

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

ФАКУЛЬТЕТ СОЦІАЛЬНОЇ ПЕДАГОГІКИ ТА ПСИХОЛОГІЇ
КАФЕДРА ПСИХОЛОГІЇ

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА

**на тему: «ПОЧУТТЯ СТРАХУ ЯК ЧИННИК ВИНИКНЕННЯ
ВИРАЗКОВОЇ ХВОРОБИ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ»**

Виконала: студентка II курсу, групи 8.0539-
з

спеціальності 053 Психологія

Лучанінова Тетяна Сергіївна

Керівник: к.психол.н., доцент кафедри
психології Железнякова Ю.В.

Рецензент: к.психол.н., доцент кафедри
психології Грандт В.В.

Запоріжжя
2020

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

« ____ » _____ 2020 р.

З А В Д А Н Н Я

НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ СТУДЕНТЦІ

Лучанінова Тетяна Сергіївна

1. Тема роботи Почуття страху як чинник виникнення виразкової хвороби шлунково-кишкового тракту

керівник роботи Железнякова Ю.В. к.психол.н., доцент кафедри психології

затверджені наказом ЗНУ від «14» липня 2020 року № 4031-с

2. Строк подання студентом роботи _____

3. Вихідні дані до роботи аналіз психолого-педагогічної літератури

4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки (перелік питань, які потрібно розробити) провести теоретичний аналіз психологічної літератури та з питань причин та чинників психосоматичних захворювань; дослідити індивідуально-типологічні та поведінкові характеристики пацієнтів, що призводять до виникнення виразкової хвороби кишково-шлунково тракту;. визначити основні чинники, які впливають на виникнення виразкової хвороби кишково-шлунково тракту у пацієнтів; створити методичні психологічні рекомендації, які допоможуть профілактиці та реабілітації пацієнтів з діагнозом виразкової хвороби кишково-шлунково тракту.

5. Перелік графічного матеріалу (з точним зазначенням обов'язкових креслень) 7 рисунка, 1 таблиць

6. Консультанти розділів роботи

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		Завдання видав	Завдання прийняв
Вступ	Железнякова Ю.В., доцент		
Розділ 1	Железнякова Ю.В., доцент		
Розділ 2	Железнякова Ю.В., доцент		
Висновки	Железнякова Ю.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 2020 р.	Виконано
2	Робота над вступом	березень 2020 р.	Виконано
3	Робота над першим розділом	квітень-травень 2020 р.	Виконано
4	Робота над другим розділом	вересень-жовтень 2020 р.	Виконано
5	Робота над третім розділом	жовтень 2020 р.	Виконано
6	Написання висновків	листопад 2020 р.	Виконано
7	Нормоконтроль	листопад 2020 р.	Виконано

Студент _____ Т.С. Лучанінова

Керівник роботи _____ Ю.В. Железнякова

Нормоконтроль пройдено

Нормоконтролер _____ О.М. Грединарова

РЕФЕРАТ

Кваліфікаційна робота магістра: 100 сторінок, 2 рисунка, 11 таблиць, 109 джерел, 5 додатків.

Об'єкт дослідження – психологічні чинники виникнення виразкових хвороб шлунково-кишкового тракту

Предмет дослідження – почуття страху як чинник виникнення психосоматичних проблем.

Мета роботи полягає у висвітленні психологічних чинників виникнення виразкових хвороб шлунково-кишкового тракту, а саме провідної ролі страхів у виникненні психосоматичних проблем.

Гіпотеза дослідження: існують певні психологічні чинники виникнення виразкових хвороб шлунково-кишкового тракту, а саме: страхи та інші індивідуально-типологічні та поведінкові характеристики, які спричинять виникнення даної хвороби.

Методи дослідження: теоретичні: теоретико-методологічний аналіз, класифікація та систематизація наукових джерел, порівняння й узагальнення даних досліджень; емпіричні: тестування, анкетування, опитування, аналіз результатів дослідження, формувальні методи .

Наукова новизна полягає у створенні рекомендацій щодо психологічної профілактики та реабілітації психосоматичних хворих з діагнозом хвороба шлунково-кишкового тракту.

Галузь використання : лікувані заклади та реабілітаційні центри.

СТРАХИ, НЕГАТИВНІ ЕМОЦІЇ, ВИРАЗКОВА ХВОРОБА ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ, ІНДИВІДУАЛЬНО-ТИПОЛОГІЧНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ХВОРИХ, ХРОНОТИП ХВОРИХ НА ВИРАЗКУ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ

SUMMARY

Luchaninova T.S. Feelings of fear as a factor in the occurrence of gastrointestinal ulcer.

The qualifying work of the master: 100 pages, 2 figures, 11 tables, 109 sources, 5 appendices.

The object of study - the psychological factors of peptic ulcer disease of the gastrointestinal tract

The subject of research - the feeling of fear as a factor in the emergence of psychosomatic problems.

The aim of the work is to highlight the psychological factors of peptic ulcer disease of the gastrointestinal tract, namely the leading role of fears in the emergence of psychosomatic problems.

Research hypothesis: there are certain psychological factors in the occurrence of peptic ulcer diseases of the gastrointestinal tract, namely: fears and other individual-typological and behavioral characteristics that will cause the disease.

The scientific novelty is to create recommendations for psychological prevention and rehabilitation of psychosomatic patients diagnosed with gastrointestinal disease.

Field of use: medical institutions and rehabilitation centers.

FEARS, NEGATIVE EMOTIONS, PULMONARY DISEASE OF THE GASTROINTESTINAL TRACT, INDIVIDUAL-TYOLOGICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH CHROSHROS.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	6
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ ВПЛИВУ ПОЧУТТЯ СТРАХУ НА ВИНИКНЕННЯ ВИРАЗКОВИХ ХВОРОБ ШЛУНКОВО- КИШКОВОГО ТРАКТУ.....	10
1.1. Емоції як причини психосоматичних розладів: сучасний стан проблеми.....	10
1.2. Характеристика особливостей виразкової шлунково-кишкової хвороби.....	21
1.3. Психосоматичні захворювання як предмет психологічної експертизи.....	26
1.4. Психологічна сутність емоції страху.....	34
РОЗДІЛ 2. ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ВПЛИВУ ЕМОЦІЙНИХ СТАНІВ ТА ІНДИВІДУАЛЬНО-ТИПОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ У ХВОРИХ НА ВИРАЗКУ ШЛУНКОВО- КИШКОВОГО ТРАКТУ.....	44
2.1. Методика та організація дослідження.....	44
2.2. Методи емпіричного дослідження психічного стану хворих на соматичні порушення.....	49
2.3. Аналіз результатів емпіричного дослідження.....	60
2.3.1. Прогностичні показники психологічної характеристики темпераменту.....	60
2.3.2. Прогностичні показники форми прояву локусу суб'єктивного контролю.....	65
2.3.3. Прогностичні показники прояву типу поведінки у конфлікті.....	69
2.3.4. Прогностичні показники оцінки властивостей особистості.....	72
2.3.5. «Хронопсихологічний портрет» хворих на психосоматичні захворювання.....	73
2.3.6. «Хронопсихологічний портрет» хворих на гастроентерологічні порушення.....	75
РОЗДІЛ 3. РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО РЕАБІЛІТАЦІЇ ПСИХОСОМАТИЧНИХ ХВОРИХ.....	77
3.1. Загальний зміст медико-психологічної реабілітації психосоматичних хворих.....	77
3.2. Методи психосоціальної реабілітації.....	82
ВИСНОВКИ.....	87
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	90
ДОДАТКИ.....	100

ВСТУП

Актуальність дослідження. У зв'язку зі зростанням психологічного навантаження і стресів у сучасному суспільстві проблема розуміння психологічного аспекту феномену здоров'я стає однією з найважливіших. Ставлення до здоров'я і хвороби, когнітивні й емоційні компоненти цього ставлення мають важливе значення у збереженні здоров'я і подоланні хвороби.

Уявлення про здоров'я людини завжди було динамічним, розвивалося паралельно з розвитком цивілізації, науки, зокрема знань про природу людини. Змінювалися також погляди на співвідношення таких понять як здоров'я і хвороба. Труднощі пошуку найбільш адекватних дефініцій зазвичай були пов'язані з необхідністю розв'язання конкретних наукових, практичних чи соціальних завдань. Відтак кожна дефініція здоров'я по суті відображає не лише зміст цього феномену, але й сучасні їй наукові та суспільні тенденції.

З поглибленням знань в галузі фізіології, психофізіології та психічної діяльності вчені намагаються більш предметно дослідити фізіологічні і психічні феномени. Проблему взаємозв'язку соматичних функцій і процесів намагались досліджувати як фізіологи (І.М. Сеченов, Г. Фехнер, І.П. Павлов, В.М. Бехтерев, П.К. Анохін, О.Р. Лурія, Н.П. Бехтерева, Ю.І. Александров, Є.Д. Хомська, Є.М. Соколов), так і психологи (В. Вундт, В.М. Теплов, В.Д. Небиліцин, С.Л. Рубінштейн, О.М. Леонтьев, А.М. Іваницький, Е.А. Констандов, П.В. Сімонов, К.В. Судаков).

Без знань про те, як людина відноситься до свого здоров'я, неможливо скласти уявлення про його внутрішню картину хвороби. Фактори, що викривлюють внутрішню картину хвороби, можуть стати основою для надмірного зосередження на своєму соматичному стані, для перебільшення окремих недуг, для виникнення деяких симптомів захворювань, наприклад, таких, як хворобливе прагнення до схуднення, виправлення реальних або уявних фізичних недоліків.

Згідно даних експертів ВООЗ, майже 50% стаціонарних лікарняних ліжок у світі займають пацієнти з психосоматичною патологією. Серед дітей, що звертаються за допомогою до поліклінік 40-68% страждають якраз психосоматичними розладами [2].

Отже, необхідність вивчення конкретних механізмів психосоматичних кореляцій і встановлення дійсної питомої ваги психічного і соматичного у стані хворого (співвідношення органічних якихось органів і систем, з одного боку, і внутрішньої картини хвороби – з іншого, все гостріше усвідомлюється зараз у всіх галузях практичної медицини.

Проблема виявлення психофізіологічних особливостей у психосоматичних хворих є маловивченою, про що свідчить невелика кількість публікацій. У зв'язку з чим проведення досліджень у цьому напрямку є актуальним.

Таким чином, виникає необхідність висвітленні сучасних уявлень про психологічні механізми формування психосоматичних розладів.

Соматичні симптоми, які неможливо пояснити органічними захворюваннями і, які не є вторинними наслідками іншої симптоматики (наприклад, депресії або панічні розлади) з 1980 року, тобто моменту введення американської класифікаційної системи DSM-III, називаються «соматоформними розладами». В медицині зустрічаються ще й поняття «функціональні соматичні порушення» [9].

У сучасній медицині під психосоматичними розладами розуміють групу хворобливих станів, що проявляються екзацербациєю соматичної патології, формуванням загальних, що виникають при взаємодії соматичних і психічних факторів системокомплексів соматизованих психічних порушень, психічних розладів, що відображають реакцію на соматичне захворювання.

Проблема психології соматичної хвороби завжди розглядалася у двох аспектах: по-перше, з точки зору впливу психічних факторів на соматичну сферу людини і по-друге, впливу соматичних факторів на психіку хворого.

Отже вивчення проблематики виникнення виразкових хвороб шлунково-кишкового тракту, спричинених емоційними проблемами, а особливо переживанням людиною власних старі, зумовили вибір теми нашого дослідження, а саме: “ Почуття страху як чинник виникнення виразкових хвороб шлунково-кишкового тракту ”.

Об'єкт дослідження – психологічні чинники виникнення виразкових хвороб шлунково-кишкового тракту

Предмет дослідження – почуття страху як чинник виникнення психосоматичних проблем.

Мета роботи полягає у висвітленні психологічних чинників виникнення виразкових хвороб шлунково-кишкового тракту, а саме провідної ролі страхів у виникненні психосоматичних проблем.

В основу нашого дослідження було покладено наступну гіпотезу: існують певні психологічні чинники виникнення виразкових хвороб шлунково-кишкового тракту, а саме: страхи та інші індивідуально-типологічні та поведінкові характеристики, які спричинять виникнення даної хвороби.

Методи дослідження: теоретичні: теоретико-методологічний аналіз, класифікація та систематизація наукових джерел, порівняння й узагальнення даних досліджень; емпіричні: тестування, анкетування, опитування, аналіз результатів дослідження, формувальні методи .

Для цього необхідно вирішити наступні завдання:

1. Провести теоретичний аналіз психологічної літератури та з питань причин та чинників психосоматичних захворювань.
2. Дослідити індивідуально-типологічні та поведінкові характеристики пацієнтів, що призводять до виникнення виразкової хвороби кишково-шлунково тракту.
3. Визначити основні чинники, які впливають на виникнення виразкової хвороби кишково-шлунково тракту у пацієнтів.

4. Створити методичні психологічні рекомендації, які допоможуть профілактиці та реабілітації пацієнтів з діагнозом виразкової хвороби кишково-шлунково тракту.

Методи дослідження. Емпіричне дослідження проводилось з метою виявлення індивідуально-типологічних та поведінкових характеристик пацієнтів, що призводять до виникнення виразкової хвороби кишково-шлунково тракту за допомогою наступних методик: 1) Шкала самооцінки рівня тривожності Спілбергера-Ханіна; 2) Опитувальник Бека, 3) Опитувальник рівня суб'єктивного контролю Роттера; 4) Моделі конфліктної поведінки Томаса Кілмена; 5) Опитувальник Міні-мульти (скорочений варіант міннесотського багатомірного особистісного переліку MMPI); 5) Опитувальник визначення психологічної характеристики темпераменту Райгородського .

Наукова новизна полягає у створенні рекомендацій щодо психологічної профілактики та реабілітації психосоматичних хворих з діагнозом хвороба шлунково-кишкового тракту

Результатами дослідження можуть користуватись лікарі, які спеціалізуються на виразкових хворобах шлунково-кишкового тракту, лікарі – реабілітологи, медичні психологи а також пацієнти.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ ВПЛИВУ ПОЧУТТЯ СТРАХУ НА ВИНИКНЕННЯ ВИРАЗКОВИХ ХВОРОБ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ

1.1. Емоції як причини психосоматичних розладів: сучасний стан проблеми

У зв'язку зі зростанням психологічного навантаження і стресів у сучасному суспільстві проблема розуміння психологічного аспекту феномену здоров'я стає однією з найважливіших. Ставлення до здоров'я і хвороби, когнітивні й емоційні компоненти цього ставлення мають важливе значення у збереженні здоров'я і подоланні хвороби.

Уявлення про здоров'я людини завжди було динамічним, розвивалося паралельно з розвитком цивілізації, науки, зокрема знань про природу людини. Змінювалися також погляди на співвідношення таких понять як здоров'я і хвороба. Труднощі пошуку найбільш адекватних дефініцій зазвичай були пов'язані з необхідністю розв'язання конкретних наукових, практичних чи соціальних завдань. Відтак кожна дефініція здоров'я по суті відображає не лише зміст цього феномену, але й сучасні їй наукові та суспільні тенденції.

З поглибленням знань в галузі фізіології, психофізіології та психічної діяльності вчені намагаються більш предметно дослідити фізіологічні і психічні феномени. Проблему взаємозв'язку соматичних функцій і процесів намагались досліджувати як фізіологи (І.М. Сеченов, Г. Фехнер, І.П. Павлов, В.М. Бехтерев, П.К. Анохін, О.Р. Лурія, Н.П. Бехтерева, Ю.І. Александров, Є.Д. Хомська, Є.М. Соколов), так і психологи (В. Вундт, В.М. Теплов, В.Д. Небиліцин, С.Л. Рубінштейн, О.М. Леонтьєв, А.М. Іваницький, Е.А. Констандов, П.В. Сімонов, К.В. Судаков).

Без знань про те, як людина відноситься до свого здоров'я, неможливо скласти уявлення про його внутрішню картину хвороби. Фактори, що викривлюють внутрішню картину хвороби, можуть стати основою для надмірного зосередження на своєму соматичному стані, для перебільшення окремих недуг, для виникнення деяких симптомів захворювань, наприклад, таких, як хворобливе прагнення до схуднення, виправлення реальних або уявних фізичних недоліків.

Згідно даних експертів ВООЗ, майже 50% стаціонарних лікарняних ліжок у світі займають пацієнти з психосоматичною патологією. Серед дітей, що звертаються за допомогою до поліклінік 40-68% страждають якраз психосоматичними розладами [2].

Отже, необхідність вивчення конкретних механізмів психосоматичних кореляцій і встановлення дійсної питомої ваги психічного і соматичного у стані хворого (співвідношення органічних якихось органів і систем, з одного боку, і внутрішньої картини хвороби – з іншого, все гостріше усвідомлюється зараз у всіх галузях практичної медицини.

Проблема виявлення психофізіологічних особливостей у психосоматичних хворих є маловивченою, про що свідчить невелика кількість публікацій. У зв'язку з чим проведення досліджень у цьому напрямку є актуальним.

Таким чином, виникає необхідність висвітленні сучасних уявлень про психологічні механізми формування психосоматичних розладів.

Соматичні симптоми, які неможливо пояснити органічними захворюваннями і, які не є вторинними наслідками іншої симптоматики (наприклад, депресії або панічні розлади) з 1980 року, тобто моменту введення американської класифікаційної системи DSM-III, називаються «соматоформними розладами». В медицині зустрічаються ще й поняття «функціональні соматичні порушення» [9].

У сучасній медицині під психосоматичними розладами розуміють групу хворобливих станів, що проявляються екзацербациєю соматичної патології,

формуванням загальних, що виникають при взаємодії соматичних і психічних факторів системокомплексів соматизованих психічних порушень, психічних розладів, що відображають реакцію на соматичне захворювання.

Проблема психології соматичної хвороби завжди розглядалася у двох аспектах: по-перше, з точки зору впливу психічних факторів на соматичну сферу людини і по-друге, впливу соматичних факторів на психіку хворого.

У зв'язку з цим в сучасних медико-психологічних дослідженнях чітко оформилися *два протилежних напрямки*. До *одного з них* відносять аналіз сутності патогенного впливу хвороби на особистість, змін перебігу психічних процесів та операціонально-технічних можливостей пацієнтів в умовах певної хронічної соматичної хвороби. Зокрема, А. Франц вказував, що етіологічне значення для захворювання можуть мати такі фактори як спадкова схильність, родові травми, органічні захворювання раннього віку, що призводять до підвищеної чутливості певних органів, переживання негативного досвіду в дитинстві тілесної травми, особливості виховання в ранньому дитинстві переживання негативного емоційно-травматичного досвіду, емоційний клімат в сім'ї і соматизованих психічних порушень, психічних розладів, що відображають реакцію на соматичне захворювання.

Інший напрямок досліджень спрямований, навпаки, на аналіз особистісних рис, що виявляються задовго до маніфестації певного соматичного захворювання. Крайнім вираженням цих поглядів є концепція «специфічної особистості» у психосоматичних школах [6]. Послідовники цього напрямку вказують на той факт, що хворі на цукровий діабет мають особливу особистісну структуру, яка відрізняє їх як від хворих із іншими соматичними хворобами: так і від здорових людей.

На основі аналізу наукової літератури та наявних досліджень було встановлено, що на сьогоднішній день у сучасній психосоматичній медицині існує понад триста різноманітних концепцій психосоматичних взаємозв'язків.

Зокрема, З. Фройд за допомогою концепцій істеричної конверсії й органічного еквівалента тривожних станів намагався пояснити виникнення

психосоматичних розладів та визначити функцію і значення «патологічних соматичних процесів» у переживаннях і поведінці хворого. Він зараховує конверсію до витіснення, а соматичний еквівалент тривоги – до більш примітивного захисного механізму проекції.

В теорії морбогенних стосунків матері і дитини (Г. Аммон) пояснюється, що мати, котра не змогла знайти і розвинути власну ідентичність у своїй родині, має нереалістично завищений образ ідеальної матері й ідеальної дитини, нав'язуючи дитині свої власні несвідомі вимоги досконалості, найчастіше у формі жорсткого контролю всіх її життєвих проявів, особливо соматичних функцій. Лише соматичне захворювання дитини дозволяє матері підтвердити своє несвідоме ідеальне уявлення про себе як про добру матір і винагородити за це дитину увагою і турботою.

Нейрогуморальна теорія розглядає більшість психосоматичних захворювань як реакції на перевантаження, підвищені вимоги, порушення внутрішньої рівноваги (гомеостазу), що розуміють як прояви загального неспецифічного синдрому адаптації, «стресу».

Ще в тридцятих роках ендокринолог Г. Сельє піддавав щурів різним стресогенним чинникам. З'ясувалось, що незалежно від специфіки джерела стресу, щурі починали страждати виразковими хворобами і різноманітними порушеннями роботи ендокринної системи.

На основі результатів експериментальних даних І. Павлова була побудована кортико-вісцеральна теорія походження психосоматичних розладів. На його думку не можна відмежовувати психічне від соматичного, треба завжди йти шляхом фізіологічного обґрунтування реакцій цілісного організму [5].

У світлі теорії функціональних систем П. Анохіна будь-яка емоція розглядається як цілісна функціональна система з усіма властивими їй закономірностями, а емоційні стани як у нормі, так і при соматичних захворюваннях підпорядковані причинно-наслідковим зв'язкам.

Усі ці теорії, по суті, є окремими фрагментами, які лише в сукупності

наближаються до дійсно повного пояснення складних психосоматичних взаємовідносин. Кожна з них висвітлює лише якийсь один аспект проблеми, тим самим розглядаючи лише окремий випадок виникнення психосоматичних порушень.

Як результат, з'являються так звані комплексні теорії, що підкреслюють складність патогенезу психосоматичних розладів, які враховують як психологічні, так і соматичні фактори розвитку патології. Серед таких робіт можна виділити сучасну гіпотезу, що намагається пояснити природу психосоматозів, згідно якої важливим фактором у виникненні багатьох соматичних захворювань є негативні емоції, особливо ті, на які не вдалось адекватно відреагувати.

А тому негативні емоції супроводжуються фізіологічними змінами в організмі, що призводять до підвищеного артеріального тиску, підвищеного м'язового тону, надлишкового цукру в крові, гормонів (адреналіну, норадреналіну) та активізації кровообігу. У тваринному світі слідом за такою реакцією настає моторна реакція як наслідок активізації так званих обслуговуючих систем організму. Але в умовах сучасної цивілізації, в умовах високого самоконтролю безпосередні моторні реакції відсутні, в результаті чого спочатку несвідомі вимоги досконалості, найчастіше у формі жорсткого контролю всіх її життєвих проявів, особливо соматичних функцій. Лише соматичне захворювання дитини дозволяє матері підтвердити своє несвідоме ідеальне уявлення про себе як про добру матір і винагородити за це дитину увагою і турботою.

Нейрогуморальна теорія розглядає більшість психосоматичних захворювань як реакції на перевантаження, підвищені вимоги, порушення внутрішньої рівноваги (гомеостазу), що розуміють як прояви загального неспецифічного синдрому адаптації, «стресу», порушується вегетативна регуляція внутрішніх органів а потім і їх ушкодження.

Виходячи з цього, багато вчених роблять висновки, що негативні емоції безумовно шкідливі і їх шкода особливо велика, якщо вони не реалізуються в

поведінці.

Отже, сучасні психологи також визнають вплив емоцій на виникнення та перебіг різних захворювань. Будь-яка якісно окреслена емоція розглядається як цілісна функціональна система з усіма властивими їй закономірностями. Включення емоційних станів у зміст функціональної системи чітко корелює з біологічною роллю емоцій, філогенетично спрямованих насамперед на задоволенні потреби у збереженні себе. Саме емоції, один із найбільш демонстративних прикладів соматовегетативної інтеграції, детермінують усю життєдіяльність організму [4].

