**Государственное бюджетное профессиональное**

**образовательное учреждение Республики Дагестан**

**«Дербентский медицинский колледж имени Г.А. Илизарова»**

**Психология**

**Учебно – методическое пособие**

**Для медицинских колледжей по специальностям**

**Сестринское дело – 34.02.01.**

**Акушерское дело – 31.02.02.**

**Лечебное дело – 31.02.01.**

**Лабораторная диагностика – 31.02.03**

**Дербент 2019г.**

**Психология.**  Учебно – методическое пособие. Дербент 2019г.

В учебном пособии излагаются основы медицинской психологии, вопросы развития психики здорового человека и больного, основы психосоматики, психопрофилактики и психогигиены, психотерапии, психологии общения.

Рекомендовано для студентов, изучающих основы медицинской психологии лечебного, сестринского и акушерского отделений.

Учебно – методическое пособие предназначено для самообучения студентов 1 курса медицинских колледжей. Оно обеспечивает максимальную самостоятельность и активность студентов во время учебного процесса. Данное пособие поможет каждому студенту добиться наилучших результатов усвоения учебного материала в условиях предельно ограниченного времени. Учебно – методическое пособие содержит краткие сведения по каждой теме, основные правила и исключения, задания в тестовой форме, задания для закрепления знаний.

Составитель:

Гасанов С.Г. - преподаватель Психологии

**Тема 1. *Введение в медицинскую психологию.***

***Медицинская психология олицетворяет собой связь психологии с медициной.***

В зарубежной терминологии эту область психологии чаще всего называют клинической психологией.

В отечественной психологии прикладное значение клинической психологии определяется потребностями клиники – психиатрической, соматической и неврологической, что привело к формированию самостоятельных разделов клинической психологии: патопсихологии и нейропсихологии.

Мы будем трактовать медицинскую психологию как дисциплину, изучающую особенности возникновения и развития нарушений психической деятельности человека и роль внешних и внутренних факторов в патогенезе и лечении этих нарушений.

**Основные причины конфликтов, возникающие в ЛПУ** – незнание медицинской психологии, неумение понять психологического пациента и его родственников. Каждый медик, будь то врач, фельдшер, медицинская сестра, должен быть не только профессиональным в своём деле, но и хорошим психологом, чутким, добрым, внимательным.

***Профессия медицинской сестры является творческой.*** Медицинской сестре необходимо знать психологию своих пациентов их отношение к своему заболеванию и методам лечения. Труд медика имеет свои особенности. Прежде всего, процесс взаимодействия людей.

В труде медицинского

работника - предметом

- орудием труд ***является человек***

- и продуктом

При общении с пациентом медицинский персонал должен знать и учитывать, что различные болезни вызывают те или иные отклонения в психике, кроме того необходимо учитывать возможные неврологические реакции (из-за заболевания) пример: *(****в******Толманова кинули костыль****).*

Одно из основных положений современной медицины гласит, что «лечить надо не только болезнь, но и больного». ***Древние врачи учили* - *Вначале вылечи душу, а потом тело.***

*Развитие медицинской психологии* связаннос большими достижениями современной медицинской науки, и возникла она в результате союза медицины и психологии.

***Предметом*** медицинской психологии являются психологические факторы, влияющие на возникновение и протекание болезней, личность пациента, личность медицинского работника и системы отношений в медицинском учреждении.

***Медицинская психология также изучает*** изменение психологических процессов и психологического склада личности под влиянием болезни.

***Основоположник*** – древнегреческий учёный ***Аристотель****.* Большой вклад внёс ***В. Вунд*** – основавший в 1879г. в Лейпциге I экспериментально психологическую лабораторию.

***В 20-х годах ХХ в.*** На развитие психологии оказали большое влияние идеи Э. Кречмера. Он и стал ***родоначальником медицинской психологии.***

В зарубежной психологии и медицине ***Фрейд*** внёс большой вклад.

Таким образом ***медицинская психология как самостоятельная наука*** сформировалась ***в ХХ в.***

***В России*** основоположники - Сеченов И.М.

- Мудров М.Я

- Пирогов Н.И.

- Боткин С.М.

- Корсаков С.С.

- Бехтерев В.М.

Медицинская психология – сравнительно молодая дисциплина.

***Основными задачами медицинской психологии***  является поддержание здоровой жизни человека, профилактика, лечение болезней и облегчение страданий пациентов. Работа с пациентами заключается не только в лечении физических недугов, но и умении разобраться в психологии пациента, особенно в тех отклонениях которые появляются как психические болезни.

Условно медицинскую ***психологию подразделяют на*** - общую и частную.

***Общая изучает:***

1. Основные закономерности психологии больного
2. Психосоматические и соматопсихологические взаимоотношения (т.е. факторы, влияющие на болезнь)
3. Индивидуальные особенности человека (темперамент, характер,

личность) и их изменения в жизни.

1. Медицинскую деонтологию (медицинская тайна, медицинский долг, медицинская этика)
2. Психогигиену и психопрофилактику

***Частная изучает:***

1. Особенности психологии конкретных пациентов при определённых

формах болезни.

1. Психологию пациентов при подготовке и проведении хирургической операции.
2. Медико-психологические аспекты трудовой, военной и судебной

экспертизы.

Среди ***важных проблем медицинской психологии*** – выделяют взаимодействие психических, соматических, телесных и физиологических процессов.

Существенное место среди исследуемых медико психологических вопросов, занимают аспекты организации лечебной среды (стационары, санатории, поликлиники).

***Основные проблемы*** медицинской психологии таковы:

• Анализ влияния психологических факторов на возникновение,

развитие и лечение болезней;

• Исследование влияния болезней на психику и поведение человека;

• Изучение проявлений и динамика нарушений психики при различных заболеваниях;

• исследование влияния взаимоотношений пациента с мед.персоналом и окружающей средой на процесс выздоровления.

***Методы исследования медицинской психологии (психодиагностика)***

1. Беседа с пациентом (сбор факторов о психических явлениях в личном общении)
2. Метод наблюдения за поведением пациента
3. Эксперимент: в лабораторных и в естественных условиях
4. Анкетирование – анкетный определитель
5. Интервью
6. Тестирование (психологические тесты дополнительные данные клинического обследования пациента)
7. Исследование продуктов деятельности пациента (письма, рисунки, дневники, поделки)

В нашей стране широко используются функциональные пробы, которые позволяют исследовать психическую деятельность в специальных нагрузочных условиях. Наиболее известны методики классификации предметов/понятий, исключения предметов/понятий, выделения существенных признаков и т. д.

Проведение исследования с использованием экспериментально-психологических методик включают три этапа: сбор данных в соответствии с задачей исследования; обработку и интерпретацию полученных данных; вынесение диагностического и прогностического заключения. В каждом случае для сбора данных исследователь использует несколько методик (обычно 8-9). Методики применяются с учетом возрастающей сложности – от простых к более сложным. Необходимо использовать только известные и проверенные психодиагностические методики.

***Медицинская психология*** – прикладная область знаний целью, которых являются решение конкретных задач медицинской практики.

Поэтому уже сейчас необходимо создание специальных кабинетов при поликлиниках и больницах, где каждый может получить необходимую ему консультацию.

Медицинская сестра вместе с врачом и медицинским психологом составляет ближайший круг оказывающий пациенту медико-психологическую помощь.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | врач |  |
| медицинская сестра | пациент | социальный работник |
|  | клинический психолог |  |

Практические задачи, решаемые медицинской психологией, охватывает широкий круг вопросов:

* Оценка эффективного лечения
* Качество ремиссии
* Определение характера действующих на больного лекарственных

средств

* Наркологические кабинеты

***Структура медицинской психологии***

Одним из разделов медицинской психологии в отечественной науке принято считать клиническую психологию, которая, как уже говорилось выше, включает патопсихологию, соматопсихологию и нейропсихологию.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ |  | ПСИХОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ | |
|  | | |
|  | ПСИХОГИГИЕНА | |
|  | | |
|  | ПСИХОПРОФИЛАКТИКА | |
|  | | |
|  | КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ | |
|  | | |
|  | | ПАТОПСИХОЛОГИЯ |
|  | | |
|  | | СОМАТОПСИХОЛОГИЯ |
|  | | |
|  | | НЕЙРОПСИХОЛОГИЯ |
|  | | |
|  | ПСИХОЛОГИЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССА | |
|  | | |
|  | ПСИХОЛОГИЯ ИНВАЛИДНОСТИ | |
|  | | |
|  | ПСИХОТЕРАПИЯ | |
|  | | |
|  | ПСИХИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ | |

***Патопсихология*** изучает закономерности распада психической деятельности и свойств личности в сопоставлении с закономерностями формирования и протекания психических процессов в норме. К наиболее изученным вопросам патопсихологии относятся вопросы нарушения сознания. Патопсихология изучает также нарушения личности, восприятия, памяти и мышления.

Понятие «соматопсихика» было введено в 20-х гг. ХIХ в. как противоположное и в тоже время дополняющее понятие «психосоматика».

Современные учёные определяют соматопсихологию как дисциплину, которая изучает психологические факторы, сопровождающие серьёзные физические нарушения (например, слепоту, дефекты лица и т.д.) и серьёзные болезни (онкологические, сердечно-сосудистые). К. Ярпес гораздо шире описывал факты, которые относятся к области соматопсихологии.

***Нейропсихология*** – это дисциплина, которая изучает мозговую организацию психической деятельности человека и её нарушения при локальных поражениях мозга: агнозии (зрительные, тактильные, слуховые); апраксии, афазии, амнезии. Нейропсихология изучает также нарушения внимания, мышления и эмоционально-личностной сферы при локальных поражениях головного мозга.

***Психогигиена*** – часть общей гигиены. В рамках этого направления разрабатываются мероприятия по сохранению и укреплению нервно-психического здоровья. Психогигиена подразделяется на возрастную (психогигиена детства, психогигиена подросткового, пожилого, старческого возрастов); психогигиену производственного и умственного труда; психогигиену быта; психогигиену семьи и половой жизни; психогигиену пациента и т.д. для решения психогигиенических проблем всё чаще используются методы психотерапии: аутогенная тренировка, групповая психотерапия и т.д.

Психогигиена тесно связана с ***психопрофилактикой***, цель которой – устранение факторов, отрицательно влияющих на психику человека, и использование влияющих положительно.

***Психическая реабилитация*** – система медико-психологических, педагогических, социальных мероприятий, направленных на восстановление, коррекцию или компенсацию нарушенных психических функций, состояний больных и инвалидов, а также людей, перенесших заболевание, получивших психологическую травму в результате резкого изменения социальных отношений, условий жизни и т.д.

***Психотерапия*** - система лечебного воздействия на психику и через психику на организм больного (наиболее распространённое в русскоязычной литературе определение).

***Психология посттравматического стресса***, психология инвалидности и психология здоровья относятся к сравнительно новым направлениям медицинской психологии.

**Тема №2**.  ***КОНЦЕПЦИЯ ПСИХОСОМАТИКИ***

Термин ***социопсихосоматика*** в переводе означает психо-душа, сома-тело, социо-общество

***Социопсихосоматика*** – направление медицинской психологии, изучающие влияние психологических факторов на возникновение ряда соматических заболеваний в обществе.

В настоящее время ухудшение условий жизнедеятельности населения не только воздействует на здоровье, но и стимулирует у людей стрессовые реакции. В последние годы наблюдается резкое ухудшение показателей здоровья россиян – ***демографический кризис***. смертность рождаемость.

На сегодняшний день много данных о влиянии психологических факторов на соматическую сферу человека. У истоков этого подхода стоит ***школа* Гиппократа.** (он трактовал болезнь, как расстройство отношений м/д субъектом и действием)

***К большой психосоматике*** относят: БРОНХИАЛЬНУЮ АСТМУ, ГБ, ИБС, ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ ДПК, ЯЗВЕННЫЙ КОЛИТ, НЕЙРОДЕРМАТИТ, НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЙ ХРОНИЧЕСКИЙ ПОЛИАРТРИТ.

***К малой психосоматике*** относят: НЕВРОЗЫ

***Особенностью нашего времени*** являются следующие ***факторы.***

1. бурный научно-технический прогресс
2. огромный лавинообразный поток информации
3. насыщенность человеческих отношений
4. Стремительный темп жизни
5. Значительные изменения в экономической и политической жизни

общества

Всё это приводит к психоэмоциональным перенапряжениям человека, постоянному стрессу.

***“На нервной почве” –*** это словосочетание стало почти крылатым.

Мы его слышим дома, на работе, в транспорте, словом повсюду.

***По утверждению ВОЗ*** – 45% всех заболеваний связанно со стрессом. Хотя на самом деле этот процент в 2 раза больше (научно доказано).

***По медицинским данным*** – половина посетителей поликлиники – практически здоровые люди, испытывающие эмоциональные перегрузки.

***Например*** – ГБ – кризы зависят от эмоционального стресса - обострение язвенной болезни

***Характерные черты эмоционального стресса.***

* продолжительная необъяснимая слабость (усталость) которая после

отдыха не проходит

* головные боли
* расстройства пищеварения
* боли в спине
* бессонница
* более длительное время уходит на выполнение привычных дел
* множество телесных болезней развивается в результате длительного

нервного перенапряжения. Поэтому сейчас всё чаще говорят о синдроме ***хронической усталости***,

***СИМПТОМЫ:***

* бессонница
* депрессия
* апатия
* безразличие ко всему

Стрессы именно ***психоэмоциональные*** оказывают разрушительное действие на организм. Они являются самыми опасными т.к. направлены непосредственно на Н.С.

Поэтому фраза ***все болезни от нервов*** очень точна.

* инфаркту миокарда в 38% случаев предшествуют нервные

перенапряжения

* 32% психоэмоциональные перенапряжения
* ИБС и ГБ – в 2-7 раз чаще у беспокойных и мнительных

Стрессовые ситуации негативно влияют на заживление дуоденальных и других язв.

Неудовлетворённость жизнью приводит к чрезмерному стрессу, оказывающему повреждающее влияние на ССС и иммунную систему. (ребёнок заболевает при нежелании пойти в детский сад, школу). В результате увеличивается риск развития ГБ, заболевания сердечно сосудистой системы, и сосудов головного мозга, ***злокачественные заболевания***.

Издавна считалось, что сильные душевные переживания отрицательно влияют на организм и могут вызвать соматические заболевания.

Клиницисты отмечают, что у людей ***склонных к чувству страха*** - чаще наблюдаются болезни сердца, ***склонных к гневу*** – болезни печени, у людей с ***упадочным настроением, апатичных*** - болезни желудка и кишечника.

Пирогов писал – что душевное состояние сильно действует на течение ран, что смертность раненых у побеждённых и у победителей разная. Душевные волнения часто вызывают “рожи”, кровотечения, судороги.

Экспериментально было доказано неразрывная связь м/д психическими и соматическими процессами.

Интерес к психогениям в настоящее время особенно велик, т.к. во ***II –й половине ХХ в*** во всех промышленно развитых странах резко возросла нагрузка на Н.С. на человека и его психику.

***Различают:*** 1) психогении

2) соматогении

***Психогении*** – нарушения, возникшие в организме и психике под влиянием различных обычно тяжёлых для личности, психологических травм.

***пример:***

* невроз ожидания
* психогенный паралич
* психогенная депрессия
* психогенный ступор
* язвенная болезнь
* сильное потрясение (вызывает истерическую слепоту)
* эмоция страха, сопровождаемая дрожанием тела (подкашиванием ног)

Под влиянием психогенных факторов могут происходить следующие ***нарушения в соматической сфере:***

1. со стороны ЖКТ – тошнота, рвота, понос, запор, анорексия (потеря

аппетита)

1. со стороны органов дыхания – одышка, удушье, кашель
2. в сердечно сосудистой системе АД, тахикардия, брадикардия, боли

в сердце, нарушение сердечного ритма, потеря сознания, инфаркт, инсульт, психогенный обморок.

1. В мочеполовой системе – задержка мочи, недержание мочи, половая

холодность у женщин, импотенция у мужчин.

1. гормональное нарушение, нарушение менструального цикла,

отсутствие молока у кормящих женщин.

***Соматогении*** – психические нарушения, вызванные соматическим заболеванием.

***пример:*** инфекции, интоксикации, заболевания внутренних органов (частая причина психических нарушений).

1. при заболевании сердца – наблюдается состояние страха, тревоги,

беспокойства.

1. при тиреотоксикозе – страх, вспыльчивость, плаксивость.
2. при инфекционном заболевании (особенно при ревматизме) могут

наблюдаться тяжёлые психические расстройства.

В отдельных случаях психогенные и соматогенные факторы могут быть комбинированными взаимно усиливая друг друга.

Психология пациентов при остром и хроническом заболевании ***с неясным исходом*** разная. Меняется в зависимости от течения болезни.

Иногда в период выздоровления человеческое сознание перестраивается. Происходит переосмысление ценностей.

С обратным развитием болезни психическая деятельность человека приходит в норму.

Хронические болезни меняют психику. К ним относятся онкологические болезни, заболевания сердечно сосудистой системы и …. .

Чем неожиданней проявилась болезнь, тем сильнее ответ на неё психики заболевшего.

Но вот диагноз выставлен (особенно онкологический), врач и медицинская сестра должны по возможности от начала до исхода болезни скрывать от больного истинное его состояние, т.к. страх перед смертью может ускорить, утяжелить процесс, причинить моральные страдания.

Но в случае ***если*** врач знает, что ***болезнь излечима***, то ничего не нужно скрывать, особенно если пациент категорически отказывается от радикального лечения.

Пациент вместе с медперсоналом должен бороться с болезнью. С тяжело неизлечимо больными врачи, медицинские сёстры и окружающие должны вести себя предельно осторожны и корректны, чтобы не усугубить муки моральными страданиями (особенно касается санитарок).

Результаты многих исследований последних лет свидетельствует о нарастающих нагрузках на нервную систему и психику человека. По данным ВОЗ за ХХ в средний показатель распространенности нервно-психических заболеваний в расчёте на 1000 человек населения выросло более чем в 4-е раза. Увеличилось не только количество таких пациентов, но и темпы роста этих расстройств. Раньше в нашей стране регистрировалось от 5 до 10 пациентов на 1000 человек, то в последнее десятилетие это уже 29-33 человека на 1000 человек. По данным мировой статистики в настоящее время

* расстройство личности составляют - 40%.
* неврозы – 47%
* эндогенные психозы 13% от общего числа нервно-психических заболеваний.

Также отмечается заметное распространение нервно-психических расстройств у детей и подростков. В нашей стране стойкое психическое расстройство регистрируется – 15% детей. По данным исследователей число абсолютно здоровых ***в психическом*** отношении школьников снизилось.

С 30% - в 1-3 классах до 16% - в 9-11 классах. Проблема психического здоровья личности в нашей стране развивалась многими учёными. Одним из них был Бехтерев. Он считал, что человек со своим индивидуальным психическим укладом способен управлять своим поведением и поступками. Необходимо этому только научиться.

***ВЫВОДЫ***

• Предмет медицинской психологии в настоящее время четко не определен.

• К основным проблемам медицинской психологии относятся влияние психосоматических и соматопсихических факторов на человека; особенности взаимодействия пациента с окружающей средой (с персоналом ЛПУ, родственниками, другими пациентами и т. д.); нарушения психики при различных заболеваниях.

• Методы исследования в медицинской психологии – наблюдение, беседа и экспериментально – психологических методик включает три этапа: сбор данных, их обработку и интерпретацию, вынесение диагностического и прогностического заключения.

• Основные направления медицинской психологии: клиническая психология, включающая патопсихологию, соматопсихологию и нейропсихологию; психогигиена, психопрофилактика, психическая реабилитация, психотерапия, психофармакология, психология посттравматического стресса, психология инвалидности, психология здоровья.

Изменения в психосоматической регуляции лежат в основе возникновения психосоматических болезней или психосоматозов. Первоначально эти изменения носят функциональный, обратимый характер, т. е. характер психосоматических расстройств, однако при продолжительном и частом повторении они могут стать органическими, необратимыми.

***ТЕМА №3. ПСИХОГИГИЕНА И ПСИХОПРОФИЛАКТИКА***

***ПОНЯТИЕ О ПСИХОГИГИЕНЕ***

Психогигиена – дисциплина, в рамках которой разрабатываются и осуществляются мероприятия, направленные на сохранение и укрепление психического здоровья.

Психогигиена как направление возникла на рубеже XIX и XX вв. В России возникновение психогигиены относятся ко времени происходившего в 1887г. первого съезда отечественных психиатров.

***Основной целью*** психогигиены является сохранение психического здоровья и душевного равновесия. Поэтому среди её ***направлений*** основное место занимают изучения факторов и условий среды, влияющих на психическое состояние человека, и разработка мероприятий по их устранению или уменьшению. ***К неблагоприятным факторам, воздействующим на психическое здоровье, можно отнести:***

* неправильное отношение к людям, страдающим психическими расстройствами;
* злоупотребление лекарственными средствами;
* напряжённые условия работы;
* неблагоприятные экологические факторы и т.д.

***Психогигиена призвана*** помощь человеку избегать неблагоприятных воздействий, опасных для его психического здоровья, обучать его справляться с теми трудностями, которых не удалось избежать, используя для этого различные ресурсы или изменяя своё отношение к этим трудностям.

