче піддаються психотерапії. На відміну від чоловіків, жінки підпадають під залежність від азартних ігор в більш зрілому віці, і з інших причин. Найбільш поширена з них - особисті проблеми, від яких вони намагаються піти в гру. Гендерні відмінності полягали також у тому, що гемблінг у жінок частіше супроводжувався депресивним розладом, а у чоловіків - алкоголізмом. Слід зазначити, що особи, які беруть участь у грі, порівняно часто зловживають алкоголем та іншими ПАР, тобто включаються в комбіновані форми аддиктивної поведінки. Для «гравців» типові труднощі міжособистісних відносин, часті розлучення, порушення трудової дисципліни, часта зміна роботи.

Фактори, що призводять до гемблінгу :

- неправильне виховання в сім'ї;

- участь в іграх батьків, знайомих;

- прагнення до гри з дитинства (доміно, карти, монополія і т. д.);

- переоцінка значення матеріальних цінностей;

- фіксована увага на фінансових можливостях;

- заздрість більш багатим родичам і знайомим;

- переконання в тому, що всі проблеми можна вирішити за допомогою грошей.

Стадії розвитку гемблінгу:

- стадія виграшів;

- стадія програшів;

- стадія розчарування.

Стадія виграшів представлена наступними ознаками: випадкова гра, часті виграші, уява передує грі, частіші випадки ігри, збільшення розміру ставок, фантазії про гру, дуже великий виграш, безпричинний оптимізм.

Для стадії програшів характерні: гра на самоті, хвастощі виграшами, роздуми тільки про гру, затягуються епізоди програшів, нездатність зупинити гру, брехня і приховування від друзів своєї проблеми, зменшення турботи про сім'ю або дружині, зменшення робочого часу на користь гри, відмова платити борги, зміни особистості - дратівливість, втомлюваність, нетовариськість, важка емоційна обстановка будинку, позичання грошей на гру, дуже великі борги, створені як законними, так і незаконними способами, нездатність оплатити борги, відчайдушні спроби припинити грати.

Ознаками стадії розчарування є: втрата професійної та особистої репутації, значне збільшення часу, проведеного за грою, і розміру ставок, видалення від сім'ї і друзів, докори сумління, каяття, ненависть до інших, паніка, незаконні дії, безнадія, суїцидальні думки і спроби, арешт, розлучення, зловживання алкоголем, емоційні порушення, відхід у себе.

Інтернет - залежність визначається як «нехімічна залежність» від користування інтернетом, що супроводжується соціальною дезадаптацією та психологічними симптомами.

Виділяють різні критерії, що свідчать про наявність інтернет-залежності.

За Кімберлі-Янгом:

1. Нав'язливе бажання перевірити e-mail.

2. Постійне бажання наступного виходу в інтернет.

3. Скарги навколишніх на те, що людина проводить занадто багато часу в інтернет.

4. Скарги навколишніх на те, що людина витрачає занадто багато грошей на інтернет.

За І. Голдбергом можна констатувати інтернет-залежність при наявності 3 пунктів з наступних:

1.Кількість часу, який потрібно провести в інтернеті, щоб досягти задоволення, помітно зростає.

2. Якщо людина не збільшує кількість часу, який вона проводить в інтернеті, то ефект помітно знижується.

3. Користувач робить спроби відмовитися від інтернету, або хоча б проводити в ньому менше часу.

4. Припинення або скорочення часу, проведеного в інтернеті, приводить до поганого самопочуття, яке розвивається протягом від декількох днів до місяця і виражається двома або більше факторами:

o Емоційне і рухове збудження

o Тривога

o Нав'язливі роздуми про те, що зараз відбувається в інтернеті

o Фантазії та мрії про інтернет

o Довільні або мимовільні рухи пальцями, що нагадують друкування на клавіатурі.

5. Використання інтернету дозволяє уникнути «синдрому відмови».

6. Інтернет часто використовується протягом великої кількості часу або частіше, ніж було задумано.

