

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ФАКУЛЬТЕТ СОЦІАЛЬНОЇ ПЕДАГОГІКИ ТА ПСИХОЛОГІЇ
КАФЕДРА ПСИХОЛОГІЇ**

Кваліфікаційна робота магістра

на тему: **АЛЕКСИТИМІЯ ЯК ПСИХОЛОГІЧНИЙ ЧИННИК ПОЯВИ СЕРЦЕВО-
СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ**

Виконала: студентка 2 курсу, групи 8.0531-3з
спеціальності 053– Психологія
Михайленко Лілія Сергіївна
Керівник: к.психол.н., доц. Грандт В. В.
Рецензент: д.психол.н., професор Ткалич М.Г.

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет соціальної педагогіки та психології
Кафедра психології
Рівень вищої освіти магістр
Спеціальність 053 Психологія
Освітня програма Психологія

ЗАТВЕРДЖУЮ

Завідувач кафедри _____

к.психол.н., доцент. Н.О. Губа

«___» _____ 2022 р.

З А В Д А Н Н Я

НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ СТУДЕНТЦІ

_____ Михайленко Лілія Сергіївна _____

Тема роботи: Алекситимія як психологічний чинник появи серцево-судинних захворювань

керівник роботи Грандт В.В. к.психол.н., доцент кафедри психології

затвержені наказом ЗНУ від «20» 07 2022 року № 886-с

2. Строк подання студентом роботи _____
3. Вихідні дані до роботи аналіз психолого-педагогічної літератури.
4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки: здійснити теоретичний аналіз та розкрити психологічні причини виникнення серцево-судинних захворювань; провести теоретичний аналіз особливостей хворих на серцево-судинні захворювання; розробити психотерапевтичну програму розвитку вміння усвідомлювати свої емоції.
5. Перелік графічного матеріалу: -
6. Консультанти розділів роботи

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		Завдання Видав	Завдання прийняв
Вступ	Грандт В.В., доцент		
Розділ 1	Грандт В.В., доцент		
Розділ 2	Грандт В.В., доцент		
Висновки	Грандт В.В., доцент		

7. Дата видачі завдання _____

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи	Строк виконання етапів роботи	Примітка
1	Збір та систематизація матеріалу	січень-березень 2022 р.	Виконано
2	Робота над вступом	березень 2022 р.	Виконано
3	Робота над першим розділом	квітень-червень 2022 р.	Виконано
4	Робота над другим розділом	липень-серпень 2022 р.	Виконано
5	Написання висновків	вересень 2022 р.	Виконано
6	Передзахист	листопад 2022 р.	Виконано
7	Нормоконтроль	листопад 2022 р.	Виконано

Студент _____ Л.С. Михайленко

Керівник роботи _____ В.В. Грандт

Нормоконтроль пройдено

Нормоконтролер _____ О. М. Грединарова

РЕФЕРАТ

Кваліфікаційна робота магістра: 53 сторінка, 20 джерел, 2 додатки.

Об'єкт дослідження – психосоматичні захворювання.

Предмет дослідження – алекситимія як психологічний чинник появи серцево-судинних захворювань.

Мета роботи – теоретично обґрунтувати особливості впливу алекситимії на розвиток серцево-судинних захворювань.

Гіпотеза дослідження: передбачаємо, що наявність алекситимії підвищує ризик появи серцево-судинних захворювань.

Методи дослідження: теоретичні: теоретико-методологічний аналіз, класифікація та систематизація наукових джерел, порівняння й узагальнення даних досліджень.

Наукова новизна полягає у визначені корисності застосування психотерапії паралельно з медикаментозним лікуванням з метою швидшого одужання за зменшення ризику повторного захворювання на серцево-судинні захворювання шляхом розвитку вміння усвідомлювати свої емоції

Галузь використання: медичні установи, реабілітаційні центри.

АЛЕКСИТИМІЯ, СЕРЦЕВО-СУДИННІ ЗАХВОРЮВАННЯ,
ПСИХОСОМАТИКА, ПСИХОКОРЕКЦІЯ, ЕМОЦІЇ, ВПЛИВ

SUMMARY

Mykhailenko L.S. Alexithymia as a Psychological Factor in the Emergence of Cardiovascular Disease.

The qualifying work consists of Introduction, 2 Chapters, Conclusion, References 20 items, 2 appendixes on 6 pages. The qualifying work volume is 61 pages long, 49 of them – main text.

The qualification work provides a theoretical overview of the types of psychosomatic disorders and their causes. The impact of alexithymia on the development of cardiovascular diseases is considered. The master thesis is composed of 2 chapters, each of them dealing aspect of alexithymic in cardiovascular disease.

The research object: psychosomatic diseases.

The research subject: alexithymia as a psychological factor in the occurrence of cardiovascular diseases.

The research goal: is to theoretically substantiate the specifics of the effect of alexithymia on the development of cardiovascular diseases.

The research tasks are:

- To conduct an analysis of psychological literature on the problem of the influence of alexithymia on the occurrence of cardiovascular diseases.
- Carry out a theoretical analysis and reveal the psychological causes of cardiovascular diseases.
- To analyze the psychological characteristics of patients with cardiovascular diseases.
- Develop a psychotherapeutic program for the development of the ability to be aware of one's emotions.

Chapter 1 «The theoretical analyses of the problem of psychosomatic diseases» a theoretical analysis was carried out and the psychological causes of cardiovascular diseases were revealed.

Chapter 2 «Theoretical analysis of the problem of alexithymia as a factor of cardiovascular diseases» a theoretical analysis of the characteristics of patients with cardiovascular diseases was carried out and a psychotherapeutic program for the development of the ability to be aware of one's emotions was developed.

The program "Psychocorrective program for the development of the ability to be aware of one's own emotions" is described. In the future, it is planned to investigate the effectiveness of the introduced psychocorrective program.

Key words: alexithymy, cardiovascular diseases , psychosomatics, , psychocorrection, emotions, influence.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	6
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ ПСИХОСОМАТИЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ.....	9
1.1 Загальна характеристика психосоматичних захворювань.....	9
1.2 Види психосоматичних захворювань.....	11
1.3 Серцево-судинні захворювання в психосоматиці.....	12
1.4 Причини появи психосоматичних захворювань	14
РОЗДІЛ 2. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ АЛЕКСИТИМІЇ ЯК ЧИННИКА ПОЯВИ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ.....	21
2.1 Загальна характеристика алекситимії.....	21
2.2 Алекситимія як чинник появи серцево-судинних захворювань.....	25
2.3 Особливості психокорекції алекситимії.....	33
2.4 Програма психокорекції алекситимії.....	38
ВИСНОВКИ.....	49
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	51
ДОДАТКИ.....	54

ВСТУП

Актуальність дослідження. Проблема психосоматичних захворювань – одна з найбільш складних проблем сучасної медицини, незважаючи на те, що тісний взаємозв'язок психічного та соматичного помічений та вивчається протягом кількох століть, з часів Гіппократа та Аристотеля.

За даними ВООЗ, від 38 до 42% усіх пацієнтів, які відвідують кабінети соматичних лікарів, належать до групи психосоматичних хворих.

У житті людини завжди присутні емоції. Вони сигналізують про те, що з нами відбувається при взаємодії з навколишнім та внутрішнім світами. З емоційного стану ми приймаємо рішення. Якщо ж ми не усвідомлюємо свої емоції, нам складно зробити певну дію, оскільки незрозуміло, якою вона має бути. Тому дуже важливо відчувати весь спектр емоцій.

У міру еволюції людини поступово порушувався універсальний механізм пристосування людської психіки до навколишнього середовища. Разом зі зміною психології людини та середовища її існування виявлялися нові та збільшувалися наявні психологічні симптоми та синдроми, адаптуючись до актуальних умов.

Емоції людини, які спочатку покликані мобілізувати організм на захист, тепер частіше пригнічуються та вбудовуються в соціальний контекст, а згодом перекручуються, перестають визнаватись їх господарем і можуть стати причиною руйнівних процесів в організмі

Нездатність людини описати словами власні емоції призводить до невміння розпізнавати їх. А невміння усвідомлювати свої емоції не дозволяє зрозуміти переживання і почуття інших людей і співпереживати їм. В такому разі світ поступово стає бідним на почуття і багатим на події, останні виходять на передній план у збиток внутрішнім переживанням, і людина з часом перестає емоційно включатися в об'єктивну ситуацію. В результаті вона не проживає її, не виносить з неї свого особистого досвіду.

Усвідомлення емоцій та когнітивної переробки афекту веде до акцентування уваги на соматичному компоненті емоційного збудження та його посилення. Це пояснюється тенденцією особистостей з алекситимією до розвитку соматичних розладів. Стресові ситуації можуть посилювати фізіологічні реакції, що нерідко призводить до психосоматичних захворювань.

Дослідженням проблеми алекситимії займалися А.Барскі і Дж. Л. Клерман, Р. Д.Шварц П. Сіфнеоз, Р. фон Краффт-Ебінг, Г. Франденберг, Н.Н. Пуховський, Е. Шнейдман та багато інших науковців.

На сучасному етапі вивчення особливостей прояву алекситимії в контексті психосоматичних захворювань займаються такі науковці як: А. Хейберт, К. Хоппе, Н. Гундел, Ж. Ларсен, Р. Бореус, Г. Толлер, В. М. Проворотов, Ю.Ю. Єлисеєв, С.Д. Максименко, К.С. Максименко М.Б. Коробіцина, І.А. Коваль, М.В. Папуча.

Аналіз літератури з проблеми алекситимії дозволив виявити ряд факторів, котрі стали підставою для розгляду алекситимії як фактора ризику у розвитку серцево-судинних захворювань.

Алекситимія розглядається як сукупність ознак, що характеризують психічний склад індивідів, що є схильними до психосоматичних захворювань.

Об'єкт дослідження – психосоматичні захворювання.

Предмет дослідження – алекситимія як психологічний чинник появи серцево-судинних захворювань у людей різного віку.

Мета дослідження – теоретично обґрунтувати особливості впливу алекситимії на розвиток серцево-судинних захворювань.

Гіпотеза: передбачаємо, що наявність алекситимії підвищує ризик виникнення серцево-судинних захворювань.

Завдання дослідження:

1. Провести аналіз психологічної літератури з проблеми впливу алекситимії на виникнення серцево-судинних захворювань.

2. Здійснити теоретичний аналіз та розкрити психологічні причини виникнення серцево-судинних захворювань.

3. Проаналізувати психологічні особливості хворих на серцево-судинні захворювання.

4. Розробити психотерапевтичну програму розвитку вміння усвідомлювати свої емоції.

Методи дослідження: теоретичні: теоретико-методологічний аналіз, класифікація та систематизація наукових джерел, порівняння й узагальнення даних досліджень.

Наукова новизна полягає у визначенні корисності застосування психотерапії паралельно з медикаментозним лікуванням з метою швидшого одужання та зменшення ризику повторного захворювання на серцево-судинні захворювання шляхом розвитку вміння усвідомлювати свої емоції.

Практична значущість полягає у розробці та впровадженні психотерапевтичної програми із розвитку вміння усвідомлювати свої емоції.

Структура кваліфікаційної роботи магістра. Складається зі вступу, двох розділів, висновків до розділів, загальних висновків, списку використаних джерел з 20 найменувань та додатку на 6 сторінках. Загальний обсяг основного тексту 52 сторінки.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ ПСИХОСОМАТИЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

1.1. Загальна характеристика психосоматичних захворювань

Будь-яке психосоматичне захворювання є властивістю людського організму, як системи. Воно не виводиться окремо ні з психічних, ні з фізіологічних (включаючи спадкові) властивостей індивіда, його неможливо пояснити шляхом дослідження властивостей якоїсь однієї підсистеми - психічної або соматичної. Тільки взаємодія цих підсистем і навколишнього середовища може призводити до нового стану організму, що визначається як психосоматичне захворювання.

Розуміння даних зв'язків дає змогу ефективно впливати на захворювання, що виникло, в тому числі і методами психотерапії.

Невротичні типи реакцій, внутрішні конфлікти, або психореактивні зв'язки обумовлюють картину органічного страждання, його тривалість, перебіг та звісно ж резистентність до терапії.

Психосоматичні співвідношення, що виникають у хворих, розглядаються в межах двох основних підходів.

Перший підхід – **психоцентричний**. В ньому аналізується вплив на виникнення симптому, клінічні прояви, перебіг і прогноз захворювання гострого і хронічного психічного стресу, а також різноманітних характеристик, які пов'язані з психічним статусом пацієнта. У числі останніх розглядаються конституційні особливості особистості, що інтерпретуються в рамках психодинамічного і психометричного підходів та концепції алекситимії, поведінкового типу А, специфічних «профілів особистості», а також психічні розлади (тривожно-фобічні, афективні та ін.)

