федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего образования

«Оренбургский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

**МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ**

**ПО САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЕ**

**ПО ОРГАНИЗАЦИИ ИЗУЧЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ**

НАРКОЛОГИЯ

по направлению специальности

31.08.20 Психиатрия

Является частью основной профессиональной образовательной программы высшего образования по направлению специальности 31.08.20, психиатрия

утвержденной ученым советом ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России

протокол № 11 от «22» июня 2018 г.

Оренбург

**1.Пояснительная записка**

Самостоятельная работа — форма организации образовательного процесса, стимулирующая активность, самостоятельность, познавательный интерес обучающихся.

Самостоятельная работа обучающихся является обязательным компонентом образовательного процесса, так как она обеспечивает закрепление получаемых знаний путем приобретения навыков осмысления и расширения их содержания, решения актуальных проблем формирования общекультурных (универсальных), общепрофессиональных и профессиональных компетенций, научно-исследовательской деятельности, подготовку к занятиям и прохождение промежуточной аттестации.

Самостоятельная работа обучающихся представляет собой совокупность аудиторных и внеаудиторных занятий и работ, обеспечивающих успешное освоение образовательной программы высшего образования в соответствии с требованиями ФГОС. Выбор формы организации самостоятельной работы обучающихся определяется содержанием учебной дисциплины и формой организации обучения (лекция, семинар, практическое занятие, др.).

Целью самостоятельной работы является: В результате выполнения самостоятельной работы по дисциплине (модулю) обучающийся должен: овладеть знаниями по вопросам наркологии.

**2. Содержание самостоятельной работы обучающихся.**

Содержание заданий для самостоятельной работы обучающихся по дисциплине представлено ***в фонде оценочных средств для проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации по дисциплине***, который прикреплен к рабочей программе дисциплины, раздел 6 «Учебно- методическое обеспечение по дисциплине (модулю)», в информационной системе Университета.

Перечень учебной, учебно-методической, научной литературы и информационных ресурсов для самостоятельной работы представлен в рабочей программе дисциплины, раздел 8 « Перечень основной и дополнительной учебной литературы, необходимой для освоения дисциплины (модуля)».

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | | | Тема самостоятельной  работы | | Форма  самостоятельной работы | Форма контроля самостоятельной работы  *(в соответствии с разделом 4 РП)* | Форма  контактной  работы при  проведении  текущего  контроля | |
| 1 | | | 2 | | 3 | 4 | 5 | |
| Самостоятельная работа в рамках всей дисциплины | | | | | | | | |
| 1 | | | Написание полной клинической истории болезни | | Написание полной истории болезни | проверка историй болезни; устный опрос; проверка практических навыков | КСР, на базе практической подготовки, аудиторная- на базе практической подготовки. | |
| 1 | | |  | | Подготовка рефератов | Проверка рефератов | КСР, на базе практической подготовки | |
| Самостоятельная работа в рамках практических занятий  дисциплины«Наркология» | | | | | | | | |
| 11 | Тема «Наркология – определение, распространенность. Этиопатогенез алкоголизма, наркоманий, токсикомании. Факторы, способствующие развитию зависимости от ПАВ (физиологические, психологические, социальные).» | | | | Написание полной истории болезни  Подготовка к практическому занятию | Проверка практических навыков  Устный опрос | Аудиторная- на практических занятиях; КСР, на базе практической подготовки  Аудиторная- на практических занятиях | |
| 22 | 2.Тема «Клиника наркологических заболеваний. Стадии развития: психическая, физическая зависимости, деградация личности. Изменение личности: акцентуация, психопатизация, деградация.» | | | | Написание полной истории болезни  Подготовка к практическому занятию | проверка практических навыков.  Устный опрос | Аудиторная- на практических занятиях; КСР, на базе практической подготовки  Аудиторная- на практических занятиях | |
| 33 | Тема «Острые и хронические алкогольные психозы.» | | | | Написание полной истории болезни  Подготовка к практическому занятию | Проверка практических навыков  Устный опрос | Аудиторная- на практических занятиях; КСР, на базе практической подготовки  Аудиторная- на практических занятиях | |
| 44 | Тема «Энцефалопатические психозы.» | | | | Написание полной истории болезни  Подготовка к практическому занятию | Проверка практических навыков  Устный опрос | Аудиторная- на практических занятиях; КСР, на базе практической подготовки  Аудиторная- на практических занятиях | |
| 1… | 5 Тема «Психодиагностика при алкогольной зависимости» | | | | Написание полной истории болезни  Подготовка к практическому занятию  Проведение обследования пациентов психологическими тестами (опросник ТОБОЛ, метод незаконченных предложений) | Проверка практических навыков  Устный опрос  Контроль выполнения практического задания | Аудиторная- на практических занятиях; КСР, на базе практической подготовки  Аудиторная- на практических занятиях  Аудиторная- на практических занятиях | |
| 16 | | Тема «Лечение алкоголизма, наркомании и токсикомании. Симптоматическая, дезинтоксикационная и неспецифическая терапия». | | | Написание полной истории болезни  Подготовка к практическому занятию  Проведение алкогольной провокации при сенсибилизированной и условно-рефлекторной терапии. | Проверка практических навыков  Устный опрос  Контроль выполнения практического задания | Аудиторная- на практических занятиях; КСР, на базе практической подготовки  Аудиторная- на практических занятиях  Аудиторная- на практических занятиях | |
| … | | 7 Тема «Психотерапия при лечении алкоголизма, наркомании и токсикомании.» | | | Написание полной истории болезни  Проведение различных мер психотерапевтического и психокоррекционного воздействия на пациентов и членов их семей (рациональная психотерапия, аутогенная, суггестивная психотерапии и прочие).  Подготовка к практическому занятию | Проверка практических навыков, проверка историй болезни  Контроль выполнения практического задания  Устный опрос | Аудиторная- на практических занятиях; КСР, на базе практической подготовки  Аудиторная- на практических занятиях  Аудиторная- на практических занятиях | |
| 18 | | Тема «Реабилитация больных с зависимостью от ПАВ.» | | Проведение различных мер реабилитации больных с зависимостью от ПАВ.  Сдача полной истории болезни  Подготовка к практическому занятию  Сдача рефератов | | Контроль выполнения практического задания  Проверка истории болезни  Устный опрос  Реферат | | Аудиторная- на практических занятиях  КСР, на базе практической подготовки  Аудиторная - на практических занятиях  КСР, на базе практической подготовки |

**3. Методические указания по выполнению заданий для самостоятельной работы по дисциплине.**

**Методические указания по подготовке и оформлению реферата**

Реферат – самостоятельная научно-исследовательская работа студента по раскрытию сути исследуемой проблемы, изложению различных точек зрения и собственных взглядов на нее. В реферате в последовательности должны быть все его структурные элементы: титульный лист, содержание, введение, основная часть, заключение, список использованных источников.

1. Титульный лист реферата должен отражать название вуза, название факультета и кафедры, на которой выполняется данная работа, название реферата, фамилию и группу выполнившего, фамилию и ученую степень проверяющего.

2. В оглавлении последовательно излагаются названия пунктов реферата, указываются страницы, с которых начинается каждый пункт.

3. Во введении формулируется суть исследуемой проблемы, обосновывается выбор темы, определяются ее значимость и актуальность, указываются цель и задачи реферата, дается характеристика используемой литературы.

4. Основная часть: каждый раздел доказательно раскрывает отдельную проблему или одну из ее сторон, логически является продолжением предыдущего; в основной части могут быть представлены таблицы, графики, схемы.

5. Заключение: подводятся итоги или дается обобщенный вывод по теме реферата, предлагаются рекомендации.

Содержание реферата должно быть логичным; изложение материала носить проблемно-тематический характер, а текст полностью отражать тему, отвечая следующим требованиям:

- актуальность рассматриваемой проблемы;

- обоснованность излагаемых проблем, вопросов, предложений;

- логичность, последовательность и краткость изложения;

- отражение мнения по проблеме реферирующего.