7. Значна соціальна, професійна діяльність, відпочинок припиняються або редукуються у зв'язку з використання інтернету.

8. Використання інтернету триває, незважаючи на знання про наявність постійних фізичних, психологічних, соціальних, професійних проблем, які викликаються використанням інтернету (недосипання, сімейні (подружні) проблеми, запізнення на призначені на ранок зустрічі, нехтування професійними обов'язками) .

Харчова залежність полягає в потребі частого прийому їжі, не пов’язаного з почуттям голоду. Як і всі інші залежності, харчова - це спроба піти від проблем, але не шляхом їх вирішення, а шляхом їх «заїдання». Переїдання може бути постійним або нападоподібним, загострюючись в несприятливих життєвих ситуаціях. Часто потреба в їжі посилюється в ситуації стресу або, навпаки, його відсутності, в атмосфері нудьги. З часом відбувається звикання до їжі, підвищується харчова толерантність - організм не задовольняється колишнім кількістю з'їденого і вимагає більшого. Цьому сприяє фізіологічний фактор - збільшення обсягу шлунка, а отже, і площі всмоктування. Таким чином формується порочне коло.

Методи лікування

- Методом кодування накладається блок на харчовий центр шляхом психотерапевтичного заборони, однак не враховується залученість більш примітивного процесу - жувального акту. Не враховуються психологічний стан пацієнта, явні або завуальовані емоційні порушення.

- Раціональна психотерапія пропонує шляхи самостійного позбавлення від цієї пристрасті, з'ясовуючи причини розгальмування харчового потягу.

Однією з найбільш поширених форм девіантної поведінки поза психопатологічними рамками вважаються надцінні психологічні захоплення. Захопленням називають підвищений інтерес до чого-небудь із формуванням небезстороннього емоційного ставлення. У разі надцінного захоплення всі характеристики звичайного захоплення занадто посилюються, об'єкт захоплення або діяльність стає визначальним вектором поведінки людини, що відтісняє на другий план або повністю блокує будь-яку іншу діяльність. Класичним прикладом пароксизмального захоплення й «гіперзахоплення» є стан закоханості, коли людина може бути повністю зосереджена на об'єкті й суб'єкті емоційного переживання, втрачати контроль за часом, присвяченим йому, ігнорувати будь-які інші сторони життєдіяльності.

Ознаками надцінних психологічних захоплень вважаються:

-глибока й тривала зосередженість на об'єкті захоплення;

-небезстороннє, емоційно насичене ставлення до об'єкта захоплення;

-втрата контролю за часом, що витрачається на захоплення;

- ігнорування будь-якої іншої діяльності або захоплення.

Психологічне захоплення на відміну від психопатологічного не виходить за межі захоплень, традиційних для суспільства або окремих його груп. Тому одне й те ж групове або колективне захоплення може охоплювати як людей зі звичайним інтересом до такого виду діяльності, так і захоплених, і гіперзахоплених, захоплених ідеєю фікс. Надцінні психологічні захоплення складають адиктивний, патохарактерологічний типи девіантної поведінки, а також девіантну поведінку на базі гіперздібностей. При «трудоголізмі» відбувається втеча від реальності у сферу діяльності й досягнень. Підвищеним інтересом і захопленням для людини стає її робота або інша діяльність, у царині якої вона намагається досягти досконалості. Якщо для звичайної людини робота є способом підвищення власного престижу, авторитетності, матеріального благополуччя, задоволення потреби домінувати або ж вона розглядається як повинність, то в трудоголіка робота стає самоціллю, а не способом досягнення чого-небудь. Така людина отримує задоволення від самого процесу діяльності, а не від його результату, хоча результат також важливий для продовження даного виду роботи.

