МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ

СХІДНОУКРАЇНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

ІМЕНІ ВОЛОДИМИРА ДАЛЯ

Факультет гуманітарних наук, психології та педагогіки

кафедра здоров´я людини та фізичного виховання

**Степаненко Є.В.**

**Випускна кваліфікаційна робота бакалавра**

**Особливості осіб із кардіологічними захворюваннями та методи роботи з ними**

Сєвєродонецьк

2020

**СХІДНОУКРАЇНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

**ІМЕНІ ВОЛОДИМИРА ДАЛЯ**

# Факультет гуманітрних наук, психології та педагогіки

(повне найменування інституту, факультету)

# Кафедра здоров´я людини та фізичного виховання

(повна назва кафедри)

## ПОЯСНЮВАЛЬНА ЗАПИСКА

**до випускної кваліфікаційної роботи бакалавра**

**освітньо-кваліфікаційного рівня** \_\_\_\_бакалавр\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(бакалавр, спеціаліст, магістр)

напряму підготовки \_\_\_227 – Фізична терапія, ерготерапія\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(шифр і назва напряму підготовки)

на тему: «Особливості осіб із кардіологічними захворюваннями та методи роботи з ними»

Виконав: студент групи ЗЛ-16з Степаненко Є.В.

Керівник: д. психол. н., проф. Тоба М.В.

Завідувач кафедри здоров´я людини

та фізичного виховання:

к. психол. н., доц. Завацький Ю.А.

Рецензент: д. мед. н., проф. Зєльоний І.І.

Сєвєродонецьк – 2020

**СХІДНОУКРАЇНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

**ІМЕНІ ВОЛОДИМИРА ДАЛЯ**

# Факультет гуманітарних наук, психології та педагогіки

(повне найменування інституту, факультету)

# Кафедра здоров´я людини та фізичного виховання

(повна назва кафедри)

освітньо-кваліфікаційного рівня \_\_\_\_бакалавр\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(бакалавр, спеціаліст, магістр)

напряму підготовки 227 – Фізична терапія, ерготерапія\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(шифр і назва напряму підготовки)

# ЗАТВЕРДЖУЮ

**Завідувач кафедри**

**здоров´я людини**

**та фізичного виховання**

**доц. Завацький Ю.А.**

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

“26” березня 2020\_року

## З А В Д А Н Н Я

### НА ВИПУСКНУ КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ БАКАЛАВРА

**Степаненка Євгена Валентиновича**

## Тема роботи: «Особливості осіб із кардіологічними захворюваннями та методи роботи з ними»

## Керівник роботи Тоба Маріанна Василівна, д. психол. н., проф.

( прізвище, ім’я, по батькові, науковий ступінь, вчене звання)

затверджені наказом вищого навчального закладу від “26” березня 2020 р. № 51/15.22

2. Строк подання студентом роботи\_\_\_05.06.2020 р.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. Вихідні дані до роботи: *обсяг роботи* *– 94 сторінки (1,5 інтервал, 14 шрифт з дотриманням відповідного формату), список використаної літератури – 63 дж.*

*4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки: проаналізувати наукові джерела з особливостей осіб із кардіологічними захворюваннями та методів роботи з ними; підібрати діагностичний інструментарій згідно особливостей осіб із кардіологічними захворюваннями та методів роботи з ними; на основі проведеного констатувального експерименту розробити практичні рекомендації щодо особливостей осіб із кардіологічними захворюваннями та методів роботи з ними.*

5. Перелік графічного матеріалу (з точним зазначенням обов’язкових креслеників): *таблиці – 8, додатків – 1.*

**6. Консультанти розділів роботи:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Розділ | Прізвище, ініціали та посада  Консультанта | Підпис, дата | |
| Завдання  видав | Завдання  Прийняв |
| 1. | Тоба М.В. – д.психол.н., проф. | 26.03.2020 р. | 26.03.2020 р. |
| 2. | Тоба М.В. – д.психол.н., проф. | 26.03.2020 р. | 26.03.2020 р. |

7. Дата видачі завдання 26.03.2020 р**.**

#### **КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№**  **з/п** | **Назва етапів** | **Строк виконання етапів** | Примітка |
| 1 | Визначення проблеми дослідження та розроблення плану випускної кваліфікаційної роботи бакалавра | 03.2020 р. | 03.2020 р. |
| 2 | Аналіз літератури за проблемою. Робота над теоретичною частиною дослідження. | 03.2020 р. | 03.2020 р. |
| 3 | Розробка діагностичного інструментарію та проведення констатувального експерименту | 04.2020 р. | 04.2020 р. |
| 4 | Узагальнення результатів констатувального експерименту | 04.2020 р. | 04.2020 р. |
| 5 | Розробка рекомендацій щодо особливостей осіб із кардіологічними захворюваннями та методів роботи з ними | 05.2020 р. | 05.2020 р. |
| 6 | Підготовка випускної кваліфікаційної роботи бакалавра до захисту та її захист | 06.2020 р. | 06.2020 р. |

**Студент Степаненко Є.В.**

**Керівник роботи проф**. **Тоба М.В.**

**РЕФЕРАТ**

Текст – 94 с., таблиць – 8, джерел – 63, додатків – 1

В роботі розкрито теоретико-методологічні засади дослідження особливостей осіб із кардіологічними захворюваннями та методів роботи з ними.

Проведено констатувальний експеримент з метою дослідження особливостей осіб із кардіологічними захворюваннями та методів роботи з ними.

Розроблено практичні рекомендації щодо особливостей осіб із кардіологічними захворюваннями та методів роботи з ними.

**Ключові слова:** кардіологічні захворювання, медико-соціальна реабілітація, технологій медико-соціальної реабілітації, обмежені можливості, ЖИТТЄДІЯЛЬНІСТЬ, СТАВЛЕННЯ ДО ЗДОРОВʼЯ.

**ЗМІСТ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ВСТУП** |  | 7 |
| **РОЗДІЛ 1.** | Теоретико-методологічний аналіз підходів до проблеми вивчення особливостей осіб з кардіологічними захворюваннями | 11 |
| **1.1.** | Загальна характеристика кардіологічних захворювань | 11 |
| **1.2.** | Динаміка психічного життя людини при виникненні інфаркту міокарда | 21 |
| **1.3.** | Аналіз сучасних підходів щодо фізичної реабілітації з кардіологічними захворюваннями | 37 |
| **РОЗДІЛ 2.** | Експериментальне дослідження особливостей осіб з інфарктом міокарду | 57 |
| **2.1.** | Методичні заходи, хід і процедура констатувального експерименту | 57 |
| **2.2.** | Дослідження кризового переживання стресу у хворих з інфарктом міокарда | 62 |
| **2.3.** | Основи реабілітаційної допомоги особам з кардіологічними захворюваннями | 72 |
| **ВИСНОВКИ** | | 84 |
| **СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ** | | 87 |
| **ДОДАТКИ** | | 92 |

**ВСТУП**

**Актуальність дослідження.** Яким би розвиненим не було сучасне суспільство, існує категорія осіб, які через певні життєві ситуації не можуть вчасно адаптуватися до сформованої навколишньої дійсності, інтегруватися в суспільство після хвороб, травм, психологічних, стресових перевантажень, і тому мають потребу в соціальному захисті й підтримці (інваліди, пенсіонери, безробітні та ін.). Особи, з кардіологічними захворюваннями, нажаль, також відносяться до цієї категорії.

Осіб, що перенесли кардіологічні захворювання, поєднують фізичні, психічні страждання, які погіршують їх соціальний стан, приводять до появи нових проблем, пов'язаних із втратою здоров'я, обмеженням їхньої життєдіяльності, нормального функціонування в суспільстві, що породжує необхідність у захисті права на здоров'я.

Необхідне усунення наслідків психічних дефектів, що сприяють пом'якшенню або корекції соціальної недостатності, поліпшенню психологічного благополуччя людини.

У вітчизняній науці соматопсихічний напрямок був закладений дослідженнями П. Б. Ганнушкіна, В. О. Гіляровського, С. С. Корсакова, Є. К. Краснушкіна, у центрі уваги яких знаходилися питання впливу соматичної хвороби на особистість, зокрема і питання впливу серцево-судинних захворювань. Роботи П. Б. Ганнушкіна, П. О. Захар´їна, М. Я. Мудрова започаткували цілісний підхід у вивченні особистості хворого, що означало досконале вивчення та правильне розуміння ролі особистості при виникненні захворювання, з метою досягнення найбільшої ефективності при вивченні етіології та патогенезу хвороби, для організації процесу профілактики та лікування, а також для належної психологічної допомоги. Ф.В. Бассін зазначав, що хвороба залежить не тільки від зовнішніх, але й від внутрішніх суб'єктивних причин, від особистості хворого, від його емоційних переживань та внутрішньої картини хвороби. На необхідність наукового розуміння єдності біологічного та соціального в людині, ролі особистісних особливостей у хворобі вказували також М.С. Лебединський та В.М. Мясищев.

Особи, що перенесли кардіологічні захворювання, поряд з безпосередньо медичною допомогою, також мають потребу в заходах реабілітації, адаптації, психологічного розвантаження й захисту, тому що хвороби серцево-судинної системи продовжують займати лідируюче положення серед всіх причин захворюваності й смертності населення індустріально розвинених країн. Так, у промислово розвинених країнах світу серед причин смертності населення лідирує ішемічна хвороба серця, інфаркт міокарда.

Реабілітаційні можливості інваліда відбиває його реабілітаційний потенціал, що у контексті концепції інвалідності, а саме - форми взаємини інваліда й суспільства, являє собою єдність біопсихофізіологічного й соціально-середовищного статусу людини. Оцінка реабілітаційного потенціалу по всіх його складових, а саме по якісних і кількісних характеристиках, аргументує визначення реабілітаційних мір, що формують індивідуальну програму реабілітації інваліда. Проблемою, пов'язаної з питаннями реабілітації даної категорії інвалідів, займалися Ф. А. Колісник, Н. В. Миколаєва, Е. І. Танюхіна, В. А. Трангейзер, М. І. Хвиливицька, І. К. Шхвацабая та інші дослідники.

Отже, актуальність дослідження визначається частотою кардіологічних захворювань, їх негативними наслідками на фізичний і психічний стан людини, необхідністю ефективної медико-психологічної реабілітації осіб, що стали інвалідами внаслідок таких захворювань.

**Об`єкт дослідження** – фізична реабілітація осіб з кардіологічними захворюваннями.

**Предмет дослідження –** особливості осіб з кардіологічними захворюваннями та методи роботи з ними.

**Мета дослідження –** теоретично обгрунтувати таекспериментально дослідити особливості осіб з кардіологічними захворюваннями та методи роботи з ними.

**Завдання дослідження:**

1.Провести теоретико-методологічний аналіз підходів до проблеми вивчення особливостей осіб з кардіологічними захворюваннями.

2. Експериментально дослідити особливості осіб з інфарктом міокарду.

3. Розробити програму фізичної реабілітації осіб з кардіологічними захворюваннями.

4. Провести оцінку ефективності реабілітаційних заходів.

**Методологічну та теоретичну основу дослідження** становили: концепції розвитку психіки і особистості (Л. С. Виготський, Л.А. Венгер, В.В. Давидов, Г. С. Костюк, О. М. Леонтьєв, С. Д. Максименко, В. О. Роменець, С. Л. Рубінштейн та ін.); погляди на вплив соціально-психологічних факторів на внутрішню картину хвороби (П. Б. Ганнушкін, С. С. Корсаков, М.С. Лебединський, А. Р. Лурія, В. М. Мясищев, М. В. Струховська, В. Д. Тополянський, А. Ш. Тхостов, В. Б. Якимович та ін.); погляди на природу особистісних відхилень та дослідження з проблем їх психопрофілактики та психокорекції (О. Ф. Бондаренко, Л. Ф. Бурлачук, Л. В. Вереіна, Е. Г. Ейдеміллер, Н. Є. Завацька, О. С. Кочарян, В. А. Трангейзер, М. І. Хвиливицька та ін.).

**Методи дослідження** – спостереження, бесіда; констатувальний експеримент, формувальний експеримент; тестування; велоергометрія; методи фізичної реабілітації, методи математичної обробки даних.

**Теоретичне значення дослідження** полягає в уточненні особливостей осіб, які перенесли кардіологічні захворювання, зокрема інфаркт міокарда, та узагальненні сучасних підходів до проблеми фізичної реабілітації осіб з кардіологічними захворюваннями.

**Практичне значення отриманих результатів** полягає в тому, що, з урахуванням виявлених особливостей осіб, які перенесли кардіологічне захворювання (інфаркт міокарду), розкрито основні напрямки, принципи побудови та програма їх фізичної реабілітації.

**РОЗДІЛ 1. Теоретико-методологічний аналіз підходів до проблеми вивчення особливостей осіб з кардіологічними захворюваннями**

**1.1. Загальна характеристика кардіологічних захворювань**

Більшість пацієнтів, які перенесли серцевий напад, характеризують його як жахливий і дуже важкий. Біль за грудиною буває настільки інтенсивної, що практично «паралізує» волю пацієнта. Виникає відчуття смерті, що наближається. Біль за грудиною не зникає після припинення фізичного навантаження й часто поширюється у плече й руку (частіше ліворуч), шию, щелепу. Біль може бути як постійної, так і перемежованої. Вчасно зрозуміти, що відбулося, і негайно викликати бригаду швидкої (краще спеціалізованої кардіологічної) допомоги й почати всі можливі в сформованій ситуації дії - значить підвищити свій шанс залишитися в живі не тільки в найближчі мінути, годинники й дні, але й місяці, роки [8, 45].

Своєчасне розпізнавання серцевого нападу особливо важливо серед молодих, котрим навіть у голову не може прийти, що біль в області серця - це життєво небезпечна ситуація.

Крім болю за грудиною серцевий напад характеризується наступними симптомами й ознаками:

-Частий поверхневий подих.

-Прискорене неритмічне серцебиття.

-Прискорений і слабкий пульс на кінцівках.

-Непритомність (синкопі) або втрата свідомості.

-Відчуття слабості, може бути дуже вираженим.

-Рясний липкий холодний піт.

-Нудота й навіть блювота.

-Блідість шкіри особи.

У жінок серцевий напад може мати свою специфіку. У них частіше, ніж у чоловіків, спостерігається нетипова локалізація болю: верхня частина живота, спина, шия, щелепа. Іноді серцевий напад може нагадувати (по відчуттях) печію. Нерідко появі болю в жінок передує загальна слабість, нудота. Такий атиповий плин серцевого нападу частіше приведе до недооцінки й навіть повному ігноруванню існуючих симптомів, що може викликати фатальні наслідки [32, 103].

Незважаючи на те, що зазначені симптоми й ознаки дозволяють у більшості випадків вчасно розпізнати серцевий напад, кожний з них і навіть їхніх комбінацій можуть зустрічатися й при інших захворюваннях. Але оскільки серцевий напад - це життєво небезпечний стан, то краще перестрахуватися й негайно звернутися за невідкладною медичною допомогою, чим шкодувати (Вам або Вашим родичам) про назавжди втрачену можливість уникнути фатальних наслідків. У статті, присвяченій стенокардії підкреслюється, що до прибуття невідкладної допомоги варто спробувати допомогти собі, поклавши під мову звичайну (500 мг) таблетку аспірину. Можна скористатися й нітрогліцерином, але лише в тому випадку, якщо впевнені, що артеріальний тиск не знижений. При прибутті карети швидкої допомоги залишки таблетки аспірину варто змити за допомогою склянки води.

Медична практика показує, що, на жаль, у майже в 25% пацієнтів серцевий напад може протікати безсимптомно, так звана «німа ішемія», або «німий серцевий напад». Але відсутність симптомів, на жаль, не виключає ушкодження серцевого м'яза. А оскільки ні «сигналу тривоги», те пацієнт залишається в невіданні щодо катастрофи, що розвивається, що негативно відбивається на прогнозі для його життя [47, 312].

Всі ускладнення інфаркту міокарда варто вважати життєво небезпечними і їхня поява істотно погіршує прогноз для життя даної категорії пацієнтів. До таких ускладнень інфаркту міокарда прийнято відносити:

Кардіогенний шок являє собою одне з найважчих ускладнень гострого періоду ІМ. Провідні клінічні прояви його - різке зниження артеріального, особливо пульсового (нижче 30 мм рт. ст.) тиску, що супроводжується клінічною картиною шоку: хворий блідий, риси особи загострені, пульс нитковидний, шкіра покрита холодним потом, систоличне АТ знижене до 80 - 90 мм рт. ст., реакція на навколишнє відсутній, кількість виділюваної сили менш 20 мол/година, а у важких випадках спостерігається анурія.У розвитку кардіогенного шоку беруть участь трохи патогенетичних механізмів: падіння пропульсивної здатності міокарда, зниження судинного тонусу під впливом болючих рефлексів, при наявності аритмії - додаткове зниження серцевого викиду. Вага кардіогенного шоку прямо залежить від просторості інфаркту, а значить - від зменшення маси функціонуючого міокарда лівого шлуночка. У результаті низького периферичного опору й уповільнення кровотоку виникають важкі зміни мікроциркуляції з формуванням судинного стазу, порушенням проникності капілярних стінок і розвитком метаболичного тихорєцького ацидозу, рн крові міняє свій характер на кислий, що вдруге впливає на судинний тонус. Має чимале значення й вихідний стан хворого: в осіб з гіпертонічною хворобою кардіогенний шок може розвитися при помірному зниженні АТ (до 130/80 мм рт. ст.). Швидкі темпи розвитку шоку також збільшують його вагу. Прогноз визначається багато в чому реакцією хворого на введення вазопресорних препаратів. Якщо через 15-20 мінут від початку лікування не відзначається поліпшення в стані хворого, не підвищуються цифри АТ, виділення сили не наближається до 20 мм/година - прогноз значно ускладнюється. Таким чином, вага кардіогенного шоку визначається: а) його тривалістю, б) реакцією на пресорні аміни, в) виразністю олигурії, г) ступенем ацидотичних змін, д) показники АТ й пульсовий тиск. Найбільше важко протікає ареактивний шок, рефракторний до терапії, смертність від якого досягає 96% [16, 156-158].

Серцева астма, набряк легенів спостерігається в 10 - 15% хворих ІМ. Це ускладнення обумовлене слабістю скорочувальної здатності лівого шлуночка при масивному (більше 50% від всієї площі) поразці міокарда й різкому підвищенні діастолічного тиску в лівому шлуночку. Лівошлуночкова недостатність розвивається під час болючого нападу або незабаром після його закінчення. Особливо часто це ускладнення супроводжує інфаркту папілярних м'язів. У патогенезі лівошлуночкової недостатності крім зниження пропульсивної здатності міокарда мають значення рефлекторна констрикція легеневих судин (рефлекс Катаєва), зміна проникності капілярної стінки в результаті гіпоксії, активізації цимпатоадреналової системи, зниження асматичного тиску крові. У результаті включення цих механізмів різко збільшується тиск у легеневих венах і капілярах; коли воно перевищує рівень коллоідно-асматичного тиску плазми - рідка частина крові проникає в тканину легенів, а потім заповнює альвеоли (альвеолярний набряк).

Клінічна картина серцевої астми проявляється у вигляді нападу задухи, що супроводжується, як правило, блідістю шкірних покривів, акроцианозом і іноді холодним потом. У легенях вислуховуються вологі (спочатку в нижніх, потім - і у верхніх відділах) хрипи, нерідко в сполученні із сухими (свистячими) хрипами, обумовленими супутньої бронхоспазмом. При наростанні набряку кількість вологих хрипів збільшується, подих приймає характер, що клекоче, з'являється пінисте мокротиння, нерідко з домішкою крові. Кількість відокремлюваного в деяких хворих настільки велика, що вони буквально захлинаються в мокротинні. Тому що лікування розгорнутої стадії набряку представляє складне завдання й не завжди ефективно, особливо важливо діагностувати початкові прояви кардіальної астми. Крім клінічних симптомів (напад задухи, синусова тахікардія, ритм галопу, поява кашлю й застійних) має значення рентгенологічне дослідження, що виявляє картину "застійної легені" з "хмароовидним" навколокореневим згущенням легеневого малюнка, що поступово просвітлюється до периферії легенів [50, 89-85].

Порушення ритму й провідності - найбільш часте ускладнення ІМ, що спостерігається майже в 90% хворих ІМ. Патологічний процес у міокарді легко змінює його электрофізіологичні властивості: знижується поріг міокардиальної збудливості, виникають вогнища патологічної імпульсації, створюються умови для механізму "re-entry", уповільнюється провідність на різних рівнях провідної системи серця. Через значну динаміку пов'язаних з НИМ метаболічних процесів, аритмії й блокади при ІІМ часто носять минущий характер, що особливо характерно для інфаркту задньої стінки лівого шлуночка.