Першим проявом початку психосоматичної хвороби з боку емоційно-почуттєвої сфери в людини є погане самопочуття, що досить часто пояснюється нею як наслідок втоми. Якщо не змінюється ситуація, що викликала цей стан, хвороба проявляється на клінічному рівні та розширюється симптомокомплекс із боку інших психічних функцій: порушується сон, звужується коло інтересів, виснажується увага, пам'ять, знижується швидкість мисленневих операцій, спостерігається підвищена емоційна лабільність, плаксивість, вразливість [5].

Крім різних короткочасних психосоматичних реакцій, що з'являються в напружених життєвих ситуаціях, виділяють ще чотири великі групи розладів іншого гатунку [7]:

1. Конверсійні симптоми як символічне вираження невротичного (психологічного) конфлікту. Тіло тут служить, наче, сценою символічного вираження суперечливих почуттів хворого, котрі придушені і витіснені в несвідоме. Їхніми прикладами є істеричні паралічі, психогенна сліпота або глухота, блювота, больові відчуття.

2. Психосоматичні функціональні синдроми, які виникають частіше при неврозах. На відміну від психогенної конверсії, окремі симптоми тут не мають специфічного символічного значення, а є неспецифічним наслідком тілесного (фізіологічного) супроводу емоцій чи психічних станів. Зокрема, деякі варіанти ендогенних і невротичних депресій часто імітують соматичне захворювання, «маскуються» під нього.

3. Органічні психосоматичні хвороби (психосоматози) – в їхній основі лежить первинно тілесна реакція на конфліктне переживання, пов'язана з морфологічно встановленими патологічними змінами в органах. Відповідна спадкова схильність може впливати на вибір органу. Перші прояви психосоматозів виникають у будь-якому віці, але частіше вони починають фіксуватися вже в ранній юності в осіб з виразними і постійними особистісними характеристиками. Після маніфестації захворювання звичайно набуває хронічний чи рецидивуючий характер, і вирішальним провокуючим фактором виникнення чергових загострень є психічний стрес. Однак функціональні порушення внутрішніх органів на більш пізніх етапах хвороби приводять до їхньої деструкції, тобто органічних змін і захворювання набуває рис типово соматичного, фізичного страждання. Історично до цієї групи відносять сім класичних психосоматичних захворювань: 1) есенціальна гіпертонія; 2) бронхіальна астма; 3) *виразкова хвороба дванадцятипалої кишки і шлунку*; 4) неспецифічний виразковий коліт; 5) нейродерміт; 6) ревматоїдний артрит і 7) гіпертиреозний синдром («сімка», за Alexander, 1968).

4) Психосоматичні розлади, пов'язані з особливостями емоційно-особистісного реагування і поведінки як схильність до травм та інших саморуйнівних видів поведінки, (алкоголізм, наркоманія, куріння, переїдання з ожирінням і інші). Ці розлади зумовлені особливостями особистості і її переживань, що приводить до поведінки, результатом якої є порушення здоров'я.

Практично кожне соматичне захворювання закінчується астеничним станом. Цей стан нерідко входить як один із ведучих симптомів у клініку ряду соматичних хвороб. Із медико-психологічних досліджень відомо, що усім хворим із ураженням внутрішніх органів притаманні знижений настрій і особистісна переробка інтероцептивних сигналів. Хворі схильні постійно порівнювати свій стан з тим, який був до захворювання. При цьому, залежно від преморбідних особливостей особистості, проявляються різні типи реагування на хворобу. Одні виявляють відстороненість, замкнутість, інші,

навпаки, прагнуть боротися з хворобою, намагаються втрутитися в лікування.

Сучасна медицина виділяє три основні форми астеничного синдрому. Це гіперстенічна форма, форма дратівливості й слабкості, гіпостенічна форма. Ці форми можуть бути не тільки окремими, але й розглядатися як послідовні стадії астенії.

Для першої гіперстенічної форми характерна підвищена дратівливість, висока збудливість пацієнта. Він нестриманий із оточуючими, його дратують сторонні звуки, шуми, скупчення людей. Такі люди відрізняються низькою працездатністю, що пов'язано не з утомою, а порушенням процесів уваги, сприйняття, розсіяністю і неспроможністю зосередитися. У письмовій продукції зустрічаються багато помилок й опісок. Невдачі та перешкоди, що виникають під час роботи, легко вибивають людину з робочого стану, змушують його відступати від наміченого плану діяльності. Все це стає причиною того, що до кінця робочого дня людина відчуває себе втомленою і роздратованою, але фактично результат його роботи на нулі.

При другій формі астенії – дратівливості й слабкості – у хворих після бурхливого початку діяльності настає швидке її згасання, за швидким спалахом цікавості – в'ялість та апатія, за нетерплячим прагненням що-небудь зробити – настає стомленість і розчарування. Людина швидко виходить з себе, кричить, але через кілька хвилин крик може переходити в плач та психічне виснаження.

При третій, гіпостенічній формі, пацієнт відчуває психічну слабкість, апатію, втрату життєвих інтересів. Він починає страждати депресією, втрачає життєві орієнтири. Колишні інтереси перестають бути привабливими. Уже в середині робочого дня він відчуває себе нездатним до діяльності. Нові завдання здаються нездоланно важкими, а після робочого дня хворий відчуває повну неспроможність і відсутність цікавості до будь-якої роботи, читання і навіть до розваг. Характерна постійна сонливість. Сон при цьому не приносить бадьорості та відновлення працездатності [1].

Таким чином, із опису астеничного синдрому видно, що загальне

зростаюче стомлення на пізніх стадіях астеничного синдрому обмежує соціальну активність та трудову діяльність людини, що в свою чергу часто призводить до патологічного розвитку особистості.

При зтяжньому та хронічному перебігу хвороби астеничний синдром призводить до істотних змін спрямованості потребо-мотиваційних процесів хворої особистості. Поступово це веде до повного підкорення всіх мотивів діяльності одному мотиву – збереження власного здоров'я та зниження інтересу до праці, сім'ї, розваг. Будь-які події у житті хворого інтерпретуються ним із позиції шкоди або користі для здоров'я.

Як указують С.Д. Максименко та Н.Ф. Шевченко, соматичне захворювання належить до тих чинників, які впливають на зміну психічного стану людини, її ставлення до навколишнього середовища, на зміну структури її самооцінки, нерідко спричиняють передчасну як фізичну, так і психічну інвалідизацію. У ситуації захворювання людина формує своє власне ставлення до нових обставин життя і до самої себе у цих обставинах, тобто внутрішню картину хвороби [4].

Термін «внутрішня картина хвороби» визначає відображення хвороби у психіці людини (синонімічні терміни: апопластична картина хвороби, аутопластична картина хвороби, переживання хвороби, ставлення до хвороби, реакція адаптації тощо).

Усебічне наукове вивчення проблеми реакцій хворого на своє захворювання розпочалося з праць німецького лікаря А. Гольдшейдера. Він уперше описав відчуття, переживання та уявлення хворого про свою хворобу і назвав їх аутопластичною картиною захворювання. А. Гольдшейдер виокремив два рівні у картині захворювання: «сенситивний», який виникає на основі відчуттів, та «інтелектуальний», що є результатом розмірковувань хворого про свій фізичний стан [3].

В.В. Ніколаєвою (1976) схема внутрішньої картини хвороби була доповнена емоційним і мотиваційним компонентами, які диференціюють її опосередкований, психологічний бік. У її роботах виокремлюються 4 рівні

суб'єктивної картини хвороби:

- 1) рівень безпосередньо чуттєвого відображення хвороби (обумовлені хворобою відчуття і стани);
- 2) емоційний (афективний) рівень (безпосередні емоційні реакції на обумовлені хворобою відчуття й емоційні реакції на наслідки хвороби у житті людини);
- 3) інтелектуальний (когнітивний) рівень (знання про хворобу, роздуми про її причини, можливі наслідки, раціональна оцінка захворювання). Це концепція хвороби, яку створює сам хворий;
- 4) мотиваційно-поведінковий рівень (виникнення нових мотивів і перебудова преморбідної мотиваційної структури, тобто тієї, яка була до хвороби, зміна поведінки і образу життя в умовах хвороби, дії, спрямовані на повернення здоров'я).

Патологічний процес в організмі двояко бере участь у побудові суб'єктивної картини хвороби. Ступінь участі біологічного радикалу в установці внутрішньої картини хвороби визначається важкістю клінічного прояву цієї хвороби. Окрім того, хвороба дещо змінює життєву ситуацію пацієнта, що включає в себе процедуру обстеження, спілкування з лікарями, нові відносини у сім'ї та на роботі, процедуру лікування. Все це формує суб'єктивну оцінку хвороби, робить її цілісною і структурованою картиною.

Новим методологічним інструментом вивчення психосоматичних розладів є синергетика – міждисциплінарна наука про розвиток і самоорганізацію. Синергетика – (від гр. Synergetikos – сумісний, узгоджений, діючий), науковий напрямок, що вивчає зв'язки між елементами структури (підсистемами) [8].

Життєдіяльність людини як складної живої системи забезпечується на різних, але взаємозалежних між собою рівнях функціонування. У цілому виділяють три досить специфічних рівні життєдіяльності: біологічний, психологічний і соціальний. І на кожному з названих рівнів здоров'я людини має особливості свого прояву. Здоров'я на біологічному рівні припускає

динамічну рівновагу функцій усіх внутрішніх органів та їхнє адекватне реагування на вплив навколишнього середовища. Якщо питання профілактики здоров'я, зміцнення захисних сил організму й лікування хвороб віддавна перебувають у полі зору традиційної медицини, то уявлення про сутність і шляхи забезпечення здоров'я, пов'язаного з психологічним рівнем, поки що не можуть бути визнані як задовільні.

Здоров'я на психологічному рівні так чи інакше пов'язане з особистісним контекстом, у рамках якого людина з'являється як психічне ціле. Основне завдання цього рівня – зрозуміти головне: що таке здорова особистість. За визначенням психіатра С.С. Корсакова, чим гармонійніше об'єднані всі істотні властивості, що складають особистість, тим більше вона стійка, урівноважена і здатна протидіяти впливам, що прагнуть порушити її цілісність. Благополуччя в психічному здоров'ї особистості може бути порушене домінуванням певних та негативних за своєю суттю рис характеру, дефектами в моральній сфері, неправильним вибором ціннісних орієнтацій тощо.

Здоров'я на соціальному рівні розуміється досить умовно, тому що психологічні властивості особистості просто не існують поза системою суспільних відносин, у яку вона включена.

Розробники системно-динамічної концепції, П.І. Сидорова та І.А. Новікова, в своїх роботах переконують, що для розвитку психосоматичного захворювання необхідні етапи соціо- психо- і патогенезу. Соматогенез передбачає розвиток систем і функцій організму; психогенез як це розвиток психічних функцій; соціогенез як розвиток соціальних ролей і відношень. Модель передбачає мультидисциплінарний і інтегральний підхід до комплексних і складних причино-наслідкових відносин.

Спочатку виникає напруженість і дисбаланс в багаторівневій системі соціуму, передусім стресор, специфічний для кожної особистості. Специфічність визначається тим, що стресовий фактор супроводжується «вітальним страхом», оскільки розпізнається як загроза благополуччю, пов'язаної зі збігом стресора із значимою життєвою сферою, яка формується в

ранньому дитинстві, в процесі соціалізації, і залежить від особливостей виховання дитини.

На думку авторів, їхня концепція враховує всі зовнішні і внутрішні фактори у виникненні психосоматичних захворювань. Психотерапевтичний підхід, що базується на цій концепції, дає можливість позитивного впливу на перебіг психосоматичних захворювань, оскільки спрямований на етіопатогенетичні механізми їх виникнення, відкриваючи нові можливості і перспективи під час допомоги хворим з психосоматичною патологією [7].

Таким чином, прогресуюча кількість випадків захворюваності психосоматичними недугами, невисока ефективність традиційного лікування, низька якість їхнього життя, а також необхідність впровадження високоефективних методик етіопатогенетичної психотерапії психосоматичних розладів диктує необхідність подальшого вирішення, передусім тих питань, що пов'язані з механізмами виникнення психосоматичних розладів, методами досліджень, а також наданням ефективної медичної, психологічної та соціальної допомоги.

1.2. Характеристика особливостей виразкової шлунково-кишкової хвороби

Виразкова хвороба (ВХ) залишається однією із важливих проблем сучасної медицини. На неї страждають 6,0–10,0 % населення розвинених країн, а смертність коливається від 6 до 9,7 на 100 тис. населення. Для України характерною є висока захворюваність та частота рецидивування (20 – 25 %), в порівнянні із європейськими країнами. Щорічно вперше вона діагностується у 70 тис. осіб, при цьому кожен другий лікується в стаціонарі. Зростає кількість пацієнтів, в тому числі працездатного віку, які потребують профілактики, медичної допомоги, реабілітації в амбулаторно-поліклінічних, стаціонарних та позалікарняних умовах (Зарянський М. В., Семенів В. О., 2012). Ситуація

ускладнюється з огляду на те, що за даними ВООЗ, 50 % хворих не виконують рекомендації лікаря, 70 % роблять це свідомо, 60 % не можуть вчасно їх дотримуватися, при тому, що у 58 % випадків контроль з боку медичного персоналу відсутній (Калинина А. М., Шатерникова И. Н., 2015). За таких умов недостатньою є ефективність надання медичної допомоги – лише 20 % пацієнтів з виразковою хворобою шлунка та дванадцятипалої кишки охоплені медичними послугами комплексно, у 8 % – досягається клінічний ефект (Лучкина В. В., 2009).

Враховуючи медико-соціальне значення виразкової хвороби шлунка та дванадцятипалої кишки, різним її аспектам присвячена значна кількість вітчизняних і закордонних наукових досліджень (Харченко Н.В., 2007; Стойка О. О., 2011; Лебедева Н. Т., 2011; Юдин Б. Д., 2015). Однак, більшість з них стосується окремих питань етіології, патогенезу, діагностики, лікування. Тільки поодинокі роботи в Україні присвячені науковому обґрунтуванню профілактики гастроентерологічних захворювань, в тому числі виразкової хвороби шлунка та дванадцятипалої кишки. В публікаціях відзначається її Виникає необхідність в розробці доказової наукової бази для практичного відтворення профілактики. Для чого повинні бути вирішеними задачі сучасного етапу розвитку цього напрямку. На сьогодні можливе створення різних моделей в залежності від рівня здоров'я населення. Важливим при цьому є володіння комплексом факторів, а їх багатоаспектність в механізмі розвитку ВХ зумовлює системність підходу до їх вивчення (Уваренко А.Р., 2011; Улащик В. С., 2012; Жаліло Л., 2013). Разом з цим, зростає актуальність міждисциплінарного підходу (Галкин Р. А., 2010; Нетяженко В. З., 2013; Кречотень О. М., 2013). А наявність регіональних особливостей підсилює значення не тільки цілеспрямованого їх виявлення, але й урахування при програмному принципі створення та надання профілактичних заходів на місцях. До обов'язкових його складових слід віднести: заохочення до поведінки, завдяки якій створюються умови попередження розвитку, зокрема ВХ, заохочення населення до використання системи надання медичної допомоги, а також до отримання

лікарських призначень та своєчасного використання реабілітаційних заходів. Крім того, важливим елементом, який потребує доопрацювання і без якого унеможлюється практична реалізація профілактики, є створення двостороннього зв'язку між лікарем та пацієнтом.

Медична профілактика визначається як індивідуальна – профілактичні заходи, проведені стосовно окремих індивідуумів; групова – профілактичні заходи стосовно груп осіб з подібними симптомами і факторами ризику (цільові групи); популяційна (масова) – профілактичні заходи, що охоплюють великі групи населення (популяцію) чи населення в цілому [22].

Класичне уявлення про види профілактики, відображене в сучасних наукових публікаціях включає поняття первинної, вторинної і третинної профілактики [20-22].

Первинна профілактика (primary prevention) – це комплекс медичних і немедичних заходів, спрямованих на попередження розвитку відхилень від норми в стані здоров'я і захворювань, загальних для всіх членів окремих регіональних, соціальних, вікових, професійних та інших груп і індивідуумів. Одним словом, усі перераховані технології направлені тільки на здорову людину. Первинна профілактика включає: заходи для впливу на фактори, значущі для організму людини (поліпшення якості атмосферного повітря, питної води, структури і якості харчування, умов праці, побуту і відпочинку, зниження рівня психосоціального стресу й ін.), проведення екологічного і санітарно-гігієнічного скринінгу; засади формування здорового способу життя (у тому числі: створення постійно діючої інформаційно-пропагандистської системи, спрямованої на підвищення рівня знань усіх категорій населення про вплив на здоров'я всіх негативних факторів і можливостях зменшення цього впливу; санітарно-гігієнічне виховання; зниження поширеності паління, споживання алкоголю, недопущення споживання наркотиків і наркотичних засобів; залучення населення до занять фізичною культурою, туризмом і спортом, підвищення доступності цих видів оздоровлення); заходи для попередження розвитку соматичних і психічних захворювань і травм, зокрема

професійно обумовлених, нещасних випадків, шляхово-транспортного травматизму, інвалідизації, а також заходи з попередження смертності (у тому числі від природних причин); виявлення в ході проведення профілактичних медичних оглядів шкідливих для здоров'я факторів, у тому числі і поведінкового характеру, для вживання заходів по їхньому усуненню з метою зниження рівня факторів ризику; проведення імунопрофілактики різних груп населення; оздоровлення осіб і контингентів, що знаходяться під впливом несприятливих для здоров'я факторів, із застосуванням заходів медичного і немедичного характеру [20-22].

Вторинна профілактика (secondary prevention) – комплекс медичних, соціальних, санітарно-гігієнічних, психологічних і інших заходів, спрямованих на раннє виявлення і попередження загострень, ускладнень і хронізації захворювань, обмежень життєдіяльності, що викликають дезадаптацію хворих у суспільстві, зниження працездатності, у тому числі інвалідизацію і передчасну смертність [21]. Вторинна профілактика включає: цільове санітарно-гігієнічне виховання, у тому числі індивідуальне і групове консультування, навчання пацієнтів і членів їхніх родин з питань, пов'язаних з конкретним захворюванням чи групою захворювань; проведення: диспансерних медичних оглядів з метою оцінки динаміки стану здоров'я, розвитку захворювань для визначення обсягу відповідних оздоровчих і лікувальних заходів, проведення цих заходів; курсів профілактичного лікування і цільового оздоровлення, у тому числі лікувального харчування, лікувальної фізкультури, медичного масажу й інших лікувально-профілактичних методик оздоровлення, санаторно-курортного лікування; медико-психологічної адаптації до змін у стані здоров'я, формування правильного сприйняття і ставлення до можливостей, що змінилися, і потреб організму; заходів державного, економічного, медико-соціального характеру, спрямованих на зниження рівня впливу факторів ризику, що модифікуються, збереження залишкової працездатності і можливостей для соціальної адаптації, створення умов для оптимального забезпечення життєдіяльності хворих і інвалідів (наприклад,

виробництво лікувального харчування, реалізація архітектурно-планувальних рішень, створення відповідних умов для осіб з обмеженими можливостями тощо).

Деякі автори [23] визначають – третинну профілактику, що має на меті соціальну (формування впевненості у власній соціальній придатності), трудову (можливість відновлення трудових навичок), психологічну (відновлення поведінкової активності особистості) і медичну (відновлення функцій органів і систем) реабілітацію, тобто застосування профілактичних технологій там, де лікувальна медицина безсила і не дає ефективних результатів. За визначенням реабілітація (відновлення здоров'я) – це комплекс психологічних, педагогічних, соціальних заходів, спрямованих на усунення чи компенсацію обмежень життєдіяльності, відновлення втрачених функцій.

Лікарі не знають психології, не володіють методами міжособистісного спілкування [60], не вміють навчати своїх пацієнтів здоровій поведінці, тому звертання за порадою практично здорових оглядів з метою оцінки динаміки стану здоров'я, розвитку захворювань для визначення обсягу відповідних оздоровчих і лікувальних заходів, проведення цих заходів; курсів профілактичного лікування і цільового оздоровлення, у тому числі лікувального харчування, лікувальної фізкультури, медичного масажу й інших лікувально- профілактичних методик оздоровлення, санаторно-курортного лікування; медико-психологічної адаптації до змін у стані здоров'я, формування правильного сприйняття і ставлення до можливостей, що змінилися, і потреб організму; заходів державного, економічного, медико-соціального характеру, спрямованих на зниження рівня впливу факторів ризику, що модифікуються, збереження залишкової працездатності і можливостей для соціальної адаптації, створення умов для оптимального забезпечення життєдіяльності хворих і інвалідів (наприклад, виробництво лікувального харчування, реалізація архітектурно-планувальних рішень, створення відповідних умов для осіб з обмеженими можливостями тощо).

Лікарі не знають психології, не володіють методами міжособистісного

спілкування [60], не вміють навчати своїх пацієнтів здоровій поведінці, тому звертання за порадою практично здорових пацієнтів викликає у лікарів розгубленість. Вища медична школа, навчаючи майбутніх лікарів, формує у них здебільшого клінічне мислення, хоча науковцями та управлінцями охорони здоров'я все частіше висловлюється думка про переорієнтацію роботи ПМД з лікувальної на профілактичну площину мислення.

Висока захворюваність, часті рецидиви, тривала непрацездатність хворих, значні економічні втрати – все це дозволяє віднести проблему виразкової хвороби до числа найбільш актуальних в сучасній медицині [74].

Як свідчать медичні статистичні джерела, на даний час в Україні число зареєстрованих хворих на виразкову хворобу становить більше 1-го млн. осіб, щорічно вперше вона діагностується у 70 тис. осіб, при цьому кожен другий лікується в стаціонарі, кожен третій втрачає працездатність повторно протягом одного року. Рецидиви захворювання протягом 1-5 років спостерігаються у 20-25 % хворих. В Україні захворюваність на ВХ залишається високою в порівнянні із європейськими країнами, хоча впродовж 2009 – 2013 років зменшилась на 15 % [75, 76].

1.3. Психосоматичні захворювання як предмет психологічної експертизи

Психосоматичні захворювання – це серйозна проблема як для населення в цілому, так і для представників певних професій, особливо тих, в яких велика роль людського чинника. За даними ВОЗ, від 38 до 42 відсотків усіх хворих, які знаходяться на обліку у соматичних лікарів, відносяться до групи психосоматиків [6]. Безумовно, категорія людей, що мають психосоматичні розлади, повинна бути в центрі уваги лікарів, психологів, особливо, коли ці хворі стають підекспертними особами при проведенні різних видів експертизи (лікарсько-трудова, медико-педагогічна, судово-психологічна та ін.). Акцент

на аналіз проявів психосоматичних розладів необхідно здійснювати і при проведенні трудової психологічної експертизи. Дослідження показують, що аварії, катастрофи, каліцтво людей на виробництві значною мірою обумовлюються впливом психосоматичних захворювань на функціональні стани фахівців багатьох професій[2].

Питанням психологічної експертизи присвячені роботи В.О. Бодрова, Ф.Д. Горбова, Є.С. Завьялова, В.М. Мішуріна, К.К. Платонова, Б.Л. Покровського, Ф.С. Сафуанова, В.А. Сергєєва та ін., проте, до теперішнього часу не сформовано єдиної думки щодо завдань, предмету, методів і процедури психологічної експертизи в клініці психосоматичних захворювань.

В.О. Бодров відмічав, що у процесі лікарсько-льотної експертизи визначення професійної придатності льотчиків з порушеннями стану здоров'я і професійної працездатності набуває все більшого значення вивчення їх психологічних особливостей. Відомо, що стан здоров'я суттєво впливає на працездатність людини, на продуктивність і безпеку праці. Так, в небезпечних ситуаціях льотчики, які мають діагнози, в 1,8 раз частіше, ніж здорові, допускають помилки, у них в 2,7 раз частіше небезпечні ситуації закінчуються поломками, вони в 3 рази частіше вивчають стан психічної демобілізації, в 5 разів більше незадоволені собою[2].