Другий підхід – **соматоцентричний**. В ньому вивчаються нозогенні реакції, тобто вплив особливостей клінічних проявів і перебігу хвороби на суб'єктивне сприйняття пацієнтом свого захворювання і особливості психічних розладів, маніфестація яких пов'язана з соматичним стражданням (психогенні стани і соматогенні, обумовлені комплексом психотравмуючих подій, які пов'язані з захворюванням тіла).

Виділяють загальні ознаки психосоматичних захворювань: хронічна і рецидивна течія; невідповідність клінічних проявів з даними об'єктивного обстеження; недостатня ефективність соматотропного лікування; значна роль психічного стресу у прояві, розвитку і динаміці захворювання; наявність пригнічених емоційних переживань (у 40%-тривога, у 60%-депресія); особливості особистості хворого, які визначають емоційну лабільність, недостатність навиків подолання стресу; позитивний ефект при застосуванні психофармакотерапії і психотерапії.

Наявність психосоматичного захворювання слід запідозрити, якщо присутні наступні фактори:

- Надмірна увага до симптомів не знижується після медичної допомоги або консультації спеціаліста.
- Клінічна картина характеризується вегетативними симптомами в межах одного органу тривалістю від кількох хвилин до кількох годин.
- Пацієнт впродовж >3 міс надмірно концентрується на соматичному дискомфорті або пов'язаних з ним негативних соціальних наслідках.

У патогенезі психосоматичного розладу основною ланкою вбачається нейроімунне зрушення в гормональній системі під впливом тригерного фактора, особливо психоемоційного. У пацієнтів із психосоматичними порушеннями відмічають значне збільшення інцидентів тривоги (панічна атака), яка характеризується надзвичайним страхом і відчуттям фатальної небезпеки на тлі вегетативних розладів тривалістю <1 год. Патологічна тривога не має прямої причини та проявляється як безпідставне хвилювання.

В результаті нав'язливих думок порушується зв'язок психіки із сомою, що і зумовлює виникнення численних вегетативних симптомів.

В Україні психосоматична медицина як науковий напрямок стала активно розвиватись на початку 90-х років ХХ століття. Це, в основному, стосується лікарів та науковців, які працюють у сфері психіатрії, психології та невропатології. Об'єктом їхньої уваги постають саме психосоматичні розлади - психогенно або переважно психогенно зумовлені порушення функції внутрішніх органів та/або систем організму [14].

1.2. Види психосоматичних захворювань

М. Блейлер, який одним з перших класифікував психосоматичні розлади поділив на три типи.

Психосоматози – класичні психосоматичні захворювання, що супроводжуються виникненням органічної патології під дією психологічних чинників. Лікування в таких випадках повинно бути спрямоване передусім на психіку (застосування психотерапії та психофармакотерапії). Переважно до цієї групи відносять так звану “психосоматичну (святу) сімку”: гіпертонічну хворобу, пептичну виразку, бронхіальну астму, неспецифічний виразковий коліт, мігрень, інфаркт міокарду та нейродерміт, але насправді цей список ширше. Психологічні та поведінкові чинники, змінюючи реактивність організму, відіграють важливу роль у виникненні та перебігу і інших захворювань (ендокринних, інфекційних, злоякісних), але при цьому не являються первинними етіологічними факторами.

Функціональні психосоматичні розлади (іноді їх називають системні неврози) – нестійкі порушення функцій органів та систем що пов'язані з дією нервово-психічних факторів, (переживанням психотравми, особливостями емоційних реакцій). До них відносять затинання, енурез, невротичні тики, закрепи, психогенну імпотенцію та ін.

Психосоматичні розлади, що пов'язані з особливостями емоційно-особистісного реагування - порушення здоров'я у цих випадках зумовлюється відповідними особливостями поведінки людини, що витікають з певних рис особистості та її переживань. До цього переліку відносять схильність до алкоголізму, ожиріння, травм, токсикоманій та ін.

1.3 Серцево-судинні захворювання в психосоматиці

Протягом останнього століття змінився перелік розповсюджених хвороб. Холеру, віспу, та чуму в сучасному світі замінили депресії фобії та серцево-судинні захворювання.

Психосоматичний підхід починається тоді, коли пацієнт перестає бути тільки носієм хворого органу і розглядається цілісно. Тоді психосоматичний напрямок можна розглядати і як можливість «зцілення» від деперсоналізованої медицини [12].

Ішемічна хвороба серця та інфаркт міокарду найчастіше трапляються у так званих «коронарних особистостей». Їх тип характеру отримав назву «стрескоронарний профіль», «тип А» або «сізіфовий тип», що відображає прагнення утримувати себе у стані безперервного емоційного напруження. Таким особистостям притаманні наступні риси: виразний перфекціонізм, честолюбність, завищений рівень бажань із прагненням до досягнення високих стандартів суспільного життя, мотивація на досягнення високої соціальної мети. Вони відзначаються прагненням до конкуренції, кваліфікацією у веденні справ, нетерплячістю, почуттям високої відповідальності за доручену справу, азартністю, іноді ворожістю. Характерним є «занурення у роботу», адже на все інше просто не вистачає часу. До того ж це пояснюється тим, що такі люди краще справляються з ситуаціями, орієнтованими на досягнення високої соціально значущої мети, ніж вирішенням проблем у сімейних та дружніх стосунках.

Стенокардія, аритмія, коронарний спазм виникають у них на тлі тривалих переживань, тривоги, гніву, фрустрації. Біль при стенокардії часто носить атиповий характер і локалізацію. Панічні реакції можуть супроводжуватись вираженою аритмією, тахікардією, відчуттям нехватки повітря. Можлива смерть внаслідок шлуночкової екстрасистолії при переживанні тяжкого стресу.

З огляду на психосоматичний підхід особистості із серцевосудинними захворюваннями характеризуються, як працьовиті товариські, з почуттям гіпервідповідальності. У зв'язку з чим у них виникають внутрішні і зовнішні конфлікти, від яких вони не можуть емоційно відсторонитися. Сором'язливість, хронічна пригніченість, агресивність складають ведучі властивості особистості, вони є ключовими у формуванні характерних реакцій витіснення потреб, які сприймаються як небезпечні. Особливості сприйняття навколишнього світу і поведінки у багатьох хворих психосоматичними серцевосудинними захворюваннями являє собою форму захисту від власних агресивних спонукань.

Виникнення внутрішньоособистісного конфлікту між агресивними імпульсами та потребою бути залежним від значущих осіб, може призводити до розвитку гіпертонічної хвороби. В її етіології значна роль належить конфліктній ситуації, оскільки люди, схильні до гіпертонії, як правило, гірше адаптуються до стресових ситуацій, їх особистість характеризується інтравертованістю, емоційною лабільністю та істероїдністю. Такі риси сприяють психосоматичному реагуванню.

1.4 Причини появи психосоматичних захворювань

Здоров'я людини є складною, гнучкою системою яка проектується на психологічний, фізичний та соціальний рівні і на духовний теж. Ці рівні взаємоузгоджуються і функціонують як одне ціле. Захворювання в свою чергу є

своєрідним «маячком» який вказує на невідповідність в цій системі, пошкодження її окремих елементів і порушення цілісності. Емоційні процеси в організмі людини здатні підвищити ефективність діяльності також здатні дезорганізувати. Іноді це залежить не від характеру емоцій а від емоційності – збудження, інтенсивності і на скільки довго триває емоція, яку переживає людина. Під впливом емоцій стресові фактори викликають різні психосоматичні захворювання. Емоції впливають на людей безліччю різних шляхів. Одна і та ж емоція по-різному впливає на людей, більш того, вона робить неоднаковий вплив на одну і ту ж людину, що потрапляє в різні ситуації. Емоції можуть впливати на всі системи індивіда, на його життя в цілому. Життя людини без емоцій неможливе. [15].

Історія сучасної психосоматичної медицини починається з психоаналітичної концепції З. Фрейда, який довів, що подавлений афект, психічна травма шляхом конверсій можуть проявлятися соматичним симптомом. Він вказував, що при цьому необхідна «соматична готовність» – фізичний фактор, який має значення для «вибору органа». Ф. Александер, творчо розвинувши ідею З. Фрейда, запропонував теорію емоційних конфліктів, які принципово впливають на внутрішні органи, що пов'язує специфіку психосоматичного захворювання з типом емоційного конфлікту. При цьому емоційне напруження не може подавлятися, оскільки зберігаються вегетативні зміни, які його супроводжують. У подальшому можуть виникнути зміни органів та тканин і, як результат, розвиток незворотного органічного захворювання. В Україні психосоматична медицина як науковий напрямок стала активно розвиватися на початку 90-х років ХХ століття. Це, в основному, стосується лікарів та науковців, які працюють у сфері психіатрії, психології та невропатології. Об'єктом їхньої уваги постають саме психосоматичні розлади – психогенно або переважно психогенно зумовлені порушення функції внутрішніх органів та/або систем організму. До класичних психосоматичних розладів відносять кардіалгії, психогенні розлади серцевого ритму, ішемічну хворобу серця при незмінених коронарних судинах, артеріальну гіпо- та

гіпертензію, психогенний ревматизм, психогенну задишку, психогенну дизурію, синдром подразнення товстого кишечника та ін. [5].

Клініка соматизованих розладів представлена розмаїттям симптомів, на основі яких формуються такі синдроми: соматизований конверсивно-дисоціативний синдром, тривожно-фобічний синдром, депресивний синдром, синдром моторних і сенсорних еквівалентів тривоги, синдром анте-невротичний. Разом з тим підкреслюють синдроми: тривожно-депресивний, астено-депресивний, дисфоричний, психосоматичний. Причини хвороб різноманітні, але число неспецифічних відповідних реакцій обмежене; в той же час їх вираженість і поєднання в часі у різних хворих широко варіюються навіть при одному і тому ж захворюванні. Відносно постійні неспецифічні відповідні реакції (підвищення температури тіла, посилення утворення гормонів кори надниркових тощо) сформувалися в процесі еволюції у відповідь на дію різних шкідливих чинників (наприклад, інфекція, травма). У дослідженні І. Павлова, А. Сперанського, Г. Сельє важливу роль у механізмі цих реакцій грають нервова і ендокринна системи [1].

Знання закономірностей патогенезу, тобто типових («стандартних») морфологічних, біохімічних і фізіологічних змін тканин, органів і систем організму при певному захворюванні і відповідних їм клінічних проявів (тип лихоманки, зміни в крові і тощо) – основа розпізнавання захворювання, прогнозу і патогенетичної терапії (тобто терапії, направленої на усунення основного патологічного процесу і патогенетичних чинників).

Важливе значення для розуміння зв'язку психічних та соматичних змін в організмі мають розроблені на початку ХХ століття теорія гомеостазу (від грець. *homoios* – подібний, однаковий, *stasis* – стан, нерухомість) У. Кеннона як основний принцип життєдіяльності організму та вчення про загальний адаптаційний синдром Г. Сельє. У. Кеннон здійснив опис фізіологічних механізмів емоційної поведінки, що тісно пов'язані з вегетативними виявами. Ним було також доведено, що організм реагує на надзвичайні ситуації певними

адаптаційними змінами фізіологічних механізмів, включаючи нейрогуморальні, гормональні тощо.

Наразі існує доволі велика кількість теорій і моделей появи психосоматичних захворювань та варіантів їх класифікації. В загальному вигляді серед факторів появи психосоматичних розладів, на думку багатьох дослідників, істотно впливають особистісні та когнітивні фактори. Більшість психологів виокремлюють такі когнітивні фактори, які зумовлюють розвиток психосоматичних розладів:

- 1) викривлення уявлення про здоров'я, звідки сподівання, що здорова людина ніколи не відчуває дискомфорту та не має жодних симптомів;
- 2) зацикленість на тілесних відчуттях;
- 3) надто серйозні висновки у разі виникнення незначних симптомів.

Серед особистісних факторів, насамперед великого значення надається істеричному типу особистості, як головного чинника розвитку психосоматичного захворювання. Люди з істеричним типом особистості є схильними до певних моделей поведінки, яка орієнтована на привернення уваги інших, до емоційності та драматизму, відкриті до емоційності та егоїстичні. Сукупність цих чинників значно підвищує ризики формування психосоматичного розладу, який є самонавіяним. Поштовхом до розвитку психосоматичних захворювань є важкі життєві ситуації, що викликають негативні емоції, які людина відчуває протягом тривалого часу [19].