Ссылки по тексту реферата на используемые источники необходимо оформлять в квадратных скобках, указывая номер источника по списку литературы, приведенному в конце работы (например: [2]). Через точку после номера указываются дословно цитируемые предложения автора или страницы его текстов (например: [2. с. 24-25]). Собственные имена авторов в тексте реферата и источники на иностранном языке приводят на языке оригинала. Объем реферата как составной части педагогической практики должен составлять от 15 до 20 машинописных страниц формата А4. Размер шрифта «TimesNewRoman» 14 пт, межстрочный интервал, поля: правое — 10 мм; верхнее, левое и нижнее — 20 мм. Нумерация страниц должна быть сквозной, начиная с титульного листа (на титульном листе номер не ставится).

**Методические указания обучающимся по подготовке**

**к практическим занятиям**

Практическое занятие *–* форма организации учебного процесса, направленная на повышение обучающимися практических умений и навыков посредством группового обсуждения темы, учебной проблемы под руководством преподавателя.

*При разработке устного ответа на практическом занятии можно использоватьклассическую схему ораторского искусства. В основе этой схемы лежит 5 этапов*:

1. Подбор необходимого материала содержания предстоящего выступления.

2. Составление плана, расчленение собранного материала в необходимой логической последовательности.

3. «Словесное выражение», литературная обработка речи, насыщение её содержания.

4. Заучивание, запоминание текста речи или её отдельных аспектов (при необходимости).

5. Произнесение речи с соответствующей интонацией, мимикой, жестами.

*Рекомендации по построению композиции устного ответа:*

1. Во введение следует:

- привлечь внимание, вызвать интерес слушателей к проблеме, предмету ответа;

- объяснить, почему ваши суждения о предмете (проблеме) являются авторитетными, значимыми;

- установить контакт со слушателями путем указания на общие взгляды, прежний опыт.

2. В предуведомлении следует:

- раскрыть историю возникновения проблемы (предмета) выступления;

- показать её социальную, научную или практическую значимость;

- раскрыть известные ранее попытки её решения.

3. В процессе аргументации необходимо:

- сформулировать главный тезис и дать, если это необходимо для его разъяснения, дополнительную информацию;

- сформулировать дополнительный тезис, при необходимости сопроводив его дополнительной информацией;

- сформулировать заключение в общем виде;

- указать на недостатки альтернативных позиций и на преимущества вашей позиции.

4. В заключении целесообразно:

- обобщить вашу позицию по обсуждаемой проблеме, ваш окончательный вывод и решение;

- обосновать, каковы последствия в случае отказа от вашего подхода к решению проблемы.

*Рекомендации по составлению развернутого плана-ответа*

*к теоретическим вопросам практического занятия*

1. Читая изучаемый материал в первый раз, подразделяйте его на основные смысловые части, выделяйте главные мысли, выводы.

2. При составлении развернутого плана-конспекта формулируйте его пункты, подпункты, определяйте, что именно следует включить в план-конспект для раскрытия каждого из них.

3. Наиболее существенные аспекты изучаемого материала (тезисы) последовательно и кратко излагайте своими словами или приводите в виде цитат.

4. В конспект включайте как основные положения, так и конкретные факты, и примеры, но без их подробного описания.

5. Отдельные слова и целые предложения пишите сокращенно, выписывайте только ключевые слова, вместо цитирования делайте лишь ссылки на страницы цитируемой работы, применяйте условные обозначения.

6. Располагайте абзацы ступеньками, применяйте цветные карандаши, маркеры, фломастеры для выделения значимых мест.

**ДЕОНТОЛОГИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ О РАБОТЕ С БОЛЬНЫМИ В ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ**

(к 1 и всем другим занятиям).

1. Необходимо быть вежливым с больными, независимо от их поведения, ко всем следует обращаться на "Вы", называя их по имени и отчеству.
2. Беседовать с больными в серьезном тоне, неторопливо. Не вышучивать высказывания больных, не смеяться над ними. Не вступать с больными в пререкания.
3. При обследовании больного нужно исходить из четкого плана беседы с ним, если больной отвлекается, следует (не допуская резкости) направить разговор в нужную сторону.
4. Не вступать с больными в разговоры и обсуждения, касающиеся их болезни, режима, выписки, отношений с родственниками и другими людьми. При необходимости­ дать ответ на соответствующие вопросы больного, направлять его к лечащему врачу.
5. Не вести в присутствии больного разговор на медицинские темы, особенно относящиеся к его болезни.
6. Не обманывать больных. Воздержаться от разговора о том, что может вызвать волнение. Не давать больным невыполнимых обещаний.
7. Следить, чтобы больной после обследования не остался без надзора. Побеседо­вав с ним, передавать его дежурному персоналу. Не уводить больных из отделения без ведома персонала. Не оставлять открытыми двери отделения.
8. Не выполнять без ведома врача каких-либо просьб больного, не передавать  
   письма, вещи, не сообщать каких-либо сведений о больном.
9. Не оставлять в отделении: спичек, лезвий от бритв, булавок.

**Методические указания обучающимся к написанию**

**психического статуса**

Студенту надлежит описать психическое состояние больного, сосредоточившись на тех проявлениях, которые относятся к расстройствам, изучаемым на данном занятии. Он должен выделить симптомы и синдром (синдромы); по возможности и те, которые не относятся к теме занятия. Для этого он использует сведения из тех лекций, которые им уже прослушаны.

Студент на каждом из занятий по общей психопатологии курирует нового больного. На двух студентов обычно дается один больной –один из кураторов ведет расспрос, а другой — делает записи; на следующем занятии они меняются ролями. Описание психического статуса с установлением симптомов и синдрома — основной способ отчета в выполнении практической задачи; преподаватель должен сделать заключение о нем после демонстрации больного, а если больной на занятии не демонстрируется, то после беседы в процессе разбора аналогичного больного или в конце занятия

В работе с больным, в составлении статуса, анализа его студент руководствуется: 1)планом психического статуса; 2)указаниями об особенностях работы в психиатрической больнице, дополнительными указаниями по методике исследования памяти и умственных способностей. Психический статус зачитывается вслух одним из кураторов.

**План психического статуса**

Ориентировка во времени, месте, собственной личности. Доступность – вступает ли в общение быстро и охотно, обнаруживает ли замкнутость и нежелание общаться.­ Быстрота психических реакций. Мимика и моторика: живость, изменчивость, адекватность мимики, выразительность, пластичность, ловкость движений, поза. Признаки возбуждения или заторможенности. Речь: голосовые модуляции, вырази­тельность. Мышление: связность, последовательность, быстрота. Поведение в отде­лении, степень активности, занятия больного. Аккуратность в еде и одежде. Дисци­плинированность. Преобладающее настроение, его устойчивость, сдвиги настрое­ния, эмоциональные реакции на поведение окружающих, на помещение в больницу, на обследование.

Обманы восприятия (галлюцинации, иллюзии, психосенсорные нарушения), их подробная характеристика. В ней нужно отразить, что именно воспринимает боль­ной, бывают ли обманы постоянно или эпизодически, ночью или в любое время су­ток. Отношение больного к галлюцинаторным переживаниям. Болезненные (бредо­вые, сверхценные, навязчивые) мысли, подробная характеристика их содержания. Когда они возникают, как мотивирует их больной (логичность, степень убежденно­сти, активность в доказательствах), как влияют они на поведение. Внимание, па­мять, суждение, критика. Внимательность в беседе, полнота сообщения сведений о прошлом, запас знаний, суждений об окружающих (в тех случаях, когда намечаются отклонения памяти и мыслительных способностей, необходимо тщательное обсле­дование и описание). Для этого следует воспользоваться инструкцией "Приемы исследования памяти и мышления".

Заключение к психическому статусу:

а) перечень симптомов

б) обозначение синдромов (синдрома)

**Приемы исследования памяти и мышления**

***Внимание:***

а) Наблюдение в беседе должно выявить, способен ли больной

сосредоточиться, слушая, что ему говорят и пересказать;

б) Последовательное вычитание из 100 по 7 или по 13;

в) Перечисление дней недели в обратном порядке.

***Память:***

а) Проверка запоминания текущих событий дня, что делал, что ел, где был, кого видел.

б) Запоминание нескольких однозначных цифр, слов (не менее пяти), например: нужно спросить их через 1 мин., через 10 мин., через час.