В.О. Бодров звертає увагу, що для деяких функціональних захворювань нервової і серцево-судинної системи характерними є психофізіологічні порушення професійної працездатності льотчиків, які, як правило, не виявляються клінічними методами при їх медичному огляді. Близько 40% хворих льотчиків відзначали у польоті ознаки функціональних розладів за 2-3 роки до виявлення захворювань лікарсько-льотною комісією. Найтипівішими виявами цих розладів були в 33% випадків невпевненість в своїх діях і страх польотів, у 29% випадків – підвищена стомлюваність, у 18% випадків – погане перенесення чинників польоту, у 17% випадків – зниження працездатності і в 9% - погіршення загального самопочуття. Основні причини вказаних розладів полягають в недостатньому розвитку професійних навиків, надмірному

інформаційному навантаженні, напруженості суміщеної діяльності, суб'єктивній складності польотних завдань і інших чинників, що обумовлюють виникнення хронічного невротичного конфлікту[2].

Б.Д. Карвасарський підкреслює, що при проведенні лікарсько-трудової експертизи важливим аспектом діяльності клінічного психолога є отримання об'єктивних даних для функціонального діагнозу, який складає основу експертного висновку, і від якого залежить не тільки характер трудової діяльності, але й майбутній шлях хворої людини. При проведенні експертизи важливо здійснити якісний структурний аналіз змін психічної діяльності підекспертного, які пов'язані з його захворюванням[4].

Науковці звертають увагу на змістовний аналіз психосоматичної патології при проведенні медико-педагогічної експертизи. Кожний віковий період в житті дитини має свої особливості, наслідки яких можуть стати фоном для розвитку психосоматичних розладів. У свою чергу, хронічні захворювання у дитини – це важка психічна травма не тільки для неї, але і для всієї сім'ї. Психологічна реакція хворого і членів сім'ї проходить ряд послідовних стадій, протягом яких проявляється регресивна поведінка, необґрунтовані страхи, заперечення хвороби. Можливі відчуття вини, депресія, гнів, смуток, оплакування втраченого здоров'я і розбитих надій. Діти нерідко сприймають хворобу, як покарання за погану поведінку, робляться жорстокими. Підлітки бояться стати безпорадними або не «такими, як всі», звинувачують у всьому батьків або лікарів. Діти з хронічними захворюваннями частіше, ніж здорові, страждають емоційними розладами. Психогенні розлади у дітей спостерігаються частіше, ніж у дорослих, і мають більш виражений соматичний характер, обумовлений ще недосконалою центральною нервовою регуляцією вегетативних функцій[5; 6].

Психосоматичні розлади можуть бути предметом дослідження експерта-психолога при проведенні судово-психологічної, судово-психіатричної і комплексної судово-психолого-психіатричної експертизи. Сучасні наукові публікації широко висвітлюють проблеми співіснування хронічної соматичної

патології і психічних розладів. У судовій психіатрії вивчення різних аспектів психосоматичних розладів представляє особливий інтерес. Особи, які проходять судову експертизу, як правило, знаходяться в умовах тривалої психотравмуючої ситуації, а взаємозв'язок психологічного стресу і психосоматичних (в широкому значенні) розладів в даний час не ставиться під сумнів. Відповідно, психогенні чинники розглядають як фактор, що привертає, безпосередньо провокує і впливає на перебіг захворювань і їхній прогноз [8; 9]. Г.В. Тарасова, М.В. Гиленко з метою розробки принципів і диференційованих критеріїв судово-психіатричної оцінки органічного психічного розладу у звинувачених, що мають хронічну серцево-судинну патологію, вивчали проблеми співіснування хронічної соматичної патології і психічних розладів у практиці стаціонарної судово-психіатричної експертизи обвинувачених. Проведений ними аналіз архівних історій хвороби підекспертних, що пройшли стаціонарну судово-психіатричну експертизу, виявив, що частота вказаної патології зустрічається у 10% обстежених. При цьому поєднання двох соматичних розладів спостерігається у 27,1% випадків, а трьох і більш – у 20,3%. Було визначено, що найчастіше поєднуються органічний психічний розлад і серцево-судинні захворювання. У даних випадках в 50% випадків було винесено рішення про неосудність, у 15% – про обмежену осудність[9].

Необхідно звернути увагу, що серед численних публікацій щодо аналізу психосоматичних розладів при проведенні судових експертиз, недостатньо розкриваються теоретичні аспекти і практичні рекомендації здійснення психологічної експертизи в галузі психосоматики.

У сучасній психосоматичній медицині вироблений підхід до діагностики психосоматичного розладу підкреслює тісний зв'язок між індивідуальним розвитком і біологічними чинниками в ході природної історії людини. Тепер про психосоматичне захворювання говорять тоді, коли виявляється чіткий зв'язок схильність – особистість – ситуація. Він може служити лише поштовхом до виникнення невротичних або психосоматичних захворювань, які надалі

розвиваються за власними законами [1].

Виділяють психосоматичні реакції (запаморочення після пережитого нещасного випадку, серцебиття закоханого, втрата апетиту при смутку), які виявляються в напружених життєвих ситуаціях. Такі симптоми звичайно зникають, якщо змінюється ситуація, що їх викликала. Психосоматичні реакції можуть з'являтися у всіх людей. Їх передумовою не є серйозні аномалії душевного розвитку [7].

Як правило, предметом дослідження різних видів психологічної експертизи можуть бути психосоматичні порушення, які об'єднують наступні групи розладів:

1. Конверсійні симптоми – це трансформовані в симптоми емоційні порушення, які людина не в змозі подолати. Симптом має символічний характер, демонстрація симптомів може розумітися як спроба вирішення конфлікту. Конверсійні вияви зачіпають здебільшого довільну моторику і органи чуття. Прикладами є конверсійна амнезія, ступор, розлади рухів, судоми тощо [7].

2. Функціональні синдроми (органні неврози) – це розлади, що характеризуються виникненням у хворого фізичних симптомів, які повторюються, при відсутності об'єктивних доказів фізичної хвороби як основи даних розладів, і які супроводжуються наявністю вегетативних або психоемоційних порушень. До даної групи психосоматичних порушень відносять: соматизований розлад (синдром множинних скарг); іпохондричний розлад; соматоформну вегетативну дисфункцію серця, *відділів шлунково-кишкового тракту*, дихальної системи, сечостатевої систем тощо [7].

3. Психосоматичні хвороби (органічні психосоматози) – це соматичні захворювання, які в своїй основі мають первинну тілесну реакцію на конфліктне переживання, що пов'язана з морфологічно встановлюваними змінами і патологічними порушеннями в органах. Відповідна схильність може впливати на вибір органу.

До психосоматичних розладів відносяться хвороби серцево-судинної

системи (артеріальна гіпертензія, деякі форми аритмії), *шлунково-кишкового тракту (гастрит, виразкова хвороба шлунку)*, органів дихання (вазомоторний риніт, бронхіт з бронхоспазмом), ендокринної системи (гіпертиреоз, цукровий діабет), сечостатевої системи (безпліддя, імпотенція), шкіри (псоріаз, екзема) та ін. Історично до цієї групи відносятьсім захворювань (так звана «свята» або «чиказька сімка»): есенціальна гіпертонія, виразкова хвороба дванадцятипалої кишки, бронхіальна астма, цукровий діабет, нейродерміт, ревматоїдний артрит, виразковий коліт [7].

Наведена класифікація не обмежує варіанти психосоматичних захворювань, які можуть бути у центрі уваги експерта психолога при проведенні певного виду психологічної експертизи. В літературі з психосоматики мають місце інші класифікації, у межах яких виділяють:

1. Психогенні порушення – первинні психічні феномени без тканинної участі організму. До них відносяться конверсійні симптоми, іпохондричні реакції, реакційні психопатологічні стани.

2. Психофізіологічні порушення, які викликані психічною дією соматичної реакції в широкому значенні. До цієї групи відносяться фізіологічний супровід емоцій або порівнянних психічних станів і душевна провокація органічних захворювань.

3. Психосоматичні захворювання в більш вузькому значенні (соматопсихічні - психосоматичні порушення) характеризуються першою появою в будь-якому віці але частіше в пізньому підлітковому та після маніфестації хронічної або рецидивної течії.

І.А. Бережнова із співавторами до психосоматичних розладів включають не тільки психосоматичні захворювання в традиційному, вузькому розумінні цього терміну, але значно більш широке коло порушень: соматизовані розлади, патологічні психогенні реакції на соматичні захворювання[5].

На думку В.П. Зайцева, Н.І. Скачкова, С.В. Прохорова, до цього ряду також відносяться психічні розлади, що часто ускладнюються соматичною патологією (нервова анорексія, булімія, алкоголізм), порушення, що

ускладнюють деякі методи лікування, наприклад, депресії, які розвиваються після операції аортокоронарного шунтування. М.В. Коркіна, В.В. Маратов цей перелік доповнюють афективними тривожними і астеничними станами у хворих, які отримують гемодіаліз [5].

У Міжнародній класифікації хвороб 10-го перегляду (МКХ-10) термін «психосоматичні хвороби» не використовується з огляду на його значення в різних мовах та різні медичні традиції, а також для того, щоб не виникало думки, нібито при інших захворюваннях психологічні фактори не мають значення в їх виникненні та перебігу. Проте в МКХ-10 психосоматичні розлади можуть класифікуватися в наступних розділах: «Органічні, включаючи симптоматичні, психічні розлади» (рубрики F04-F07, відповідні реакціям екзогенного типу); «Невротичні, пов'язані зі стресом, і соматоформні розлади» (рубрики F44.4-F44.7, відповідні психогеніям, і F45 – соматоформні розлади); «Поведінкові синдроми, пов'язані з фізіологічними порушеннями і фізичними чинниками» (рубрики F50- F53) [5].

Таким чином, психосоматичні розлади – це група хворобливих станів, що проявляються загостренням соматичної патології, формуванням спільних симптомомкомплексів, які виникають при взаємодії соматичних і психічних факторів – соматизованих психічних порушень, а також психічних розладів, що відображають реакцію на соматичні захворювання [7].

Різноманітні психосоматичні розлади поєднує одна загальна ознака – сполучення порушень психічної і соматичної сфери та пов'язані з цим особливості клінічного обстеження та лікування, що зумовлює тісне співробітництво лікарів і психологів. Психосоматичні захворювання є наслідком проблем, що лежать в психоемоційній сфері, тобто вони висвічують наявність глибинних проблем особистості.

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 [7].

Прояви психосоматичних захворювань мають як загальні, так індивідуальні характеристики. Т.Б. Хомуленко наводить психологічну характеристику людей із найбільш поширеними захворюваннями різних підсистем організму. Психологічна характеристика хворих висвітлюється відповідно до поглядів різних авторів, позицій, які є найбільш загальноживаними у психологічній науці та практиці. Це дає можливість отримати якнайповнішу психологічну характеристику різних захворювань, що у поєднанні з інформацією про діагноз та історію хвороби допомагає отримувати психологічну інформацію про особистість при проведенні психологічної експертизи[10].

Аналіз психосоматичних захворювань вимагає від дослідника урахування чинників виникнення психосоматичної патології. При деяких обставинах, що сприяють розвитку психосоматичних захворювань, у якості найбільш значущих розглядаються психотравмуючі події. Однак психотравмуючі фактори є лише однією зі складових патогенезу психосоматичних розладів. Значна роль у формуванні психосоматичного розладу належить особливостям пацієнта з відповідними структурними типами особистості. При більшості психосоматичних захворювань велику роль відіграють фактори спадковості, мікро- та макросоціального середовища, що впливають на імунні й обмінні процеси.

У сучасній літературі з психосоматики наводиться цілий ряд концепцій виникнення психосоматичних захворювань. Основними з них є наступні:

1. Концепція алекситимії. Алекситимія – це нездатність описати свій емоційний стан, труднощі, що виникають при необхідності охарактеризувати свої переживання. Це «душевна сліпота». Нездатність людини усвідомлювати свої емоції призводить до того, що вони витісняються. Накопичення тілесних

виявів, емоцій, що не отримали розрядки, призводить до розвитку психосоматичних захворювань.

2. Концепція гострого або хронічного стресу. До гострого стресу, який носить катастрофічний характер, відносять розлучення, смерть члена сім'ї, кризові ситуації (військові конфлікти, стихійне лихо), що порушують здатність особи до пристосовування. Пережитий людиною стресовий стан закріплюється в довготривалій пам'яті. Хронічний професійний стрес є причиною розвитку синдрому емоційного вигорання. На третій стадії даного синдрому (стадія «виснаження») розвиваються психосоматичні захворювання [6].

3. Концепція внутрішнього конфлікту, конфлікту між однаковими за інтенсивністю, але різноспрямованими мотивами індивіда. Деякі види конфліктів специфічні для окремих форм психосоматичних захворювань, що у поєднанні з інформацією про діагноз та історію хвороби допомагає отримувати психологічну інформацію про особистість при проведенні психологічної експертизи [10].

Таким чином, можна узагальнити, що психосоматичні розлади мають загальну ознаку – сполучення порушень психічної і соматичної сфери, які впливають на психічну діяльність хворої людини, що в свою чергу є важливим аспектом у визначенні предмету дослідження експерта-психолога.

1.4. Психологічна сутність емоції страху

Процеси, які відбуваються у сучасному житті суспільства призводять до його дегуманізації. Панування техніки та комп'ютерів робить життя сучасної людини абсурдним. Гуманізм, притаманний суспільству ще декілька десятиліть тому, стає безсилим перед сучасним технічним процесом. М. Бердяєв наголошував: "Ситуація людини у світі стає абсурдною, безглуздою. Вона поринає у безглуздість життя, але не визнає змісту, який тільки і може виправдовувати безглуздість" [1, с. 251]. Сучасне життя є підтвердженням

думки вченого. Людина, пристосовуючись до умов глобалізованого світу, намагається пристосуватися до шаленого темпу життєдіяльності. У цих умовах вона вже не належить сама собі, все її життя віддане суспільним процесам. Розум і почуття сучасної людини інколи зовсім їй не підвладні. Почуття та емоції стають некерованими розумом. Доречною буде також думка Е. Фромма про те, що "розум виникає із сполучення раціональної думки і почуттів. Якщо ці дві функції розірвано, мислення деградує у шизоїдну інтелектуальну діяльність, а почуття – у невротичне пристрасне бажання завдати життю шкоди" [2, 147]. Людина може втратити контроль розуму над почуттями, коли вона перебуває у полоні страху. Сучасне життя сповнене страхом. Але, як показує досвід, страх може не лише паралізувати. Страх як екзистенціаль буття сучасної людини є чинником повноцінного життя. Існують ситуації, коли людина не в змозі визначити місце і роль екзистенціалу страху в її житті. Підтвердженням думки можуть бути дослідження філософів античності, Середньовіччя, Нового часу, західної філософської думки, екзистенціалізму, фрейдизму та психоаналізу. У їхніх творах розпочато розгляд страху як екзистенціалу буття, як онтологічної складової існування людини. Незважаючи на значну кількість наявних досліджень, єдиної чіткої концепції щодо екзистенціалу страху не існує. Сучасні дослідження характеризують окремі аспекти проблеми. Російські дослідники О. Логінова аналізує страх як соціальний феномен, М. Савіна – як соціальне явище, Є. Боровий досліджує страх і соціальне буття людини, А. Гагарін розглядає екзистенціали буття: самотність, смерть, страх (від античності до Нового часу). В сучасній українській філософській думці проблему страху розглядали Л. Газнюк (соматично-вітальні прояви страху в персонально-соматичному бутті), С. Кухарський (соціокультурні репрезентації феномена страху), О. Туренко (спроба філософського усвідомлення феномена страху) та інші. Отже, проблема соціально-філософського аналізу екзистенціалу страху є відкритою і потребує дослідження, особливо в сучасних умовах.

Страх є результатом відображення у психіці людини нездійснених

потреб організму, котрі викликані як зовнішніми так і внутрішніми явищами. Потреби є сутністю суб'єкту, а не його станом. Остання (сутність) розкриває зміст буття. Потреби виступають сутнісною властивістю людини, задоволення якої знімає стан страху. Виникає страх тоді, коли існує розрив між бажаннями, потребами та можливостями їх задоволення. Проявляється він як соціально-психологічна реакція людини на незадоволену потребу. Страх дає людині можливість пристосуватися до існування у сучасних умовах. Остання має дуалістичний суперечливий характер: з одного боку – це потреба людини у безпеці життєдіяльності, а з іншого – потреба творчої реалізації. Страх як екзистенціал буття також може мати як негативний так позитивний вплив на існування людини.

Екзистенціал страху – це внутрішній трансцендентно-психологічний стан людини, зумовлений реальними або можливими загрозами її біологічному чи соціальному існуванню, який забезпечує самозбереження індивіда, мобілізуючи його організм у ситуаціях невизначеності та непередбачуваності; він виражає певну форму самосвідомості та вказує на можливе порушення реальних зв'язків і відносин внутрішнього світу особистості. Тракткування страху як психологічного стану є достатньо висвітленим і доступним. Трансцендентним станом страх є тому, що він виводить людину за власні межі. Категорія існування, традиційно використовується у філософських науках для вираження факту наявності якої-небудь речі, процесу або явища. Існувати означає бути у наявності. У С. К'єркегора існування – це людське буття, що досягається безпосередньо. Існування одиничне, особисте, кінцеве. Буття передбачає активний прояв сил у всіх сферах життєдіяльності. Буття є загальною основою практичного і пізнавального освоєння людиною світу. Воно (буття) передує всьому, що є у світі. Страх як екзистенціал буття є важливою його складовою. Страх супроводжує людину від народження. Про присутність страху під час народження С. К'єркегор зазначав: "страх смерті відповідний страху народження" [3, 187]. Цей страх нікуди не зникає, не вмирає, а лише на деякий час "згасає" до певної особливої ситуації. З. Фройд вважає страх народження

прототипом майбутніх тривог та страхів. У своїх дослідженнях мислитель дитячі страхи здебільшого вважає результатом незадоволених потреб і бажань. Незадоволені потреби є чинником не тільки дитячих страхів. Ще Епікур пов'язував страх з проблемою задоволення потреб. Філософ поділяв потреби на: природні і необхідні; на природні, але не необхідні; неприродні і не необхідні. Потреби є істотними властивостями людини, їх задоволення знімає стан страху. Страх виникає також тоді, коли виникає невідповідність між бажаннями, потребами і можливостями їх задоволення.

Страх як екзистенціал буття формується у процесі життєдіяльності людини, котра спрямована на задоволення потреб. Однією з основних потреб, яка лежить у основі страху П. Симонов [4] вважає потребу самозбереження. Як показує життєвий досвід, потреба самозбереження має дуалістичний характер. З одного боку вона є прагненням людини до стійкості свого буття, а з іншого – до зміни форм його прояву. Людина прагне створити безпеку життєдіяльності і творчої самореалізації. Водночас відсутність безпеки, соціальної захищеності, які породжують ситуацію страху, не дають можливість людині розкрити свої здібності. Страх позбавляє людину впевненості у власних силах. Подолати страх і досягнути внутрішньої рівноваги людині допомагає орієнтація на звичний (природній) процес життя. Здатність самоконтролю, яка визначає рівень соціального розвитку, теж допомагає контролювати страх і дії людини. Людина є біологічною істотою породженою природою і як соціальна форма її буття є істотою соціальною. Філософські міркування про людину, роздуми про буття, розпочинаються з питання про суть самої людини. Людина народжується, росте і розвивається, відбуваються процеси її соціалізації. Людина живе не фізично, а – соціально. Від народження вона оточена суспільством (батьки, родина, друзі, колеги і т.д.). Коли людина є соціально пасивною, обмежується життям живої істоти, вона не живе, вона – існує. Отже, ми можемо говорити про біологічне та соціальне існування людини. Поділ на біологічне та соціальне існування є основою класифікації екзистенціалу страху, яку ми пропонуємо. Екзистенціал страху пронизує індивідуальне та суспільне

життя людини. Він може існувати у різних часових вимірах та діяти з різною енергетичною силою. Страх як екзистенціал буття має універсальну багатofункціональну природу і проявляється у достатньо широкому діапазоні від занепокоєння до жаху (занепокоєння, хвилювання, острах, тривога, страх, жах або навіть кошмар). Крім того, варто з'ясувати семантико-термінологічний зв'язок понять "страх" та "фобія". Фобії можемо розглядати як особливо умовні емоційні реакції збудливого характеру. Причому, людина не в змозі стримати їх зусиллями волі. Навпаки, ці стани (реакції) збільшуються відповідно до зусиль їх подолання. Основою виникнення фобій є сильний стрес [5, с. 305- 306]. Пережити фобію людина (індивід) може лише як перехідне явище, яке перетворює цей стан на страх. Останній стає або головним мотивом розвитку до зрілості людини, або ж підкорює і залишає її на вже досягнутому соціокультурному рівні розвитку та рефлексії.