Базою для формування надцінного захоплення у вигляді трудоголізму є, як правило, або особливості характеру, які призводять до фіксації на виконанні службових обов'язків через страх не справитися з ними, набути репутації нездібного й некваліфікованого фахівця, або адиктивний відхід від реальності, що сприймається як нецікава, неприваблива. Надцінні психологічні захоплення у вигляді активної діяльності можуть включати не тільки професійну сферу. Людина може бути трудоголіком у царині хобі. У випадку надцінного захоплення азартними іграми людина схильна повністю присвячувати себе грі, виключаючи будь-яку іншу діяльність. Гра стає самоціллю, а не способом досягнення матеріального благополуччя. Захопленість азартними іграми називається гемблінгом. Виділяються такі ознаки, характерні для гемблінгу як різновиду адиктивного типу девіантної поведінки (Ц.П.Короленко, Т.А.Донських):

-Постійна захопленість, збільшення часу, що проводиться в ситуації гри.

- Зміна кола інтересів, витіснення колишніх мотивацій ігрової діяльності, постійні думки про гру, уявлення різних ситуацій, пов'язаних з ігровими комбінаціями.

-«Втрата контролю», що виражається в нездатності припинити гру як після великого виграшу, так і після постійних програшів.

-Поява станів психологічного дискомфорту, дратівливості, неспокою (так званої «сухої абстиненції») через короткі проміжки часу після чергової участі в грі з важковизначуваним бажанням розпочати гру («ігровий драйв»).

-Збільшення частоти участі в грі й прагнення до більш високого ризику.

-Зниження здатності чинити опір спокусі («зниження ігрової толерантності») відновити гру.

Азартні ігри не завжди пов'язані з грошовим ризиком або ризиком для життя. Азарт може бути пов'язаний із вигаданим ризиком при ідентифікації себе з учасниками ігор, наприклад комп'ютерних. Ідеями фікс можуть ставати спортивні ігри, лотереї, розгадування кросвордів, а також сексуальні ігри.Особливим різновидом надцінних психологічних захоплень є так звана «параноя здоров'я» — захопленість оздоровчими заходами. При цьому людина на шкоду іншим сферам життєдіяльності (роботі, сім'ї) починає активно займатися тим або іншим способом оздоровлення — бігом, особливою гімнастикою, дихальними вправами, «моржуванням», обливанням крижаною водою, промиванням ніздрів і порожнини рота солоною водою та ін. Механізмом формування «параної здоров'я» є феномен «зрушення мотиву на мету», коли зі способу досягнення здоров'я оздоровчі заходи перетворюються на самоціль, на джерело єдиного або домінуючого способу отримання задоволень.Захоплення якою-небудь діяльністю, що досягає крайнього ступеня вираженості з формуванням культу й створення кумирів із повним підпорядкуванням людини й «розчиненням» індивідуальності, має назву фанатизму. Найчастіше фанатичне ставлення формується в таких сферах, як релігія (релігійний фанатизм), спорт (спортивний фанатизм) і музика (музичний фанатизм). Спільним для всіх видів фанатизму є вироблення людиною стереотипу підпорядкування власних інтересів і устремлінь інтересам конфесії, команди, музичного колективу, зосередження уваги й сил на підтримці кумира й надання всемірної й активної допомоги, місіонерська діяльність. У межах девіантної поведінки у вигляді фанатизму людина починає діяти за психологічними законами групи й відомої людини, вона не здатна критично поставитися до висловів кумира й усвідомити відхилення власної поведінки, яка може полягати у відриві або відході з сім'ї, ігноруванні роботи.

Особливе місце в психології девіантної поведінки у зв'язку з соціально-психологічною значущістю наслідків займає релігійний фанатизм. Характерною особливістю релігійної віри є визнання існування надприродного, під яким розуміється щось, що виходить за межі законів навколишнього світу, лежить «по той бік» фізично сприйманих об'єктів. Особливу роль відіграє феномен «вибраності», що, з одного боку, формує відчуття ідентифікації з групою однодумців, «посвячених у таємницю», а з іншого – зміцнює почуття переваги над іншими (необізнаними) людьми. Найбільш сприятливим ґрунтом для виникнення девіантної поведінки такого типу вважається сектантство.