в) Прослушивание короткого рассказа или басни с последующей передачей содержания. Например: ПЛОХОЙ СТОРОЖ. У одной хозяйки мыши поели в погребе сало. Тогда она заперла в погребе кошку. А кошка поела и сало, и мясо, и молоко. УМНАЯ ГАЛКА. Хотела галка пить. На дворе стоял кувшин с водой, а в кувшине была вода только на дне. Галке нельзя было ее достать. Она стала кидать в кувшин камешки и столько набросала, что вода поднялась и можно было пить.

г) Память на прошедшие события, на общеизвестные исторические факты, на события личной жизни, сохранность школьных и профессиональных знаний. Конфабуляции выявляются в рассказах больного о своей жизни или путем специальных "на­водящих" вопросов: "Что вчера здесь произошло?". "Где вы были вчера?", "Кого встретили?". "Куда ходили?","Куда ездили?".

***Мышление:***

Кроме проб, необходимо наблюдение за поведением больного в отделении, во время беседы. Учитывается сохранение чувств такта, понимание ситуации, умение вести себя в новой обстановке. Во всех случаях при определенной степени слабо­умия во внимание принимается культурный уровень больного, запас знаний.

а) Для оценки простейших суждений в первую очередь нужны высказывания больных об окружающих их людях, об их поступках. Выясняют понимание боль­ными возможных причин этих поступков, умение планировать действия при решении привычных задач, например: рассказать, как приготовить пищу, рассчитать, сколько продуктов требуется на обед для семьи и т.д.

б) Способность к более сложным суждениям и абстрактному мышлению исследу­ются путем проб на обобщение однородных понятий, например, стол, стул, диван (мебель), разграничение понятий: кража и заем, река и озеро, ложь и ошибка; при грубом слабоумии - более отдаленных понятий, например: машина и лошадь, рыба и лодка; понимание переносного значения поговорок, пословиц, умение применять их к ситуациям, близким и понятным больному, понимание подтекста басен, шуток, общего смысла короткого рассказа.

***При исследовании критики выясняют:***

а) отношение пациента к его болезни в целом - считает ли он себя больным, в чем видит болезнь, как переживает сам факт заболевания;

б) отношение к отдельным жизненным изменениям: как сам больной оценивает изменение своих мыслительных способностей, нарушение памяти, речи, отношение к этим недостаткам при указании на них со стороны. Регистрируют также способ­ность улавливать ошибки в суждениях других больных или ошибки в суждениях, нарочито высказанных собеседником;

в) критика больного к своему поведению: отметить реакцию больных на собственные неправильные поступки при указании на них, понимание больным отношения к нему окружающих, такие проявления, как развязность, бестактность.

**Методические рекомендации обучающимся по написанию полной истории болезни**

Студенты лечебного факультета курируют больных как взрослых, так и детей. Поскольку общая схема описания и порядок обследования его методики не имеет принципиальных отличий, здесь приводится подробный план истории болезни, которым необходимо руководствоваться при курации как ребенка, так и взрос­лого.

Необходимо понимать, что у ребенка «субъективный анамнез» не может быть достаточно полным, что самое важное для его обследования — объективный анамнез должен быть достаточно подробным, содержать подробное описание всех деталей физического и нервно-психического развития ребенка, условий, в которых он растет и развивается. С другой стороны, от взрослых больных нет возможности получить о детстве такие сведения и поэтому расспрос их об этом может быть ограничен теми .данными, которые имеют явное значение для понимания болезни взрослого (болезни родителей, задержка развития, тяжелые условия в детстве, слабая успеваемость в школе, проявление детской «нервности», тяжелые инфекции, физические и психические травмы).

**ПЛАН ПОЛНОЙ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ И ОБОСНОВАНИЯ ДИАГНОЗА**

1. ПАСПОРТНЫЕ ДАННЫЕ.

2. АНАМНЕЗ СУБЪЕКТИВНЫЙ И ОБЪЕКТИВНЫЙ.

***A. Семейный анамнез.***

Сведения о ближайших родственниках, судьба которых известна, детях больного. Психические отклонения и заболевания у них: припадки, странности характера, са­моубийства, алкоголизм, сосудистые поражения, эндокринные и обменные наруше­ния.

***Б. Анамнез жизни.***

Раннее детство. Возраст родителей в момент рождения больного, как протекали роды у матери. Развитие ребенка. Когда начал ходить, говорить. Детские заболева­ния, течение их и последствия. Ночное недержание мочи, ночные страхи, нервность, припадки.

Школьный период. Начало обучения, успеваемость, усидчивость. Интерес к тем или иным занятиям, школьным предметам. Затруднения в учебе и их причины.

Половая сфера. Время наступления полового созревания, нервно-психические от­клонения в пубертатном периоде. Половое влечение, связи, сексуальные отклонения. Для женщин - время наступления менструаций, их регулярность. Беременности и аборты, роды. Климакс, протекание его.

Основные особенности личности до болезни. Активность, уравновешенность, терпеливость. Склонность к аффектам и нервным срывам, преобладающее настроение, колебания его. Общительность, преобладающие интересы, увлечения.

Семейная жизнь. Когда вступил в брак, отношения в семье.

Служба в армии. Приспособление к условиям армии, конфликты, дисциплинарные нарушения.

Профессиональный анамнез. Начало трудовой деятельности. Перемены профессии и их причины. Конфликтность на работе. Удовлетворенность работой. Профессио­нальные вредности.

Внешние вредности и их влияние на нервную систему. Перенесенные инфекции: психические нарушения в остром периоде. Интоксикации, употребление алкоголя, с какого времени, с какой частотой. Характер опьянения. Похмелье и последующие нервно-психические нарушения. Психические травмы.

***B. Анамнез заболевания.***

Болезненные эпизоды в прошлом. Первые проявления болезни: головные боли, головокружение, бессонница, снижение работоспособности, раздражительность, снижение интересов, изменение склонностей, замкнутость, изменение настроения, странные поступки и высказывания, бред и др.

Течение заболевания до момента помещения в больницу.

3. НАСТОЯЩЕЕ СОСТОЯНИЕ. НЕПОСРЕДСТВЕННЫЙ ПОВОД И ОБСТОЯ­ТЕЛЬСТВА СТАЦИОНИРОВАНИЯ.

А. Краткие соматические и неврологические данные.

Отклонения в соматическом и неврологическом статусах и лабораторных исследо­ваниях.

Б. Психический статус: см. зан.1, стр. 22.

4. ОБОСНОВАНИЕ ДИАГНОЗА, (подробные указания - см стр. 44)

1. Перечисление физических и психических симптомов.
2. Синдромальный диагноз.
3. Оценка течения заболевания.
4. Оценка "почвы" и предполагаемая у данного больного этиология.
5. Предположительный диагноз болезни (с указанием признаков, на основании которых сделан выбор диагноза).
6. Дифференциальный диагноз: клинические особенности, отклоняющиеся от ти­пичных для предположенного заболевания, сходные с теми, которые бывают при других болезнях, дифференциация с этими заболеваниями.
7. Окончательный диагноз.

5. НАПРАВЛЕНИЕ В ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ ИЛИ НАРКОЛОГИЧЕСКИЙ СТАЦИОНАР

**Схема направления в психиатрический или наркологический стационар**

НАПРАВЛЕНИЕ

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

(название учреждения)

НАПРАВЛЯЕТСЯ НА СТАЦИОНАРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ (ОБСЛЕДОВАНИЕ)

В\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(областную психиатрическую больницу, наркологический диспансер)

ФИО пациента\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Год рождения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Домашний адрес\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Место работы\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_профессия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Сведения об инвалидности\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_срок п/о\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адреса родственников (Ф.И.О.)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_№тел.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Основание для госпитализации в стационар\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Госпитализация: а)добровольная; б) недобровольная.

(подчеркнуть)

При недобровольной госпитализации указать основания (критерии):

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

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

Последний раз лечился в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование психиатрического стационара и дата)

Оказанная неотложная психиатрическая помощь\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Данные о параклинических обследованиях\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Объективные сведения о больном (анамнез, катамнез) напрвляется в больницу первично, повторно с указанием проводимого лечения до поступления в стациоар, диспансерного наблюдения ( о АДП, АПЛ)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

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

Психиатрический статус\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

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

Сомато-неврологический статус с указанием температуры тела, наличие телесных повреждений, угрожающих для жизни явлений, контакт с инфекционными больными, осмотр на педикулез\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

Диагноз (синдромальный и предположительный нозологический\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

Врач общей практики:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись)

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_г.

**КРАТКИЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ К ОБОСНОВАНИЮ ДИАГНОЗА** (методика клинического разбора).

Первое условие правильного разбора - полнота и точность исследования и описа­ния больного в истории болезни, но для того, чтобы диагноз был правильным, нуж­но также систематическое мышление. В психиатрии это особенно необходимо ввиду сложности психопатологических проявлений и возможной субъективности в их оценке. Представленная здесь общая схема построения диагноза должна содейство­вать правильному и всестороннему пониманию болезни в каждом конкретном слу­чае.

1. ВЫДЕЛЕНИЕ СИМПТОМОВ

Прежде всего, нужно дать себе отчет в том, какие симптомы - неврологические, соматические и психопатологические - могут быть усмотрены в совокупности фак­тических данных, приведенных в истории болезни и перечислить эти симптомы. Недостаточный учет или неточное обозначение симптомов могут обесценить всю дальнейшую работу по построению диагноза и привести к ошибкам. Следует пом­нить, что врач далеко не всегда отмечает у больных такие типичные сочетания при­знаков, которые описаны в книгах. Для неопытного и невнимательного клинициста существует опасность "подгонять" свои описания к тем, которые есть в учебниках, находить симптомы, соответствующие заболеванию, на которые он настроился и не замечать явлений, противоречащих его диагностическому предположению.

2. СИНДРОМАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Вторым этапом диагностического мышления является объединение симптомов в синдромы. Синдром (группа симптомов, обусловленных единым патогенезом и за­кономерно появляющихся вместе при разных болезнях) - основная единица, кото­рой оперируют в диагностическом суждении. Обозначение синдрома должно соот­ветствовать принятой в психиатрии номенклатуре (см. стр. "Номенклатура син­дромов").

Квалификация синдрома может быть затруднительной ввиду нечеткой клиниче­ской картины или наличия симптомов, могущих быть отнесенными к различным синдромам. В таких случаях нужно определить, какие это синдромы и мотивиро­вать, почему диагностирован тот или иной синдром, несмотря на отклонения от ти­повой картины.

3. ОЦЕНКА ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Синдромальная картина состояния - только один из критериев нозологического диагноза. Другой критерий - течение заболевания. Поэтому необходимо дать терми­нологическую квалификацию течения, не повторяя фактического описания его в истории болезни.

Нередко врачу приходится иметь дело с длительно текущим заболеванием, и оценка его течения чрезвычайно важна не только для определения нозологической формы, не и для прогноза и для выбора метода лечения. Поэтому характеристика течения заболевания должна отражать все индивидуальные особенности развития болезни у данного больного. Особенно важна характеристика начала заболевания, инициального этапа. Желательно установить, какой синдром являлся преобладаю­щим, ведущим как в инициальном, так и в последующих этапах болезни. Важно также уловить моменты и характер смены (перехода) синдромов, их усложнение. Например, в случае параноидной шизофрении с обычным течением нужно выделить характерные этапы: паранойяльный, параноидный, парафренный, шизофазия (А. В. Снежневский).

В общей характеристике течения нужно пользоваться установленными понятиями: острое, подострое, прогрессируюшее (прогредиентное), ремитгирующее, приступообразное, регредиентное течение.

4. ОЦЕНКА "ПОЧВЫ" И ЭТИОЛОГИИ

В понятие "почва" вкладывается конституция больного, все те моменты в его со­стоянии до болезни, которые могли бы повлиять на возникновение болезни и фор­мирование ее картины. Должна быть дана оценка данных о наследственности боль­ного, о вредностях, которые действовали на больного в прошлом, об особенностях характера и соматической сферы.

В качестве предполагаемых причин психоза прежде всего должны быть рассмот­рены те внешние влияния, на которые есть достоверные указания в анамнезе. Долж­ны быть приняты во внимание не только основные, но и дополнительные причины и условия (в частности, психологическая ситуация).

5. ПРЕДПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ (выбор диагноза)

Диагностическое рассуждение имеет две стороны (два этапа): позитивную, постулирующую - утверждения о наличии того или иного заболевания и критическую - подбор и пересмотр всех данных, которые противоречат этому утверждению. До того, пока эта критическая оценка не сделана, диагноз имеет характер предположи­тельного. Для того, чтобы поставить предположительный диагноз, следует из имеющихся у больного симптомов, данных о течении, об этиологии отобрать такие признаки, которые соответствуют определенному заболеванию. Эти признаки следует привести для мотивировки предположительного диагноза. Другие, не характерные для предположенного заболевания клинические данные, оставляют­ся в стороне. Они будут учтены в дифференциальном и окончательном диагнозе.

ПРИМЕР: Больному 28 лет. С детства - обидчивый, очень чувствительный, замкнутый. В течение последних двух лет - повышенная утомляемость. Периодиче­ски возникали мысли о собственной неполноценности, чувство, что в его жизни "все идет самотеком". В течение полугода беспокоят неопределенные боли в голове. По­сле развода с женой стал замечать, что за ним следят, что посторонние ходят за ним по улицам, говорят о нем между собой, что посторонние люди смотрят на него. Больной насторожен, в отделении держится уединенно, временами отказывается от еды, прислушивается к чему-то. Вял, мимика бедная, интереса к беседе с врачом, к окружающему не обнаруживает.

Большинство фактов из представленной совокупности указывает на возмож­ность параноидной формы шизофрении. Этот предполагаемый диагноз можно мо­тивировать молодым возрастом, наличием бредовых идей преследования, не отра­жающих явным образом реального конфликта (разрыв с женой), замкнутостью больного, бедной эмоциональностью. Такие факты, как возникновение психоза по­сле конфликта, характерологические отклонения до болезни, которые дают основа­ние для другого предположения - о реактивном параноиде - будут рассмотрены при дифференциальном диагнозе.

6. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Дифференциальный диагноз предназначен для проверки предположительного и представляет собой критическую часть диагностического рассуждения. Предполо­жительный диагноз контролируется при помощи анализа тех признаков, которые характерны для предполагаемой формы.

Используем такой путь для контроля предположительного диагноза в нашем примере. Не типичными для параноидной формы шизофрении признаками в этом примере оказываются: возникновение бреда после конфликта, наличие сенситивных черт характера у больного, отсутствие нарушений в течении мыслей. Эти явления дают повод предполагать у больного реактивный параноид, возникший вследствие переживаний, обусловленных уходом жены.

Проводя дифференциацию с этим заболеванием, мы убеждаемся в том, что от­сутствие связи в содержании бреда с травмирующим переживанием, бедные эмо­циональные проявления несовместимы с этим диагнозом. Контроль, таким образом, подтверждает наш предполагаемый диагноз шизофрении.

Другой путь дифференциального диагноза - сличение (аналогия) с заболева­ниями, имеющими сходную картину. Например, устанавливая диагноз у больного со слуховыми галлюцинациями, мы можем иметь в виду различение между теми заболеваниями, для которых характерен вербальный галлюциноз - алкогольным, люэтическим психозами, психозами при общих инфекциях, шизофренией. Этот путь диагноза более прост, но он в меньшей мере учитывает конкретно индивидуальные особенности данного случая болезни. В практике диагноза дифференциально-диагностические предположения служат не только для построения суждений, но и для выбора действий, направленных на уточнение диагноза - лабораторных исследований, сбора недостающих сведений анамнеза и др.

В том случае, если диагностическое заключение, по мнению куратора, невоз­можно на основании сведений больничной истории болезни, в которой содержатся все анализы и другие данные исследований, он может выставить диагноз, который считает наиболее вероятным, наряду с другим, возможным, и указать, что необхо­димо сделать для устранения сомнений. Первый из этих диагнозов должен быть та­ким подробным, как и в том случае, если без сомнений устанавливается диагноз того или иного заболевания.

7. ОКОНЧАТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Предположительный диагноз ограничивается только указанием на общую но­зологическую форму и является самым кратким, самым общим, абстрактным диаг­нозом. Окончательный диагноз - развернутый, конкретный: он является результатом всего анализа заболевания, должен учитывать как типичное, общее для всех случаев данной нозологической формы, так и особое, индивидуальное, свойственное только данному больному (в частности, атипичные для данной формы симптомы). Такой диагноз называют структурным, имея в виду, что он отражает формирующие картину факторы: соотношение "почвы", основного и дополнительного фактора, особенности процесса и его локализации и т. п. (см. раздел программы "Этиология и патогенез", стр.).