Перейдемо до класифікації екзистенціалу страху, на основі якої визначимо основні функції певних видів страху. Основою класифікації використаємо поділ на біологічні та соціальні страхи, про що ми говорили раніше. 1) Біологічні страхи – це страхи, які виникають у ситуаціях загрози біологічному існуванню людини, тобто її життю та здоров'ю. 2) Страхи, котрі впливають на зміну соціального положення та статусу індивіда, належать до соціальних. Їх специфіка полягає в опосередкованому характері (об'єкти, які викликають страх, не можуть безпосередньо самі по собі завдавати шкоди людині). 3) До найбільш поширених біологічних страхів належать: страх атмосферних явищ (страх гріму і блискавки); страх астрономічних явищ (страх сонячного чи місячного затемнення); страх пожежі; страх тварин; страх темряви та багато інших. 4) В процесі росту і розвитку людини відбувається її соціалізація, а також заміщення природних страхів соціальними. Так наприклад, немовляті притаманні страх темноти, страх голосних звуків, страх самоти тощо. Зі вступом дитини до дитячого садка, школи, а потім до вищих навчальних закладів виникають страх вихователів чи вчителів, страх невивчених уроків чи невиконаних завдань, страх запізнь тощо. Поступово

соціальні страхи займають визначальне місце, у той час як природні стають менш значимі. Соціальні страхи можуть витікати із біологічних. Останні мають специфічний соціальний компонент, який витісняє менш впливові чинники виживання. До соціальних страхів відносять: страх публічних виступів, страх критики, страх провалу, страх успіху, страх поразки, страх осуду оточуючих, тощо. 5) Окремо можемо диференціювати внутрішні страхи – страхи, котрі утворені свідомістю людини і не мають реальної основи. До них належать: страх власних думок і вчинків, страх неіснуючих явищ, страх майбутнього, а також страх "примар". Крім того, існують страхи, які називають проміжними формами екзистенціалу страху, тобто вони не належать до визначених груп. Зокрема, страх змій, перебуває на межі між біологічними та внутрішніми страхами. Поясненням цього є наявність ядовитих змій, укуси яких є смертельно небезпечним. У той же час, наявність цих змій у нашій місцевості майже неможлива. Але у людини викликають страх будь-які змії чи плазуни, навіть зовсім безпечні. Ми боїмося не самої тварини, а власне створеного у свідомості образу. Інший приклад: людина, яка перебуває на краю прірви, може боятися цієї прірви, а може боятися можливості самій у неї не кинутись. Людина – жива система – створена із єдності природного і соціального, тілесного і духовного, спадкового, уродженого і придбаного. Визнання єдності природного і соціального у людині стало нагальною проблемою ХХ століття. В епоху науково-технічної революції, глобальної кризи, коли наслідки наукового прогресу привели людство на край прірви, виникла необхідність усвідомити, що людина не цар природи, який піднімається над нею, а розумна істота, котрій дозволено безоглядно черпати з її надр невід'ємну частину багатств і, руйнуючи її, людина руйнує саму себе, своє майбутнє. Розгляд людини та її страхів в єдності біологічного (природного) і соціального виявляє, що людина не просто соціальна істота, результат суспільно-історичного розвитку, але й частина універсуму, а сама суспільно-історична форма буття – лише одна, вища з відомих, форма розвитку природи. Прояв біологічних закономірностей життя людини має соціальну зумовленість. Зрозуміти сутність екзистенціалу страху та

його значення у житті сучасної людини допоможуть функції, які він виконує. 1) Однією з найбільш виражених є мобілізуюча функція. Вона полягає у мобілізації сил організму людини, котрі є необхідними у критичних ситуаціях. 2) Регулююча функція страху проявляється у здатності страху регулювати агресію (агресивність людини), що допомагає створювати соціальний порядок. Так, наприклад, страх покарання здержує прояв первинної біологічної агресії, а отже стримує поведінку людей у межах встановленої норми. 3) Страх допомагає запам'ятовувати небезпечні або неприємні події, у цьому розкривається його стимулююча функція. Крім того, страх виконує зосереджуючу функцію – допомагає обрати стратегію поведінки, за умов відсутності необхідної інформації. Особливо актуальною ця функція є у сучасному інформаційно невизначеному середовищі. Своєрідною властивістю організму людини є здатність бачити або навіть передбачати найменші прояви небезпеки. Допомагає цьому загострення або активізація роботи всіх органів відчуттів, в основі чого – страх. Виходячи з вищенаведеного, можемо зазначити, що страх успіху в окремих ситуаціях може бути більш вагомим ніж страх провалу чи страх поразки. В основі страху успіху – почуття невпевненості у власних силах. Саме тому, страх успіху може бути більш небезпечним для саморозвитку особистості. Аналізуючи сутність екзистенціалу страху, доцільним буде розглянути його негативні та позитивні аспекти впливу на існування людини. Більшість наявних досліджень страху характеризують його негативний вплив на людину. Проте існують також наукові праці, у яких простежено позитивне значення страху. Ми пропонуємо розглянути визначальні позитивні та негативні аспекти впливу екзистенціалу страху. Позитивний аспект страху як екзистенціалу буття розкривається у його творчому потенціалі як ініціатора змін. Завдяки впливу страху, а точніше у процесі подолання страху, відбувається удосконалення людини. Ми повинні сприймати і розуміти страх як запрошення до підняття на вищий щабель нашого розвитку. Ф. Рісман [6] характеризує страх як поклик до нової свободи, а разом з тим – до нового порядку і нової відповідальності. Як загроза небуття

страх сприяє усвідомленню людиною дійсного сенсу свого призначення, цінності соціального буття. Оскільки страх смерті є усвідомленням скінченності життя, це спонукає людину діяти і переборювати загрозу небуття, тобто до повноцінного життя. У більшості випадків ми сприймаємо вплив страху як негативний фактор нашого існування, але це не так. Саме страх є поштовхом до повноцінного життя, перетворюючи його з бездумного та беззмістовного існування на сповнене сенсом життя саме "тут і зараз". П. Гольбах зазначав, що виховання, закон, суспільна думка, приклад, звичка та страх є причинами, які повинні змінювати людей, впливати на їх волю, примушуючи їх діяти для загального блага та нейтралізувати бажання, які можуть завдати шкоди суспільству [7]. Водночас мислитель також зауважував на тому, що відчуття майбутньої насолоди і страх майбутніх тортур, лише завадили людям думати про, те щоб стати щасливими тут на землі. Все ж таки саме страх не придушує, а навпаки – активізує. Екзистенціал страху спонукає людину до дій, які удосконалюють її свідомість та поведінку; створює механізми, котрі пристосовують людину до нового чи домінуючого середовища, закликають її до екзистенційного самовтілення та самовдосконалення. Проте у ситуаціях, коли прояви екзистенціалу страху тривалі за часом або коли ці прояви набувають значної інтенсивності, соціально зумовлена особистість перетворюється на тварину, рослину або слухняний суспільний механізм. У таких ситуаціях ми простежуємо негативні аспекти страху. Головними характеристиками останніх є руйнування цілісно-гармонійного психофізіологічного і розумного світів особистості, її "повернення" до еволюційного минулого. Здатність страху тотально полонити людину, її свідомість була проаналізована у дослідженнях Г. Гегеля. На думку мислителя, під дією страху людина втрачає просторово-часову орієнтацію, а отже, відбувається розрив зі "своїм" усвідомленим, знайомим світом [8, с. 329]. Філософ зауважує: "Свідомість відчуває страх не з того чи іншого приводу, не у той чи інший момент, а за все своє існування... Вона внутрішньо розчиняється у цьому страху, усе тріпотить усередині неї і все непорушне в ній здригається" [9,

с. 104-105]. Отже, страх руйнує відомий світ, охоплений розумом (свідомістю) людини, спустошує його та нівелює його особистість. Людина, яка постійно перебуває під впливом екзистенціалу страху втрачає чуттєвість, її дух повертається до стану першоутворення, провини. Сучасні дослідження психосоматичних взаємовідношень відкривають нові грані проблеми екзистенціалу страху і тривоги, які допомагають краще усвідомити їх динаміку і сутність. Сьогодні вчені мають достатньо показників, котрі свідчать про підвищення рівня цукру в крові у стані страху чи тривоги, яке може призвести до цукрового діабету. Гіпертонічна хвороба також вважається психосоматичним захворюванням, джерелом якого є страх і тривога. Більшість серцевих неврозів є не що інше, як психосоматичний прояв тривоги і страху. Крім того, виникнення психосоматичних порушень пов'язують із стримуванням спілкування, оскільки "за вводом інформації в організм обов'язково повинен бути вивід даних". Коли ж вербальний або моторний компоненти емоційних станів частково руйнуються або стримуються, організм звичайно шукає їм певну заміну в інших формах поведінки або у повідомленнях, котрі передаються іншими каналами. Спрямований в середину вплив екзистенціалу страху, який не має соматично-вегетативної розрядки, веде до психологічного виснаження, а у деяких випадках навіть до смерті.

Таким чином, екзистенціал страху як соціальний феномен є показником незахищеності особи, способом реагування людини на зміни її біологічного та соціального існування. Від моменту народження людині притаманні лише біологічні різновиди екзистенціалу страху. Біологічні страхи – найелементарніший вид страхів. Вони є результатом трансформації у людині тваринного інстинкту самозбереження. Протягом життя, у процесі життєдіяльності досить поступово і незворотно, відбувається процес заміщення біологічних страхів соціальними. Поділ страхів на біологічні та соціальні не завжди можливий. Екзистенціальні переживання страху і тривоги впливають на психосоматичний стан індивіда, у результаті яких змінюється або порушується низка соматичних функцій організму. Роль екзистенціалу страху у

житті людини та суспільства розкривається у функціях, які він виконує. Розгляд основних функцій екзистенціалу страху показує, що існують негативні та позитивні аспекти його впливу на існування сучасної людини.

Соціокультурні, економічні, політичні, техногенні процеси сучасного життя та соціальні явища бідності, безробіття, хвороб тощо, породжуючи у людини почуття незадоволеності, покинутості, відчуженості та невпевненості, продукують переживання страху і тим самим актуалізують дослідження страху як екзистенціалу буття. Страх є не тільки психологічним, але й соціально-філософським феноменом, який не можна оцінити однозначно та беззаперечно, позаяк його обсяг та зміст надзвичайно різнопланові. Саме тому проблема екзистенціалу страху та його місця у житті сучасної людини потребує подальшого розгляду і нових обґрунтувань. Відкритими залишаються питання взаємовідношення страху та тривоги як екзистенціалів буття, питання місця екзистенціалу страху у суспільно-політичному, соціокультурному житті сучасної людини тощо.

РОЗДІЛ 2

ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ВПЛИВУ ЕМОЦІЙНИХ СТАНІВ ТА ІНДИВІДУАЛЬНО-ТИПОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ У ХВОРИХ НА ВИРАЗКУ ШЛУНКОВО- КИШКОВОГО ТРАКТУ

2.1. Методика та організація дослідження

Аналіз відповідної літератури показує, що в найбільш загальному розумінні це поняття розглядається як своєчасне попередження загострення психосоматичного захворювання. При цьому, в ньому можна виділити два аспекти – «клінічний» і «психологічний». «Клінічний» – це об'єктивне оцінювання стану пацієнта на рівні функціонального діагнозу [129], [130]. «Психологічний» – це аналіз психологічних факторів, що обумовлюють стан здоров'я людини, а також вивчення впливу індивідуально-психологічних особливостей на формування психосоматичної патології [75], [126], [129], [130], [276]. Але подібне розуміння сутності прогнозування психосоматичного захворювання, на наш погляд, є обмеженим, бо при цьому здебільшого залишаються поза увагою часові характеристики клінічного та психологічного рівнів, вплив яких може забезпечити своєчасне діагностування перебігу психосоматичних порушень. Таким чином, застосування комплексного багаторівневого підходу дослідження перебігу психосоматичних захворювань із врахуванням «хронометричного» аспекту в патогенезі цих розладів є обов'язковою умовою своєчасної та ефективної профілактичної роботи, спрямованої на подолання хронізації психосоматичних порушень.

Головне завдання хронопсихологічного прогнозування перебігу психосоматичних захворювань полягає у підвищенні ефективності попередження цих розладів [289]. До основних заходів прогнозування перебігу

психосоматичних захворювань, що спрямовані на вирішення вказаного завдання, різні автори відносять такі: розробку інтегративної концепції психосоматичного порушення, алгоритму прогнозування перебігу захворювання, програми ефективної медико-психологічної профілактичної роботи тощо [9], [25], [32], [46], [53], [55], [61], [66]. При цьому не можна не погодитися з думкою С. Максименка [216, 15], що «...наукові дослідження повинні давати цілісні, а не розрізнено-елементні знання і відображати логіку об'єкта, а не логіку дослідників». Нам здається, що мова повинна йти про інтеграцію предмета наукової медицини – ним має стати хронопсихологічний підхід у медичній психології.

Подібний алгоритм був розроблений Савенковою І.І. [311], [314] та достатньо успішно апробований на прикладі таких психосоматичних захворювань, як кардіологічні, нефроурологічні, гастроентерологічні, пульмонологічні та суміжні невротичні і соматоформні розлади. Основні принципи та зміст розробленого алгоритму подано нижче.



Рис. 2.1. Структура хронометричного дослідження

Структура багаторівневого клініко-психолого-хронометричного дослідження має такі складові:

1) **клінічний:** вивчення анамнезу захворювання, клінічне обстеження, аналіз лабораторних та інструментальних методів обстеження, постановка клінічного діагнозу;

2) **психологічний:** вивчення преморбідних особливостей особистості, структури особистості осіб, схильних до психосоматичних розладів та психодіагностичне обстеження особистісних особливостей хворих на психосоматичне захворювання;

3) **хронометричний:** вивчення характеристик суб'єктивного сприйняття часу осіб із психосоматичними розладами;

4) **синдромологічний:** виділення і вивчення провідних синдромів дезадаптації, психосоматичних скарг та розладів;

5) **терапевтичний:** використання психотерапевтичних та медичних лікувальних методів у процесі інтегративної терапії осіб із психосоматичними розладами;

6) **профілактичний:** розробка хронопсихологічних програм для профілактики і реабілітації психосоматичних хворих.

Психологічні методи дослідження прогнозування перебігу психосоматичних захворювань. Психологічне прогнозування перебігу психосоматичних захворювань передбачає взаємопов'язане використання двох основних груп методів:

1) методів отримання інформації та 2) методів прогнозування. За допомогою першої групи методів (дослідницькі методи) отримують необхідну для ефективного прогнозування інформацію (про форми та рівні прояву тривожності, депресії, агресії; оцінку невротичних станів; локалізацію контролю над значущими подіями; типи поведінки у конфлікті; схильність або

наявність прояву стану іпохондрії, депресії, істерії, психопатії, паранояльності, психастенії, шизоїдності та гіпоманії; виразність властивостей темпераменту; самооцінку болю і т.ін.). Друга група методів використовується з метою прогнозування перебігу психосоматичних захворювань в широкому розумінні (включаючи прогнозування впливу емоційних факторів та особистісних характеристик на перебіг захворювання тощо).

Проводячи систематичне визначення хронотипу психосоматичних хворих, які страждають на психосоматичні захворювання, ми перевіряли припущення – локалізацію домінуючої хвороби у межах своєї типологічної групи.

Аналіз віку хворих від дати народження до початку захворювання дає змогу виявити, коли «місце найменшого опору» виявляється найбільш вираженим, що допоможе спрогнозувати періодичність загострення психосоматичного захворювання.

Підтверджуючи припущення, що домінуюча хвороба локалізується у межах переважно своєї типологічної групи, ми спробували визначитись із психологічним портретом хворих на психосоматичні захворювання.

Обстеження індивідів, які страждають на різні за нозологічними формами хронічні психосоматичні захворювання, дасть можливість прогнозувати розподіл психологічних симптомів цих хвороб у тривалості хронотипу та побудувати «психологічний профіль особистості» таких хворих. Це надасть можливість виокремити основні психологічні діагностичні критерії прояву кожної окремої патології та з їх урахуванням розробити відповідні медико-психологічні реабілітаційні заходи щодо попередження загострення хронічного психосоматичного процесу.

Таким чином, хворі психосоматичного профілю потребують комплексного психолого-соматичного обстеження з метою прогнозування перебігу їх психосоматичного захворювання. Тому дослідницька процедура нами була спрямована на виявлення взаємозв'язку і взаємозалежності індивідуально-типологічних особливостей у суб'єктів із соматичними

порушеннями від часових параметрів (часових характеристик, фактора часу, одиниці часу) і співвідношення між ними.

Посилаючись на твердження Ф.Александера [9], що «психологічні фактори», впливаючи на фізіологічні процеси, повинні підлягати настільки ж детальному та ретельному вивченню, як це прийнято при дослідженні фізіологічних процесів», ми дослідили «актуальний психологічний стан» психосоматичного розладу за допомогою психодіагностичних методик і визначили кореляційний зв'язок отриманих діагностичних показників із значенням хронотипу.

Для психологічної діагностики психосоматичних і соматоформних розладів провідні фахівці у цій галузі, передусім, рекомендують застосовувати різноманітні опитувальники. Найуживанішими з них є: Шкала скринінгу соматоформних розладів (SOMS), Фрайбурзький особистісний опитувальник (FPI-R), Шкала соматичних порушень, Псенівський опитувальник соматичних скарг (GBB), Контрольний список симптомів - Symptom-Check-List (SCL-90-R), ММРІ шкала «іпохондрії» (ММРІ Subskala “Hypochondrie”), Sivik Psycho Somatik Test (SPS), що базується на шкалах ММРІ (іпохондрія, депресія, істерія) та шкалі алекситимії, опитувальник поведінкових розладів (IBQ), Шкала іпохондрії-істерії (ННІ), Торонтська Алекситимічна Шкала (TAS). *На жаль, окрім Шкали скринінгу соматоформних розладів (SOMS), ні одна шкала не пройшла валідації згідно із концепцією соматоформних розладів. Щоправда, для Контрольного списку симптомів - Symptom-Check-List (SCL-90-R) вказувалось, що існує певна кореляція між кількістю симптомів у відповідності до симптомів соматизації за DSM-III-R і рівнем шкали «соматизація» [2; 7; 9; 12; 17; 19; 45; 51; 373; 54; 55; 65; 382].*

Таким чином, ми бачимо перелік вищезначених методик, які використовуються у діагностиці психосоматичних проблематики захворювань, але необхідно зауважити, що адаптованих методик серед них замало, тому у нашому дослідженні ми використовували лише доступні психодіагностичні методики.

2.2. Методи емпіричного дослідження психічного стану хворих на соматичні порушення

Спостереження – це один із основних методів дослідження в психології [219]. При проведенні досліджень, пов'язаних із вирішенням таких складних завдань, як вивчення та прогнозування перебігу психосоматичних порушень, важко обійтись без використання цього методу, бо, як справедливо зазначає С.Максименко, “спостереження – це найбільш безпосередній спосіб одержання дослідних даних, і в цьому полягає його виняткова цінність як методу наукового пізнання” [218].

У наших дослідженнях спостереження виступило як додатковий метод. На різних етапах і з різними групами досліджуваних нами були використані такі різновиди спостереження:

- безпосереднє та опосередковане;
- вибіркоче (фіксація уваги на певних параметрах скарг чи типах поведінкових актів хворих) та вичікувальне;
- включене і невключене;
- неформалізоване.

Бесіда вважається специфічним для психології (а також для споріднених з нею наук – медицини, педагогіки, соціології) методом дослідження поведінки людини, оскільки в інших природничих науках комунікація між суб'єктом і об'єктом дослідження неможлива. Бесіда є діалогом між двома людьми, в ході якого одна людина виявляє психологічні особливості іншої [120]. Цей метод використовувався нами і включав елементи таких його різновидів, як клінічна бесіда й інтерв'ю.

Метод експертної оцінки полягає в отриманні інформації від компетентних осіб (експертів), які добре знають явища, що оцінюються [218]. У наших дослідженнях експертна оцінка застосовувалась для оцінки соматичного стану хворого. Експертами виступали лікарі вузького спрямування (кардіологи, нефрологи, урологи, гастроентерологи, пульмонологи, неврологи), які

оцінювали клінічний стан хворого на період проведення досліджень. Експертна оцінка виступала одним із критеріїв оцінки результативності прогнозування, чи “продуктивного” критерію ефективності первинної та вторинної профілактики захворювання.

Експеримент – це формальний дослідний процес, під час якого експериментатор у контрольованих умовах здійснює систематичне спостереження за реакціями досліджуваних на змінювані фактори (маніпулювання незалежною змінною) [65]. В процесі проведення емпіричного дослідження нами були застосовані наступні психодіагностичні методики.

1. Шкала реактивної та особистісної тривожності Спілбергера - Ханіна

Тривожність як риса особистості пов'язана з генетично детермінованими властивостями мозку, що зумовлюють постійно підвищений рівень емоційного збудження, емоцій тривоги [7, 67].

Особистісна тривожність характеризує стійку спрямованість особистості сприймати велике коло ситуацій як загрозові й реагувати на них збільшенням тривожності. Дуже висока особистісна тривожність тісно корелює із наявністю невротичного конфлікту, з емоційними і невротичними зривами, психосоматичними захворюваннями. Реактивна тривожність характеризується занепокоєнням, напругою, знервованістю. Наслідком дуже високої реактивної тривожності може стати порушення уваги і тонкої координації рухів [7, 55].

Але тривожність далеко не завжди можна розглядати як негативну якість. Певний рівень тривожності є природною особливістю активної особистості. При цьому існує оптимальний індивідуальний рівень “корисної тривоги” [9, 88].

Зважаючи на вказане, дослідження тривожності може надати дуже суттєву інформацію про психічний компонент адаптаційних можливостей хворої людини. Обрана нами методика самооцінки рівня тривожності вважається надійним та інформативним засобом самооцінки рівня тривожності – реактивної (ситуативної) і особистісної (як стійкої характеристики людини).

Вона була розроблена американським психологом Ч.Спілбергером, адаптована Ю.Ханіним і зарекомендувала себе як надійний та ефективний метод дослідження психічного стану людини в різних формах прояву психосоматичного стану [55], [68], [83], [107], [219].

Процес дослідження полягає в тому, що досліджуваному пропонується відповісти на 40 запитань (закресливши відповідну цифру від 1 до 4), з яких перші 20 характеризують реактивну тривожність (РТ), а наступні 20 – особистісну (ОТ) [218, 68-73]. Час на тестування з використанням стандартного бланкового варіанта, як правило, становить 3 - 5 хвилин. Рівень тривожності, залежно від отриманих результатів, класифікується як низький, середній чи високий.

Показники РТ та ОТ обчислюються за формулами: $РТ = А - Б + 50$, де А – сума закреслених цифр по пунктах шкали 3, 4, 6, 7, 9, 12,13, 14, 17, 18; Б – сума інших цифр. $ОТ = В - Г + 35$, де В – сума закреслених цифр по пунктах шкали 22, 23, 24, 25, 28, 29, 31, 32, 34,35, 37, 38, 40; Г – сума інших цифр.

Ці показники можуть змінюватися від 20 до 80 і класифікуються: 30 і менше балів – низький рівень тривожності; 31 - 45 балів – середній; понад 45 балів – високий (див. додаток А).

2. Опитувальник Бека

Опитувальник призначений для діагностики депресивних станів [218, 53-56].

Не дивлячись на те, що твердження тесту дуже прямі та дозволяють досліджуваному приховувати свій стан, використання опитувальника у клінічній практиці показує його високу ефективність під час скринінгових та попередніх обстежень.

Тестування проводиться у груповому та індивідуальному варіантах. Результати опитувальника високо корелюють із особистісною ситуативною тривожністю, прояви якої будуть діагностуватися на попередньому етапі дослідження.

Усі твердження опитувальника Бека є прямими, тому для підрахунку загального результату необхідно просто підсумувати усі бали, відповідно до вибраних стверджень (див. додаток).

Опитувальник нараховує тринадцять груп (А-Н) із чотирьох тверджень (0-3). Необхідно прочитати кожну групу тверджень загалом. Потім вибрати з кожної групи одне твердження, яке краще відповідає тому, як ви себе почуваєте сьогодні, тобто прямо зараз. Обвести номер вибраного вами твердження. Якщо декілька тверджень із одної групи однаково підходять вам, то потрібно обвести усі їх номери.

Вважається, що досліджуваний страждає на депресію, якщо він набрав більше 25 балів. Результат менше 10 балів говорить про відсутність депресивних тенденцій та задовільного емоційного стану. Проміжну групу складають досліджувані з легким рівнем депресії ситуативного або невротичного генезу.

У будь-якому випадку, інтерпретуючи результати опитувальника, ми враховуємо те, що стан депресії встановлюється спеціалістами внаслідок обстеження та клінічної бесіди, а результати опитувальника можуть дати лише попередню та приблизне уявлення щодо стану досліджуваного.

3. Опитувальник рівня суб'єктивного контролю Роттера

Опитувальник діагностує локалізацію контролю над значущими подіями. В його основі лежить розрізнення двох локусів контролю – інтернального і екстернального та, відповідно, двох типів людей – інтерналів та екстернатів [218, 145-151].

Інтернальний тип. Людина вважає, що події, які відбуваються з нею, залежать, насамперед, від її особистих якостей (компетентності, цілеспрямованості, рівня здібностей та ін.) і є закономірними наслідками її власної діяльності.

Екстернальний тип. Людина переконана, що її успіхи та невдачі залежать, насамперед, від зовнішніх обставин – умов зовнішнього середовища, дії інших людей, випадковостей, удачі або невдачі та ін.

Будь-який індивід займає певну позицію на континуумі, який задано цими полярними локусами контролю.

Аналізують кількісні та якісні показники рівня суб'єктивного контролю (РСК) за сімома шкалами, порівнюючи результати (отриманий «профіль») з нормою (див. додаток В). Нормальним вважається значення стена, що дорівнює 5. Відхилення вправо (6 та більше стенів) є свідченням інтернального типу рівня суб'єктивного контролю у відповідних ситуаціях, відхилення вліво (4 та менше стенів) є свідченням екстернального типу.

Дослідження самооцінки людей із різними типами суб'єктивного контролю показали, що люди із низьким РСК характеризують себе як егоїстичних, залежних, несправедливих, ворожих, невпевнених, нещирих, несамостійних, дратівливих, вважають здоров'я та хворобу результатом випадку та сподіваються на те, що одужання прийде у результаті дій інших, насамперед, близьких людей.

Люди із високим РСК вважають себе добрими, незалежними, рішучими, справедливими, здібними, приязними, чесними, самостійними, відповідальними за власне здоров'я: якщо людина хвора, то звинувачує у цьому саму себе та наполягає, що одужання багато у чому залежить від її дій.

4. Методика діагностики показників і форм агресії А.Басса та А.Дарки

Цей опитувальник автори запропонували для виявлення важливих показників та форм агресії, таких, як: фізична, вербальна, посередня агресії, негативізм, роздратованість, підозрілість, образа, аутоагресія [218, 98-104]. Прочитавши запропоновані твердження, необхідно визначитись, наскільки вони відповідають вашому стилю поведінки, вашому способу життя. При цьому необхідно відповісти однією з чотирьох можливих відповідей: «так», «мабуть, так», «мабуть, ні», «ні» (див. додаток Д).