В психогигиене рассматривают несколько разделов: (смотри лекцию №1)

* возрастную психогигиену;
* психогигиену производственного и умственного труда;
* психогигиену быта;
* психогигиену семьи и половой жизни;
* психогигиену больного человека и т.д.

***ПСИХОГИГИЕНА СЕСТРИНСКОГО ПЕРСОНАЛА***

Профессия медицинской сестры несёт в себе сильный психотравмирующий потенциал. Раньше мы уже говорили о стрессах, а также о путях выхода из стресса. Обеспечение следующих психогигиенических условий необходимо для сохранения физического и душевного здоровья медработников:

* удовлетворение содержанием и результатами своей деятельности;
* оптимальные условия труда (как правило, этого добиться тяжелее всего);
* возможность релаксации (сон, отдых в течении рабочего дня, индивидуальные способы расслабления и концентрации);
* распределение ответственности между всеми членами коллектива;
* комфортный микроклимат в коллективе, когда взаимоотношения с коллегами определяются общей целью, доверием и взаимопомощью.

***ПСИХОГИГИЕНА ПАЦИЕНТА***

Психогигиена взаимоотношений сестринского персонала и пациента играет важную роль при лечении и уходе. На душевное состояние больного оказывают влияние все факторы окружающей среды: и физические, и психические, и социальные, и духовные. Окружающая среда должна быть не просто безопасна, она должна способствовать достижению оптимального уровня жизнедеятельности человека.

***К физическим факторам*** окружающей среды, воздействующим на психику пациента, можно отнести санитарно-гигиеническое состояние ЛПУ (инфекционная безопасность, температура воздуха в палатах, процедурных и других помещениях, шум, запах, освещённость, цвет стен, белья, мебели, одежды персонала и пациентов, питание и т.д.). в числе ***психических факторов*** – психологический микроклимат самого лечебного отделения (стиль отношения между медработниками), а также взаимоотношения пациента с персоналом, другими пациентами или близкими людьми. ***К социальным факторам*** относятся различные материальные проблемы, связанные с помощью лечения, реабилитации, профилактики осложнений и т.д.; ***к духовным*** – возможность чтения, рисования, музицирования, общения с близкими по духу людьми, и т.д.

Основоположник отечественной терапии ***Мудров*** считал профилактику болезней основной деятельностью врача. “Долг врача взять в свои руки людей здоровых, предохранять их от болезней наследственных или угрожающих, предписывать им надлежащий образ жизни, ибо легче предохранить от болезни, нежели их лечить”.

***Психопрофилактика*** – это раздел общей профилактики, включающий совокупность мероприятий, которая обеспечит здоровье, включая профилактику личностных и профилактических кризисов, предупредит развитие нервно-психических заболеваний. В нашей стране принята международная классификация этапов психопрофилактики.

***По терминологии ВОЗ профилактика делится:***

* первичную
* вторичную
* третичную
* перинатальную (до родов).

***Первичная психопрофилактика*** – комплекс мероприятий направленных на предупреждение вредных воздействий на человеческую психику. Особенная роль в осуществляющей 1-й профилактики отводится психиатрам, психотерапевтам, и мед. психологам.

***Вторичная психопрофилактика*** - максимально раннее выявленных начальных фаз нервно-психических заболеваний и их ранее активное лечение. Она состоит в контроле за не утяжелением или в предупреждении негативных последствий уже начавшегося психологического кризиса. Согласно рекомендациям, ВОЗ под вторичной подразумевается именно ***лечение!***

Некачественное и несвоевременное лечение при нервно-психических заболеваниях способствует их затяжному и хроническому течению.

***Третичная*** – предупреждение рецидивов нервно-психических заболеваний и восстановление трудоспособности человека, перенёсшее заболевание. Третичная психопрофилактика направлена на предупреждение инвалидности при наличии у человека нервно-психического заболевания.

***Пренатальная*** (дородовая) – психика нежелательного ребёнка травмируется ещё до начала его рождения. При длительных нервных состояниях в крови у матери образуется избыточное количество гормонов, отрицательно влияющих на формирование мозга.

Психопрофилактика находится в тесной зависимости с другими дисциплинами. В психопрофилактической деятельности принимают участие представители разных профессий - врачи, психологи, социологи, педагоги и некоторые др.

Возможности реальной профилактики существуют лишь, для ограниченных групп психической патологии с достаточно изученными механизмами, к которым относятся психогенные расстройства, включая невротические, расстройства личности и поведения, посттравматические и постинфекционные расстройства, некоторые сравнительно редкие формы олигофрении, связанные с наследственными болезнями обмена (пр. фенилкетонурия).

***К задачам первичной*** психопрофилактики - относится выявление лиц с повышенной угрозой заболевания.

В качестве профилактических мер наиболее значимая роль принадлежит психологической коррекции.

Первичная психопрофилактика таких психических заболеваний как шизофрения, олигофрения, эпилепсия пока ограничена из-за того, что этиология и патогенез до настоящего времени не ясна.

**Задача вторичной психопрофилактики** – заключается в своевременном и правильном лечении больных пациентов с ранними проявлениями психических расстройств. Ведущая роль здесь принадлежит комплексной психотерапии и фармакотерапии.

***Для третичной психопрофилактики*** основное значение приобретает социальная реабилитация больного.

Важную роль в развитии психопрофилактики играют совершенствование структуры и увеличение числа различных психиатрических, психотерапевтических, психологических утверждений. (кризисные центры, дневные стационары, психологические службы по телефону, психотерапевтические кабинеты в поликлиниках).

Огромный контингент больных пограничными психическими расстройствами нуждается в психотерапевтической помощи. Совсем небольшое количество существующих в стране психотерапевтических стационаров и кабинетов не могут обеспечить нормальную психопрофилактику. Есть огромная потребность в психотерапевтических отделениях и расширении сети психотерапевтических кабинетов, подготовке психологов и психотерапевтов, владеющих эффективными современными методами.

В поддерживающей терапии при психических заболеваниях большую роль играет использование труда в специально созданных условиях лечебно трудовых мастерских, терапия занятостью (чтение, самодеятельность и д.р. социально терапевтические меры, которые направлены не на биологическую основу болезни больного, а адресованы к личности больного.)

В комплексе профилактических мер следует учитывать, как факторы окружающей среды, так и особенности самого человека.

Первый кабинет социально-психологической помощи был открыт в Москве в 1975 году. Основная задача таких кабинетов – первичная и вторичная профилактика суицида у лиц, находящихся в состоянии кризиса.

Первоначально телефоны доверия тоже организовывались как центры предупреждения суицидов. Первичная линия доверия возникла в Лондоне в 1953 году. В настоящее время по телефонам доверия оказывают «кризисные услуги» и помогают справиться с проблемами, связанными с семейной жизнью (в последнее время участились звонки от жён «новых русских»), с адаптацией к новым условиям, с беременностью, абортами, школьными конфликтами и т.д.

Эти услуги можно определить, как неотложную психопрофилактическую помощь.

**ТЕМА №4*. Психосоматические расстройства заболевания***

Одним из основоположников психосоматической медицины принято считать Ф. Александера (AlexanderFranz), американского врача и психоаналитика (1891 – 1964). Большой опыт психосоматических исследований и медицинской психосоматической практики накоплен религией.

***Психосоматические расстройства*** — это те разнообразные стороны проявления нарушений со стороны органов и систем организма, которые возникают и обостряются под влиянием психогенных факторов.

***Критериями для разграничения*** форм психосоматических расстройств могут служить:

* функциональность
* обратимость
* длительность существования
* локализация
* характер связи и с особенностями личности

***Диагностические критерии*** различных форм психосоматических расстройств:

* функции характера
* обратимость
* локализация
* особенности взаимосвязи с психологическими факторами

***Виды психосоматических расстройств.***

* психосоматические реакции
* функциональные невротические расстройства органов
* соматоформные расстройства
* психосоматические заболевания

***Психосоматические реакции*** – это кратковременное изменение со сторон различных систем организма пример: учащение пульса, А/Д, покраснение или бледность кожного покрова, кратковременное нарушение стула и множество других как правило физиологических кратковременных расстройств, возникших после психических переживаний. С помощью биохимических методов определяется изменение сахара в крови, её свёртываемости или иммунной активности.

***Функциональные невротические нарушения*** различных органов: сердца, желудка, кишечника и т.д., представляют функциональные расстройства (причём изменения в этих органах носят явно функциональный характер).

***Для соматоформных расстройств***

Характерно: множество постоянных жалоб на неприятные и тягостные ощущения, наблюдающиеся со стороны нескольких органов.

В ряду психосоматических принято рассматривать психические расстройства, часто осложняющиеся соматической патологией, а также психическими нарушениями (например, депрессии и мнестические расстройства у больных после аортокоронарного шунтирования или астенические состояния у больных с гемодиализом).

В пределах психосоматических интерпретируют ***психопатологические состояния,*** возникшие в связи с генеративным циклом у женщин:

* синдромное предменструальное напряжение
* депрессия беременности и послеродовая депрессия (в числе которой синдром “грусти женщин”)
* инволюционная истерия

К психосоматическим расстройствам причисляют так же ***симптоматические психозы***

* делирий – иллюзорно-галлюцинаторное помрачение сознание
* аменцию – безумное помрачение сознания (растер + аффект)
* галлюционоз

Исходя из структуры психосоматических соотношений ***выделяют 4 группы состояний***

* соматоформные реакции (неврозы, невропатии)
* психогенные реакции (нозогении)
* реакции по типу симптоматической лабильности (психосоматических заболеваний в традиционном их понимании)
* реакции экзогенного типа (соматогении)

Обязательным условием отнесения болезненного состояния к ***психосоматическим*** – является наличие психотравмирующих эмоционально значимых событий

***пример***: смерть, радость, развод и т.д.

Любая хроническая болезнь – это особого рода задача для больного, и в конечном счете именно характер личности определяет, во что она превратится вследствие болезни.

Течение соматических заболеваний подчиняется единому шаблону: сначала появляется ощущение дискомфорта или нарушения, еще не воспринимаемое как болезнь. Суждения типа «я болен» возникают при снижении способности к продуктивной деятельности либо под воздействием того, что пришлось услышать от врача. Некоторые люди испытывают настоящую потребность заболеть. Болезнь становится главным содержанием их жизни, средством для того, чтобы играть роль, заставлять других прислуживать себе, извлекать выгоду из уклонения от требований, предъявляемых реальностью. Есть и такие люди, которым важно быть здоровыми при любых обстоятельствах.

**ТЕМА №5. *ТЕОРИЯ СТРЕССА***

Вряд ли найдётся человек, незнающий что такое стресс.

Так что же такое стресс и как с ним бороться?

***Стресс*** – это болезнь

Первым дал определение стрессу ***канадский физиолог Ганс Селье.***

Согласно его определению ***стресс*** – это всё то, что ведёт к быстрому старению организма или вызывает болезнь (***по определению Сельсе***)

***Энциклопедический словарь*** даёт другую трактовку – что это совокупность защитной физиологической ***реакции***.

По ***оценкам*** некоторых ***западных экспертов*** до 70% заболеваний связанны с эмоциональным стрессом. В Европе ежегодно умирает более миллиона человек вследствии стрессогенных нарушений функций сердечно сосудистой системы.

«Стресс – это напряженное состояние организма человека, как физическое, так и психическое.» Стресс присутствует в жизни каждого человека, так как наличие стрессовых импульсов во всех сферах человеческой жизни и деятельности, несомненно.

Стрессовые ситуации возникают как дома, так и на работе.

С научной точки зрения, стресс является реакцией приспособления организма к экстремальным изменениям окружающей среды. (стресс с англ. – давление, напряжение), определяет стресс как “реакцию борьбы и побега”. Ганс Селье.

Физиологически длительный процесс приводит к непрерывному выделению стрессовых гормонов. Но мы по-разному реагируем на стрессовые ситуации. Есть люди в высшей степени восприимчивые к стрессам, другие не столь к ним предрасположены. Тот, кто постоянно находится в состоянии напряжения, скорее заболевает, он более восприимчив к инфекционным и простудным заболеваниям. Те, кто плохо переносят стресс, нежелательны при приеме на работу.

***Стресс***

Cтресс – обычное и часто встречающееся явление. Незначительные стрессы неизбежны и безвредны. Именно чрезмерный стресс создает проблемы для индивидуумов и организаций. Стресс является неотъемлемой частью человеческого существования, надо только научиться различать допустимую степень стресса и слишком большой стресс. Нулевой стресс невозможен.

***Причины стресса***

***К физиологическим стрессам*** можно отнести реакции организма на:

□ шум;

□ охлаждение;

□ недостаток О2;

□ кровопотерю;

□ травму;

□ интоксикацию;

□ физическую нагрузку;

□ лишение пищи.

***К психоэмоциональным стрессам*** относят реакции на сигнал опасности:

□неожиданноеприкосновение;

□неустойчивостьопоры;

□быстроеувеличениевразмерахнечеткоразличимогопредмета;

□одиночествоилиперенаселение.

У человека, кроме таких факторов, причиной стресса могут быть информационные перегрузки и дефицит, недостаток времени, неопределенность исхода.

***В последние годы обращают внимание на производственные стрессы:***

□неопределенностьтрудовогозадания;

□ недогрузка или перегрузка;

□ответственностьзалюдей;

□несправедливаяоценкатруда;

□ “трудное начальство”

□плохиеусловиятруда.

**Организационные факторы стресса**

Рассмотрим те факторы, действующие внутри организации, которые

вызывают стресс.

1. Перегрузка или слишком малая рабочая нагрузка, т.е. задание, которое

следует завершить за конкретный период времени.

Работнику просто поручили непомерное количество заданий или необоснованный уровень выпуска продукции на данный период времени. В этом случае обычно возникает беспокойство, фрустрация (чувство крушения), а также чувство безнадежности и материальных потерь. Однако недогрузка может вызвать точно такие же чувства.

1. Конфликт ролей
2. Неопределенность ролей.

Неопределенность ролей возникает тогда, когда работник не уверен в том, что от него ожидают. В отличие от конфликта ролей, здесь требования не будут противоречивыми, но и уклончивы и неопределенны. Люди должны иметь правильное представление об ожиданиях руководства – что они должны делать, как они должны делать и как их после этого будут оценивать.

1. Неинтересная работа.

Некоторые исследования показывают, что индивидуумы, имеющие более интересную работу, проявляют меньше беспокойства и менее подвержены физическим недомоганиям, чем занимающиеся неинтересной работой.

Однако взгляды на понятие “интересная” работа у людей различается: то,чтокажется интересным или скучным для одного, совсем не обязательно будет интересно другим.

1. Другие факторы.

Стресс может возникнуть в результате плохих физических условий, например, отклонений в температуре помещения, плохого освещения или чрезмерного шума. Неправильные соотношения между полномочиями и ответственностью. Плохие каналы обмена информацией в организации и необоснованные требования сотрудников друг к другу тоже могут вызвать стресс.

**Проявление стресса.**

Итак, стресс – это напряженное состояние организма. Рассмотрим различные состояния человека, которые могут сигнализировать о наличии в организме внутреннего напряжения.

***Признаки стрессового напряжения*.**

1. Невозможность сосредоточиться на чем-то.
2. Слишком частые ошибки в работе.
3. Ухудшается память.
4. Слишком часто возникает чувство усталости.
5. Очень быстрая речь.
6. Мысли часто улетучиваются.
7. Довольно часто появляются боли (голова, спина, область желудка).
8. Повышенная возбудимость.
9. Работа не доставляет прежней радости.

10. Потеря чувства юмора.

11. Резко возрастает количество выкуриваемых сигарет.

12. Пристрастие к алкогольным напиткам.

13. Постоянное ощущение недоедание.

14. Пропадает аппетит – вообще потерян вкус к еде.

15. Невозможность вовремя закончить работу.

Если вы обнаружили у себя 5 и более признаков, то необходимо вытаскивать себя зауши из этого болота.

Необходимо твёрдо решить, что вы у себя одна, а неприятностей вокруг полно, и на всех не напасёшься.

Наиболее общими для любого стресса являются ***три*** *его* ***стадии****,* описанные

Селье.

***1-я*** из них получила название ***стадии беспокойства***, боевой тревоги и представляет собой как бы “встряску организма”, призыв “к оружию”, к мобилизации нейроэндокринных механизмов, обеспечивающих значительное преобладание реакций, дающих энергию для борьбы или бегства.

***2-я*** стадия стресса – ***стадия резистентности или адаптации***– характеризуется восстановлением равновесия между ката – и анаболическими реакциями, т.е. распадом и синтезом. Такое явление Селье назвал “***эустрессом***” т.е”хорошим стрессом”.

***3-я*** стадия – называется ***стадией истощения***, или “***дистресса***”: она развивается при исчерпании адаптивных резервов. Исходом этой стадии может быть срыв адаптивных механизмов, развитие болезни или смерть.

**Жизненно важная роль стрессов**

Селье считал, что полная свобода от стресса означает смерть. Стресс не только помогает справиться с острой критической ситуацией, но и – при ее повторении или длительном действии – способствует эффективному запуску специфических, как правило, более экономных адаптивных реакций.

Полученные в результате многочисленных исследований данные свидетельствуют об определенной связи между вызывающими стресс жизненными ситуациями и началом развития различных заболеваний. Они позволяют сделать вывод, что вызывающее стресс событие или явление может быть одним из многочисленных факторов нашей повседневной жизни, способствующих возникновению различных психических отклонений и психосоматических заболеваний.

Ученые Холмс и Раге на основе многолетних исследований составили перечень наиболее часто встречающихся перемен в жизни, вызывающих стресс. В этом перечне каждое событие имеет определенную эмоциональную значимость в жизни человека, выражающуюся в баллах. Последовательность в этом перечне определяется на основании значимости каждого события. Это помогает провести аутоанализ личного стресса.

Однако стрессовое напряжение способны вызвать, как положительные, так и отрицательные ситуации. Чтобы как-то различить источники стрессов, да и сами стрессы, *положительные* получили название *эвстресс, отрицательные – дистресс* или просто стресс (об этом мы уже говорили).

***Существуют 2 вида стресса:***

* положительный
* отрицательный

***Положительный*** (вроде неожиданно появившегося наследства…..) ведёт к длительному пребыванию в состоянии приподнятого настроения, что естественно благотворно влияет на организм. (повышается иммунитет, отступление болезни, человек отлично выглядит и радуется жизни)

***Отрицательный*** надолго выбивает из колеи и заметно подрывает здоровье.

***Способы выхода из стресса***

1. аутотренинг
2. чёткое распределение времени на работу и отдых
3. горячий шоколад (горький) + пушистый плед, удобное кресло и книга
4. хорошее вино, шоколад, орехи и страстный любовник
5. хотя бы кратковременный отпуск (в компании или один)
6. сон сколько хочется хотя бы 1 раз в неделю
7. спорт до изнеможения
8. баня или сауна (на выбор)
9. общение с природой (особенно лес) + с любимыми животными

10) общение с любимыми людьми, которые вас любят и ценят.

Как известно любую болезнь (а стресс – это болезнь) лучше предупредить, чем лечить.

Поэтому необходимо выполнять эти рекомендации.

***К эмоциональному признаку*** хронического стресса относят:

□смены настроения

□повышение тревожности и антипатию к людям

□появление раздражительности, усталости и рассеянности.

***К поведенческим проявлениям*** хронического стресса отнесены:

□появление нерешительности

□нарушение сна

□переедание или потеря аппетита

□снижение качества работы и повышение числа невыходов

□ учащение несчастных случаев

□более частое курение и прием алкоголя.

***К соматическим*** признакам стресса относятся:

□аритмии сердца и сердцебиение

□ боль и чувство сжатия грудной клетки

□затрудненное дыхание

□вздутие живота

□боли в животе и понос

□частые мочеиспускания

□снижение полового влечения и импотенция

□нарушение менструального цикла

□покалывание в руках и ногах

□ощущение “комка” в горле

□двоение в глазах,

□ухудшение зрения, кожные сыпи.

Оценивая диагностическую роль этих явлений, отмечается – усталость, безнадежность, депрессия. Вышеуказанные явления, однако, чаще всего формируют картину неврозов.

Женщины, обычно, легче мужчин переживают острые стрессы; они адаптируются к стрессовым факторам более экономно физиологически, но при этом испытывают большой психический дискомфорт, чем мужчины.

Люди делятся на ***экстерналов и интерналов.***

***Экстерналы*** характеризуются уходом от трудных ситуаций, обвинением в своих трудностях других людей или “рока”, низкой мотивацией достижений, стремлением подчиняться другим людям.

***Интерналы*** же предпочитают конструктивные стратегии совладения с трудностями, стараясь видеть их источник в себе. Интерналы уверены в своих силах, отличаются высокой ответственностью и стрессоустойчивостью. Любое событие они рассматривают как стимул для развития собственных возможностей. Такой тип формируется еще в детстве при двух условиях:

а) наличие объекта подражания;

б) предоставления родителями самостоятельности в решениях жизненных проблем.

**Заключение**

Стресс – это неизбежность, о которой мы должны знать и всегда помнить. Стресс можно предвидеть. Нужно обязательно подготовиться к его приходу и постараться справиться с ним как можно лучше. Некоторых стрессов можно избежать вообще.

Нельзя допускать победы стресса над собой. У человека существует огромное множество способов предупреждения и снятия стрессорного напряжения. Знаниями приемов психологической самозащиты должен владеть каждый человек; это не только составная часть общей культуры, но и условие поддержания психологического и соматического здоровья.