Окончательный диагноз должен быть сформулирован таким образом, чтобы наряду с нозологической формой в нем были указаны:

1) вариант этой формы; 2) важнейший синдром; 3) тип течения; 4) этап или стадия течения; 5) выраженность патологических отклонений; 6) особенности локализации; 7) особенности "почвы", наследственности, характера.

Так, окончательный диагноз в нашем примере параноидной шизофрении может быть следующим: Шизофрения, параноидная форма, непрерывно-прогредиентное течение, параноидный этап у личности с психастеническими чертами характера.

Окончательный диагноз должен служить основой для мотивации прогноза, ле­чения, трудоустройства, поэтому он и должен быть установлен с исчерпывающей полнотой и конкретностью.

**Условно-рефлекторная терапия.** Метод основан на выработке отрицательной реакции на алкоголь. Сеанс проводится с несколькими группами больных одновременно, либо индивидуально. С помощью этого метода обеспечивается воздействие и на каждого больного, и пациентов друг на друга. Следовательно, происходит более быстрая выработка рвотного рефлекса и его закрепление. Больные получают обильную еду, до 2 л жидкости (чая). Заранее подкожно вводится апоморфин в установленной дозе. Больному дают стакан с алкогольсодержащим напитком (30 мл), больной нюхает, полощет рот, выпивает половинную дозу. Обычно реакция начинается с обильного слюнотечения, головокружения, шума в голове, затем появляются тошнота и рвота, которая длится в среднем 2—30 мин. За это время больной выпивает остаток алкоголя. После рвоты наступает облегчение, может быть сон. В результате такой массированной терапии в течение 4—5 сеансов вырабатывается отрицательное отношение к алкоголю. **Сенсибилизирующая терапия.** Эта методика применяется как амбулаторно, так и стационарно. Она тоже основана на выработке условно-рефлекторной отрицательной реакции на алкоголь. Для этого используют никотиновую кислоту в возрастающих дозах в сочетании с внутривенным введением 30%-ного раствора тиосульфата натрия, что вызывает тошнотно-рвотные реакции в ответ на введение алкоголя. Лечение проводят группами. Тетурам и его аналоги (антабус, стопетил) – это вещества, которые создают повышенную чувствительность к спиртным напиткам при употреблении последних. В результате этого употребление спиртного становится непереносимым. Тетурам – один из немногих препаратов, который вызывает довольно стойкую реакцию, но он обладает высокой токсичностью. Лечение тетурамом проводится под наблюдением врача в виде тетурамалкогольных проб или в виде поддерживающего лечения без проб длительным приемом небольшими дозами. Ежедневный прием тетурама в индивидуально подобранной дозе хорошо переносится пациентами и не дает осложнений даже при длительном лечении. Для создания лекарственного депо производится препарат «Эспераль» («Радотер»). Это приготовленные в стерильных условиях 10 таблеток тетурама. Эспераль вводят путем внутримышечной имплантации в подкожную жировую клетчатку ягодицы, бедра, под лопатку. Далее происходит постепенное всасывание препарата, а в крови больного поддерживается постоянная концентрация тетурама. Прием алкоголя вызывает приступ головокружения, дурноты, тошноты, рвоты, падение артериального давления. «Эспераль» применяют для терапии хронического алкоголизма тогда, когда болезнь не поддается другим видам лечения, но при этом рекомендуется продолжать психотерапевтическое лечение. В наше время очень эффективным методом считается комбинированное лечение – сочетание условно-рефлекторной терапии и тетурама. В течение 6 дней 2 раза в день, утром и вечером больной принимает по 0,5 г тетурама. На 7-й день утром он принимает 1 г тетурама, а после завтрака ему вводится апоморфин. После появления легких признаков тошноты дают спиртное. Начинаются тошнота, рвота. После лечения этим методом у пациентов появляются долгий и мучительный этап безотчетного страха и тошнотно-рвотная реакция на алкоголь, не проходящая долгое время. Повторные пробы проводят через 7 дней. При хорошо выраженных реакциях курс лечения состоит из 2—3 проб.

**Определение преобладающего типа отношения к болезни (ТОБОЛ)**

Опросник разработан в Научно-исследовательском психоневрологическом институте им. Бехтерева на основе концепции психологии отношений В. Н. Мясищева с целью оценки личностного реагирования на болезнь. С помощью опросника можно выявить 12 типов отношения пациента к болезни:

1. *Гармоничный*(Г) – трезвая оценка своего состояния без склонности преувеличивать его тяжесть и без оснований видеть все в мрачном свете, но и без недооценки тяжести болезни: стремление во всем активно содействовать успеху лечения; нежелание обременять других тяготами ухода за собой.

2. *Эргопатический*(Р) – уход от болезни в работу, характерно ответственное, одержимое отношение к работе, избирательное отношение к обследованию и лечению, обусловленное стремлением сохранить возможность продолжения активной трудовой деятельности.

3. *Анозогнозический* (3) – активное отбрасывание мысли о болезни, о возможных ее последствиях; приписывание проявлений болезни случайным обстоятельствам, отказ от обследования и лечения; желание обойтись «своими средствами», пренебрежение, легкомысленное отношение к болезни и лечению.

4. *Тревожный*(Г) – непрерывное беспокойство и мнительность в отношении неблагоприятного течения болезни, возможных осложнений, неэффективности и даже опасности лечения, поиск его новых способов, жажда дополнительной информации о болезни, выраженный интерес к объективным данным о заболевании, настроение тревожное; защитой от тревоги становятся приметы и ритуалы.

5. *Ипохондрический*(И) – «сосредоточение» на субъективных и иных неприятных ощущениях, стремление постоянно рассказывать о них окружающим; преувеличение действительных и высказывание несуществующих болезней и страданий, сочетание желания лечиться и неверия в успех, требования тщательного обследования, в то же время боязнь вреда и болезненности процедур.

6. *Неврастенический*(Н) – поведение по типу «раздражительной слабости», вспышки раздражения, особенно при болях, при неприятных ощущениях, при неудачах лечения, раздражение нередко изливается на первого попавшегося и завершается раскаяниями и слезами; непереносимость болевых ощущений, нетерпеливость, неспособность ждать облегчения.

7. *Меланхолический*(М) – удрученность болезнью, неверие в выздоровление, в возможное улучшение и эффект лечения; активные депрессивные высказывания вплоть до суицидных мыслей, пессимистический взгляд на все вокруг, неверие в успех лечения даже при благоприятных объективных данных.

8. *Апатический*(А) – полное безразличие к своей судьбе, к исходу болезни, к результатам лечения; пассивное подчинение процедурам и лечению при настойчивом побуждении со стороны, утрата интереса к жизни, ко всему, что ранее волновало.

9. *Сензитивный* (С) – чрезмерная озабоченность возможностью неблагоприятного впечатления, которое могут произвести на окружающих сведения о его болезни; опасения, что окружающие станут его избегать, считать неполноценным, пренебрежительно или с опаской относиться, распускать неблагоприятные слухи о причине и природе болезни; боязнь стать обузой для близких из-за болезни и неблагожелательного отношения с их стороны в связи с этим.

10. *Эгоцентрический* (Я) – «уход в болезнь», выставление на показ близким и окружающим своих страданий и переживаний с целью полностью завладеть их вниманием; требование исключительной заботы о себе, постоянное желание показать другим свое особое положение, исключительность своей болезни.

11. *Паранойяльный* (П) – уверенность, что болезнь — результат чьего-то умысла, крайняя подозрительность к лекарствам и процедурам, стремление приписывать возможные осложнения и побочные действия лекарств халатности или злому умыслу врачей и персонала, обвинения и требования наказания в связи с этим.

12. *Дисфорический* (Д) – доминирует мрачно-озлобленное настроение, постоянный угрюмый вид; зависть и ненависть к здоровым, вспышки крайней озлобленности со склонностью винить в своей болезни других, требование особого внимания к себе, подозрительность к процедурам и лечению, деспотическое отношение к близким – требование во всем ему угождать.

Опросник ТОБОЛ включает 12 таблиц-наборов, которые содержат от 1 до 17 пронумерованных утверждений. Пациенту предлагается в каждой таблице-наборе выбрать два наиболее подходящих для него утверждения и номера сделанных выборов обвести кружком в регистрационном листе.