В найпоширенішому роз'ясненні явища психосоматичних розладів характерним є знання значущості психологічних факторів як у виникненні, так і в зумовленості ними посилення або послаблення соматичного страждання. Таким чином, критерієм віднесення наявного фізичного захворювання до психосоматичних є наявність психологічно значущих подразників з навколишнього середовища, які в часі пов'язані з виникненням або загостренням даного фізичного порушення. Таке розуміння психосоматичних розладів вважається широким, так як до них відносять всі порушення функцій внутрішніх органів і систем, виникнення і розвиток яких тісно пов'язано з

нервово-психічними чинниками, переживанням гострої або хронічної психологічної травми або зі специфічними особливостями особистісно-емоційного реагування людини на навколишнє. З часом сформувалися чотири підходи до вивчення психосоматичних відношень:

- підхід етіологічний постулює положення, що у людей із певними особистісними характеристиками існують специфічні хвороби, тобто причиною їх виникнення є сам суб'єкт;

- другий підхід (stress moderators) пов'язаний із вивченням особистісних особливостей, що посилюють або зменшують вплив стресу. Його зміст складається із того, що особистісні особливості лише опосередковують вплив зовнішньої причини хвороби, загальної для усіх людей;

- третій підхід спрямований на вивчення ставлення людини до хвороби у зв'язку із її особистісними особливостями. Вважають, що останні впливають на сприйняття людиною її власного здоров'я та вірогідність звернення за медичною допомогою;

- четвертий підхід – вивчення того, як одні і ті самі терапевтичні засоби впливають на людей із різною типологією. Наприклад, у дослідженнях Є.Льїна із співавторами доведено, що реакція на вживання гіпертоніками разової дози препарату, який ними використовувався, залежить від сили – слабкості нервової системи. У тих хворих, хто відрізнявся її силою, відбувається погіршення функціонального стану, а у хворих зі слабкою нервовою системою – покращення.

На даний момент відомо більше 300 різних концепцій, серед яких основними можна вважати наступні:

- 1) психоаналітичні концепції за з.Фройдом та Ф.Александром, в якій конверсійна модель приписує тілесним порушенням функції символічного вираження пригнічених інтрапсихічних конфліктів);

- 2) характерологічні-орієнтовані концепції Ф.Дунбаром, М.Фрейдманом та Р.Росерманом, що ставлять своїм завданням пояснення природи виникнення психосоматичних захворювань через характерологічні, особистісні особливості;

3) психофізіологічні концепції Дж.Лассі та Х.Вульффа, які 14 виникли на підставі систематичних психофізіологічних перевірок для надання пояснень специфічності хвороб;

4) особистісно-орієнтовані концепції за А. Мичерліхом та Дж.А., 1953; Рюш, П. Сіфнеосом, м.Шюром, в першу чергу орієнтована на розвиток особистості та взаємодію особистості з внутрішніми факторами, із захисними механізмами, регресією особистості;

5) гомеостатичні концепції за М.Сперлінгом, Г.Енгелем, Г. Ангелем М. Малерем, М. Хофером, Е.Г.Едемільером, В.В. Юстіцкасом які походять від розвиваючогося в останні роки гомеостатиченому підходу в психології, що об'єднує теоретичні побудови self-психології, теорії психології розвитку, психології об'єктних відносин та фізіології;

6) нейрогуморальні теорії за В.Кэнноном В., Х. Селье, Р.Лазарем, які пояснюють хвороби порушеннями внутрішнього середовища організму та вважають психосоматичну патологію проявами загального неспецифічного адаптаційного синдрому;

7) фізіологічні концепції, серед яких можна виділити кортиковісцеральну теорію К.М. Бикова і І.Т. Курцина[9].

У 2014 році на базі Казахського національного медичного університету було проведено наукове дослідження в якому взяли участь 40 пацієнтів, які перебувають на стаціонарному лікуванні. З них з артеріальною гіпертензією 7 (17,5%) осіб, з ішемічною хворобою серця (стенокардія та інфаркт міокарда) 23 (57,5%) особи, з бронхіальною астмою 4 (10%) особи, з виразковою хворобою шлунку і дванадцятипалої кишки 6 (15%) осіб. Хворі були у віці від 43 до 71 року, з них 18 (45%) жінок та 22 (55%) чоловіка. Основним методом дослідження був клініко-психопатологічний, що включає ретельне опитування хворого і спостереження за ним, аналіз суб'єктивного (зі слів пацієнта) і об'єктивного (зі слів рідних) анамнезу. Ретельно вивчалися лабораторні дослідження, дані об'єктивного огляду, експериментально-психологічного обстеження, після чого давалася остаточна оцінка психосоматичного здоров'я

хворого. Грунтуючись на результатах даного дослідження нам вдалося виявити особистісні особливості, що спостерігаються до початку (тривожність (32), схильність до розвитку зниженого настрою (29), емоційна мінливість (32), збудливість (4), образливість (9), вразливість (1), демонстративність (8), підвищена активність (16), впертість (11), надмірна педантичність (4)) і після виникнення захворювання (високий рівень особистісної та ситуативної тривожності (в тому числі і очікування чергового нападу) (37), часте зниження настрою (32), образливість (4), невпевненість у собі (10), заклопотаність своїм здоров'ям (36), замкнутість в собі (9), зниження розумової працездатності (23), підвищена стомлюваність (21)). Такому емоційному стану пацієнтів сприяли психотравмуючі ситуації, що передують виникненню захворювань. У найбільш частих випадках такими були: 47 конфліктна ситуація в сім'ї, конфліктна ситуація на роботі, надмірне навантаження на роботі, розлучення, смерть близької людини. Отримані результати дозволяють виділити наступні моменти: розвиток захворювання залежить як від індивідуальної схильності, так і від реакції людини на стрес; стійкість до впливу інформаційних чинників визначається внутрішньою психологічною структурою людини; у жінок найбільше хвороб виникає через порушення адаптації в сімейно-особистісній, комунікативній та побутовій сферах, у чоловіків - навчально-трудою, суспільно-політичній.[8]

Отже, основою психосоматичних розладів є реакція на емоційне переживання, що супроводжується функціональними змінами і патологічними порушеннями в органах. Традиційно до психосоматичної патології відносять гіпертонічну хворобу та виразку шлунку і дванадцятипалої кишки, неспецифічний виразковий коліт, цукровий діабет, бронхіальну астму – захворювання, які супроводжуються низкою різноманітних психологічних і соматичних порушень, що поглиблюються з часом та порушують якість життя людини.

Причиною психосоматичних розладів може бути алекситимія, яка є стійкою особистісною характеристикою. Психосоматичні розлади залежать від профілю особистісних рис, рівня нервово-емоційної стійкості, ступеню інтеграції особистісних властивостей. Саме тому велике значення в лікуванні та профілактиці психосоматичних захворювань має орієнтація хворого на його максимальну творчу самореалізацію.

РОЗДІЛ 2

ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ АЛЕКСИТИМІЇ ЯК ЧИННИКА ПОЯВИ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

2.1 Загальна характеристика алекситимії

За різними даними, серед психосоматичних хворих налічується до 64% людей з алекситимією. Вчені сходяться на думці, що алекситимія є одним із факторів ризику психосоматичних розладів. Сучасний клінічний досвід та емпіричні дослідження підтверджують зв'язок алекситимії з психосоматичними захворюваннями, але алекситимія характерна і для невротичних розладів, а також у здорових людей. В цілому дослідники погоджуються з поділом алекситимії на первинну (алекситимія як риса) і вторинної (алекситимія як стан) для причин цього розладу, як вперше вказав Г. Фрейбергер. Причини появи алекситимічних ознак також залишаються неясними: вони викликані вродженими факторів (наприклад, біохімічний дефіцит) або внаслідок прижиттєвої затримки розумового розвитку через сімейні, соціальні та культурні впливи К.С. Гёрлих.

Вважається, що багато факторів відіграють роль в етіології алекситимії. Але алекситимія вважається первинним утворенням, яке пов'язане з недоліками в ранньому розвитку дитини, як вказують теоретики психоаналітики. Виходячи з цього, первинна алекситимія описується як внутрішньожиттєвий диспозиційний фактор, який може призвести до розвитку психосоматичного захворювання. Соматичні симптоми виконують різні психологічні та соціальні функції, а також вони тісно пов'язані з системою переконань індивіда. Внутрішні конфлікти, невротичні типи реакцій або психореактивні зв'язки визначають картину органічного страждання, його тривалість, перебіг і навіть стійкість до терапії. Вважається, що помилкове сприйняття оточення як агресора і надмірна реакція на нього може бути ключовим фактором зміни

способу його підняття, що призводить до погіршення здоров'я і викликає хворобу. Соматизація - це прояв психічного розладу у вигляді фізичних (соматичних) симптомів. Розлади, при яких можлива соматизація, різноманітні: від тих, при яких симптоми формуються несвідомо і мимоволі, до тих, при яких симптоми розвиваються цілком свідомо. Цей континуум включає соматичні симптоми та пов'язані з ними розлади, надумані захворювання та симуляцію. Об'єднуючою характеристикою всіх цих розладів є те, що пацієнтів насамперед хвилюють соматичні симптоми. У зв'язку з цим соматизація зазвичай спонукає пацієнтів звертатися за медичним обстеженням і лікуванням, а не психологічно чи психіатрично. Психосоматичні та пов'язані з ними розлади характеризуються стійкими соматичними симптомами, що виникають на тлі непропорційно інтенсивних або дезадаптивних думок, почуттів і реакцій у відповідь на ці симптоми та проблеми зі здоров'ям. Ці розлади викликають дискомфорт і часто негативно впливають на соціальну, професійну, навчальну та іншу діяльність пацієнта. Ця група розладів включає конверсійний розлад, іпохондричний розлад, психологічні фактори, що впливають на медичні умови, психосоматичні розлади. Соматизація розглядається як модифікація когнітивних процесів з акцентом на посилене сприйняття тілесних відчуттів і підвищений ступінь складності при повідомленні про негативні досвіду (що, у свою чергу, вимагає великих когнітивних зусиль тощо). Соматосенсорне посилення та алекситимія є ключовими елементами процесу соматизації.

Важливо розглянути чотиривимірну модель психологічної симптоматики, пов'язати та пояснити такі прояви переживання психологічних проблем, як загальний дистрес, депресія, тривога, соматизація. Розрізнення цих явищ досить складне. На основі чотиривимірної моделі психологічних симптомів, дистрес розглядається як четвертий вимір психопатології, у групі з депресією, тривогою та соматизацією. Дистрес - це найбільш базове, загальне, найбільш «нормальне» вираження досвіду психологічних проблем. Загалом, дистрес не залежить від депресії, тривоги та соматизації. Однак ці вимірювання корелюють, ймовірно, тому, що стрес призводить до дистресу, а також може

викликати розлади, які лежать в основі депресії, тривоги або соматизації у вразливих людей. Є дві моделі, які пояснюють синдром алекситимії та його роль у формуванні психосоматичних розладів. Модель «заперечення» базується на ідеї глобального гальмування афектів. Відповідно до цієї моделі можна припустити оборотність синдрому алекситимії. Однак у багатьох людей алекситимічні прояви є незворотними навіть при тривалій та інтенсивній психотерапії. Такі люди залишаються нездатними до усвідомлення емоцій і фантазування. Більш доречною в такій ситуації є «модель дефіциту», згідно з якою не гальмування, а відсутність певних психічних функцій призводить до незворотного зниження здатності до символізації інстинктивних потреб і фантазування.

Поширеність алекситимії в загальній популяції становить близько 10%, тоді як серед пацієнтів із психосоматичними розладами повідомляється про значно вищий рівень алекситимії (приблизно 40–60%)., вважає Ф. Тейлор. Алекситимія вважається ключовим фактором, пов'язаним із розвитком психосоматичного процесу, а також є однією з неврологічних причин фізичних захворювань. Феномен алекситимії пов'язаний із збільшенням смертності, насамперед серед чоловіків. Механізм, що лежить в основі алекситимії, і її зв'язок із соматичними захворюваннями залишається неясним. На сьогоднішній день було запропоновано кілька можливих пояснень, у тому числі наступне: алекситимія призводить до органічного захворювання через фізіологічні або поведінкові механізми; алекситимія призводить до хворобливої поведінки (таких як наявність фізичних симптомів, втрата працездатності, надмірне лікування) через когнітивні або соціальні механізми; соматичне захворювання призводить до розвитку алекситимії; алекситимія, а також соматичні захворювання є наслідком соціокультурних або біологічних факторів (Lumley, 1996).