**Тема №6. ПСИХОЛОГИЯ ПРОВЕДЕНИЯ СЕСТРИНСКИХ МАНИПУЛЯЦИЙ**

Ведущая роль при любых обследованиях принадлежит врачу, который проводит полное обследование пациента, ставит диагноз, назначает лечение, следит за динамикой патологического процесса.

При проведении этих мероприятий в жизнь на достаточно качественном уровне от среднего медицинского работника требуется высокая профессиональная дисциплина, четкое выполнение всех распоряжений врача.

Качественное, профессиональное и своевременное назначение врача – одна из *основных обязанностей среднего мед. работника.*

Однако выполнять свои проф. обязанности необходимо не формально, а, по внутреннему убеждению, бескорыстно, с чувством долга.

При общении с пациентом и выполнении сестринских манипуляций м/сестра обязана соблюдать этико-деонтологические нормы и принципы поведения, создавать общий доброжелательный настрой, проявлять выдержку, терпимость, готовность помочь пациентам, способствовать повышению авторитета врача и лечебного учреждения.

Четкие действия и профессиональное выполнение предписаний врача, сестринских манипуляций оказывает на пациента большое психологическое воздействие.

***Манипуляция*** – выполнение желаемых действий или достижение лечебного эффекта при воздействии рук на какую-либо часть тела человека.

Ведущая роль в утверждении этических принципов поведения и учете индивидуальных особенностей пациента принадлежит медсестре. При проведении лечебных, диагностических мероприятий на профессиональном уровне от м/сестры требуется высокая профессиональная дисциплина, четкое выполнение всех распоряжений врача.

***При общении и выполнении сестринских манипуляций медсестра обязана:***

***○*** Соблюдать этические принципы поведения.

○ Создавать общий доброжелательный настрой.

○ Проявлять выдержку, терпимость, готовность помочь пациентам.

○ Создавать обстановку доверия между медперсоналом и пациентом.

Правила поведения, совместимые с психологическими и биологическими законами, морально приемлемые для самих медиков и для всех других людей, оформились в науку о профессиональном медицинском долге. Это наука – медицинская деонтология. Напомним, что, деонтология – это практическая реализация основных принципов этики. Общечеловеческие морально-нравственные законы (этика) и правила поведения (деонтология) в медицине определяют друг друга. Этический кодекс сестринского дела – это уважение к образу жизни, достоинству и правам пациента.

***Подготовка пациента к различным медицинским манипуляциям зависит от: установок пациента, культурного уровня, знаний, от характера самого предстоящего исследования.***

**Психологические особенности работы медсестры при проведении сестринских манипуляций.**

1. Любые сестринские вмешательства имеют отношение к сохранению целостности организма пациента, поэтому сопровождаются переживаниями и отношениями к происходящему вокруг.

***Эмоции, сопровождающие пациента – СТРАХ, ТРЕВОГА.***

***Страх*** – сопровождается выраженными признаками соматической реакции: повышение артериального давления, учащенный пульс, дрожание, тик, холодный пот, расширенные зрачки, повышенный мышечный тонус, бледность, тенденция к опорожнению мочевого пузыря и кишечника.

Страх может мешать подготовиться к болезненным процедурам. Поэтому пациент будет избегать всеми способами этих вмешательств. Страх осложняет ход обследования, выполнения манипуляций, пациент пытается защититься от вмешательства руками, что мешает медицинскому работнику выполнить запланированное.

Отдельно необходимо сказать *о страхах*, которые являются формой выхода

напряженности создаваемой стрессом.

1. Страх смерти – (животный, правополушарный страх) и страх одиночества –детский страх покинутости, именуемый (потеря защитника).
2. Страх потери контроля – левополушарный (страх потерять контроль над собой).
3. Страх сойти с ума – (смешанный, межполушарный).

Более частыми разновидностями страхов являются конкретные подтипы(фобий) они являются отражением детства.

Примечание: агарофобия – страх ребенка, который боится остаться один без матери или противоположность социофобия, страх ребенка, который панически боится чужих людей.

Наверно, нет на Земле человека, который хотя бы однажды не пережил состояние тревоги.

***ТРЕВОГА*** – это психическое состояние, аналогичное страху, но при нем человек не знает, чего он конкретно боится. Это беспредметный страх, страх перед неопределенной и неизвестной опасностью.

Выраженность тревоги может быть различной: от легкого волнения, до мучительных приступов паники, сопровождающаяся вегетативными симптомами. При тревоге человек как бы ожидает встречи с опасностью, держится настороженно, напряженно.

**Чувство тревоги состоит из двух компонентов: душевного и телесного.**

***Душевный компонент*** – проявляется волнением, неустойчивостью настроения.

***Телесный компонент*** – выражается в учащении сердцебиения, чувстве нехватки воздуха, ознобе или потливости. Нередко нарушается сон и аппетит.

1. При длительном обследовании усиливается напряженность пациента. Оно обостряется неудобным положением тела, физической нагрузкой. Возникает неприятное чувство беспомощности, зависимости от медперсонала. О предстоящих манипуляциях следует заранее предупреждать пациента.

Люди обычно боятся неизвестности. Пациент в любом возрасте, при любых обстоятельствах боится почти всего, что с ним делают. Не бывает бесстрашных пациентов – это те пациенты, которые умеют управлять своим страхом и не показывают свои внутренние особенности реагирования. Пациенту надо объяснить, что с ним собираются делать. После доступного и понятного разговора с врачом, медсестрой пациент может поговорить с другим пациентом, который уже успешно перенес подобную манипуляцию.

1. Длительные и многократно повторяющиеся манипуляции (инъекции) могут невротизировать пациента, обостряются чувствительность к ним, формируют негативное отношение. Необходимо упокоить пациента, снять чувство страха, вселить уверенность в необходимость и безопасности назначенной процедуры, отвлечь внимание, найти добрые слова.
2. Необходимо формировать у пациента положительное отношение к профилактике, установку на сотрудничество с мед. работниками. Санитарное просвещение искореняет предрассудки и искаженные представления людей о тех или иных процедурах.
3. В ходе манипуляций медсестре не избежать физического контакта пациентом.

Поэтому необходимо помнить – телесный контакт всегда эмоционален.

1. При проведении болезненных манипуляций медицинской сестре следует сообщить об этом пациенту непосредственно перед манипуляцией, а не накануне, и выразить сожаление, что в данном случае нельзя поступать иначе.
2. Древний человеческий инстинкт – при опасности найти опору. Поэтому при сильной боли пациент цепляется за предметы или за другого человека. Метод ослабления боли – отвлечения внимания.

***Часто вниманием и рассеиванием страхов легче утолить боль, чем болеутоляющими средствами.***

На 1-м этапе очень важна психологическая подготовка пациента к проведению манипуляции.

*Задача медсестры* – помочь пациенту принять правильное решение, убедить его, что это поможет поставить окончательный диагноз, убедить в безвредности и безопасности для здоровья.

Необходимо объяснить больному как нужно себя вести во время манипуляции, чтобы она прошла легче и быстрее.

Предупредить о возможных неприятных ощущениях и подсказать как правильно себя вести.

Хорошо проведенная психологическая подготовка к манипуляции обеспечит сознательное, активное участие в ней пациента, облегчит работу врача и предотвратит возможную стрессовую ситуацию, нежелательную как для пациента, так и для врача.

При выполнении манипуляции от медперсонала требуется четкость, согласованность действий, высокая организованность, предельный самоконтроль, особый такт деликатность в профессиональном общении.

После исследования у пациента могут возникнуть негативные явления [резь, кровь при мочеиспускании (цистоск.), ощущение присутствия постороннего предмета в ротоглотке (после ФГС)] …

Необходимо успокоить пациента (не больного)!, сказав о временном характере и безопасности этих ощущений.

Соучастие медицинской сестры в выполнении любой инвазивной манипуляции обязательно. Это может быть сестра, работающая в отделении эндоскопии, или палатная медсестра. Для врача медицинская сестра является первым помощником.

Во время манипуляции пациент внимательно прислушивается к разговору врача с медицинской сестрой, фиксирует свое внимание на произнесенных словах, особенно непонятных ему.

Он следит за мимикой, жестами, настроением и другими формами поведения персонала. Это требует от всех участников процедуры согласованности действий, высокой организованности и дисциплинированности, предельного самоконтроля, особого такта в профессиональном общении.

Естественно, что четкость и слаженность в работе персонала приобретается в процессе работы. Они должны отражать профессиональную культуру и обеспечивать максимальную диагностическую и лечебную эффективность манипуляции.

Мед. сестра во время манипуляции имеет возможность не только наблюдать за Поведением пациента, но и предвидеть его поступки и вовремя корректировать его поведение, держать под контролем всю психологическую ситуацию.

При завершении диагностической или лечебной манипуляции, независимо от ее результатов, следует похвалить пациента за адекватное поведение, которое в значительной мере облегчило работу врача, позволило получить нужную информацию.

Таким образом, инвазивные методы диагностики и лечения, обладая высокой информативностью и лечебной эффективностью, занимают важное место в практическом врачевании. Медицинская сестра является обязательным участником или

непосредственным исполнителем этих манипуляций.

**Снять чувство беспокойства, страха, поддерживать психологический контакт с пациентом на протяжении проведения манипуляции – нравственный долг медсестры перед больным человеком.**

***Выполняя интимные манипуляции*** медицинской сестре необходимо учитывать чувство стыда, неловкости, дискомфорта у пациента. Поэтому создавать условия интимности, уединения пациента, щадить самолюбие, учитывать легкую ранимость психики, медсестра не имеет права демонстрировать их окружающим, особенно соседям по палате, подчеркивать немощность пациента, неопрятность, неспособность обслужить себя и т.д. При уходе за пациентом чистота принципиально необходима. Это чистота помещения, чистота самого пациента, психологическая чистота (гигиена).

Деонтологическим долгом медицинской сестры является щажение ранимой психики пациента, соблюдение профессионального такта. Каждый пациент ожидает от медицинской сестры не только облегчения своих страданий, но и сохранения тайны о своем здоровье перед окружающими. И об этом всегда надо помнить.

При выполнении интимной манипуляции мед. сестра должна следить за речью, мимикой, жестами, силой голоса, не проявлять брезгливости к пациенту и неприязненного отношения к своей работе. Нужно умело использовать свое слово как важный психотерапевтический фактор. Во время манипуляции следует поддерживать контакт с пациентом, осведомляться о его самочувствии, неприятных ощущениях.

**Тема №7. *ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ОБЩЕНИЕ***

Начнём с основного. Всем нам известно, что в коммуникативной неудаче никогда не бывает одного виноватого. Ответственность за коммуникацию несёт каждый.

***Коммуникация*** – процесс обмена информацией, значимой для участников общения.

***Коммуникационная компетентность*** – способность человека адекватно оценивать себя, своё место среди других людей, осуществлять адекватные способы общения с окружающими.

Для того чтобы добиться успеха в коммуникативной деятельности, необходимо добиться двух разных ***видов понимания:***

1. Вербальное понимание (восприятие сигналов собеседника в основных словах)
2. Глубинное понимание (понимание того, что подразумевается)

***Общение***  - взаимодействие двух или более людей, состоящее в восприятии ими друг друга и обмене информацией познавательного или аффективно-оценочного характера.

Межличностное общение выступает необходимым условием бытия людей, без которых невозможно полноценное формирование человека, но и личности в целом.

Всё это означает, что суть межличностного общения заключается во взаимодействии человека с человеком.

Трудности в общении могут происходить не только из-за нарушения процесса коммуникации, но и из-за различий личностных свойствах.

Полноценное общение невозможно без гибкости и психологической подстройки “ под партнёра ” по общению.

***Речь как средство общения*** одновременно выступает и как источник информации, и как способ воздействия на собеседника.

Но следует различать понятия ***речь*** и ***язык***.

***Язык*** – это система знаков, которая служит средством человеческого общения, способом выражения личности, передачи опыта и хранения информации.

***Речь*** – исторически сложившаяся форма общения людей с помощью языка, способ выражения мыслей.

Речь сильное средство воздействия на человека, на его эмоциональное состояние, а через него на деятельность внутренних органов. Великая сила слова стала особенно понятна в свете учения Павлова о высшей нервной деятельности.

Очевидно, слово для человека – сильнейший условный раздражитель. В нём заключается огромная сила внушения.

Слово действует на человека и тогда, когда он находится наедине с собой. Опыты физиологов показали, что ***слово произносимое про себя***, может изменить размер зрачка, АД, повлиять на деятельность сердечно сосудистой системы и других органов. А если произнести вслух, то сила воздействия увеличится в десятки раз.

Медики всегда должны помнить о двояком значении слова, о ранящей и исцеляющей его силе.

Болтливый человек может вызвать у своих слушателей головную боль и усталость. ***В старинных трудах ирландских врачей*** говорится: 3 орудия есть у врача

- слово

- растения

- нож.

Осторожно обращаться с психикой пациента учили знаменитых русских врачей: ***МУДРОВ, БОТКИН, БЕХТЕРЕВ***.

“Если больному или его близким после разговора с врачом не становится легче, то это не врач”.

Воздействие слова велико. В беседе с медицинским работником пациент обретает веру в выздоровление, а это уже половина лечения. Медицинский работник является носителем силы, бодрости, уверенности в благополучном исходе.

Но не только слова, но и всё поведение медицинского работника, внешний вид, мимика, жесты, белизна и чистота его халата.

- должны вызывать у пациента положительные эмоции.

Всегда необходимо помнить, что у пациента есть желание иметь представление о своей болезни. Односложные ответы “да” или “нет” никого не удивляют. Ежедневной психотерапевтической беседой медицинский работник должен помочь пациенту освободиться от тревожных мыслей, и чувства страха, т.к. тревожные мысли о болезни, страх перед операцией или неприятным исследованием оказывает влияние на всё поведение пациента, усиливая его страдания. Тонкая душевность и человечность – это важный инструмент в работе медицинского работника.

Основная задача медицинского работника – поддержание надежды, т.к. она и есть важнейшие условие выздоровления. Пациенту необходим не только осмотр, но и присмотр. Ему необходимо чтобы его выслушали, ему хочется верить, что медицинскому работнику не всё равно будет ли он жить или умрёт.

- От того как медицинский персонал ведёт себя создаётся условие для выздоровления или ухудшения состояния пациента.

Медицинским работникам необходимо стремиться к обогащению и совершенствованию речи. Наибольшее впечатление на пациентов производит:

* Звучная
* Эмоциональная
* Уверенная
* не слишком громкая
* отчётливо произносимая речь
* богатая интонациями
* без фамильярности и грубых нарушений
* уважительная
* доброжелательная

Такая речь – важный психотерапевтический, лекарственный, лечебный и профилактический метод воздействия на пациента. Для того чтобы внушить доверие пациенту врач (медицинский работник) должен быть сильнее нравственно. Сила его заключается в профессиональной уверенности, оптимизме.

***Эмпатия*** (позиция душевного сочувствия) – понимание чувств другого человека, сопереживание, чуткость – это важнейшие качества медика.

Одной из ***наиболее частых ошибок медицинского персонала*** является излишняя разговорчивость, о тех вещах, о которых говорить не желательно. Во время осмотра и беседы с пациентами ***нельзя*** проявлять свои отрицательные эмоции. Пациент прислушивается не только к оттенку голоса, но и стараются прочитать свой приговор в его глазах. (медицинского работника). В случае необходимости, строго и твёрдо отклонить требования пациента. Также медику необходимо быть крайне осторожным в общении между собой присутствии пациентов.

***Негативной формой общения*** медицинского работника является профессиональный жаргон. (например: Заболевание ваше почти не излечимо, Размягчение мозга, сосуды склерозированы). Эти высказывания могут носить катастрофические последствия для пациента. Медику следует знать – что жаргон признак низкой культуры, а профессиональный жаргон в медицине – явление амональное.

***Слово*** – мощное орудие в руках медика и необходимо научиться им пользоваться, ***только осторожно***, в противном случае оно может быть причиной ***ятрогенных расстройств***.

***Ятрогенные расстройства***.

***Ятрогении*** это – один из вариантов психогении.

***Типичные причины вызывающие ятрогении***

* неосторожное словестное воздействие или воздействие путём неречевых средств (жест, мимика)
* поспешная или необоснованная информация о Д/З и прогнозе заболевания
* неверное толкование лечебных и диагностических процедур
* “немая” ятрогения из-за бездействия и невнимания медицинского персонала
* неправильное хранение медицинских документов

“***Сестрогении***” – психическое нарушение возникшее у пациента в следствии неосторожных слов или действий м/с

***Эгогении*** – влияние пациента на самого себя в связи с болезнью или определённого состояния здоровья. Это результат положительного или отрицательного самовнушения пациента.

Эгротогении – взаимное влияние пациентов друг на друга.

Наиболее часто ятрогенные расстройства наблюдаются у мнительных, эмоционально устойчивых и легко внушаемых пациентов.

Необходима постоянная ***профилактика ятрогенных состояний***. Для этого необходимо прежде всего – строгий самоконтроль за своими словами, жестами, мимикой, интонацией, поведением,

- правильным хранением медицинских документов.

- проведение психотерапевтической работы особенно с мнительными больными.

- разъяснения в доступной форме значение лечебных и диагностических процедур.

***Пассивные слушания*** – если человек находится в состоянии аффекта или сильно возбуждён ***необходимо его успокоить***. Поэтому воспринимать его информацию бессмысленно и вредно.

***Основные правила активного слушания***

1. не перебивать
2. не переводить обсуждения на другую тему
3. не отвлекаться
4. не задавать лишних вопросов (не допрашивать)
5. не пререкаться
6. не навязывать свои советы (мягко рекомендовать)
7. отражать в поведении жестикуляции, выражения лица и словах своё отношение к чувствам говорящего.

***! МЕДИК ДОЛЖЕН НЕ ТОЛЬКО СЛУШАТЬ, НО И СЛЫШАТЬ ПАЦИЕНТА.***

***Жесты*** – социально отработанные движения (руками, головой туловищем).

При общении жесты несут в себе много информации. Практика показывает,

когда люди хотят показать свои чувства, они жестикулируют.

Для понимания жестового репертуара пациента медику важно знать его психическое состояние, отношение к себе и другим и тип темперамента. Это поможет понять жестовые сигналы и провести связь между ними и психологическое состояние больного.

***Интенсивная жестикуляция*** - увеличивается, если человек волнуется или испытывает затруднение в выражении мысли.

- ***тревожность и неуверенность в себе*** – хаотичные движения, манипулирование окружающими предметами.

- по вяло свисающей вдоль тела руке медсестра делает заключение, что у пациента грустное и печальное настроение.

- скрещенные на груди руки (о закрытости) и стремление его к дистанцированию.

В целом медперсоналу целесообразно выработать жесты одобрения поддержки, избегая отвращения, брезгливости, стремиться к нормализации эмоционального состояния больного.

***Походка*** – известно, что походка имеет ряд характеристик

- ритм

- скоро

- длина шага

- …

Походка в меньшей мере поддается регуляции и поэтому о ней можно говорить об индивидуальных характеристиках человека.

По походке грамотный медик может судить о возрасте, психологическом состоянии и социальном статусе.

Нарушения координации движений возможны при некоторых заболеваниях головного мозга, спинного мозга, отравлениях и инфекционных заболеваниях.

При заболевании опорно-двигательного аппарата может появиться хромота (периодическая или постоянная) болевая или щадящая.

При нарушении кровообращения в нижних конечностях появляется перемежающаяся (периодическая) хромота. При инсультах (нога косит, рука просит).

***О социальном статусе*** говорит положение головы, плеч и рук во время ходьбы.

Подавленный человек ходит с опущенной головой и волочит ноги. И наоборот –уверенный в себе …

Тот, кто при ходьбе держит руки в карманах – скрытен и критичен, ему нравиться подавлять людей! (***Необходимо учитывать при заселении в палату***).

Перемещение медперсонала по коридору, палате и процедурном кабинете … дает в свою очередь информацию о своих чертах личности. Поэтому необходимо выработать походку с прямой спиной, поднятой головой, со средней степенью движения рук.

***По характеристике голоса*** можно распознать состояние собеседника и выявить его психологическую индивидуальность.

***Высоким голосом*** передается энтузиазм, радость и ***недоверие.*** Гнев и страх тоже высок, но тональность звуков повышается по силе и высоте (обычно крик).

***Мягким и приглушенным*** с понижением интонации к концу фразы – (горе, печаль, усталость).

***Скорость речи*** - (быстрая) – взволнованность и обеспокоенность чем-то.

(медленная) – свидетельствуют об угнетенном состоянии, горе или высокомерности и усталости.

***Профессиональный язык тела*** – важность его обусловлена тем, что люди, за которыми медперсонал ухаживает, не только испытывают боль, но и могут тревожиться из-за переживаний о предстоящей операции или своих шансов на выздоровление, беспокоиться об оставленном доме и домочадцах.

Эффективное пользование языком тела предполагает готовность к зрительному контакту, улыбке и др. положительным формам мимики.

***Психологическая особенность общения медработника с пациентом.***

Опрятный аккуратный внешний вид уже располагает к себе пациента,

вызывает уважение и оказывает благоприятное психотерапевтическое воздействие.