По таблице кода для каждого отмеченного в регистрационном листе утверждения определяются диагностические коэффициенты, которые заносятся в бланк «результаты обследования». Диагностические коэффициенты в каждом из столбцов, соответствующих 12 шкалам типов отношения к болезни, суммируют, получают 12 значений шкальных оценок, которые заносят в графу, обозначенную Е (сумма). Шкальная оценка для гармоничного (Г), эргопатического (Р) и анозогнозического (А) типов приравнивается к нулю, если среди утверждений, выбранных пациентом, встречается хотя бы одно, указанное в коде знаком (X). При диагностике преобладающего типа отношения к болезни в «таблице для построения графика» можно графически изобразить величины шкальных оценок в форме профиля, где по горизонтали отмечены буквенные символы 12 шкал, а по вертикали – числовые значения шкальных оценок, по графику находят шкалу с максимальным значением суммы диагностических коэффициентов. Определяют, есть ли в профиле такие шкалы, которые находятся в пределах диагностической зоны, т.е. оценки которых отстают от максимальной в пределах 7 баллов. Если шкала с максимальной оценкой остается единственной, и нет других шкал, отстающих от нее в пределах 7 баллов, то диагностируют только тип, соответствующий этой шкале. Если в диагностическую зону (интервал 7 баллов) помимо шкалы с максимальной оценкой попадают еще одна или две шкалы, то диагностируют смешанный тип, который обозначают соответственно названиям составляющих его шкал. Профиль шкальных оценок характеризует совокупность отдельных аспектов многомерного отношения к болезни и должен интерпретироваться по аналогии с интерпретацией шкальных оценок других психологических опросников. С целью обобщающего анализа профиля шкальных оценок шкалы объединены в три блока.

В первый блок включены шкалы гармоничного, эргопатического и анозогнозического типов реагирования. Эти типы характеризуются меньшей выраженностью социальной дезадаптации пациента в связи с заболеванием.

Второй блок включает типы реагирования с интропсихической направленностью: тревожный, ипохондрический, неврастенический, меланхолический и апатический. Эмоционально-аффективный аспект отношений у больных с этими типами реагирования клинически выражается в реакциях по типу раздражительной слабости, в подавленном, угнетенном состоянии с «уходом» в болезнь, отказе от борьбы – «капитуляций» перед заболеванием.

Третий блок шкал содержит типы реагирования личности на болезнь с интерпсихической направленностью. Эти типы отражают такое сенсибилизированное отношение к болезни, которое, вероятно, в наибольшей степени связано с преморбидными особенностями личности больных: сензитивный, эгоцентрический, паранойяльный, дисфорический. Люди с указанными типами отношения к болезни при различных эмоционально– аффективных реакциях также характеризуются дезадаптивным поведением, ведущим к нарушению их социального функционирования; они или стесняются своего заболевания, или «используют» его в своих целях, строя концепции паранойяльного характера относительно своего здоровья, проявляют гетерогенные агрессивные тенденции, обвиняя окружающих в своем недуге.

Таким образом, различия, положенные в основу деления типов отношения к болезни на второй и третий блоки, состоят в том, что при близком спектре эмоционально-эффектного реагирования типы, входящие в эти блоки, отражают разную направленность дезадаптивного поведения. Интерпретировать профиль шкальных оценок пациента целесообразно не только по отдельным шкалам, но и по трем фрагментам профиля, соответствующим описанным выше блокам шкал.

**Текст опросника диагностики типов отношения к болезни (ТОБОЛ)**

1. Самочувствие

|  |  |
| --- | --- |
| С тех пор как я заболел, у меня почти всегда плохое самочувствие |  |
| Я почти всегда чувствую себя бодрым и полным сил |  |
| Дурное самочувствие я стараюсь перебороть |  |
| Плохое самочувствие я стараюсь не показывать другим |  |
| У меня почти всегда что-нибудь болит |  |
| Плохое самочувствие у меня возникает после огорчений |  |
| Плохое самочувствие у меня возникает от ожидания неприятностей |  |
| Я стараюсь терпеливо переносить боль и физические страдания |  |
| Мое самочувствие вполне удовлетворительное |  |
| У меня, с тех пор как я заболел, бывает плохое самочувствие с приступами раздражительности и чувством тоски |  |
| Мое самочувствие очень зависит от того, как ко мне относятся окружающие |  |
| Ни одно из определений мне не подходит |  |

2. Настроение

|  |  |
| --- | --- |
| Как правило, настроение у меня хорошее |  |
| Из-за болезни я часто бываю нетерпеливым и раздражительным |  |
| У меня настроение портится от ожидания возможных неприятностей, беспокойства за близких, неуверенности в будущем |  |
| Я не позволяю себе из-за болезни предаваться унынию и грусти |  |
| Из-за болезни у меня почти всегда плохое настроение |  |
| Мое плохое настроение зависит от плохого самочувствия |  |
| У меня стало совершенно безразличное настроение |  |
| У меня бывают приступы мрачной раздражительности, во время которых достается окружающим |  |
| У меня не бывает уныния и грусти, но может быть ожесточенность и гнев |  |
| Малейшие неприятности сильно огорчают меня |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Из-за болезни у меня всегда тревожное настроение |  |
| Мое настроение обычно такое же, как у окружающих меня людей |  |
| Ни одно из определений мне не подходит |  |

3. Сон и пробуждение ото сна

|  |  |
| --- | --- |
| Проснувшись, я сразу заставляю себя встать |  |
| Утро для меня самое тяжелое время суток |  |
| Если меня что-то расстроит, я долго не могу уснуть |  |
| Я плохо сплю ночью и чувствую сонливость днем |  |
| Я сплю мало, но встаю бодрым. Сны вижу редко |  |
| С утра я более активен и мне легче работать утром, чем вечером |  |
| У меня плохой и беспокойный сон и часто бывают мучительно-тоскливые сновидения |  |
| Бессонница у меня наступает периодически без особых причин |  |
| Я не могу спокойно спать, если утром надо вставать в определенный час |  |
| Утром я встаю бодрым и энергичным |  |
| Я просыпаюсь с мыслью о том, что сегодня надо будет сделать |  |
| По ночам у меня бывают приступы страха |  |
| С утра я чувствую полное безразличие ко всему |  |
| Я могу свободно регулировать свой сон |  |
| По ночам меня особенно преследуют мысли о моей болезни |  |
| Во сне мне видятся всякие болезни |  |
| Ни одно из определений мне не подходит |  |

4. Аппетит и отношение к еде

|  |  |
| --- | --- |
| Нередко я стесняюсь есть при посторонних людях |  |
| У меня хороший аппетит |  |
| У меня плохой аппетит |  |
| Я люблю сытно поесть |  |
| Я ем с удовольствием и не люблю ограничивать себя в еде |  |
| Мне легко можно испортить аппетит |  |
| Я боюсь испорченной пищи и всегда тщательно проверяю ее свежесть и доброкачественность |  |
| Еда меня интересует, прежде всего, как средство поддержать здоровье |  |
| Я стараюсь придерживаться диеты, которую сам разработал |  |
| Еда не доставляет мне никакого удовольствия |  |
| Ни одно из определений мне не подходит |  |

5. Отношение к болезни

|  |  |
| --- | --- |
| Моя болезнь меня пугает |  |
| Я так устал от болезни, что мне безразлично, что со мной будет |  |
| Стараюсь не думать о своей болезни и жить беззаботной жизнью |  |
| Моя болезнь больше всего угнетает меня тем, что люди стали сторониться меня |  |
| Без конца думаю обо всех возможных осложнениях, связанных с болезнью |  |
| Я думаю, что моя болезнь неизлечима, и ничего хорошего меня не ждет |  |
| Считаю, что моя болезнь запущена из-за невнимания и неумения врачей |  |
| Считаю, что опасность моей болезни врачи преувеличивают |  |
| Стараюсь перебороть болезнь, работать как прежде и даже больше |  |
| Я чувствую, моя болезнь гораздо тяжелее, чем это могут определить врачи |  |
| Я здоров и болезни меня не беспокоят |  |
| Моя болезнь протекает совершенно необычно — не так как у других, поэтому требует особого внимания |  |
| Моя болезнь меня раздражает, делает нетерпеливым, вспыльчивым |  |
| Я знаю, по чьей вине заболел и не прощу этого никогда |  |
| Я всеми силами стараюсь не поддаваться болезни |  |
| Ни одно из определений мне не подходит |  |

