

2. Stevenson, H. Appreciative Inquiry. Tapping into the River of Positive Possibilities / H. Stevenson // [Elektronnyi resurs]. Rezhim dostupa: <http://www.clevelandconsultinggroup.com>.

Petrenko I.V. Investigation process of dialogic participation in the educational space.

The article is devoted to the study of the psychological mechanisms of social dialogue in the educational environment. Social dialogue is considered as a process of internal preparedness to participation in the form of interactive communication to transform the social environment. In the course of empirical research traced trends of dialogic participation in the systems "student – school education", "teacher – school education". Discovered intentional criteria, which determining the content of dialogic interaction of communication in the area of education: socio-psychological, organizational, communication, professional competence, personality. It is noted that the methodology used in the study «Appreciative Inquiry» has significant positive potential for the study of peculiarities of social dialogue at various levels of its operation. Application of "positive changes" made it possible to move the locus of attention from the individual to the interpersonal relationship in communication. Moreover, the procedure of investigation within this technology has a constructive impact on subjects, causing their internal transformation. Using this technique confirmed that the process of dialogic participation communicant are positive / negative context in addressing the issue of problem or situation; image modelling the desired result; plan their actions; demonstrate the ability to move in this direction, the implementation of planned activities.

Key words: social dialogue, social partnership, communicative interaction, dialogic participation.

УДК: 159.938

Поладко Г.О.

**ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОЦЕСУ АДАПТАЦІЇ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ
ФЕОХРОМОЦИТОМНОЮ ДИСФУНКЦІЄЮ**

Поладко Г.О. Дослідження процесу адаптації у пацієнтів з феохромоцитомною дисфункцією. У статті розкрито результати практичного дослідження впливу взаємодії рівня «лікар-пацієнт» на реалізацію якісного лікувального процесу. Виокремлено категорії пацієнтів хворих на феохромоцитомну дисфункцію, відносно психологічних та часових проявів.

Характерними реактивними ознаками пацієнтів хворих на феохромоцитомну дисфункцію є: не прийняття або заперечення пацієнтами факту наявності хвороби; загострення супутніх хвороб, тощо. Основними джерелами здобуття пацієнтами знань про хворобу є взаємодія з лікарем; Інтернет-видання, зокрема, медичні вісники, форуми, на яких обговорюються проблемні питання пацієнтів та лікарів, що пов'язані з феохромоцитомною дисфункцією.

Ключові слова: адаптація, дезадаптація, взаємодія, лікувальний процес, феохромоцитомна дисфункція.

Поладко А.А. Исследование процесса адаптации у пациентов с феохромоцитомной дисфункцией В статье раскрыты результаты практического исследования влияния уровня взаимодействия «врач-пациент» на реализацию качественного лечебного процесса. Выделены категории пациентов больных на феохромоцитомную дисфункцию, относительно психологических и временных проявлений.

Характерными реактивными признаками пациентов больных на феохромоцитомную дисфункцию является: принятие или отрицание пациентами факта наличия болезни; обострение сопутствующих болезней, и тому подобное. Основными источниками приобретения пациентами знаний есть взаимодействие с врачом; Интернет-издания, в частности, меди-

цинские вестники, форумы, на которых обсуждаются проблемные вопросы пациентов и врачей, которые связаны с феохромоцитомной дисфункцией.

Ключевые слова: адаптация, дезадаптация, взаимодействие, лечебный процесс, феохромоцитомная дисфункция.

Постановка проблеми. Проблема збереження здоров'я є однією з найгостріших медико-соціальних проблем для Української держави. Серед чинників його порушення окрім екологічних, домінуючі позиції займають виражені дисфункції організму, зокрема, ті, що потребують тривалого лікування, як у випадку феохромоцитомі. Нами було проведено практичне дослідження процесу адаптації у пацієнтів з феохромоцитомною дисфункцією.

Вихідні передумови. Критеріями відбору для включення у дослідження були: добровільна згода пацієнтів; вік від 21 до 60 років; наявність в анамнезі захворювання на феохромоцитомну дисфункцію; етап хвороби: ранній – від 1 тижня до 2-х місяців після встановлення діагнозу; середньо-продолгований – від одного до двох років проживання із захворюванням.