Важливі також зв'язки між алекситимією, психосоматичними захворюваннями і захисними механізмами, які використовує людина в стресових ситуаціях. Замість того, щоб використовувати невротичні ліки, люди

з алекситимією частіше використовують примітивні захисні механізми, такі як розщеплення, проєктивна ідентифікація та, власне, соматизація вважає Паркер.

У 2014 році на базі Казахського національного медичного університету також було проведено ще одне наукове дослідження. У дослідженні брали участь 61 людина, 34 жінки та Серед них 27 чоловіків добровільно та анонімно взяли участь у дослідженні, проведеному у формі онлайн-тестування. Аналіз статистичних даних показав достовірні прямі пропорції алекситимії з такими характеристиками, як депресія ($r = 0,29$; $p = 0,02$), дратівливість ($r = 0,43$; $p = 0,00$), дистрес ($r = 0,25$; $p = 0,04$) та самооцінка депресії ($r = 0,32$; $p = 0,01$).

Аналізуючи отримані дані, можна відзначити, що алекситимія пов'язана з пригніченим настроєм і самооцінкою такого ж дослідження власного стану як депресивного. Ці результати узгоджуються з наявною інформацією про прямий зв'язок між депресією та алекситимією, тобто особи, для яких виявлення та вираження емоцій є досить складним завданням, частіше виявляють симптоми депресивних розладів – пригнічений настрій, песимістичну оцінку свого. собі та іншим тощо. Крім того, люди з високим рівнем алекситимії мають незрозумілі фізичні переживання з соматичними захворюваннями. Прямий зв'язок між загальним показником алекситимії та індексом дистресу вказує на те, що суб'єкти, які мають вищі показники алекситимії, тобто мають труднощі з обробкою, ідентифікацією, розумінням емоцій, виявляють більш виражений дистрес, їм властива дезадаптивна експериментальна психологічних труднощів і загальна реакція на дистрес, пов'язаний з ними. У той же час ті з суб'єктів, які мали низькі показники алекситимії, були менш схильні до дистресу. Беручи до уваги дані кореляції, можна припустити, що наявність дистресу в житті певних індивідів може призводити до вторинної алекситимії – порушення оцінки власної емоційної сфери, частково може бути зумовлене роботою захисної системи. механізми, що блокують прояв емоцій.

У дослідженні, де вивчався зв'язок рівня алекситимії з рівнем психологічних захистів і складовими психологічного благополуччя [7], взяло участь 100 респондентів у віці від 18 до 30 років – студенти магістратури

Академії психології та педагогіки, а також слухачі спецфакультету перепідготовки та підвищення кваліфікації на базі Академії психології і педагогіки Південного федерального університету. Використовувалися такі методики: TAS (додаток А), (додаток Б), методика діагностики соціально-психологічної адаптації Роджерса – Даймонд та есе у вільній формі «Чим для мене є щастя». Проведене дослідження дозволяє зробити наступні висновки: 1) алекситимія пов'язана з психологічними захистами, особливо з витісненням; 2) високий рівень алекситимії достовірно знижує можливість соціально-психологічної адаптованості людини; 3) люди з високим рівнем алекситимії не пов'язують переживання щастя з позитивними емоціями, їм ближчим є конкретно-матеріальний прагматичний підхід.

Алекситимічним людям властивий нескінченний опис фізичних відчуттів, що часто не має зв'язку з певним захворюванням. Зневага до свого внутрішнього психічного і фізичного благополуччя поєднується з обмеженою здатністю до регуляції внутрішніх станів. Внутрішні відчуття описуються як нудьга, порожнеча, втома, напруга, збудження. Критерії діагностики алекситимії включають поведінкові (вербальні і невербальні) і когнітивні ознаки. Для осіб з алекситимією характерне помітне порушення образного мислення; їх мислення утилітарне і тісно пов'язане з деталями зовнішніх подій. Мрії і фантазії відрізняє бідність фарб і відсутність оригінальності. Особи з алекситимією часто здаються добре адаптованими і демонструють високий рівень соціальної конформності, хоча це слід розглядати як «псевдонормативність». Вони механічно проходять свій життєвий шлях, ніби за інструкцією.

2.2 Алекситимія як чинник появи серцево-судинних захворювань

Роль емоційно-особистісних факторів у етіології та патогенезі хвороб серця як психосоматичного розладу вивчали багато вітчизняних і зарубіжних

учених, зокрема такі: Ф. Данбар, Р. Розенман, М. Бльомке, Й. Лільєфорс, Р. Рахе, Ч. Д. Дженкінс, Т. П. Денисова, А. М. Остфельд, Л. В. Симутенко, А. Б. Смулевич, К. В. Судаков, Є. І. Чазов, Н. Л. Ястребова, С. А. Болдуєва, Ю. А. Васюк, В. І. Денисюк, Г. М. Соболева, В. І. Шмалій, І. А. Коваль, В. М. Корнацький, А. А. Меркур'єва, О. Г. Юшковська та ін.

Методологічні, загально-психологічні та психолого-педагогічні аспекти саморегуляції особистості розглянуті в працях українських та зарубіжних учених: С. Д. Максименка, В. О. Моляко, М. Л. Смульсон, Б. В. Зейгарник, С. І. Болтівця, М. Й. Боришевського, О. М. Кокуна, Т. В. Кружевої, Г. С. Никифорова та ін.

У сучасній науковій літературі ведуться дискусії щодо природи феномена алекситимії, й досі однією з найпоширеніших є гіпотеза про зміну взаємодій півкуль мозку з недостатністю функції правої півкулі. Не заперечуючи правомірності висування подібних гіпотез, відзначимо, що спроба суто фізіологічного пояснення природи алекситимії є явно недостатньою та не лише не виключає, але й передбачає необхідність змістовного психологічного аналізу цього феномена, тобто дослідження питання про його психологічну природу та механізми. Знання цих механізмів може допомогти розробити та науково обґрунтувати шляхи її психокорекції та психотерапії.[3]

При психосоматичних розладах специфіка хвороби визначається біологічними чинниками, а психогенні фактори відіграють вирішальну (ініціюючу) роль.

Посередником між ЦНС та внутрішніми органами, таким собі "провідником" емоційних станів виступає вегетативна нервова система, яку іноді справедливо називають «органом вираження афекту». Фізіологічні реакції на психічні (пізнавальні, емоційні, вольові) процеси відбуваються безперервно і у різних фізіологічних системах: серцево-судинній (зміни серцебиття і артеріального тиску, звуження і розширення судин); дихальній

(прискорення чи уповільнення дихання); травній (посилення чи уповільнення моторики, нудота); м'язовій (тремтіння, збудження, ступор та ін.), статевій.

Достовірні дані численних спостережень дозволили зробити спробу охарактеризувати психосоматичну структуру особистості. Сьогодні вона здебільшого визначається поняттям «алекситимія», що характеризується чотирма типовими ознаками з різним ступенем їхньої виразності в кожному окремому випадку:

1. Своєрідна обмеженість здатності фантазувати. Пацієнт затруднюється або виявляється просто не здатним використовувати символи, результатом чого є своєрідний тип мислення, який можна визначити як «механічний», «утилітарний», «конкретний».

2. Типовою є нездатність описати свої почуття, тим паче пов'язати з ними ті чи інші вербальні та жестові прояви. Емоції переживаються (якщо вони взагалі є), як те, що не має змоги передати словами. Такі пацієнти часто описують себе через навколишніх (моя дружина сказала... лікар сказав...) або замість почуттів описується соматична реакція.

3. Психосоматичні пацієнти високо пристосовані до товариських стосунків, що навіть визначається як «гіпернормальність». Але їхній зв'язок з конкретним партнером характеризується своєрідною «порожнечою стосунків», оскільки вони не можуть розпізнати психологічні тонкощі, і часто залишаються на рівні конкретного «предметного» використання об'єктів.

4. Через психологічну затримку на симбіотичному рівні і пов'язану з цим недостатність диференціації суб'єкт-об'єкт, впливає нездатність таких пацієнтів до щирих відносин з об'єктом і до процесу перенесення. Відбувається тотальна ідентифікація з об'єктом; хворий існує, наче за допомогою або завдяки наявності іншої людини («ключової фігури»). Звідси стає зрозумілим, чому втрата (вигадана чи реальна) цієї «ключової фігури» («втрата об'єкту») так часто виявляється як провокуюча ситуація на початку (чи при погіршенні) хвороби.

З огляду на дослідження З. Фрейда, Ф. Александера, Н. Пезашкіана, Ф. Данбар П. Сіфнеоза, Ю.Ю. Єлисеєва можливо окреслити особистісні характеристики, які є передумовами психосоматичних захворювань: внутрішній конфлікт, втеча у хворобу, сугестивність, конверсія, проблеми із самоідентичністю, самопокарання (садомазохістичні тенденції), алекситимія та психологічна травматизація. [2].

Нерозуміння своїх переживань і почуттів оточуючих погіршує соціально - психологічну адаптацію алекситимічних особистостей і призводить до відчуття самотності та переживання власної відраженості, що знижує рівень задоволеності життям та може сприяти появі депресивних розладів.

Хвороби серця мають велику поширеність серед населення цивілізованих країн. У зв'язку з цим існує необхідність розробки ефективних лікувальних і профілактичних заходів, які повинні базуватися на знаннях етіологічних чинників і механізмів патогенезу. Багатьма дослідниками встановлено велику роль емоційних факторів у етіології та патогенезі хвороб серця. При цьому, особливості емоційної саморегуляції хворих є недостатньо дослідженими. Тобто, існує невідповідність між потребами психокорекційної та психотерапевтичної практики в галузі надання медико-психологічної допомоги людям, які страждають на серцево-судинні захворювання, і наявним ступенем дослідженості особливостей їх емоційної саморегуляції в академічній психології. Саме ці обставини зумовлюють актуальність нашого дослідження.

У дослідженнях вітчизняних та зарубіжних авторів таких як П.К. Анохін А.Г. Грецов, І.Б. Дерманова, Є.П. Ільїн, В.Г. Казанська, П. Лафренсьє, Ф. Райс, А.О. Реан, С.Л. Рубінштейн можемо спостерігати конкретизацію особливостей впливу емоцій на формування міжособистісних стосунків та продуктивність функціонування когнітивної сфери. Осмислення дуальності психічного та тілесного відреагування емоцій, простежується в працях П.Г. Бельського, В.Н. Нікольського, Л.С. Виготського, В.В. Зеньковського, В.П. Кащенко, Г.В. Мурашева, Г.Н. Сорохтіна, Ф. Шнерсона, П.О. Ефруссі, Ш. Блурела, К. Гроса, Ж. Піаже, Е. Клапарде, К.Е. Изарда, А. Ленгле, В.Д. Менделевича, Н.В.

Виноградова, С.Д. Максименка. Першим сформулював та ввів у науковій вжиток термін «алекситимія» П. Сіфнеоз, на основі анамнезу емоційного стану пацієнтів психосоматичної клініки. Особливості проявів алекситимії як межового психічного стану описані Р. фон Краффт-Ебінгом. В трактуванні Г. Франденберга, Н.Н. Пуховського, Е. Шнейдмана, алекситимія розглядається як захисна форма хворобливого пригнічення страждання через нездатність його пережити. На сучасному етапі вивченням особливостей прояву алекситимії в контексті психосоматичних захворювань займаються такі науковці як: А. Хейберт, К. Хоппе, Н. Гундел, Ж. Ларсен, Р. Бореус, Г. Толлер, В. М. Прворотов, Ю.Ю. Єлисеєв, С.Д. Максименко, К.С. Максименко М.Б. Коробіцина, І.А. Коваль, М.В. Папуча [6].

В останні роки алекситимію розглядають як фактор ризику багатьох захворювань, в тому числі й серцево-судинних. Алекситимічні риси притаманні, по різних даним, від 5 до 23 % населення. Логічно припустити, що наявність даних особливостей у пацієнтів кардіологічного профілю буде обтяжувати клінічну картину захворювання і ускладнювати реабілітаційний період.