До надцінних психологічних захоплень при девіантній поведінці належить діяльність, присвячена проповідуванню тих або інших містичних традицій, емоційна захопленість і слідування традиціям екстрасенсорики та езотерики. Суттю подібної девіантної поведінки є переконаність у тому, що діями, переживаннями й навіть свідомістю людини керують «невідомі сили». Адепти екстрасенсорики переконані в існуванні «надприродних» феноменів і процесів, що викликають ті або інші хворобливі патологічні прояви індивіда на рівні соматики або психіки. Основою парапсихологічних переконань стають феномени психічної діяльності людини, що залишаються нерозпізнаними й трактуються як екстрасенсорні, біоенергетичні. На думку О.П.Дуброва і В.М.Пушкіна, біогравітація — це здатність людини створювати, випромінювати й сприймати певний вид фізичного поля, що має специфічну квантово-імпульсну природу, схожу з гравітацією, і водночас відзначається своїми «особливими рисами».Усі обґрунтування існування біоенергетики в даний час мають гіпотетичний характер і тому можуть розглядатися лише як певні трактування психічних і психосоматичних процесів, що відбуваються в людині, і не можуть братися за факти.

Надцінні психопатологічні захоплення

На відміну від психологічних при психопатологічних надцінних захопленнях джерелом підвищеного інтересу й небезстороннього ставлення стають нетрадиційні для більшості людей предмети, явища або сфери діяльності. Наприклад, це може виявлятись у колекціонуванні власних родимок чи обстрижених нігтів, виділень із юнацьких вугрів, у записуванні номерів машин, що проїжджають мимо, або підрахунку кількості вікон у будинках.

Синдром «філософічної інтоксикації» зустрічається, як правило, у підлітків при шизофренії. Як своєрідне захоплення виступає підвищений інтерес до філософської, теософської та психологічної літератури з настійною потребою аналізувати події, що відбуваються навколо індивіда, а також власний внутрішній світ. Пацієнт починає аналізувати механізми автоматизованих дій, мотиви вчинків оточуючих людей, власні реакції, використовуючи філософсько-психологічну термінологію, неологізми. Він перестає адекватно сприймати реальність, намагаючись усе втиснути в схему, обговорює власні «відкриття» з друзями, однолітками й дорослими, записує свої думки, читає величезний обсяг відповідної літератури. Поведінка людини з синдромом «філософічної інтоксикації» має нав'язливий характер для оточуючих. Близькі люди відзначають дивацтва в поведінці підлітка, небажання й невміння вирішувати звичайні життєві проблеми у зв'язку з їх постійним філософським осмисленням і схильністю теоретизувати з будь-якого приводу. Надцінні психопатологічні захоплення можуть мати характер домінуючих або маревних ідей, таких як ідеї високого походження, чужих батьків, реформаторства і винахідництва, які можуть істотно змінювати поведінку людини. При ідеях високого походження індивід, будучи переконаним у тому, що фактично він походить зі знатного роду, прагне довести це на практиці. Ідеї чужих батьків висуваються на основі викривленого хворобливого сприйняття й інтерпретації подій («я не схожий на батьків», «ніколи не бачила фотографій матері в стані вагітності»). При ідеях еротичного змісту людина переконана, що хтось із оточуючих (найчастіше начальник, відомий політик, артист або людина, якій симпатизує багато хто) таємно кохає її й іноді дає про це знати у вигляді особливих форм поведінки, рухів, жестів. Ідеї реформаторства та винахідництва виявляються в тому, що індивід вважає, ніби він зробив великі відкриття, здатні змінити суспільний розвиток або долю окремої людини й принести користь багатьом.

Особливим видом девіантної поведінки можна назвати патологічне захоплення сутяжництвом, кверулянством. При цьому характерним є непереборне бажання скаржитися в різні інстанції і з будь-якого приводу. Кверулянт — це людина з підвищеним відчуттям справедливості, яка хоче добитися правди навіть у дрібницях і водночас не порівнює реальні негативні факти й способи боротьби з ними.До даної групи девіантної поведінки відносять розлади ваблень, які можуть призвести до внутрішньої дезорганізації особистості, а також істотних зовнішніх проявів дисгармонії.