Виникнення аритмії істотно впливає на гемодинаміку, що в значній мірі пояснюється ушкодженням механізмів адаптації ураженого інфарктом міокарда. Прогностично небезпечні ті порушення ритму, які супроводжуються тахікардією зі значним зниженням ударного й хвилинного викиду. Вони можуть бути причиною кардіогенного "аритмогенного" шоку або гострої кардіальної недостатності, рефракторної до відновлення синусового ритму до будь-яких медикаментозних впливів. Небезпека ряду аритмій полягає в тім, що вони нерідко стають провісниками (а можливо й провокуючим моментом) більше важкого й прогностично несприятливого порушення ритму. Так, часта передсердна экстрасістолія може передувати миготливій аритмії. Часті (більше 10 в 1 хв) политопні, групові й "ранні" (типу R на Т) шлуночкові екстрасистолії з наступною зупинкою серця. Порушенню гемодинаміки з появою ознакою серцевої недостатності сприяють і "рідкі" ритми; головним чином - повна атріовентрикулярна блокада, при якій значно знижується серцевий викид. Повна А-У блокада нерідко супроводжується нападами Морганьї-Адамса-Стокса у вигляді короткочасної втрати свідомості із судорогами. Тривалий більше 3-4 мінут напад небезпечний необоротними змінами головного мозку, обумовленими тривалою гіпоксією [34, 4]. Внутрішньошлуночкові блокади (повна блокада лівої або правої ніжок пучка Гіса) не представляють небезпеки самі по собі, але поява їх при ІМ, як правило, указує на можливість розвитку повної А-У блокади, тому вимагає підвищеної від лікаря сторожкості.

Розрив серця ставиться до рідких ускладнень (близько 5% від загального числа хворих ІМ), але займає одне з перших місць як причина смерті. Частіше він виникає в період міомаляції - на 6-й день від початку інфаркту, але може наступити й у перші дні захворювання. Розрив міокарда супроводжується різким болем, що не купирується введенням анальгетиків. При розриві стінки міокарда швидко розвивається картина кардіогенного шоку й зупинка серця, обумовлена гемотампонадою. При великому розриві смерть наступає майже миттєво, при невеликому - може наступити через кілька хвилин, навіть годин. При маленькому й "прикритому" розриві можливе формування помилкових аневризм, з якими хворі живуть іноді кілька місяців. Розрив мiжшлуночкової перегородки супроводжується появою грубого систолічного шуму в області нижньої третини грудини й швидким розвитком важкої (звичайно тотальної) недостатності кровообігу. При розриві папилярного м'яза шум нерідко має музичний характер.

Епістенокардичний перикардит, уперше описаний у хворих російським лікарем Кернигом, діагностується по шуму тертя перикарда, що носить обмежений і короткочасний характер. Через подразнення субепикардіальних аритмогенних зон перикардит може супроводжуватися суправентрикулярними аритміями. У деяких хворих може з'явитися випіт з наступним розвитком спаєчного процесу в перикарді.

Аневризма серця- обмежене випинання стінки міокарда, як правило, лівого шлуночка. Розвивається майже в 1/2 хворих інфарктом. Формування аневризми відбувається в гострий, рідше підгострий період ІМ під впливом тиску на ушкоджену ділянку серцевого м'яза. Частіше аневризма формується в області передньої стінки міокарда, рідше - верхівки, задньої стінки або межшлуночкової перегородки (остання випинається в праву половину серця). При огляді й пальпації виявляється прекардіальна пульсація, як правило, в області 4-го ребра ліворуч від грудини. Ліва границя серця зміщається за середнєключичну лінію [22, 85-87]. При аускультації вислуховується глухість тонів, систоличний шум (через відносну недостатність мітрального клапана), зрідка музичний "шум писку" (тремтіння натягнутих хорд і фляків у порожнині аневризми); може вислуховуватися й диастолічний шум. На ЭКГ нерідко зберігається типова для гострого періоду інфаркту монофазна крива (високий стан ST сегмента, як правило - у сполученні із глибоким Q або QS зубцем). Розрив аневризми відбувається звичайно на ранніх стадіях її формування. Разом з тим вимикання частини м'язової стінки (зона акінезії й дискинезії) значно знижує пропульсивну здатність міокарда й служить причиною розвитку лівошлуночкової, а пізніше й тотальної недостатності кровообігу. Нерідко у хворих аневризмою розвиваються порушення ритму й провідності.

Тромбоендокардіт - асептичне запалення, що розвивається в тромботичних масах, що розташовуються на ендокарді в зоні інфаркту. Як правило, тромбоеэндокардіт ускладнює плин інфарктів, а постінфарктну аневризму супроводжує в 70 - 80% хворих. У частини хворих клінічно він може не проявлятися, іноді викликає субфебрильну температуру тіла, слабість, похилість до тахікардії, пітливість. Діагностика тромбоендокардита стає достовірною при розвитку тромбоемболичних ускладнень або при виявленні внутрісерцевого тромбу під час Луна-Дослідження або вентрикулографії.

Тромбоемболічні ускладнення виникають при ІМ внаслідок порушення гемодинаміки, що згортає системи крові й змін судинної системи. Матеріалом для тромбоемболій найчастіше служать пристінкові тромботичні накладення в районі інфаркту й пухкі тромби вен нижніх кінцівок і малого таза. Дивуються переважно галузі легеневої артерії [23, 3-9]. Клінічна картина значно варіює залежно від діаметра судини. При тромбоемболії одного з основних стовбурів, як правило, наступає швидка смерть, якій може передувати напад жорстоких болів і задухи. Тромбоемболія дрібних судин завершується картиною інфарктної пневмонії.

Диференціальна діагностика при ІМ проводиться насамперед із захворюваннями, для яких типовий болючий синдром в області грудної клітки.

Тромбоемболія галузей легеневої артерії проявляється нападом загрудинних болей, колапсом, задишкою, ціанозом, порушеннями ритму, у наступні дні - лейкоцитозом, наростанням Асат і Алат крові. На ЕКГ виникають зміни, подібні з картиною інфаркту міокарда на задній стінці лівого шлуночка: з'являється глибокий QIII, негативний зубець ТIII або ознаки гіпоксії в області передньої стінки міокарда (негативні зубці Т V 1-V4) [37, 30-54]. Правильний діагноз полегшується появою кровохаркання й типових рентгенологічних ознак інфаркту легені (інфільтрації легені трикутної форми), однак це спостерігається лише в 1/ 3 - 1/4 хворих. Для диференціальної діагностики мають значення анамнестичні вказівки на напади стенокардії, хоча сполучення ЇМ і ТЕЛА цілком можливо. На користь ТЕЛА говорить: 1) наявність флеботромбоза нижніх кінцівок і тазових органів, особливо в осіб молодого віку; 2) ознаки наростаючих перевантажень правих відділів серця на ЕКГ (поява високого, гострого "пульмонального" Р у II-III відведеннях, глибокого зубця S в V 5-6, високого зубця R в V 1-2, блокади правої ніжки пучки Гиса). Ці зміни носять перехідний характер і відновлюються при сприятливому плині захворювання через кілька днів.

Гострий перикардит. Не обумовлений ІМ (при туберкульозі, ВКВ, пневмонії й інших захворювань) супроводжується загрудіними болями, які можуть мати характер нападів, нерідко дуже інтенсивних. Іноді біль иррадує у шию, руки, змушують хворого приймати положення сидячи з нахилом уперед. Одночасно (а не після болючого нападу, як при інфаркті) з'являється лихоманка, прискорення СОе, лейкоцитоз. Шум тертя перикарда носить досить стійкий характер (епістенокардичний перикардит при ІМ триває 1-2 дні або кілька годин). На ЕКГ при перикардиті відзначається підвищення ST сегмента вище ізолінії з наступним формуванням негативного зубця Т.

На відміну від інфаркту міокарда:

1) Ці зміни спостерігаються одночасно в I, II, III, а іноді у всіх посилених і грудних відведеннях, тобто відсутній типова для ІМ дискордантність.

2) Немає деформації шлуночкового комплексу, зокрема не формується глибокий зубець Q, хоча висота зубців R при масивному випоті може бути знижена.

3) Через 2-3 тижні описані вище зміни повністю проходять.

Спонтанний лівосторонній пневмоторакс може розвитися раптово, у практично здорової людини, після розриву емфізематозної буллі. Болі при цьому носять дуже інтенсивний "надривний" характер і можуть супроводжуватися болючим шоком [46, 59]. Характерний ціаноз, задишка й тахікардія. З'являється зміна зубця Т, що так само утрудняє діагностику. Діагноз може бути встановлений уже на стадії фізичного обстеження хворого, при виявленні ознак пневмотораксу: тимпанічний перкуторний звук над грудною кліткою, відсутність голосового тремтіння й легеневого подиху, іноді зсув середостенія в протилежну пневмотораксу сторону. При рентгенографічному дослідженні поряд із пневмотораксом можуть бути виявлені ознаки легеневої патології; туберкульоз, бронхоектази, сегментарний або дифузійний пневмосклероз, емфізема легенів.

Гостра лівостороння пневмонія, якщо вона супроводжується плевритом (що частіше буває при крупозній пневмонії), теж може бути причиною неправильного діагнозу, тому що для неї характерний біль у лівій половині грудної клітки, задишка, тахікардія, ціаноз, а також дифузійні зміни кінцевої частини шлункового комплексу на ЕКГ. Запально-інтоксикаційний синдром при цьому проявляється прискоренням СОЕ, лейкоцитозом і невеликим підвищенням трансаміназної активності крові. Діагноз залежить насамперед від правильної оцінки болючого синдрому. Плевральний біль чітко пов'язаний з подихом, положенням хворого; вона тривала, не зменшується при прийомі нітратів, сполучається з кашлем. Фізичне обстеження й рентгенографія виявляють інфільтрацію легеневої тканини, а серійне дослідження ЕКГ - відсутність типової "інфарктної" динаміки. Разом з тим підозра на ангінозні болі у хворого пневмонією завжди вимагає сторожкості, тому що розвиток ІМ на тлі пневмонії представляється цілком можливим [27, 115].

Некоронарогенні захворювання міокарда можуть супроводжуватися вираженим болючим синдромом. Особливо складний діагноз при міокардиті Абрамова-Фидлера, алкогольної дистрофії міокарда й застійної кардиоміопатії, при яких біль сполучається з порушеннями ритму, розвитком декомпенсації й псевдоішемичними змінами ЕКГ. Діагноз може бути поставлений тільки при детальному аналізі анамнезу й динамічному спостереженні за клінікою й ЕКГ картиною захворювання. Чимале значення має ЕХО дослідження, тому що воно дозволяє оцінити стан м'яза серця. Істотне значення має при цьому характер гипокинезії, обмежений при ІМ і розповсюджений при некоронарогенних захворюваннях міокарда.

Абдомінальна локалізація болю вимагає диференціального діагнозу з гострими захворюваннями органів черевної порожнини.

Перфоративная виразка шлунка супроводжується сильними болями в підложечної області. Вирішальне значення має поява ознак подразнення очеревини, зникнення печіночної тупості й визначення вільного газу в черевній порожнині при рентгеноскопії. ЕКГ зміни обмежуються, як правило, зниженням сегмента ST або появою негативних Т, що не повинне дезорієнтувати лікаря.

Гострий панкреатит протікає з картиною, близької до інфарктного, тому що крім тривалих і болісних болів у підложечної області у хворих нерідко розвиваються порушення ритму й коллаптоідний стан. Очевидно, мають значення тісні рефлекторні панкреатокардіальні зв'язки. Буває, що при гострому панкреатиті в міокарді виникають осередкові метаболічні порушення. Для диференційної діагностики має значення рівень діастази крові й сили й динаміка ЕКГ, що може підтвердити діагноз інфаркту [17, 15].

Гостра харчова токсикоінфекція, що дає болі в підложечній області й колапс, може нагадувати інфаркт міокарда. Однак найбільшу небезпеку представляє положення, коли інфаркт при наявності блювоти, поносу у хворого в епигастрії розцінюється як гостра харчова інтоксикація. Велике значення має добре зібраний анамнез (відомості про порушення якості й режиму харчування, про ангінозні болі в минулому), серійне спостереження за ЕКГ, дослідження сироваткових ферментів - трансаміназ, ЛДГ (-2 ізоферменти), КФК, міоглобіну. Варто вважати обов'язковим для запобігання помилок у хворих середнього й літнього віку з підозрою на гастроентерологічні захворювання проводити ЕКГ дослідження, повторюючи його 2-3 рази протягом перших днів.

Сучасна медицина має у своєму арсеналі й високоефективні технології, що дозволяють відновлювати кровоток у коронарних артеріях або забезпечувати кровопостачання м'яза серця за рахунок створення обвідного каналу (шунта). До них ставляться черезкожна транслюмінальна пластика коронарних артерій, або балонна ангіопластика, що нерідко доповнюється постановкою в місце звуження пружної порожньої сітчастої циліндричної конструкції (стента) з інертного матеріалу, наприклад, золота (черезкожне коронарне стентирування). Крім того, пацієнтові може бути виконане хірургічне втручання на вінцевих артеріях серця, або аортокоронарне шунтування.

У медичній моделі основний натиск робиться на стан здоров'я людини. Домінуючої є постулат про те, що головна причина всіх лих людини - наявність у нього хвороби. Передбачається, що тільки хвороба перешкоджає людині бути повноцінним членом суспільства. Звідси випливає висновок, що цю людину потрібно лікувати - і тільки. Можна бачити в цій проблемі кілька аспектів, які знижують роль тільки стану здоров'я [7, 22].

Основна допомога цієї категорії людей полягає в рішенні медико - соціальних, соціально - побутових, психологічних, юридичних питань, забезпеченні осіб, які перенесли інфаркт міокарда, медикаментами, безкоштовним лікуванням, безкоштовним санаторно - курортним лікуванням, а також у рішенні інших питань, пов'язаних зі збереженням і зміцненням здоров'я з обліком медико - соціальної спрямованості.

**1.2.Динаміка психічного життя людини при виникненні інфаркту міокарда**

Інфаркт міокарда - обумовлене ішемічною хворобою серця захворювання, в основі якого лежить гостре порушення кровообігу по однієї або декількох коронарним (вінцевим) артеріях з розвитком осередкового ушкодження, некрозу (інфаркту) серцевого м'яза (міокарда), що клінічно проявляється болем за грудиною з можливим розвитком одного або декількох життєво небезпечних станів і погано піддається. До них варто віднести серцеву недостатність, порушення серцевого ритму й провідності, кардіальний шок, зупинку серця, раптову смерть [34, 4].

Серед факторів, що сприяють підвищенню ризику розвитку інфаркту міокарда, яким медики останнім часом приділяють особливу увагу, варто назвати:

Наявність у коронарних артеріях нестабільної (кальцифікованої, а тому тендітної й схильної з руйнуванню) атеросклеротичної бляшки.

Наявність у пацієнта хронічного захворювання нирок, у першу чергу поразка клубочків (судинних утворень нирок, що забезпечують фільтрацію крові й утворення первинної сили). Як правило, такі пацієнти мають помірну або важку вторинну артеріальну гіпертензію, що погано піддається медикаментозній корекції. Стійке підвищення артеріального тиску лежить в основі процесу розтягання і стовщення (гіпертрофії) серцевого м'яза лівого шлуночка. Саме зміна геометрії міокарда внаслідок артеріальної гіпертензії в пацієнтів з легкою нирковою недостатністю спричиняється підвищення ризику серцевих нападів і зниження виживаності після [17, 8-16].

Наявність у пацієнтів батьків, у яких серцеві напади стали з'являтися до 60 років, підвищує ризик розвитку в них різних форм ішемічної хвороби серця в молодому віці. Тим самим ще раз знайшла своє підтвердження точка зору, про спадкоємну схильність до ішемічної хвороби серця. А тому особи, родичі яких перенесли й умерли від інфаркту міокарда в молодому віці, як ніхто іншої повинні вести здоровий спосіб життя, постійно впливаючи на що модифікуються (доступні зміні або усуненню) фактори ризику.

Оскільки інфаркт міокарда є гострою формою ішемічної хвороби серця, то механізми його розвитку, принаймні на етапі виникнення болю за грудиною, або серцевого нападу не відрізняються від таких при стенокардії. В основі серцевого нападу при інфаркті міокарда лежить «абсолютне» зниження припливу крові до певної ділянки серцевого м'яза, що спочатку характеризується її ішемією (порушенням харчування), а потім ушкодженням з формуванням некрозу (інфаркту). Найчастіше цей процес пов'язаний із закупоркою або значним звуженням просвіту вінцевої посудини атеросклеротичною бляшкою або тромбом. Не слід забувати, що незначне звуження просвіту вінцевої артерії й навіть її спазм може стати причиною інфаркту міокарда в тих випадках, коли вчасно не розпізнаний і не усунутий напад стенокардії з використанням режимних (негайне припинення будь-якої фізичної активності - повний спокій) і лікувальних (під мову аспірин або нітрогліцерин) заходів.

Характер локальних процесів у серцевому м'язі на етапі виникнення її ішемії також не відрізнимо від нападу стенокардії. Однак, на відміну від останнього, інфаркт міокарда формується лише у випадку, якщо не вдається вчасно відновити адекватне потребам кровопостачання ділянки серцевого м'яза. І як результат, відбувається його необоротне ушкодження (інфаркт міокарда).

Абдомінальний синдром розвивається в перші дні інфаркту й може протікати в різних формах: утворюються гострі ("стресові" ерозії й виразки слизової шлунково-кишкового тракту, розвивається парез шлунка, кишечника, атонія сечового міхура. Утворення виразок і eрозій обумовлено різними моментами: гіпоксією слизової на тлі гемодинамичних порушень, тромбозом дрібних судин слизової й підслизових тканин, стресової гіперсекреції шлункового соку, дією медикаментозних препаратів. Формування виразок супроводжується болями, диспепсією, кровотечею (кривавою блювотою або меленою), що масивною, як правило, не буває. Парез кишечника (здуття живота, затримка стільця й відходження газів) теж супроводжується іноді симптомами диапедезною шлунково-кишковою кровотечею [7, 20-23]. Нерідко парез провокується повторним введенням (з метою знеболювання) морфіну й атропіну. Цим же пояснюється атонія сечового міхура, що частіше спостерігається в літніх чоловіків і вимагає обов'язкового обстеження уролога для виключення аденоми або рака простати.

Психічні порушення можуть виникнути на будь-якій стадії захворювання. В основі їх лежить гіпоксія, рідше - тромбоз або тромбоемболія дрібних судин мозку. Частіше вони розвиваються в людей літнього віку (старше 60 років). У перші дні частіше виявляється депресивний синдром (іноді тривожно-депресивний), що чергується з періодами ейфорії, коли хворі перебувають у піднятому настрої, багато говорять, намагаються ходити по палаті. Можливі короткочасні психотичні стани й навіть делірій. Щирі реактивні стани виникають пізніше - протягом перших двох тижнів. У більше віддалений термін нерідко розвивається астенічний синдром, іпохондрія, синдром нав'язливих станів. Якщо хворий не одержує досить активне лікування в постінфарктному періоді в нього можуть зберегтися астенизація, порушення сну, важкі невротичні реакції й фобії.

Постінфарктний синдром (синдром Дресслера) розвивається на б-й тижню ІМ. У цей час уважають, що розвиток синдрому Дресслера обумовлено утворенням у некротизированому ділянці міокарда тканевих аутоантигенів, на які виробляються аутоантитіла й сенсибілізовані до антигенів серця лімфоцити. Клінічна картина постінфарктного синдрому включає перикардит, плеврит і пневмонії. Ці прояви можуть носити характер моновраження або сполучаються в одного хворого. Крім того, при синдромі Дресслера може розвитися синовіт, періартрит, нефрит, васкуліт [33, 18]. Як правило, постінфарктний синдром супроводжується підвищенням температури тіла, прискоренням СОЕ й лейкоцитозом, а в половині спостережень - еозинофілією. Поразка серозних оболонок носить фібринозний, серозний або геморагічний характер і іноді має завзятий рецидивуючий плин. Антибіотики не ефективні, зате лікування гормонами легко дозволяє купировати процес.

Рецидивуючий і повторний інфаркт міокарда. У випадках, коли коронарний склероз має розповсюджений характер, при похилості до стенозування або активного тромбоутворення епізоди інфарцирування у хворого можуть повторюватися. Якщо це відбувається в той період, коли ще не завершилося формування рубця ( 2-2,5 місяці після гострого нападу), говорять про рецидивуючий інфаркт, якщо в більш пізній термін - про повторний інфаркт міокарда. Рецидивуючий інфаркт, як правило, проявляється ангінальним нападом і типовою динамікою ЕКГ. Диференціальний діагноз проводиться з постінфарктною стенокардією й синдромом Дресслера. Нерідко рецидивуюча форма ІМ супроводжується розвитком серцевої декомпенсації, порушенням ритму, кардіогенним шоком.

Інфаркт міокарда - дуже розповсюджене захворювання, є найчастішою причиною раптової смерті. Проблема інфаркту до кінця не вирішена, смертність від нього продовжує збільшуватися.

Відповідно до нового систематичного огляду американської медичної преси існує таке поняття як соціальна ізоляція після перенесеного інфаркту міокарда. Соціальна ізоляція пов'язана зі збільшенням захворюваності й смертності після перенесеного інфаркту міокарда, незалежно від інших факторів серцево-судинного ризику [19, 67].

Дослідники вважають, що недостатню соціальну підтримку варто розглядати як фактор ризику захворюваності й смертності після перенесеного інфаркту міокарда.