Оскільки існує досить тісний зв'язок між емоційним станом людини та ризиком розвитку серцево-судинних захворювань (ССЗ), без розуміння психологічних проблем пацієнта інколи неможливо провести адекватне лікування. Незважаючи на наявність сучасних препаратів та постійне вдосконалення клінічних рекомендацій, лікування багатьох хронічних серцево-судинних захворювань, досі залишається недостатньо ефективним у значній кількості пацієнтів. Однією з причин цього явища може бути те, що дії лікаря часто спрямовані лише на усунення окремого симптому. Такий підхід без урахування психологічного стану пацієнта не дозволяє досягти контролю над захворюванням; пацієнт продовжує почувати себе хворим, оскільки основна причина його поганого самопочуття полягає в іншому. У подібних ситуаціях хворі змушені звертатися до інших фахівців. Останнім часом у світовій медичній літературі все частіше почали з'являтися роботи, автори яких

розглядають психічну складову патології, що безпосередньо пов'язана із ССЗ, і проводять аналіз кардіологічних аспектів психосоматичних взаємовідносин.

Неабияк вражають результати дослідження американського психолога Джеймса Блументаля (2008), де вивчались кореляції між летальним наслідком і психологічним настроєм пацієнтів до проведення операції (оцінку проводили за 6 міс та за 1 день до операції), що перебували в кардіохірургічному відділенні шпиталю Університету Північної Кароліни (США). В результаті дослідження з'ясувалося, при наявності у пацієнта середньої або важкої депресії напередодні оперативного втручання ризик смерті в найближчий період після операції зростає більш ніж на 100%. Саме тому сьогодні в багатьох розвинутих країнах пацієнтам із депресією не проводять планові хірургічні втручання. Існує досить багато цікавих психологічних або психосоматичних аспектів в кардіології та в житті людини взагалі. У 50% пацієнтів із ССЗ в ході обстеження не виявляють вираженого атеросклерозу та несприятливих факторів у анамнезі (куріння, підвищення АТ, цукровий діабет, адинамію). У 50% випадків прогностичним фактором розвитку серцево-судинної патології є не біологічні фактори, а втома, тривога, депресія, загальне нелокалізоване недомагання, хронічне подразнення (Р. ван Діест, 2004). У таких пацієнтів відсутня мотивація жити. Навіть при правильно встановленому діагнозі та адекватній медикаментозній терапії - у таких хворих ризик смерті залишається високим.

Психологи виділяють певні типи особистості, що визначають схильність до ССЗ. Так, особи з високим АТ при зовнішній дружелюбності та стриманості насправді надмірно контролюють агресію. Особи, що несуть тягар великої відповідальності та яких переслідують настирливі думки та докори сумління, схильні до коронарного тромбозу та стенокардії. Ризик ССЗ також пов'язаний з оточенням та соціальною роллю людини. В японській культурі існує переконання, вони його називають «атайю». Суть полягає в тому, що добробут окремої особистості залежить від взаємної підтримки та доброзичливих відносин в групі. Виявляється, що участь у групі і підтримка

основних цінностей останньої захищають людину від захворювань, при цьому такі параметри як вік, стать, соціальне становище мало впливають на цей ефект. Шведські вчені встановили, що у чоловіків, які приховують своє незадоволення з приводу поганого ставлення до них керівництва чи колег по роботі, ризик серцевого нападу і навіть смерті від ССЗ подвоюється. Дослідники вважають, що представники сильної статі, які відкрито виражають гнів, можуть виражати своє невдоволення керівникам та колегами - значно знижують ризик появи соматичних захворювань. В свою чергу кількість серцевих нападів через конфлікти на роботі у жінок була такою низькою, що не дозволила зробити будь-яких висновків.

У хворих з серцево-судинною патологією алекситимія зустрічається в 31-49% випадків хворих кардіологічних відділень лікарень. Алекситимія є фактором високого ризику гіперхолестеринемії, надлишкової ваги, ішемічної хвороби серця, АГ. Кардіологічного хворого з алекситимією характеризують багатослівність під час описування своїх проблем; підміна мети здоров'я; складність із чітким формулюванням своїх відчуттів; спосіб життя – дія, а не емоції; поверхневі емоційні контакти з оточенням; бідні фантазії, сновидіння та асоціації; ускладнення вербалізації своїх глибоких та особистих переживань; бідність міміки, обмеженість пантоміми, жестів; дисоціація між жестами, мімікою та словами. Спілкування з лікарем у таких пацієнтів, як правило, обмежується обговоренням результатів аналізів та досліджень. Без сумніву, перераховані стани потребують психологічної корекції. Приступаючи до лікування кардіологічного пацієнта, лікар намагається забезпечити в першу чергу якісне функціонування пацієнта (з хворобою чи без неї). Якщо ж захворювання вилікувати неможливо, необхідно намагатися покращити якість життя хворого. Коли ми говоримо про поняття здоров'я в кардіології, маємо на увазі не тільки фізично, але й психічно та психологічно здорову особистість. Важливим компонентом лікування пацієнтів із серцево-судинною патологією, окрім корекції психоемоційного стану, є нормалізація когнітивних функцій. Не зменшуючи ролі сучасної медикаментозної терапії, варто ще раз наголосити на

необхідності комплексного підходу до профілактики та лікування ССЗ, включаючи вивчення структури особистості хворого, психотерапію та психопрофілактику [10].

Хірургічно було виявлено, що алекситиміки мають аномальну щільність нейронних зв'язків, що ускладнює процес передачі імпульсів між півкулями.

Схильність до соматизації пояснюється тим, що відсутність здатності до емоційної регуляції, яка в нормі дозволяє адаптуватися до стресових умов, призводить до посилення фізіологічних реакцій на зовнішні збудники та стрес, і як наслідок до виникнення соматичних захворювань.

Вирішальну роль в появі серцево-судинних захворювань, з точки зору психології, відіграє ворожість, що подавляється. Така модель придушення/невиявлення емоції, що виникла - притаманна так званій поведінці типу А, що вперше була описана американськими кардіологами М. Фридманом та Р. Розенманом ще у 1959 році.

Коли емоції не переробляються, стресовий стан стає стійким і впливає на різні системи організму. Напруга, що не знайшла рухової розрядки, в м'язах стає постійною і як наслідок виникає порушення роботи внутрішніх органів. З точки зору гормонів – коли людина переживає стресову ситуацію, то в організмі виробляються гормони задля мобілізації організму та допомоги впоратись зі стресовою ситуацією. Якщо емоція не усвідомлена та не виражена, вироблення гормонів триває. У крові підвищується концентрація гормонів, що порушує функціонування всіх систем організму, а особливо серцево-судинної. Гормони стресу, що виробляє організм прискорюють серцебиття, підвищують температуру тіла та тиск, стимулюють прилив крові до м'язів, як наслідок позбавляють організм відпочинку.

Частково алекситимія нам нав'язана суспільством, так прийнято і нас вчили з дитинства контролювати себе, не проявляти на зовні свої емоції. Людина, як істота соціальна, перш за все прагне відповідати поняттям «нормальності», які прийняті в тому ж суспільстві, вчиться подавляти прояв власних емоцій. В житті кожної людини була ситуація, коли емоції каралися

або піддавались глузуванням. У дитинстві батьки карають дитину, яка занадто голосно сміється, однолітки глузують над дитиною, що плаче. Негативний досвід подібних переживань змушує не показувати свої почуття і навіть не звертати уваги на них. Така стратегія поведінки призводить до втрати здатності розпізнавати власні почуття. Як наслідок постійного тривожного стану викликаного накопиченими емоціями з'являється високий ризик появи артеріальної гіпертензії.

Основна мета психотерапії при алекситимії – навчити хворого висловлювати свої почуття, задля розірвання кола «емоція – подавлена фізична реакція – хвороба».

2.3 Особливості психокорекції алекситимії

Концепція лікування хворого замість його хвороби набуває особливої актуальності в сучасному світі. Біопсихосоціальна модель змінює етіопатогенетичний підхід на комплексний, мультидисциплінарний [13].

Згідно працям Д. Винникотта, в «терапії ми намагаємося імітувати природний процес, який характеризує поведінку конкретної матері і її дитини. саме пара «мати – дитина» може навчити нас основним принципам роботи в поводженні з дітьми, у яких раннє спілкування з матір'ю було «недостатньо хорошим» або виявилось перерваним» [11]. При цьому в терапії потрібно вирішити завдання сепарації з відновленням кордонів, сенсibiliзацію сприйняття своїх потреб і афектів, як агресія, наприклад і відпрацювати нові патерни взаємодії з собою та оточуючими.

Завдання вираження почуттів для психосоматичного пацієнта дуже непроста, оскільки алекситимія проявляється у витісненні почуттів і взагалі неможливості їх висловити. Вирішення цієї проблеми дає, однак, зменшення або зникнення соматичних проявів. Тому завдання терапевта допомогти пацієнтові навчитися виражати свої почуття, визначати їх і називати.

Бесіди з клієнтом про зміст супер-его, тобто про совість, ідеали, можуть допомогти побачити йому той величезний стрес, створений ним, без перспективи його вирішити. Мета початкової стадії терапії – послабити нарцистичний опір. Тут дуже важливо попрацювати зі страхом.

Через складності вербалізації звичайні форми психотерапії, такі як когнітивна або психодинамічна, не досягають бажаних результатів. І. Г. Малкіна-Пих пропонує спиратися на невербальні засоби психокорекції та взаємодії з пацієнтами. Наприклад тренінг перебування в «тут і зараз», тілесно-орієнтовані техніки, які сприяють усвідомленню як свого тіла, так і афектів.

Основну складність при спілкуванні з людиною з алекситимією, як і будь-яким іншим психосоматичним клієнтом, становить завдання донести до нього зв'язок між його психічним і фізичним станом. Оскільки він уникає, намагається «не відчувати» свою психіку, тобто для нього вона ніби не існує. Нагадування про неї викликає негативні, хворобливі почуття, бажання перервати контакт з терапевтом.

Багато психосоматичних клієнтів, в т.ч. алекситимічні індивіди не вірять в те, що їх явно відчутні тілесні симптоми можуть мати причиною психічні проблеми. Для багатьох клієнтів відвідування психолога прирівняне до відвідування психіатра та пов'язаного з цим стигматизацією та страхом «Я що – ненормальний?»

У клієнтів виникає великий опір і негативна мотивація. Чималу складність викликає необхідність будувати терапію без відкидання суб'єктивних уявлень клієнта.

Оскільки психосоматичних клієнтів часто вважають симулянтами, тому що вони викликають найчастіше невдоволення лікарів своїми частими візитами без об'єктивних видимих причин, і у них вже виробився певний рівень недовіри і розчарування медициною. Їм характерні негативні очікування і підвищена чутливість до слів або реакцій фахівця.

У зв'язку з вищесказаним, до психолога пред'являються непрості вимоги: залучити клієнта в процес терапії, побачити за симптомом психологічні причини і показати їх клієнту.

Якщо виходити з психоаналітичної концепції виникнення психосоматичних розладів і поняття конверсії, як «зсув психічного конфлікту з області психічного в соматичну сферу, спроба його вирішити через тілесні симптоми», психотерапевтична робота будується на роботі з ядром конфлікту через регресію і повторне переживання дитячого конфлікту. Групова терапія в даному випадку має ряд переваг перед індивідуальною: відбувається підвищення мотивації навіть у невмотивованих клієнтів. Ситуація мультилатерального перенесення дозволяє опрацювати і усвідомити індивідуальні конфлікти в контактах з багатьма членами групи.

Е. В. Маркова, А. В. Смик, І. С. ґрунтувалися на тому, що змістом терапії психосоматичних захворювань і пов'язаної з ними алекситимії є переведення пережитих емоцій в поле свідомості, їх символізація і подальша вербалізація. І оскільки наративна психотерапія в чистому вигляді навряд чи можлива при роботі з алекситимічними пацієнтами, то в даному випадку показані швидше невербальні, тілесно-орієнтовані способи психокорекції.

Дослідники розробили тілесно-орієнтовану психотерапевтичну методику для корекції проявів алекситимії у хворих на бронхіальну астму. У програму входили лікувальна гімнастика, рухові техніки, розроблені з метою поліпшення міжпівкульна взаємодії, навчання прийомам релаксації, розвиток емоційної інтелігентності. Дослідження показали непогану ефективність методики, що виражається в тому, що ступінь алекситимії откоррегировалась до близькою до норми, також істотно зменшилися соматичні симптоми.

Через високу значущість впливу алекситимії на психологічне благополуччя людини доцільно опрацювати психотерапевтичні підходи, що враховують труднощі осіб з алекситимією в сприйнятті і спілкуванні, та які можуть бути ефективними [17].

Принципи терапії алекситимії

Якщо терапевт намагається висловлювати свої почуття з метою стимулювати клієнта на власне висловлювання емоцій, особливо якщо ці емоції негативні, то реакція клієнта буде швидше за все тривожно-заперечувальна. Терапевту потрібно показувати власну стабільність при конфронтації з емоціями.