Критеріями виключення були: відмова пацієнтів від участі у дослідженні; вік понад 60 років; інші, окрім феохромоцитомної дисфункції, тяжкі соматичні та психічні захворювання в анамнезі.

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

Мета дослідження: з'ясувати особливості психологічної адаптації пацієнтів з феохромоцитомною дисфункцією.

Виклад методики і результатів досліджень.

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

11 пацієнтів відмовились від подальшої діагностики та запропонованого комплексу заходів через власні суб'єктивні відчуття адаптації в даній ситуації та не достатньої інформаційної обізнаності, щодо перебігу реабілітаційного періоду, зокрема, у контексті соціально-психологічної підтримки пацієнтів.

Психодіагностична частина дослідження проводилася в 2011-2012 роках і складалася з чотирьох етапів. *На першому етапі* (перша половина 2011р.) аналізується рівень фізіологічних змін, викликаних в організмі пацієнта хворобою й відповідних тенденцій їх адаптивної поведінки (співставлення результатів медичних аналізів; визначення рівня соціально-психологічної адаптації К. Роджерса і Р. Раймонда та стратегій оволодіваючої поведінки (Опитувальник оволодіваючої поведінки СОП (стратегії оволодіваючої поведінки) С. Фолкмана, Р. Лазаруса адаптований В.М. Бехтеревім).

Дані, отримані після обробки результатів реалізації методик, використаних на цьому етапі, було співвіднесено за допомогою контент-аналізу. Загальна мета цього етапу – визначення рівня психологічної адаптації.

Другий етап (друга половина 2012 – перша половина 2013 рр.) має на меті визначення психологічного змісту захисних механізмів й засобів забезпечення

реалізації цих механізмів пацієнтами (Модифікована методика «Ціннісні орієнтації М. Рокича», Тест-опитувальник механізмів психологічного захисту). На цьому ж етапі нами було визначено рівень успішності лікувально-профілактичних заходів та їх поведінково-реактивного прояв (аналіз продуктів діяльності), а саме: ступінь ефективності взаємодії на рівні лікар-пацієнт.

Третій етап – розкриває кореляційний взаємозв'язок між рівнем адаптації пацієнтів та формою захисних механізмів пацієнтів з феохромоциторною дисфункцією з точки зору ефективності лікувально-профілактичних заходів, застосовуваних по відношенню до пацієнтів. Метою цього етапу стало визначення загальної системи поведінково-реактивного прояву, а також встановлення відповідних якісних контентів (контент-аналіз).

Четвертий етап полягав у проведенні аналізу ефективності виконуваного комплексу ПКЗ (психологічного компоненту здоров'я), що здійснювався на кожному з етапів лікувально-діагностичному процесу (ранньому та середньо-продовженому періоді (від 1 міс до 2-х років після встановлення діагнозу)). На етапі контролю ефективності внаслідок завчасного вибуття з комплексу ПКЗ кількість пацієнтів основних груп не змінилась.

Таблиця 1

Розподіл соціально-демографічних чинників серед досліджуваних у %

№	Соціально-демографічні чинники		Група досліджуваних	
			хворі на феохромоцитомну дисфункцією	досліджувані у яких надирники є здоровими
1	рівень освіти	середня	5,1	0,1
		середньо-спеціальна	28,2	5,3
		вища	45,8	15,5
2	рівень забезпеченості окремим житлом	проживання із первинною родиною	39,2	16,1
		проживання у орендованому житлі	18,4	13,6
		наявність власного житла	12,1	0,6
3	соціально-економічний стан домогосподарства	низькі економічні показники	35,3	11,8
		середні економічні показники	21,2	8,4
		високі економічні показники	15,1	8,2
4	сімейний стан	не у шлюбі	24,7	18,3
		у громадському шлюбі	31,5	11,3
		у офіційному шлюбі	9,8	4,4

У практичному дослідженні взяли участь дві категорії досліджуваних: 1) 228 хворих з феохромоцитомною дисфункцією. Із них - 114 хворих з феохромоцитомною дисфункцією на ранньому етапі хвороби (до 2-х місяців після встановлення діагнозу), а також 114 хворих, що живуть із хворобою протягом одного і більше року (середньо-продовжаний етап); 2) досліджувані, у кількості 228 осіб, у яких наднирники є здоровими.