З бази даних MEDLINE автори відібрали 45 досліджень зв'язку соціальної ізоляції й ісходів після інфаркту міокарда, 5 з яких увійшли в остаточний аналіз.

Всі ці 5 досліджень продемонстрували, що соціальна ізоляція, або недостатня соціальна підтримка, асоціюється з 3-х кратним підвищенням ризику захворюваності й смертності. Цей додатковий ризик не був пов'язаний з гіпертонією, порушенням функції серця, палінням, інфаркту міокарда в анамнезі, віком, підлогою.

Недостатня соціальна підтримка й депресія тісно взаємозалежні між собою. В 20-30% перенесших інфаркт міокарда хворих, що страждають м'якою або помірковано вираженою депресією, достатня соціальна підтримка дозволяє нівелювати негативний вплив депресії на ризик смерті. Потрібні нові, інтервенційні дослідження, що дозволяють найбільш ефективно впливати на несприятливі психосоціальні фактори у хворих із серцево-судинною патологією.

У соціальному аспекті характеристики стану осіб, які перенесли інфаркт міокарда на перший план виступає інша її сторона - соціальна.

Соціальна значимість інфаркту міокарда пов'язана з тим, що захворювання вражає осіб працездатного віку й, у зв'язку з необхідністю проведення довічного лікування, вимагає більших фінансових витрат. При зміні звичного укладу життя в людей наростають стреси, кризові й конфліктні ситуації, загострення життєво важливих проблем, що відбиваються на функціях родини, внутрісімейних і виробничих відносинах і, в остаточному підсумку, на їх фізичному, психічному здоров'ї й соціальному благополуччі. Перший час особи, які перенесли інфаркт міокарда, перебувають у постійному страху повторного інфаркту. Перебуваючи на тривалому строку реабілітації, деякі з них часто втрачають роботу. Виникають проблеми із працевлаштуванням, через це починають виникати фінансові труднощі й, відповідно, проблеми в родині. Так само існують проблеми пов'язані з дієтичним харчуванням, відмовою від паління й алкоголю. Деякі, хто переніс інфаркт міокарда, найчастіше не розуміють того, що з ними відбулося, і погано ставляться до свого здоров'я. Інша категорія осіб, побоюючись за своє здоров'я, буквально відразу кидають шкідливі звички. Людині, що перенесла інфаркт міокарда в середньому віці, буває дуже важко усвідомити, що він практично став інвалідом і що йому треба переходити на легку й, як правило, мало оплачувану роботу. Якщо людина передпенсійного й пенсійного віку переносить інфаркт міокарда, то йому дуже важко знайти роботу, тому що роботодавцям не потрібний літній інвалід, у якого в будь-який момент може трапитися рецидив інфаркту або може померти на роботі. Починають виникати проблеми в родині, тому що рідним і близьким буває важко зрозуміти, те, що людині, що перенесла це захворювання не можна хвилюватися, що найчастіше він може перебувати в депресії й не може заробляти гроші. Якщо захворювання переніс чоловік, то часто його дружина не може усвідомити, що її чоловік - інвалід. У підсвідомості жінки закладено, те, що чоловік повинен бути здоровим і заробляти гроші, буквально говорячи - бути «кормильцем родини» [46, 60].

Психічні фактори в цілому діють тільки разом з відомими соматичними факторами ризику (гіперхолестеринемія, артеріальна гіпертензія, паління, цукровий діабет, надлишкова маса тіла й т.д.). Пацієнти із сердечно - судинними захворюваннями мало надають значення провісникам інфаркту міокарда. На противагу хворим з вегетативною дистонією й кардиофобічним неврозом, ці хворі витісняють свої неприємні відчуття й до пори до часу схильні вважати їх дрібницями. Пацієнти із сердечно - судинними захворюваннями відрізняються толерантністю до симптомів своєї хвороби й навіть байдужністю до них. Вторгнення погрози самого життя внаслідок болів відкидається й витісняється, образа зникає лише перед самою катастрофою. До коронарних захворювань привертають певні типи поводження. Поводження типу А, яким ця група хворих на основі своїх особистісних характеристик реагує на різні ситуативні вимоги. Вони протиставили цьому поводження типу Б, що займає протилежний полюс на шкалі поводження [22, 86]. Більш пізні дослідження показали, що ознаки типу А и Б є об'єктивно спостережуваними елементами поводження, але скоріше являють собою загальні фактори ризику психосоматичних захворювань і не дають можливостей каузального пояснення коронарної недостатності. Людина з поводженням типу А може користуватися творчим спокоєм, але при неуспіху він схильний до нав'язливих роздумів і усе більше наростаючому внутрішньому напруженню, що відкриває перехід до поводження, характерному для хворих з інфарктом. Згодом тип А був розділений на три підкласи. У перший входять люди замкнуті, загальмовані, стримані в міміці й жестах. Вони рідко виходять із себе, але зате, якщо вже розійдуться, довго не можуть заспокоїтися.

Друга група - це люди, які добре вміють ховати свої почуття, але дуже нервові усередині. Третя група - люди, які звикли бурхливо виражати своє відношення до всього, що відбувається. Вони товариські, розмахують руками, жестикулюють, голосно говорять і сміються. Вони часто зриваються, гніваються, починають лаятися, але відразу забувають причину своєї злості. Традиційно вважалося, що вороже настроєні люди частіше хворіють на ішемічну хворобу серця (ІХС) [39, 144].

Розрізняють 2 фактори, які визначають ризик інфаркту міокарда: з одного боку, атеросклероз і, з іншої, стрес. На посилення цих факторів роблять вплив також спосіб життя пацієнта, пов'язаний з харчуванням, алкоголізацією, палінням, гіподинамією, а також стану страху, напруги, агресивності, які у свою чергу можуть мати як наслідок поводження підвищеного ризику. Мова тут ніколи не йде про об'єктивно значимі фактори, а лише про їхнє суб'єктивне переживання хворим. Спочатку дослідники описали особистісний профіль коронарних захворювань із позицій обґрунтованої казуїстики: завзяте бажання працювати, прагнення досягти вершин у своїй професії, значимого соціального стану, готовність пристосовуватися до соціальних норм зі схильністю до перенапруги. До факторів ризику ставляться напружений життєвий ритм, прагнення до успіху й соціальної значимості, неспокійно-напружена діяльність. Поспіх, нетерпіння, занепокоєння, постійно напружена лицьова мускулатура, почуття цейтноту й відповідальності характерні для майбутніх хворих інфарктами. Ідентифікація хворих зі своєю професією настільки сильна, що ні для чого іншого часу в них не залишається. Вони просто одержимі манією роботи. Це пояснюється тим, що хворі краще орієнтуються в орієнтованому на соціальний успіх світі професії, чим в особистому, сімейному світі, чию міжособистісну близькість вони не можуть переносити [37, 33].

Частою причиною перенапруги є недостатня для виконуваної діяльності кваліфікація, так що ризик інфаркту міокарда в новачка вище, ніж у досвідченого працівника. Конфлікти, пов'язані з перевантаженням, вони намагаються дозволити так само, як всі конфлікти: закликами себе самих більше квапитися, бути сильними й зібраними. Страх, зрештою, зазнати невдачі, їм малодоступний і ретельно ховається за фасадом гаданої компетентності. Особи, що перенесли інфаркт міокарда непорівняні з типовими невротиками у вузькому змісті цього слова. У них немає загальмованості, эмоціональної лабільності, непевності в собі; навряд чи можна розбудити в них усвідомлення конфліктів з наступним їхнім переживанням і відповідним поводженням. Разом з тим у таких хворих психічна врівноваженість все-таки не зберігається. У сучасному світі, у якому особливо цінуються робота й успіх, їхнє поводження можна оцінити як наднормальне. Вони більше інших додержуються принципів сучасного індустріального суспільства, у якому переважають активна діяльність, конкуренція, суперництво. У багатьох з них відзначаються цілеспрямованість у роботі, тенденція до активності, безумовне прагнення руководити і домінувати, бути в усіх на очах, не залишатися в тіні. Можливо, що ця екстраверсія є характерним невротичним захистом від лежачі глибше, бажання залежності, а активність у прагненні допомагати людям, як це буває в гіпертоніків, видозміненою й захисною формою бажання забезпечити й задовольнити себе [50, 90-92]. Вони не здатні пасивно й довірчо «пропонувати» себе оточуючим людям, вони повинні своєю активною діяльністю доводити свою перевагу, і свою цінність. Часто внаслідок ідентифікації себе з миром батька вони приходять до строгого «понад - Я», що примушує їх до діяльності й пристосування. Їхнє відношення до об'єктивного миру характеризується прагненням до домінування й захистом свого бажання самопожертви, захопленості.

Розвиток інфаркту міокарда характеризується із психосоматичних позицій як послідовне чергування певних стадій і синдромів гіперактивності, сверхкомпенсації й катастрофи.

Синдром гіперактивності. У визначенні профілю підверженої коронарним захворюванням особистості честолюбство й працьовитість. Вважається, що ці люди в психофізіологічному плані характеризуються симпатико - тонічною регуляторною домінантою. Їм досить невеликого зовнішнього подразника, щоб досягти оптимального рівня стимуляції. В експериментах з дефіцитом часу вдалося встановити, що в людей з поводженням типу А з'являються більш виражені частішання пульсу й підвищення систолічного АТ, ніж в осіб з поводженням типу В. Поводження людей реалізується не в безповітряному просторі, а в сфері міжособистісних відносин. Первинно честолюбна й працьовита особистість проявляє експансію й злість як домінуючий стиль поводження. Важкі ситуації переживаються такими людьми як випробування їхньої здатності до рішення проблем. Крім того, вони розглядають своє оточення як неповноцінному й перешкоджаючому нормальному ходу роботи. У них переважає почуття гнівливої дратівливості. Легко можна представити, що люди з таким надлишком потреби в суперництві, ворожості, агресивності, почуттям недостачі часу й нетерплячістю можуть очікувати від навколишніх реакцій протистояння [46, 59]. Так складається виражене агресивне, егоїстичне поводження.

Синдром зверхкомпенсації. У ризикованій кар'єрі синдром зверхкомпенсації досягається в такий спосіб: постійний зовнішній тиск, що провокується відповідним поводженням, приводить до хронічної перенапруги. Збереження стабільності поводження вимагає стратегії постійного наростання витрат. Можливим виходом з положення є збільшення тривалості роботи (понаднормові годинники), що розцінюється як об'єктивний показник перевантаження й підтверджується численними спостереженнями як індикатор такої стратегії наростання витрат. Виникаючий при цьому синдром порушення нічного сну також оцінюється як чутливий показник якості зміни співвідношення між суб'єктивним самопочуттям і об'єктивно існуючими формами перевантаження.

Якщо синдром сверхкомпенсації характеризується як перманентна змушена необхідність у реактивному посиленні пристосування, наслідком якої є хронічна небезпека перевищення пристосувальних можливостей, то синдром катастрофи означає не стільки гострий клінічний стан, скільки характерні наслідки «надламу життєвої лінії», які можуть приводити до страждання схильної до цього особистості. Агресивне, егоїстичне поводження триває, але воно стає тільки фасадом: така людина Від відношення людини, що перенесла інфаркт міокарда, до свого стану, до лікарських рекомендацій, часом залежить його подальша доля: чи повернеться він до повнокровного життя, переборе хворобу або примириться з нею, перетвориться в інваліда. Не випадково, за даними статистики, саме психологічні фактори є головною причиною, що перешкоджає поверненню до праці кожного другого хворого, що переніс інфаркт.

Це захворювання, виникаючи найчастіше раптово, виводить людину з ладу, ламає його життєві плани. На те, що сталося, хворі реагують неоднаково. За нашими спостереженнями, приблизно дві третини пацієнтів розумно, без паніки ставляться до того, що відбулося; виконують призначення лікаря, активно борються із хворобою і її наслідками. Однак третина хворих реагує по-іншому. Одні відчувають постійний страх, хоча небезпека вже минула. Інші опускають руки, втрачають усяку надію на видужання. Треті так ідуть у хворобу, що на ній зосереджуються всі їхні інтереси, вони ні про що іншому не думають і не говорять, у той час як лікарі оцінюють їхній стан цілком задовільним і вважають, що для песимізму немає підстав [24, 12].

Страх, депресія, хвилювання не тільки збільшують страждання хворого інфарктом міокарда, але й значно утрудняють лікування й реабілітацію. Більше того, сильні негативні емоції приводять до несприятливих зрушень у нейроендокринної системі організму, що, у свою чергу, допомагає розладу серцевої діяльності.

Пацієнт із групи ризику реагує на перевищення здатностей пристосування механізмами захисної компенсації, втрачає внутріпсихічний механізм контролю над викликаними стресом функціональними процесами, демонструє емоційну стриманість і соціальну пристосованість. Однак його емоційний стан перед розвитком інфаркту міокарда визначається як виснаження й депресія. Депресія з її джерелом у разнополюсному і багаторазовому синдромі гіперактивності, що розвалювався, також є загальновизнаним чинником ризику розвитку ІХС і інфаркту. Серед хворих інфарктом міокарда в пацієнтів з важкими депресивними станами артеріальна гіпертонія зустрічається в 2 рази частіше, ніж у загальній групі хворих. Такі люди, довгий час направлючі гіперактивність і ворожість зовні, зрештою, обертають їх проти самих себе. Труднощі лікування осіб, перенесших інфаркт міокарда, обумовлені структурою їхньої особистості [33, 5-6].

В особи перенесшего інфаркт міокарда страждає діяльність. Діяльність - це фундаментальна здатність людини до розвитку, його природний, здоровий, нормальний стан, спосіб і метод задоволення потреб (фізичних, психічних і соціальних). Вона визначає зайнятість людей у щоденному житті, заповнює й організує час відповідно цілям індивіда, контролює й приводить до балансу зобов'язання й особисті потреби, її можна розглядати як частину особистої ідентичності.

Втрата активності згубно впливає на людину. Наслідки інфаркту міокарда, що розвивається в силу багатьох причин, різноманітні: у психологічному плані виникають нудьга, втрата контролю, інтересу, фрустрація, безпорадність; соціальні обмеження ведуть до втрати ролей, режиму, зростанню залежності, відчуттю марності, ізольованості, відсутності довгострокового планування, втраті здатності до спонтанних дій. Обмеження діяльності відбувається не тільки у фізичному, але й у психологічному й соціальному плані. Ці особи також мають потребу в соціальній реабілітації. У контексті медико - соціальної допомоги фахівець соціальної роботи допомагає людині з обмеженими можливостями відновити свою діяльність або замінити її деякі види для продовження нормального життя, відновлення психічного й соціального функціонування. Порушення життєдіяльності впливає на здатність індивіда виконувати свої обов'язки, тому її відновлення є найважливішим компонентом соціальної адаптації.

Інфаркт міокарда є соціально - значимим захворюванням. Смертність від сердечно - судинних захворювань в Україні посідає друге місце.

Проблема інфаркту до кінця не вирішена, смертність від нього продовжує збільшуватися. Після перенесеного інфаркту міокарда, у деяких клієнтів, може відбуватися обмеження життєдіяльності. Воно може відбуватися не тільки у фізичному, але й у психологічному й соціальному плані. Величезне значення для запобігання розвитку інфаркту міокарда має профілактика. У нашій країні вона не виявляється повною мірою, тому продовжує збільшуватися число осіб, перенесших інфаркт міокарда. У контексті медико - соціальної допомоги фахівець соціальної роботи допомагає людині з обмеженими можливостями відновити свою діяльність або замінити її деякі види для продовження нормального життя, відновлення фізичного, психічного й соціального функціонування [16, 157].

Від чого ж залежить формування тої або іншої реакції хворого у відповідь на інфаркт міокарда? У першу чергу від особливостей особистості, характеру. Люди із сильним, вольовим характером, гармонічним складом особистості, що звикли активно переборювати життєві труднощі, перенесши інфаркт, прагнуть будь-що-будь відновити здоров'я. А ті, хто й до хвороби відрізнявся підвищеної ранимістю, помисливістю, у кого й раніше відзначалися невротичні зриви в складних ситуаціях, на інфаркт реагують панічно, ідуть у хворобу.

Чималу роль у формуванні психологічної установки пацієнта грає інформація про сутність захворювання, його можливих наслідках. Звичайно, основне джерело такої інформації — лікар, що намагається морально підтримати хворого, вселити в нього впевненість в успішному результаті лікування. І добре, коли з ним солідарні члени родини пацієнта. Але буває, що хворий розумно ставиться до того, що сталося, а дружина випробовує тривогу й страх, «заражає» цим чоловіка, відвідуючи його в лікарні, і в людини розвивається невротична реакція на захворювання з усіма наслідками, що випливають [3, 23].

У роботах вітчизняних психологів сформувався ряд критеріїв, по яких оцінюються зміни особистості хворого. Тому що вони впливають на зміст ВКХ назвемо їх. Це наступні п'ять критеріїв:

1) зміна змісту провідного (головного) мотиву діяльності, формується новий мотив, наприклад патологічна діяльність голодування при апорексії;

2) заміна змісту провідного мотиву змістом більше низького мотиву, наприклад мотив самообслуговування при іпохондрії;

3) зниження рівня опосередкованості діяльності, тобто діяльність спрощується, цільова її структура збіднюється;

4) звуження основного кола відносин людини з миром, збідніння мотивів;

5) порушення ступеня критичності й зниження рівня самоконтролю.

Клінічні форми зміни особистості носять найрізноманітніший характер.

Вони можуть проявлятися як зміна емоцій - депресія або ейфорія; у вигляді порушення емоційної сфери - апатія, бездушність; у вигляді зміни відносини до себе й до навколишньої - ослаблення критики, підконтрольності; у вигляді порушення активності - аспонтанність. У соматичних хворих може спостерігатися наростання езопового змісту провідного мотиву, особливо при іпохондричних порушеннях особистості. Своєрідністю структури мотиваційної сфери може бути тверда підпорядкованість її одному мотиву - мотиву переживання страждання [12, 89-90].

Чи можна говорити про розвиток, якщо мати на увазі зміну особистості хворої людини? В одних випадках ні, тому що зміни не пов'язані з ускладненням діяльності, а навпаки, ведуть до її збідніння й сприяють деградації особистості.

Можливий і інший варіант - варіант справжнього розвитку, коли людина намагається перебороти важку хворобу, не замикається в собі, не пориває зв'язок з миром, використовує всі компенсаторні можливості для встановлення контакту з іншими людьми.

ВКБ стає тим новотвором у психіці, у структурі якого відбивається весь процес перебудови психічного життя захворілою хронічною соматичною хворобою людини. Динаміка мотиваційного рівня ВКБ при такому захворюванні відповідає зміні особистості, що полягає в створенні нового провідного мотиву - мотиву життя й поступовому перепідпорядкуванні йому інших мотивів.

Таким мотивом найчастіше у хворих людей стає мотив збереження життя як такий. На початковій стадії захворювання цей мотив ще не є головним, він актуалізується тільки в періоди загострення стану. У ці періоди хворий починає обстежуватися, обмежує своє життя, виробляє нові для себе правила життя. У структурі ВКБ переважає в цей час емоційний рівень - страх, тривога із приводу можливого лікування, люди хочуть відтягнути його початок всіма способами - прагнуть до виписки з лікарні, бажають повернутися до колишнього способу життя. Хвороба характеризується як перешкода на шляху досягнення більше "важливих" життєвих цілей, ніж турбота про своє здоров'я, що у цей час є не провідним мотивом, а тільки засобом для здійснення звичної діяльності - роботи, навчання, сімейної життя. Ситуаційний мотив збереження життя ще не є ведучим. При переході до лікування в хронічних хворих спостерігається зміна емоційного стану, що різко виражена у хворих з неадекватною моделлю очікуваних результатів лікування. Різко міняється настрій і поводження, звужується сфера їхніх інтересів, вони часто повністю поринають у хворобливий стан, стають дратівливими і конфліктними, негативно ставляться до всіх видів обстеження. Все поводження людей, що лікують і обслуговують їх, починає оцінюватися з позиції того, допомагає це чи лікуванню ні [16, 156].

Це початок перебудови мотиваційної сфери особистості, висування як головний мотив - мотиву збереження життя. У роботах з вивчення ВКБ підкреслюється, що першим сигналом такої перебудови є поява нового по якості емоційного стану. Об'єктивно, що змінилося положення людини у світі, у конкретному соціальному середовищі ще не цілком усвідомлено людиною, але це нове положення - хронічно хворої людини. Воно знаходить висвітлення в емоційній реакції на ситуацію в цілому. Це вже сигнал про те, що життєві цілі не можуть бути такими, як до хвороби. Хвороба починає виступати як перешкода на шляху реалізації цілей.

Таким чином, емоції сигналізують про необхідність перебудови мотиваційної сфери, де мотив збереження життя в силу його значимості виділяється дуже швидко й стає головним, підкоряючи всі інші мотиви.