Людина алекситимічного типу не має можливості розуміти та виражати свої емоції, а також має певні складнощі із ідентифікацією емоційного стану іншої людини, що певним чином негативно впливає на соціальну адаптацію та комунікацію індивідів.[18].

Алекситимічний тип особистості використовує такі механізми захисту, під час психологічної терапії та корекції як: витіснення емоцій і їх заперечення, придушення переживань, дисоціація (захисний психічний механізм, в результаті якого особистість починає сприймати те, що відбувається з ним так, ніби воно відбувається з кимось стороннім). [20].

До завдань терапії алекситимії входить навчити клієнта диференційованому сприйняттю емоцій логічним чином, так властивої алекситиміку, описувати тілесні відчуття і вчитися бачити зв'язок внутрішнього стану з зовнішніми факторами, звертати увагу на багатоваріантність реакцій: «а що було б якщо ...», «а якщо по-іншому ...» Рациональний підхід близький клієнтам є алекситимією. Їм можна дати інформацію, яку вони схильні логічно переробляти, слідуючи законам формальної логіки. Для людей з алекситимією важливий авторитет, тому необхідні посилання на наукові дані.

Також терапевту необхідне чітке позначення меж в терапевтичному взаємодії і залучення уваги до спостереження емоцій, що виникають на кордоні контакту. Потрібна допомога терапевта при описі емоцій з первісної опорою на тілесні відчуття. Дуже корисним буде навчення алекситиміка зупинятися в момент піку емоцій і розглядати свої почуття, пов'язуючи їх з попереднім подією, тобто «Відновлювати континуум, що відбувається». Поступово клієнт

починає спостерігати і визначати емоції, що виникають в контакті зі своїм оточенням. Але це довга і копітка робота, пов'язана також з вивільненням заблокованих негативних афектів. Побудова нових нейронних зв'язків вимагає тривалого повторення тренуваних дій.

Важливими напрямками роботи є ослаблення гіперконтролю і дозвіл проходити еиттевим ситуаціям такими, як вони є, в тому числі внутрішнім процесам, усвідомлення власного тіла, «з'єднання» голови і тіла, синтез емоцій і логіки, розширення емоційного словника.

Багато авторів вважають, що класичний психоаналітичний або психодинамічний сеттинг не є ефективними для терапії алекситимии. Більший успіх приносять такі методики, як комунікативно-рухова терапія або групові терапії зі спеціальним зверненням до емоційних верствам. Багато авторів рекомендують застосовувати швидше гуманістичні методи терапії, особливо гештальттерапію і арт-терапію, ніж раціональні.

Луїза Реддеманн вважає, що вербалізація почуттів можлива, якщо розглядати хвилюючу подію на безпечній відстані за допомогою імагінації. Для цього також підходять образотворчі види арт-терапії, що можуть служити безпечним простором для усвідомлення емоцій. Добре працюють техніки дистанціювання від проблеми, що дозволяють пацієнтові контролювати ступінь наближення-видалення і техніки, навчальні емоційної інтелігентності, тобто свідомої регуляції афектів.

Один із запропонованих методів групової терапії передбачає вибирати спочатку нейтральні або позитивні теми. Клієнт повинен переказувати своїми словами, що він зрозумів. Потім обговорюється проблематика. Спочатку один з учасників описує свій погляд на речі, слухачі повторюють своїми словами. І так далі. У розмові учасники намагаються встати на позицію іншого: «Якби я вів таке життя, як у тебе, що б я відчував?» Для клієнтів важливо бути при цьому тут і зараз і повертатися в поточний момент, коли вони з нього виходять.

І.Г.Малкіна-Пих теж дотримується думки, що для роботи з алекситимією не підходять традиційні форми психокорекції, але потрібні методи, які врешті-

решт приведуть до вербальних способів вираження почуттів. Цими методами можуть бути тренінг усвідомленості в «тут і зараз», уклін на тілесно-орієнтовану терапію, розгальмовування заморожених почуттів, але не прямий вплив.

За допомогою невербальних способів спілкування і самовираження розвиваються емпатичні здібності. Дуже важливою є робота зі схемою і способом тіла. Тілесний «Я» -образ створюється як інтеграція інформації з різних відділів мозку, що відповідають як за сенсорне, так і когнітивне і емоційне сприйняття. Тому багато авторів вважають доцільною роботу з образом тіла, фіксацією різних тілесних відчуттів, сприйняття різних частин тіла, усвідомлення їх взаємозв'язку. Для цілей добре підходить ритмо-рухова терапія (групова або індивідуальна). В основі розробки лежить уявлення, що характер руху тіла відображає риси особистості. Метод увібрав в себе риси тілесно-орієнтованої і танцювальної терапії. Він використовує рух, як індикатор і засіб впливу на характеристики особистості, допомагає усвідомити, розкрити і трансформувати внутрішні конфлікти. Дотримання ритму гармонізує, заспокоює, сприяє входженню в кінестетичний транс з метою створення образів своїх проблем. Методи ритмо-рухової терапії показали високу ефективність у роботі з алекситимічними рисами особистості.

2.4 Програма психокорекції алекситимії

Питання розробки психокорекційної програми є досить актуальним. Потреба у використанні програми є в серцево-судинних лікувальних та реабілітаційних центрах. Це дасть змогу полегшити лікування та корегування соматичного захворювання.

Метою програми є знизити рівень алекситимії, підтримка клієнта, та засвоєння ним нових позитивних та здорових способів мислення і поведінки.

Завдання програми це пошук ресурсів особистості в кожному конкретному випадку, завдяки яким пацієнт:

- впорається з тривогою, хронічним стресом, буде відчувати себе в безпеці;
- навчиться усвідомлювати свої емоції, керувати ними і розпізнавати емоції інших людей;
- навчиться будувати партнерські стосунки у своїй родині й у найближчому соціальному оточенні;

Основне завдання – це зниження рівня алексимії шляхом навчання клієнта вмінню розрізняти свої емоції, та як наслідок розширення свідомості і підтримка клієнта в засвоєнні нових позитивних та здорових способів мислення і поведінки.

Організація роботи: загальна тривалість індивідуальної роботи для клієнта: 7 сесій по 1 годині (кількість може змінюватись залежно від особливостей, запитів і потреб клієнта). Рекомендовано проводити 1 сесію кожного тижня.

Заняття проводяться:

- за добровільної участі клієнта;
- без оцінювання відповідей;
- в доброзичливих та позитивних обставинах.

Обрані методи допомагають створити максимально комфортні, психологічні умови, які дозволяють успішно функціонувати клієнту.

Програма розрахована на місяць.

Зміст програми:

Робота проводитиметься поетапно:

1. Первинна діагностика.
2. Корекційна робота з клієнтом.
3. Контрольна діагностика (повторна) - через місяць роботи психолога з клієнтом (додаткові зустрічі - за потреби).

Заняття 1

Мета: формування атмосфери довіри; встановлення психологічного контакту між клієнтом та психологом; встановлення правил роботи на психологічних заняттях.

Час: 1 год.

Пропонується розпочати зустріч з привітання і знайомства. Після привітання психолог коротко розповідає про себе та запитує людину про її життя. Ця розмова має на меті установити початкову довіру і розслабити клієнта. Надалі визначаються правила конфіденційності:

«Все, що обговорюється в кабінеті психолога, залишиться між психологом та клієнтом». Крім деяких випадків:

- Якщо психолог відчуває ускладнення в наданні допомоги, то може звернутися до досвідченішого колеги.

- Якщо йдеться про життєву небезпеку для самої людини чи когось з оточуючих (вона може скоїти самогубство або вбити іншу людину).

Психолог презентує програму занять для клієнта, тематику сесій, порядок проведення зустрічей та основні правила взаємодії фахівця та клієнта під час занять. Запитує, чи є у клієнта якісь побоювання щодо участі в індивідуальних сесіях і очікування від спільної роботи в межах пропонованої Програми. Варто надати клієнту час, аби він зміг уточнити у психолога інформацію, яка її цікавить, поставити запитання.

На першій зустрічі важливо встановити адекватний рівень довіри між клієнтом та психологом.

Заняття 2

Мета: діагностика рівня алекситимії..

Час: 1 год

Ресурси: діагностична методика – Торонтська алекситимічна шкала (додаток А).

Заняття 3

Методика «Зірка почуттів» Удо Баєра

Матеріали, необхідні для роботи: аркуші паперу (формат А3 або А2), фарби, пензлики та стаканчики з водою. Під час роботи Ви можете помітити, що Ваш клієнт погано орієнтується у своїх емоціях та почуттях. Наприклад, клієнт може «нічого не відчувати» або «рідко відчуває якісь почуття», а може, навпаки, почуття його просто захльостують і він не може з ними впоратися. Клієнт може плутати почуття чи зовсім їх не диференціювати. Методика підходить як групової, так індивідуальної роботи.

1 етап. Робота з емоційною сферою клієнта Ви пропонуєте своєму клієнтові скласти список зі звичних і знайомих йому почуттів, тих, що він відчуває найчастіше. Після того, як він впорається з цим завданням, скажіть: «А тепер складіть щонайменше 8 пар почуттів протилежностей. Візьміть якесь почуття і спробуйте знайти протилежне до нього. Протилежне саме для Вас. Не існує таких протилежностей, які були б однаково вірними для всіх, є тільки ваші власні пари протилежних почуттів. Тут немає правильного чи неправильного, є тільки Ваші особисті, дуже власні, дуже індивідуальні протилежності, Ваші надзвичайно власні пари почуттів. Протилежності можуть підбиратися з вже готового списку, але також можна його доповнювати, якщо в списку немає необхідного почуття до створення пари. Для когось протилежністю відчаю може бути захищеність, для когось – свобода, лють чи кохання».

2 етап. Малювання макета «Зірки почуттів» Запропонуйте своєму клієнту виконати таке завдання: «Намалюйте на білому аркуші паперу багатопроменеву зірку або велику коло, а потім розділіть їх, як торт, на сектори Їх може бути 6, 8, 10, 12 або 16. На краю будь-якого сектора напишіть одне почуття з пари (див. етап 1), на краю протилежного сектора друге почуття з цієї пари протилежностей. Занесіть у наступний сектор ще одне важливе для Вас почуття, і знову на протилежний сектор — полярне йому почуття. Заповніть таким чином все коло чи зірку».

3 етап. Заповнення полів «Зірки почуттів» Попросіть клієнта продовжити виконання завдання: «Тепер розфарбуйте кожне поле. Спробуйте спершу

висловити кожне почуття одним кольором. Якщо це не вийде, то, змішавши фарби, підберіть той колір, який виражає це почуття з точністю до найтонших нюансів. Будьте розбірливими та точними. При цьому не орієнтуйтеся на якісь громадські норми або розпорядження. Тут йдеться про Ваше особисте вираження кольору, про Ваші особисті почуття». Попросіть клієнта також утриматися від малювання у секторах «Зірки почуттів» будь-яких символів, адже таким чином можна підпасти під вплив кліше: серця занадто легко преобертаються в кохання, хрести - в смуток - і таким чином затуляють внутрішні переживання.

4 етап. Аналіз «Зірки почуттів» На що варто звертати увагу: · якщо поля заповнені одним або кількома відтінками одного кольору. Це може свідчити, що клієнт емоції цих полів не розрізняє, плутає чи підміняє час від часу одні іншими; · якщо клієнт використовує при заповненні одного поля декілька кольорів. Які це кольори? Чи є вони в інших полях? Як Чи часто емоція цього поля супроводжується іншими? І якими саме? Чи використовує клієнт крапки, смужки, сіточку або інші символи для заповнення того чи іншого поля? Іноді клієнт використовує їх для обмеження почуттів або коли почуття цього поля намагається придушувати; Чи виходить колір того чи іншого поля за лінії макета? Якщо так, як часто клієнт дозволяє емоції цього поля «розливатися» і «затоплювати» його?