6. Отношение к лечению

|  |  |
| --- | --- |
| Избегаю всякого лечения – надеюсь, что организм сам переборет болезнь, если о ней поменьше думать |  |
| Меня пугают трудности и опасности, связанные с предстоящим лечением |  |
| Я был бы готов на самое мучительное, и даже опасное лечение, только бы избавиться от болезни |  |
| Я не верю в успех лечения и считаю его напрасным |  |
| Я ищу новые способы лечения, но, к сожалению, во всех них постоянно разочаровываюсь |  |
| Считаю, что мне назначено много ненужных процедур, лекарств, меня уговаривают на никчемную операцию |  |
| Всякие новые лекарства, процедуры, вызывают у меня бесконечные мысли об осложнениях и опасностях с ними связанных |  |
| От лечения мне становится только хуже |  |
| Лекарства и процедуры нередко оказывают на меня такое необычное действие, что это изумляет врачей |  |
| Считаю, что среди применяющихся способов лечения есть настолько вредные, что их следовало бы запретить |  |
| Считаю, что меня лечат неправильно |  |
| Я ни в каком лечении не нуждаюсь |  |
| Мне надоело бесконечное лечение, хочу, чтобы меня только оставили в покое |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Я избегаю говорить о лечении с другими людьми |  |
| Меня раздражает и озлобляет, когда лечение не дает улучшения |  |
| Ни одно из определений мне не подходит |  |

7. Отношение к врачам и медперсоналу

|  |  |
| --- | --- |
| Главное во всяком медицинском работнике, я считаю, внимание к больному |  |
| Я хотел бы лечиться у такого врача, у которого большая известность |  |
| Считаю, что заболел я больше всего по вине врачей |  |
| Мне кажется, что врачи мало что понимают в моей, болезни и только делают вид, что лечат |  |
| Мне все равно кто и как меня лечит |  |
| Я часто беспокоюсь о том, что не сказал врачу что-либо важное, что может повлиять на успех лечения |  |
| Врачи и медперсонал нередко вызывают у меня неприязнь |  |
| Я обращаюсь то к одному, то к другому врачу, так как не уверен в успехе лечения |  |
| С большим уважением я отношусь к медицинской профессии |  |
| Я не раз убеждался, что врачи и медперсонал невнимательны и недобросовестно исполняют свои обязанности |  |
| Я бываю нетерпеливым и раздражительным с врачами и персоналом и потом сожалею об этом |  |
| Я здоров и в помощи врачей не нуждаюсь |  |
| Считаю, что врачи и персонал на меня попусту тратят время |  |
| Ни одно из определений мне не подходит |  |

8. Отношение к родным и близким

|  |  |
| --- | --- |
| Я настолько поглощен мыслями о моей болезни, что дела близких меня перестали волновать |  |
| Я стараюсь родным и близким не показывать виду, что я болен, чтобы не омрачать им настроения |  |
| Близкие напрасно хотят сделать из меня тяжелобольного |  |
| Меня одолевают мысли, что из-за моей болезни моих близких ждут трудности и невзгоды |  |
| Мои родные не хотят понять тяжесть моей болезни и не сочувствуют моим страданиям |  |
| Близкие не считаются с моей болезнью и хотят жить в свое удовольствие |  |
| Я стесняюсь своей болезни даже перед близкими |  |
| Из-за болезни я утратил всякий интерес к делам и волнениям близких и родных |  |
| Из-за болезни я стал в тягость близким |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Здоровый вид и беззаботная жизнь близких вызывают у меня неприязнь |  |
| Я считаю, что заболел из-за моих родных |  |
| Я стараюсь поменьше доставлять тягот и забот моим близким из-за моей болезни |  |
| Ни одно из определений мне не подходит |  |

9. Отношение к работе (учебе)

|  |  |
| --- | --- |
| Болезнь делает меня никуда негодным работником (неспособным учиться) |  |
| Я боюсь, что из-за болезни я лишусь хорошей работы (придется уйти из хорошего учебного заведения) |  |
| Моя работа (учеба) стала для меня совершенно безразличной |  |
| Из-за болезни мне теперь стало не до работы (учебы) |  |
| Все время беспокоюсь, что из-за болезни могу допустить оплошность на работе (не справиться с учебой) |  |
| Считаю, что заболел(а) из-за того, что работа (учеба) причинила вред моему здоровью |  |
| На работе (по месту учебы) совершенно не считаются с моей болезнью и даже придираются ко мне |  |
| Не считаю, что болезнь может помешать моей работе (учебе) |  |
| Я стараюсь, чтобы на работе (по месту учебы) поменьше знали и говорили о моей болезни |  |
| Я считаю, что, несмотря на болезнь, надо продолжать работу (учебу) |  |
| Болезнь сделала меня на работе (в учебе) неусидчивым (нетерпеливым) |  |
| На работе (за учебой) я стараюсь забыть о своей болезни |  |
| Все удивляются и восхищаются тем, как я успешно работаю (учусь), несмотря на болезнь |  |
| Мое здоровье не мешает мне работать (учиться) там, где я хочу |  |
| Ни одно из определений мне не подходит |  |

10. Отношение к окружающим

|  |  |
| --- | --- |
| Мне теперь все равно, кто меня окружает и кто около меня |  |
| Мне хочется, чтобы окружающие только оставили меня в покое |  |
| Когда я заболел, обо мне все забыли |  |
| Здоровый вид и жизнерадостность окружающих меня раздражают |  |
| Я стараюсь, чтобы окружающие не замечали моей болезни |  |
| Мое здоровье не мешает мне общаться с окружающими, сколько мне хочется |  |
| Мне бы хотелось, чтобы окружающие на себе испытали, как тяжело болеть |  |
| Мне кажется, что окружающие сторонятся меня из-за моей болезни |  |
| Окружающие не понимают моей болезни и моих страданий |  |
| Моя болезнь, и то, как я ее переношу, удивляют и поражают окружающих |  |
| С окружающими я стараюсь не говорить о моей болезни |  |
| Мое окружение довело меня до болезни, и я этого не прощу |  |
| Среди окружающих я теперь вижу, как много людей страдают от болезней |  |
| Общение с людьми теперь мне стало быстро надоедать и даже раздражать меня |  |
| Моя болезнь не мешает мне иметь друзей |  |
| Ни одно из определений мне не подходит |  |

11. Отношение к одиночеству

|  |  |
| --- | --- |
| Предпочитаю одиночество, потому что одному мне становится легче |  |
| Я чувствую, что болезнь обрекает меня на полное одиночество |  |
| В одиночестве я стремлюсь найти какую-нибудь интересную или нужную работу |  |
| В одиночестве меня начинают особенно преследовать нерадостные мысли о болезни, осложнениях, предстоящих страданиях |  |
| Часто, оставшись наедине, я скоро успокаиваюсь: люди стали меня сильно раздражать |  |
| Стесняясь болезни, я стараюсь отдалиться от людей, а в одиночестве скучаю по людям |  |
| Избегаю одиночества, чтобы не думать о своей болезни |  |
| Мне стало все равно: что быть среди людей, что остаться в одиночестве |  |
| Желание побыть одному зависит у меня от обстоятельств и настроения |  |
| Я боюсь оставаться в одиночестве из-за опасений, связанных с болезнью |  |
| Ни одно из определений не подходит |  |

12. Отношение к будущему

|  |  |
| --- | --- |
| Болезнь делает мое будущее печальным и унылым |  |
| Мое здоровье пока не дает никаких оснований беспокоиться за будущее |  |
| Я всегда надеюсь на счастливое будущее, даже в самых отчаянных положениях |  |
| Не считаю, что болезнь может существенно отразиться на моем будущем |  |
| Аккуратным лечением и соблюдением режима я надеюсь добиться улучшения здоровья в будущем |  |
| Свое будущее я целиком связываю с успехом в моей работе (учебе) |  |
| Мне стало безразлично, что станет со мной в будущем |  |
| Из-за моей болезни я в постоянной тревоге за мое будущее |  |
| Я уверен, что в будущем вскроются ошибки и халатность тех, из-за кого я заболел |  |
| Когда я думаю о своем будущем, меня охватывает тоска и раздражение на других людей |  |
| Из-за болезни я очень тревожусь за свое будущее |  |
| Ни одно из определений не подходит |  |