Надалі міняється вся система відносин хворого: значимими стають ті події, які відповідають цьому мотиву, а всі інші знецінюються. Міняються й критерії оцінки інших людей, у тому числі медперсоналу й всієї ситуації лікування. Поки мотив збереження життя не був головним, як критерій оцінки були скоріше особистісні якості персоналу, але коли цей мотив стає домінуючим, то в першу чергу оцінюються професійні якості лікуючого й обслуговуючого персоналу. Всі звичні для хворого форми діяльності починають наповнюватися новим змістом. Робота може стати способом відволікання від хвороби, заняття спортом - лікуванням, а читання - заповненням вільного часу.

Мотив збереження життя в цей час може вступати в протиріччя з раніше, що діяли мотивами: якщо вони не можуть бути включені в нього, то вони втрачають свою силу й зміст для людини. Коло діяльності людини звужується, воно вже має не багато мотивів, а мотивується тільки збереженням життя. Разом убожіють зв'язки із зовнішнім миром, з найближчим соціальним оточенням [13, 18].

У психологічній літературі неодноразово описане звуження кола спілкування, пасивність хворих з важкими соматичними захворюваннями, що обумовлено звуженням кола актуальної мотивації. Домінування мотиву збереження життя міняє всю картину миру хворої людини, систему його відносин і цінностей. Часто це пов'язане зі зростанням егоїстичної фіксації на собі. Хворі стають повністю байдужими до близьких людей, менш чуйними на події зовнішнього миру. Спостерігається зниження життєвої активності, якщо вона суперечить мотиву збереження життя. З'являються самі різні типи "відходів" - у хворобу, у родину, у роботу, які по суті є різними формами заміщення одних цілей іншими.

У ході лікування може відбутися перебудова мотиваційної сфери, з'являться нові мотиви, але мотив збереження життя споконвічно приводить до появи нової діяльності по збереженню здоров'я, по контролю за його станом. На початкових етапах захворювання такий контроль не завжди буває систематичним і він підлеглий меті повернутися до праці. Але згодом контроль за своїм станом може стати сенсом життя хворого.

Преморбидні особливості особистості хворого визначають зміст діяльності по збереженню здоров'я. Якщо до хвороби сенс життя людини був пов'язаний з роботою, який він втратився через недугу, то відбувається втрата сенсу життя. Різко звужуються інтереси, хворий довго лежить у постелі, пасивний, мало читає, занурений у свій стан.

Разом зі зміною мотивів міняється й тимчасова перспектива: хворих цікавлять тільки найближчі цілі, вони живуть одним удень, далекі події (як минулого, так і майбутнього) їх не цікавлять. Зміщеність інтересів на події теперішнього часу сприяє зниженню тривоги за невизначене майбутнє й має захисний характер.

Це найбільш типова зміна мотивації у хворих хронічними соматичними захворюваннями, що несуть вітальну погрозу [11, 110].

Однак така тенденція спостерігається й у хворих із захворюваннями, які не загрожують життю. Докладно вивчений плин псоріазу - хронічної хвороби, що носить соматичний характер і спотворює тіло людини (косметичні дефекти). Дослідження показало, що характер мотивації у ВКБ визначається сприйняттям дефекту самою людиною і його поданням про те, як сприймають дефект інші люди. Хворим часто здається, що навколишні негативно сприймають їхній дефект, уважають його інфекційним. Хворі обмежують спілкування, особливо під час загострення, приховують свій дефект, маскуючи його. Це приводить до аутизации їхнього поводження, виникає підвищений інтерес до своєї зовнішності, перебудовуються відносини з навколишніми.

Бідність спілкування, невміння спілкуватися й труднощі з ним зв'язані приводять до конфліктів. Конфлікти засновані на страху спілкування, на побоюванні бути незрозумілим і неприйнятим. На тлі психічних й фізичних (сверблячка) страждань розвиваються психосоматичні розлади - знижується апетит, погіршується сон, змінюється емоційний стан - хворі не в змозі стримувати себе, особливо в періоди загострення. Нервовість зберігається як характерологична риса особистості.

Соціальна адаптація таких хворих складна, припадають складності в сімейному й трудовому житті.

Перебудовується ієрархія мотивів - ведучим стає мотив видужання. Цим визначається і життя, інші мети перестають існувати як значимі.

Хворобливий процес розвивається по так званій психосоматичній спиралі: соматичні порушення викликають труднощі у соціальній адаптації, а переживання незадоволеності у зв'язку із цим сприяє погіршенню соматичного стану [5, 42-45].

Труднощі, викликані захворюванням, приводять до актуалізації захисних механізмів особистості, до витиснення неприємних переживань, пов'язаних із хворобою, використанню компенсаторних прийомів для зменшення дефектів зовнішності. Дія захисних механізмів допомагає адаптації до хвороби.

**1.3. Аналіз сучасних підходів до фізичної реабілітації осіб з кардіологічними захворюваннями**

Когнітивний компонент включає знання про хворобу, усвідомлення її, розуміння її ролі й впливу на життєве функціонування хворого, передбачуваний прогноз. Емоційний - відчуття й переживання хвороби та всієї ситуації, пов'язаної з нею. Поведінковий компонент включає реакції, що пов'язані з хворобою, які сприяють адаптації або дезадаптації до неї та напрацюванню певної стратегії поведінки в життєвих ситуаціях, у зв'язку з хворобою - прийняття ролі хворого, активна боротьба з хворобою, ігнорування, песимістичні установки.

Пацієнт до хвороби, маючи всі характеристики, що притаманні психологічним відносинам, містить у собі когнітивний, емоційний та поведінковий компоненти й проявляється в когнітивній, емоційній та поведінковій сферах функціонування особистості[11, 110].

Виділяють три фактори, що впливають на формування ставлення до хвороби: преморбідні, особистісні особливості хворого, природу самого захворювання, соціально-психологічні фактори. Як будь-яке ставлення, ставлення до хвороби є індивідуальним, вибірковим, свідомим (або здатним до усвідомлення), тобто відображає індивідуальний або особистісний рівень. Воно носить суб'єктивно-об'єктивний характер та визначається природою самого захворювання. Ставлення до хвороби опосередковується суспільним досвідом, воно відображає існуюче в суспільстві в цілому, та в значимому для хворого мікросоціальному оточенні, ставлення до ролі хворого регламентовані, у певній культурі, норми поведінки хворого, соціальні та соціально-психологічні наслідки хвороби.

Ставлення до хвороби є елементом системи відносин у цілому й тому не може розглядатися ізольовано, його необхідно розглядати в більш широкому контексті, враховуючи, також, ставлення до тихнув сфер функціонування особистості, на які може впливати, як сам факт захворювання, так і ставлення до нього індивіда [7, 68].

Існують форми коррекційної роботи як індивідуальні так і групові. На перших етапах (коли клієнта доставляють у кардіоблок) особам, що перенесли інфаркт міокарда, прийнятна індивідуальна форма допомоги.

Під час реабілітаційного періоду, а це може бути при перекладі клієнта з кардіоблока у звичайну палату або коли клієнт прибуває на санаторно - курортне лікування, підходить груповий метод роботи.

Людина стає членом якоїсь групи для того, щоб вирішити свої особливі проблеми. Група у своїй єдності являє собою збірне «Я» в особистості клієнта, де розрізнені проблеми клієнта здобувають деяку цілісність. Функцією групової роботи є захисна, оцінна й допомогає в подоланні страху.

В основі групової роботи лежить:

· обмін информацією між клієнтами;

· спілкування;

· самопізнання проблеми;

· реалістичне оцінювання своїх проблем.

До методів, якими буде користуватись фахівець соціальної роботи, відносяться:

· бесіди;

· лекції;

· тренінги;

· діагностика допомоги;

· патронаж;

· консультування;

· моніторинг.

Позитивна психотерапія - форма психотерапії, заснована на розгляді людини як особливої цінності. Патопсихологичні симптоми трактуються як форми реакції адаптації (депресія - як реагування на глибокі емоційні конфлікти, фригидність - як відмова за допомогою тіла й т.д.).

Ми використовували теорію й деякі техніки як властиво позитивної психотерапії, так і психотерапії, фокусированої на рішенні.

Психотерапія, фокусирована на рішенні, акцентує увагу психотерапевта й пацієнта. Не на його індивідуальних особливостях, що сприяють формуванню проблеми, і не на самій проблемі, що характерно для класичної психотерапії, а на рішенні, можливостях подолання проблеми [4, 38-43].

У такий спосіб для всіх напрямків позитивної психотерапії характерні:

1) орієнтація на ресурси пацієнта;

2) поділ відповідальності з пацієнтом (замість прийняття на себе всієї відповідальності за ефективність психотерапії класичним психотерапевтом);

3) підстроювання до пацієнта (на противагу "настроюванню пацієнта" у класичних психотерапевтичних прийомах);

4) технічна пластичність, інтегративне використання широкого арсеналу різноманітних прийомів і створення новому, адекватних конкретному пацієнтові (на противагу цілеспрямованої спеціалізації в одній або декількох класичних методиках);

5) опора на інтуїцію й досвід пацієнта й психотерапевта (на противагу опорі на "наукову концепцію");

6) дбайливе відношення до симптому як до прояву "мудрості людського організму", перебудова симптому тільки після вироблення нового більше адаптивного стереотипу реагування (на противагу "боротьбі" класичного психотерапевта із симптомом або проблемою пацієнта):

7) цілеспрямована реалізація установки на психотерапію як на короткострокову й навіть веселу подію в житті людини (на противагу "серйозному й глибинному" процесу класичної психотерапії);

8) орієнтація на бригадне обслуговування одного пацієнта або однієї родини (на противагу колективним і груповим формам роботи з пацієнтами, характерним для розвитку класичної психотерапії в останні десятиліття);

9) імідж "веселого дивака" (на противагу образу "урівноваженого й солідного мудреця" класичного психотерапевта);

10) відсутність нозологичних і характерологічних протипоказань для всіх пацієнтів, що бажають одержати допомогу (на противагу "вибірковості" класичної психотерапії) [2, 193].

Основною метою позитивної психотерапії є зміна точки зору пацієнта на свою хворобу і як наслідок - нові можливості в пошуках резервів у боротьбі з недугою. А тому що позитивна психотерапія виходить із того, що в основі багатьох психічних і психосоматичних захворювань лежить конфлікт, то зміна точок зору на симптоми або синдроми дозволяє терапевтові (і пацієнтові) більш диференційовано підходити до конфлікту. Іншими словами, психотерапевт, визначивши, що депресія - це насамперед "здатність людини глибоко, емоційно реагувати на конфлікт", далі буде займатися не стільки депресією, скільки конфліктом, що стоїть за цим синдромом.

Короткострокова позитивна психотерапія в дуже великому ступені орієнтований також на створення атмосфери, що сприяє пошуку рішень. Цю атмосферу можна коротко позначити такими словами: надія, гумор, цікавість, повага своїх сил, співробітництво. Повернення пацієнтові надії, необхідність співробітництва - постійний лейтмотив робіт з медичної психології минулих десятиліть. Залишалося відкритим питання про те, як це здійснити. Особливістю короткострокової позитивної психотерапії є високий ступінь инструментальності, опис як схеми дії, так і значного числа технічних прийомів. Поза тим що ці прийоми можуть комбінуватися, їхній перелік не залишається закінченим, навпаки, усіляко вітаються імпровізація й використання емпіричних прийомів, що добре зарекомендували себе в практиці досить різноманітних видів психотерапії.

Основні положення короткострокової позитивної психотерапії:

1. Позитивний підхід - опора на ресурси пацієнта. Ми принципово фіксуємо свою увагу не на проблемі, а на сильних, успішних сторонах людини. Для пацієнта його проблема і його ресурси не зв'язані один з одним. Важливо виявити й мобілізувати ці наявні ресурси для подолання проблеми. Сам пацієнт потребує досвіду спілкування із професіоналами (у першу чергу з лікарями) і центрує розмову на хворобливих переживаннях і стражданнях, очікуючи від психотерапевта (психолога, консультанта) поглиблення в проблему, питань про її обставини. Він може очікувати поділу своєї позиції й прагнути навернути професіонала до своєї віри "все погано й безнадійно", використовуючи в основному тільки чорні фарби [15, 118].

Фіксація уваги на ресурсах дозволяє протистояти цьому, часом досить сильному, натиску. Стосовно первісного опису проблеми пацієнтом психотерапевт зберігає ввічливість, але не більше того. Не слід задавати надлишкових додаткових питань, "поглиблюючих" у проблему, тому що не існує "просто питань". Будь-яке питання професіонала актуалізує атрибутивну активність пацієнтів. Тому питання про проблему змушують їх фіксувати, увагу на причинах проблем, у багатьох випадках описуваних пацієнтами в термінах провини. У деяких видах психотерапії почуття провини є матеріалом для роботи й у певній мері сприяє підтримці робочої напруги в пацієнта. У короткостроковій позитивній терапії підкреслюється, що почуття провини блокує творчий потенціал пацієнта, заважає пошуку продуктивних рішень і порушує співробітництво з іншими людьми. Несподівана для пацієнта саногенетична спрямованість у мисленні психотерапевта стимулює самого пацієнта до пошуку ресурсів.

Ядром терапевтичного втручання в нашім дослідженні є п`ятиетапна стратегія лікування позитивної психотерапії. Крапка її терапевтичного додатка - актуальні й базові здатності. При цьому враховувалися як розлади, так і наявні в той же час здатності людини. Мети терапії формулювалися індивідуально, зміст визначався наступними моментами [1, 133].

**Позитивний процес**. Тут робилася спроба не упустити з уваги всі можливості - як розладу, так і здатностей. Так, наприклад, задамося питанням, які переваги має сором'язливість? Які функції виконують порушення сну? Що значить для мене той факт, що я боюся або в мене депресія?

І захворювання можуть інтерпретуватися позитивно. У нашім випадку це виглядає так: інфаркт міокарда - це здатність приймати близько до серця навантаження й фактори ризику.

**Змістовний процес**. Найчастіше до захворювань ведуть не більші події, а постійно повторювані маленькі щиросердечні травми, які зрештою формують характер, особливо сприйнятливий до окремих конфліктів.

Наступні питання полегшують фокальний доступ до актуального конфлікту.

- Як ви реагуєте, якщо ваш партнер спізнюється на зустріч із вами; якщо він не робить того, що ви вважаєте правильним і важливим?

- Що ви робите, якщо хто-небудь із навколишніх оббрехав вас?

- Якщо хтось поширює навколо себе нестерпний запах або якщо ви змушені вести тривалу бесіду з людиною, у якого дуже неприємно пахне з рота?

- Що ви почуваєте, якщо до вас віднеслися несправедливо або зволіли вам іншого?

- Що, ви почуваєте, коли зауважуєте, що вас обманюють або коли ваш партнер зраджує вам?

- Що ви відчуваєте, коли у вас має бути іспит?

Якщо не просто прочитати ці питання, а прислухатися до тих відчуттів і думок, які вони викликають, можна помітити, що в них утримуються актуальні здатності, що викликають сильні емоції й афекти.

Проводилося опитування пацієнтів, спрямоване на виявлення їхньої готовності до конфлікту. У той час як одні дуже високо цінують ретельність /діяльність або ощадливість, інші звертають увагу на акуратність, пунктуальність, контакти, справедливість, увічливість, чесність. Кожна із цих норм, у свою чергу, має своє власне ситуативне, групове, суспільне значення.

**Орієнтація цілей.** Ця орієнтація супроводжує зміни установок і поводження, допомагає перебороти невротичні нав'язливості й сприяє більше адекватному рішенню конфлікту чемність-прямота. Це полегшує людині доступ до його потенціалу самодопомоги й дозволяє розірвати коло виникнення психосоматичних захворювань.

Описана модель не обмежується внутріпсихічним процесом, вона прагне, крім тілесних і интрапсихичних, торкнутися також сімейні й суспільні умови[11, 113].

**П'ять щаблів позитивної психотерапії**. Позитивна психотерапія є терапевтичною стратегією, лікувальні аспекти якої взаємозалежні із сімейною терапією й самодопомогою.

Ці п'ять щаблів:

1.Спостереження/дистанціювання;

2.Інвентаризація;

3.Ситуативне підбадьорення;

4.Вербалізація;

5.Розширення системи цілей.

П'ять щаблів утримуються в будь-яких міжособистісних відносинах. У них реалізується здатність слухати (спостереження/дистанціювання), ставити цілеспрямовані питання (інвентаризація), мотивовано погоджуватися з вербально й невербально сприйнятим (ситуативне підбадьорення), цілеспрямовано поставити завдання (вербалізація) і, нарешті, підтримуючи відносини, направити погляд на інші мети або точки зору (розширення системи цілей).

**Схема психотерапевтичної взаємодії в короткостроковій позитивній психотерапії.**

Послідовність блоків і просування від блоку до блоку не є жорстко фіксованими. Вони відбивають логічний погляд на послідовність роботи з якимось узагальненим образом пацієнта. Техніки, що приводяться, не тільки сприяють просуванню убік рішення. Їхній підбір працює на створення необхідної атмосфери психотерапевтичної сесії, настільки важливої для успіху. Використовувалися також притчі й історії з життя, що завершуються відкритою позицією: "Немає чогось подібного у вашім випадку?"

Треба підкреслити, що не існує також і твердої відповідності техніки й блоку, самі техніки можуть комбінуватися. Вітаються імпровізації, що опираються на інтуїцію психотерапевта [23, 3-9].

**Метод 1.** **Робота із проблемою.**

Назви, ярлики й діагностичні поняття - більше, ніж просто безневинні вираження, використовувані, щоб відіслати до певної проблеми, більшість термінів, навіть тих, які призначені бути чисто описовими й етіологічно вільними (такі, як слова в психіатричній класифікаційній системі), містять у собі також стенограму лежачих у її підставі переконань і натяк на ряд припущень про природу проблеми. Вони ставляться не тільки до спостережуваного поводження, але й до таких важливих питань, як історія проблеми, її серйозність, плин, причинні зв'язки, тип терапії й прогноз. Тому вибір певного терміна - це приєднання до безлічі пов'язаних із цим терміном припущень.

Термінологія, що викликає думки про патологію, може мати ряд небажаних наслідків. Навіть загальні слова: "порушення", "розлад", "дисфункція" і "патологія" - викликають образи ненормальності й дефекту. Вони будять ідею, що десь існує дефект, і рішуче наводять на думку, що необхідні люди зі спеціальною підготовкою, щоб упоратися із проблемою.

Гарний приклад цього представляє широко розповсюджений діагностичний термін "прикордонний особистісний розлад". У психіатричній літературі його зміст і використання варіюють, але для більшості професіоналів-практиків він означає, що проблеми пацієнта - симптоми щодо глибокого порушення особистості. Звичайно передбачається, що це порушення має свої джерела в дитинстві, що його лікування важке й займає чимало часу, і що воно вимагає якщо не госпіталізації, то принаймні довгострокового психотерапевтичного лікування. У розпорядженні короткострокової психотерапії є багато альтернативних визначень: можна просто сказати, що людина «проходить через бурхливий період» [2 ,190].

**Техніки гарних найменувань.** Придумування імен і ярликів полягало в пошуку такого найменування, що створює атмосферу надії, дозволяє дивитися на проблему як на щось, що піддається зміні, функція нового ім'я - допомогти людям позбутися від різних негативних асоціацій, пов'язаних із традиційною назвою, і зосередитися більше на своєму потенціалі, чим на проблемах.

**Техніка 1. Придумування імен і ярликів.** Головна функція нового найменування - допомогти людям, причетним до проблеми, позбутися від різних негативних асоціацій, пов'язаних із традиційною назвою. Однак вдало обране, "своє ім'я" може одночасно послужити цілям полегшення розмови про проблему й зіграти роль трампліна для нових творчих рішень.

Зразки заданих питань:

- Є чи у вас якесь прізвисько (або зменшувальне ім'я) для цієї проблеми?

- Може бути, почнемо з того, що дамо цій проблемі симпатичну назву? - Що б це могло бути?

- Як би старе покоління перше ніж з'явилися психіатрія й психологія, назвало проблему такого роду?

- Так, можна було б скористатися терміном "слабке его" для опису цієї проблеми, але якщо ми скажемо "сильне его людини - у стані сну", чи не буде це означати те ж саме, але при цьому звучати симпатичніше?

Нова назва проблеми не повинне підривати її серйозності. Нова назва не повинна стати виправданням неприйняття ніяких заходів щодо приводу проблеми, вона повинна бути взаємно прийнятним терміном, що дає можливість людям стати активними в рішенні цієї проблеми.

Такі можливості дає, наприклад, заміна біологічного психіатричного ярлика нормальними оборотами мови з повсякденної мови.

Так, слово "депресія" використовується, щоб позначити ситуацію, де люди бачать своє життя в песимістичному світлі й страждають від недоліку енергії для різних справ. Воно позбавляє впевненості в собі, приводить у зневіру. Для опису цієї ситуації доступні вираження "проводити інвентаризацію свого життя", "збирати сили", "перебувати в пошуку сенсу життя", "почуття нудьги" "схована радість" .

Психотичні симптоми можуть називатися "фантазуванням" ("мріями"), "незвичайними думками", "спілкуванням із примарами", "заляканістю смертю"; або можна сказати, що життєвий стиль цього пацієнта - "бути в куті" (залежно від характеру поточної проблеми).