5 етап. Коментар від Ю. Чаплінської: Обговорення Після завершення роботи над «Зіркою почуттів» Ви звертаєте увагу свого клієнта на те, що в суспільстві не прийнято, як правило, говорити про почуття, і тому багато людей не вміють цього робити. Люди описують словом «почуття» практично все, що зв'яже але з життям людини. Часто цим словом позначають опис та спостереження. Наприклад: «У мене таке почуття, що мій чоловік три раз на тиждень зустрічається з друзями, а я маю залишатися вдома». Ця фраза містить опис зовнішньої ситуації, а не почуття. У подібній ситуації той, хто говорить, дійсно відчуває якесь відчуття, але уникає власне процесу відчуття і називання свого почуття, оскільки воно має негативне забарвлення (У цьому прикладі —

почуття самотності, смутку чи люті, які жінка переживає, залишаючись одна). За почуття можуть помилково прийматися припущення та припущення. Наприклад: «Я відчуваю, що доля весь час зводить мене не з тими людьми» або «У мене таке почуття, ніби ти мені зраджуєш». У цьому висловленні не виражаються справжні почуття, тобто те, що турбує людину всередині (Смуток, безнадійність чи гнів), лише припущення.,

Потім питаєте у клієнта, чи це схоже на нього, і пропонуєте йому поглянути на його «Зірку почуттів». Обговоріть з ним, що в його «зірці» дійсно почуття, а що стосується тілесних відчуттів, здогадів, припущень, спостережень тощо. Можете також запропонувати клієнту скласти список ситуацій, у яких, на його думку, він відчуває складні почуття (ситуації, що з ним трапляються найчастіше, ті, що для нього звичні і знають коми). І так само обговорити, що з цього списку справді почуття та які саме, а що їх просто супроводжує [16].

Заняття 4

Методика проведення: Вправа «Почуття»

Мета: надати клієнту інформацію та сформувати навички розпізнавання своїх почуттів, говорити про них і керуватися ними у повсякденному спілкуванні.

Час: 30 хв.

Хід проведення: Психолог пояснює клієнту, що: «Кожна людина увесь час щось відчуває стосовно себе й інших, але часто не усвідомлює свої почуття і не може їх з користю виражати. Проблеми у стосунках створюються не тому, що виникають почуття, а тому, що їх неправильно використовують, намагаються придушити або спотворити, приховати свої щирі почуття.

1. Гнів. Природна реакція на незадоволення бажань. Дає можливість постояти за себе, якщо хтось гнобить, відстояти свої потреби, захищатися.

2. Страх. Природна реакція на фізичну або емоційну небезпеку. Люди можуть використовувати страх для того, щоб приховати гнів.

3. Смуток. Природна реакція на втрату людини, речі або взаємин (реальних або вигаданих). Виникає відчуття втрати того, до чого прив'язані.

Також у зв'язку з нездатністю примиритися з втратою може мати місце відчуття гніву.

4. Тривога. Природна реакція на новизну ситуації, невідомість способів реакції.

5. Збудження. Природна реакція в очікуванні чогось хорошого. Страх і збудження тісно зв'язані між собою. Деяким дітям не дозволяють проявляти збудження.

6. Щастя або радість. Задоволення від здобуття бажаного або необхідного, або від ефективного виконання чогось. Страх, гнів або будь-яка інша сильна емоція подібні до сторожової собаки, яка стає небезпечною, якщо її дуже довго тримати. Щоб її приручити, необхідно частіше бувати з нею поруч і потоваришувати з нею. Не підкорювати, а поставити собі на службу. Не ігнорувати, а познайомитись і прийняти.

Люди уникають реальних почуттів різними способами:

- Кричать, коли їм потрібно розлютитися.
- Зляться для того, щоб сховати свій страх, сум, образу.
- Впадають у стан пригніченості замість того, щоб діяти.
- Діють нерозважливо і стримують свої почуття.
- Звинувачують оточуючих у своїх переживаннях («Ти звів мене з розуму»).

● Переконані, що вираження деяких почуттів є ознакою слабкості (Чоловіки не плачуть, жінки не повинні гніватися). Дозволяють почуттям інших людей керувати їхніми думками, переживаннями і діями.

● Дозволяють своїм думкам блокувати почуття, а почуттям блокувати думки.

● Виражають тільки «правильні» почуття, намагаючись керувати іншими.

● Надають більшого значення своїм почуттям, ніж вони того заслуговують. («Якби я почала кричати, я б ніколи не змогла зупинитися»).

• *Переконані, що почуття погані і їх варто уникати. Захоплюються міркуваннями й аналізом для того, щоб уникнути будь-яких переживань».*

Психолог вчить клієнтку виражати свої почуття: «Почуття можуть виражатися вербально (тобто словами), невербально і бути непомітними зовсім, виявлятися тільки в поведінці. Для ясної комунікації важливо, щоб вербальний, невербальний і внутрішній прояви почуттів відповідали один одному. Багато труднощів у спілкуванні обумовлені тим, що вербальні, невербальні засоби комунікації і вчинки відображають різні почуття, які суперечать одне одному, і це сприймає ваш партнер по спілкуванню. Щоб ефективно повідомляти про свої почуття, ваші слова, поведінка і невербальні прояви повинні відповідати один одному». Потім до уваги клієнта пропонується таблиця, де перераховані основні почуття та пояснюються способи розпізнавання подавлених почуттів. Далі психолог просить клієнта намалювати кольоровими олівцями картину – асоціацію до одного з почуттів, які є в таблиці.

Питання для обговорення:

- Що зображено на цьому малюнку?
- Що ви відчували, коли малювали?
- Чи змінювались ваші почуття під час малювання?
- Що вам хочеться зробити з цим малюнком?

Домашнє завдання

Мета: закріпити навички розпізнавання своїх почуттів, а також подолання негативних почуттів.

Час: 10 хв.

Хід проведення: Для виконання домашнього завдання психолог видає клієнту таблицю почуттів, зразок щоденника почуттів і поради для ведення щоденника.

1. Ведіть щоденник почуттів.

2. Запитуйте себе протягом дня, що ви відчуваєте, чи визнаєте ви, що у вас виникають ці негативні почуття, чи є які-небудь дії з вашого боку, коли виникають ці почуття.

Заняття 5

Мета: розвинути навичку ідентифікації емоцій.

Час: 1 год

Ресурси: вправа «Розбір персонажа»

Необхідно запропонувати клієнту обрати з книги або фільму персонажа, який йому подобається або з яким він відчуває спорідненість. І провести розбір його поведінки. Запропонувати клієнту подумати, чому персонаж чинив так, а не інакше, якими мотивами керувався, які наслідки мали його вчинки. Заглибтеся у психологію персонажа, його поведінки, спробувати прожити його історію і подумати, що він відчував. Це допоможе клієнту встановити причинно-наслідковий зв'язок і зрозуміти, які події які емоції викликають.

Потім запропонувати клієнту спробувати знайти між ним та героєм точки дотику чи паралелі з його життям. Можливо, він так сильно співчуває йому, бо теж має проблеми з батьками, але боїться їх визнати. Або він, як і герой, так сильно прагне успіху, бо відчуває страх бути останнім і розчарувати інших. Його емоції можуть бути неприємними, але їх у будь-якому разі потрібно усвідомити й прийняти. Ця техніка дозволить відкрити в людині те, чого він раніше не хотів помічати, і назвати речі своїми іменами.

Заняття 6

Мета: акцентувати увагу клієнта на тісному зв'язку його емоцій та тілесних реакцій. Показати клієнту як тілесно виражаються його емоції.

Час: 1 год

Ресурси: вправа «Фантом»

Потрібно дати клієнту аркуш паперу з схематичним зображенням людського тіла та кольорові олівці. Клієнту необхідно заштрихувати ділянки тіла на малюнку наступним чином: чорним кольором ті місця, які реагують на почуття страху (наприклад, холоне в шлунку – заштрихувати область живота), синім кольором – місця, які реагують на смуток, жовтим – на радість, червоним – на злість.

Зворотній зв'язок від клієнта, його рефлексія. Обговорення.

В якості домашнього завдання та для посилення та закріплення результату роботи з психологом клієнту пропонується вести «Щоденник емоцій».

Такий варіант щоденника підходить людям з алекситимією.

Увечері клієнт згадує будь-які три ситуації, що відбулися за день і описує за схемою.

Схема ведення щоденника

- Описати ситуацію.
- Прислухатися до тілесних відчуттів, які виникають при згадці ситуації.
- Описати свої відчуття на папері.
- Визначити - які емоції ховаються за тілесними відчуттями?

Записати.

Приклад ситуації:

Довго простояла в черзі і втратила багато часу.

Тілесні відчуття

Напруження в плечах, спроби стримувати дихання.

Емоції

Роздратування і почуття провини за те, що не встигла виконати частину роботи.

Починати усвідомлювати свої емоції корисно з спостереження за тілесними відчуттями. Тому що емоції завжди мають своє відображення в тілі, і легше всього «зловити» емоцію саме через фізичні відчуття.

Заняття 7

Мета: повторна діагностика клієнта.

Час: 1 год.

Хід проведення: проводиться повторна діагностика жінки з метою встановлення результатів роботи психолога та клієнта. Діагностика проводиться тими ж опитувальниками, що й на початку роботи з клієнтом.

Вправа «Місце максимального комфорту»

Мета: надання ресурсного стану

Час: 25 хв.

Висновки до психокорекційної програми

Всі форми, методи й техніки роботи психолога будуються так, щоб дати клієнту можливість зрозуміти в яких ситуаціях які емоції він відчуває. Тим самим спонукати клієнта до пошуку власних ресурсів зміни, у якості яких виступає як його минуле, так і майбутнє, як спогади, так і уява, що допомагають шукати відповіді на проблеми в особистому досвіді.

Метаморфоза - це суттєві внутрішні зміни, які є незворотними. Якщо клієнт отримав щось, здолавши перешкоду — це головне. Психолог йде з клієнтом лише збоку.

Програма вважатиметься такою, що ефективна, коли будуть виконані очікувані результати.

ВИСНОВКИ

В результаті теоретичного аналізу проблеми було визначено, що виникнення багатьох соматичних захворювань залежить від погіршення емоційного стану пацієнта, стресів, наявності ознак депресії, іпохондрії, підвищеної тривожності, порушень соціального функціонування. В сучасній медицині головним чином борються із фізіологічними причинами хвороби, а психоемоційні фактори майже не враховуються. Зігмунд Фрейд говорив: “Якщо гонити проблему в двері, вона у вигляді симптому полізе через вікно. До тих пір, поки не буде порядку в психіці, симптоми лізтимуть постійно». Прихильники психосоматики вірять, що хвороба - це тривожний сигнал організму, покликаний відновити рівновагу в душі. Тому причини нездужання потрібно шукати не в фізичному тілі, а на рівні енергетики, душевного хвилювання, негативних емоцій. Не можна починати лікування з кінця, коли хвороба проявила себе у вигляді болю, спазмів, високої температури. Починати варто саме з тих негативних емоцій, які ми отримуємо в сім’ї, на роботі, в школі чи транспорті.

Поштовхом до розвитку психосоматичних захворювань є важкі життєві ситуації, які викликають негативні емоції, що людина відчуває протягом тривалого часу. Емоції, як позитивні, так і негативні, виражаються «мовою тіла», і навіть якщо людина спробує їх приховати, то її міміка, тон голосу, погляд, збліднення або почервоніння шкіри, постава і навіть хода достатньо розкажуть про стан організму. Немає в організмі такої тканини, органу або системи, яка залишалася б незачепленою емоціями. Тому, будь-який період життя людини знаходить своєрідне відображення у ній самій – позначається на соматичному та психічному здоров’ї: виникає соматичний прояв, таким чином відображаючи реакцію організму на сприйняття змін у зовнішньому та внутрішньому середовищі.

Отже, при оцінці ролі алекситимії в розвитку кардіологічних захворювань більшість дослідників визнають її високий вплив на формування хвороби. З урахуванням теоретичних передумов пропонується запровадити застосування діагностики пацієнтів з серцево-судинними захворюваннями на наявність алекситимії задля комплексного підходу до лікування хвороб серця, не тільки медикаментозно, але й з застосуванням психотерапії. Це дасть змогу посилити результат лікування. З цією метою було розроблено програму психотерапевтичних занять з хворими на серцево-судинні захворювання задля зниженні рівня алекситимії.

Для пацієнтів з алекситимією методами, які найбільш підходять є різні модифікації тілесно-орієнтовної терапії або гіпноз.