***При общении с любым пациентом медработник должен уметь:***

1. установить правильный психологический контакт;
2. рассказать в доступной форме о болезни и лечении, но при этом учитывать мед. тайну;
3. успокоить или ободрить пациента, находящегося в самом тяжелом состоянии;
4. оградить психику пациента от отрицательного воздействия факторов относящихся к лечебно-диагностическому процессу;
5. соблюдать мед. тайну и личную тайну пациента;
6. использовать слово как важный психотерапевтический и психопрофилактический фактор;
7. уметь определить в беседе индивидуальные личностные особенности пациента (характер, темперамент, потребности).
8. Профессионально и грамотно строить взаимоотношения с родственниками пациента, с другими сотрудниками.

При общении с пациентом медсестра обязана соблюдать этико-деонтологические нормы и принципы поведения.

Однако внимание и теплота со стороны медработника ***не должны носить*** ***интимного характера***, не должны побуждать пациента преодолеть дистанцию.

Иногда в состоянии пациента может наступить резкое ухудшение, при этом недопустима паника или растерянность. Все действия медсестры должны быть предельно четким, собранными и уверенными. Нельзя, чтобы пациент видел испуганные глаза медсестры или дрожащий голос. Недопустимы громкие слова и крики на все отделение.

Помимо контактов с пациентами медработник нередко беседует с родственниками и близкими больного. Необходимо учитывать, что среди них

могут быть больные люди, которым необходимо предельно осторожно преподнести информацию. Также в случаях, предусмотренных законом, сохранение мед. тайны.

***Общие рекомендации для проведения беседы с пациентами*.**

Вначале необходимо представиться (назвать имя, отчество, должность), сообщить цель беседы. Затем узнать от самого больного о его жалобах. Смотрите больному в глаза, наблюдая за его поведением, мимикой, жестами. Это располагает к доверительной беседе. ***Нельзя*** начать беседу с личных деликатных вопросов. Не рекомендуется садиться на постель больного, лучше сесть на стул. Визуальный контакт лучше на одном уровне. Говорите спокойно, внятно, с каждым на его языке. Используйте только понятную терминологию. Внимательно слушайте. При беседе проявляйте сочувствие, будьте естественны.

***Основными условиями эффективности профессионального общения***

является – демонстрация доброжелательности

- такт

- интерес

- профессиональная компетентность.

1. ***Дети дошкольного возраста*** (для них характерно)

- отсутствие осознания болезни в целом

- неумения формулирования жалобы

- сильная эмоциональная реакция на отдельные симптомы болезни

- восприятие лечебных и диагностических процедур, как устрашающая

мероприятие

- усиление дефектов воспитания в период болезни

- чувство страха, тоски, одиночества вдали от родителей в условиях стационара.

1. ***Подростки***

Бравада является формой самозащиты при внутренней ранимости. Пренебрежительное отношение к болезни и факторам риска.

1. ***Пациенты работоспособного возраста***

Необходимо выяснить отношение пациента к болезни, медперсоналу.

***Деонтологическая тактика*** медработника ориентирована на трудовую и социальную реабилитацию. Выбор тактики общения проводить в зависимости от ВКБ.

1. ***Пациенты пожилого и старческого возраста***

Для них характерна психологическая доминанта возраста

- уходящая жизнь

- приближение смерти

Появляется чувство тоски и одиночества. Нарастает беспомощность.

Появляются возрастные изменения: понижение слуха и зрения, памяти,

возрастает обидчивость, ранимость, понижение возможности самообслуживания.

Отсутствует мотивация к лечению и выздоровлению.

***Деонтологическая тактика медперсонала***

- поддерживание у пациента ощущения собственной значимости

- увеличение мотивации на выздоровление

- ориентация на двигательную активность

- подчеркнуто уважительное, тактичное, без фамильярности, отношение

- исключить приказной тон и нравоучения.

**Тема №8. *СПОСОБЫ ПРОФИЛАКТИКИ КОНФЛИКТОВ***.

***Конфликт*** – с психологической точки зрения это осознаваемое противоречие, воспринимаемое человеком как значимая для него психологическая проблема, требующая разрешения и направленное на его преодоление.

Взаимоотношение между людьми зависят от их психологической грамотности. ***Путями к преодолению барьера общения*** является умение прощать и определение алгоритма поведения в конфликтной ситуации.

Есть созидательные и разрушительные конфликты (это вспомнить необходимо)

Столкновение интересов (потребностей) является ***источником конфликта***.

***Факторы которые провоцируют конфликт*** могут быть разнообразны.

* характелогические особенности человек
* самокритичность, зависть, корыстолюбие, эгоизм, желание подчинить себе других)
* настроение
* самочувствие
* интеллект
* знание и незнание психологического общения, и другие.

***Вероятность наступления конфликта при:***

* несовместимости характера и психотипов
* наличие темперамента холерика
* отсутствие трёх качеств (способности к самокритике + терпимость к другим + доверие к другим.) нередко причиной конфликта является неправильное поведение участников общения.

***В конфликтной ситуации нельзя:***

* критично оценивать партнёра
* приписывать ему плохие намерения
* демонстрировать знаки превосходства
* обвинять только партнёра
* игнорировать его интересы
* смотреть на ситуацию только со своей стороны
* преувеличивать свои заслуги
* раздражаться, кричать, нападать
* задевать “болевые точки” партнёра
* обрушивать на партнёра претензии

***ТИПЫ КОНФЛИКТА.***

***конфликты могут быть:***

* парные
* межгрупповые
* скрытые (внутренние)
* открытые (внешние)
* случайные и преднамеренные
* внутриличностные и межличностные

***Даниэль Дэна*** выделил ***3 уровня конфликта***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **стычки** | **столкновения** | **кризисы** |
| незначительные конфликты | продолжительное повторение одних и тех же аргументов (пример) – когда вам регулярно приходится исправлять ошибки коллег по работе | такой уровень который угрожает дальнейшему продолжению отношений. (***признак его***- желание  окончательно разорвать отношения) |

Если будет продолжаться – вероятность эмоционального срыва и физического насилия. Неумение находить выход из конфликтной ситуации – ***барьер общения***.

***ПРОФИЛАКТИКА КОНФЛИКТОВ***

Прежде всего, учёт индивидуальных особенностей личности (характер, темперамент….)

1. Если у человека ***доминантный характер*** (жёсткий самоуверенный) необходимо дать возможность выявить свою доминантность! (не прерывать его, спокойно придерживаться своей точки зрения) В противном случае будет конфликт.
2. ***Недоминантный характер*** – чуток к внешним признакам силы. (уступчивый, легко теряется, терпеливо переносит когда его перебивают) ***Нельзя повышать на него голос***
3. ***Ригидный характер*** не терпят когда их перебивают в общении с ними необходим максимальный такт и терпение.

***Самой главной профилактикой конфликта*** является создание благоприятного психологического климата.

Правила медицинской этики и деонтологии, знания общей и медицинской психологии, строгий самоконтроль помогут вам найти верное решение, чтобы конфликт не возник.

**Тема №9** **Семья и болезнь.**

**Разделенная радость – двойная радость, разделенное горе - половина горя.**

Психологическая обстановка и общий психологический фон является непременным условием в развитии заболеваний. Данной областью занимается психосоматика. Однако важным аспектом в развитии заболеваний является ближайшее окружение человека: его семья. Отпечаток накладывает воспитание, семейные традиции, устои, распределение ролей в семье.Очень важным является принятые в семье способы и методы выражения чувств и эмоций. Особенно неблагоприятным фактором в развитии заболеваний является подавление эмоций.Ниже приведены примеры, по-видимому, отрицательных чувств и их действие на организм. **Агрессивность -** Проблемы с зубами. Расстройства функций желчного пузыря. Хронические расстройства желудка. Изжога. Гипертония. Мигрени.

**Безразличие -** Слабость соединительных тканей. Гипотония и нарушения кровоснабжения. Проблемы с легкими. Утомляемость. Пониженная сопротивляемость.

**Высокомерие -** Проблемы с осанкой. Заболевания суставов. Заболевания дыхательных путей. Расстройства функции печени Проблемы со зрением**.**

**Ненависть** - Кожные заболевания: зуд, экзема, аллергия. Острые и тяжелые расстройства пищеварения. Сердечные заболевания. Изжога. Мигрени. Геморрой.

**Одиночество -** Легочные заболевания. Депрессия. Запор. Спазмы. Избыточный вес, но возможна потеря веса, истощение. Усталость.

Серьезная болезнь одного из членов семьи оказывает влияние не только на самого больного. Она нарушает привычный ход жизни всех членов семьи, вносит ограничения (экономические, сексуальные и т.д.), требует создания особого режима для больного, перераспределения обязанностей, заставляет менять планы на будущее, испытывать чувство страха, неопределенности, беспомощности, которые охватывают больного и его близких. Чаще всего здоровье определяется не отсутствием болезней, а способностью успешно их преодолевать. Семейная консультация и семейная терапия представляют собой самые многообещающие подходы в лечении психосоматических заболеваний. Медработник, общаясь с семьей, решает вопросы отношения к проблемам здоровья, болезни, лечения и профилактики. Медик должен помочь семье не только приспособиться к уходу за больным и его лечению, но и активно направлять и корректировать реабилитацию, как физическую, так и психологическую. Сотрудничество с семьей медицинскому работнику необходимо всегда, даже если он не является семейным врачом или семейной медсестрой. Чем тяжелее и опаснее для жизни проявления симптомы болезни, чем сильнее нарушается жизнь семьи, тем более выражена реакция на заболевание у родственников больного.

Медработнику при общении с семьей необходимо всегда помнить, что в эмоциональной поддержке, психотерапии нуждается не только больной член семьи, но и его окружение. Если семья находится в состоянии кризиса, то заболевшему члену семьи не всегда бывает оказана необходимая ему поддержка. Болезнь может усугублять, или, наоборот, сглаживать конфликт между супругами.

Отношение детей к болезни в значительной степени определяется отношением к ней родителей. Родителям больного ребенка бывает трудно справиться со своей болью, вызванной страхом за ребенка. В этом случае их состояние будет ухудшать и без того нарушенное состояние здоровья ребенка. Чтобы оказать ребенку необходимую поддержку, родители сами должны адаптироваться к новой ситуации в семье (особенно, если заболевание ребенка хроническое). Замечено, что в семьях хронически больных детей имеется более высокий риск супружеских конфликтов и разводов. Группу риска в семьях больных детей при этом составляют не только сами родители, но их братья и сестры. Родители, озабоченные проблемами больного ребенка, не успевают вникнуть в проблемы здорового. Напротив, болезнь родителей может заставить ребенка принять на себя несвойственную ему взрослую роль. При этом как это отразится на самом ребенке, зависит от его возраста и психологической зрелости. Замечено, что в семьях, где хронической болезнью страдает хотя бы один из родителей, у детей больше эмоциональных проблем. Особое значение имеет работа с пожилыми людьми, которые гораздо чаще болеют и нуждаются в большей заботе. При этом надо донести до близких информацию о состоянии пожилого пациента и возможном течении болезни и быть снисходительными к капризам пациента, учитывая его возраст. Та же проблема стоит в тех семьях, где находятся пожилые люди, которые считают, что они прожили очень большую жизнь. Особенно много проблем возникает, если речь идет о тех заболеваниях, которыми пациент болеет давно (в случае, если пожилой человек болеет сам), или уже переболел раньше (если болеет кто-то другой). Такие люди могут вносить свои предложения и коррективы, считая их более важными и безвредными. Иногда даже вмешиваются в процесс лечения, что может привести к нежелательным последствиям. В таких случаях медработнику необходимо запастись терпением и временем, для того, чтобы объяснить и убедить пожилого пациента в том, что квалифицированная помощь более функциональна при данной болезни. Возможно объяснение пациенту, что отступление от рекомендуемого профессионалом лечения может привести к непредсказуемым последствиям. Медработник должен помочь членам семьи не закрывать глаза на болезнь, а объяснить роль каждого в сложившейся ситуации, ответить на все интересующие вопросы.

Необходимо убедить семью быть более терпимым к больному. Обеспечение помощи семье, где есть больной человек, необходимо начинать именно с установления доверительных отношений и эмпатии, то есть оказывать эмоциональную поддержку. Эмоциональная поддержка для пациента - это принятие его родственниками, сослуживцами, медицинским персоналом, пациентами, признание его личностной, человеческой ценности и значимости не зависимо от того, какими качествами он обладает, болен он, или здоров; пациент принимается таким, каков он есть, несмотря на то, что он может отличаться от других. Так же необходимо помочь пациенту и его близким поверить в положительный исход. Ведь из веры возникает реальность. Полезно заставить членов семьи задуматься над тем, как влияет болезнь на каждого из близких; как говорить друг с другом о болезни; каким образом придется изменить свою жизнь; как сложиться жизнь, когда больному станет лучше и какой помощи ждет семья от медработника. В работе с семьей нужно учитывать влияние больного члена семьи на всю семью, а также меру воздействия семейного окружения на больного. При заболевании одного члена семьи, медработник, работающий с этой семьей, обязан следить за состоянием здоровья и жизнедеятельностью всей семьи. Он наблюдает, как семья влияет на проявления заболевания. Это один из главных принципов семейной медицины: заболевание рассматривается не само по себе, а в связи с функцией всей семьи. Необходимо всегда интересоваться отношением к больному других членов семьи, близкими родственниками больного, их занятиями, работой, учебой, даже при их отсутствии во время визита. По тому, как пациент описывает свое состояние, нужно оценивать отношение других членов семьи к его болезни, определять, собираются ли они помочь больному и что они думают о причинах болезни. Больной человек, оставаясь наедине со своими проблемами, чувствует себя совершенно отъединенным. Надо дать понять пациенту, что он не одинок в своем горе. Необходимо дать совет близким, как можно больше уделять больному внимания и заботы. Помочь больному психологически преодолеть свой недуг можно также, предложив ему увлекательное занятие. Семья - служит основным, а иногда и единственным источником социальной поддержки пациента.

Выделяют 3 группы критериев социальной поддержки: **Чувства** (ощущение любви, уважения). **Подтверждение** (ободрение того, как справляется со своей ситуацией пациент). **Помощь** (деньгами, информацией, советом, временем).

Также выявлена зависимость соблюдения пациентами медицинских рекомендаций от их семейных обстоятельств. Поэтому пациенты, имеющие семью, лучше соблюдают режим, вовремя принимают лекарства. Говоря о негативных влияниях семьи, можно отметить то, что иногда в семье выгодно как можно дольше оставлять пациента в роли "больного". Семья как бы "корректирует" лечение. То есть в такой ситуации семья действует в своих интересах, а не в интересах больного. Таким образом, для решения представленных проблем, необходимо наладить адекватное и грамотно построенное взаимодействие медицинских служб с пациентом и его семьей: Совместная госпитализация (чаще применяется для мам с детьми; родоразрешение в присутствии мужа). Обучение семьи, организация групп поддержки (для членов семьи, других семей, имеющих схожие проблемы). Включение в штат ЛПУ специалиста по работе с семьями пациентов.

Создание так называемых "переходных зон" - специальных отделений, где пациент перед выпиской мог бы провести некоторое время с одним из членов семьи, который обучается особенностям ухода за своим больным родственником, и пройти курс реабилитации. Для достижения всех обозначенных целей, медработник должен уметь контролировать и правильно выражать свои собственные эмоции и не конфликтовать с пациентом и его семьей даже в тех случаях, когда заведомо правильная информация или предложение исходит именно от медика. Поэтому важным аспектом успешной деятельности является регулярное посещение занятий, тренингов и консультаций психолога самим медработником.

***ТЕМА №10 Психология умирающих.***

***Смерть*** – это последнее критическое событие в жизни человека.

***На физиологическом*** уровне смерть представляет собой необратимое прекращение всех жизненных функций.

***На психологическом*** - имеет личную значимость и личное значение для самого умирающего и его родных и близких.

***Умереть*** – значит – прекратить чувствовать, покинуть любимых людей, оставить незаконченные дела и уйти в неведомое.

Только относительно небольшой процент пожилых людей сообщают при опросе о страхе смерти. У них другие страхи. Они не хотят умереть долго и мучительно. Не хотят слишком долго находиться на иждивении других. Кроме того боятся потерять рассудок и чувство собственного достоинства.

Состояние эмоционального и физического истощения медицинского персонала, занятого помощью умирающим, получило название – “***синдром выгорания***”

Привыкнуть к смерти нельзя. Многие стесняются медицинских работников в результате впечатлений полученных в детстве. По статистическим медицинским данным – почти половина медицинских сестёр особенно заботлива по отношению к умирающим, неизлечимо больным, другая ухаживает по обязанности, механически выполняя свои обязанности.

В больницах следует уделять большое внимание вопросу о размещении умирающих в палате. Часто смерть является огромным потрясением для остальных. Смерть одного из больных таит в себе опасность “***психической инфекции***”. Неожиданная смерть в палате ещё более глубоко потрясает соседей по палате. Много примеров когда у невротиков ухудшается психическое состояние.

К заболеваниям, при которых радикальное лечение не возможно, относятся: злокачественные новообразования в терминальной стадии, ВИЧ-инфекцию на стадии СПИДа, поздние стадии сердечной, почечной, дыхательной и печёночной недостаточности, тяжёлые нервно-мышечные заболевания. Теряет ли смысл ухода за больным, который не может поправиться? Конечно, нет! Более того, умирающий больной нуждается в особо тщательном, особо внимательном, особо чутком уходе. Он нуждается в нашей помощи не меньше, а больше. Чем другие больные – наша помощь имеет очень большое значение для достойного завершения жизни человека. Уход за умирающим человеком требует очень много физических и душевных сил, много времени.

Надо понимать, что уход за умирающим, его сопровождение по всем этапам умирания – трудное испытание для всех, кто участвует в таком уходе.

К уходу за больным и общению с ним в этот период должны быть привлечены родственники, друзья, врачи, медицинские сёстры, социальные работники, священник. Для того чтобы эффективно помочь больному, необходимо понимать какие серьёзные и специфические проблемы возникают у умирающего человека.

***ВСТРЕЧА С ДИАГНОЗОМ***

К сожалению, до недавнего времени тема смерти в медицине была закрыта. Существовал и существует негласный запрет на сообщение больному смертельного диагноза. Смерть воспринимается как неестественное и пугающее событие. Люди считают, что могут предотвратить смерть, что если не будут о ней говорить. Не зная своего диагноза и не представляя, что ждёт его впереди, больной оказывается в глухой психологической изоляции и не имеет возможности активно участвовать в процессе лечения и принимать решения в таких важных для себя вопросах, как лечиться или нет, оперироваться или нет, умирать дома или в больнице и т.п. Ни медицинские работники, ни родственники смертельно больных людей, как правило, не умеют разговаривать с такими больными и не знали, о чём с ним говорить. В общении царят обман и неискренность. В силу неверного представления, что все больные могут быть вылечены современными методами лечения, умирающие люди часто рассматриваются как результат медицинской неудачи. В результате этого умирающий человек испытывает неловкость при обсуждении с медицинскими работниками своих чувств о смерти и её приближении.

***СООБЩАЯ БОЛЬНОМУ ДИАГНОЗ, НЕОБХОДИМО ПОМНИТЬ О СЛЕДУЮЩЕМ:***

* Больной должен быть расположен к тому, чтобы услышать правду о диагнозе.
* Начиная разговор о диагнозе, необходимо иметь в запасе достаточно длительное время (может быть несколько часов) на общение с больным.
* При сообщении пациенту о прогнозе его заболевания не следует говорить всю информацию сразу. Необходимо её дозировать.
* Диагноз, как правило, сообщает врач, но это может быть и другое доверенное лицо.
* Диагноз сообщается после достаточно продолжительного подготовительного разговора о проведённых исследованиях и имеющихся изменениях в организме.
* Надо стараться избегать медицинских терминов, которые могут быть непонятны или неправильно понятны больным.
* Сообщение диагноза не должно выглядеть как вынесение приговора. Больной не должен услышать в словах интонацию: “Ты обязательно скоро умрёшь”, а: “Диагноз очень серьёзен… нужно быть ко всему готовым”.
* Надо быть готовым к проявлению различных, иногда очень сильных эмоций больного: гнева, отчаяния и др.
* Надо быть готовым разделить с больным его сильные переживания.

***ПРИЗНАКИ ПРИБЛИЖАЮЩЕЙСЯ СМЕРТИ***.

* Повышенная температура.
* Быстрый, слабый и неритмичный пульс.
* Пониженное артериальное давление.
* Кожа кажется холодной и влажной на ощупь и выглядит бледной.
* Руки и стопы холоднеют и бледнеют.
* Повышенная потливость.
* Недержание кала и мочи.
* Периоды учащения поверхностного дыхания, перемежающиеся периодами замедленного дыхания.
* Слизь, скапливающаяся в глотке, может явиться причиной “булькающих” звуков, сопровождающих дыхание.
* Потеря сознания или плавный переход из состояния присутствия сознания в бессознательное и обратно.
* Потеря двигательной активности.
* Потеря способности общаться.

***ДУХОВНЫЕ ПЕРЕЖИВАНИЯ***

Для людей, стоящих перед лицом неизбежной смерти, духовная жизнь имеет особенно большое значение. Даже многие неверующие люди перед лицом смерти ищут смысл прожитой ими жизни. Окружающие, в том числе и врач, должны понимать, в каком смятении прибывает больной, и быть готовы протянуть ему руку помощи. Огромную помощь здесь оказывает священник. Когда умирает верующий человек, его вера даёт ему силы и утешение в это трудное время. У верующего человека возникает острая потребность в общении со священником, потребность подготовки своей души к встрече с Богом. Его беспокоит не столько вопрос о том, как он будет умирать, сколько вопрос о том, что сколько можно успеть сделать в этой жизни, чтобы подготовиться к другой жизни.

***ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ ПЕРЕЖИВАНИЯ***.

Узнавая о диагнозе и прогнозе, больной часто испытывает страх.

***Страх***. Умирающему человеку бывает очень страшно.

* Страх возможных болей, которые начнутся или усилятся в дальнейшем.
* Страх мучительных и тягостных физических и душевных переживаний в момент смерти.
* Страх одиночества. Больной боится остаться в момент смерти один.

***Встреча с неизвестным***.

* Страх неизвестности, связанной с моментом умирания. Неизвестность всегда страшит. Особенно страшит неизвестность тех состояний и переживаний, которые будут сопровождать само умирание.

***Сожаление о потерях***.

* Человеку не хочется уходить от того, что он любит и с чем вязан крепчайшими узами.

***Беспокойство о оставленных обязанностях***.

* Кто будет воспитывать детей, ухаживать за старым и беспокойным мужем, кто будет заботиться о даче, собаке и т.д.

***Беспокойство о недоделанных делах***.

* Ненаписанное завещание, невыполненные обещания, нераздельное имущество, недоделанная работа и др.
* Переживания по поводу взаимоотношений с людьми: нужно успеть простить, примириться, объясниться и т.п.

Доктор Кублер-Росс, занимавшаяся уходом за умирающими больными, выделяет пять эмоциональных стадий, через которые проходит умирающий человек: отрицание, гнев, ведение переговоров, депрессия и примирение с мыслью о неизбежной смерти. Стадии могут видоизменяться или частично отсутствовать, протекать с разной скоростью, однако схема в целом позволяет понять, что переживает умирающий, и правило спланировать общение.

***Отрицание***. Узнав свой диагноз, человек, как правило, не может смириться с тем, что с ним происходит что-то ужасное. Он не может принять тот факт, что его болезнь смертельна. Период отрицания продолжается до тех пор, пока шок от полученной информации не зависит обречённого человека отложить этот вопрос, чтобы вернуться к нему позднее, когда он будет эмоционально к нему готов. Некоторые люди мечутся между отрицанием и реальностью.

***Гнев***. Часто обречённый человек, узнав о том, что ему предстоит, испытывает сильный гнев. Этот гнев может быть выражением страха и нежеланием смириться с диагнозом. Иногда кажется, что гнев больного направлен на близких, тех, кто рядом, но это не так. Некоторые люди в этой стадии ропщут на Бога. Для этой стадии характерен вопрос: “Почему я?” или “Что я такое сделал и чем я это заслужил? За что мне такое наказание?”.

***Ведение переговоров или сделка с жизнью***. Человек просит у Бога время для завершения важных дел. Человек хочет дожить до существенных для него событий. Человек даёт Богу обещание, что, если он доживёт или вообще не умрёт на этот раз, то тогда он сделает то-то и то-то. Например, он может думать или говорить: “Если я только до живу до свадьбы дочери, я буду готов покинуть этот мир. Я больше ничего не прошу”. Просьба может быть столько горячей, а желание столь сильным, что известно много случаев, когда человек просимое получал, до ожидаемого доживал и успевал закончить начатые и незавершённые дела.

***Депрессия***. Во время депрессии человек испытывает страх, подавленность, беспомощность, грусть. Переживает приближающееся время разлуки с близкими, со всем, что ему дорого в этом мире. Подводит итоги жизни. В это время чрезвычайно важно выслушать больного и принять его переживания. Во время депрессии важно понять, что чувствует человек, не стараться переубедить его в несостоятельности его чувств, а разделить их с больным. Иногда на этом этапе больной уходит от реальности, отчуждается от всего, не проявляет интереса к окружающему. Эта стадия может утяжелиться у тех, кто по тем или иным причинам не может или не хочет выразить свои чувства окружающим.

***Примирение с мыслью о неизбежности***. Часто после тяжёлой борьбы наступает примирение с фактами. Это примирение может принести спокойствие. Происходит примирение с мыслью о неизбежности перехода от жизни к смерти.

***На восприятие диагноза и прогноза*** влияют многие факторы: религиозность, возраст, длительность заболевания, культурные традиции, воспитание, окружение и др.

***Возраст***. Чем старше умирающий человек, тем естественнее воспринимается его смерть. Когда умирает старый человек, проживший длительную жизнь, его смерть, чаще всего, ожидаема, принимаема и понимаема. Самими пожилыми людьми смерть, как правило, воспринимается как часть жизненного цикла. Чем моложе человек, тем драматичнее и неестественнее кажется его смертельное заболевание. Особенно тяжёлыми переживаниями сопровождается смерть детей, воспринимаемая как несправедливая трагедия.

***Длительность и тяжесть заболевания***. Чем дольше и тяжелее болеет человек, тем легче воспринимается сообщение о приближающейся смерти. Если сообщение о диагнозе застаёт человека недавно и не сильно заболевшего, то реакция всегда бывает очень бурной.

***Культурные трагедии***. Известия о скорой смерти всегда обращает человека к вечным, глубоким, основополагающим вопросам бытия. Важно знать, как воспринимался человек, какое отношение к жизни и смерти было заложено в его детстве.

***Завершённость***. Переживания умирающего зависят и от того, как он прожил свою жизнь: в полную ли силу, не испытывает ли он сожалений? Осуществил ли он свои надежды и мечты? Была ли его жизнь целенаправленной?

***Семья и близкие***. Последний период жизни будет зависеть и от того, находится ли рядом с больным его близкие и какие с ним сложились отношения.

***Медицинские проблемы***

Наиболее часто в уходе за умирающими приходится иметь дело со следующими проблемами:

* подавленное настроение;
* тревожность;
* боль;
* анорексия;
* тошнота и рвота;
* запоры;

***Принципы симптоматического лечения***

* Выполнять все назначения врача.
* Объяснять больному, чем вызваны его жалобы.
* Регулярно осматривать больного.
* Следить за своевременным введением обезболивающих препаратов.
* Использовать массаж и физиотерапию.

***ОБЩЕНИЕ***

***Принципы общения с умирающим человеком***

* Будьте всегда готовы оказать помощь.
* Проявляйте терпение.
* Дайте возможность выговориться.
* Произнесите несколько утешающих слов, объясните больному, что испытываемые им чувства совершенно нормальны.
* Спокойно отнеситесь к его гневу.
* Избегайте неуместного оптимизма.

Умирающий больной хочет чувствовать себя защищённым. Он хочет, чтобы его успокоили, сказали ему, что он не будет страдать в момент умирания. Надо помочь больному справиться со страхом. Надо говорить с ним о его страхах. Нельзя обходить эту тему молчанием на том основании, что Вы не можете предложить больному стать здоровым. Спрашивать, слушать и стараться понять, что чувствует больной. Помочь ему доделать земные дела. Обещать исполнить его последнюю волю, если он сам не успел что-то сделать. Больному важно чувствовать, что для него делается всё возможное. Больной не должен чувствовать себя в изоляции, не должен ощущать, что от него что-то утаивают. Нельзя использовать ложные обещания выздоровления как способ не говорить с больным на трудные темы. Самое худшее для больного – это отказ ему в медицинской помощи.

Основная помощь больному состоит в постоянном общении с ним, в совместном проживании последнего проживания его земной жизни. С больным следует установить доверительные отношения. Больной должен знать, что в момент смерти он не останется один, и что кто-то будет помогать ему прожить этот период. Само по себе наше присутствие у постели тяжело больного и умирающего может иметь успокаивающее действие. Больной должен быть уверен в том, что ему помогут снять боли и другие тягостные ощущения в момент смерти. Многие больные нуждаются в телесном контакте с близкими людьми в момент смерти. Они просят, чтобы их взяли за руку, положили руку на лоб, обняли и т.п.

Для того чтобы помочь больному справиться со страхом, необходимо:

* уметь слушать;
* понимать невербальный язык;
* оказывать эмоциональную поддержку;
* общаться с больным открыто, доверительно;
* относиться к нему с сочувствием;
* честно отвечать на вопросы;
* не внушать несбыточных надежд;
* дать возможность задать вопросы;
* понимать потребности больного;
* принимать во внимание и стараться удовлетворить психические, социальные и духовные потребности больного;
* предвидеть трудности и быть готовым к их преодолению.

Члены семьи, друзья и близкие пациента также могут испытывать реакции, описанные Э Кюблер-Росс.

Семья и близкие могут испытывать гнев по отношению к медработникам и к Богу, т.к. некоторые люди считают, что в их власти находятся вопросы жизни и смерти. В основе гнева может лежать чувство вины. Тогда близкие начинают заниматься поиском виновного. Некоторые винят самих себя.

После стадия принятия смерти близкие умершего должны адаптироваться к новой окружающей среде, к новым социальным ролям. Но для некоторых людей процесс переживания утраты может никогда не закончиться. Большинству людей требуется два года, чтобы завершить оплакивание, и для многих второй год может оказаться даже более трудным, чем первый.

Психологическая помощь родственникам и близким умирающего предполагает умение слушать, быть внимательным к другим людям, сострадать. Такая поддержка не сразу даёт ощутимые результаты, однако в дальнейшем она может помочь перенести утрату.

***ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ПЕРСОНАЛУ***.

Как и во многих других областях медицины, при уходе за умирающими возникает много стрессовых ситуаций:

* неэффективность медицинского лечения;
* постоянная утрата тех, за кем пришлось ухаживать;
* эмоциональное воздействие со стороны близких и родственников пациентов;
* возникновение сомнений в своих верованиях.

Поэтому персоналу также необходима поддержка, чтобы сохранить психическое и физическое здоровье и избежать синдрома профессионального выгорания. Для этого рекомендуется следующие формы поддержки:

* Неофициальная поддержка. Достигается там, команда или группа профессионалов, осуществляющих уход за пациентами и их семьями, разделяет общую идею и поддерживает друг друга изо дня в день.
* Официальная поддержка. Время от времени существует необходимость в общем сборе команды, что даёт возможность сотрудникам поделиться своими эмоциональными проблемами. Для этой работы лучше пригласить человека извне, например, психолога.
* Индивидуальная поддержка. В компетенции администрации учреждения решить вопрос о необходимости индивидуальной поддержки тому или иному сотруднику.
* Уход за собой. Всем, кто работает с умирающими, необходим уход за собой на достаточно высоком уровне. Необходимо поддерживать хорошее психическое и физическое состояние. Для этого необходимо достаточное время уделять оздоровительным занятиям, рационально отдыхать, правильно питаться, посещать тренинги личностного характера и т.д.
* Система собственной поддержки. Очень полезно, чтобы и вне работы были люди, которые готовы выслушать и помочь разобраться.

**ТЕМА №11. Губительные слова, которые программируют на несчастье**

Никогда, никогда не произносите их…

Слова-разрушители

Являясь носителем языка (неважно, какого), каждый из нас имеет совершенно уникальный запас (набор) слов. Этот набор является мощным инструментом самопрограммирования.

В буквальном смысле: как говорим – так и живем. Что заявляем, то и имеем.  
Слова – это одежда наших мыслей, и энергия слов имеет еще более плотную структуру, и эта энергия в разы быстрее (по сравнению с энергией мысли) формирует материю.

Доказательств тому приведено уже настолько много, что и прибавить к ним почти нечего.

Но все-таки приведём еще одно, и оно такое серьезное, что безоговорочно признано открытием, способным исцелять самые опасные болезни.  
 Это открытие сделал немецкий психотерапевт Носсрат Пезешкиан, он первый обнаружил (а потом научился обезвреживать) слова, программирующие болезни тела. Со временем Пезешкиан убедительно доказал, что эти разрушительные слова присутствуют в лексиконе всех людей.  
 Понимаете? Нет ни одного человека, кто бы уберегся от слов, которые: • программируют болезни, • материализуют их в теле, • ни в какую не позволяют их исцелить.

Эти слова доктор Пезешкиан объединил в название органическая речь.  
Конечно, по-русски это название звучит несколько кособоко, но суть отражает вполне: органическая речь – это слова и выражения, впрямую влияющие на физиологические органы человека. Вам отлично известны эти слова и выражения. Это по-настоящему опасная и разрушительная энергия, которая способна подорвать даже самое крепкое здоровье, будь оно хоть трижды богатырским.

Обратите внимание на то, насколько виртуозно замаскированы слова-разрушители. Сразу не верится, что такие безобидные на вид слова могут так сильно вредить.

Вот смотрите:  
• лопнуло мое терпение,

• я уже голову сломал,

• что-то меня гложет,  
• всю плешь мне проели,

• сидит у меня в почках (что-то, кто-то),  
• мне перекрыли кислород,

• не перевариваю (что-то или кого-то),  
• все соки из меня выжали,

• много крови мне попортили,

• чихать я хотел,  
• надоело до тошноты,

• просто ножом по сердцу,

• меня уже колотит (трясет),  
• всю шею отсидели,

• сыт по горло,

• с души воротит,

• загоняли меня до смерти,  
• побывай в моей шкуре,

• давят на меня,

• найти бы отдушину.  
  
 Ну и так далее. Правда же, отличная маскировка? Нам кажется, что мы употребляем емкие метафоры, а на самом деле отдаем своему телу такие четкие команды, что тело их даже и не смеет не выполнить, вот и выполняет.  
 …Свои выводы по влиянию органической речи на здоровье человека доктор Пезешкиан опубликовал не так давно, но эти выводы уже успели на сто рядов проверить. Особенно тщательно изучали вот такой вопрос: органическая речь создает болезнь или сообщает о ней? Оказалось, что именно создает. Другими словами, было предположение, что слова-разрушители появляются в речи человека после возникновения болезни – мол, так бессознательное, которое управляет всеми физиологическими процессами, сигнализирует о сбоях. Однако, нет, не подтвердилось предположение.  
 И теперь можно убежденно говорить, что картина такая: сначала человек включает слова-разрушители в свою активную речь (закладывает программу конкретной болезни), и только потом возникает болезнь. И не какая-нибудь болезнь, а точно та, которая была заявлена.

И вот еще что примечательно: создав болезнь, слова-разрушители еще более укореняются в активной речи, и совсем не для того, чтобы о болезни сообщать (сигнализировать).

Задача слов-разрушителей совсем другая – поддержать болезнь, дать ей возможность «жить и процветать». Это понятно: органическая речь – это самостоятельная психическая программа, и у нее вполне обоснованная миссия: поддерживать то, что создано.

Ниже приведены обобщенные данные подробных исследований речи многих тысяч пациентов. Конечно, набор слов в разрезе по болезням значительно богаче, чем в приведенной таблице, но если вы зададитесь целью установить в собственной речи слова, которые разрушают ваше здоровье, то приведенные иллюстрации помогут вам в этой продуктивной (и по-настоящему целительской) работе. И будьте уверены: как только вы обнаружите в своем обиходе слова-разрушители, ваша речь от них быстро очистится.  
 И механизм тут простой и понятный: обнаружен – значит разоблачен. Разоблачен – значит обезоружен. Надо ли говорить, что когда уходят слова-разрушители, то уходят и болезни?

Это масштабно доказал метод доктора Пезешкиана.  
Эти слова и выражения создают и поддерживают болезнь:  
Надело до тошноты, сыт по горло, с души воротит

- Нервная анорексия

Взвалить груз забот. Нести свой крест. Проблемы, которые сидят на шее

- Остеохондроз

Что-то гложет, отравлять жизнь, сам себе не принадлежу, надоело все до смерти

- Рак

Заниматься самоедством, язвительно, что-то (или кого-то) не переваривать

- Язва

Что-то сидит в почках, моча в голову ударила, нет сил, смертельно устал

- Урологические заболевания

Найти отдушину, дать волю своему гневу, перекрыть кислород, чихать на кого-то

- Бронхиальная астма и гипервентиляционный синдром  
Высасывать кровь, выжимать соки, это вошло в мою плоть и кровь

- Заболевания крови

Принимать близко к сердцу, сердце разрывается, удар в самое сердце

- Инфаркт миокарда

Он и не чешется, не хотел бы оказаться в его шкуре, легкоранимый, тонкокожий

- Заболевания кожи и аллергия

Ломать голову, рисковать головой, еще головой побейся, сплошная головная боль

- Мигрень, метеозавизимость

Хромать на обе ноги, неустойчивый, шаткий, непроходимый

- Хронические судороги, подагра

Выпускать пар, лопнуло терпение, поддавать жару, подстегивать

- Гипертония

Едкий, мне горько, желчный, чтобы жизнь медом не казалась, никакой радости

- Заболевания печени и желчного пузыря, а также ожирение  
Глаза бы не видели, страшно смотреть, смотря зачем, свет не мил, непроглядный

- Заболевания глаз

Не хочу этого слышать, не говори, замолчи, заткнись, шумно, грохочет

- Снижение слуха, глухота

Колотит, трясет, бесит, претит, не морочьте (мрак), лопнуло мое терпение

- Депрессия

**Примечание.** Нет никакой разницы в том, к кому (или чему) применяются эти и подобные слова, и выражения. Сам факт их присутствия в активной речи закладывает (а потом поддерживает) программу болезни.  
 Предлагаем вам понаблюдать за речью. Нет, не за своей – это без специальной подготовки может оказаться невозможным. Попрактикуйтесь – понаблюдайте за тем, какие слова-разрушители присутствуют в речи ваших близких. Только избегайте «проповедовать».

Будьте, пожалуйста, деликатны: людей, и особенно близких, ранят поучения и наставления. Просто поделитесь информацией. Например, дайте почитать эту или другие статьи по этой теме: предоставьте вашим близким возможность сделать самостоятельные выводы. И принять самостоятельные решения. И помните: индивидуальная речь – это то, во что категорически нельзя грубо вмешиваться!

**Слова-кандалы**

Теперь вы знаете слова-разрушители в лицо, и это означает, что они обезоружены. Теперь, если эти слова и станут проскакивать в вашей речи, то вы мгновенно это заметите и замените «вредителя» на нейтральный (или даже продуктивный) синоним. И очень поможете своему здоровью. Вот так все просто: маски сняты и речь очищается: разоблаченные слова-разрушители из нее постепенно уходят.

То же самое стоит сделать еще с одним набором слов. Эти слова получили название слова-кандалы. Очень точное название, потому что отражает самую суть: употребляя слова-кандалы, мы ограничиваем себя и в свободе, и в возможностях, и в праве, которое по умолчанию (т.е. без всяких условий) дано каждому из нас от рождения: получать от жизни все самое лучшее. К большому счастью, слов-кандалов не так уж и много, и не потребуется особых усилий, чтобы очистить от них свою речь. Достаточно просто знать, что сообщество кандальных слов состоит из 4-х основных «кланов» (или семей - так их принято называть).

**Клан кандальных слов «У МЕНЯ НЕ ПОЛУЧИТСЯ»**

Эти слова отчетливо указывают на неуверенность в себе, за ними всегда маячит убеждение человека в том, что его способности ограничены, что он серый, неприметный – «обычный». Слова клана

«У меня не получится» в буквальном смысле заставляют стоять на месте – и заживо загнивать (уж простите за прямоту) …И все бы ничего, но за мнимой безобидностью этих слов мы даже не замечаем их коварства и НЕ осознаем, что они заставляют нас совершать смертный грех: ведь сомневаясь в себе, мы проявляем такое высокомерие, что мыслим себя чем-то отдельным от Того, Кто нас создал. И делаем вид, что мы сами по себе, а Бог – сам по себе (и никакого отношения к тому, какие мы вообще есть, Он не имеет);  
и что набор уникальных способностей, которым мы все наделены от рождения, ни к чему нас не обязывает; и что послание, обращенное к каждому, кто человек: «Ты наделен талантами и несешь за них ответственность» - это вовсе и не к нам. Посмотрите, вот они, эти слова, за которыми очень удобно спрятаться, притаиться и НЕ выполнить свою уникальную жизненную миссию:

• не могу, • не умею, • не уверен (-а), • не получится, • это выше моих возможностей (сил), • не могу обещать, • от меня не зависит, • не возьму на себя такую ответственность.

А самое коварное слово клана «У меня не получится» - это ювелирно замаскированное«постараюсь». Снимите с этого слова фальшивую веру в результат, уберите с него полумертвый энтузиазм – и непременно увидите его истинное лицо. И поймёте, что на самом деле транслирует это слово. Увидели? Все правильно, вот это: «я в себя не верю».  
**Клан кандальных слов «Я НЕ ДОСТОИН (-на)»**

При внешней похожести слова этого клана имеют кардинально другую задачу (по сравнению со словами клана «У меня не получится»). Почитатели слов из клана «Я не достоин», как правило, не стоят на месте, они по-настоящему стремятся к саморазвитию и хорошо понимают, что в этом, собственно, и состоит смысл их жизни. Именно эти люди имеют репутацию замечательных умниц и мастеров на все руки, именно они везут на себе всё и всех, они берут ответственность за все подряд, и только они уверены, что рабочая лошадь и они сами и есть синонимы (и что критика и понукания, на которые не скупятся едущие у них на шее – это норма). И знаете, не надо быть опытным психологом, чтобы заметить, насколько сильно поклонники слов клана «Я не достоин» боятся получать адекватные себе самим вознаграждения. И дабы не допустить к себе блага, которые так и ломятся к ним в дверь, они воздвигают такие заграждения, что перелезть через них… (обычно эти заграждения формируются из моральных норм, что родились еще при Царе Горохе. Но убедить уверенных в своей «недостойности», что эти нормы – заплесневелое пуританство… в общем, сто потов приходится пролить).  
  