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

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

Таблиця 2

Розподіл анамнестичних чинників серед досліджуваних у %

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

Таблиця 3

Розподіл чинників емоційної підтримки рідних серед досліджуваних у %

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

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

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

- пацієнти з періодом встановлення діагнозу до 2 місяців. Для цієї категорії пацієнтів характерне переживання вакууму (пасивна реакція відгородження від світу, не прийняття інформації) – хаосу (хаотичні рухи у бік вилікування), а також полярність, проявом чого є або не прийняття процесу лікування або прийняття і процесу лікування;

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

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

Серед показників феохромоциторної дисфункції, за допомогою яких можна діагностувати її прояви, нами виділено наступні показники: концентрація продуктів обміну катехоламінів в крові та мочі; рівень екскреції ванілмендальної кислоти; рівень концентрації коньюгованого метанефрину і норметанефрину (табл. 4).

Таблиця 4

Розподіл досліджуваних відносно показників феохромоцитомної дисфункції

Категорія досліджуваних	Показники феохромоцитомної дисфункції			
	рівень вираженості показників феохромоцитомної дисфункції	концентрація продуктів обміну катехоламінів	рівень екскреції ванілміндальної кислоти	рівень концентрації коньюгованого метанефрину і норметанефрину
Досліджувані пацієнти (період встановлення діагнозу до 2 місяців)	високий	+	-	+
	середній	-	-	-
	низький	-	-	-
Досліджувані пацієнти (період встановлення діагнозу близько 1 року)	високий	-	+	+
	середній	-	-	-
	низький	-	-	-
Досліджувані пацієнти (період встановлення діагнозу від 1 і більше років)	високий	+	-	+
	середній	-	-	-
	низький	-	-	-

Після аналізу показників хвороби нами виділено кількісні рівні фізіологічних змін викликаних в організмі пацієнта засобами хвороби (табл. 5).

Таблиця 5

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

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

Таким чином, ми можемо говорити про те, що найбільших фізіологічних змін організм зазнає у період встановлення діагнозу близько 1 року, саме тоді, коли організм людини починає активно боротися з хворобою під час лікування або навпаки стає пасивним із психофізіологічної точки зору.

Поряд із цим, період до 1 року – саме той період під час якого пацієнт, пройшовши гостру фазу переживання хвороби, починає змінювати свою картину світу у відповідності зі хворобою. Якість цих змін ми опишемо у подальшому дослідженні.

Перейдемо до розгляду результатів поглибленого дослідження соціально-психологічної адаптації. Варто відмітити, що встановлені нами показники адаптації є тими факторами, які й визначають подальший хід лікувального процесу, зокрема, ставлення до хвороби й рівень активності хворого, ступінь усвідомленості значимості власних зусиль для досягнення лікувального ефекту. Засобами якісного та кількісного узагальнення досліджуваних показників ми встановили рівень адаптивної поведінки учасників практичної частини роботи в цілому (табл. 6).

Таблиця 6

Розподіл досліджуваних відносно рівнів соціально-психологічної адаптації

Категорія досліджуваних	Рівень соціально-психологічної адаптації		
	високий	середній	низький
Досліджувані пацієнти (період встановлення діагнозу до 2 місяців)	12,1	28,3	59,6
Досліджувані пацієнти (період встановлення діагнозу близько 1 року)	18,7	31,3	50
Досліджувані пацієнти (період встановлення діагнозу від 1 і більше років)	38,2	33,6	28,2