При співпадінні номеру питання та типу відповіді (так / ні) показнику надається значення 1, при неспівпадінні – 0.

1. Фізична агресія – використання фізичної сили проти іншої особи: 1+, 9-, 17-, 25+, 33+, 41+, 48+, 55+, 62+, 68+. К=11.

2. Вербальна агресія – виразність негативних почуттів як через форму (сварка, крик), так і через зміст словесних звернень до інших осіб (загроза): 7+, 15+, 23+, 31+, 39-, 46+, 53+, 60+, 66-, 71+, 73+, 74-, 75-. К=8.

3. Побічна агресія – використання непрямим шляхом спрямованих проти інших осіб пліток, жартів та прояви неупорядкованих вибухів люті: 2+, 10+, 18+, 26-, 34+, 42+, 49-, 56+, 63+. К=13.

4. Негативізм – опозиційна форма поведінки, спрямована проти авторитету та керівництва, яка може збільшуватись від пасивного опору до активних дій проти вимог, правил, законів: 4+, 12+, 20+, 28+, 36-. К=20.

5. Подразнення – схильність до подразнення, готовність при незначному збудженню перейти до запальності, грубості: 3+, 11-, 19+, 27+. 35-, 43+, 50+. 57+, 64+, 69-, 72+. К=9.

6. Підозрілість – схильність до недовіри та обережному відношенню до людей, переконаність, що навколишні мають намір спричинити шкоду: 6+, 14+, 22+. 30+, 38+, 45+, 52+. 59+, 65-, 70-. К=11.

7. Образа – прояв заздрості та ненависті до оточуючих, зумовлені почуттям гніву, невдоволеності будь ким або усім світом за дійсні чи уявні страждання: 5+, 13+, 21+, 29+, 37+, 44+, 51+, 58+. К=13.

8. Почуття провини, або аутоагресії, – відношення та дії до себе або оточуючих, що базуються на підґрунті переконання у тому, що він є поганою людиною, вчиняє недобре: 8+, 16+, 24+, 32+. 40+, 47+, 54+, 61+, 67+. К=11.

Сумарні показники дозволяють підрахувати індекс агресивності та ворожості:

$(\langle 1 \rangle + \langle 2 \rangle + \langle 3 \rangle) : 3 = \text{IA}$ – індекс агресивності; $(\langle 6 \rangle + \langle 7 \rangle) : 2 = \text{IV}$ – індекс ворожості.

При обробці даних відповіді «так» та «мабуть, так» поєднуються – додаються, як відповіді «так» (+); відповіді «ні» та «мабуть, ні» додаються, як відповіді «ні» (--). Сума балів, помножена на коефіцієнт К, вказаний при кожному параметрі агресивності, дозволяє отримати зручні для

співставлення – нормовані – значення кожного показника та двох

сумарних індексів.

5. Тест Томаса – типи поведінки у конфлікті

Для опису типів поведінки людей у конфліктах К.Томас вважає, що можна застосувати двомірну модель регулювання конфліктів, в якій основоположними є кооперація, пов'язана із увагою людини до інтересів інших людей, які залучені до ситуації, та настирливість, для якої характерний акцент на власних інтересах [218, 104-109].

Виділяють п'ять засобів регулювання конфліктів, що визначаються у відповідності із двома засадними вимірюваннями (кооперація та конкуренція):

1. Змагання (конкуренція) – прагнення домогтися своїх інтересів за рахунок іншого.
2. Пристосування – принесення у жертву власних інтересів заради іншого.
3. Компроміс – погодження на основі взаємних поступок; пропозиція варіанту, що усуває протиріччя.
4. Уникнення – відсутність прагнення до кооперації та відсутність тенденції щодо досягнення власних цілей.
5. Співробітництво – учасники ситуації приходять до альтернативи, яка повністю задовольняє інтереси обох сторін.

У своєму опитувальнику щодо виявлення типових форм поведінки К.Томас описує кожен із п'яти перерахованих можливих варіантів 12 судженнями про поведінку індивіда у конфліктній ситуації. У різних варіантах вони згруповані по 30 пар, у кожній із яких респонденту пропонують вибрати те судження, яке є найбільш типовим для характеристики його поведінки (див. додаток Ж).

Відповіді на питання заносяться до бланку.

Має місце два варіанти відповідей, із яких потрібно вибрати один, що переважно відповідає вашим поглядам, вашій думці про себе. Відповідь потрібно надати швидко.

Ключ до опитувальника:

1. Змагання: 3А, 6В, 8А, 9В, 10А, 13В, 14В, 16В, 17А, 22В, 25А, 28А.
2. Співробітництво: 2В, 5А, 8В, 11А, 14А, 19А, 20А, 21В, 23В, 26В, 28В, 30В.
3. Компроміс: 2А, 4А, 7В, 10В, 12В, 13А, 18В, 22А, 23А, 24В, 26А, 29А.
4. Уникнення: 1А, 5В, 6А, 7А, 9А, 12А, 15В, 17В, 19В, 20В, 27А, 29В.
5. Пристосування: 1В, 3В, 4В, 11В, 15А, 16А, 18А, 21А, 24А, 25В, 27В, 30А.

У ключі кожна відповідь А чи В дає уяву щодо кількісної виразності: змагання, співробітництва, компромісу, уникнення та пристосування. Якщо відповідь співпадає з ключем, то їй надають значення 1, а якщо не співпадає, то значення 0. Кількість балів, що набрав індивід за кожною шкалою, дає уяву щодо виразності у нього тенденції до прояву відповідних форм поведінки у конфліктних ситуаціях. Для обробки результатів зручно використовувати маску. Опитувальник Міні-мульти (скорочений варіант міннесотського багатомірного особистісного переліку ММРІ)

Опитувальник Міні-мульти – це скорочений варіант ММРІ, який містить 71 питання, 11 шкал [218, 122-124].

Перші 3 шкали – оціночні - вимірюють щирість досліджуваного, ступінь істинності результатів тестування та величину похибки, яка заноситься із великою обережністю.

За шкалами запропонованого опитувальника діагностують схильність або наявність прояву стану іпохондрії, депресії, істерії, психопатії, паранояльності, психастенії, шизоїдності та гіпоманії (див. додаток 3).

1. Шкала брехні – оцінює щирість досліджуваного.
2. Шкала достовірності – виявляє недостовірні відповіді: чим більше значення за цією шкалою, тим менш достовірні результати.
3. Шкала корекції – згладжує спотворення, які вносяться з обережністю та контролем досліджуваного під час тестування. Високі показники за цією шкалою свідчать про неусвідомлений контроль за

поведінкою.

Останні 8 шкал є базисними та оцінюють властивості особистості:

4. Іпохондрія – близькість досліджуваного до астено-невротичного типу. Досліджувані з високими оцінками повільні, пасивні, усьому вірять, покірливі владі, повільно пристосовуються, погано переносять зміну умов, легко втрачають рівновагу у соціальних конфліктах.

5. Депресія. Високі оцінки мають чуттєві, сенситивні особи, які схильні до тривоги, сором'язливі. У справі вони старанні, високоморальні та обов'язкові, але не здатні приймати рішення самостійно, у них немає впевненості у собі, при незначних поразках вони впадають у відчай.

6. Істерія. Виявляє осіб, схильних до неврологічних захисних реакцій конверсійного типу. Вони використовують симптоми соматичного захворювання як засіб запобігти відповідальності. Усі проблеми вирішують шляхом хвороби. Головна особливість таких людей є прагнення видаватись більш значущими, ніж вони є насправді, прагнення звернути на себе увагу у будь-якому разі. Почуття таких людей поверхневі та інтереси неглибокі.

7. Психопатія. Високі оцінки за цією шкалою вказують на соціальну дезадаптацію, такі люди агресивні, конфліктні, нехтують соціальними нормами та цінностями. Настрій у них нестійкий, вони легко ображаються, збудливі та чуттєві.

8. Паранояльність. Основна риса людей із високими показниками за цією шкалою – схильність до формування надцінних ідей. Ці люди агресивні та злопам'ятні. Хто не згоден із ними, хто думає інакше, той або дурний, або ворог. Свої погляди вони активно нав'язують, тому мають конфлікти з оточуючими. Власні незначні вдачі вони завжди переоцінюють.

9. Психастенія. Діагностує осіб із тривожно-недовірливим типом характеру, яким властива тривожність, боязкість, нерішучість, постійні сумніви.

10. Шизоїдність. Особа із високими показниками за цією шкалою властивий шизоїдний тип поведінки. Вони здатні відчувати та сприймати

абстрактні образи, водночас повсякденні радощі та прикрощі не викликають у них емоційного відгуку. Таким чином, загальною рисою шизоїдного типу є поєднання завищеної чутливості з емоційною прохолодністю та відчуженість у міжособистісних відношеннях.

11. Гіпоманія. Для осіб із високими оцінками за цієї шкалою притаманний завищений настрій незалежно від обставин. Вони активні, діяльні, енергійні та життєрадісні. Вони люблять роботу з частими перервами, охоче контактують із людьми, водночас інтереси їх поверхневі та нестійкі, їм бракує витримки та наполегливості.

7. Методика визначення психологічної характеристики темпераменту

Опитувальник темпераменту Д.Райгородського дозволяє діагностувати наступні полярні його властивості: екстраверсію – інтроверсію, ригідність – пластичність, емоційну збудливість – емоційну врівноваженість, темп реакцій (швидкий – повільний), активність (високу – низьку), а також відвертість досліджуваного у відповідях на питання [278, 70-74].

На початку обробки результатів опитування оцінюють відвертість відповідей за допомогою шкали: висока – 13-20 балів, середня – 8-12 балів, низька – 0-7 балів (див. додаток К).

Обробку результатів зручно проводити за допомогою масок.

Потім, користуючись таблицею «Середні оцінки та зони виразності властивостей темпераменту», визначають ступінь виразності кожної властивості та фіксують письмово.

Коди опитувальника:

Таблиця 2.1

**Середні оцінки та зони виразності властивостей
темпераменту**

Властивості темпераменту	Відповіді «так»	Бал	Відповіді «ні»	Бал
1. Екстраверсія	1,2,23,19,25,31,37,4,43	3,2	2	1
2. Ригідність	8,26,32,2,14,20,38,44	3	37,19,46	1,2
3. Емоцій збудливість	15,21,33,39,45,3,9,27	3,2,1		
4. Темп реакцій	4,16,28,10,22,34,40,46,17,29,37	3,2,1		
5. Активність	5,11,17,23,29,35,41,47,10	3,1	38	1
6. Відвертість	30,36,42,48,6,12,18,25,24	3,2,1	23	1

Екстраверсія	Ригідність	Емоційна збудливість	Темп реакцій	Активність
22-26 дуже висока	16-23 дуже висока	18-20 дуже висока	20-22 дуже високий	24-26 дуже висока
17-21 дуже висока	12-15 висока	14-17 висока	14-19 високий	21-23 висока
16-13 середня	8-10 середня	13 середня	9-13 середній	14-20 середня
12-16 середня	7-11 середня	8-12 середня	5-8 повільний	9-13 низька
7-11 висока	3-6 висока	4-7 висока	0-4 дуже повільний	0-8 дуже низька
0-6 дуже висока	0-2 дуже висока	0-3 дуже висока		
Інтроверсія	Пластичність	Емоційна врівноваженість		

2.3. Аналіз результатів емпіричного дослідження

2.3.1. Прогностичні показники психологічної характеристики темпераменту

Опитувальник за методикою визначення психологічної характеристики темпераменту Д.Райгородського (див. додаток К) дозволив нам діагностувати наступні полярні його властивості: екстраверсію – інтроверсію, ригідність – пластичність, емоційну збудливість – емоційну врівноваженість, темп реакцій (швидкий – повільний), активність (високу – низьку) у типологічних групах безперервного спектру «т – типів».

Методика визначення психологічної характеристики темпераменту дозволила виявити індивідуально-типологічні властивості особистості у 760 хворих та їх локалізацію у спектрі «хронотипу» (табл. 5.16; 5.17; 5.18; 5.19; 5.20).

Як переконують результати дослідження прояви екстра-інтровертованості індивідів у спектрі «хронотипу» (табл. 5.16), у окремих діапазонах наступні:

$0,7 \leq X_t < 0,8$ – екстраверсія дуже висока; $0,8 \leq X_t < 0,86$ – екстраверсія висока;

$0,86 \leq X_t \leq 0,94$ – середній рівень екстра-інтровертованості; $0,94 < X_t \leq 1,0$ – інтроверсія висока;

$1,0 < X_t \leq 1,1$ - інтроверсія дуже висока

Таблиця 2.2

**Рівень показників екстраверсії-інтроверсії у спектрі
«хронотипу»**

Екстраверсія (в балах)	«хронотип»	Кількісний розподіл досліджуваних (760 = 100 %)	
		кількість осіб	%
22-26	$0,7 \leq X_T < 0,8$	114	15
17-21	$0,8 \leq X_T < 0,86$	305	40
12-16	$0,86 \leq X_T \leq 0,94$	53	7
7-11	$0,94 < X_T \leq 1,0$	190	25
0-6	$1,0 < X_T \leq 1,1$	98	13

Результати дослідження (табл. 5.17) доводять, що показники прояву ригідності – пластичності у спектрі «хронотипу» мають наступний вигляд:

$0,7 \leq X_T < 0,8$ – пластичність дуже висока; $0,8 \leq X_T < 0,86$ – пластичність висока;

$0,86 \leq X_T \leq 0,94$ – середній рівень пластичності-ригідності; $0,94 < X_T \leq 1,0$ – ригідність висока;

$1,0 < X_T \leq 1,1$ - ригідність дуже висока.

Показники емоційної збудливості врівноваженості у типологічних групах (табл. 5.18) мають наступний вигляд:

$0,7 \leq X_T < 0,8$ – емоційна збудливість дуже висока; $0,8 \leq X_T < 0,86$ – емоційна збудливість висока;

$0,86 \leq X_T \leq 0,94$ – середній рівень емоційної збудливості - врівноваженості; $0,94 < X_T \leq 1,0$ – емоційна врівноваженість висока;

$1,0 < X_T \leq 1,1$ – емоційна врівноваженість дуже висока.

Таблиця 2.3

**Рівень показників ригідності - пластичності у спектрі
«хронотипу»**

Ригідність (в балах)	«хронотип»	Кількісний розподіл досліджуваних (760 = 100 %)	
		кількість осіб	%
0-2	$0,7 \leq X_T < 0,8$	116	15
3-6	$0,8 \leq X_T < 0,86$	303	40
7-11	$0,86 \leq X_T \leq 0,94$	50	7
12-15	$0,94 < X_T \leq 1,0$	195	25
16-23	$1,0 < X_T \leq 1,1$	100	13

Таблиця 2.4

**Рівень показників емоційної збудливості -
врівноваженості у спектрі «хронотипу»**

Емоційна збудливість (в балах)	«хронотип»	Кількісний розподіл досліджуваних (760 = 100 %)	
		кількість осіб	%
18-20	$0,7 \leq X_T < 0,8$	115	15
14-17	$0,8 \leq X_T < 0,86$	304	40
8-13	$0,86 \leq X_T \leq 0,94$	54	7
4-7	$0,94 < X_T \leq 1,0$	194	25
0-3	$1,0 < X_T \leq 1,1$	97	13

Важливою характеристикою темпераменту є темп реакцій. Порівнюючи показники хронотипу індивіда та темпу реакцій (див. табл.5.19), приходимо до

висновку, що в інтервалах:

$0,7 \leq X_T < 0,8$ – темп реакцій дуже високий;

$0,8 \leq X_T < 0,86$ – темп реакцій високий; $0,86 \leq X_T \leq 0,94$ – темп реакцій середній; $0,94 < X_T \leq 1,0$ – темп реакцій повільний;

$1,0 < X_T \leq 1,1$ – темп реакцій дуже повільний.

Таблиця 2.5

Рівень показників темпу реакцій у спектрі «хронотипу»

Темп реакцій (в балах)	«хронотип»	Кількісний розподіл досліджуваних (760 = 100 %)	
		кількість осіб	%
18-20	$0,7 \leq X_T < 0,8$	118	17
14-19	$0,8 \leq X_T < 0,86$	301	38
9-13	$0,86 \leq X_T \leq 0,94$	58	8
5-8	$0,94 < X_T \leq 1,0$	195	26
0-4	$1,0 < X_T \leq 1,1$	92	12

Висока та низька активність є складовою характеристики темпераменту.

Її розподіл у спектрі «хронотипів» наступний (див. табл. 5.20): $0,7 \leq X_T < 0,8$ – темп реакцій дуже високий;

$0,8 \leq X_T < 0,86$ – темп реакцій високий; $0,86 \leq X_T \leq 0,94$ – темп реакцій середній; $0,94 < X_T \leq 1,0$ – темп реакцій повільний;

$1,0 < X_T \leq 1,1$ – темп реакцій дуже повільний.

Отримані результати дослідження психологічних характеристик темпераменту дають змогу прийти до висновків, що темперамент індивіда, хронотип якого знаходиться в інтервалі:

1. $0,7 \leq X_T < 0,8$ характеризується дуже високою екстраверсією, дуже високою пластичністю, дуже високою емоційною збудливістю, дуже високим темпом реакцій та дуже високою активністю.

2. $0,8 \leq X_T < 0,86$ характеризується високою екстраверсією, високою пластичністю, високою емоційною збудливістю, високим темпом реакцій та високою активністю.

Таблиця 2.6

Рівень показників активності у спектрі «хронотипу»

Темп реакцій (в балах)	«хронотип»	Кількісний розподіл досліджуваних (760 = 100 %)	
		кількість осіб	%
22-26	$0,7 \leq X_T < 0,8$	110	15
21-23	$0,8 \leq X_T < 0,86$	309	40
14-20	$0,86 \leq X_T \leq 0,94$	54	7
9-13	$0,94 < X_T \leq 1,0$	200	27
0-8	$1,0 < X_T \leq 1,1$	91	11

3. $0,86 \leq X_T \leq 0,94$ характеризується середнім рівнем екстраінтровертованості, ригідності – пластичності, емоційної збудливості – врівноваженості, середнім темпом реакцій та активності.

4. $0,94 < X_T \leq 1,0$ характеризується високою інтроверсією, ригідністю, емоційною врівноваженістю, низьким темпом реакцій та низькою активністю.

1.1 $1,0 < X_T \leq 1,1$ характеризується дуже високою інтроверсією, ригідністю, емоційною врівноваженістю, низьким темпом реакцій та низькою активністю.

Дані показники визначення психологічної характеристики темпераменту хворих на психосоматичні розлади виступили у якості прогностичних критеріїв хронопсихологічного прогнозування перебігу цих порушень, тобто визначили психотип «хронопсихологічного портрету» хворих на ці захворювання (див. параграф 5.3).

2.3.2.Прогностичні показники форми прояву локусу суб'єктивного контролю

Рівень суб'єктивного контролю пов'язаний із відчуттям людиною своєї сили, гідності, відповідальності за те, що відбувається, із самоповагою, соціальною зрілістю та самостійністю особистості.

Ці показники, а саме шкала інтернальності – ІЗ (індекс здоров'я), мають безпосереднє відношення і до стану здоров'я та хвороби (див. додаток В). Так високі показники ІЗ є підтвердженням того, що людина вважає себе багато в чому відповідальною за своє здоров'я: якщо вона хвора, то переважно звинувачує в цьому себе та вважає, що одужання переважно залежить від її дій. Людина з низьким ІЗ вважає здоров'я та хворобу результатом випадку та сподівається на те, що одужання настане внаслідок дій інших людей, насамперед лікарів.

Таке відношення до здоров'я та хвороби має безпосередній зв'язок із тривалістю процесу реконвалесценції (одужання) пацієнта, який страждає на психосоматичне захворювання. У зв'язку з цим виникає запитання: чи узгоджуються показники інтернальності здоров'я зі значенням хронотипу?

Психологічне обстеження, а саме, застосування у якості психологічного інструментарію метода хронометричної проби та опитувальника РСК (рівня суб'єктивного контролю) Роттера дозволило діагностувати локалізацію контролю над значущими подіями та здоров'ям у 350 хворих. Цей опитувальник дозволив диференціювати людей двох типів – інтерналів та екстернатів у спектрі «хронотипів».

Статистична обробка отриманих даних містила в собі визначення середнього арифметичного відхилення та застосування, при наявності, кореляційних відношень між значенням хронотипу індивіда та рівнем суб'єктивного контролю (табл. 5.21; 5.22; 5.23).

Було проаналізовано кількісні та якісні показники РСК за шкалою ІЗ в окремих діапазонах інтернальності, порівнюючи отриманий «профіль» у спектрі «хронотипів» з нормою.

Кореляційне відношення між значенням хронотипу індивіда та *рівнем суб'єктивного контролю* (табл. 5.21) показує, що високий зв'язок як у прямому, так і у зворотному порядку виявляється саме в інтервалах: $0,7 \leq X_T < 0,8$ та $0,8 \leq X_T < 0,86$.

Таблиця 2.7.

Рівень суб'єктивного контролю у спектрі «хронотипів» з відхиленням вліво (4 та менше стенів за шкалою ІЗ)

«хронотип»	Показник РСК (в стенах)	Кількісний розподіл досліджуваних (350 = 100 %)		η X _T , РСК	ηРСК, X _T
		кількість осіб	%		
$0,7 \leq X_T < 0,8$	1-2	265	75,7	0,98	0,99
$0,8 \leq X_T < 0,86$	3-4	42	12	0,65	0,70
$0,86 \leq X_T \leq 0,94$	3-4	21	6	0,47	0,51
$0,94 < X_T \leq 1,0$	4	16	4,6	0,26	0,27
$1,0 < X_T \leq 1,1$	4	6	1,7	0,15	0,16

η X_T, РСК – кореляційне відношення між значенням хронотипу та рівнем суб'єктивного контролю;

η РСК, X_T – зворотний зв'язок кореляційного відношення між рівнем суб'єктивного контролю та значенням хронотипу індивіда

Кореляційне відношення між значенням хронотипу індивіда та рівнем суб'єктивного контролю (табл. 5.22) показує, що високий зв'язок як у прямому, так і у зворотному порядку виявляється саме в інтервалах: $0,94 < X_T \leq 1,0$ та $1,0 < X_T \leq 1,1$.

Кореляційне відношення між значенням хронотипу індивіда та *рівнем суб'єктивного контролю* (табл. 5.23) показує, що високий зв'язок як у прямому, так і у зворотному порядку виявляється саме в інтервалі: $0,86 \leq X_T \leq 0,94$.

Таким чином, дослідження самооцінки хворих на психосоматичні захворювання з різними типами суб'єктивного контролю показали, що хронотип індивідів з низьким РСК здебільшого знаходиться в діапазонах: $0,7 \leq X_T < 0,8$ та $0,8 \leq X_T < 0,86$. Вони відносяться до екстернального типу рівня суб'єктивного контролю.

Таблиця 2.8.

Локалізація рівня суб'єктивного контролю у спектрі «хронотипів» з відхиленням вправо (6 та більше стенів за шкалою ІЗ)

«хронотип»	Показник РСК (в стенах)	Кількісний розподіл досліджуваних (350 = 100 %)		η X _T , РСК	ηРСК, X _T
		кількість осіб	%		
$0,7 \leq X_T < 0,8$	6	14	4	0,16	0,15
$0,8 \leq X_T < 0,86$	8	6	1,7	0,12	0,19
$0,86 \leq X_T \leq 0,94$	12	18	5	0,31	0,34
$0,94 < X_T \leq 1,0$	28	136	73	0,96	0,95
$1,0 < X_T \leq 1,1$	18	176	49	0,98	0,99

η X_T, РСК – кореляційне відношення між значенням хронотипу та рівнем суб'єктивного контролю;

η РСК, X_T – зворотний зв'язок кореляційного відношення між рівнем суб'єктивного контролю та значенням хронотипу індивіда

Хронотип індивідів з високим РСК знаходиться в діапазонах: $0,94 < X_T \leq 1,0$ та $1,0 < X_T \leq 1,1$. Вони відносяться до інтернального типу рівня суб'єктивного контролю. У діапазоні: $0,94 < X_T \leq 1,0$ знаходяться індивіди з нормальним значенням стена, тобто займають проміжне положення між екстернальним та інтернальним РСК.