Різниця понять «захоплення» і «ваблення» полягає в тому, що захоплення характеризується усвідомленістю мети й мотиву, інтелектуалізованими емоціями, їх динаміка безперервна, а не нападоподібна, вони не здійснюються імпульсно, а з'являються лише після важкої боротьби мотивів. Ваблення ж мають протилежні характеристики, проте в разі посилення патологічності захоплень можуть з'являтися ознаки, що зближують їх із вабленнями.

До розладів ваблень, які виявляються вираженими відхиленнями в поведінці, традиційно відносять клептоманію, піроманію, дромоманію, дипсоманію. Клептоманія характеризується важковизначуваним прагненням індивіда здійснювати крадіжки. Самоціллю стає процес крадіжки й пов'язаний із ним ризик. Виділяють дві форми клептоманії: адиктивну та психопатологічну. При адиктивній формі клептоманія виступає емоційно насиченим учинком, здійснення якого спрямоване на виведення себе зі стану беземоційності, нудьги й розміреності життя. Вона здійснюється з метою «здригнутися», відчути життя «в усіх барвах». При психопатологічній формі клептоманія є клінічною ознакою й на відміну від адиктивної з'являється імпульсно, їй передує дисфоричний епізод. Зазвичай клептоманія входить у структуру патологічних рис характеру. Піроманією називається непереборний потяг до здійснення підпалів, дромоманією — до бродяжництва, дипсоманією — до запоїв.До даної групи девіацій можна віднести нав'язливі ритуальні дії, що є своєрідним захистом від невротичних симптомів (тривоги, страху, неспокою). Нав'язливі ритуали — це важковизначувані рухові акти, що виконуються всупереч волі та внутрішньому опору індивіда, символічно виражають надію запобігти передбачуваному нещастю. Клінічно вони представлені різноманітними формами, поява та формування яких залежить: 1) від структури психопатологічного синдрому, захистом від якого є ритуали; 2) етнокультурних особливостей людини; 3) специфіки ситуації та можливостей здійснення ритуалу. Девіантна поведінка при розладі ваблень може виявлятися специфічними руховими звичками (патологічними звичними діями): яктацією (розгойдуванням головою або всім тулубом), оніхофагією (обкушуванням або жуванням нігтів), смоктанням пальця, колупанням у носі, манірним лясканням пальцями, накручуванням волосся й ін.

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

Суїцидальна поведінка має кілька різновидів:

1. «Протест», або «протест-помста»;

2. «Заклик»;

3. «Уникання»;

4. «Самопокарання»;

5. «Відмова»;

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

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

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

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

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

Виділяють наступні ознаки високого ризику самогубства:

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

2. Психічні розлади: депресія, психози, алкоголізм, наркоманія;

3. Тип зайнятості: безробітні і некваліфіковані робітники роблять спроби самогубства частіше кваліфікованих. Частіше зустрічається суїцидальна поведінка серед акторів, лікарів, музикантів, поетів, письменників, співробітників правоохоронної системи, лікарів (особливо психіатрів, офтальмологів, стоматологів і анестезіологів), страхових агентів, юристів.

4. Сімейний стан і коло спілкування. Найбільш високий ризик суїциду у неодружених, розведених, вдів і вдівців, тих хто перебуває в шлюбі, але бездітні, одинаків, які втратили кохану людину;

5. Стать. Чоловіки здійснюють самогубство втричі частіше, ніж жінки, але жінки в 2-3 рази частіше роблять спробу самогубства;

6. Вік: молодь 15-19 років, чоловіки 50-70 років, жінки після 50 років (найчастіше в 55-65 років);

7. Сімейний анамнез і релігійна приналежність. Суїциди частіше скоюють ті, у кого в родині були подібні випадки. Особи з католицьких і мусульманських сімей рідше вдаються до самогубства;