В перспективі особливий інтерес викликають дослідження особливостей когнітивної сфери алекситимічних особистостей, їх здатності до антиципації та креативності, що може стати предметом майбутніх досліджень у цій галузі.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Магдисюк Л. І., Грицюк І. М., Замелюк М. І. Особливості виникнення психосоматичних розладів у підлітків // The psychological health of the personality and society: the challenges of today : monograph / Eds. Małgorzata Turbiarz & Hanna Varina. Opole: The Academy of Management and Administration in Opole, 2020. Part 1.5. P. 36-41.
2. Компанович М. С. Особливості проявів алекситимії у підлітків із психосоматичними серцево-судинними захворюваннями Психологія і особистість. 2017. № 1. С. 109-119. Електронний ресурс. Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Psios_2017_1_11
3. Вашека Т. В. Зв'язок алекситимії з індивідуально-типологічними властивостями, емоційною сферою та психічними станами особистості / Т. В. Вашека, С. В. Тукаєв, Б. І. Паламар, О. М. Долгова, С. В. Федорчук // Клінічна та профілактична медицина. 2019. № 3-4. С. 100-107. Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Clinprevmed_2019_3-4_15
4. Гаврилькевич В. К. Особливості емоційної саморегуляції дорослих з ішемічною патологією серця : автореф. дис. канд. психол. наук : 19.00.04 / В. К. Гаврилькевич ; НАПН України, Ін-т психології ім. Г.С.Костюка. Київ, 2012. 20 с.
5. Грицюк І.М. Основи психосоматики: методичні матеріали для студентів спеціальності «Практична психологія». Луцьк : Вежа-Друк, 2016. 27с.
6. Компанович М. С. Емоційна лабільність та шляхи її корекції у підлітків із психосоматичними серцево-судинними захворюваннями. Проблеми сучасної психології. 2017. Вип. 35. С. 207-220. Електронний ресурс. Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Pspl_2017_35_19
7. Ларіонов П.М., Гречуха І.А. Роль алекситимії та когнітивної регуляції емоцій в розвитку агресивної поведінки підлітків // Клінічна та

спеціальна психологія. 2020. Том 9. № 4. С. 57–98. Електронний ресурс: doi:10.17759/cpse.2020090404

8. Савенкова І.І. Хронопсихологічне прогнозування психосоматичного стану осіб із особливими потребами: монографія. Київ: Київ. ун-т ім. Б.Грінченка, 2018. 437с.

9. Рештакова, Н. О. Оцінка якості життя осіб з психосоматичними захворюваннями (Doctoral dissertation), Тернопіль, 2021.

10. Чабан О.С. Медико психологічні аспекти в практиці кардіолога і терапевта. «Медична газета «Здоров'я України», 2012.

11. Віннікот, Дональд Вудс. Сім'я та розвиток особистості. Мати та дитина. Київ: Сварог, 2020. 375 с.

12. Харченко Д. М. Психосоматичні розлади. Теорії, методи діагностики, результати досліджень : навчальний посібник. Київ: Видавничий Дім «Слово», 2015. 280 с.

13. Адарічева, Ж Г. Застосування патопсихологічної діагностики у комплексному лікуванні пацієнтів інституту кардіології. Adaricheva, Z. H. (2019). застосування патопсихологічної діагностики у комплексному лікуванні пацієнтів інституту кардіології. Клінічна та експериментальна патологія, 2019.- 18(4).

14. Распутін В. В. Психосоматичні розлади при ішемічній хворобі серця: сучасні погляди, особливості патогенезу та лікування / В. В. Распутін, Л. В. Распутіна // Вісник Вінницького національного медичного університету. - 2014. Т. 18, № 2. С. 557-561. Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/vvnmu_2014_18_2_57.

15. Панасюк, Ю.. Вплив негативних емоцій на розвиток психосоматичних захворювань людини. Український науково-медичний молодіжний журнал, 2(73), 2013. С 59-61.

16. Плетка О., Чаплинська Ю. Інтенсивна робота з травмою: психотерапевтичні методи: посібник. Київ : Тал ком, 2017. 232 с.

17. Завгородня, Є. В., Степура, Є. В., Шаталіна, В. В. Алекситимія в «умовно здорових» людей: труднощі та можливості корекції. Актуальні проблеми психології: Збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України. Том 14: Методологія і теорія психології. Випуск 5. Київ– Ніжин. Видавець « ПП Лисенко М.М.». 2020. 335с

18. Стецюк, Є. С., Застело, А. О. Розробка програми адаптації емоційної лабільності як прояву соціального інтелекту у індивіду алекситимічного типу. Суспільство і особистість у сучасному комунікаційному дискурсі : Матеріали II Всеукраїнської науково-практичної конференції (м. Запоріжжя, 9-10 квітня 2020 р.

19. Гнатишин, С.Б. Психологічні особливості захисних механізмів в особистостей з алекситимією., Кваліфікаційна робота магістра, Львів, 2019

20. Диференціальна діагностика та коморбідність психогенних розладів, що виникають внаслідок бойової травми в комбатантів / В. І. Коростій, В. Т. Поліщук, В. І. Заворотний, О. Б. Платинюк // Український вісник психоневрології. 2015. Т. 23, вип. 3. С. 132-133. Електронний ресурс. Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Uvp_2015_23_3_59

ДОДАТКИ

Додаток А

Торонтська алекситимічна шкала

Інструкція: Вам буде запропоновано деяку кількість питань; на питання слід відповідати по черзі, не повертаючись до попередніх відповідей. Не потрібно витрачати час на обдумування. Пропускати питання не можна. Давайте тільки одну відповідь на кожне твердження.

Бланк опитувальника

Питання	Абсолютно не згоден	Скоріше не згоден	Ні те, ні інше	Скоріше згоден	Абсолютно згоден
1. Коли я плачу, я завжди знаю, чому					
2. Мрії — це втрата часу					
3. Я хотів би бути не таким сором'язливим					
4. Мені часто важко визначити, які почуття я переживаю					
5. Я часто мрію про майбутнє					
6. Мені здається, що я здатний заводити друзів так само легко, як і інші					
7. Знати, як вирішувати проблеми, більш важливо, ніж розуміти причини цих рішень					
8. Мені важко знаходити правильні слова для моїх почуттів					
9. Мені подобається доводити до відома інших людей свою позицію з тих чи інших питань					
10. У мене бувають фізичні відчуття, які незрозумілі навіть лікарям					

11. Мені недостатньо знати, що щось привело до такого результату, мені необхідно знати, чому і як це відбувається					
12. Я здатний з легкістю описати свої почуття					
13. Я вважаю за краще аналізувати проблеми, а не просто їх описувати					
14. Коли я засмучений, я не знаю, точно, чи я засмучений, переляканий чи злий					
15. Я часто даю волю уяві					
16. Я проводжу багато часу в мріях, коли не зайнятий нічим іншим					
17. Мене часто спантеличують відчуття, що з'являються в моєму тілі					
18. Я рідко мрію					
19. Я вважаю за краще, щоб все йшло само собою, чим розуміти, чому відбулося саме так					
20. У мене бувають почуття, яким я не можу дати цілком точне визначення					
21. Дуже важливо уміти розбиратися в емоціях					
22. Мені важко описувати свої почуття стосовно інших людей					
23. Люди мені говорять, щоб я більше виражав свої почуття					
24. Слід шукати більш глибокі пояснення тому, що відбувається					
25. Я не знаю, що відбувається у мене всередині					
26. Я часто не знаю, чому я серджуся					

Додаткок Б

Методика Індекс життєвого стилю (Life Style Index, LSI)

Інструкція. Уважно прочитайте наведені нижче твердження, що описують почуття, поведінку та реакції людей у певних життєвих ситуаціях, і якщо вони мають до Вас відношення, то позначте відповідні номери знаком "+".

Питання тесту Р. Плутчика.

1. Зі мною легко ладнати оточуючим.
2. Я сплю більше, ніж більшість людей, яких я знаю.
3. У моєму житті завжди була людина, на яку мені хотілося бути схожою.
4. Якщо мене лікують, то я намагаюся дізнатися, яка мета кожної дії.
5. Якщо я чогось хочу, то не можу дочекатися моменту, коли моє бажання здійсниться.
6. Я легко червонію.
7. Одна з найбільших моїх переваг - це вміння володіти собою.
8. Іноді у мене з'являється наполегливе бажання пробити стіну кулаком.
9. Я легко виходжу з себе.
10. Якщо мене в натовпі хтось штовхне, то я готовий його вбити.
11. Я рідко запам'ятовую свої сни.
12. Мене дратують люди, які командують іншими.
13. Я часто буваю «не у своїй тарілці».
14. Я вважаю себе виключно справедливою людиною.
15. Чим більше я купую речей, тим стаю щасливішим.
16. У своїх мріях я завжди в центрі уваги оточуючих.
17. Мене засмучує навіть думка про те, що мої домочадці можуть розгулювати вдома без одягу.
18. Мені кажуть, що я хвалько
19. Якщо хтось мене відкидає то в мене може з'явитися думка про самогубство.

20. Майже всі мною захоплюються.
21. Буває так, що я в гніві щось ламаю або б'ю.
22. Мене дуже дратують люди, які пліткують.
23. Я завжди звертаю увагу на кращий бік життя.
24. Я прикладаю багато старань і зусиль, щоб змінити свою зовнішність.
25. Іноді мені хочеться, щоб атомна бомба знищила світ.
26. Я людина, яка не має упереджень.
29. Дуже не люблю недоброзичливих людей.
30. Я завжди намагаюся випадково когось не образити.
31. Я з тих, хто рідко плаче.
32. Мабуть, я багато курю.
33. Мені дуже важко розлучатися з тим, що мені належить.
34. Я погано пам'ятаю обличчя.
35. Я іноді займаюся онанізмом.
36. Я важко запам'ятаю нові прізвища.
37. Якщо мені хтось заважає, то я його не повідомлю, а скаржуся на нього іншому.
38. Навіть якщо я знаю, що я прав, я готовий слухати думки інших людей.
39. Люди мені ніколи не набридають.
40. Я можу насилу всидіти на місці навіть незначний час.
41. Я мало що можу згадати зі свого дитинства.
42. Я тривалий час не помічаю негативних рис інших людей.
43. Я вважаю, що не варто даремно злитися, а краще спокійно все обдумати.
44. Інші вважають мене зайве довірливим.
45. Люди, які скандалом домагаються своїх цілей, викликають у мене неприємні почуття.
46. Погане я намагаюся викинути з голови.
47. Я не втрачаю ніколи оптимізму.
48. Я намагаюся все спланувати до дрібниць.
49. Іноді я знаю, що серджуся на іншого надмірно.

50. Коли справи йдуть не так, як мені потрібно, я стаю похмури.
51. Коли я сперечаюся, то мені приносить задоволення вказувати іншому на помилки в його міркуваннях.
52. Я легко приймаю кинутий іншим виклик.
53. Мене виводять з рівноваги непристойні фільми.
54. Я засмучуюсь, коли на мене ніхто не звертає уваги.
55. Інші вважають, що я байдужа людина.
56. Що-небудь вирішивши, я часто, тим не менш, у вирішенні сумніваюся.
57. Якщо хтось засумнівається в моїх здібностях, то я з духу протиріччя показуватиму свої можливості.
58. Коли я веду машину, то у мене часто виникає бажання розбити чужий автомобіль.
59. Багато людей мене виводять з себе своїм егоїзмом.
60. Їдучи відпочивати, я часто беру з собою якусь роботу.
61. Від деяких харчових продуктів мене нудить.
62. Я гризу нігті.
63. Інші кажуть, що я уникаю проблем.
64. Я люблю випити.
65. Непристойні жарти бентежать.
66. Я іноді бачу сни з неприємними подіями та речами.
67. Я не люблю кар'єристів.
68. Я багато говорю неправди.
69. Фільми для дорослих викликають у мене огиду.
70. Неприємності в моєму житті часто бувають через мій поганий характер.
71. Найбільше не люблю лицемірних нещирих людей.
72. Коли я розчаровуюся, то часто зневірююся.
73. Звістки про трагічні події не викликають у мене хвилювання. \
74. Торкаючись чогось липкого і слизького, я відчуваю огиду.
75. Коли у мене гарний настрій, то я можу поводитися як дитина.
76. Я думаю, що часто сперечаюся з людьми даремно через дрібниці

77. Небіжчики мене не «чіпають».
78. Я не люблю тих, хто завжди намагається бути в центрі уваги.
79. Багато людей викликають у мене роздратування.
80. Митися не у своїй ванні для мене велике катування.
81. Я важко вимовляю непристойні слова.
82. Я дратуюсь, якщо не можна довіряти іншим.
83. Я хочу, щоб мене вважали чуттєво привабливим.
84. У мене таке враження, що я ніколи не закінчую розпочату справу.
85. Я завжди намагаюся добре одягатися, щоб виглядати привабливішим.
86. Мої моральні правила краще, ніж у більшості моїх знайомих.
87. У суперечці я краще володію логікою, ніж мої співрозмовники.
88. Люди, позбавлені моралі, мене відштовхують.
89. Я приходжу в лют, якщо хтось мене зачепить.
90. Я часто закохаюся.
91. Інші вважають, що я надто об'єктивний.
92. Я залишаюся спокійним, коли бачу закривавлену людину.