Таблиця 2.9.

Локалізація рівня суб'єктивного контролю у спектрі «хронотипів» з нормою

«хронотип»	Показник РСК (в стенах)	Кількісний розподіл досліджуваних (350 = 100 %)		η _{X_T} , РСК	η _{РСК} , X _T
		кількість осіб	%		
$0,7 \leq X_T < 0,8$	4-5	14	3	0,17	0,16
$0,8 \leq X_T < 0,86$	4-5	44	13	0,14	0,16
$0,86 \leq X_T \leq 0,94$	5	228	65	0,97	0,96
$0,94 < X_T \leq 1,0$	28	48	14	0,56	0,55
$1,0 < X_T \leq 1,1$	18	16	5	0,48	0,49

η_{X_T}, РСК – кореляційне відношення між значенням хронотипу та рівнем суб'єктивного контролю;

η_{РСК}, X_T – зворотний зв'язок кореляційного відношення між рівнем суб'єктивного контролю та значенням хронотипу індивіда

Хронотип індивідів з високим РСК знаходиться в діапазонах: $0,94 < X_T$

$\leq 1,0$ та $1,0 < X_T \leq 1,1$. Вони відносяться до інтернального типу рівня суб'єктивного контролю. У діапазоні: $0,94 < X_T \leq 1,0$ знаходяться індивіди з нормальним значенням стена, тобто займають проміжне положення між екстернальним та інтернальним РСК. Підводячи підсумки, можна стверджувати, що тип локусу суб'єктивного контролю узгоджується із значенням хронотипу у типологічних групах та визначає психотип особистості, яка страждає на психосоматичне захворювання.

2.3.3. Прогностичні показники прояву типу поведінки у конфлікті

Для опису «психологічного портрету» хворого на психосоматичне захворювання, важливим компонентом є опис типів поведінки таких людей у конфліктах.

Для опису типів поведінки людей у конфліктах К.Томас вважає, що можна застосувати двомірну модель регулювання конфліктів, в якій основоположними є кооперація, пов'язана із увагою людини до інтересів інших людей, які залучені до ситуації, та настирливість, для якої характерний акцент на власних інтересах (див. додаток Ж).

Водночас людині притаманний певний тип поведінки в конфліктній ситуації, хоча іноді вона може пожалкувати, що саме так вчинила у розв'язанні проблеми. Тобто тип поведінки людини в конфліктній ситуації зумовлений, насамперед, типологією особистості. У зв'язку із цим спробуємо дослідити узгодженість між значенням хронотипу та типом поведінки в конфлікті.

У 340 досліджуваних тип поведінки у конфліктній ситуації практично узгоджується із значенням «хронотипу» (див. табл. 5.24).

Було виділено п'ять засобів регулювання конфліктів у спектрі «хронотипів», що визначаються у відповідності із двома засадними вимірюваннями (кооперація та конкуренція).

А саме:

1. Конкуренція. Цей тип поведінки (22%) переважає в індивідів із значенням хронотипу в діапазоні: $0,7 \leq X_T < 0,8$.

Вдаючись до такого типу поведінки, кожен із учасників конфлікту прагне перемоги, турбується лише про свої інтереси. Водночас, постійне прагнення перемогти має вплив на психосоматичний стан людини.

2. Уникання (втеча). Цей тип поведінки (17%) переважає в індивідів із значенням хронотипу в діапазоні: $0,94 < X_T \leq 1,0$.

Загалом, уникання, з одного боку, може бути «втечею» від проблеми та відповідальності, а з другого — цілком конструктивною реакцією на

конфліктну ситуацію. І якщо людина ігнорує її, не виражає свого ставлення до неї, то цілком можливо, що конфлікт розв'яжеться сам собою. За інших умов людина може повернутися до проблеми тоді, коли відчує готовність до цього.

Таблиця 2.10

**Прояви типу поведінки в конфліктній ситуації у спектрі
«хронотипів»**

«хронотип»	Кількісний розподіл дослід-их (340= 100 %)		Конку-ренція	Співробіт-ництво	Уникан-ня	Присто-сування	Комп-роміс
	кількі-сть осіб	%					
$0,7 \leq x < 0,8$	75	22	11-12	3-4	1-2	1-2	1-2
$0,8 \leq x < 0,86$	125	37	7-9	8-9	4-5	11-12	8-9
$0,86 \leq x \leq 0,94$	33	10	6-7	7-8	5-6	5-6	10-12
$0,94 < x \leq 1,0$	58	17	1-3	4-5	10-12	7-8	4-5
$1,0 < x \leq 1,1$	49	14	3-4	11-12	3-4	3-4	3-4
η x, Тк			0,97	0,98	0,98	0,97	0,98
η Тк, x			0,98	0,99	0,99	0,98	0,99

10-12 балів за шкалою – відповідає даному типу поведінки у конфлікті;

7-9 балів за шкалою – частково відповідає даному типу поведінки (за певних обставин);

< 9 балів за шкалою – не відповідає даному типу поведінки.

3. Пристосування. Цей тип поведінки (37%) переважає в індивідів із значенням хронотипу в діапазоні: $0,8 \leq X_T < 0,86$.

У кожному разі індивід іде на поступки, погоджується з тим, на чому наполягає його опонент.

Пристосування дещо нагадує уникання, оскільки передбачає перенесення вирішення проблеми на пізніше. Відмінність пристосування полягає в тому, що індивід діє разом зі своїм опонентом, пристає на його вимоги, пропозиції. Вдаючись до уникання, він нічого не робить для задоволення інтересів

опонента, а просто відштовхує від себе проблему. Поступаючись, погоджуючись або жертвуючи своїми інтересами на користь протилежної сторони, індивід може пом'якшити конфліктну ситуацію і відновити гармонію. Нерідко він використовує період затишшя, щоб виграти час і потім домогтися бажаного рішення.

Отже, пристосовуючись до думки іншого, людина пом'якшує конфліктну ситуацію, що може відновити гармонію.

4. Співробітництво. Така поведінка (14%) переважає в індивідів із значенням хронотипу в діапазоні: $1,0 < X_T \leq 1,1$.

Спрямована на пошук рішення, яке б задовольняло інтереси всіх сторін. Тому втягнуті в конфлікт сторони, захищаючи свої інтереси, намагаються плідно співпрацювати. Цей тип поведінки вимагає тривалішої роботи, оскільки індивіди спочатку висловлюють свої турботи, інтереси, потреби, а потім обговорюють їх. За наявності достатнього часу, актуальності проблеми для обох сторін цілком можливе вироблення взаємовигідного рішення. Особливо ефективно співробітництво, коли сторони мають різні приховані потреби, стратегічні цілі й плани на майбутнє, що і є безпосереднім джерелом конфлікту. Але спершу вони повинні відмовитися від сильного протистояння, обговорити проблему, шукаючи найраціональніших способів її розв'язання.

Попри те, що тип співробітництва потребує значних зусиль, немало часу, вміння висловити свої потреби, вислухати протилежну сторону, вироблення альтернативних варіантів розв'язання проблеми, він є найефективнішим щодо задоволення інтересів обох сторін у складних конфліктних ситуаціях. За такого типу поведінки домінує принцип: “Я прагну виграти і хочу, щоб Ви виграли також”.

Співробітництво є мудрим підходом у розв'язанні проблеми, найпродуктивнішою стратегією і стилем поведінки у конфліктах. Воно є конструктивним способом виходу із конфлікту, задоволення інтересів обох сторін.

5. Компроміс. Цей тип поведінки (10%) переважає в індивідів із

значенням хронотипу в діапазоні: $0,86 \leq X_T \leq 0,94$.

Передбачає врегулювання проблеми шляхом взаємних поступок. Він є особливо ефективним, якщо сторони усвідомлюють, що одночасне досягнення одного й того самого неможливе.

У деяких ситуаціях співробітництво виявляється непридатним (наприклад, жодна із сторін не має часу чи сил для співробітництва або їх інтереси взаємовиключаються). За таких умов може спрацювати компроміс. Він також часто є вдалим відступом або останньою можливістю знайти оптимальне рішення. Однак, якщо компроміс був досягнутий без ретельного аналізу інших можливих варіантів розв'язання проблеми, він може не бути оптимальним виходом з конфлікту.

Результати дослідження підлягли статистичному аналізу, за допомогою якого підраховувалось кореляційне відношення між «хронотипом» та домінуючим типом поведінки у конфліктній ситуації як у прямому, так і у зворотному порядку. Зв'язок виявився досить високим:

- 1) $r_{X_T, T_k} = 0,97 - 0,98$;
- 2) $r_{T_k, X_T} = 0,98 - 0,99$.

Існування високого зв'язку загалом можна пояснити тим, що тривалість «дійсного справжнього» є вродженою константою, що відображає індивідуально-типологічні особливості особистості, які переважно і зумовлюють виразність тенденції до прояву відповідної форми поведінки загалом та в конфліктних ситуаціях зокрема.

2.3.4 . Прогностичні показники оцінки властивостей особистості

За шкалами опитувальника Міні-мульти ми діагностували схильність або наявність прояву стану іпохондрії, депресії, істерії, психопатії, паранояльності, психастенії, шизоїдності та гіпоманії у хворих на психосоматичні захворювання.

Психологічне обстеження, а саме, застосування у якості психологічного

інструментарію метода хронометричної проби та опитувальника Міні-мульти дозволило діагностувати властивості особистості у 500 хворих та їх локалізацію у типологічних групах (табл. 5.25). Ми прорахували параметри розподілу - його числові характеристики, що вказують, де "в середньому" розташовуються значення ознаки, з метою побачити, наскільки ці значення змінюються, і чи спостерігаються домінування певних значень ознаки.

Результати дослідження переконують, що властивості особистості узгоджуються із значенням хронотипу у типологічних групах, а саме:

- $0,7 \leq X_T < 0,75$ – переважає істерія; $0,75 \leq X_T < 0,8$ – переважає психопатія;
- $0,8 \leq X_T \leq 0,85$ – переважає психастенія;
- $0,85 < X_T \leq 0,9$ – переважає гіпоманія; $0,91 \leq X_T \leq 0,94$ – переважає іпохондрія; $0,94 < X_T \leq 0,99$ – переважає депресія; $1,0 \leq X_T \leq 1,01$ – переважає шизоїдність;
- $1,01 < X_T \leq 1,03$ – переважає паранояльність.

Така диференціація властивостей особистості необхідна і в медицині, й у психології тому, що вона відповідає на запитання: у кого та у якій формі можуть проявлятися відповідні властивості особистості у спектрі «хронотипів».

2.3.5. «Хронопсихологічний портрет» хворих на психосоматичні захворювання

Врахування отриманих діагностичних хронопсихологічних критеріїв перебігу соматичного розладу дозволяє побудувати «хронопсихологічний портрет» хворих на психосоматичні захворювання.

Запропонований алгоритм хронопсихологічного прогнозування та отримані результати дослідження дозволили побудувати модель «хронопсихологічного профілю особистості» хворих на психосоматичні

захворювання органів серцево-судинної системи, шлунково-кишкового тракту, сечостатевої системи.

Таблиця 2.11.

Характеристика властивостей особистості психосоматичних хворих

№	СТАТЬ	ВІК	ВЛАСТИВІСТЬ	хт	ТИП
1-10	Ж	25-35	Істерія	0,7	Холерик
11-20	Ч	24-37	Істерія	0,7	Холерик
21-30	Ж	28-36	Істерія	0,71	Холерик
31-40	Ч	30-40	Істерія	0,71	Холерик
41-50	Ж	27-36	Істерія	0,72	Холерик
51-60	Ч	27-40	Істерія	0,72	Холерик
61-70	Ж	33-40	Істерія	0,73	Холерик
71-80	Ч	35-42	Істерія	0,74	Холерик
81-90	Ж	28-38	Психопатія	0,75	Холерик
91-100	Ч	30-43	Психопатія	0,75	Холерик
101-110	Ж	30-40	Психопатія	0,76	Холерик
111-120	Ч	28-43	Психопатія	0,76	Холерик
121-130	Ч	26-36	Психопатія	0,77	Холерик
131-140	Ж	28-39	Психопатія	0,78	Холерик
141-150	Ч	29-38	Психопатія	0,79	Холерик
151-160	Ч	38-45	Психастенія	0,8	Сангвінік
161-170	Ж	39-46	Психастенія	0,8	Сангвінік
171-180	Ч	30-47	Психастенія	0,81	Сангвінік
181-190	Ж	32-43	Психастенія	0,82	Сангвінік
191--200	Ж	28-38	Психастенія	0,83	Сангвінік
201-210	Ч	27-39	Психастенія	0,84	Сангвінік
211-220	Ж	21-36	Психастенія	0,85	Сангвінік
221-230	Ж	28-39	Гіпоманія	0,86	Рівноважний
231-240	Ч	37-49	Гіпоманія	0,87	Рівноважний
241-250	Ж	20-33	Гіпоманія	0,87	Рівноважний
251-260	Ч	32-48	Гіпоманія	0,88	Рівноважний
261-270	Ж	31-45	Гіпоманія	0,88	Рівноважний
271-280	Ж	30-47	Гіпоманія	0,89	Рівноважний
281-290	Ж	36-42	Гіпоманія	0,9	Рівноважний
291-300	Ж	35-45	Іпохондрія	0,91	Рівноважний
301-310	Ч	29-40	Іпохондрія	0,91	Рівноважний
311-320	Ж	30-43	Іпохондрія	0,91	Рівноважний
321-330	Ж	24-41	Іпохондрія	0,92	Рівноважний
331-340	Ч	26-39	Іпохондрія	0,92	Рівноважний
341-350	Ж	30-41	Іпохондрія	0,93	Рівноважний
351-360	Ж	28-48	Іпохондрія	0,94	Рівноважний
361-370	Ч	37-45	Депресія	0,95	Меланхолік
371-380	Ж	36-47	Депресія	0,96	Меланхолік
381-390	Ч	35-48	Депресія	0,97	Меланхолік
391-400	Ж	30-49	Депресія	0,98	Меланхолік
401-410	Ч	33-46	Депресія	0,98	Меланхолік
411-420	Ж	30-49	Депресія	0,99	Меланхолік
421-430	Ч	28-45	Депресія	0,99	Меланхолік
431-440	Ч	29-46	Шизоїдність	1,0	Меланхолік
441-450	Ж	30-48	Шизоїдність	1,01	Флегматик
451-460	Ч	28-49	Шизоїдність	1,01	Флегматик
461-470	Ж	29-45	Шизоїдність	1,01	Флегматик
471-480	Ч	34-49	Паранояльність	1,02	Флегматик
481-490	Ж	37-47	Паранояльність	1,02	Флегматик
491-500	Ч	28-46	Паранояльність	1,03	Флегматик

2.3.6. «Хронопсихологічний портрет» хворих на гастроентерологічні порушення

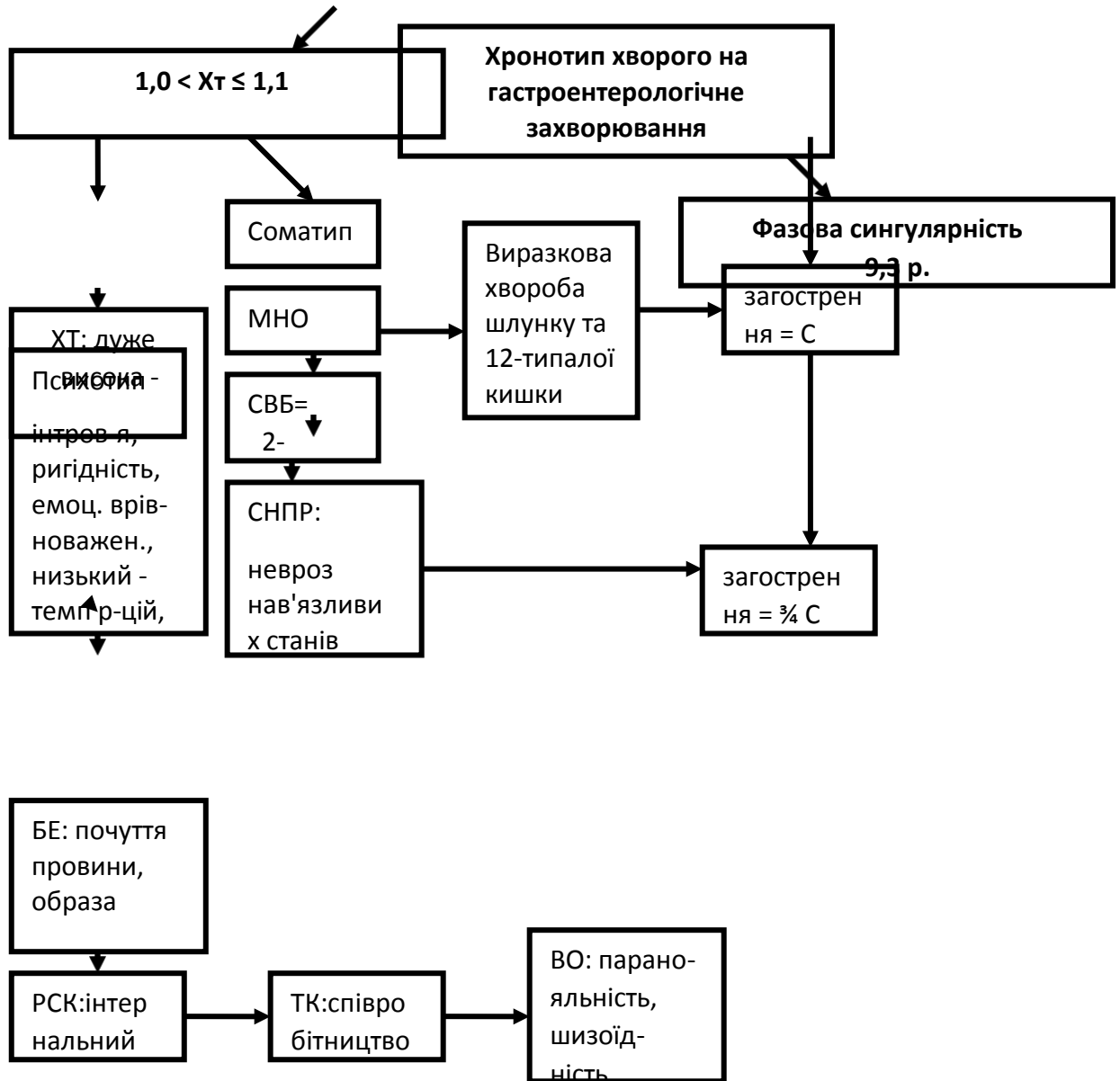


Рис.2.2. Модель «Хронопсихологічний профіль особистості» хворих на виразкову хворобу шлунку та 12-ти палої кишки

Засновуючись на моделі «хронопсихологічного профілю особистості» хворих на хвороби шлунку та дванадцятипалої кишки (рис.5.3), ми можемо побудувати хронопсихологічний портрет таких хворих.

А саме, індивіди з хронотипом (X_t) у діапазоні від 1,0 до 1,1, які страждають на психосоматичні хвороби шлунку, вирізняються вираженою *інтроверсією, ригідністю, емоційною врівноваженістю* та стабільністю,

високим рівнем збудження і гальмування, що врівноважують один одного, *низьким темпом реакцій та низькою активністю*, а рухливість у них вдвічі нижча, ніж у « τ -типів» інших індивідів. Ось чому вони спокійні, продуктивно працюють у знайомій ситуації, а типологічно віднести їх можна до «*дуже інтровертованих*».

Базовим емоційним забарвленням їх поведінки є почуття провини та образи, яку вони намагаються тривалий час тримати в собі, що і спонукає до загострення хвороби, особливо у період *фазової сингулярності*.

Переважає *інтернальний тип* рівня суб'єктивного контролю. Так високі показники ІЗ є підтвердженням того, що людина вважає себе багато в чому відповідальною за своє здоров'я: якщо вона хвора, то переважно звинувачує в цьому себе та вважає, що одужання максимально залежить від її дій. Таке відношення до хвороби допомагає процесу видужання.

Переважаючий тип поведінки у конфлікті – *співробітництво*. Така поведінка спрямована на пошук рішення, яке б задовольняло інтереси всіх сторін. Тому втягнуті в конфлікт такі персоналії захищають свої інтереси і намагаються плідно співпрацювати. Цей тип поведінки вимагає тривалішої роботи, оскільки індивіди спочатку висловлюють свої турботи, інтереси, потреби, а потім обговорюють їх. За наявності достатнього часу та актуальності проблеми для обох сторін цілком можливе вироблення взаємовигідного рішення. Особливо ефективне співробітництво, коли сторони мають різні приховані потреби, стратегічні цілі й плани на майбутнє, що і є безпосереднім джерелом конфлікту. Але представники цієї типологічної групи намагаються відмовитися від сильного протистояння та прагнуть обговорити проблему, шукають найраціональніші способи її розв'язання. Терпіння їм на це вистачає.

РОЗДІЛ 3

РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО РЕАБІЛІТАЦІЇ ПСИХОСОМАТИЧНИХ ХВОРИХ

Реабілітація пацієнтів із психосоматичними розладами є найважливішим етапом в лікуванні таких хворих, їх відновлення та повернення в соціум, зниженні ризику рецидиву. Ефективність лікування багато в чому залежить від інтенсивності та якості реабілітації, яка стала невід'ємною частиною медико-психологічної допомоги у світовій практиці, проте у вітчизняних умовах представлена не в повному обсязі і потребує освоєння та впровадження. Окрім того, до цього часу не було розроблено програми медико-психологічної реабілітації психосоматичних хворих з урахуванням диференціації часових характеристик суб'єктів.

3.1. Загальний зміст медико-психологічної реабілітації психосоматичних хворих

Основним лікуванням психосоматичних розладів є медикаментозна терапія. Однак, поряд з фармакологічним та фізіотерапевтичним лікуванням, особлива роль в даний час у світовій практиці відводиться психокорекційній та соціальній роботі з пацієнтом, його сім'єю, родичами і найближчим оточенням, що знижує ризик рецидиву захворювання і суттєво впливає на її якість життя. Медико-психологічна реабілітація є однією з основних частин в сучасній комплексній програмі допомоги хворим з психосоматичними розладами.

Вважається, що зміст концепції реабілітації хворих та інвалідів було сформовано в роки другої світової війни в Англії і США [174, 67]. Однак сучасні дослідження показують, що окремі конкретні форми роботи і публікації

мали місце набагато раніше. Багато було зроблено в тих галузях охорони здоров'я та соціального забезпечення, які зараз відносять до сфери реабілітації, і в ряді інших країн (Франція, Голландія, Швейцарія, на території колишнього СРСР) [61, 75].

Концепція реабілітації хворих та інвалідів спочатку виходила з ідей так званої фізичної медицини. Надалі вона була доповнена положеннями соціальної гігієни, психології, педагогіки, соціології та інших дисциплін. Існує багато визначень *реабілітації*, зокрема: "розвиток або поліпшення тих здібностей хворого, які можуть бути використані для його успішної соціальної і трудової діяльності поза лікарнею" [237, 98]; "інтеграція індивідуума в суспільстві, при якій досягається більш дієве і більш необхідне пристосування" [247, 45]; "відновлення хворого як людини (особистості) і як члена суспільства " [359, 87]; "спеціальне поле медичної і соціальної активності" [18, 77]; "спроба включення неповноцінного індивідуума в соціальне середовище, в якому виявиться можливим оптимальний додаток його залишкових здібностей" [44, 55].

Термін "медико-психологічна реабілітація" отримав останнім часом міжнародне визнання і поширення. У 2006 році Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) так сформулювала поняття "*медико-психологічна реабілітація*": "Медико-психологічна реабілітація - це активний процес, метою якого є досягнення повного відновлення порушених внаслідок захворювання чи травми функцій, або оптимальна реалізація фізичного, психічного і соціального потенціалу інваліда, найбільш адекватна інтеграція його в суспільстві " [цит. за 174, 88].