8. Стан здоров'я. Ризик самогубства зростає після операцій, при постійному болі, при хронічних і невиліковних хворобах, у хворих та інфікованих на ВІЛ (у 30-40 разів частіше, ніж серед здорових), онкологічних хворих (у 2-4 рази частіше);

Доцільно знати також такі поняття:

1. Пресуїцидальний синдром - тип суїцидальної динаміки, може тривати від тижня до декількох місяців;

2. Суїцидальні тенденції - думки та спроби самогубства, як перекручення захисного інстинкту. Сюди ж відносяться дії, що здійснюються недостатньо зважено у зв'язку з незрілістю уявлення про життя і смерть;

3. Суіцідоманія - постійне прагнення закінчити життя самогубством (частіше при депресіях, шизофренії, психопатіях);

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

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

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

Особливості суїцидальної поведінки в онкології

В динаміці психічного стану онкологічних хворих виділяють чотири основних періоди:

- Домедичний

- Амбулаторний

- Стаціонарний

- Термінальний.

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

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

Особливості суїцидальної поведінки при станах залежності

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

Психологічні аспекти умирання та смерті

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

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

1. «Заперечення»;

2. «Протест»;

3. «Торг»

4. депресія;

5. прийняття смерті.

Петерсон (1977) виділяє чотири види смерті:

1. Соціальна смерть - чоловік змушений ізолюватися від оточуючих.

2. Психологічна смерть - усвідомлення людиною неминучого кінця, що супроводжується зниженням рівня екстравертованої свідомості, зростанням інтроверсії з аналізом минулого.

3. Мозкова смерть - повне припинення роботи головного мозку з втратою контролю над забезпечуючими життя функціями.

4. Фізіологічна смерть - згасання останніх функцій організму, які забезпечують діяльність його життєво важливих органів.

Проблема евтаназії

Виділяють два її види: активну і пасивну евтаназію.

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

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

**ОРГАНІЗАЦІЙНА СТРУКТУРА ЗАНЯТТЯ**

**Визначення вихідного рівня знань.**

Визначення вихідного рівня знань проводиться шляхом вирішення студентами тестових завдань. Викладач перевіряє їх згідно з еталонами відповідей, обговорює результати.

**Опитування за основними питаннями теми заняття.**

Шляхом індивідуального опитування кожного студента за питаннями щодо теми заняття викладач має змогу визначити теоретичний рівень знань студентів. Відповіді обговорюються всіма студентами, доповнюються, поширюються під керівництвом викладача.

**Самостійна робота студентів.**

Студенти проводять опитування хворих за темою заняття, наділяючи увагу скаргам, анамнезу життя та захворювання, визначають основні симптоми та синдроми, які дозволяють припустити дане захворювання. Студенти визначають основні напрямки обстеження та лікування, пропонують окремі групи лікарських препаратів і дози. Під час самостійної роботи викладач коректує відповіді, обговорює різні варіанти психотерапії і фармакотерапії.

**Аналіз і підсумок роботи студентів.**

Підсумок заняття проводиться вирішенням підсумкового тестового контролю. Студентам пропонується вирішити тести формату КРОК-1,2. Викладач перевіряє правильність вирішення за еталонами відповідей. Проводиться аналіз роботи кожного студента на занятті.

**Місце та час проведення заняття.**

Заняття зі студентами проводиться на протязі запланованого часу. Заняття проводяться в учбовій кімнаті. Курація хворих відбувається в палатах відділень психіатричної лікарні.

**Оснащення заняття.**

1. Таблиці.

2. Схеми.

3. Набори завдань вихідного рівня.

4.Набори тестів підсумкового контролю.