Людина, що занадто багато п'є, не повинен називатися алкоголіком. Прагнучи до співробітництва з такою людиною, плодотворніше використовувати більше м'які вираження, такі, як "надмірна випивка". Іноді підходять гумористичні альтернативи: так, можна запропонувати, що цю людину "гризе п'яний хробак" [37, 33].

Ще один приклад - коли пацієнти й професіонали розмовляють, використовуючи такий ярлик, як "базальна тривога". Він відсилає до психоаналітичного подання, що проблеми мають своє походження в ранніх взаєминах між дитиною й особою, що здійснює відхід, звичайно матір'ю. У підтексті мається на увазі провина матері й передбачається глубинність проблем. Може виявитися корисним замінити цей важкий термін менш обтяжним. Однак відмова або заперечування експертних діагностичних термінів нелегкі. У таких випадках гумор вдаліше, ніж старання бути розважливим. Замість слів: "Я не думаю, що корисно говорити, що в цієї дитини - базальна тривога" може бути, більше вдалим буде сказати: "Це благо, тому що люди з таким діагнозом особливо гарні в рішенні своїх проблем", або: "Це в нас обох". (Нагадаємо, що гумор - явище контекстуальне).

Із загального числа родин необхідно виділити родини неповні, багатодітні, малозабезпечені, у яких проживають клієнти, що перенесли інфаркт міокарда. Обов'язками соціального працівника є розробка й впровадження програми медико - соціальної допомоги стосовно до населення регіону, що обслуговується; відпрацьовування системи взаємодії з медичними працівниками швидкої медичної допомоги, лікувально - профілактичної установи; координація роботи медико - соціальної служби із суміжними позавідомчими організаціями (педагоги, психологи, юристи й ін.); координація й контроль при проведенні соціальних заходів працівниками середньої ланки, рішення інших організаційних питань.

Провідна роль у наданні комплексної, інтегрованої, повноцінної соціальної допомоги таким особам, приділяється фахівцеві соціальної роботи з медико - соціальним напрямком діяльності й соціальному психологові, об'єднаних з лікарем територіальної лікувально - профілактичної установи й лікарем загальної практики. У цьому напрямку необхідні подальші шляхи пошуку прийнятних варіантів співробітництва фахівців різних напрямків, для реалізації соціальних технологій збереження здоров'я, надання комплексної допомоги, особам, що перенесли інфаркт міокарда, особливо соціально незахищеним шарам у питаннях соціального забезпечення.

Основна мета корекційної допомоги - розвити в клієнта ряд навичок, які дозволили б протягом всього його життя реалізовувати потреби й виконувати соціальні функції й ролі, необхідні для повноцінної життєдіяльності, одержувати від цього задоволення, досконало володіти своїм тілом і почувати себе гармонічною частиною навколишнього світу [16, 201].

Основним методом вибору корекційної допомоги є використання цілеспрямованої активності для ліквідації порушень життєдіяльності певного характеру. Тому діяльність є не тільки метою, але і являє собою спосіб лікування, засобом досягнення ефективних зрушень у реабілітації клієнта.

Особливо важкий у психологічному відношенні період і для самого хворого, і для близьких - це перші тижні після його повернення додому. Втративши цілодобове медичне спостереження, що уже й не потрібно на цьому етапі, людина часом починає знову відчувати страх, боїться рухатися, ходити, виконувати фізичну роботу, навіть у тім обсязі, що рекомендував лікар. У цей період дуже важлива психологічна підтримка близьких людей.

В умовах хвороби людина формує своє особисте ставлення до нових розумів життя та до собі в цих обставинах, що називається внутрішньою картиною хвороби (ВКХ).

Хвороба, як патологічний процес в організмі, бере участь в побудові внутрішньої картини хвороби подвійним чином. По-перше, тілесні відчуття місцевого та загального характеру призводять до появи сенсорного рівня відображення картини захворювання. Міра участі біологічного радикала в становленні внутрішньої картини хвороби визначається тяжкістю клінічних проявів. Безпосередньо впливаючи на головний мозок, самотогенні вади спричиняють порушення в нервово-психічній сфері. Це є так звані соматогенії. За своєю структурою смороду характеризуються поліморфізмом, починаючи від неврозоподібних станів і закінчуючи психотичними розладами [32, 103].

По-друге, хвороба створює особливо важку життєву ситуацію, у яку потрапляє хворий. Об'єктивна ситуація, яка складається в житті хворого через хворобу, включає безліч різнорідних моментів: це й процедури обстеження, і спілкування з лікарями, і нові відносини, що виникають у родині та на роботі, нарешті, це ситуація лікування. Ці та інші моменти накладають відбиток на власну оцінку хвороби та формують відношення до недуги. Саме перепрацювання інформації, що йде від ситуації, надає внутрішній картині хвороби цілісний, структурований характер.

Внутрішня картина хвороби - це цілісний образ захворювання, що виникає в людини. Поняття внутрішньої картини хвороби уведено О.Р. Лурія, що продовжував розвиток ідей А. Гольдшейдера про "аутопластичну картину захворювання". Поняття внутрішньої картини хвороби є найбільш загальним та інтегративним. Первісне уявлення про структуру ВКХ було таким, що включає два рівня (сенситивний та інтелектуальний), надалі це уявлення було диференційовано й стало вважатися складним багаторівневим утворенням, що включає якнайменше 4 рівні відображення хвороби в психіці хворого:

• сенситивний, чуттєвий рівень;

• емоційний рівень, що пов'язаний з різними видами реакції на симптоми, хворобу в цілому та її наслідки;

• інтелектуальний (раціональний) рівень, що пов'язаний з уявленнями хворого про свій стан;

• мотиваційний рівень, що пов'язаний з певним ставленням хворого до хвороби, до змін поведінки та способу життя, актуалізації діяльності, яка спрямована на видужання) [113, 17].

Особливу увагу, на нашу думку, слід приділити класифікації, висунутої А.С. Личком та Н.Я. Івановим в 1980 році, оскільки особливістю її є клініко-психологічне обґрунтування, що робить адекватним використання цієї типології під година вирішення завдань, що постають перед клінічним психологом та лікарем. Автори виділяють 13 типів реакції на захворювання, описаних, переважно, у психіатричних поняттях та прийнятих за основу в психодіагностиці типів відношення до недуги [12, 89-90].

**Тривожно-Депресивний**. У цих хворих постійне занепокоєння та поміркованість, відносно несприятливого перебігу хвороби, побоювання можливих ускладнень, сумніви в ефективності лікування поєднуються з постійним пошуком способів лікування, пошуком "авторитетних думок". Смороду цікавляться об'єктивними даними про хворобу (результати аналізів, висновки спеціалістів тощо), менш важливими для них є суб'єктивні відчуття. Превалює тривожний настрій, пригніченість, що є наслідком тривоги.

**Меланхолійний**. Пригніченість хворобою, невіра в можливе одужання, покращення чи стану ефективність лікування супроводжуються песимістичним поглядом на оточуюче з вираженими депресивними виявами, аж до суїцидальних. Ці хворі не дуже зацікавлені в обстеженні та лікуванні, смороду наперед впевнені в негативних результатах. Не вірять й сприятливим об'єктивним даним.

**Обсесивно-фобічний**. У цьому варіанті тривожна поміркованість більшою мірою стосується не реальних, а вірогідних, навіть маловірогідних ускладнень хвороби, невдач у лікуванні, а також можливих (але мало реальних) життєвих бід, пов'язаних з хворобою — негараздів у роботі, родинних ситуаціях. Уявні небезпеки більше хвилюють хворих, ніж реальні. Лікувальні процедури, вживання ліків можуть статі нав'язливим ритуалом.

**Іпохондричний**. Зосередженість на суб'єктивних хворобливих та інших неприємних переживаннях та відчуттях призводить до збільшення кількості існуючих та пошуку неіснуючих хвороб. Перебільшуються побічні дії ліків. Хворі шукають слухачів для того, щоб поскаржитись, дорікають рідним, що ті вважають їх симулянтами. Бажання лікуватися поєднується в них з невірою в успіх, вимагання ґрунтовних обстежень - зі страхом шкідливості діагностичних процедур.

**Неврастенічний**. Для хворих характерні запали дратівливості під час болю, страждань, під час невдач у лікуванні. Дратівливість, здебільшого, виливається на першого зустрічного та нерідко завершується потім каяттям, вибаченнями за нестриманість та, іноді, слізьми. Нездатність переносити найменші больові відчуття у хворого поєднується з нетерпеливістю, нездатністю дочекатися полегшення.

**Дисфоричний**. Хворих цієї групи відрізняє похмуро-злісний настрій, постійно понурий вигляд; із заздрістю й, навіть, з ненавистю ставляться смороду до здорових. Для них характерні вибухи надзвичайної розлюченості, звинувачення інших у своїй недузі. Вимагаючи особливої до собі уваги, скрупульозного виконання призначень, у той же час, вони підозріло ставляться до нових призначень та процедур. Вони деспотично ставляться до родичів, мотивуючи це хворобою, вимагають їм у всьому догоджати.

**Ейфоричний**. Патологічно підвищений настрій цих хворих призводить до нехтування, легковажного ставлення до хвороби та її лікування, при цьому, часто не обґрунтовано, вони сподіваються, що "усе мине саме по собі". Характерним для них є й намагання "отримати від життя всі задоволення", що нерідко призводить до порушення режиму, навіть, якщо це відразу хибно вплине на перебіг хвороби.

**Анозогнозичний.** Цим хворим характерне активне відкидання думки про хворобу, її можливі наслідки. Вияв хвороби легко пояснюється випадковими обставинами чи "іншими несерйозними захворюваннями". Хворі відмовляються від обстеження та лікування, намагаючись використати "власні засоби".

**Апатичний**. Цей тип характеризується певною байдужістю хворих до своєї долі, до результатів хвороби і її лікування й пасивним підкоренням процедурам та лікуванню, коли до цього наполегливо змушують інші. У хворих втрачаються інтерес до життя, до всього, що їх раніше хвилювало.

**Ергопатичний**. Незважаючи на страждання та нездужання, хворі цієї групи намагаються, все-таки, продовжувати прицювати, приділяючи їй увесь час. Працюють вони запекло, старанніше, ніж до хвороби. Погоджуються лікуватися або проходити обстеження лише тому, що це залишає можливість продовжувати роботу.

**Сенситивний**. Хворі надто стурбовані можливістю несприятливого враження оточуючих, яку може виникнути завдяки відомостям про хворобу, що спостерігається в них. Побоювання, що оточуючі будуть уникати їх, вважати неповноцінними, ставитися зневажливо, "поширювати про хворобу неприємні чуткиі", які супроводжуються страхом статі тягарем для своїх родичів через хворобу, і тому можуть викликати в них неприхильне до собі ставлення.

**Ергоцентричний**. Страждання й слабування хворими цієї групи висунуті на показ родичам та оточуючим, з метою повністю заволодіти їх увагою. Хворі вимагають виключної уваги до собі та особливого піклування, всі повинні займатися ні чим іншим, окрім їх. Всі розмови вони швидко переводять на себі та свою хворобу. Завжди намагаються вказати іншим на своє особливе становище та виключну увагу, якою користуються.

**Паранояльний**. Невпевненість, що хвороба є результатом чийогось злого наміру, у хворих цієї групи доповнюється надзвичайною підозрілістю до ліків та процедур. Можливі ускладнення чи побічні дії ліків вони схильні вважати халатністю лікарів та персоналу, яких звинувачують у некваліфікованості та зневазі до своїх обов'язків [3, 23].

Знання ВКХ необхідне для правильної діагностики й лікування захворювань.

Разом з загальними закономірностями суб'єктивної відображення хвороби, потрібно враховувати механізм індивідуального сприйняття хвороби. Хворий оцінює своє захворювання не тільки в цілому, але й аналізує окремі його симптоми. Він має власний "діагноз" хвороби, своє судження про виникнення, перебіг та лікування захворювання. Психологічна картина соматичного страждання, таким чином, відбивається в кожному конкретному випадку по-своєму, набуваючи відповідного індивідуального забарвлення. Вона зумовлена сукупністю індивідуальних особливостей особистості й своєрідністю хвороби, а також ситуацією, у якій опиняється хворий. Саме ж поняття "хворий" потребує деякої розробки. При його визначенні необхідна єдність особистості хворого та його хвороби, тобто їхньої біопсихосоціальні сутності. Вже класики медицини М.Я. Мудров, С.Г Боткін, О.Р. Лурія не протиставляли хворобу хворому, навпаки розглядали їх у єдності, виходячи з позицій геріалістичної діалексики: хворий - це одиничне, індивідуальне, специфічне; хвороба - це загальне.

Поняття "хворий" - це єдність загального й специфічного. Хворий - це людина, у якій об'єднані, складній єдності та взаємообумовленості, його організм - особистість. Цей зв'язок полягає в тому, що особистість накладає відбиток на виникнення, перебіг та кінець захворювання, інший бік цього зв'язку полягає в зміні особистості під впливом хвороби та лікування [16, 157].

Суттєвою ознакою поняття "хворий" є розуміння його як людини, що страждає, яка усвідомлює собі хворим, відчуває хворобу тоді, коли вона досягає певних функціональних і анатомічних змін. Хворий - це особистість, обтяжена турботою про здоров'я, із загостреним почуттям існування.

Хворий звісною мірою втрачає волю, у нього виникає відчуття залежності від хвороби. Тому А.М. Ізуткін обґрунтовано вважає, що в психічному стані соматичного хворого розвиваються дисгармонійні процеси, відбувається порушення біосоціальної адаптації. Хвора людина втрачає суттєво значимі індивідуальні та суспільні зв'язки, воля стає обмеженою, у певній мірі спотвореною, що переживається як стиснутість волі.

Узагальнюючи всі ці визначення, можна сказати, що "хворий" - це людина, яка страждає й має порушення фізичного, щиросердечного та соціального благополуччя, а також розлад біосоціальної адаптації, відчуття залежності від хвороби, переживання стиснутої волі.

Таке визначення хворого, на наш погляд, дозволяє правильно зрозуміти його ставлення до хвороби й до собі, тобто його внутрішню картину хвороби.

Хвороба є реалізацією в певних життєвих умовах психічного профілю особистості, що в кожної людини є індивідуальним та визначається, головним чином, конституцією та спадковістю.

Як патологічний процес, хвороба подвійно відбивається в побудові ВКХ. По-перше, тілесні відчуття локального та загального характеру приводять до виникнення сенсорного рівня відображення картини захворювання. Ступінь участі біологічного радикала в становленні ВКХ визначається складністю клінічних проявів. Безпосередньо впливаючи на головний мозок, соматогенні фактори викликають порушення в нервово-психічній сфері [46, 59].

По-друге, хвороба утворює специфічну життєву ситуацію, у яку потрапляє хвора людина. Об'єктивна ситуація, що складається в житті хворого внаслідок хвороби, включає в себе багато компонентів: процедури обстеження, спілкування з хворими, нові відносини з оточуючими та близькими. Все це формує власне ставлення до хвороби та до собе. Саме пребоязка інформації про ситуацію надає ВКХ цілісний, структурований характер.

У психологічному плані ВКХ може розглядатися як елемент самосвідомості, сформований внаслідок самопізнання, її можна розглядати як складний комплекс уявлень, переживань та ідей, своєрідно відбиваючих у психіці хворого патологічні зміни процесів життєдіяльності організму, а також умови існування особистості, що пов'язані з ними, і які визначаються патологією. Велике значення мають при цьому соціальний статус особистості хворого, його роль у сімейних та службових відносинах, ступінь його працездатності, суспільне положення, ціннісні орієнтації, обмежена поведінка, якові спонукала хвороба, звуження інтерперсональних зв'язків, зниження життєвої перспективи, що може створювати додаткові, окрім самої хвороби, стресові ситуації, що накладають свій відбиток на структуру психологічних перебудов особистості хворого. ВКХ, у даних випадках відіграє роль оптимізатора, який визначає поведінку, скеровану на подолання хвороби, в інших - формує песимістичні прогнози, які супроводжуються негативними емоціями. Наявність неадекватно сформованої ВКХ може опосередковано негативно впливати на перебіг та результат захворювання, створювати серйозні труднощі у взаємовідносинах у сімейному та суспільному житті, ставати гальмом для реалізації складних життєвих програм особистості, сприяти зміні самої особистості, розвитку внутрішніх конфліктів різного плану.

Поняття "ставлення до хвороби" інтегрує всі психологічні категорії, у рамках яких аналізується поняття "внутрішня картина хвороби". Ставлення до хвороби, маючи всі характеристики, що притаманні психологічним відносинам, містить у собі когнітивний, емоційний та поведінковий компоненти й проявляється в когнітивній, емоційний та поведінковій сферах функціонування особистості [50, 90-92].

Є й ще одна немаловажна проблема - інтимні подружні відносини. Численними спостереженнями лікарів доведено, що в переважній більшості випадків інфаркт міокарда - аж ніяк не перешкода для їхнього відновлення. Однак сама хворий, а нерідко і його дружина відчувають страх, бояться, як би не трапилося чого із серцем під час інтимної близькості. А такий настрій не сприяє поверненню пацієнта до нормального, активного життя.

Щоб запобігти розвитку невротичних реакцій, лікарі з перших днів надходження хворого в стаціонар проводять роз'яснювальні бесіди з ним і його близькими. Головна мета таких бесід - зміцнити впевненість пацієнта у своїх силах, відновити його колишні позиції в родині, на виробництві. При необхідності йому призначають спеціальні медикаментозні засоби для усунення тривоги, страху, безсоння, депресії, навчають прийомам аутогенної тренування.

Величезна роль у психологічній реабілітації приділяється членам родини, найближчим родичам хворого. Але, на жаль, недостатньо добре представляючи, як допомогти хворому, вони нерідко роблять йому погану послугу, утрудняють реабілітацію. Судите самі: лікар, виписуючи пацієнта додому, рекомендує йому певне фізичне навантаження, а дружина прагне всіляко зменшити її.

Хворому необхідно обмежувати споживання жирів, а дружина. бажаючи «зміцнити здоров'я» чоловіка після перенесеного інфаркту, навпаки, усюди, куди тільки можна, додає вершкове масло, щоб підвищити калорійність їжі. Перелік цих прикладів можна було б продовжити.

Мало того, що від такої “допомоги" зростає погроза здоров'ю, але ще й розпалюються сімейні конфлікти, а вони вже зовсім ні до чого хворому, що переніс інфаркт [37, 33].

Що ж порадити хворим? Насамперед, щоб вони не боялися фізичного навантаження, але, звичайно, строго дозованої відповідно до їхніх індивідуальних можливостей. Успішної психологічної реабілітації багато в чому сприяє участь у фізичних тренуваннях, проведених під контролем лікарів кардіологічних санаторіїв, кардиодиспансерів, поліклінік. Як показує наш досвід, підвищення фізичних можливостей, як ніщо інше, усуває невиправданий страх, повертає колишню впевненість у своїх силах. Тренування нормалізують сон, поліпшують настрій, збільшують витривалість не тільки до фізичного, але й до розумового навантаження, підвищують полову потенцію.

Звичайно, першорядне значення мають зусилля самого хворого, спрямовані на відновлення власного здоров'я. На жаль, чимало пацієнтів, повернувшись із лікарні, де вони, як правило. не курили, оскільки за цим строго стежить медичний персонал і, природно, не прикладалися до спиртного, знову починають "плисти за течією", швидко розтрачуючи те, чого вдалося домогтися в стаціонарі. Природно, їхній стан погіршується, і справа отут аж ніяк не в невідворотній ході хвороби: відповідальність за погіршення стану лежить на них самих. І, навпаки, виконання дозованих фізичних навантажень і повна відмова від паління й спиртного допомагають швидко відновити здоров'я.

У перші дні хвороби, відвідуючи людину, постарайтеся заспокоїти його, якщо треба - допоможіть йому влагодити справи, раптово перервані хворобою. Важливо, щоб він ні про що не турбувався, настроївся тільки на лікування, був активним помічником лікаря, неухильно випливав всім його рекомендаціям. Перед випискою зі стаціонару неодмінно обговорите з лікарем всі питання - і гігієнічні, і організаційної, дотичної реабілітації в домашніх умовах. Важливо допомогти хворому перебороти труднощі, що виникають часом у перші тижні після повернення додому, забезпечити систематичні заняття фізкультурою. Порадьтеся з лікарем і про можливість відновлення інтимних відносин, оскільки вони, як уже говорилося, мають немаловажне значення для психологічної реабілітації хворого.

**РОЗДІЛ 2. Експериментальне дослідження особливості осіб з інфарктом міокарду**

**2.1. Методичні заходи, хід і процедура констатувального експерименту**

На початку нашої роботи ми зібрали діагностичний матеріал, який дозволив би нам виявити відношення до життя людей, що перенесли інфаркт міокарда. Дослідження проводилося на двох групах випробуваних: І група - 18 респондентів 40-50 років, що перенесли інфаркт і знаходяться на реабілітаційному лікуванні (серед них чоловіків – п`ятнадцять, а жінок – три). Та ІІ група - контрольна вибірка - 12 респондентів 40-50 років, з підозрою на серцеві захворювання, які проходять обслідування (серед них п`ять жінок та сім чоловіків). Всього респондентів було тридцять, серед них чоловіків – двадцять два, жінок – вісім. Метою роботи було емпіричне пророблення теоретичних подань про взаємозв'язок між кризовими переживаннями й процесом життя.