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

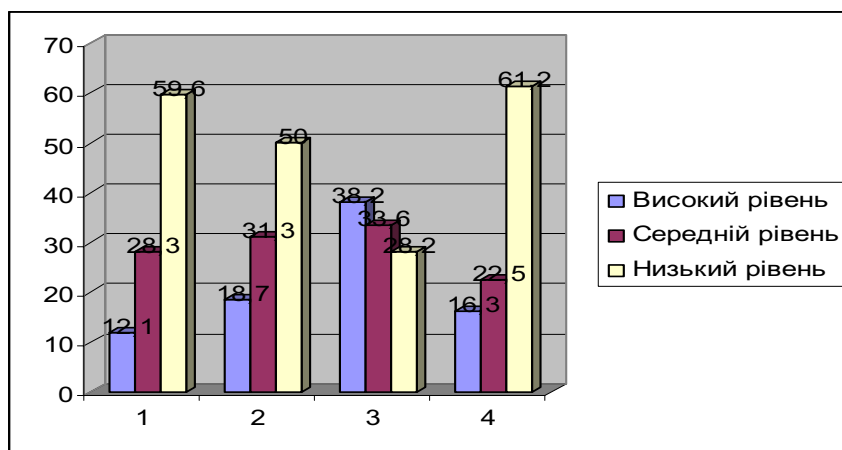


Рис. 1. Розподіл досліджуваних відносно рівнів соціально-психологічної адаптації.

Відповідно до досліджуваних нами показників можна говорити про наявність динаміки стратегій оволодіваючої поведінки у групі досліджуваних у відповідності з етапом переживання хвороби. Узагальнені результати дослідження представлено у вигляді зведеного графіку рис. 2.

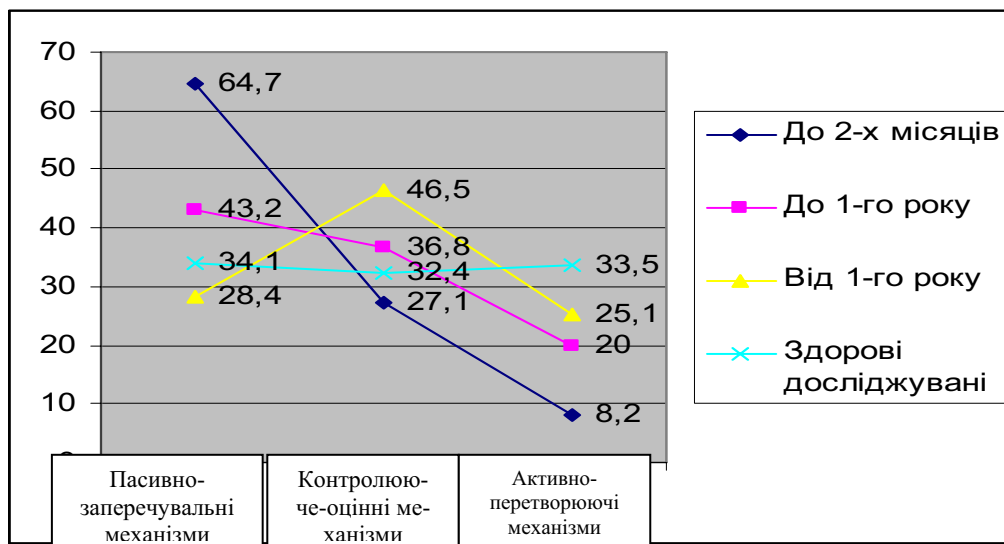


Рис. 2. Розподіл досліджуваних у відповідності з механізмами оволодіваючої поведінки характерними для їх поведінки вираженої на кожному з етапів переживання захворювання.

Узагальнені результати дослідження представлено у вигляді зведеного графіку рис. 3.

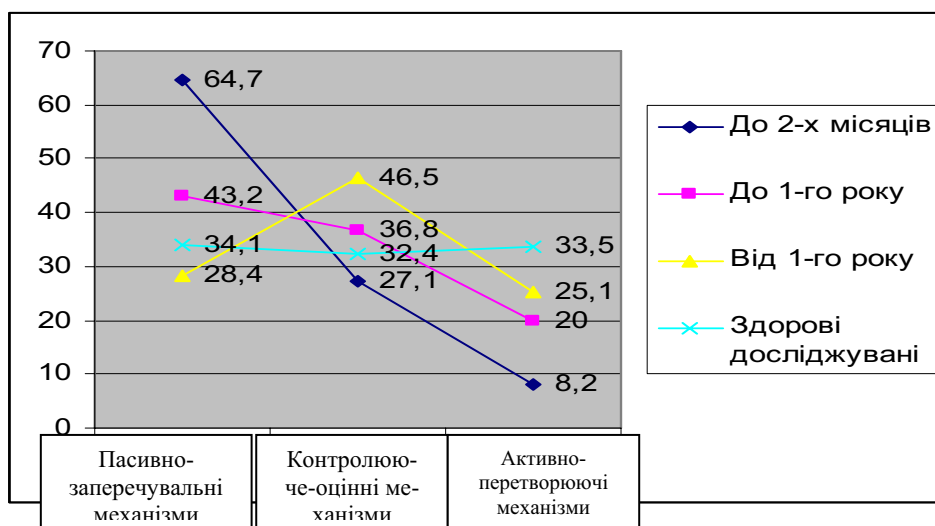


Рис. 3. Розподіл досліджуваних у відповідності з механізмами оволодіваючої поведінки характерними для їх поведінки вираженої на кожному з етапів переживання захворювання.