Вглядитесь в слова клана «Я не достоин (-на)» - и вы все поймете:  
• Еще не время, • Хотелось бы, но… • Мало ли чего я хочу! • Хотеть не вредно, • Кто я такой/-ая, чтобы…

 А еще обратите внимание вот на эти «шедевры» - они настолько легко проникают в речь, что им даже маскироваться не надо:  
• Я не могу себе позволить\*,

 • ничего себе! (а уж сколько синонимов у этого восклицания – полуцензурных и из откровенного вульгарного арго – просто богатейшее устное творчество), понятно, что кандальной эта фраза является только в контексте самоограничения.

А вот когда мы, к примеру, говорим: «не могу себе позволить пренебрегать своим здоровьем» - это, как говорят дети, «не счетово».  
Клан кандальных слов «НЕ ХОЧУ, НО ЗАСТАВЛЯЮТ»  
О, ну это наши любимые слова! И судя по частоте их применения, мы их не просто любим, а упоенно обожаем:

• надо, • нужно (не в контексте потребности, а в значении «обязан»), • должен (должна), • требуется, • проблемы (очень коварное слово, и оно отлично замаскировано: ведь оно не обозначает имеющиеся проблемы (как может показаться), оно их формирует).

Сколько раз в день мы говорим (и слышим от своего окружения) эти слова? Да не сосчитать! А ведь мы не просто говорим – мы отчетливо (и без всяких разночтений) заявляем самим себе и друг другу: «моя жизнь – беспросветная кабала».  
 И что примечательно: мы так сроднились с этими кандалами, что даже и не пытаемся их хотя бы временно снимать, употребляем их даже тогда, когда говорим о своих личных потребностях, не имеющих ничего общего с обязательствами перед другими людьми (или перед обстоятельствами). Прислушавшись, легко заметите, что слова «мне надо сделать» и «я должен/должна сделать» мы употребляем в дело и не в дело, и тем самым строим громадные кордоны, через которые так не просто пробиться радости. Вот и ходим с озабоченными лицами - и напрочь забываем, что мы и пришли-то сюда исключительно для того, чтобы жизнью наслаждаться.  
  
 **Ну и заключительная группа семейства слов-кандалов – это клан   
кандальных слов «НЕВОЗМОЖНО»**

Их употребление просто-напросто забирает кислород у всего, что мы называем мечтой. …К счастью, стремительно уходят времена, когда слово «мечта» (и его производные) сопровождались снисходительной гримасой (мол, отрыв от реальности). Теперь уже никого не надо убеждать, что именно мечтателям мы обязаны всем, чем с таким удовольствием пользуемся: электричеством, телефонией, телевидением, интернетом, самолетами, машинами… продолжите список. В общем, что называется, благословенны Небеса, что они посылают нам мечтателей, чтобы донести до нас и не дать нам забыть, что возможно всё. Всё (абсолютно!), что мы распознаем как внутренний запрос (мол, хочу) – это прямое указание на возможность. И на то, конечно, что у всех возможностей есть мощный потенциал воплощения, иначе бы запросы попросту не возникали.

**Вот эти слова:**

• Невозможно, • Маловероятно, • Никогда, • Не может быть, • Если вдруг (отказ от возможности), • Если что (и это тоже отказ от возможности: мол, хочу-то я хочу, но вряд ли получу), • Может случиться так… (планирование препятствий. Эта фраза - самый надежный способ, чтобы не только НЕ получить то, к чему стремишься, а гарантированно обеспечить себя тем, чего ни в какую не хочешь), • А вдруг (та же песня), • Не дай бог (из той же оперы).   
  
И самое убойное: • **нет выбора.**

**Знайте**: кандальные слова (равно как и слова из разряда «органическая речь») значительно уменьшают скорость настройки продуктивной доминанты. А это, понятно, снижает скорость вашего движения к цели. Как, спросите, избавить свою речь от кандальных слов?  
 Отлично всегда помогает прием «Позорный столб». Прием простой: выпишите кандальные слова из этой статьи и вывесьте этот перечень на видное место (например, на холодильник – как самое посещаемое место в доме), и пусть он (перечень) побудет там 7-10 дней. Дольше оставлять не стоит, во-первых, много чести, а во-вторых, за этот срок уже сформируется то, на что нацелен прием - черный список. Черный список – это умелый санитар, и он всегда отлично справляется со своей задачей: удаляет из речи все элементы деструктивных программ.

**Проверяйте.**  
**Слова-крылья**

Мы с вами стоим на самом пороге великих перемен! Грядут перемены, и просто в величайшей степени неразумно их бояться (тем более, что они точно не за один день произойдут – как, собственно, и положено переменам.)  
 Предлагаем приступить к делу. Очень приятному делу, будьте уверены. И оно впрямую касается того, как организовать собственную жизнь в Новой Эре (ее, кстати, уже называют Эрой Абсолютного Добра).  
 Разговор пойдет о словах, которые, будучи допущенными в активную лексику, позволяют человеку получить доказательства, что управлять собственной судьбой – это не фигура речи, а вполне обыденный практический навык. И этот навык категорически не позволяет по жизни ползать, этот навык заставляет ЛЕТАТЬ.

**Слова-Крылья.** Их совсем немного, но много вовсе и не надо. Потому что каждое слово даже не пуд золота весит, а много больше. И силу слова-крылья имеют такую, что описать ее … можно. Но я не стану (сами опишете, когда испытаете на себе). Просто обозначу то, что наблюдаю в профессиональной практике: меняют люди свою личную историю, встают с больничных кроватей, вытаскивают себя из финансовых ям, раскрывают свои таланты и вообще начинают жить так, как каждому человеку и положено: радостно и взахлеб.

Вот он, наш истинный ресурс:

 • Я могу,

• У меня всё получается.

И самое мощное:

• Я намерен(-а).

Чтобы не быть голословной, предлагаю вот что: прямо сейчас произнесите, пожалуйста, вслух: «Я хочу», а потом так же вслух: «Я намерен (-а)», и вы отчетливо почувствуете, что сделали энергетический переход: более тонкую энергию перевели в значительно более плотную. И этот переход распознается не умозрительно, а на биологическом уровне, и как раз в этом-то секрет и состоит: глагол «намерен» запускает в теле совершенно определенные химические реакции (не гипотеза – проверили замерами). И как раз эти реакции заставляют и мыслить продуктивно, и действовать уверенно (а не наугад).

И это всё о словах-крыльях. Я уже сообщала, и опять повторю: корректировать свою речь или оставить все как есть – это всегда личное решение. Только не сочтите это за мое нежелание брать на себя ответственность. Я не призываю вас во что бы то ни стало пересмотреть содержание своей речи по одной-единственной причине: такие призывы – профанация. И они не имеют ничего общего с моей профессией. Моя профессиональная задача – дать обоснованную информацию и обратиться с ней к вашей способности здраво рассуждать. Только такой подход в моей работе считается профессиональным, и только он обеспечивает позитивные изменения. А «делай то и так (и больше никак)» – это… тоже уместно, но только в детском саду. Поэтому, как бы мне ни хотелось убедить вас пересмотреть свою речь и наполнить ее лексикой победителя, я не стану на это тратить ни свои слова, ни ваше время. Просто сообщу: я верю в Вашу Счастливую Звезду.

**Скажите, что у вас болит, и я отвечу, где у вас проблемы в жизни.**

**Знаете, что получится, если скрестить медицину и психологию? Удивительная вещь получится, скажу я вам! Психосоматика. Это такое направление в медицине, которое занимается влиянием наших эмоций, страхов и психологических блоков на здоровье. Научно доказано, что наши внутренние переживания и чувства результируют в физические болезни.**

Однажды Карина Багдасарова, представительница известной цирковой династии дрессировщиков, призналась, что всю жизнь хотела быть танцовщицей, а отец заставил ее работать на арене. Во взрослом возрасте, когда она стала разбираться с собой, то поняла, почему всю жизнь страдала болями в пояснице — по сути “выполняла то, что не хотела делать”.

Итак, что же могут рассказать ваши больные места?

**Голова**

Если голова часто или постоянно болит — это “болят” мысли, обилие информации или раздумий по какому-то поводу. Головные боли часто бывают у высокоинтеллектуальных людей, которые подавляют эмоции. Эта проблема говорит о низкой самооценке и страхе, внутренних упреках за что-то и о том, что человек прячет все в себе.

**Волосы**

Проблемы с волосами (раннее поседение, потеря волос, их безжизненность) — индикатор стресса, беспомощности и отчаяния. Волосы, особенно у женщин, — символ жизненной энергии. Проблемы могут возникать, если человек живет в постоянном напряжении и страхе. А всего то и нужно — быть собой, верить в себя и в помощь свыше. Иногда болезни волос могут возникать как ответ на большое эго, гордыню и бессознательную обиду на Бога.

**Шея**

Шея соединяет разум (голову) с чувствами (телом). Проблемы с шеей говорят о том, что у вас не в ладу друг с другом первое и второе. На метафизическом уровне это надо понимать как мост между духовным и материальным. Болезни шеи говорят об отсутствии гибкости: человек боится повернуться, чтобы услышать правду за спиной, игнорирует ситуацию вместо того, чтобы в ней разобраться. Можно еще при больной шее попробовать кивнуть утвердительно или отрицательно помотать головой. Это покажет, в чем у вас трудности, говорить “Да” или “Нет”.

**Глаза**

**Близорукость**— отсутствие дальновидности, боязнь будущего и нежелание смотреть дальше своего носа.

**Дальнозоркость**— неспособность жить настоящим, сегодняшним днем. Человек с дальнозоркостью слишком долго думает, прежде чем сделать то, что необходимо сделать, не может увидеть ситуацию в целом.

**Дальтонизм**— глаз не воспринимает цвета, видит все серым. Говорит о том, что человек не может воспринимать радость в жизни. Важно посмотреть значение того цвета, который вытесняет сознание.

**Глаукома — бельмо.** Человек страдает в настоящем по поводу прошлого, нежелание простить и принять прошлое.

**Зубы**

Зубы болят у людей нерешительных и не принимающих решения. Все решают за вас, а вы сами боитесь, не умеете анализировать жизненные ситуации. Проблемы с жевательными зубами говорят о том, вы не можете усвоить обстоятельства, при этом верхние боковые зубы отвечают за принятие решений, а нижние — за принятие ответственности за свои решения. Слева — личное, справа — социальное. Еще есть мнение, что проблемы с левой стороной тела фиксируют проблемы в общении с матерью, с правой же — с отцом.

**Рот**

Болезни ротовой полости, например, стоматит, связаны с разъедающей душу обидой. Прикусывание языка — наказание себя за болтливость, щёк — беспокойство, сокрытие своих тайн и секретов. Рот связан с принятием новых идей. Любые проблемы в нем говорят о нестроениях именно в этой сфере.

**Губы**— отражение нашей чувственной природы. В зависимости от внутренних проблем на них могут отражаться следующие недуги:

* **Трещины** — человек разрывается от противоположных чувств.
* **Кусание губ**– самонаказание за проявленную чувственность.
* **Герпес** — то же самое, что и кусание губ, но в более серьезной форме.

**Спина**

Спина символизирует опору жизни. Проблемы со спиной говорят об отсутствии моральной поддержки. Человек считает, что его не любят, или вынужден прятать свою собственную любовь. Если человек теряет подвижность, значит, он не может проявлять любовь к другим через деятельность. Если слева — то к близким, если справа — то к миру.

**Поясница**

**Поясница** — это конфликт. Чувство вины. Внимание приковано к тому, что в прошлом. Низ спины связан с материальными благами, деньгами, партнером, домом, детьми, работой, дипломами и т.п. Боль в этой области говорит о том, что человек хочет обладать чем-то, чтобы почувствовать себя увереннее, но не решается признаться в этом ни себе, ни другим. В результате он вынужден делать все сам, все взваливать на свою спину.

**Суставы**

* **Бурсит —** тема подавленного гнева. Человек стремится к совершенству во всем, даже в мелочах. Он не разрешает себе проявлять гнев, и этот гнев накапливается в суставе.
* **Артрит —** мысль, что тебя не любят. Люди, страдающие артритом, как правило, очень правильные люди. Для них всегда главенствует слово “надо”, они делают все через себя, буквально ломая через коленку. Очень силен “внутренний критик”.
* **Вывихи.** Частые вывихи конечностей говорят о том, что человек слишком позволяет манипулировать собой.
* **Проблемы с коленями** — упрямство, гордыня, подавленный страх и нежелание уступать.

**Лишний вес**

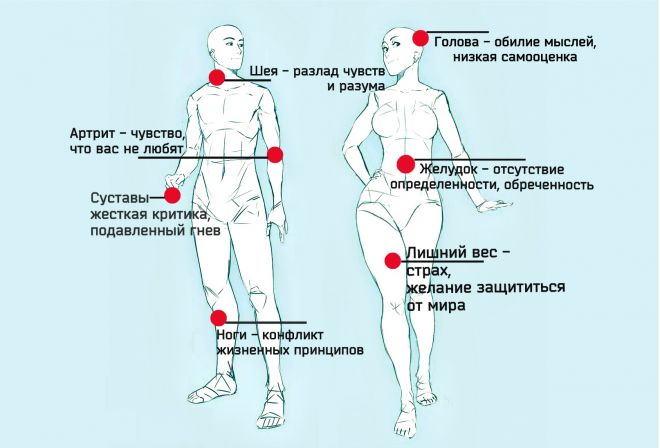
Если у человека держится лишний вес, то ему следует пересмотреть свой внутренний мир. Зачастую тело держит лишнее, чтобы защититься от внешних воздействий. Человек слишком беззащитен перед социумом, перед жизнью в целом. Иногда говорит о подавленном стремлении достичь желаемого. Люди с лишним весом в детстве или подростковом возрасте часто переживают много унижений, насмешек и оскорблений в свой адрес.

**Голени**

Проблемы с голенями говорят о конфликтах жизненных принципов. Возможно, у вас произошло крушение идеалов, а, возможно, вы хотите чего-то, что противоречит вашим моральным устоям. Боль в голени мешает двигаться вперед, шагом или бегом, поэтому она связана с нашим отношением к будущему и нашей способностью двигаться вперед в жизни.

**Желудок**

Врачи подтверждают, что гастрит часто возникает на почве переживаний и нервных перенапряжений. Проблемы с желудком говорят о том, что вы находитесь в подвешенном состоянии, в жизни не хватает определенности, и местами даже посещает чувство безысходности и обреченности. Язва желудка говорит о чувстве ущербности, страхе и незащищенности. Появляется также из-за раздражения, которое наружу никак не выпускается. Если бы эти люди высказывались, то язвы бы не было.



[**Фобии, которые мешают нам жить. Как избавиться от навязчивого страха.**](http://constructorus.ru/zdorovie/fobii-kak-izbavitsya-ot-navyazchivogo-straxa.html)

[](http://constructorus.ru/zdorovie/fobii-kak-izbavitsya-ot-navyazchivogo-straxa.html)

Сложность в достижении успеха обусловлена рядом причин. Кто-то не верит в себя, и не знает, [как обрести уверенность](http://constructorus.ru/uspex/kak-obresti-uverennost-v-sebe.html) в собственных силах. Одни недостаточно прилагают усилий, и им не хватает упорства, другие и вовсе лежа на печи не знают, [как побороть свою лень](http://constructorus.ru/uspex/o-vrede-leni-prichinax-ee-vozniknoveniya-i-metodax-borby-s-nej.html). Причин, мешающих нам достигнуть поставленных целей, множество. Сегодня же будет затронута проблема, касающаяся большинства, если не сказать каждого. И эта проблема – фобии, страхи.

Не всегда люди, испытывающие **навязчивый страх**, не в силах добиться  успехов, примером служат истории множества известных людей. Но стоит знать, что степень страха, бывает различна. Порой он может отнимать массу энергии и сил, а порой привести и к расстройству психики. Страхи бывают различными, в одной из предыдущих статей уже обсуждалась тема — [боязнь и страх успеха](http://constructorus.ru/uspex/boyazn-i-strax-uspexa-kak-tormoz-vashego-razvitiya.html). В этой статье уйдем от конкретики, посмотрим на проблему в общем.

Человек рождается бесстрашным. Маленький ребёнок не боится дотронуться до огня, споткнуться, упасть и т.п. Все эти страхи приходят потом. Вместе с полезными страхами часто приобретаются и бесполезные. Когда они становятся слишком сильными, их называют фобиями.

**Фобия** (от др.-греч. phobos — страх) – сильная и не имеющая под собой основы боязнь чего-либо. Это ярко выраженный навязчивый, панический страх. Вероятность возникновения навязчивых страхов есть практически у каждого. Существует огромное количество разновидностей фобий. Есть даже такой вид, как «фобофобия» — боязнь обзавестись какой-нибудь фобией. Я же решил рассмотреть основные, наиболее часто встречающиеся страхи и в конце привести общие рекомендации о том, **как избавиться от фобий.**