У категоризації ключових понять "зміст" і "кризове переживання" ми ґрунтувалися на їхньому розумінні, що зложилося у вітчизняній психології. Виходячи зі свідомості життя можна вважати, з одного боку, структурованість системи подібних відносин і, з іншого, - те, з яким контекстом співвідносить людина своє життя (із чого він черпає зміст свого життя). Кризове переживання ми трактували як переживання людиною неможливості здійснення внутрішньої необхідності його реалізації життєвого шляху, життєвого задуму. Прикладом подібної кризи є ситуація конфронтації зі смертю, коли людина зустрічається віч-на-віч не тільки з неможливістю реалізації вже існуючого в нього життєвого задуму, але ймовірністю неможливості продовження життя.

Гіпотезою дослідження було те, що кризове переживання, що виникає в результаті конфронтації зі смертю, буде полягати в роботі з перебудови системи змістів, виробленню нових, а також у пошуку нового змісту, співвідносячи із яким своє життя людина могла би знайти новий її зміст. Покладалося, що ці процеси буду проявлятися в підвищенні ролі мотивів, даних з пошуком змісту, інтенсифікації внутрішньої роботи з мотивами й у різних проявах прагнення до самотрансценденції, виходу за межі "Я".

МЕТОДИКА 1.

Складено батарею із трьох методик, що розташовують рядом характеристик ціннісно-значеннєвої сфери людини. Визначає кількісну міру – вісь життя - **Тест сенсожиттєвих орієнтації** **(СЖО)**, Тест СЖО є версією тесту "Ціль у житті" Дж. Крамбо, розробленої на основі концепції В. Франкла. Наприклад:

Звичайно мені нудно 3210123 Звичайно я сповнений енергії. Поряд із загальним показником свідомості життя (СЖ), методика має також п'ять субшкал, що відбивають три сенсожиттєві орієнтації й рівень локусу контролю: мети в житті, процес життя, або інтерес життя, результативність життя або задоволеність, локус контролю-я (Я-хазяїн життя) і, нарешті, локус контролю життя - керованість життя.

Також використовувалася **методика граничних змістів** **(МГС)**, розроблена Д. Леонтьєвим. Процедура проведення методики носить характер діалогу: експериментатор задає питання: "Навіщо люди роблять те-те?". Вихідне питання пропонується експериментатором, а в кожному наступному питанні фігурує фраза, дана випробуваним у відповіді на попереднє питання. Наприклад: "Навіщо люди дивляться телевізор?" - "Щоб відпочити" - "Навіщо люди відпочивають?" і т.д. Усього (пропонувалося три вихідних питання: "Навіщо люди дивляться телевізор?", "Навіщо люди їдять?" і "Навіщо люди брешуть?"). При виявленні граничного змісту, далі якого випробуваний уже не в змозі відповістити на запитання "навіщо?", та ж процедура повторювалася з усіма категоріями, які називалися випробуваним на якому-небудь відрізку бесіди. Дана методика дозволяє скласти якісне уявлення про деяких основних патернах світогляду особистості й про особливість ціннісносенсової сфери, у першу чергу - структури.

Ще одним інструментом дослідження світогляду й особливостей ціннісно-значеннєвої сфери випробуваних була **методика ціннісного спектра Д. Леонтьєва**. Методика являє собою таблицю, рядки якої задані найбільш базовими людськими цінностями відповідно до переліку буттєвих цінностей А. Маслоу, а стовпці - такими категоріями, як життя, людина, праця, цілісність, самодостатність, смерть, майбутнє. Завдання випробуваних полягало в тому, щоб у стовпцях, що відповідають об'єктам, відзначити галочками цінності, властиві кожному з них.

МЕТОДИКА 2

**Методика «Психологічна автобіографія».** Вона дає можливість дослідити її роль суттєвих особливостей сприйняття людиною життєвих ситуацій. Цінність цієї методики полягає в тому, що вона виявляє зв'язок між стресовою насиченістю життя індивіда та його схильністю до психосоматичних захворювань. Методика «Психологічна автобіографія» значною мірою проективна, тому кількісні показники можуть мати значення лише як орієнтир для інтерпретації. Тож при аналізі результатів ми орієнтувались не тільки на кількісні, але й на якісно – смислові показники відповідей досліджуваних.

МЕТОДИКА 3

**Дослідження витривалості у хворих, що перенесли інфаркт міокарда за допомогою вєлоергометрії.**

Міри безпеки, підготовка пацієнта й процедура дослідження

1. Протягом найближчих 12 годин пацієнтові не рекомендують робити значні фізичні зусилля; попереджають, що він не повинен й курити протягом 2-3 годин, що передують пробі.

2. Одяг повинен бути спортивний. Якщо пацієнт не вміє педалювати, навчання проводиться напередодні проби.

3. Фахівець, що проводить пробу, зобов'язаний добре знати електрокардіографію, володіти методами реанімації й при необхідності кваліфіковано неї провести.

4. Фахівець знайомиться з історією хвороби, уточнює характер болючого синдрому, оглядає пацієнта особисто, крім протипоказань для проведення дослідження.

5. Уточнюються медикаменти, які одержує пацієнт. Визначення функціонального класу стенокардії у хворих із клінічним діагнозом ІБС проводиться без коронаролитиків пролонгованої дії (сустак, тринитролонг, нітросорбіт). У випадку виникнення ангінозного болю до початку тесту в якості купіруючего препарату використовуються нітрати короткочасної дії (нітрогліцерин); седативні препарати відміняються за 24 години, серцеві глікозиди й сечогінні препарати за 48-72 години до початку тесту. Якщо не ясна мета дослідження, необхідність проведення тесту обговорюється з лікарем.

6. Рекомендується зробити вихідну ЕКГ у горизонтальному положенні й сидячи на вєлоергометрі.

7. У людей з нейро-циркуляторною дистонією показане попереднє (напередодні) проведення проби з гіпервентиляцією для виключення неспецифічних депресій сегмента SТ і / або інверсій зубця Т, пов'язаних з респіраторним алкалозом при частому подиху, що може бути причиною ложно-позитивного результату при проведенні ВЕМ. Протягом 30-45 секунд просять хворого глибоко й часто дихати. У пацієнтів з вегетативними розладами пульс частішає на 50-100%, часто буває інверсія зубців Т та невелика депресія сегмента SТ. Така проба розцінюється як позитивна.

8. ВЕМ проводиться в першій половині дня в добре провітрюваному приміщенні.

9. Кабінет ВЕМ оснащується встаткуваннями й набором медикаментів для надання невідкладної допомоги й реанімації: дефібрилятор; мішок Амбу; шприци; система для в/в введення медикаментів; нітрогліцерин у таблетках; адреналін, новокаїномід, верапаміл, атропін, лідокаїн, аденозин, анальгін, фізіологічний розчин.

10. Апаратура. Можливі варіанти: а) багатоканальний ( 3-х, 6-ти, 12-ти канальний електрокардіограф з дисплеєм і малоінерційною, завадостійким записом + вєлоергометр б) діагностична комп'ютеризована стрес-тест-система з вєлоергометром і тредмилом.

Технологія проведення проби.

Тип навантаження: східчаста, безупинно зростаюча.

1. Педалювання зі швидкістю 60 оборотів у хвилину (як найбільше фізіологічне).

2. Тривалість кожного щабля 3 хвилини. Залежно від мети дослідження, ваги, росту, фізичної підготовки пацієнта, а також виду тесту (субмаксимальний, максимальний) вибирається потужність першого щабля. Вона може бути рівної 25, 50, 75 w з додатком на кожному наступному щаблі по 25, 50 або 75w відповідно. При проведенні тесту на толерантність до фізичного навантаження у хворих ІБС при підборі антиангінальної терапії методика є східчастою, безперервно-зростаючою з потужністю першого щабля 25 або 50 w і поступовим збільшенням потужності кожні 3 хв. на 25 або 50 w відповідно до появи критеріїв зупинки тесту або вичерпання ліміту часу. Одноступінчаста ВЕМ з єдиним навантаженням середньої або великої потужності протягом 3-х хвилин не показана хворим із уже відомим діагнозом ІБС навіть на антиангінальних препаратах через небезпеку ускладнень порушеннями ритму аж до фібриляції шлуночків.

3. Оптимальна загальна тривалість навантаження 9 хвилин, у виняткових випадках, при високій фізичній працездатності, вона може бути збільшена до 12 хвилин. При правильно обраній потужності 1-го щабля до результату 9-ої хвилини досягається запланована (субмаксимальна або максимальна ЧСС) без зверхвтомлення, що могло б закінчитися колапсом. Якщо хворий досягає наміченої субмаксимальної ЧСС до витікання 3-х хвилин чергового щабля, гранична потужність може бути розрахована по формулі:

А = N1 + Т х (2.1)

(час - 180 секунд), де А - гранична потужність у ватах, N1 - потужність останнього повністю зробленого навантаження у ватах, Т- час роботи незавершеного навантаження (у секундах), N2 - величина останнього неповного навантаження у ватах, час.

На маленьких навантаженнях стабілізація кардіореспираторної системи відбувається через 1 хвилину, на більших - не більш, ніж за 2 хвилини.

4. Вимір АТ бажано проводити на початку й наприкінці педалювання.

5. Перед пробою хворому детально описують порядок проведення проби й пропонують повідомляти про всі зміни стану.

1. . Після проби пацієнтам, що витримали високі навантаження, необхідно продовжити педалювання з малою потужністю протягом 1 хвилини. Ця міра безпеки спрямована на попередження колапсу, що може відбутися за рахунок різкого зменшення венозного повернення внаслідок периферичної вазодилатації при припиненні роботи "м'язового насоса".

**2.2. Дослідження кризового переживання стресу у хворих з інфарктом міокарда**

Випробуваним пропонувалося письмово заповнити дві методики: СЖО й ЦС, і в усній бесіді з експериментатором відповісти на питання методики МГС. Всі методики пред'являлися в наступному порядку: МГС, ЦС і СЖО.

За результатами методики 1 була складена зведена таблиця, дані в якій потім аналізувалися якісним і кількісним способами.

Серед параметричних критеріїв на першому місці є t-критерій Стьюдента.

Творцем t- критерію був молодий англійський статистик Вільям Госсет. Він працював у пивній компанії, займався контролем якості пива й публікував свої результати під псевдонімом «студент». Так і ввійшов в історію.

Значення t являє собою різниця двох середніх арифметичних, певних на малих вибірках. Теоретично:

 (2.2)

Розподіл Стьюдента при збільшенні об`єма вибірки більше 20 практично сходиться до нормального розподілу. У таблиці 2.1 наведений приклад великої таблиці квантилей t- критерію (див. таблицю 2.1).

**Таблиця 2.1**

**Фрагмент таблиці квантилей t-критерію Стьюдента**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1-a; v | 0,900 | 0,950 | 0,975 | 0,990 | 0,995 |
| 2 | 2,35 | 3,18 | 4,54 | 5,84 | 7,45 |
| 5 | 2,02 | 2,57 | 3,36 | 4,03 | 4,78 |
| 7 | 1,89 | 2,06 | 3,00 | 3,45 | 4,03 |
| 10 | 1,84 | 2,13 | 2,76 | 3,17 | 3,58 |
| 20 | 1,72 | 2,19 | 2,53 | 2,84 | 3,15 |
| 30 | 1,70 | 2,04 | 2,46 | 2,75 | 3,03 |

На практиці емпіричний квантиль t- розподілу розраховується по формулі:

 (2.3)

де М, D і n – це середні арифметичні значення, дисперсії й об`єми першої й другої вибірок. Число ступенів волі визначається сумою об`ємів без двох одиниць: n = n1 + n2 – 2; причому це «- 2» не завжди має значення. Набагато важлива незалежність порівнюваних вибірок (тому що для залежних лінійно вибірок у підкореневе вираження довелося б додавати середню ковариацію, ділену на середнє з об`ємів вибірок) (див. таблицю 2.2).

**Таблиця 2.2**

**Кількісні показники по t-критерію Стьюдента**

| Групи | Структурні індікатори | | | | Змістовні індікатори | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | №  перед. категорії | №  узлової категорії | Індекс зв`язності | Порівняна довжина продуктивності | | Індекс децентрації | Індекс рефлексивності | Індекс негативн. | |
| І | 3 | 1,5 | 0,54 |  | |  |  |  | |
|  |  |  |  |  | | 23,07 |  |  | |
|  |  |  |  |  | |  |  |  | |
| ІІ | 0,47 | 0,05 | 0,4 | 8,17 | 9,25 | 12,05 | 12,62 | 9,81 | |
|  |  |  | 0,6 | 0,74 | 0,73 | - | 0,01 | 0,66 | |

Як видно з таблиці 2.2, якісних розходжень між графами, у вигляді яких були представлені результати методики граничних змістів, по двох групах відзначено не було. Проте, при проведенні порівняння кількісних показників за критерієм Стьюдента отримані цікаві результати. Порівняно висока кількість вузлових категорій у групи, що перенесли інфаркт може свідчити про більшу розгалуженість світоглядних подань, більш складній їхній структурі в даної категорії випробуваних. Не менш цікаві дані були отримані при обробці змістовних індикаторів. У тих, що перенесли інфаркт індекс децентрації значно підвищений у порівнянні з контрольною вибіркою. (При цьому варто помітити, що дане розходження має місце швидше за все не у зв'язку із заниженістю даного індикатора в контрольної вибірки, а з його істотним підвищенням в експериментальної. Показники по індексу рефлексивності виявилися значно вище в експериментальної вибірки. Ще один цікавий результат був отриманий за методикою ціннісного спектра: у результаті порівняння частоти використання обома групами різних цінностей для характеристики життєвих явищ. Так, після розрахунку критерію стало видно, що випробувані, що перенесли інфаркт, значно рідше використовують категорії "легкість" і "самодостатність", але значно частіше - "цілісність" (див. таблицю 2.3).

**Таблиця 2.3**

**Ціннісні категорії**

| Цінності | | | Сумарна частота використаних цінностей | | | | | | Р | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | Група І | | | ГрупаІІ | | |  | | | |
| Добро | | | 40 | | | 41 | | 0.8365 | | | | |
| Життєвість | | | 38 | | | 42 | | 0.4105 | | | | |
| Завершеність | | | 20 | | | 20 | | 1 | | | | |
| Гра | | | 14 | | | 21 | | 0.084 | | | | |
| Істина | | | 21 | | | 27 | | 0.1732 | | | | |
| Краса | | | 27 | | | 28 | | 0.8223 | | | | |
| Легкість | | | 12 | | | 23 | | 0.0085 | | | | |
| Необхідність | | | 26 | | | 22 | | 0.3314 | | | | |
| Повнота | | | 12 | | | 11 | | 0.7684 | | | | |
| Порядок | | | 23 | | | 14 | | 0.0093 | | | | |
| Простота | | | 18 | | | 18 | | 1 | | | | |
| Самодостатність | | | 10 | | | 22 | | 0.0036 | | | | |
| Зміст | | | 36 | | | 28 | | 0.0724 | | | | |
| Досконалість | | | 15 | | | 18 | | 0.4328 | | | | |
| Справедливість | | | 27 | | | 25 | | 0.6418 | | | | |
| Унікальність | | | 17 | | | 24 | | 0.099 | | | | |
| Цілісність | | | 25 | | | 13 | | 0.0003 | | | | |
| Максимально можлива частота використ. кожн. категорії | | | 96 | | |  | |  | | | | |
| Показники наявності цілей | | Група І | | | | Група ІІ | | | | | R | |
| Цілі в житті | | 33,5 | | | 5,85 | 25,67 | | | 6,57 | | | 0,01 |
| Процес життя | | 24,17 | | | 4,14 | 23,86 | | | 6,31 | | | 0,95 |
| Результативність життя | | 20,17 | | | 4,3 | 21,25 | | | 5,29 | | | 0,41 |
| Локус контроля - Я | | 22,92 | | | 7,6 | 28,42 | | | 6,36 | | | 0,45 |
| Локус контроля - Життя | | 98,58 | | | 14,3 | 100,3 | | | 15,2 | | | 0,71 |

Як видно з таблиці 2.3, отримані результати вказують на розходження в ряді характеристик цілісно-значеннєвої сфери в людей, що пройшли через кризове переживання в результаті перенесеного інфаркту. Спостережувані зміни відбивають вплив кризового переживання на ціннiсно - значеннєву сферу людини.

Що стосується можливого фізіологічного або іншого специфічного впливу, властивого інфаркту, на психіку, то в медичній літературі звичайно вказують на прояви, практично протилежні виявленим у справжнім дослідженні - у першу чергу комплекс іпохондричних симптомів, що включає характерну ригідність. Звертає на себе увагу виявлена відразу двома методиками спрямованість ціннісно - значеннєвої сфери людей, що пройшли через кризове переживання. На це вказують підвищений індекс децентрації за методикою граничних циклів і перевага категорії "цілісність" над категорією "самодостатність" за методикою ціннісного спектра. Подібні результати свідчать про те, що люди, що пережили конфронтацію зі смертю, потрапивши в ситуацію неможливості реалізації свого життєвого задуму, прагнуть до трансценденції, намагаються знайти більш широкий контекст, з яким вони можуть співвіднести своє життя й тим самим осмислити його.

Отримані результати ми розглядаємо як підтвердження того, що кризові переживання відіграють роль каталізаторів осмислення життя. Більше того, смерть, конфронтація з якою є, мабуть, найсильнішим з подібних переживань, не тільки не позбавляє життя змісту, але, навпаки, при усвідомленні її неминучості дає потужний поштовх до осмислення людиною свого існування.

У дослідженні була використана **методика «Психологічна автобіографія»** О. Ю. Коржової. Вона дає можливість дослідити її роль суттєвих особливостей сприйняття людиною життєвих ситуацій. Методика «Психологічна автобіографія» значною мірою проективна, тому кількісні показники можуть мати значення лише як орієнтир для інтерпретації. Тож при аналізі результатів ми орієнтувались не тільки на кількісні, але й на якісно – смислові показники відповідей досліджуваних.

Наведемо у сталій формі деякі результати дослідження.

Загальна кількість згаданих подій в усіх групах приблизно однакова*.* Проте досліджувані І і II груп вказували достовірно набагато менше подій майбутнього (1;= 10,45 при р<0,05 для І і II груп). Більшість цих подій була оцінена ними як сумна (див. таблицю 2.4).

**Таблиця 2.4**

**Значущість розрізнень у «вазі» життєвих подій досліджуваних груп**

| Вага події | Рівень значущості | Рівень значущості |
| --- | --- | --- |
|  | t – критерій Стьюдента | Р |
| Загальні події | 1,43 | <0,05 |
| Минулі події | 8,61 | >0,05 |
| Майбутні події | 10,45 | >0,05 |
| Радісні події | 8,49 | >0,05 |
| Сумні події | 9,62 | >0,05 |

Як видно з таблиці 2.4, питома вага подій минулого для досліджуваних І та II груп становила приблизно 0,77; 0,69 відповідно; майбутнього - 0,23; 0,31 відповідно (див. таблицю 2.5).

**Таблиця 2.5**

**Показники «ваги» та питомої ваги життєвих подій досліджуваних груп за методикою «Психологічна автобіографія»**

| Вага подій | Група досліджуваних | Група досліджуваних |
| --- | --- | --- |
|  | І | ІІ |
| Загальні події | 43,5 + 1,7 | 42,8 + 1,6 |
| Минулі події | 33,5 + 1,8 | 29,5 +1,8 |
| Майбутні події | 10,0 + 0,8 | 13,3 + 1,3 |
| Радісні події | 17,1 + 1,5 | 20,5 + 1,6 |
| Сумні події | 26,4 +1,7 | 22,3 + 1,6 |
| Питома вага подій |  |  |
| Минулі події | 0,77 | 0,69 |
| Майбутні події | 0,23 | 0,31 |
| Радісні події | 0,39 | 0,48 |
| Сумні події | 0,61 | 0,52 |

Як видно з таблиці 2.5, таке співвідношення показників свідчить про те, що хворі з підозрою на серцеві захворювання, які проходять обстеження, відзначаються зосередженістю на подіях минулого. Майбутнє вони розцінюють як сумне. У них в цілому переважає негативне забарвлення усіх переживань. Як видно з наведених даних, ще більшої вираженості ці тенденції набувають у досліджуваних, які перенесли інфаркт міокарда.

Досліджувані І і II груп схильні вважати всі важливі події у своєму житті значними (оцінюючи їх при цьому п'ятьма балами за 5-бальною системою); таким чином, будь-які життєві події вони сприймають серйозніше, ніж інші люди (див. таблицю 2.6)*.*

**Таблиця 2.6**

**Показники кількості життєвих подій**

**досліджуваних груп за методикою**

**«Психологічна автобіографія»**

| Кількість подій | Група досліджуваних | Група досліджуваних |
| --- | --- | --- |
|  | І | ІІ |
| Значних | 8,2 + 0,5 | 7,8 + 0,4 |
| Помірних | \_ | 0,6 + 0,2 |
| Менш значних | \_ | \_ |

По результатах досліджуваних І і II груп переважають події біологічного типу (див. таблицю 2.7).