Регистрационный лист к опроснику ТОБОЛ

Ф.И.О. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Возраст \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Пол \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

В графе «Номер выбранных ответов» обведите кружком для каждой темы номера тех двух утверждений, которые наиболее для Вас подходят.

|  |  |
| --- | --- |
| Темы утверждений | Номера выбранных ответов |
| 1. Самочувствие | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 |
| 2. Настроение | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 |
| 3. Сон и пробуждение ото сна | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 |
| 4. Аппетит и отношение к еде | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 |
| 5. Отношение к болезни | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 |
| 6. 0тношение к лечению | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 |
| 7. Отношение к врачам и мед. персоналу | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 |
| 8. Отношение к родным и близким | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 |
| 9. Отношение к работе (учебе) | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 |
| 10. Отношение к окружающим | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 |
| 11. Отношение к одиночеству | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 |
| 12. Отношение к будущему | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 |

Диагностический код опросника ТОБОЛ

Тема 1 (самочувствие)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Шкалы | Г | Р | З | Т | И | Н | М | А | С | Я | П | Д |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | Х |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Тема 2 (настроение)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Шкалы | Г | Р | З | Т | И | Н | М | А | С | Я | П | Д |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | Х |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Х |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Х |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Х |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Тема 3 (сон и пробуждение ото сна)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Шкалы | Г | Р | З | Т | И | Н | М | А | С | Я | П | Д |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Тема 4 (аппетит и отношение к еде)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Шкалы | Г | Р | З | Т | И | Н | М | А | С | Я | П | Д |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Тема 5 (отношение к болезни)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Шкалы | Г | Р | З | Т | И | Н | М | А | С | Я | П | Д |
|  |  |  | Х |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Х |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Х |  | Х |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | Х |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | Х |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Тема 6 (отношение к лечению)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Шкалы | Г | Р | З | Т | И | Н | М | А | С | Я | П | Д |
|  | Х |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Х |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Х |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Х | Х |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Х |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Тема 7 (отношение к врачам и медперсоналу)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Шкалы | Г | Р | З | Т | И | Н | М | А | С | Я | П | Д |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Х |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | Х |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Х |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Х |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Тема 8 (отношение к родным и близким)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Шкалы | Г | Р | З | Т | И | Н | М | А | С | Я | П | Д |
|  | Х |  | Х |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | Х |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Х |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Тема 9 (отношение к работе)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Шкалы | Г | Р | З | Т | И | Н | М | А | С | Я | П | Д |
|  |  |  | Х |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Х | Х |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Х |  | Х |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Х |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

# "Незаконченные предложения" тест Сакса-Леви

Метод незаконченных предложений применяется в экспериментально-психологической практике давно. Существует множество вариантов.

Мы предлагаем вариант этого метода, разработанный Л. Саксом и В. Леви. Он включает 60 незаконченных предложений, которые могут быть разделены на 15 групп, характеризующих в той или иной степени систему отношений обследуемого к семье, к представителям своего или противоположного пола, к сексуальным отношениям, к вышестоящим по служебному положению и подчиненным. Некоторые группы предложений имеют отношение к испытываемым человеком страхам и опасениям, к имеющемуся у него чувству осознания собственной вины, свидетельствуют о его отношении к прошлому и будущему, затрагивают взаимоотношения с родителями и друзьями, собственные жизненные цели.

Тестирование (без обработки) занимает от 20 мин до нескольких часов (в зависимости от личности испытуемого\_

**Инструкция** "На бланке теста необходимо закончить предложения одним или несколькими словами".

**Бланк теста**

1. Думаю, что мой отец редко
2. Если все против меня, то
3. Я всегда хотел
4. Если бы я занимал руководящий пост
5. Будущее кажется мне
6. Мое начальство
7. Знаю, что глупо, но боюсь
8. Думаю, что настоящий друг
9. Когда я был ребенком
10. Идеалом женщины (мужчины) для меня является
11. Когда я вижу женщину рядом с мужчиной
12. По сравнению с большинством других семей моя семья
13. Лучше всего мне работается с
14. Моя мать и я
15. Сделал бы все, чтобы забыть
16. Если бы мой отец только захотел
17. Думаю, что я достаточно способен, чтобы
18. Я мог бы быть очень счастливым, если бы
19. Если кто-нибудь работает под моим руководством
20. Надеюсь на
21. В школе мои учителя
22. Большинство моих товарищей не знают, что я боюсь
23. Не люблю людей, которые
24. Когда-то
25. Считаю, что большинство юношей (девушек)
26. Супружеская жизнь кажется мне
27. Моя семья обращается со мной, как с
28. Люди, с которыми я работаю
29. Моя мать
30. Моей самой большой ошибкой было
31. Я хотел бы, чтобы мой отец
32. Моя наибольшая слабость заключается в том
33. Моим скрытым желанием в жизни
34. Мои подчиненные
35. Наступит тот день, когда
36. Когда ко мне приближается мой начальник
37. Хотелось бы мне перестать бояться
38. Больше всех люблю тех людей, которые
39. Если бы я снова стал молодым
40. Считаю, что большинство женщин (мужчин)
41. Если бы у меня была нормальная половая жизнь
42. Большинство известных мне семей
43. Люблю работать с людьми, которые
44. Считаю, что большинство матерей
45. Когда я был молодым, то чувствовал вину, если
46. Думаю, что мой отец
47. Когда мне не везет, я
48. Больше всего в жизни я хотел бы
49. Когда я даю другим поручение
50. Когда буду старым
51. Люди, превосходство которых над собой я признаю
52. Мои опасения не раз заставляли меня
53. Когда меня нет, мои друзья
54. Моим самым живым воспоминанием детства является
55. Мне очень не нравится, когда женщины (мужчины)
56. Моя половая жизнь
57. Когда я был ребенком, моя семья
58. Люди, которые работают со мной
59. Я люблю свою мать, но
60. Самое худшее, что мне случилось совершить, это

**Обработка и интерпретация результатов**

Для каждой группы предложений выводится характеристика, определяющая данную систему отношений как положительную, отрицательную или безразличную.

Примеры предложений и варианты ответов с оценкой:

|  |  |
| --- | --- |
| *Большинство известных сне семей:  1) несчастливые, недружелюбные  2) нервные, не очень дружелюбные  3) все одинаковы  Будущее кажется мне:  1) мрачным, плохим, странным  2) туманным, неприглядным  3) неясным, неизвестным* | -2 -1 0  -2 -1 0 |

Такая количественная оценка облегчает выявление у обследуемого дисгармоничной системы отношений. Но более важно, конечно, качественное изучение дополнительных предложений.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Группы предложений | № заданий | | | |
| 1  2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 | Отношение к отцу Отношение к себе Нереализованные возможности Отношение к подчиненным Отношение к будущему Отношение к вышестоящим лицам Страхи и опасения Отношение к друзьям Отношение к своему прошлому Отношение к лицам противоположного пола Сексуальные отношение Отношения к семье Отношение к сотрудникам Отношение к матери Чувство вины | 1  2  3  4  5  6  7  8  9  10  11  12  13  14  15 | 16  17  18  19  20  21  22  23  24  25  26  27  28  29  30 | 31  32  33  34  35  36  37  38  39  40  41  42  43  44  45 | 46  47  48  49  50  51  52  53  54  55  56  57  58  59  60 |

Исследованию методом "незаконченные предложения" должно предшествовать установление контакта с обследуемым для получения искренних, естественных ответов. Но даже если тестируемый рассматривает исследование как нежелательную процедуру и, стремясь скрыть мир своих глубоких переживаний, дает формальные, условные ответы, опытный психолог может извлечь массу информации, отражающей систему личностных отношений.

**4.Критерии оценивания результатов выполнения заданий по самостоятельной работе обучающихся.**

Критерии оценивания выполненных заданий представлены***в фонде оценочных средств для проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации по дисциплине***, который прикрепленк рабочей программе дисциплины, раздел 6 «Учебно- методическое обеспечение по дисциплине (модулю)», в информационной системе Университета.