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

Визначення психологічного змісту захисних механізмів свідчить про те, що основними чинниками, характерними для пацієнтів на різних етапах хвороби, стають: домінування протилежних за психологічним значенням й поведінковим вираженням показників захисту; реакція заперечення. Ця реакція є виявом механізму психологічного захисту у відповідності з яким пацієнт усвідомлює сутність своєї хвороби й поглиблюється у своїй бездіяльності; реакція компенсації. Зміст цього реактивного механізму реалізується засобами усвідомлення сутності хвороби й активізації діяльності, спрямованої на її подолання з боку пацієнта; поряд із цим, реакція заміщення також є однією з характерних для пацієнтів ранніх етапів захворювання. Ця реакція традиційно виступає у тандемі з компенсаційними реакціями; тандемними також можуть вважатися реакції витіснення і заперечення. Так, наприклад, заперечення факту хвороби переходить або може переходити у систему витіснення у разі відсутності позитивного підкріплення раціональних тенденцій у поведінці та сприйнятті пацієнта; тандемними є реакції проєкції і компенсації. Зазначені реакції поєднують у собі проєктування негативних тенденцій та їх компенсацію засобами тих чи інших компенсаційних тенденцій.

Представимо отримані нами результати у відповідності з домінуючими тандемними механізмами психологічного захисту пацієнтів (табл. 7).

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

Розподіл досліджуваних відповідно домінуючих тандемних механізмів психологічного захисту

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

На основі аналізу продуктів діяльності нами виявлено наступні рівні успішності лікувально-профілактичних заходів: а) низький рівень. Цей рівень характеризується відсутністю позитивного результату лікувальних заходів на фоні яскравих негативних реакцій пацієнта, зокрема, таких, як заперечення факту хвороби, звинувачення інших та самозвинувачення, а також хаотичний пошук засобів та способів лікування, тощо; б) середній рівень виявляється тимчасовістю результатів лікувального процесу й не стабільністю його наслідків для пацієнта. Соціально-психологічним підґрунтям цього етапу є активне ставлення до хвороби та не систематичне лікування, зокрема, його поляризований прояв з точки зору прийняття процесу лікування; в) високий рівень включає у себе свідоме ставлення до хвороби, бажаннявилікуватися, дотримуючись відповідних приписів лікаря при відсутності тенденцій до самолікування, що в цілому є підставою для підтвердження прийняття пацієнтом конструктивної позиції за основу лікування.

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

Таким чином, варто констатувати, що успішність лікувально-профілактичних заходів тим вища, чим вищим є рівень усвідомлення пацієнтами власного стану й стійкість у реалізації способів та засобів його змінення, зокрема, через усвідомлення конструктивності позиції лікаря. Поряд із цим, нами було встановлено ступінь ефективності взаємодії на рівні лікар-пацієнт.

Таким чином, ми можемо говорити наступне: для пацієнтів, у яких період встановлення діагнозу до 2-х місяців, домінуючими є такі категорії, як статево-фізіологічна та категорія механізмів психологічного захисту; пацієнти час встановлення діагнозу для яких становить близько 1 року, характеризуються

домінуванням освітньо-трудових, статево-фізіологічних, категорій, а також рівнем оволодіваючих механізмів; час встановлення діагнозу яких від 1 і більше років, відображають домінування освітньо-трудових, успішність лікувально-профілактичних заходів, а також домінуванням механізмів психологічного захисту; здорові досліджувані, для них визначальними є освітньо-трудові, категорії успішності лікувально-профілактичних заходів, а також статево-фізіологічна категорія властива досліджуваним.