**Таблиця 2.7**

**Показники ваги подій залежно від їх змісту за методикою «Психологічна автобіографія»**

| Група | Тип подій | Тип подій | Тип подій | Тип подій |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Біологічний | Особистісно - психологічний | Обумовлений змінами фізичного середовища | Обумовлений змінами соціального середовища |
| І | 17,3 + 1,3 | 12,5 + 0,8 | \_ | 13,1 + 0,6 |
| ІІ | 15,5 + 1,2 | 15,6 + 0,9 | \_ | 11,5 + 0,9 |

Проте цим даним суперечить інформація, отримана в ході індивідуальних інтерв'ю, що проводилися після процедури тестування. Вірогідним є припущення про те, що в цьому виявлялася дія захисних механізмів особистості, а саме - витіснення травмуючих спогадів, які пов'язані з власною хворобою. Це підтверджується й тією обставиною, що досліджувані не вказували власні захворювання (у тому числі навіть ІМ) як важливі події свого життя, проте значно частіше згадували смерть батьків або дружини, хвороби дітей або інших близьких родичів; при цьому думки про можливість смерті виявляються в завуальованій формі.Більшість досліджуваних (83 %) І групи як важливу подію майбутнього називають  
власну смерть (у II групі ця кількість становить 41 %).

Таким чином, перенесений досліджуваними інфаркт міокарда призводить до вираженої психотравми, яка виявляється у песимістичному ставленні до життя, зосередженості думок на подіях минулого при негативному забарвленні як минулих, так і майбутніх подій. Звертає на себе увагу серйозніше, ніж у більшості людей, ставлення до зовсім незначних подій власного життя. Все вищесказане визначає певну структуру психореабілітаційних заходів, які мають бути спрямовані саме на формування в таких хворих позитивного ставлення до життя та продовження їхньої життєвої перспективи.

Дослідження витривалості у хворих, що перенесли інфаркт міокарда за допомогою вєлоергометрії показало наступні результати (див. таблицю 2.8).

**Таблиця 2.8**

**Результати дослідження витривалості у хворих, що перенесли інфаркт міокарда, за допомогою вєлоергометрії**

| № хворого | ЧСС до проби | ЧСС після проби | ЧДР до проби | ЧДР після проби | АТ до проби | АТ після проби | Оцінка стану до проби | Оцінка стану після проби |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 82 | 140 | 18 | 28 | 130/90 | 150/70 | Задовіл. | Задовіл. |
| 2 | 76 | 132 | 16 | 28 | 120/70 | 140/70 | Задовіл. | Погірш. |
| 3 | 72 | 160 | 18 | 26 | 130/100 | 140/100 | Задовіл. | Погірш. |
| 4 | 80 | 166 | 20 | 30 | 120/80 | 130/80 | Задовіл. | Значне погірш. |
| 5 | 92 | 160 | 20 | 26 | 130/90 | 135/100 | Задовіл. | Значне погірш. |
| 6 | 90 | 150 | 16 | 24 | 120/80 | 125/90 | Задовіл. | Погірш. |
| 7 | 82 | 140 | 18 | 26 | 130/90 | 130/90 | Задовіл. | Задовіл. |
| 8 | 76 | 120 | 16 | 22 | 120/80 | 120/80 | Задовіл. | Задовіл. |
| 9 | 76 | 124 | 16 | 24 | 120/80 | 130/80 | Задовіл. | Погірш. |
| 10 | 90 | 140 | 18 | 24 | 120/80 | 135/90 | Задовіл. | Погірш. |

Як видно з таблиці 2.8, у такий спосіб первинної проби були виявлені наступні результати: задовільно до дослідження себе почували всі випробувані. Погіршення після проби відчули п`ятеро. Значне погіршення відчули двоє. Задовільно після дослідження себе почували троє.

За результатами даних ЧСС, ЧДР і АТ до й після проби були виявлені наступні закономірності: у всіх хворих збільшувалася кількість серцевих скорочень, частоти дихальних рухів і в багатьох хворих відзначалося підвищення артеріального тиску, що відновлювався до норми протягом 1-1,5 годин.

**2.3. Основи реабілітаційної допомоги особам з кардіологічними захворюваннями**

Основні принципи проведення соціально-психологічного тренінгу в групі відповідають теоретичним та методичним положенням, які лежать в основі гуманістичного напрямку психотерапії та розкривають ті психологічні механізми, які сприяють розвитку і корекції особистості і виступають основними правилами проведення тренінгу його учасниками і ведучим.

Технологія проведення тренінгу виглядає таким чином: 1) здійснюється введеня в проблематіку тренінгу; 2) формується готовність до взаємного співробітництва; мотивація досягнення задач тренінгу; 3) здійснюється засвоєння психотехнік нової поведінки; 4) відбувається актуалізація і корекція професійно- психологічного потенціалу особистості.

**Метою тренінгу** є формування особистісних змін за рахунок розширення ціннісного простору особистості. Терапевтичний ефект тренінгу полягає у зниженні кризовості мотиваційної сфери особистості через формування досвіду особистісних змін в умовах моделювання ситуації кризи. Ціль тренінгу – корекція стратегій подолання криз становлення особистості, що реалізуються в невротичних способах їх подолання.

**Програма тренінгу. Підготовчий етап (1 – 1,5 години).**

Учасники знайомляться один з одним і ведучим. Метою даного етапу є створення дружньої і творчої атмосфери, зниження рівня психологічного захисту учасників групи, засвоєння групових норм і правил, створення в групі психологічної атмосфери, сприятливої для самопізнання і самореалізації, розвиток гуманістичної установки по відношенню до інших людей, ознайомлення із основними правилами групової роботи.

**Вправа “Знайомство” (10 - 15 хвилин).**

**Мета:** створення дружньої атмосфери у групі.

**Інструкція:** учасникам тренінгу по черзі пропонується назвати своє ім”я, яким вони хочуть називатися у групі або яким їх називали у дитинстві. Кожний послідуючий учасник, перш, ніж назвати своє ім”я, називає всі попередні.

**Вправа “Самопрезентація” (20 - 30 хвилин).**

**Мета:** вираження учасниками тренінгу своїх позитивних якостей.

Інструкція: учасники групи повідомляють про свої три набільш виражені позитивні та негативні риси. Перед тим, як розповісти про себе, кожен учасник повторює все, що сказав просебе попередній учасник. Завдяки цій вправі в групі створюються умови для саморозкриття та формуються установки про значення своєї особистості.

**Вправа “Груповий малюнок: людина у кризовому стані” (30 - 40 хвилин).**

**Мета:** організувати арттерапевтичну роботу у групі та спрямувати групу на спільне рішення проблем у дружній атмосфері.

**Інструкція:** учасникам тренінгу пропонується намалювати колективний малюнок, після чого арттерапевтична робота обговорюється в групі: - Що зображено на малюнку? - Що Ви відчували, коли малювали? - Чи можна по малюнку зробити висновок про настроі та думки групи? - Які труднощі виникали?

**Підведення підсумків ведучим тренінгової групи (20 - 25 хвилин).**

Завершенням даної роботи є глибинноаналітичний аналіз когнітивного простору учасників групи у процесі роботи. Питання, якими стимулювались члени групи, такі: - Що я відчував у процесі роботи по відношенню до самого себе? - Що я відчував по відношенню ло інших? - Чи змінились мої сприйняття труднощів? - Що в роботі СПТ Вам сподобалось?

Ведуча висловила свої враження щодо роботи тренінгової групи, підвела загальні підсумки.

**Основний етап (5 – 6 годин).**

**Мета: формування досвіду особистісних змін під впливом психокорекції.**

Як і попереднє, це заняття включає ті вправи, які створюють терапевтичну атмосферу у групі, після чого група переходить до обговорення життєвих проблем, в ході чого виявляються найбільш значимі особистісні реакції кожного учасника групи, який переживає дані проблеми. До них можна віднести: низький або занижений рівень самооцінки, невпевненість у собі, страхи, схильність до самозвинувачення, висока особистісна тривожність, виражений мотив уникнення невдач, перебільшення своєі провини, інфантильність або незрілість особистості.

**Вправа “Виявлення життєвих цінностей” (20 - 25 хвилин).**

**Мета:** виявлення і зміна життєвих цінностей, потреб та внутрішніх протиріч. Дана вправа допомагає учасникам виявити і змінити життєві цінності, потреби та внутрішні протиріччя, внести корективи в життєві цінності та соціальні проблеми, оволодіти методікою виявлення життєвих цінностей.

**Інструкція:** учасникам групи пропонується на окремих аркушах паперу записати 10 своїх життєвих цінностей, відповівши на питання:

- Що для Вас найбільш важливе в житті? Далі життєві цінності обговорюються в групі на предмет того, які з них є домінуючими, як змінювалися вони під час переживання кожним учасником СПТ певних періодів переживання вікових та психологічних криз, які життєві позиції учасник СПТ займав на основі власних життєвих цінностей, як впливають цінності на вчинок людини.

Після групового обговорення життєвих цінностей, кожен з учасників СПТ вносить у свій список певні корективи, якщо він бачить у цьому необхідність. Учасники групи наналізують вплив даної вправи на виявлення і корекцію їх життєвих цінностей, дотримуючись правила “тут і тепер”.

**Вправа “Коло впевненості”(25 - 30 хвилин).**

**Мета:** вправляння і відпрацювання прийомів впевненої поведінки, підсилення почуття впевненості у собі.

**Інструкція:** уявіть собі коло діаметро 60 см, увійдіть в нього і згадайте той прекрасний час, коли Ви були на “гребені успіху”. В тій ситуації максимально проявилися Ваші здібності. Все було добре, Ви переживали удачу. Якщо важко згадати історію, Вм можете використати історію героя кінофільму або книги, які для Вас є значимими. Фантазуйте сміливо!

**Письмова вправа “Що я хочу досягти” (20 - 40 хвилин).**

**Мета:** обговорення найбільш важливих життєвих цілей.

**Інструкція:** накресліть в уяві і потім опишіть план реальних досягнень у Вашому особистому майбутньому житті. Якщо Ви вважаєте, що для перетворення Ваших мрій в успіх заважають якісь проблеми, намагайтесь уявити способи їх подолання їз максимальним прагненням до їх рішення.

**Вправа “Мій успіх у минулому” (25 - 30 хвилин).**

**Мета:** використання позитивних емоцій, які пов”язані з минулими успіхами, для формування нових мотиваційних відносин з допомогою прийому мотиваційного переключення.

**Інструкція:** згадайте випадок зі свого життя, коли Ви переживали значний успіх; закрийте очі та сотворіть яскраву картинку в уяві; зверніть увагу на розмір, точність і якість цієї картинки. На ті рухи, звуки, переживання, які створюють або супроводжують її; далі поміркуйте про мету, якої Ви прагнете досягти, уявіть її чітко, прокрутіть у думках картинки – досягнення мети; розмістіть в уяві цю картинку туди ж, де була і попередня; Ваше завдання полягає в тому, щоб ці дві картинки накласти одна на одну, прагніть пережити радість, задоволення від майбутнього успішного завершення справи так, як Ви відчували це в минулому.

**Вправа “Мій успіх у минулому” (25 - 30 хвилин).**

**Мета:** мотиваційне та емоційне перенесення успіху у життя.

**Інструкція:** згадайте, з допомогою якої поведінки Ви досягаєте успіху в житті? Можливо, Ваші стратегії не самі ефективні. Якими іншими Ви могли б їх замінити? Які особистісні зміни може спричинити ця поведінка? Проаналізуйте загальні стратегії підвищення ефективності діяльності та пагубний вплив на неї мотиву уникнення невдач.

**Вправа "Місто впевненості" (25 - З0 хв.).**

**Мета**: аналіз поведінки невпевненої у собі людини.

**Інструкція:** Давайте складемо розповідь про місто, в якому зібралися і живуть самі невпевнені люди із усіх, хто живе на Землі. Один із нас першим скаже, одну чи дві фрази, з яких почнеться наша розповідь. Далі будемо рухатись по колу, за часовою стрілкою, і кожен із нас по черзі буде говоритй свої речення, продовжуючи оповідання.

**Вправа "Як я долаю свій стан тривоги " (25 - 35 хв.).**

**Мета:** ознайомлення з техніками подолання страхів, тривог, хвилювання.

**Інструкція:** кожен із учасників розповідає про свій позитивний та негативний досвід подолання тривожності, намагається визначити найприємніше та найбільш негативне, дати їм аналіз і пригадати ситуації, в яких вони виявлялися в минулому і теперішньому часі. Як відомо, у добре адаптованих досліджуваних сильний розрив між "Я в минулому" і "Я зараз". Надалі акцентувалася увага групи на тому, що дуже важливо для зниження тривожності: 1) навчитися адекватно визначати свої емоції, почуття і настрої; 2) набути навичок і вмінь контролювати й керувати своїми психічними станами; 3) розробити індивідуальну програму саморозвитку і самовдосконалення. Наприкінці виконання завдання робився висновок про те, що тривожність можна навчитися знижувати лише після того, коли усвідомлюєш її присутність у формі суб'єктивних емоційних відчуттів і очікуєш найнеприємніших подій, програмуючи себе на участь у вже визначених тобою життєвих сценаріях. Тому після виконання описаної вище психотехніки студентам па опрацювання вдома пропонується письмова вправа "Опиши програму свого розвитку і самовдосконалення".

**Вправа "Я - господар" (20 - З0 хв.).**

**Мета**: ознайомлення із особливостями поведінки впевненої у собі людини.

**Інструкція: —** Яке ваше уявлення про господаря? (Можливі варіанти: це сильна, впевнена у собі людина, вона очікує оцінок і має готовність оцінювати сама. Це людина не тривожна, відчуває себе спокійною тощо. Одна із основних рис господаря — це впевненість у собі. Встаньте, будь ласка, ті, хто вважає себе впевненим. Привітайте того, хто встав першим, а інші сідайте на свої місця. Психолог звертається до того, хто встав першим: "Виконай (організуй) або скажи що-небудь для того, щоб всі зрозуміли, що господар тут — ти. Після цього передай свої обов'язки іншому як господар, тобто признач господарем кого-небудь із бажаючих. Новий господар повинен сказати фразу, по якій можна судити, що її сказала людина, яка відчуває себе дійсно господарем".

**Вправа "Позбався образу невдахи" (20 – 25хв.).  
 Мета:** аналіз причин послаблення успіху і досягнень.  
 **Інструкція:** Сприйняття себе як невдахи відображається на вашій мотивації (послаблює прагнення до успіху і досягнень). Кожна людина здатна досягти успіху, якщо дотримуватиметься таких принципів: 1. Ви повинні дуже прагнути досягти мети і сама мета буде вести вас до успіху. 2. Міркуйте постійно про кінцевий результат, про свою мету, і засоби для досягнення (як це часто буває) знайдуться обов'язково. Не бійтеся помилок або тимчасових невдач. Долаючи труднощі й невдачі, ви будете вдосконалювати методи роботи. Помилки і труднощі спонукатимуть вас до пошуку більш ефективних засобів. Дійте так, ніби все гаразд.

**Вправа "Моє відображення"(10 - З0 хв.).**

**Мета:** аналіз самовідношення учасниками тренінгу.

**Інструкція**: Пограємо в гру, яка допоможе нам виявити ставлення до самого себе. Задача кожного — уважно подивитися на себе у дзеркало як на незнайому людину і відповісти на такі питання: — Що привабливого ви бачите у цій людині? — За що її можна любити? — Що в ній викликає повагу? — Які ви бачите в ній сильні і слабкі сторони? Якщо хтось відчуває сильний опір і не може сказати у свою адресу нічого доброго — це сигнал для серйозних роздумів про себе і своє життя.

**Вправа "Прийняття критики" (20 - 25 хв.).  
 Мета:** корекція самооцінки.

**Інструкція:** Чи згідні ви з тим, що людина, яка не вміє адекватно сприймати критику і реагувати на неї, схожа на людину з довгими пальцями на ногах, на які легко наступити. Опишіть реакції "тривожного" партнера на критичні йому зауваження зі сторони оточуючих. Якщо ви виявили у себе одну із характерних рис — хвилюватися у зв'язку з критичними зауваженнями інших у ваш бік, визнайте: "Я не ідеал, тому роблю помилки і дозволяю іншим людям бачити себе недосконалим. Я можу не подобатись комусь, але я це приймаю, мені вдається правильно розуміти критику".

**Вправа "Подолання звинувачування"(20 – 25хв.).  
 Мета:** корекція самооцінки тих, хто її потребує.  
 **Інструкція:** Вправа виконується в парах. Один із учасників звинувачує іншого, а інший аналізує, чи є звинувачення оправданим, висловлене конструктивним чи неконструктивним способом. Є багато способів реагування на звинувачування: його можна відкинути і пояснити свою поведінку, а можна визнати помилку і вибачитись.

Коментар психолога: Відомо, що люди із позитивною самооцінкою схильні терпеливіше ставитись до навколишніх, а також вони легше переборюють власні труднощі; і невдічі з ними трапляються рідше, ніж у людей з низькою самооцінкою. Люди із заниженою самооцінкою, навпаки, хворобливо сприймають критику і в усьому звинувачують себе, оскільки вони невпевнені у собі та легко піддаються навіюванню; ними легко маніпулювати.

**Вправа "Подолання" (25 - З0 хв.).**

**Мета:** аналіз індивідуального способу подолання перешкод та успішного рішення проблем.

**Інструкція:** Згадайте перешкоди у своєму житті і знайдіть те загальне, що допомагає вам долати труднощі. Обговоріть способи подолання перешкод. Таким чином, у кожного із нас буде під рукою наш загальний досвід успішного подолання труднощів. А успішне рішення життєвих труднощів — це один із кроків на шляху росту і розвитку особистості. — Подумайте і скажіть, чи залежить ефективність подолання від відповідного налаштування на успіх? — Чи є у вас певні здібності, які можуть посприяти успішності рішення проблем?

**Вправа "Відстоювання своєї думки" (25 – З0хв).  
 Мета:** корекція самооцінки.

**Інструкція**: подумайте про способи, з допомогою яких ви можете відстояти свої права і виберіть найкращий. Висловіть свої думки, уникаючи давати оцінки. Уявіть ситуації в картинках, в яких ви відчуваєте моральний тиск зі сторони інших людей (вас ігнорують або до вас просто погано ставляться), опишіть їх групі і намагайтесь після цього "відстоювати" свою думку розумним способом. При цьому старайтесь не обмежувати права інших людей.

**Вправа "Зовнішні і внутрішні мотиви" (25 – 35хв.).  
 Мета:** аналіз вчинків, обумовлених конструктивними і деструктивними мотивами.

**Інструкція:** учасникам тренінгу пропонується згадати випадки із свого життя, коли ваша поведінка актуалізувалася внаслідок зовнішніх факторів — грошей, слави, влади, престижу тощо та коли проявлялися внутрішні мотиви — інтерес до зростання професійної компетентності, змісту діяльності тощо. Проаналізуйте, що важче було згадати і чи складно про це розповісти. — У яких ситуаціях діють переважно внутрішні мотиви, а в яких зовнішні?

**Вправа "Подарунок" (15 - 20 хв.).**

**Інструкція:** Учасники тренінгу встають і, тримаючись за руки, потискуванням руки своєму сусіду справа передають подарунки: то може бути просто усмішка, слова "я вдячний тобі за приємне заняття, участь у тренінгу", зображення якогось предмету засобом пантоміми (шоколадки, сонця, троянди...).

Підведення підсумків соціально-психологічної роботиз формування мотиваційного розвитку і саморозвитку з метою закріплення набутого досвіду особистістю щодо прийняття конструктивних рішень у життєвій самореалізації та формування мотивації до позитивного сприйняття тих цінностей і мотивів, які ефективно регулюють професійну поведінку особистості, спрямовують її на розвиток та саморозвиток.

**Завершальний етап (2-3 години).**

**Мета:** підвести учасників групи СПТ до усвідомлення про наявність сформованих у них особистісних змін.

**Вправа "Казка " (40 — 60хв.)**

**Мета:** аналіз "кризовості" мотиваційної сфери особистості, способів подолання труднощів, дослідження динаміки мотивів.

**Інструкція:** учасникам пропонується скласти казку про себе до і після тренінгу. На матеріалі казок групою виявляються елементи змін у ціннісно-смисловому просторі кожного учасника тренінгу.

Характеристика поведінки героя казки.

Герой казки самостійно вирішує проблему. Герой казки вирішує всі, або практично всі проблеми, сподіваючись на допомогу інших героїв. Спосіб вирішення проблеми героєм казки активний — використання ним чарівних предметів, прямий напад на ворога тощо.

Уникнення вирішення проблеми — пасивний спосіб подолання труднощів Герой казки прикидається слабким, нерозумним, наприклад, Кіт у чоботях говорить людоїду, що ніколи не повірить, що той може перетворитися в мишку.

Герої казки розподіляють обов'язки між собою.

Герой казки передає права вирішувати важливе завдання іншому герою (наприклад, Сірому Вовку).