**Самые распространенные фобии**

1. Социофобия (от лат. socius — общий, совместный + др.-греч. phobos — страх) — навязчивый страх — боязнь исполнения каких-либо общественных действий. Социофобией страдает до 13% людей в разные периоды жизни. В большинстве случаев социофобия начинается в школьные годы, когда ребенок (или подросток) сталкивается с множеством стрессовых ситуаций – выступление, общение с противоположным полом и т.д. Социофобия часто сопровождается [низким уровнем самооценки](http://constructorus.ru/psixologiya/kak-povysit-samoocenku.html) и полным отсутствием [коммуникативных навыков общения](http://constructorus.ru/uspex/razvit-kommunikabelnost.html). Социофобия – это целая группа фобических явлений. В ее состав входят такие фобии, как:
   * Антропофобия (от греч. athropos — человек + phobos — страх) — навязчивый страх — боязнь людей, особенно незнакомых.
   * Пейрафобия (от греч. peira — испытание, проба + phobos — страх) — навязчивый [страх — боязнь публичного выступления](http://constructorus.ru/psixologiya/kak-poborot-strax-publichnyx-vystuplenij.html) (произнесения речи, сдачи экзаменов и т. п.) Синоним – глоссофобия. Яркими примерами пейрафобии является американская певица и  актриса Барбра Стрейзанд. Только начинала карьеру, ей довелось выступать в Центральном парке в Нью-Йорке. От страха петь перед большой аудиторией юная звезда забыла слова нескольких песен.
   * Агорафобия (от греч. agora — площадь + phobos — страх) — навязчивый страх — боязнь открытых дверей, открытого пространства; расстройство психики, в рамках которого появляется страх скопления людей и невозможность сразу же вернуться в безопасное место. Большинство страдающих фобиями — женщины. Начало расстройства чаще приходится на ранний зрелый возраст. В картине болезни могут присутствовать навязчивые и депрессивные симптомы, но они не преобладают в клинической картине. При отсутствии соответствующего лечения фобия часто становится хронической, однако ее течение обычно волнообразно.
   * Филофобия — это боязнь влюбленности. Нельзя сказать, что филофобия – всеобщий бич современного человечества, но сфера ее распространения охватывает все больше  человеческих душ.
2. Акрофообия (от греч. аcro — вершина + phobos — страх) — навязчивый страх высоты, высоких мест (балконов, крыш, башен и др.). Синоним — гипсофобия (греч. hypsos высота + phobos – страх). Люди, страдающие акрофобией, могут переживать приступы паники на высоком месте и боятся спускаться самостоятельно. Ученые доказали, что боязнь высоты является в своем роде инстинктом. Основными симптомами при акрофобии являются тошнота и головокружение. Алла Пугачева панически боится высоты.
3. Верминофобия (лат. vermis — червь + phobos — страх) — навязчивый страх — боязнь заражения какой-нибудь болезнью, микроорганизмов, бактерий и микробов, червей, насекомых. Известным носителем этой фобии являлся Маяковский. Он дверных ручек старался касаться только платком… Его отец в свое время умер от заражения крови. Скарлетт Йоханссон предпочитает прибираться в номере отеля задолго до того, как туда придет ее горничная.
4. Зоофобия (от греч. zoo — животное + phobos – страх) — **навязчивый страх** — боязнь животных, чаще определенного вида. Причиной возникновения зоофобии, как и многих других фобий, часто становится несчастный случай. Например, ребенка укусила или сильно напугала крупная собака.  Она так же может быть перенята от другого человека. Например, ребенок видит, как его мать кричит при виде мыши и начинает связывать мышь с опасностью. Существует большое количество разновидностей зоофобии, вот лишь некоторые из них:
   * Агризоофобия – боязнь диких животных.
   * Аилурофобия (от греч. ailuros — кошка + phobos — страх) — боязнь кошек.
   * Арахнофобия (от греч. arachno  - паук + phobos — страх) — боязнь членистоногих, преимущественно паукообразных. Эта фобия имеет тенденцию к более частому возникновению у женщин, чем у мужчин.
   * Цинофобия – боязнь собак. Эквинофобия — боязнь лошадей… Еще в конце XVIII века Наполеон Бонапарт удивлял своих подчиненных тем, что испытывал панический страх перед лошадьми. Кроме того, император боялся белого цвета (лейкофобия — боязнь белого цвета, желтого – ксантофобия, красного – эритрофобия… ), поэтому легко представить, в какой ужас приходил эмоциональный полководец при виде белых скакунов! Страхи современных звезд не менее причудливы. Арахнофобы Джонни Депп и Джастин Тимберлейк боятся пауков, а Филипп Киркоров и Илья Лагутенко страдают паразитофобией – боязнью домашних паразитов. Заметим, что этой фобией страдают многие знаменитости, которые в силу своей профессии вынуждены много гастролировать и не всегда имеют возможность останавливаться в люксовых номерах. Орландо Блум ненавидит свиней, Скарлетт Йоханссон – тараканов, а Николь Кидман боится бабочек: мохнатые тельца пестрых созданий заставляют актрису трепетать от ужаса.
5. Клаустрофобия (от лат. claustrum — закрытое + phobos — страх ) — навязчивый страх — боязнь замкнутых пространств, боязнь закрытых помещений, ограниченных пространств, страх лифтов…  Самая распространённая в мире разновидность фобий. По статистике, клаустрофобией страдает 6-7%. Этот страх сопровождается учащенным сердцебиением, болью в груди, дрожью, повышенным потоотделением и головокружением; человеку даже может казаться, что у него инсульт. Мишель Пфайффер и Ума Турман боятся замкнутых пространств. Турман пришлось бороться с этим страхом ради сцены в «Kill Bill vol.2″, где ее героиня оказывается заживо похороненной в гробу.
6. Ксенофобия (от греч. kseno — чужой + phobos — страх) — нетерпимость к кому-либо или чему-либо чужому, незнакомому, непривычному.  В современном обществе ксенофобия распространяется на очень широкий круг объектов, в соответствии с которыми выделяют следующие ее виды:
   * Расовые и этнические фобии (этнофобии), определяющие предубеждение и дискриминацию по отношению к лицам другой расы или этнической группы (например, белый и черный расизм,исламофобия, антисемитизм, синофобия — фобия по отношению к китайцам, и др.);
   * Религиозные фобии, определяющие страх и предубеждение по отношению к приверженцам различных религиозных ориентаций (например, исламофобия, фобии по отношению к представителям различных религиозных культов);
   * Фобии по отношению к группам, отличающимся по социальным, культурным, материальным и физическим признакам.
7. Никтофобия (от греч. nyktos — ночь + phobos — страх) — навязчивый страх – боязнь темноты, неосвещенных помещений. Синоним — ачлуофобия, скотофобия  (от греч. Skotos — темнота + phobos — страх) — патологическая боязнь ночи или темноты. Часто встречается у детей и очень редко у взрослых. Страх темноты до сих пор преследует Дженнифер Лопес и Кеану Ривза. Анна Семенович засыпает только со светом и не выносит темноты. «Основная моя фобия – боязнь темноты. Правда, появилась она не в детстве, как у большинства это бывает. Я только сейчас стала замечать, что чувствую себя неуютно, когда вокруг слишком темно», – говорит певица.
8. Птеромерханофобия — страх перед полетами. Страх перед полетом исследуется уже около 25 лет, крупнейшие авиакомпании, аэропорты и университеты объединяют усилия в борьбе с аэрофобией. Для 20% людей полёт на самолете сопряжен с колоссальным стрессом. От боязни авиаперелетов страдают Вупи Голдберг, Шарлиз Терон, Бен Аффлек, Шер и Колин Фаррелл, Билли Боб Торнтон и многие другие известные люди.
9. Танатофобия (от греч. thanatos – смерть + phobos — страх) — навязчивый страх — боязнь внезапной скоропостижной смерти. Собственный страх смерти может проявляться в сильном беспокойстве и тревоге за близких людей. Не будучи синонимом, рядом по смыслу находится такое заболевание как:
   * Некрофобия (от греч. nekros — мертвый + phobos — страх) — навязчивый страх трупов, похоронных принадлежностей и процессий. Истребительница вампиров Сара Мишель Геллар не выносит кладбищ. При съемках телесериала продюсерам даже пришлось создать искусственное кладбище.
   * Тафефобия (греч. taphe – похороны + phobos — страх) — навязчивый страх — боязнь быть погребенным заживо. Эдгар По и Гоголь больше всего боялись быть похороненными заживо.
10. Эремофобия (от греч. eremos — пустынный + phobos — страх) — навязчивый страх — боязнь безлюдных мест или одиночества. Синоним — монофобия (англ. Словарь медтерминов: Monophobia — fear being left alone), аутофобия, ануптафобия, изолофобия (франц. isolement одиночество), эремифобия. Очень многие люди страдают этим видом фобии особенно в первоначальной стадии. Специалисты склоняются к мнению, что в детстве, у таких людей, произошло психологическое нарушение (например, в следствии отлучение от родителей). В то же время по данным Исследовательского центра SuperJob.ru  51% жителей России думает об одиночестве и боится его. При этом 17% «боятся однозначно», и 34% – «скорее да».

По оценкам экспертов, от фобий страдают более 10 млн человек, но боязнь некоторых признать существование этой проблемы затрудняет выяснение точного их числа. Профессор Роберт Эдельманн, изучающий человеческие фобии в стенах Британского Национального Общества Фобий, говорит: «Было бы странно, если бы у каждого не было каких-нибудь фобий, но есть более ограниченный круг людей, страдающих выбивающими из колеи клиническими случаями фобий».

**Как избавиться от фобии**

Избавиться от фобий можно, и в отдельных случаях даже самостоятельно, важно только верно определить, от чего именно избавляться. Рекомендации будут носить общий характер, потому что каждый конкретный страх имеет свои причины.

Не стоит заострять внимание на отрицательных эмоциях. Для этого нужно перекрыть их приятными воспоминаниями или занятиями, которые доставляют удовольствие, реализовываться в тех областях, которые получаются у вас лучше всего. У каждого, даже самого робкого человечка, всегда есть поле уверенности — то пространство, то время, те обстоятельства и условия, то дело, тот человек — с кем, где и когда все получается, все легко и ничто не страшно. Не нужно добиваться полного спокойствия в любой ситуации, ждать, что страх испарится, что скованность и волнение пропадут. Для деятельности как раз необходимо волнение, боевое возбуждение.

Бороться стоит не со страхом, а с его интенсивностью. Чем больше борется человек, желая избавиться от этих навязчивых мыслей, тем более они овладевают им. Испытывать страх присуще каждому человеку без исключения. Страх — древнейший защитный ответ всех живых существ на опасность или на ее возможность. Как ни парадоксально, но лучший способ по-настоящему избавиться от страха – это признать, что вам бывает страшно, и научиться жить с этой мыслью. Поэтому нужно признать свой страх и даже погрузиться в него, разрешить себе бояться. И вскоре вы заметите, что его интенсивность постепенно снижается.

Займитесь спортом. Физическая активность и упражнения сжигают избыток адреналина. Скрытые телесные неустройства, как и недостаточная наполненность жизни, часто оповещают о себе сбоями и разладами именно на психическом уровне.

Примите себя таким, какой вы есть. В каждом человеке есть все хорошее и все плохое, любые качества, которые только можно представить. Признай себя единой душой — изменяющейся, развивающейся и бесконечно разной по своим проявлениям. Боязнь себя и своих проявлений навязаны ещё в детстве принятием только своего «светлого» образа. А это лишь урезанный образ реальности.

Наверняка найдутся люди, которые посчитают, что лучшее средство от возникновения навязчивых страхов — вообще никогда ничего не бояться. И будут неправы: хотя бы потому, что, во-первых, отсутствие вообще всяких тревог и страхов — как раз признак психиатрического расстройства. А во-вторых, конечно, фобия — не самое приятное явление, однако лучше, наверное, испытать страх «на пустом месте», чем лишиться жизни в результате бесшабашной удали или глупого лихачества.

**Тест "Ваш стиль общения"**

У каждого человека существует излюбленная манера общения — то, что обычно называют стилем общения. Ваш стиль общения поможет определить данный тест. На каждый из 20 вопросов даны три варианта ответов: отметьте тот, который вас устраивает. Если ни один ответ вам не подходит, переходите к следующему вопросу.

**I. Склонны ли вы искать пути примирения после очередного служебного конфликта?**

а. Всегда.

б. Иногда.

в. Никогда.

**II . Как вы ведете себя в критической ситуации?**

а. Внутренне «кипите».

б. Сохраняете полное спокойствие.

в. Теряете самообладание.

**III. Каким считают вас коллеги?**

а. Самоуверенным и завистливым.

б. Дружелюбным.

в. Спокойным и независимым.

**IV. Как вы отреагируете, если вам предложат ответственную должность?**

а. Примете ее с некоторыми опасениями.

б. Согласитесь без колебаний.

в. Откажетесь от нее ради собственного спокойствия.

**V. Как вы будете себя вести, если кто-то из коллег без разрешения возьмет с вашего стола бумагу?**

а. Выдадите ему «по первое число».

б. Заставите вернуть.

в. Спросите, не нужно ли ему еще что-нибудь.

**VI. Какими словами вы встретите мужа (жену), если он (она) вернулся (вернулась) с работы позже обычного?**

а. Что тебя так задержало?

б. Где ты торчишь допоздна?

в. Я уже начал(а) волноваться.

**VII. Как вы ведете себя за рулем автомобиля?**

а. Стараетесь обогнать машину, которая «показала вам хвост».

б. Вам все равно, сколько автомобилей вас обогнало.

в. Помчитесь с такой скоростью, чтобы никто не догнал вас.

**VIII. Какими вы считаете свои взгляды на жизнь?**

а. Сбалансированными.

б. Легкомысленными.

в. Крайне «жесткими».

**IX. Что вы предпринимаете, если не все удается?**

а. Пытаетесь свалить вину на другого.

б. Смиряетесь.

в. Становитесь впредь осторожнее.

**X. Как вы реагируете на фельетон о случаях распущенности в среде современной молодежи?**

а. Пора бы уже запретить молодежи такие развлечения.

б. Надо создать ей возможность организованно и культурно отдыхать.

в. И чего мы с ней возимся?

**XI. Что вы ощущаете, если должность, которую вы хотели занять, досталась другому?**

а. И зачем только я на это нервы тратил(а)?

б. Видно, этот человек начальнику приятнее.

в. Может быть, мне это удастся в другой раз.

**XII. Какие чувства вы испытываете, когда смотрите страшный фильм?**

а. Чувство страха.

б. Скучаете.

в. Получаете искреннее удовольствие.

**XIII. Как вы будете себя вести, если образовалась «дорожная пробка» и вы опоздали на важное совещание?**

а. Будете нервничать во время заседания.

б. Попытаетесь вызвать снисходительность партнеров.

в. Огорчитесь.

**XIV. Как вы относитесь к своим спортивным успехам?**

а. Обязательно стараетесь выиграть.

б. Цените удовольствие почувствовать себя вновь молодым.

в. Очень сердитесь, если проигрываете,

**XV. Как вы поступите, если вас плохо обслужили в ресторане?**

а. Стерпите, избегая скандала.

б. Вызовете метрдотеля и сделаете ему замечание.

в. Отправитесь с жалобой к директору ресторана.

**XVI. Как вы поступите, если вашего ребенка обидели в школе?**

**а. Поговорите с**учителем.

б. Устроите скандал родителям.

в. Посоветуете ребенку дать сдачи.

**XVII. Какой вы человек?**

а. Средний.

б. Самоуверенный.

в. Пробивной.

**XVIII. Что вы скажете подчиненному, с которым столкнулись в дверях?**

а. Простите, это моя вина.

б. Ничего, пустяки.

в. А повнимательнее вы не можете быть?

**XIX. Ваша реакция на статью в газете о хулиганстве в среде молодежи?**

а. Когда же, наконец, будут приняты конкретные меры?

б. Надо бы ввести суровые наказания!

в. Нельзя же все валить на молодежь, виноваты и воспитатели!

**XX. Какое животное вы любите?**

а. Тигра.

б. Домашнюю кошку.

в. Медведя.

**Результат**

Напротив вопроса (пронумерованного римскими цифрами) в вертикальной колонке находится тот ответ, который вы подчеркнули. Определите его оценку в баллах. Баллы просуммируйте.

Если вы не выбрали ответ из предложенных вариантов, то по данному вопросу вы набрали 0 баллов.

**35** — **44 балла.**Вы умеренно агрессивны, вам сопутствует успех в жизни, поскольку у вас достаточно здорового честолюбия. К критике относитесь доброжелательно, если она деловая и без претензий.

**45 баллов и более.**Вы излишне агрессивны и неуравновешенны, нередко бываете чрезмерно жестким по отношению к другим людям. Надеетесь дойти до управленческих «верхов», рассчитывая на свои силы. Добиваясь успеха в какой-либо области, можете пожертвовать интересами окружающих. К критике относитесь двойственно: критику «сверху» принимаете, а критику «снизу» воспринимаете болезненно, порой небрежно. Можете преследовать критиков «снизу».

**34 балла и менее.**Вы чрезмерно миролюбивы, что обусловлено недостаточной уверенностью в собственных силах и возможностях. Это, конечно, не значит, что вы греетесь под любым ветерком. И все же побольше решительности вам не помешает! К критике «снизу» относитесь доброжелательно, но побаиваетесь критики «сверху».

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Вариант ответов** | **БАЛЛЫ ЗА ОТВЕТЫ** | | | | |
| **ВОПРОСЫ** | | | | |
| **I** | **II** | **III** | **IV** | **V** |
| **А** | **1** | **2** | **3** | **2** | **3** |
| **б** | **2** | **1** | **2** | **3** | **2** |
| **в** | **3** | **3** | **1** | **1** | **1** |
| **Вариант ответов** | **БАЛЛЫ ЗА ОТВЕТЫ** | | | | |
| **ВОПРОСЫ** | | | | |
| **VI** | **VII** | **VIII** | **IX** | **X** |
| **а** | **2** | **2** | **2** | **3** | **3** |
| **б** | **3** | **1** | **1** | **2** | **1** |
| **в** | **1** | **3** | **3** | **1** | **2** |
| **Вариант ответов** | **БАЛЛЫ ЗА ОТВЕТЫ** | | | | |
| **ВОПРОСЫ** | | | | |
| **XI** | **XII** | **XIII** | **XIV** | **XV** |
| **а** | **1** | **3** | **1** | **2** | **1** |
| **б** | **2** | **2** | **3** | **3** | **3** |
| **в** | **3** | **1** | **2** | **1** | **2** |
| **Вариант ответов** | **БАЛЛЫ ЗА ОТВЕТЫ** | | | | |
| **ВОПРОСЫ** | | | | |
| **XVI** | **XVII** | **XVIII** | **XIX** | **XX** |
| **а** | **1** | **1** | **1** | **2** | **3** |
| **б** | **2** | **3** | **3** | **1** | **2** |
| **В** | **3** | **2** | **2** | **3** | **1** |

**Если по семи и более вопросам вы набрали по три балла и менее чем по семи вопросам — по одному баллу,**то ваша агрессивность носит скорее разрушительный, чем конструктивный характер. Вы склонны к непродуманным поступкам и ожесточенным дискуссиям. Относитесь к людям пренебрежительно и своим поведением провоцируете конфликтные ситуации, которых вполне могли бы избежать.

**Если по семи и более вопросам вы получили по одному баллу и менее чем по семи вопросам — по три балла,**то вы чрезмерно замкнуты. Это не значит, что вам не присущи вспышки агрессивности, просто вы их тщательно подавляете.

**Как выбрать профессию!**

Выбирая профессию, ты, конечно, ожидаешь, что она позволит тебе получить интересную работу, общественное признание, возмож­ность реализовать свои способности и удовлетворить материальные и духовные потребности. И это вполне понятно. Однако, для того, чтобы твои желания осуществились и выбранная профессия не принес­ла разочарований, нужно не только представлять себе многообразие возможных вариантов выбора, но и правильно оценивать свои склон­ности и способности. Мы постараемся помочь тебе в этом простом только на первый взгляд деле.

Все виды профессиональной деятельности по содержанию труда, по отношению человека к объектам окружающего мира можно разделить на пять основных типов - такой способ ориентации в мире профессий предложил советский психолог, академик АПН СССР Е.А.Климов.

1. **Профессии типа "человек-природа"** связаны с участием чело­века в процессах, протекающих в живой и неживой природе, в природных явлениях, с использованием природных богатств. К этому типу можно отнести профессии, связанные с изучением Земли (геолог, геофизик, океанолог, метеоролог), ее растительного и животного мира (ботаник, зоолог, микробиолог, генетик, эколог), производством продукции растениеводства и животноводства (агроном, садовод, овощевод, животновод, зоотехник, ветеринар).

2. **В профессиях типа "человек-техника"** не обойтись без широ­кого использования различного «рода машин, механизмов, приборов, инструментов и других технических средств. Это многочисленные профес­сии в промышленности, строительстве, на транспорте и т.д. (стале­вар, литейщик, кузнец, электросварщик, токарь, фрезеровщик, слесарь, машинист, электрик, штукатур, каменщик, столяр, швея, пря­дильщица, ткач).

**3."Человек-знаковая система".** Этот тип объединяет профессии, связанные с обработкой информации, представленной в виде самых различных знаков и знаковых систем, которые служат для фиксирова­ния и изучения предметов, процессов, явлений реальной действитель­ности. Здесь можно выделить профессии, которые предполагают рабо­ту с языковыми системами (библиограф, нотариус, машинистка, архи­вист, лингвист, историк, философ), с абстрактно-математическими системами (кассир, бухгалтер, математик, статистик, экономист, физик, химик, фармацевт, метролог), графическими системами (чер­тежник, конструктор, картограф, штурман), с системами и средствами обработки знаков (программист, оператор ЭВМ).

4.Основное содержание и результат деятельности в **профессиях типа "человек-художественный образ**" - искусство, художественная культура. Это профессии, связанные с изобразительным творчеством (архитектор, дизайнер, художник-оформитель, скульптор, живописец), художественной обработкой материалов (гравер, модельер, ювелир, чеканщик), созданием различного рода художественных зрелищ (ком­позитор, музыкант-исполнитель, вокалист, дирижер, танцовщик, балетмейстер, актер, режиссер, оператор).

5.Основным содержанием **профессий типа "человек-человек"** является общение. Здесь непременное условие успешной деятельности - умение устанавливать и поддерживать контакты с людьми. К этому типу относятся медицинские профессии (санитар, фельдшер, медицин­ская сестра, врачи различных специальностей), педагогика (воспи­татель, учитель, тренер, преподаватель), юстиция (юрисконсульт, милиционер, следователь, прокурор, адвокат), кулътпросветработа (библиотекарь, экскурсовод, гид-переводчик, корреспондент), сфера обслуживания (продавец, товаровед, официант, повар, парикмахер, бортпроводник, секретарь).

А теперь предлагаем тебе определить и оценить свои степенности к тому или иному виду деятельности. Для этого заполни предлагаемую тестовую таблицу, которую разработал Е.Климов. В левой ее части программа самооценки, т.е. ряд утверждений, с которыми ты будешь либо соглашаться, либо нет. В правой части (графы с 2 по 6) - описанные пять типов профессиональной деятельности.

Если ты **согласен** с приведенным в таблице утверждением - ставь знак “+” перед цифрой, которая стоит в соответствующей строке в одной из граф 2-6. Если ты **отрицаешь** это утверждение - ставь перед цифрой знак “-“. Если же сформулировать однозначно свою точку зрения по данному утверждению ты затрудняешься, цифру зачеркни. Рассмотрев таким образом все утверждения, подсчитай алгебраическую сумму по каждой из граф.