**План та організаційна структура заняття.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| №  пп | Основні етапи заняття, їх функції та зміст | Навч.  цілі в рівнях засвоєння | Методи контролю і навчання | Матеріали  методичного  забезпечення (контролю,  наочності,  інструктивності) |
| 1.  2.  3. | Підготовчий етап  Організаційні заходи  Постановка навчальних цілей та мотивація  Контроль вихідного рівня знань, навичок, умінь: | II  II  III | Фронтальне індивідуальне усне експрес - опитування  Тестовий контроль II рівня  Рішення типових задач II рівня | П.1 актуальність теми  П.2 навчальні цілі  Таблиці, малюнки, структурно-логічні схеми, лікарські препарати, слайди  Питання для індивідуального опитування  Тести та задачі II рівня |
| 4. | Основний етап  Формування професійних вмінь та навичок:  1.Оволодіння методикою проведення цілеспрямованої бесіди.  2.Сформувати вміння провести усебічне (доступного студенту рівня) обстеження статусу хворого, інтерпретувати їх дані. | III  III  III | Професійний тренінг на хворому.  Рішення тестів та задач III рівня.  Професійний тренінг у вирішенні нетипових клінічних ситуацій | Алгоритми (орієнтовані карти) для формування практичних навичок та вмінь.  Хворі  Історії хвороби, протоколи обстеження та лікування  Тести та нетипові задачі III рівня  Імітаційні ігри |
| 5.  6.  7. | Заключний етап  Контроль та корекція рівня засвоєння професійних вмінь та навичок  Підведення підсумків заняття (теоретичного, практичного, організаційного)  Домашнє завдання (основна і додаткова література по темі) | III | Індивідуальний контроль навичок або їх результатів.  Аналіз та оцінка результатів клінічної роботи  Рішення нетипових задач III рівня.  Тестовий контроль III рівня. | Результати клінічної роботи  Задачі III рівня  Тести III рівня  Орієнтована карта для самостійної роботи з літературою |

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

Тести 1 та 2 рівня

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

А. Явна акцентуація за екзальтованим типом

В. Явна акцентуація за типом, що застряє

С. Немає ознак акцентуації

D. Тенденції до акцентуації за типом, що застряє

Е. Змішана тенденція до гіпертімной і що застряє акцентуації.

2. Пацієнтка, 23 років. Два місяці тому отримала ЧМТ, декілька хвилин була без свідомості, потім протягом декількох годин наголошувалася нудота і одноразова блювота. Наступного дня після травми з'явилися судорожні пароксизми з частотою декілька разів на тиждень, що протікали з втратою свідомості, мимовільним сечовипусканням і дефекацією, прикусом язика. Які додаткові дослідження слід призначити в даному випадку:

A. ЕЕГ

B. РЕГ

C. КТ

D. МРТ

E. УЗД судин

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

A. Емоції

B. Увага

C. Пам'ять

D. Мислення

E. Сприйняття

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

А. Лімбічна система

В. Ретикулярна формація

С. Чорна субстанція

D. Екстрапірамідна система

Е. Довгастий мозок

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

А. Транквілізатор

В. Антидепресант

С. Антипсихотик

D. Психостимулятор

Е. Ноотроп

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

А. Невідкладна госпіталізація в психіатричний стаціонар

В. Планове лікування в наркологічному стаціонарі

С. Амбулаторне лікування під наглядом дільничного психіатра

D. Планове лікування в терапевтичному відділенні після консультації психіатра

Е. Амбулаторне лікування під наглядом дільничного нарколога

Тести 3 рівня та нетипові задачі

1. Ідеї внутрішньоособистісного конфлікту (наявність в психіці людини двох однакових по силі мотивів, але протилежних по спрямованості) характерні для наступної психосоматичної теорії:

A. Кортико-вісцеральної

В. Психоаналітичної

С. Нейрофізіологічної

D. Соціопсихосоматики

Е. Системно-теоретичної моделі

2. Механізм психологічного захисту, при якому відбувається процес мимовільного усунення в несвідоме неприйнятних думок, спонук або відчуттів, називається:

А. Витісненням

В. Регресією

С. Інтрапроекцією

D. Раціоналізацією

E. Інтелектуалізацією

3. За основні параметри особи, схильної до формування эсенційної гіпертонії, вважається:

А. Зіткнення двох взаємовиключаючих потреб (у опіці і самостійності)

В. Інтерперсональна напруга між агресивними імпульсами, з одного боку, і відчуттям залежності, з іншого