Отже, для проведення формувального експерименту був розроблений тренінг, направлений на актуалізацію динамічних перетворень у мотиваційній сфері осіб із підвищеною тривожністю. Основні принципи проведення соціально-психологічного тренінгу в групі відповідали теоретичним та методичним положенням, які лежать в основі гуманістичного напрямку психотерапії та розкривають ті психолгічні механізми, які сприяють розвитку і корекції особистості і виступають основними правилами проведення тренінгу його учасниками і ведучим.

Технологія проведення тренінгу виглядала таким чином: 1) здійснюється введеня впроблематіку тренінгу; 2) формується готовність до взаємного співробітництва, мотивація досягнення задач тренінгу; 3) здійснюється засвоєння психотехнік нової поведінки; 4) відбувається актуалізація і корекція професійно - психологічного потенціалу особистості.

**Метою тренінгу** є формування особистісних змін за рахунок розширення ціннісного простору особистості. Терапевтичний ефект тренінгу полягає у зниженні кризовості мотиваційної сфери особистості через формування досвіду особистісних змін в умовах моделювання ситуації кризи. Ціль тренінгу – корекція стратегій подолання криз становлення особистості, що реалізуються в невротичних способах їх подолання.

При проведенні тренінгу дотримувались такі етичні приципи: добровільність, конфіденціність, забеспечення прав людини, професійної компетентності, дотримувалася культура гідності, щирості відповідей, не допускалася безпосередність оцінок.

Після проведення корекційних технік випробуваним знову було запропоновані МЕТОДИКИ 1, 2, 3.

Отримані повторні результати вказують на позитивні зміни ціннісно-значеннєвої сфери в людей, що пройшли через кризове переживання в результаті перенесеного інфаркту. Спостережувані зміни відбивають позитивний вплив проведених корекційних методик на ціннісно-значеннєву сферу випробуваних.

Порівняно висока кількість вузлових категорій у групи досліджуваних, що перенесли інфаркт (1.5) після проведення коррекційних методик знизилося до показника 1.2, що свідчить про зменшення розгалуженості світоглядних подань. При обробці змістовних індикаторів у перенесших інфаркт індекс децентрації понизився (20.02) у порівнянні з первісними результатами (24.07). Показники по індексу рефлексивності виявилися значимо вище в експериментальної вибірки- цей показник залишився без змін. За методикою ціннісного спектра був отриманий такий результат: після розрахунку критерію стало видно, що випробувані, які перенесли інфаркт, сталі частіше використовувати категорії "легкість" і "самодостатність", але рідше – "необхідність".

Отримані повторні результати вказують на позитивні зміни ціннісно-значеннєвої сфери в людей, що пройшли через кризове переживання в результаті перенесеного інфаркту. Спостережувані зміни відбивають позитивний вплив проведених корекційних методик на ціннісно-значеннєву сферу людини.

Підтверджується той факт, що, хоча кризові переживання й відіграють роль каталізаторів осмислення життя, але все-таки це осмислення може проходити без негативних ускладнень. Більше того, смерть, конфронтація з якою є, мабуть, найсильнішим з подібних переживань, не тільки не позбавляє життя змісту, але, навпаки, при усвідомленні її неминучості дає потужний поштовх до осмислення людиною свого існування.

Під час повторного тестування за методикою “Психологічна автобіографія” загальна кількість згаданих подій в групах також приблизно однакова*.* Проте досліджувані І і II груп вказували достовірно набагато менше подій минулого (1= 10,45 при р<0,05 для І і II груп).Більшість цих подій тепер була оцінена ними як радісна. Виявлене співвідношення показників при повторному тестуванні свідчить про те, що хворі з підозрою на серцеві захворювання, які проходять обстеження, почали трохи менше відзначатися зосередженістю на подіях минулого. Майбутнє вони тепер розцінюють не таким сумним, як до корекційної роботи. Досліджувані І і II груп після проведення психологічного тренінгу схильні вважати всі важливі події у своєму житті менш значними (оцінюючи їх при цьому трьома балами за 5 - бальною системою)

Досліджувані почали вказувати на власні захворювання (у тому числі на ІМ) як важливі події свого життя, але також на те, що вони змогли пережити цей етап, аце вже є позитивним результатом; значно рідше згадували смерть батьків або дружини, хвороби дітей або інших близьких родичів.Більшість досліджуваних (80 %) І групи як важливу подію майбутнього вже не називають власну смерть (у II групі ця кількість становить 30 %).

**ВИСНОВКИ**

1. Проведений теоретико-методологічний аналіз підходів до проблеми вивчення особливостей осіб з кардіологічними захворюваннями показав, що, зокрема, інфаркт міокарда є гострою формою ішемічної хвороби серця. Всі ускладнення інфаркту міокарда варто вважати життєво небезпечними і їхня поява істотно погіршує прогноз для життя даної категорії пацієнтів. Форми реабілітаційної допомоги особами, що мають кардіологічні захворювання, є як індивідуальні, так і групові. На перших етапах прийнятна індивідуальна форма допомоги. Також дієвою є позитивна психотерапія. Основною метою позитивної психотерапії є зміна точки зору пацієнта на свою хворобу. Ядром терапевтичного втручання в позитивній психотерапії є п`ятиетапна стратегія, центром впливу якої є актуальні й базові здібності.

2. Дослідження проводилося на двох групах випробуваних: І група - 18 респондентів 40-50 років, що перенесли інфаркт і знаходяться на реабілітаційному лікуванні (серед них 15 чоловіків, 3 жінки). Та ІІ група - контрольна вибірка - 12 респондентів 40-50 років, з підозрою на кардіологічні захворювання, які проходять обстеження (серед них 5 жінок та 7 чоловіків). За допомогою діагностичних методик досліджувалися особливості сприйняття життєвих ситуацій осібз кардіологічними захворюваннями;особливості адаптації осіб, що знаходяться на обстеженні та хворих, що перенесли інфаркт, до різних життєвих ситуацій; витривалість хворих, що перенесли інфаркт міокарда, за допомогою велоергометрії.

У результатіконстатувальногоексперименту виявлена порівняно висока кількість вузлових категорій у групи інфарктних хворих, що свідчить про більшу розгалуженість світоглядних позицій, більш складну їх структуру. Індекс децентрації значно підвищений у порівнянні з контрольною вибіркою. Показники індексу рефлексивності виявилися значно вище в експериментальній вибірці. Випробувані, що перенесли інфаркт, значно рідше використовують категорії "легкість" і "самодостатність", але значно частіше - "цілісність". За результатами даних ЧСС, ЧДР і АТ до й після проби (велоергометрії) були виявлені такі закономірності: у всіх хворих збільшувалася кількість серцевих скорочень, частоти дихальних рухів і у більшості хворих відзначалося підвищення АТ, який відновлювався до норми протягом 1-1,5 годин.

3. Розроблений та впроваджений тренінг, спрямований на актуалізацію динамічних перетворень у мотиваційній сфері осіб із підвищеною тривожністю. Основні принципи проведення тренінгу в групі відповідали теоретичним та методичним положенням, які лежать в основі гуманістичного напрямку психотерапії та розкривають ті механізми, які сприяють розвитку і корекції особистості і виступають основними правилами проведення тренінгу. Технологія проведення тренінгу відбувалася у такий спосіб: введення у проблематику тренінгу; формування готовності до взаємного співробітництва, мотивація досягнення завдань тренінгу; засвоєння психотехнік нової поведінки; актуалізація і корекція життєвого потенціалу. Метою тренінгубулоформування особистісних змін за рахунок розширення ціннісного простору особистості. Терапевтичний ефект тренінгу полягав у зниженні кризовості мотиваційної сфери особистості через формування досвіду особистісних змін в умовах моделювання ситуації кризи. Ціль тренінгу – корекція стратегій подолання криз становлення особистості, що реалізуються в невротичних способах їх подолання та призводять до кардіологічних захворювань.

4.Результати, отримані після тренінгу вказують на позитивні зміни ціннісно-значеннєвої сфери досліджуваних, що пройшли через кризове переживання в результаті перенесеного інфаркту. Спостережувані зміни відбивають позитивний вплив проведених методик фізичної реабілітації на ціннісно-значеннєву сферу випробуваних. Перенесений досліджуваними інфаркт міокарда призводить до вираженої психотравми, але переважна кількість досліджуваних готові боротися з станом. Це підтверджує доцільність проведених психо-реабілітаційних заходів, які були спрямовані саме на формування позитивного ставлення до життя та життєвої перспективи. У цілому, спостережувані зміни відбивають позитивний вплив проведених реабілітаційних заходів на емоційний і фізичний стан випробуваних.

**СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ**

1. Абульханова - Славская К. А. Стратегия жизни / К. А. Абульханова -

Славская – М. : Мысль, 1991. – 285с.

2. Александровский Ю. А. Психогении в экстремальных условиях / Ю. А. Александровский, О. С. Лобастов, Л. И. Спивак, Б. П. Щукин. – М. : Медицина, 1991. – 315 с.

3. Анцыферова Л. И. Психология повседневности : жизненный мир

личности и «техники» ее бытия / Л. И. Анцыферова // Психологический

журнал. – 1993. – № 2. – С. 3–16.

4. Ассаджиоли Р. Самореализация и психологические нарушения //

Духовный кризис / Р. Ассаджиоли - М. : Класс, 2000. – 249 с.

5. Асмолов А. Г. Психология личности / А. Г. Асмолов - М. : МГУ, 1990. С. 45-53.

6. Ахвердова О. А. Личностные и поведенческие расстройства у людей с

сердечной недостаточностью / О. А. Ахвердова, И. В. Боев, Н. Н.

Волоскова - Ставрополь, 2000. - 214 с.

7. Ахвердова О. А. Дифференциальная психология акцентуаций и

конституциональных личностных радикалов. Учебно – методическое

пособие / О. А. Ахвердова, И. В. Боев, А. П. Коваленко - Ставрополь,

1997. - С. 77-80.

8. Блинков Ю. А. Медико - социальная экспертиза лиц с ограниченными возможностями / Серия «Учебники, учебные пособия» / Ю. А. Блинков, В. С. Ткаченко, Н. П. Клушина - Ростов н / Д : Феникс, 2002. - 320 с.

9. Боев И. В. Пограничная аномальная личность / И. В. Боев –

Ставрополь, 1999. - С. 54-60.

10. Братусь Б. С. Аномалии личности / Б. С. Братусь - М. : Мысль, 1998.

- 343 с.

11. Бройтигам В. Психосоматическая медицина / В. Бройтигам, П.

Кристиан, М. Рад. - М., 1999. – С. 123-125

12. Былим И. А. Социальная работа в психиатрии / И. А. Былим, Т. Ф.

Маслова, М. Н. Порубаева – Ставрополь : СКСИ, 2004. - 318 с.

13. Бютнер К. Жить с инфарктом миокарда / К. Бютнер - М., 1991. –

123 с.

14. Возрастная психология / Под ред. А. В. Петровского - М., 1979. - 288 с.

15. Василюк Ф. Е. Психология переживания / Ф. Е. Василюк - М. : МГУ,

1984. – С. 37-40.

16. Влияние инфаркта миокарда на смысловую сферу человека //

Психологический журнал. - 1998. – Т. 22, №2. – С. 66–74.

17. Выготский Л. С. Собрание сочинений / Л. С. Выготский - Т. 4. - М.,

1984. - 483 с.

18. Ганзен В. А. Системные описания в психологии / В. А. Ганзен - Л. :

Воронеж, 1988. – 320 с.

19. Гоч В. П. Лекции. Первая ступень. Основы причинности. Полевая

работа. Управляющие матрицы / В. П. Гоч. – Тюмень, 2000. – 312 с.

20. Дикая Л. Г. Становление новой системы психической регуляции в

экстремальных условиях деятельности / Л. Г. Дикая // Принцип

системности в психологических исследованиях. - М. : Наука, 1990. –

С. 103-114.

21. Елисеев О. П. Конструктивная типология и психодиагностика

личности / О. П. Елисеев – Псков, 1994. – 208с.

22. Захаров А. И. Как предупредить отклонения в поведении / А. И.Захаров

М., 1980. - 128 с.

23. Зейгарник Б. В. Очерки по психологии аномального развития личности /

Б. В. Зейгарник, Б. С. Братусь. – М. : МГУ, 1980. – 169 с.

24. Иберла К. Факторный анализ / К. Иберла - М., 1980. – С. 145-151.

25. Курс общей, возрастной и педагогической психологии - М. :

Просвещение, 1982. - С. 85-87.

26. Кучеренко В. В. Измененные состояния сознания:

психологический анализ / В. В. Кучеренко, А. В. Россохин //

Вопросы психологии. – 1998. - № 3. - С. 70-75.

27. Леонгард К. Акцентуированные личности / К. Леонгард. - Киев,

1981. – С. 77-79.

28. Леонтьев А. А. Психологическая структура значения / А. А.

Леонтьев - М. : Наука, 1971. – 368 с.

29. Леонтьев А. Н. Деятельность. Сознание. Личность / А. Н.

Леонтьев - М., 1975. - С. 167-171.

30. Магомед-Эминов М. Ш. Личность и экстремальная

жизненная ситуация / М. Ш. Магомед-Эминов // Вестник МГУ.

Серия психология. – 1996. – № 4. – С. 26–35.

31. Малкина - Пых И. Г. Психосоматика: Справочник практического

психолога / И. Г. Малкина - Пых - М. : Изд - во Эксмо, 2004. - 992 с.

32. Мартыненко А. В. Теория медико - социальной работы: учебное

пособие / А. В. Мартыненко - М. : Издательство МГСА, 2002. - 80 с.

33. Мухина В. С. Проблемы генезиса личности / В. С. Мухина В. С. –

М., 1985. - 103 с.

34. Мясищев В. Н. Личность и неврозы / В. Н. Мясищев – Л. :

Медицина, 1960. - С. 91-95.

35. Мясищев В. Н. Персонология, психология и медицина / В. Н.

Мясищев // Клинико-психологические исследования личности. - Л. :

Медицина, 1971. - С. 5-19.

36. Мясищев В. Н. Психологическая наука в СССР / В. Н. Мясищев. – М.

: Изд-во АПН РСФСР, 1960. – 372 с.

Т. 2. - 1969. - 372 с.

37. Некрасов А. Я. Международный опыт социальной работы: учеб.

пособие / А. Я. Некрасов - М. : Издательство АСТ, 1997. - 92 с.

38. Несмелов В. А. Наука о человеке / В. А. Несмелов - М. :

Издательство АСТ, 2003. - 387 с.

39. Никишина Б. В. Психодиагностика в системе социальной работы / Б.

В. Никишина – М. : Владос, 2004. – 208 с.

40. Николаева В. В. Влияние хронической болезни на психику / В. В.

Николаева – М. : Издательство Московского университета, 1987. - 354 с.

41. Нравственность. Агрессия. Справедливость // Под ред. А. М.

Матюшкова - М., 1992. - С.4-8.

42. Пезешкиан Н. Психосоматика и позитивная психотерапия / Н.

Пезешкиан - М., 1996. - С.45-50.

43. Петренко В. Ф. Влияние аффекта на семантическую организацию

значений / В. Ф. Петренко, В. В. Кучеренко, А. А. Нистратов - М. :

Наука, 1982. - С. 60-80.

44. Петренко В. Ф. Психосемантический подход к исследованию

сознания и личности / В. Ф. Петренко // Психологичекое обозрение.

1996. - № 2 (3). - С. 12-17.

45. Петренко В.Ф. Основы психосемантики / В. Ф. Петренко –

Смоленск, 1997. – 345 с.

46. Петренко В. Ф. Психосемантика сознания / В. Ф. Петренко - М. :

Педагогика, 1981. – 213 с.

47. Прохоров А. О. Интегрирующая функция психических состояний / А. О.

Прохоров // Психологический журнал. - 1994. - Т. 15, №1. - С. 136-46.

48. Прохоров А. О. Неравновесные психические состояния и их

характеристики в учебной и педагогической деятельности /

А. О. Прохоров // Вопросы психологии. – 1998. - № 4. - С. 32-44.

49. Прохоров А. О. Психология неравновесных состояний /

А. О Прохоров - М. : Наука, 1998. – С. 67-75.

50. Прохоров А.О. Неравновесные (неустойчивые) психические

состояния / А. О. Прохоров // Психологический журнал – 1999. –

Т.1, №2. - С. 115-124.

51. Психологічна допомога сім'ї - К. : Шкільний світ, 2005. - 243 с.

52. Робота психолога та соціального педагога з різними категоріями

сімей - Луганськ : Знання, 2006. - 184 с.

53. Рубинштейн С. Л. Основы общей психологии / С. Л. Рубинштейн –

М. : Просвещение, 1989. – 367 с.

54. Русина Н. А. Психологические защиты и методы совладания:

отличия, проявления в психотерапевтической практике,

эффективность / Н. А. Русина. – М. : Ярославль, 1999. – С. 157-173.

55. Серый А. В. Система личностных смыслов: структура, функции,

динамика / А. В. Серый. – Кемерово : Кузбассвузиздат, 2004. – 272 с.

56. Сыромятников И. В. Психодиагностика. Учебное пособие для вузов

/ И. В. Сыромятников – М. : Академ. Проект, 2005. – 234 с.

57. Урбанская О. Н. Работа с семьями больных, перенесших инфаркт миокарда

/ О. Н. Урбанская - М. : Просвещение, 1986. - 192 с.

58. Фрейд А. Психология «Я» и защитные механизмы / А. Фрейд - М.,

1993. - С. 58-60.

59. Хьелл Л. Теории личности / Л. Хьелл, Д. Зиглер - С - П., 1999. - 312 с.

60. Чудновский В. С. Клиническая психология / В. С. Чудновский, И. А.

Былим - Ставрополь, 2002. - 278 с.

61. Чумаков Б. Н. Валеология : учеб. пособие / Б. Н. Чумаков - М. :

Педагогическое общество России, 2000. - 407 с.

62. Эриксон Э. Идентичность : юность и кризис / Э. Эриксон - М.,

1996. - С. 89-95.

63. Ялом А. М. Краткосрочная позитивная психотерапия / А. М. Ялом -

Спб : Питер, 1997. - С. 45-48.

**Додаток А**

**Зразок протоколу до методики СЖО**

**ПРОТОКОЛ:**

**П. І.Б.:**

**Стать:**

**Освіта:**

**Інструкція:**

Вам будуть запропоновані пари протилежних тверджень. Ваше завдання - вибрати одне із двох тверджень, що, на Вашу думку, більше відповідає дійсності, і відзначити одну із цифр 1, 2, 3, залежно від того наскільки Ви впевнені у виборі (або 0, якщо обоє твердження на Ваш погляд однаково вірні).

Звичайно мені дуже нудно 3210123 Звичайно я сповнений енергії

Життя здається мені завжди хвилююче й захоплююче

3210123 Життя здається мені зовсім спокійним й рутинним

У житті я не маю певних цілей і намірів

3210123 У житті я маю дуже ясні цілі й наміри

Моє життя представляється мені вкрай безглуздим й безцільним

3210123

Моє життя представляється мені цілком осмисленим та цілеспрямованим.

Кожен день здається мені завжди новим і несхожим на інші

3210123

Кожен день здається мені зовсім схожим на всі інші.

Коли я піду на пенсію, я займуся цікавими речами, якими завжди мріяв зайнятися

3210123

Коли я піду на пенсію, я постараюся не обтяжувати себе ніякими турботами.

Моє життя склалося саме так, як я мріяв

3210123 Моє життя склалося зовсім не так, як я мріяв.

Я не домігся успіхів у здійсненні своїх життєвих планів

3210123

Я здійснив багато чого з того, що було мною заплановане в житті.

Моє життя порожнє й нецікаве

3210123 Моє життя наповнене цікавими справами

Якби мені довелося підводити сьогодні підсумок мого життя, то я б сказав, що воно було цілком осмисленим.

3210123

Якби мені довелося сьогодні підбивати підсумок мого життя, то я б сказав, що воно не мало змісту.

Якби я міг вибирати, то я б побудував своє життя зовсім інакше.

3210123

Якби я міг вибирати, то я б прожив життя ще раз так само, як живу зараз.

Коли я дивлюся на навколишній світ, він часто приводить мене в розгубленість і занепокоєння.

3210123

Коли я дивлюся на навколишній світ, він зовсім не викликає в мене занепокоєння й розгубленості.

Я людина дуже обов'язкова

3210123 Я людина зовсім не обов'язкова.

Я думаю, що людина має можливість здійснити свій життєвий вибір по своєму бажанню.

3210123

Я думаю, що людина не має змоги вибирати через вплив природних здатностей і обставин.

Я виразно можу назвати себе цілеспрямованою людиною

3210123 Я не можу назвати себе цілеспрямованою людиною.

У житті я ще не знайшов свого покликання і ясних цілей

3210123 У житті я знайшов своє покликання й ціль.

Мої життєві погляди ще не визначилися

3210123 Мої життєві погляди цілком визначилися.

Я вважаю, що мені вдалося знайти покликання й цікаві цілі в житті.

3210123

Я навряд чи здатний знайти покликання й цікаві цілі в житті.

Моє життя в моїх руках, і я сам управляю ним

3210123 Моє життя не підвласне мені й воно управляється зовнішніми подіями.

Мої повсякденні справи приносять мені задоволення

3210123

Мої повсякденні справи приносять мені суцільні неприємності й переживання.