**Таблица для определения предпочтительного типа профессий на основе самооценки**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Программа самооценки | | Тип профессии | | | | |
| Ч-П | Ч-Т | Ч-З | Ч-Х | Ч-Ч |
| 1 | | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1 | Легко знакомлюсь с людьми |  |  |  |  | 1 |
| 2 | Охотно иподолгу могу что-либо мастерить |  | 1 |  |  |  |
| 3 | Охотно хожу в музеи, театры и т.д. |  |  |  | 1 |  |
| 4 | Охотно и постоянно ухаживаю за растениями, животными | 1 |  |  |  |  |
| 5 | Охотно и подолгу могу что-либо вычислять, чертить |  |  | 1 |  |  |
| 6 | Охотно общаюсь со сверстниками  илимладшими, когда нужно помочь, им, занять чем-либо и т.д. |  |  |  |  | 1 |
| 7 | Охотно и часто помогаю старшим ухаживать за растениями**,** животными | 1 |  |  |  |  |
| 8 | Обычно делаю мало ошибок в письменных работах |  |  | 1 |  |  |
| 9 | Мои поделки обычно вызывают интерес у товарищей, старших |  | 2 |  |  |  |
| 10 | Старшие считают, что у меня есть какие-либо художественные спо­собности |  |  |  | 2 |  |
| 11 | Охотно читаю о растениях, животных | 1 |  |  |  |  |
| 12 | Активно участвую в художественной самодеятельности |  |  |  | 1 |  |
| 13 | Охотно читаю об устройстве машин, приборов и т.д. |  | 1 |  |  |  |
| 14 | Охотно и подолгу могу решать трудные задачи, головоломки, кроссворды |  |  | 2 |  |  |
| 15 | Легко улаживаю разногласия между сверстниками или младшими |  |  |  |  | 2 |
| 16 | Старшие считают, что у меня  есть способности к работе с техникой |  | 2 |  |  |  |
| 17 | Мое художественное творчество одобряют незнакомые люди |  |  |  | 2 |  |
| 18 | Старшие считают, что у меня есть способности к работе с растениями, животными | 2 |  |  |  |  |
| 19 | Считают, что обычно мне удается подробно и ясно излагать мысли в письменной форме |  |  | 2 |  |  |
| 20 | Почти никогда не ссорюсь |  |  |  |  | 1 |
| 21 | Мои поделки одобряют незнакомые  люди |  | 1 |  |  |  |
| 22 | Без особого труда усваиваю не­знакомые или иностранные слова |  |  | 1 |  |  |
| 23 | Мне часто случается помогать незнакомым людям |  |  |  |  | 2 |
| 24 | Подолгу могу заниматься художественным творчеством |  |  |  | 1 |  |
| 25 | Ухаживая за растениями, животными, стараюсь повлиять на ход их развития | 2 |  |  |  |  |
| 26 | Мне обычно удается убедить сверстников или младших поступить так, а не иначе |  |  |  |  | 1 |
| 27 | Люблю разбираться в устройстве машин, приборов и т.д. |  | 1 |  |  |  |
| 28 | Охотно наблюдаю за растениями, животными | 1 |  |  |  |  |
| 29 | Охотно читаю научно-популярную, критическую, публицистическую литературу |  |  | 1 |  |  |
| 30 | Пробую свои силы в художествен­ном творчестве |  |  |  | 1 |  |
|  | Итого |  |  |  |  |  |

Что означает полученный результат? Наибольшие положитель­ные суммы будут соответствовать более подходящим для тебя видам деятельности, малые положительные и, тем более, отрицательные суммы - профессиям, которые не соответствуют свои склонностям. Но, конечно, нужно учитывать, что очень многие профессии сочетают в себе черты нескольких описанных выше типов. Например, капитан дальнего плавания - к какому типу можно отнести эту профессию? «Человек-природа», «человек-техника», «человек-знаковая система», «человек-человек»? В ней присутствуют черты каждого из этих типов.

Так что полученной по тесту результат самооценки - это не готовый рецепт, а своего рода компас, который указывает направление поисков. Читай книги, в том числе и те, которые посвящены различным профессиям, пробуй свои силы в доступной тебе работе, общайся со специалистами. Советуем также обра­титься в Центр профессиональной ориентации молодежи района, города, области, где ты живешь - тебе непременно окажут необ­ходимую консультационную помощь.

Желаем тебе успехов!

**Тест "Ваши нервы"**

Автор этого теста — английский психолог В. Коулман. Хотите оценить насколько у Вас в порядке или не в порядке нервы? Если да, то этот тест для Вас.

Ответьте на эти вопросы ("да" или "нет").

1. Становится ли вам не по себе, если вы находитесь в полной темноте и плюс к тому — в одиночестве?

2. Считаете ли вы, что у вас слишком много обязанностей?

3. Беспокоитесь ли вы о том, что думают о вас окружающие?

4. Часто ли вы вздрагиваете, когда звонит телефон?

5. Беспокоитесь ли вы по мелочам?

6. Беспокоитесь ли вы о своем здоровье?

7. Беспокоитесь ли вы о деньгах?

8. Сильно ли вы переживаете, если пропускаете свою пересадку, когда едете в транспорте?

9. Мучает ли вас бессонница оттого, что вас что-то волнует в часы, когда вы должны спать?

10. Нуждаетесь ли вы когда-нибудь в снотворном?

11. Нужно ли было вам когда-нибудь принимать успокоительные лекарства?

12. Считаете ли вы себя скованным?

13. Дрожит ли у вас голос, когда вы сердитесь или очень волнуетесь?

14. Вы легко смущаетесь?

15. Легко ли вы расслабляетесь?

16. Склонны ли вы в большей степени к беспокойству, чем большинство знакомых вам людей?

17. Признали бы вы, что почти всегда о чем-нибудь да беспокоитесь?

18. Легко ли вы расстраиваетесь?

19. Страдаете ли вы когда-нибудь от «приступов паники»?

20. Охватывало ли вас когда-нибудь желание все бросить и убежать?

21. Страдаете ли вы какими-нибудь недугами, например, несварением, сыпью на коже и т. п., которые усиливаются напряжением или стрессом?

22. Часто ли вас раздражает шум?

23. Раздражают ли вас мелкие административные требования?

24. Когда вам не везет, расстраиваетесь ли вы?

25. Расстраиваетесь ли вы, если над вами смеются?

26. Проверяете ли вы по несколько раз, закрыта ли входная дверь, прежде чем ложиться ночью спать?

27. Волнуетесь ли вы перед тем, как идти на вечеринку, в гости и т. д.?

28. Если к вам собираются прийти друзья, много ли времени вы тратите, чтобы приготовить все для их приема?

29. Легко ли вы краснеете?

30. Нравится ли вам знакомиться с новыми людьми?

Подсчитайте свои очки. Во всех вопросах, кроме № 15, за ответ «да» — 1 очко, за ответ «нет» — 0 очков. В вопросе № 15 за ответ «да» — О очков, за ответ «нет» — 1 очко.

**От 25 до 30 очков:**очень неуравновешенны, возбудимы.

**От 10 до 20 очков:**средняя раздражительность.

**От 5 до 10 очков:**спокойны, уравновешенны.

**Меньше 5 очков:**«толстокожи», эмоционально ограничены.

**Тест "Добрый ли вы?"**

Добры ли Вы, и внимательны ли к окружающим? Способны ли Вы отдать последнюю рубашку тому, кому она нужнее? На эти вопросы вам поможет ответить наш тест.

1. У вас появились деньги. Могли бы вы истратить все, что у вас есть, на подарки друзьям?

2. Товарищ рассказывает вам о своих невзгодах. Дадите ли вы ему понять, что вас это мало интересует, даже если это так?

3. Если ваш партнер плохо играет в шахматы или другую игру, будете ли вы иногда ему поддаваться, чтобы сделать приятное?

4. Часто ли вы говорите приятное людям, просто чтобы поднять им настроение?

5. Любите ли вы злые шутки?

6. Вы злопамятны?

7. Можете ли вы терпеливо выслушать даже то, что вас совершенно не интересует?

8. Умеете ли вы на практике применять свои способности?

9. Бросаете ли игру, когда начинаете проигрывать?

10. Если вы уверены в своей правоте, отказываетесь ли выслушать аргументы оппонента?

11. Вы охотно выполняете просьбы?

12. Станете ли вы подтрунивать над кем-то, чтобы развеселить окружающих?

А теперь засчитайте себе по 1 очку за ответ «да» на вопросы 1, 3, 4, 7, 11 и за ответ «нет» на вопросы 2, 5, 6, 8, 9, 10, 12.

**Больше 8 очков.**Вы любезны, нравитесь окружающим, умеете общаться с людьми. У вас, наверное, много друзей. Одно предостережение: никогда не пытайтесь иметь хорошие отношения со всеми — всем не угодишь, да и на пользу это вам не пойдет.

**От 4 до 8 очков.**Ну что же, ваша доброта — вопрос случая. Добры вы далеко не со всеми. Для одних вы можете пойти на все, но общение с вами более чем неприятно для тех, кто вам не нравится. Это не так уж плохо. Но, наверное, надо стараться быть ровным со всеми, чтобы люди не обижались.

**Меньше 4 очков.**Общение с вами, надо признаться, порой бывает просто мукой даже для самых близких вам людей. Будьте доброжелательнее, и у вас будет больше друзей. Ведь дружба требует доброго отношения...

**Тест "Наблюдательность"**

   Данный тест покажет то, насколько Вы наблюдательны. В каждом вопросе выберите один из вариантов ответа.   
**1. Вы заходите в какую-то организацию:**

   а) обращаете внимание на расположение столов и стульев;   
  б) обращаете внимание на точное расположение предметов;   
  в) разглядываете, что висит на стенах.   
**2 Встречаясь с человеком, вы:**

   а) смотрите ему только в лицо;

   б) незаметно оглядываете его с ног до головы;   
  в) обращаете внимание лишь на отдельные части лица (глаза, нос...).   
**3. Что вам запоминается из увиденного пейзажа:**

   а) цвета;

  б) небо;

   в) чувство радости или грусти, охватившее вас тогда.   
**4. Когда вы утром просыпаетесь, то:**

   а) сразу же вспоминаете, что вам предстоит делать;

  б) вспоминаете, что вам снилось;

   в) обдумываете, что произошло вчера.

1. **Когда вы садитесь в общественный транспорт, то:**

   а) проходите вперед, ни на кого не глядя;   
  б) разглядываете тех, кто стоит рядом;   
  в) обмениваетесь словом-другим с теми, кто к вам ближе всего

**6. На улице вы:**

  а) наблюдаете за транспортом;

  б) смотрите на фасад домов;

  в) наблюдаете за прохожими

1. **Когда вы смотрите на витрину, то:**

   а) интересуетесь лишь тем, что может вам пригодиться;   
   б) смотрите и на то, что вам в данный момент не нужно;   
   в) несколько раз внимательно рассматриваете каждый предмет.   
**8. Если дома вам нужно что-то найти, то вы:**   
   а) сосредоточиваетесь на том месте, где, как вы предполагаете, могли оставить этот предмет;

   б) ищете везде;

   в) просите других помочь вам.

**9.Рассматривая старый групповой снимок ваших близких, друзей, вы:**

 а) волнуетесь;

  б) вам становится смешно;

  в) вы пытаетесь узнать тех, кто снят.

**10.Представьте, что вам предложили сыграть в азартную игру, которую вы** **не знаете. Вы**:

   а) пытаетесь научиться в нее играть и выигрывать;   
  б) отказываетесь от этой затеи через какое-то время;   
  в) вообще не играете.

**11. Вы кого-то ждете в парке и:**   
  а) внимательно наблюдаете за теми, кто рядом с вами;   
  б) читаете газету;   
  в) о чем-то мечтаете (думаете).   
**12. В звездную ночь вы:**   
  а) пытаетесь разглядеть созвездия;   
  б) просто смотрите на небо;   
  в) вообще не смотрите.   
**13. Читая книгу, вы:**   
   а) помечаете карандашом то место, до которого дошли;   
  б) оставляете закладку; •   
  в) доверяете своей памяти.   
**14. О своих соседях вы помните:**   
  а) их имя и отчество;   
  б) их внешность;   
  в) ни то, ни другое.   
  15. Оказавшись перед сервированным столом:   
   а) восхищаетесь его изысканностью;   
   б) проверяете, все ли на месте;   
   в) смотрите, все ли стулья стоят как нужно.   
     
   Подсчитайте ваш результат по таблице.   
**От 150 до 100 очков**. Бесспорно, вы чрезвычайно наблюдательны. Вместе с тем вы способны анализировать и самого себя, свои поступки. Вы в состоянии с замечательной точностью оценить другого человека.   
**От 99 до 75 очков**. У вас достаточно развита наблюдательность, но все же при оценке вас иногда подводит предубежденность.   
**От 74 до 45 очков**. Вас не слишком интересует то, что скрывается за внешностью, манерой поведения других. Хотя в общении у вас не возникает сколько-нибудь серьезных психологических проблем.   
**Менее 45 очков.** Вас абсолютно не интересуют сокровенные мысли тех, кто рядом с вами. Вы слишком заняты, вам некогда анализировать даже собственные поступки, не то что чужие. Вы не обидитесь, если вас будут считать эгоистом?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| вопрос/ответ | А | Б | В |
| 1 | 3 | 10 | 5 |
| 2 | 5 | 10 | 3 |
| 3 | 10 | 5 | 3 |
| 4 | 10 | 3 | 5 |
| 5 | 3 | 5 | 10 |
| 6 | 5 | 3 | 10 |
| 7 | 3 | 5 | 10 |
| 8 | 10 | 5 | 3 |
| 9 | 5 | 3 | 10 |
| 10 | 10 | 5 | 3 |
| 11 | 10 | 5 | 3 |
| 12 | 10 | 5 | 3 |
| 13 | 10 | 5 | 3 |
| 14 | 10 | 3 | 5 |
| 15 | 3 | 10 | 5 |

**Тест "Обидчивость"**

Данный тест поможет Вам разобраться, на самом ли деле Вы обидчивы, как Вам приходится иногда слышать. Или же Вы сама терпимость. В случае если вы сомневаетесь - отвечайте: "не знаю", "по-разному бывает".

1. Легко ли вам испортить настроение?

2. Долго ли вы помните обиду и обидчика?

3. Долго ли вы переживаете мелкие неприятности (чей-то недоброжелательный взгляд, едкое замечание, испачканный рукав пальто)?

4. Долго ли вы можете находиться в таком состоянии, когда ни с кем не хочется разговаривать?

5. Легко ли вы отвлекаетесь на посторонние разговоры и шумы?

6. Способны ли вы длительное время анализировать свои переживания, чувства, поступки?

7. Часто ли вы действуете под влиянием минутного настроения?

8. Часто ли вам снятся кошмары?

9. Беспокоит ли вас мысль, что вы чем-то хуже других?

10. Часты ли у вас подъемы и спады настроения?

11. Бывает ли так, что во время спора у вас заметно меняется тембр голоса и появляются обычно не свойственные вам низкие или высокие тона?

12. Легко ли вас вывести из себя?

13. Даже вкусная еда неспособна исправить ваше испорченное настроение?

14. Часто ли вы испытываете раздражение, когда вас не понимают?

А теперь подсчитайте набранные вами баллы. За ответ «да» начисляется 0 баллов, «не знаю, по-разному бывает» — 1 балл, за ответ «нет» — 2 балла.

**От**23 **до**28 **баллов.**Вас трудно назвать обидчивым. Ваше душевное состояние устойчиво и редко изменяется в зависимости от ситуации. Кое-кто считает вас «непробиваемым», «твердолобым». Иногда вам завидуют, иногда осуждают — на это не обращайте внимания.

**От**17 **до**22 **баллов.**Вы слегка обидчивы. Эта черта характера доставляет вам немало горьких минут. Вы легко можете вспылить и наговорить грубостей обидчику. Из-за этого у вас нередко случаются конфликты дома и на работе (в школе). Всегда помните поговорку:

«В реке обиды брода нет».

**От 0 до 16 баллов.**Вы обидчивы, мстительны, легко меняете свое настроение, болезненно реагируете на отношение к вам окружающих. Это серьезные недостатки в вашем характере. Необходимо заняться самовоспитанием. И чем меньше у вас количество набранных баллов, тем скорее к этому следует приступить.

**ВАШ УРОВЕНЬ ОБЩИТЕЛЬНОСТИ**

Тест поможет определить ваш уровень коммуникабельности.

Для этого необходимо правдиво ответить на следующие вопросы.

**1. Переживаете ли вы в ожидании важной деловой встречи?**

а) да;

б) нет;

в) иногда.

**2. Если вам поручат выступить с докладом на каком либо мероприятии, вызовет ли это у вас чувство дискомфорта?**

а) да;

б) нет. ;

в) иногда.

**3. Вы откладываете поход к врачу до последнего момента?**

а) да;

б) нет;

в) иногда.

**4. Если вам предстоит командировка в незнакомый город, постараетесь ли вы избежать этой командировки?**

а) да;

б) нет;

в) иногда.

**5. Вы делитесь своими мыслями и чувствами с кем бы то ни было?**

а) да;

б) нет;

в) иногда.

**6. Вас раздражает, когда незнакомые люди на улице обращаются к вам с вопросом?**

а) да;

б) нет;

в) иногда.

**7. Вы думаете, что людям разных поколений действительно трудно понимать друг друга?**

а) да;

б) нет;

в) иногда.

**8. Вам сложно будет сказать человеку, чтобы он вернул вам деньги, взятые у вас несколько месяцев назад?**

а) да;

б) нет;

в) иногда.

**9. Вам подали некачественное блюдо в кафе. Промолчите ли вы?**

а) да;

б) нет;

в) иногда.

**10. Вы заговорите с незнакомым человеком, оставшись с ним наедине?**

а) да;

б) нет;

в) иногда.

**11. Обнаружив в кассе, магазине, библиотеке длинную очередь, вы встанете в нее?**

а) да;

б) нет;

в) иногда.

**12. Вам неприятно быть судьей в чужих конфликтах?**

а) да;

б) нет;

в) иногда.

**13. Вы всегда оцениваете произведения искусства на свой вкус, не прислушиваясь к чужому мнению?**

а) да;

б) нет;

в) иногда.

**14. Если кто- то выскажет ошибочную точку зрения на хорошо известный вам вопрос, вы предпочтете промолчать и не исправлять его?**

а) да;

б) нет;

в) иногда.

**15. Просьбы помочь в учебе или работе раздражают вас?**

а) да;

б) нет;

в) иногда.

**16. Вам проще изложить свое мнение на бумаге, чем рассказать о нем?**

а) да;

б) нет;

в) иногда.

**Инструкции**

За каждый ответ «да» поставьте себе 2 балла, за ответ «нет» — 0 баллов, за ответ «иногда» — 1 балл.

Затем суммируйте все баллы и сравните полученный результат со шкалой.

**Результаты теста**

**30 31 балл**. Что скрывать, вы некоммуникабельны, и страдаете от этого прежде всего сами. Но и окружающим очень трудно с вами, ведь там, где необходимы совместные усилия, вы совершенно теряетесь. Почему вы так неохотно общаетесь? Неужели в вашем окружении совсем нет интересных людей? Попробуйте потренировать свою общительность — обращайтесь к людям с различными вопросами, пусть даже для начала они будут касаться только работы.

**25 29 баллов**. Вы неразговорчивы, предпочитаете одиночество шумным компаниям. Друзей у вас совсем немного. Новая работа и новые люди вызывают у вас чувство дискомфорта. Эта особенность характера не ускользнула от вашего внимания, и вы часто сердитесь на себя за нее. Вспомните, как легко вы общаетесь, когда чем-то очень увлечены. Ведь можете же, когда хотите.

**19 24 балла**. В целом вы общительный человек. Новая обстановка и новые проблемы вас не пугают. И все-таки с людьми вы сходитесь осторожно, постепенно, публично высказываетесь неохотно. Иногда ваши высказывания саркастичны, даже безо всякого на то основания.

**14 18 баллов**. С коммуникабельностью у вас все в порядке. Вы любознательны, терпеливы, внимательно слушаете интересного собеседника, спокойно отстаиваете свою точку зрения. Встреча с новыми людьми не вызывает у вас неприятных ощущений. Но многолюдные места, шумные компании и болтливые люди вызывают у вас раздражение.

**9 13 баллов**. Вы весьма общительны, не так ли? Ваши любопытство, разговорчивость, вспыльчивость вызывают у некоторых людей раздражение и заставляют думать о вас как о легкомысленном человеке. Вы легко знакомитесь с новыми людьми, вам нравятся большие компании, особенно если вы находитесь в центре всеобщего внимания. Вам не помешает выработать в себе немного терпения и усидчивости, необходимых для решения серьезных проблем.

**4 8 баллов**. Вы, кажется, знакомы со всеми и все всегда обо всех знаете. Вы любите принимать участие в различных обсуждениях, хотя серьезные темы кажутся вам ужасно скучными. Привыкли высказываться даже в том случае, если недостаточно компетентны в обсуждаемом вопросе. Беретесь за любое дело, хотя не всегда можете успешно довести его до конца. Неудивительно, что руководители и коллеги относятся к вам с недоверием и никто не хочет выполнять с вами совместные задания.

**3 балла или мене**е. Ваша общительность чрезмерна. Вы говорливы, многословны, вспыльчивы, обидчивы, часто необъективны. Вы вмешиваетесь в дела, которые не имеют к вам никакого отношения. Беретесь судить о проблемах, в которых совершенно не разбираетесь. Часто из за вас возникают конфликты. С серьезной работой вы справиться не в состоянии. Людям очень трудно с вами.

**Тест "Умение слушать"**

На каждый из вопросов следует дать ответы, которые оцениваются: «почти всегда» — 2 балла; «в большинстве случаев» — 4 балла; «иногда» — 6 баллов; «редко» — 8 баллов; «почти никогда» — 10 баллов.

1. Стараетесь ли вы «свернуть» беседу в тех случаях, когда ее тема (а то и собеседник) неинтересны вам?

2. Раздражают ли вас манеры вашего собеседника?

3. Может ли неудачное выражение собеседника спровоцировать вас на резкость или грубость?

4. Избегаете ли вы вступать в беседу с неизвестным или малознакомым вам человеком?

5. Имеете ли вы привычку перебивать собеседника?

6. Делаете ли вид, что внимательно слушаете, а сами думаете совсем о другом?

7. Меняется ли ваш тон, голос, выражение лица в зависимости от того, кто ваш собеседник?

8. Меняете ли тему разговора, если собеседник коснулся неприятной для вас темы?

9. Поправляете ли собеседника, если в его речи встречаются неправильно произнесенные слова, названия, вульгаризмы?

10. Бывает ли у вас снисходительный менторский тон, с оттенком пренебрежения и иронии по отношению к собеседнику?

Излишне напоминать, что точный ответ вы получите при желании ответить с максимальной искренностью на все вопросы.

Если в итоге вы набрали сумму более 62 баллов, то вы слушатель «выше среднего уровня». Иными словами — чем больше у вас баллов, тем в большей степени у вас развито умение слушать.