Реабілітаційна діяльність - це організовані взаємодії різних людей в процесі повсякденного виконання програми.

Концепція реабілітації включає і профілактику, і лікування, і наступне після хвороби пристосування до життя та праці тощо. Але реабілітація це не тільки вище перераховані напрями, це, перш за все, новий підхід до хворої людини.

Реабілітація психосоматичних хворих має свої *особливості*, які відрізняють її від реабілітації інших нозологічних категорій хворих. Ці особливості пов'язані в першу чергу з тою обставиною, що тривалість періоду ремісії (затухання хвороби) залежить від *ефективності та своєчасності проведення реабілітаційних заходів*. Тому реабілітація психосоматичних хворих є, перш за все, їх ресоціалізація, яка має на увазі відновлення (збереження) індивідуальної і суспільної цінності хворих, їх особистого і соціального статусу.

Важливим *принципом реабілітаційних заходів* є те, щоб включити самого хворого в лікувально-відновлювальний процес, залучити його як можна більше до співучасті у відновленні тих чи інших порушених функцій (наприклад, пам'яті або уваги) або соціальних зв'язків: трудових, сімейних та ін.. Цей принцип реабілітації психосоматичних хворих можна назвати *принципом партнерства*. Ресоціалізувати хворого без його активної участі неможливо. Добре відомо, що навіть лікарське лікування краще допомагає, коли хворий в нього вірить, вірить в авторитет лікаря, який призначив йому ті чи інші ліки.

Другий принцип реабілітації хворих на психосоматичні захворювання - це принцип різноплановості зусиль (дій, заходів) щодо реалізації реабілітаційної програми. Він полягає в розумінні реабілітації як складного процесу, що об'єднує зусилля психолога і пацієнта, і спрямованого на різні сфери "психосоціального функціонування" пацієнта.

У клінічній практиці вміння спрямовувати систему відносин (взаємовідносин) в потрібному для реабілітаційних цілей напрямку становить важливе *медико-психологічне та одночасно лікувально-відновлювальне завдання*. Особистість формується в соціальному спілкуванні, аспекти якого різноманітні і не можуть бути зведені лише до соціально-трудої реабілітації. Ставлення до себе, своїх вчинків, своєї хвороби, сім'ї, близьких, своєму і їх престижу, своєї кваліфікації та освіти, дозвілля, культурних цінностей, цінностей взагалі і їх корекція займають важливе місце в процесі соціалізації і ресоціалізації.

Третім принципом реабілітації є принцип єдності психосоціальних та біологічних методів дії. Хоча апеляція до особистості лежить в основі будь-якої реабілітаційної програми, реабілітація є не тільки соціальною, але і клінічною проблемою, яка вимагає для свого успішного вирішення розуміння як психологічної, так і фізіологічної та патофізіологічної її основи. Не завжди легко провести чіткий розділ між профілактикою та лікуванням, тим важче провести його між лікуванням і реабілітацією. Успіх будь-якої реабілітаційної програми залежить від урахування як клініко-біологічних, так і психосоціальних факторів. Так, наприклад, психотерапевти віденської школи давали такий прогноз щодо лікування психосоматичних хворих: на 50% залежить від клініко-біологічних і на 50% - від психосоціальних факторів [18, 55-56].

Отримані нами результати дослідження (див. розд.5) показують, що всі психосоматичні захворювання пов'язані в своєму розвитку з трьома категоріями факторів: клініко-біологічними, особистісними та часовими.

Четвертий принцип реабілітації можна назвати принципом ступінчастості (перехідності) докладених зусиль, здійснюваних дій і заходів. Психосоціальні дії (психотерапевтичні, трудотерапевтичні та ін.) необхідно призначати в потрібний час, а саме, напередодні *входження хворим в фазову сингулярність* та в певних дозах, з поступовим переходом від однієї реабілітаційної дії (заходу) до іншої, від однієї форми організації до іншої.

Відповідно до принципів ВООЗ була розроблена схема трьох послідовних *етапів* медико-психологічної реабілітації хворих на психосоматичні захворювання.

Перший етап має назву *відновлювальної терапії*, другий - *етап реадaptaції*, третій - *етап реабілітації*.

Перший етап - відновлювальна терапія є початковим етапом складного процесу реабілітації. Головним завданням є усунення або пом'якшення проявів хвороби, запобігання формуванню психосоматичного дефекту, явищ так званого госпіталізму, його інвалідизації. В цьому полягає *профілактична*

спрямованість заходів, які проводяться на першому етапі. Етап відновлювальної терапії характеризується поєднанням медикаментозно-фізіотерапевтичної терапії з психотерапевтичним впливом.

Завданням *другого етапу* реабілітації, реадaptaції, є пристосування хворого до умов зовнішнього середовища, відновлення пристосованості: мотивація пацієнта до праці, до активного способу життя, міжособистісних відносин і т.д. На цьому етапі переважають психосоціальні дії, серед яких на перше місце висувається стимуляція соціальної активності хворих різними методами.

Психотерапевтичноорієнтована робота проводиться не тільки з хворими, а й з їхніми родичами. Медикаментозне лікування на цьому етапі реадaptaції обмежується.

Третій етап реабілітації - реабілітація у власному (прямому) значенні цього слова. Можливе більш повне відновлення в правах, індивідуальної і суспільної цінності хворого, ставленні хворого до навколишньої дійсності, що складає основний зміст цього етапу. Дуже важливою, що сприяє успіху реабілітації, є організація правильного ставлення до хворих з боку оточення в родині, з друзями, на роботі. Важливе значення в цьому періоді надається груповій роботі з хворими, яка містить елементи "підтримуючої" психотерапії, терапії зайнятстю та розваги, тренінги.

Реабілітація, як динамічна система, спрямована на досягнення певної мети особливим методом, головна суть якого полягає в опосередкуванні через особистість хворого лікувально-відновлювальних впливів та заходів, в обліку не тільки медикаментозної терапії, а й психологічних, а також соціальних факторів в процесі саногенезу [4].

За допомогою методів медико-психологічної реабілітації досягається більш швидке і ефективно лікування пацієнтів, які перенесли перше загострення психосоматичного розладу, повернення їх у суспільство, підвищення рівня якості життя. За визначенням ВООЗ якість життя є сприйняттям людьми свого становища в житті в залежності від культурних

особливостей та систем цінностей і у зв'язку з їх цілями, очікуваннями, стандартами і турботами [136, 66]. Водночас, досить актуальним залишається питання *своєчасності проведення медико-психокорекційних заходів*, що забезпечить ефективність їх реалізації.

3.2. Методи психологічної реабілітації

Психосоціальна реабілітація передбачає різні системи дії, що включають індивідуальні бесіди (психотерапія), сімейну та групову терапію, реабілітацію групи підтримки тощо. Крім сімейної терапії проводиться індивідуальне психотерапевтичне лікування, сутність якого полягає в регулярних зустрічах пацієнта з професіоналом, яким може бути психотерапевт, психолог або соціальний працівник, що має спеціальну підготовку. У бесідах обговорюються різні хвилюючі хворого теми: минулий досвід та існуючі труднощі, думки, почуття і системи взаємовідносин [219].

Рольві методи. Використовуючи рольові методи, можна навчити хворого впоратися з тими внутрішніми і зовнішніми факторами, які можуть призводити до загострення. Крім того, ці методи дозволяють знайти ті форми поведінки, при яких стан та соціальна адаптація поліпшуються, і уникати тих, які призводять до погіршення.

Важливим елементом соціальної реабілітації є участь у **роботі груп взаємної підтримки**, очолюваних пацієнтами, які перенесли госпіталізацію. Це дозволяє іншим хворим відчувати допомогу в розумінні своїх проблем, усвідомити, що вони не самотні у своєму нещасті, побачити можливості особистої участі в реабілітаційних заходах і в суспільному житті [4, 88].

В даний час встановилася міцна тенденція розглядати проблеми психосоматичного захворювання та інвалідності в контексті найближчого оточення пацієнта. **Сім'я** безумовно є найбільш значущим джерелом підтримки в досягненні успішного соціального пристосування та ефективного

функціонування хворого [83].

Сімейна психотерапія допомагає пацієнтові і його близьким родичам зрозуміти точку зору один одного. Вона, охоплюючи, як правило, роботу з самим хворим, його батьками, сестрами і братами, подружжям і дітьми, може бути використана як для мобілізації сімейної допомоги хворому, так і для підтримки членів сім'ї, які перебувають у важкому душевному стані. Існують різні рівні сімейної терапії, від однієї-двох бесід до регулярно організованих зустрічей. В рамках сімейної терапії на ранньому етапі хвороби зусилля концентруються на проблемних моментах у відносинах між членами сім'ї, тому що «нездорові» відносини можуть вплинути на хворого і навіть викликати погіршення його стану. При цьому на найближчих родичів покладається велика відповідальність, оскільки в їхніх руках виявляється можливість суттєво допомогти хворому, поліпшивши якість життя як його самого, так і всіх оточуючих його людей [13].

Сутність **психоосвітнього методу** полягає в навчанні та інструктуванні хворого і його родичів. Він виконується в формі лекцій, присвячених таким темам як: «основні симптоми», «перебіг і прогноз хвороби», «методи лікування», «можливі труднощі» і так далі. Інформованість хворих зменшує внутрішній опір лікуванню, усуває невиправдані підозри, створює умови для побудови міцного терапевтичного альянсу медичного психолога (психотерапевта) і пацієнта. Значний обсяг інформації про хворобу допомагає прийняти її, в той час, як заперечення захворювання призводить до відмови від лікування і неминучого погіршення стану здоров'я.

В процесі реабілітації широко використовується **групова робота**, яка спрямована на зміну відносин установок і діапазону здібностей пацієнта. Вона допускає стимуляцію активності, формування відповідальності хворого за свою соціальну поведінку, підвищення його соціальної компетентності.

Психотерапевтичні групи націлені на вирішення серйозних психологічних проблем, на психологічні (емоційні, когнітивні і поведінкові) зміни учасників. Групова психотерапія має безліч варіантів і методів – від

психоаналітичноорієнтованих методів до соціально-психологічних тренінгів і підтримуючих технологій [13].

Сеанси групової терапії зазвичай включають невелике число пацієнтів і ведучого. Ця система сконцентрована на навчанні сприйняттю реальності іншими людьми і формуванні підходу до особистих взаємин. У групах вирішуються різні проблеми, що турбують хворих, а саме такі, як надмірна вимогливість до себе і до оточуючих, самотність, труднощі включення в колектив та ін. Пацієнт бачить, що навколо нього є люди, які відчувають такі ж труднощі, як і він сам, на прикладі інших він вчиться їх подоланню і знаходиться в середовищі, яке він розуміє і де розуміють його. Такі групи дуже важливі для відновлення особистісних якостей: вони створюють хворим умови для спілкування, співробітництва, вирішення багатьох проблем, надають підтримку у створенні і розвитку особистих зв'язків.

Аналіз використання психотерапевтичних підходів дозволяє нам сформулювати стратегії медико-психологічної реабілітації хворих на психосоматичні захворювання. Психотерапевтичний підхід повинен бути суто індивідуалізованим, з урахуванням діагностичної інформації щодо психопатологічних і психосоціальних порушень, реабілітаційних резервів хворого.

Поширеність процесу хронізації психосоматичних захворювань в Україні відповідає загальносвітовим показникам. Щорічно збільшується первинна інвалідизація і збільшується кількість інвалідів в групі хворих на психосоматичні розлади. Лікування первинного психосоматичного епізоду в Україні вимагають 3670 пацієнтів. Всього ж, наприклад, на початок 2011 року 156 311 пацієнтів (334,36 на 100 тис. населення) мали повторні рецидиви психосоматичної хвороби [136].

При існуючих схемах лікування повторні епізоди виникають протягом першого року в 57-67%, а протягом 5 років – в 69-95,5% випадків. Кожен наступний психосоматичний епізод, крім значних витрат у разі стаціонарного лікування, призводить до прогресу хвороби, істотного погіршення

психосоматичних функцій пацієнта, і як результат - ранньої інвалідизації.

У перебіг психосоматичної хвороби, як правило, спостерігається кілька загострень (рецидивів). Між цими станами відзначається відсутність активних ознак захворювання - період ремісії. У ці періоди іноді зникають або мінімально представлені ознаки хвороби. У той же час кожна нова "хвиля" позитивних розладів робить все важчим повернення хворого до звичайного життя, тобто погіршує якість ремісії. Тому важливим етапом у подоланні загострення психосоматичного захворювання виступають *якісні та своєчасно проведені медико-психологічні реабілітаційні заходи саме у період реконвалесценції (видужання)*.

Таким чином, реабілітація є важливим методом медико-психологічної допомоги при лікуванні хворих на психосоматичні розлади, має свої особливості, які відрізняють її від інших видів реабілітації і потребує удосконалення засобів щодо впровадження нових методів діагностики та профілактики цих порушень.

Ми пропонуємо систему корекційних заходів медико-психологічної реабілітації хворих шляхом диференціації часових характеристик суб'єктів із соматичними порушеннями, що забезпечить своєчасність, а відповідно, і ефективність проведення цих заходів.

Тим самим ми збільшуємо коло практичних завдань діяльності клінічного психолога в реабілітаційному центрі або відділенні, до яких пропонується віднести:

- експериментально-психологічне обстеження пацієнтів з метою диференціальної діагностики, прогнозу та розробки програми медико-психологічної реабілітації хворих на психосоматичні захворювання з урахуванням диференціації часових характеристик суб'єктів із соматичними порушеннями;

- експериментально-психологічне обстеження з метою об'єктивізації динаміки психологічної складової стану пацієнта для обліку передумов ефективності медико-психологічної реабілітації;

- експериментально-психологічне обстеження з метою оцінки ступеня і структури порушень психічного функціонування при проведенні медико-психологічної реабілітації;
- психологічний аналіз особливостей поведінки пацієнта;
- проведення психокорекційних заходів для реалізації лікувально-реабілітаційних режимів на різних етапах реабілітаційного процесу, спрямованих на профілактику психологічних наслідків перенесеного психосоматичного розладу, подолання ізоляції, явищ госпіталізму, розвиток навичок взаємодії, визначення мети, формування життєвої перспективи;
- психологічний вплив з метою оптимізації сімейно-подружніх відносин;
- психологічна робота з мікросоціальним оточенням пацієнта на різних етапах реабілітації;
- формування та актуалізація соціально-трудова можливостей з їх усвідомленням пацієнтом, вибір напрямку соціальної та професійної адаптації.

ВИСНОВКИ

1. Прогресуюча кількість випадків захворюваності психосоматичними недугами, невисока ефективність традиційного лікування, низька якість їхнього життя, а також необхідність впровадження високоефективних методик етіопатогенетичної психотерапії психосоматичних розладів диктує необхідність подальшого вирішення, передусім тих питань, що пов'язані з механізмами виникнення психосоматичних розладів, методами досліджень, а також наданням ефективної медичної, психологічної та соціальної допомоги.

2. Висока захворюваність, часті рецидиви, тривала непрацездатність хворих, значні економічні втрати – все це дозволяє віднести проблему виразкової хвороби до числа найбільш актуальних в сучасній медицині [74].

Як свідчать медичні статистичні джерела, на даний час в Україні число зареєстрованих хворих на виразкову хворобу становить більше 1-го млн. осіб, щорічно вперше вона діагностується у 70 тис. осіб, при цьому кожен другий лікується в стаціонарі, кожен третій втрачає працездатність повторно протягом одного року. Рецидиви захворювання протягом 1-5 років спостерігаються у 20-25 % хворих. В Україні захворюваність на ВХ залишається високою в порівнянні із європейськими країнами, хоча впродовж 2009 – 2013 років зменшилась на 15 % [75, 76].

3. Психосоматичні розлади мають загальну ознаку – сполучення порушень психічної і соматичної сфери, які впливають на психічну діяльність хворої людини, що в свою чергу є важливим аспектом у визначенні предмету дослідження експерта-психолога.

4. Екзистенціал страху як соціальний феномен є показником незахищеності особи, способом реагування людини на зміни її біологічного та соціального існування. Від моменту народження людині притаманні лише

біологічні різновиди екзистенціалу страху. Біологічні страхи – найелементарніший вид страхів. Вони є результатом трансформації у людині тваринного інстинкту самозбереження. Протягом життя, у процесі життєдіяльності досить поступово і незворотно, відбувається процес заміщення біологічних страхів соціальними. Поділ страхів на біологічні та соціальні не завжди можливий. Екзистенціальні переживання страху і тривоги впливають на психосоматичний стан індивіда, у результаті яких змінюється або порушується низка соматичних функцій організму. Роль екзистенціалу страху у житті людини та суспільства розкривається у функціях, які він виконує. Розгляд основних функцій екзистенціалу страху показує, що існують негативні та позитивні аспекти його впливу на існування сучасної людини.

Соціокультурні, економічні, політичні, техногенні процеси сучасного життя та соціальні явища бідності, безробіття, хвороб тощо, породжуючи у людини почуття незадоволеності, покинутості, відчуженості та невпевненості, продукують переживання страху і тим самим актуалізують дослідження страху як екзистенціалу буття. Страх є не тільки психологічним, але й соціально-філософським феноменом, який не можна оцінити однозначно та беззаперечно, позаяк його обсяг та зміст надзвичайно різнопланові. Саме тому проблема екзистенціалу страху та його місця у житті сучасної людини потребує подальшого розгляду і нових обґрунтувань. Відкритими залишаються питання взаємовідношення страху та тривоги як екзистенціалів буття, питання місця екзистенціалу страху у суспільно-політичному, соціокультурному житті сучасної людини тощо.

5. Суміжними нервово-психічними розладами таких хворих є *невроз нав'язливих станів*, який переважно локалізується у діапазоні: $1,01 < X_t < 1,03$. Цілком можна пояснити, чому в зоні локалізації неврозів нав'язливих станів виявилися представники дуже інтровертованої групи. У "чистого" інтроверта нервова система стабільна, інертна, збудження і гальмування врівноважують одне одного, явно виражена інтроверсія, а настрої зазвичай рівні. Але саме "чистий" інтроверт у цю зону не потрапляє. До неї належать індивіди з X_t від

1,01 до 1,03. Це вже не повільно інтровертовані, але ще не дуже інтровертовані, а отже, їхню нервову систему сильною назвати не можна.

Вік найбільшого прояву гастроентерологічних захворювань у *чоловіків* припадає: перший період – на вік від 27 до 30 років (3С-період) – 31,4%; другий період – на вік від 37 до 40 років (4С-період) – 24,3%; третій – від 36,5 до 50 років (5С-період) – 12,3%. Вік найбільшого прояву гастроентерологічних захворювань у *жінок* припадає: перший період – на вік від 40 до 50 років (4½С-період) – 41,5%; другий період – на вік від 47 до 48 років (5С-період) – 25,7%; третій – від 51 до 52 років (5½С-період) – 13,6%.

Максимальний віковий період прояву гастроентерологічних порушень, що припадає точно на певні вузлові точки – «зони ризику», представляє наступний вік: 37±2 роки, 47±1 рік, 45±2 роки, 51±3 роки. До того ж, найбільш значні соматичні порушення відзначені в третій, четвертій і п'ятій вузлових точках. Переважна більшість індивідів з інтровертованою тенденцією спрямованості припадає на кінець поточного С-періоду (кінець його останньої чверті) з повільним, рецидивуючим характером порушення.

6. Реабілітація є важливим методом медико-психологічної допомоги при лікуванні хворих на психосоматичні розлади, має свої особливості, які відрізняють її від інших видів реабілітації і потребує удосконалення засобів щодо впровадження нових методів діагностики та профілактики цих порушень.

7. Ми пропонуємо систему корекційних заходів медико-психологічної реабілітації хворих шляхом диференціації часових характеристик суб'єктів із соматичними порушеннями, що забезпечить своєчасність, а відповідно, і ефективність проведення цих заходів.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Абабков В. А. Проблема научности в психотерапии: учебн. пособ. [для студ. высш. учебн. зав., психотерапевтов] / В.А.Абабков. [2-е изд.]. СПб: Питер, 2002. 242с.
2. Абульханова-Славская К.А. Развитие личности в процессе жизнедеятельности / К.А.Абульханова - Славская // *Психология формирования и развития личности*. М.: Мысль, 1981. С.31-37.
3. Авилов О.В. Определение эффективности реабилитации последствий стресса у студентов с помощью анализа variability сердечного ритма / О. В. Авилов // *Руководство по реабилитации лиц, подвергшихся стрессорным нагрузкам* / под ред. акад. В.А.Покровского. М.: Медицина, 2004. 392с.
4. Адлер А. Практика и теория индивидуальной психологии: [лекции по введению в психотерапию для врачей, психологов и учителей] / А. Адлер. М.: Изд-во Института психотерапии, 2002. 214 с.
5. Айзенк Х. Психологические теории тревожности / Х. Айзенк // *Тревога и тревожность* / под ред. В.А.Астапова. СПб: Питер, 2001. С.123-128.
- і. Александер Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение / Ф.Александер; [пер. с англ. С. Могилевского]. М.: ЭКСМО-Пресс, 2002. С. 152-164.
6. Александер Ф. Человек и его душа. Познание и врачевание от древности до наших дней / Ф.Александер, Ш. Селесник; [пер. с англ. С.Могилевского]. М.: Прогресс, 1995. 610 с.
7. Александровский Ю.А. Психические и психосоматические расстройства / Ю. А. Александровский: [справочник терапевта]. М.; Медицина, 1995. 132с.
8. Александровский Ю. А. Терапия тревожных состояний у больных с

пограничными психическими расстройствами / Ю. А. Александровский, Р.Г.Акжигитов // *Психофармакотерапия пограничных психических расстройств*. М.: ГЭОТАР Медицина, 2000. С. 163-204.

9. Алекситимия и методы ее определения при пограничных психосоматических расстройствах: [инст. метод. пособие] / [Д.Б. Ересько, Г. Л. Исурина, Е. В. Кайдановская]. СПб: Питер, 2005. 24 с.

10. Амон Г. Психосоматическая терапия / Г. Амон. СПб: Речь, 2000. 216 с.

11. Анастаси А. Психологическое тестирование / А. Анастаси, С. Урбина. Серия «Мастера психологии». СПб: Питер, 2001. 688 с.

12. Ананьев В. А. Введение в психологию здоровья / В. А. Ананьев. - СПб: Питер, 2004. – 352 с.

13. Антропов Ю. Ф. Терапия психосоматических расстройств у детей / Ю. Ф. Антропов. М.: Триада-фарм, 2003г. 241с.

14. Арушанян Э.Б. Взаимосвязь психоэмоционального состояния и иммунной системы / Э. Б. Арушанян, Э.В. Бейер // *Успехи физиологических наук*. Т. 35, № 4. 2004. С. 49-64.

15. Ахундов М.Д. Концепция пространства и времени: истоки, эволюция, перспективы / М.Д.Ахундов. М.: Наука, 1982. 233с.

16. Балл Г. А. Понятие адаптации и его значение для психологии личности / Г.А.Балл // *Вопросы психологии*. № 1. 1989. С. 92 - 100.

17. Березанцев А. Ю. Соматоформные и психосоматические расстройства в судебно-психиатрической практике / А. Ю. Березанцев // *Российский психиатрический журнал*. № 2. 2003. С. 21-29.

18. Березин Ф. Б. Социально-психологическая адаптация при невротических и психосоматических расстройствах / Ф. Б. Березин, Х. В. Барлас // *Журнал Института невропатологии, психиатрии им. С. С. Корсакова*. № 4-6. 1994. С. 38-43.

19. Берн Э. Трансакционный анализ и психотерапия / Э. Берн. СПб: Питер, 2002. 344 с.