С. Суперечності між «бажанням ніжності» і «страхом перед ніжністю»

D. Відчуття хронічної незадоволеності

Е. Пасивність, труднощі в самоствердженні

4. На консультації у дерматолога мати з 12 літньою дівчинкою, страждаючою вугровою хворобою. Мати стурбована тим, що дочка відмовляється ходити в школу, тому що однокласники її дратують, не хочуть з нею спілкуватися. Настрій дитини понижений, заявляє: “Я потворна”. Яка патологія для підлітків є найбільш важкою в психологічному відношенні:

A. Сексуальні розлади

B. Захворювання, що змінюють зовнішність

C. Онкологічні захворювання

D. Інфаркт

E. Інсульт

5. Пацієнтка Ф., 43 років., протягом останніх 2-х місяців регулярно відвідує хірурга, наполягаючи на проведенні оперативного втручання з приводу патології шлунку, не дивлячись на аргументований висновок лікарського консиліуму про недоцільність проведення даного виду лікування. Постійне і непереборне бажання людини піддаватися хірургічним операціям з приводу уявних проявів хвороби називається:

A. Симуляцією

B. Аграваційним синдромом

C. Іпохондричним синдромом

D. Синдромом Ашафенбурга

E. Синдромом Мюнхаузена.

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

A. Шизофренії

B. Цукровому діабеті

C. Заїканні

D. Гіперкінетичному синдромі

E. Аутизмі

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

A. Збудливому

B. Демонстративному

C. Що застряє

D. Гіпертимному

E. Екзальтованому

Завдання № 3. З чим пов'язана соціокультуральна теорія залежності від ПАР:

A. Вивченням стилю сімейних стосунків

B. Вивченням соціальної аномії

C. Явищами гіпо- або гіперопіка

D. Впливом середовища мешкання

E. Порушенням раннього дитячого розвитку

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

A. Гіпертімні

B. Обсесивно-фобічні

C. Шизоїдні

D. Демонстративні

E. Екзальтовані

Завдання № 5. З чим пов'язаний розвиток комп'ютерної залежності:

A. Наявність віртуальної реальності

B. Наявність феномену «уявного друга»

C. Порушення соціальної адаптації

D. Розвиток психічної патології

E. Високий суїцидальний ризик

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

A. Психогенна

B. Егоїстична

C. Альтруїстична

D. Дистимічна

E. Анемічна

Завдання № 7. Який психопатологічний тип реакції найчастіше зустрічається у вмираючих хворих:

A. Дисфорічний

B. Обсессивно-фобічний

C. Апатичний

D. Астено-депресивний

E. Тривожно-депресивний

Література:

1. Вiтенко Н.В. Загальна та медична психологiя. − К., 1996, стор. 76-89.

2. Василенко В.Х. Внутренние болезни. − М., 1978, стр. 22-31, 46-54, 68-79.

3. Маклаков А.Г. Общая психология. – СПб., 2000, 592 с.

4. Абрамов В.А. та інш. Медична психологія. – Донецьк, 2010. – 289 с.

5. Гавенко В.Л., Вітенко І.С., Самардакова Г.О. Практикум з медичної Психології. – Харків: Регіон-інформ, 2002 – 248с.

6. Основи загальної і медичної психології /за ред. Вітенко І.С., Чабан О.С. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2003 – 344с.

7. Медична психологія (підручник): Під заг. ред. професора І. Д. Спірної, проф. І. С. Вітенко, Дніпропетровськ, 2008.

8.Загальна та медична психологія (практикум) Під ред. професора І. Д. Спіріної, професора І. С. Вітенко, Дніпропетровськ АРТ– прес, 2002.

9. Тюльпин Ю.Г. Медицинская психология, Москва “Медицина”, 2004.

10. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология, Москва “МЕДпресс–информ”, 2005.

11. Михайлов Б. В., Табачников С. И., Витенко И. С., Чугунов В. В. Психотерапия. – Харьков: ОКО, 2002.