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

Огляд ефективності виконуваного комплексу ПКЗ (психологічного компоненту здоров'я) на кожному з етапів лікувально-діагностичному процесу свідчить про те, що домінуючими у відповідності з впливом на організм пацієнта є категорії успішності лікувально-профілактичних заходів та ефективності лікарсько-пацієнтської взаємодії в цілому.

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

Перспективи подальших досліджень визначаються можливістю використання розробленого нами дослідницького інструментарію для виокремлення структури та поведінкових проявів психологічної адаптації пацієнтів з феохромоцитомною дисфункцією з метою попередження дезадаптації й сприяння процесу вилікування в цілому.

Список використаних джерел

1. Абрамов А.Н., Исурина Г.Л. Внутренняя картина болезни пациентов, страдающих заболеваниями крови и почек // Научные исследования выпускников факультета психологии СПбГУ. – 2013, Т. 1, № 1. - С. 11-15.
2. Алёхин А.Н. Адаптация как концепт в медико-психологических исследованиях // Юбилейный сборник научных трудов К 10-летию кафедры клинической психологии. Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена. Санкт-Петербург. – 2010, № 14. - С. 27-32.
3. Бакшт А.Е., Белобородова Э.И., Белобородова Е.В., Наумова Е.Л., Бурковская В.А. Инновационные медицинские технологии Копинг-стратегии больных хроническими воспалительными заболеваниями кишечника // Бюллетень сибирской медицины. - 2013, № 6. - С. 102-99.

4. Воловик В.М. Системный подход и функциональный диагноз. Проблемы системного подхода в психиатрии. - Рига, Сфера, 1977. - С. 72-81.

Spisok vikoristanih dzherel

1. Abramov A.N., Isurina, L. Internal picture of the disease patients suffering from diseases of the blood and kidney disease // Scientific research of the graduates of the faculty of psychology of St. Petersburg state University. – 2013, Vol. 1, № 1. – P. 11-15
2. Alekhin A.N. Adaptation as a concept in psychological studies // the Jubilee collection of scientific papers For the 10th anniversary of the Department of clinical psychology. Russian state pedagogical University. A.S. Herzen. Saint-Petersburg. – 2010, № 14. – P. 27-32
3. Baksht A.E., Beloborodova E.S., Beloborodova E.V., Naumova E.L., Burkovskaya V.A. Innovative medical technologies Coping strategies of patients with chronic inflammatory intestinal diseases // Bulletin of Siberian medicine. 2013, № 6. - P. 102-99
4. Volovik V.M. System approach and functional diagnosis. Problems of system approach in psychiatry. - Riga, Sphere, 1977. - P. 72-81

Poladco G.O. Study of the process of adaptation in patients with dysfunction feohromot-sitome. The article reveals the results of the practical research of the influence of the level of interaction «doctor-patient» on the implementation of the quality of the treatment process. Selected patients pheochromocytoma dysfunction, concerning the psychological and temporal manifestations.

As a result of the study established that most physiological changes the body experiences during the period of diagnosis of about 1 year, just when the human body begins to actively fight the disease during treatment, or becomes passive with a physiological point of view. Then, as in the period up to 1 year – the period during which the patient after the acute phase of the experience of illness begins to change his view of the world in accordance with the disease. A review of the effectiveness of the executed complex of FPC (mental health component) at each stage of treatment and diagnostic process suggests that dominant in accordance with the impact on the patient category is the success of preventive measures and the effectiveness of doctor-patient interaction in General. The key factor determining the success of treatment and diagnostic process is the speed with which the organization of physician-patient interaction. So, the doctor becomes the head of the whole medical-diagnostic process of organizing cooperation with the patient first, thus, helps to reduce the time period allocated above stages and categories studied and, consequently, the success of treatment and diagnostic process in General.

Typical reactive characteristics of the patients pheochromocytoma dysfunction is: acceptance or denial of the patients of the existence of the disease; exacerbation of concomitant diseases, etc., the Main sources for the patients knowledge about the disease are: interaction with the doctor; Internet publications, in particular, medical newsletters, forums to discuss problematic issues patients and physicians associated with thrombocytopenia dysfunction.

Key words: adaptation, maladjustment, interaction, therapeutic process, feohromotsitomy dysfunction.