20. Берталанфи Л. Общая теория систем: критический обзор. / Л. Берталанфи. // *Исследования по общей теории систем*. М.: Прогресс, 1969. С. 23-82.
21. Блейхер В. М. Экспериментально - психологические исследования и психотерапия / В. М. Блейхер, П. И. Завилянская // *Вопросы психотерапии*. Т.11, № 5. 1966. С. 34-35.
22. Виттковер П. Влияние аффектов на функцию желудка: [учебн. пособ. для студ. высш. учебн. зав., психологов] / П. Виттковер. [2-е изд.]. СПб: Питер, 2004. 269 с.
23. Водопьянова Н. Е. Синдром выгорания: диагностика и профилактика / Н. Е. Водопьянова, Е. С Старченкова. СПб: Питер, 2005. 331 с.
24. Гейер К. Психосоматические расстройства / К. Гейер; [пер. с англ. В.Н.Андреевой]. СПб: Питер, 1995. 168 с.
25. Блейхер В. М. Особенности личностной акцентуации как фактора предрасположенности к некоторым психосоматическим заболеваниям / В. М. Блейхер, Н. Б. Фельдман // *Журнал Института невропатологии и психиатрии имени С. С. Корсакова*. - № 3. 1988. С. 101-104.
26. Бондаревич С.М. Часові параметри індивідуально-типологічних особливостей суб'єктів з соматичними порушеннями: Дис... канд. психол. наук: 19.00.01 – загальна психологія, історія психології / С.М. Бондаревич. –Одеса, 2008. 179 с.
27. Бондаренко А.Ф. Социальная психотерапия личности (психосемантический подход) / А.Ф. Бондаренко. К.: КГПИИЯ, 1991. 189с.
28. Бурлачук Л. Ф. Психодиагностические методы исследования интеллекта/ Л. Ф. Бурлачук. Киев: Знание УССР, 1985. 126с.
29. Вейн А. М. Депрессия в неврологии / А. М. Вейн // *Психиатрия и психофармакотерапия*. № 1. 2000. С.3-4.
30. Величковский Б. Б. Многомерная оценка индивидуальной устойчивости к стрессу: Дис... канд. психол. наук: 01.05.07. / Б. Б. Величковский. М., 2007. 183с.

31. Виткин Дж. Женщина и стресс / Дж. Виткин. СПб: Питер, 1996. 223с.
32. Глубинная психология. Агрессия: психодинамическая теория и феноменология: [*Монография*] / [Т. С. Яценко, А. В. Глузман, А. Э. Мелоян, Л. Г. Туз] / под ред. Т. С. Яценко. К.: Вища школа - XXI, 2010. 271 с.
33. Головаха Е.И. Понятие психологического времени / Е.И. Головаха, А.А.Кроник // *Категории материалистической диалектики в психологии*. М.: Наука, 1988. С.199-213.
34. Гордеева Н.Д. Этапы построения сенсомоторного образа пространства/[Н.Д.Гордеева, А.П.Гречиха, С.А.Мнацаканян] // *Эргономика. Труды ВНИИТЭ*. М.: Наука, 1978. Вып. 16. С.76-93.
35. Гнездилова А.С. Роль музыкотерапии в системе лечения соматических заболеваний / А.С.Гнездилова // *3-й Международный симпозиум социалистических стран по психотерапии*. 1979. С.76-78.
36. Грэй Д. А. Сила нервной системы, интроверсия, экстраверсия, условные рефлексы и реакция активации / Д. А. Грэй // *Вопросы психологии*. 1968. № 3. С. 77-89.
37. Изард К.Э. Психология эмоций / К.Э. Изард. СПб.: Питер, 2000. 362с.
38. Ильин Е. П. Психология индивидуальных различий / Е. П. Ильин. Серия «Мастера психологии». СПб.: Питер, 2004. 701с.
39. Ильин Е. П. Теория функциональной системы и психофизиологические состояния / Е. П. Ильин // *Теория функциональных систем в физиологии и психологии*. М.: Высшая школа, 1978. С.76-89.
40. Исаев Д. Н. Психосоматические расстройства у детей: [рук.-во для врачей] / Д. Н. Исаев - СПб: Питер, 2000. 512 с.
41. Кабанов М. М. Методы психологической диагностики и коррекции в клинике / [М.М.Кабанов, А.Е.Личко, В.М.Смирнов] - Л.: Наука, 1983. - 208 с.
42. Карвасарский Б.Д. Неврозы: [*Монография*] / Б.Д. Карвасарский. М.: Медицина, 1990. – 632с.

43. Картер Р. О патологии и лечении истерии / Р.Картер; [пер. с англ.. Л.Звонская. Минск: Беларусь, 1992. С.67-71.
44. Катыгин Ю. А. Связь тревожности как свойства личности с некоторыми психофизиологическими характеристиками / [Ю. А. Катыгин, В. П. Умное, А. А. Чунаев] // *Психофизиология*: [учебн. пособ. для студ. высш. учебн. зав., психологов] Л.: Наука, 1979. С. 46-49.
45. Климов Е.А. Индивидуальный стиль деятельности в зависимости от типологических свойств нервной системы / Е.А.Климов. Казань: Академа, 1969. 187с.
46. Ковалев В.И. Психологические особенности личностной организации времени жизни: Дис...канд. психол. наук: 19.00.04 – общая психология, история психологии / В.И.Ковалев. М., 1979. – 176с.
47. Кокс Т. Стресс / Т.Кокс. М.: Медицина, 1981. 431с.
48. Кокун О.М. Оптимізація адаптаційних можливостей людини: психофізіологічний аспект забезпечення діяльності: [Монографія] / О. М. Кокун. К.: Міленіум, 2004. 264с.
49. Коломенский Я.Л. Беседы о тайнах психики / Я.Л.Коломенский. М.: Молодая гвардия, 1976. 241с.
50. Кон И.С. Открытие «Я» / И.С.Кон. М.: Наука, 1978. 211с.
51. Коробіцина М.Б. Психологічна діагностика психічних розладів та розладів поведінки у дорослих та відповідні реабілітаційні заходи: [кер.- во для практ. психологів, лікарів]. Одеса: Астропринт, 2005. 82с.
52. Кренц И. Введение в телесно-ориентированную психодинамическую психотерапию / И. Кренц, Х. Кренц // *Психотерапия*. №11. 2003. С. 23-28.
53. Критерії діагностики і психотерапії розладів психіки та поведінки / під ред. [Б. В. Михайлова, С. І. Табачнікова, О. К. Напреєнка, В. В. Домбровської] // *Новини української психіатрії*. Харків: Айлант, 2003. С.45-78.
54. Курцин И. Т. Теоретические основы психосоматической медицины / И. Т. Курцин. СПб: Речь, 1993. 336 с.

55. Лазарус Р. Теория стресса и психофизиологические исследования / Р. Лазарус. Л.: Наука, 1970. 352с.
56. Леонгард К. Акцентуированные личности / К.Леонгард. К.: Освіта, 1981. 392с.
57. Леонова А. Б. Основные подходы к изучению профессионального стресса / А. Б. Леонова // *Вестник МГУ. – Серия «Психология»*. 2000. № 3. С. 4- 21.
58. Лоуэн А. Депрессия и тело / А. Лоуэн. М: ЭКСМО-Пресс, 2002. 331с.
59. Лоуэн А. Физическая динамика структуры характера / А. Лоуэн. М: Медицина, 1999. 276с.
60. ЛоуэнА. Депрессия и тело / А. Лоуэн. М.: ЭКСМО-Пресс, 2002. 384 с.
61. Любан-Плоцца Б. Психосоматические расстройства в общей медицинской практике / [Б. Любан-Плоцца, В. Пельдингер, К. Ледерах-Хофман]. СПб: Питер, 2000. 287с.
62. Маришук В. Л. Поведение и саморегуляция человека в условиях стресса / В. Л. Маришук. СПб: ИД «Сентябрь», 2001. С. 96-101.
63. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств: [*клинические описания и указания по диагностике*]. // Всемирная организация здравоохранения. СПб: Питер, 1994. 300с.
64. Мельниченко О. Г. Исследование тревожности в связи с личностными и биохимическими особенностями / О. Г. Мельниченко // *Психофизиология: [учебн. пособие для студентов, психологов]* Л.: Наука, 1979. С. 49-53.
65. Методы субъективной оценки функциональных состояний человека: [*практикум по инженерной психологии и эргономике*] / под ред. Ю. К. Стрелкова. М.: Академия, 2003. 345с.
66. Мильман В. Э. Стресс и личностные факторы регуляции

деятельности / В. Э. Мильман // *Стресс и тревога в спорте*. М.: Педагогика, 1983. С. 24-46.

67. Михайлов Б. В. Психосоматические расстройства как общесоматическая проблема / Б. В. Михайлов. № 6. Харьков: DOCTOR, 2002. 243с.

68. Напреенко О.К. Депресія та тривога. Профілактика в первинних структурах охорони здоров'я:[*посібник для поліпшення якості роботи лікарів*] / О. К. Напреенко // за ред. проф. І. П. Смірної. - К.: Здоров'я, 1999. 165 с.

69. Наследов А. Д. . Математические методы психологического исследования. Анализ и интерпретация данных: [*учебное пособие*] / А. Д. Наследов. СПб: Речь, 2004. 392 с.

70. Наследов А. Д. . S P S S : Компьютерный анализ данных в психологи и социальных науках / А. Д. Наследов. СПб: Питер, 2005. 416с.

71. Никольская М.З. Роль индивидуально-психологических особенностей в формировании реакции на заболевание: Дис.... канд. психол. наук: 19.00.01 - общая психология, история психологии / М.З. Никольская. Харьков, 1988. 182с.

72. 74.Папеев Н. Р. Проблемы психосоматики и соматопсихиатрии в клинике внутренних болезней / [Н.Р.Палеев, В.Н.Краснов, Л.А.Подрезова] // *Вестник РАМН*. 1998. № 5. С. 3-7.

73. Парцерняк С. А. Стресс. Вегетозы. Психосоматика / Парцерняк С. А. СПб: А.В.К., 2002. 384 с.

74. 75.Пезешкиан Н. Психосоматика и позитивная психотерапия / Н. Пезешкиан; [пер. с нем. А.Г.Андреева]. М.: Медицина, 1996. - 464 с.

75. 76.Перлз Ф. Теория гештальттерапии: [сборник научных работ Института Психосоматические расстройства в практике терапевта : [рук.-во для врачей] / под ред. В. И. Симаненкова. - СПб: СпецЛит, 2008. 335 с.

76. 77. Райгородский Д. Я. Практическая психодиагностика: [методики и тесты] / Д. Я. Райгородский. Самара: Издательский Дом «БАХРАХ», 1998.- 386 с.

77. 78. Теплов Б. М. Психология и психофизиология индивидуальных различий / Б. М. Теплов // *Избранные психологические труды*. М.: Высшая школа, 1998. С.34-123.

78. 79. Терлецька Л.Г. Психічне здоров'я особистості. Технологія самоаналізу: [Монографія] / Л.Г. Терлецька. К.: Видавничо-поліграфічний центр «Київський університет», 2003. 150с.

79. 80. Франкл В. Человек в поисках смысла / Франкл В; [пер. с англ. А.С.Андреева]. М.: Прогресс, 1990. 254с.

80. 81. Серeda Г.К. Память и деятельность: Дис...докт. психол. наук: 19.00.01 – общая психология, история психологии / Г.К.Серeda. Харьков, 1976. 376с.

81. 82. Симаненков В. И. Применение психотропных средств у больных с язвенной болезнью / В.И.Симаненков, Е.Г.Порошина // *Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология*. № 4. 2002. С. 163 - 175.

82. 83. Симаненков В. И. Нейрорегуляторная терапия бронхиальной астмы / [В. И. Симаненков, А. В. Ледовая, И. Г. Ильяшевич] // Материалы IX национального конгресса по болезням органов дыхания. М., 1999. 303 с.

83. 84. Фрейд З. Введение в психоанализ: [лекции] / З. Фрейд; [пер. с немецк. Л.К.Иванова]. М.: Прогресс, 1989. 344с.

84. Фресс П. Приспособление человека к времени: [Монография] / П. Фресс; [пер. с англ. А.Андрienко]. М.: Прогресс, 1961. 342с.

85. Фролов Ю.П. Физиологическое учение И.П.Павлова о времени как своеобразном раздражителе нервной системы / Ю.П.Фролов // *Журнал о высшей нервной деятельности*. 1951. Т.1. - № 6. С.831-839.

86. Ханин Ю. Л. Краткое руководство к применению шкалы реактивной и личностной тревожности Ч. Д. Спилберга / Ю. Л. Ханин. Л.: Наука, 1976. 126с.

87. Хайнрот Й. Психосоматические аспекты в психологии и медицине / Й. Хайнрот; [пер. с англ. А.Костырев]. М.: Медицина, 2002. 132с.

88. Харченко Д. М. Особистісні особливості осіб з різним

алекситимічним радикалом / Д. М. Харченко // *Актуальні проблеми психології*: [Зб. наук. праць Ін-ту психології ім. Г.С.Костюка АПН України / за ред. С.Д.Максименка, С.Д.Карамушки]. 2006. Ч.17. С.127-130.

89. Холмогорова А. Б. Соматизация: современные трактовки, психологические модели и методы психотерапии / А. Б. Холмогорова, Н. Г. Гаранян // *Современная терапия Психических расстройств*. 2008. Ч.1, № 2. С.145-152.

90. Холмогорова А.Б. Когнитивно-бихевиоральная психотерапия / А.Б. Холмогоров, Н.Г.Гаранян // *Основные направления современной психотерапии*. М.: Когито-Центр, 2000. С.224-268.

91. Холмс Т. Х., Райх Р. Х. Сравнительная шкала (по данным социологического опроса): [*Сборник психосоматических исследований*] / Т. Х. Холмс, Р. Х. Райх. М., 1967. № 11. С.318-325.

92. Цуканов Б.Й. Время в психике человека: [*Монография*] / Б.Й. Цуканов. Одесса: Астропринт, 2000. 198с.

93. Цуканов Б.Й. Анализ ошибки восприятия длительности / Б.Й. Цуканов // *Вопросы психологи*. М., 1985. № 3. С.140-153.

i. Чабан О.С. Якість життя пацієнта з позицій медичної психології / О.С. Чабан // *Мистецтво лікування*. 2008. № 5 (51). С. 40-43.

94. Ясперс К. Общая психопатология / К. Ясперс; [пер. Л. О. Акопян]. - М.: Практика, 1997. 1053с.

95. Яценко Т. С. Теорія і практика групової психокорекції: Активне соціально-психологічне навчання: *навч. посібник* [для студентів вищих навчальних закладів] / Т. С. Яценко. К.: Вища школа, 2004. 679 с.

96. Appley M. H. Dynamics of Stress: Physiological, Psychological and Social Perspectives / M. H. Appley, R. Trumbull. N.Y. Plenum, 1986. 231p.

97. Appley M. H. Dynamics of stress and its control / M. H. Appley, R. Trumbull // *Dynamics of stress: physiological, psychological and social perspectives*. New York, 1986. 329 p.

98. Bandura A. Social learning theory. / A. Bandura. New York, 1977. 425

p.

99. Berry D. R. Detection of malingering on the MMPI: A meta-analytic review / Berry D. R., Baer, R. A. & Harris, M. J. // *Clinical Psychology Review*, 11, 1981. 598 p.

100. Berthoz S. Reliability of the Bermond-Vorst Alexithymia Questionnaire. Data from adults with autism spectrum disorder, their relatives and normal controls

101. / Berthoz S., Hill E. L. // *European Psychiatry*, 2005, v. 20, p. 291—298.

102. Beecher H.K. *Measurement of Subjective Responses* / H.K. Beecher. New York: Oxford Univ. Press, 1959. 134 p.

103. Birren J.E. *The psychology of ageing* / J.E. Birren. New Jersey, 1964. 113

p.

104. Bleuler E. *Lehrbuch der Psychiatrie* / E. Bleuler. Berlin: Springer, 1960. 224 p.

105. Bonica J.J. Neurophysiological and pathologic aspects of acute and chronic pain / J.J. Bonica. *Arch. Surg.*, 1977. 112, No 5. P. 750-761.

106. Brun R. *Traite general des nevroses* / R. Brun. - Paris, 1956. 476 p.

107. Cannon W. B. *The wisdom of the body* / W. B. Cannon. New York: W. W. Norton, 1932. 215p.

108. Cattell R. B. *The meaning and measurement of neuroticism and anxiety* / R.

109. B. Cattell, J. H. Scheier. — N.Y.: The Ronald Press company, 1961. 123p.

ДОДАТОК А

Шкала самооцінки рівня тривожності Спілбергера-Ханіна

ІНСТРУКЦІЯ : залежно від того, як Ви себе почуваєте у **ДАНИЙ МОМЕНТ**, позначте, будь ласка, знаком "+" відповідну клітину справа від кожного з речень. Над питаннями довго не замислюйтеся, оскільки правильних або неправильних відповідей немає.

		Ні	Скоріш ні	Скоріш так	Так
1	Я спокійний	1	2	3	4
2	Мені ніщо не загрожує	1	2	3	4
3	Я знаходжуся в стані напруги	1	2	3	4
4	Я відчуваю жаль	1	2	3	4
5	Я почуваю себе вільно	1	2	3	4
6	Я розстроєний	1	2	3	4
7	Мене хвилюють можливі невдачі	1	2	3	4
8	Я почуваю себе відпочившим	1	2	3	4
9	Я стурбований	1	2	3	4
10	Я відчуваю почуття внутрішнього задоволення	1	2	3	4
11	Я впевнений у собі	1	2	3	4
12	Я нервую	1	2	3	4
13	Я не знаходжу собі місця	1	2	3	4
14	Я напружений	1	2	3	4
15	Я не почуваю скутості, напруженості	1	2	3	4
16	Я задоволений	1	2	3	4
17	Я занепокоєний	1	2	3	4
18	Я занадто збуджений і мені не по собі	1	2	3	4
19	Мені радісно	1	2	3	4
20	Мені приємно	1	2	3	4

ІНСТРУКЦІЯ: а тепер позначте знаком "+" відповідну клітину залежно від того, як ВИ себе почуваєте **ЗВИЧАЙНО**.

		Майже ніколи	Іноді	Часто	Майже завжди
21	Я відчуваю задоволення	1	2	3	4
22	Я дуже швидко втомлююся	1	2	3	4
23	Я легко можу засмутитися	1	2	3	4
24	Я хотів би бути таким же щасливим, як і інші	1	2	3	4
25	Нерідко я програю через те, що недостатньо швидко приймаю рішення	1	2	3	4
26	Я звичайно почуваю себе бадьорим	1	2	3	4
27	Я спокійний, холонокровний і зібраний	1	2	3	4
28	Очікувані труднощі звичайно дуже тривожать мене	1	2	3	4
29	Я занадто переживаю через дрібниці	1	2	3	4
30	Я цілком щасливий	1	2	3	4
31	Я приймаю усе занадто близько до серця	1	2	3	4
32	Мені не вистачає впевненості в собі	1	2	3	4
33	Звичайно я почуваю себе в безпеці	1	2	3	4
34	Я намагаюся уникати критичних ситуацій і труднощів	1	2	3	4
35	Буває, що мені нічого не хочеться	1	2	3	4
36	Я задоволений	1	2	3	4
37	Всякі дрібниці бентежать і хвилюють мене	1	2	3	4

38	Я дуже переживаю свої розчарування, що потім довго не можу про них забути	1	2	3	4
39	Я врівноважена людина	1	2	3	4
40	Мене охоплює сильне занепокоєння, коли я думаю про свої справи і проблеми	1	2	3	4

ДОДАТОК Б

Опитувальник Бека

У цьому опитувальнику містяться групи тверджень. Уважно прочитайте кожну групу тверджень. Потім визначте в кожній групі одне твердження, яке найкраще відповідає тому, як Ви себе почували ЦЬОГО ТИЖНЯ І СЬОГОДНІ. Поставте галочку біля вибраного твердження. Перш, ніж зробити свій вибір, переконайтеся, що ви прочитали всі твердження в кожній групі.

А.

0. Мені не сумно.
1. Мені сумно або тоскно.
2. Мені весь час тужливо або сумно, і я нічого не можу з собою вдіяти.
3. Мені так сумно, що я не можу цього винести.

Б.

0. Я втратив інтерес до інших людей.
1. Я менше, ніж колись, цікавлюся іншими людьми.
2. У мене втрачений майже весь інтерес до інших людей, і я майже не маю ніяких почуттів до них.
3. У мене втрачений будь-який інтерес до інших людей, і вони мене абсолютно не турбують.

В.

0. Я дивлюся в майбутнє без особливого розчарування. 1. Я відчуваю розчарування в майбутньому.
2. Я відчуваю, що мені нічого чекати попереду.
3. Я відчуваю, що майбутнє безнадійне і повороту до кращого бути не може. Г.

1. Я приймаю рішення приблизно так само легко, як завжди. 2. Я намагаюся відтермінувати ухвалення рішень.

3. Приймати рішення для мене надзвичайно важко. 4. Я сам зовсім не можу приймати рішення.

Д.

0. Я не відчуваю себе невдахою.

1. Я відчуваю, що невдачі траплялися у мене частіше, ніж у інших людей. 2. Коли озирваюся на своє життя, я бачу лише ланцюг невдач.

3. Я відчуваю, що зазнав невдачі як особистість (батько, чоловік, дружина). Е.

1. Я не відчуваю, що виглядаю значно гірше, ніж зазвичай. 2. Мене турбує те, що виглядаю старим і непривабливим.

3. Я відчуваю, що моя зовнішність постійно змінюється і робить мене непривабливим.

4. Я відчуваю, що виглядаю відштовхуюче. Є.

0. Я не відчуваю ніякої особливої незадоволеності. 1. Ніщо тепер не радує мене так, як раніше.

2. Більше ніщо не дає мені задоволення. 3. Я не отримую задоволення ні від чого. Ж.

0. Я можу працювати майже так само добре, як і раніше.

1. Мені треба прикладати додаткові зусилля, щоб щось зробити. 2. Я не можу виконувати ніяку роботу.

3. Мені потрібно прикласти зусилля, щоб щось зробити. З.

1. Я не відчуваю ніякої особливої провини. 2. Дуже часто я почуваю себе кепсько і нікчемно. 3. У мене досить сильне почуття провини.

4. Я відчуваю себе дуже кепсько і нікчемно. І.

0. Я втомлююся нітрохи не більше, ніж зазвичай. 1. Я втомлююся швидше, ніж раніше.

2. Я втомлююся від будь-якого заняття.

3. Я втомлююся від будь-якого заняття. К.

0. Я не відчуваю розчарування в собі. 1. Я розчарований в собі.

2. Я відчуваю огиду до себе. 3. Я ненавиджу себе.

Л.

0. Мій апетит не гірший, ніж зазвичай. 1. Мій апетит не такий гарний, як

бувало. 2.Мій апетит тепер набагато гірший.

3.У мене зовсім немає апетиту. М.

0. У мене немає ніяких думок про суїцид.

1. Я відчуваю, що мені було б краще померти. 2.У мене є певні плани здійснення самогубства. 3.Я покінчу із собою при першій можливості.

ДОДАТОК В

Опитувальник рівня суб'єктивного контролю Роттера

Інструкція: Вам буде запропоновано 44 твердження, що стосуються різних сторін життя і ставлення до них.

Оцініть, будь ласка, ступінь своєї згоди або незгоди з наведеними твердженнями за 6-бальною шкалою: -3 -2 -1 +1 +2 +3, від повної незгоди (-3) до повної згоди (+3).

Іншими словами, поставте проти кожного твердження бал від одиниці до трійки з відповідним знаком «+» (згода) або «-» (незгода).

1. Просування по службі більше залежить від вдалого збігу обставин, ніж від здібностей і зусиль людини.
2. Більшість розлучень відбувається тому, що люди не хочуть пристосовуватися одне до одного.
3. Хвороба - справа випадку; якщо вже судилося захворіти, то нічого не вдієш.
4. Люди стають самотніми через те, що самі не виявляють інтересу і дружелюбності до оточуючих.
5. Здійснення моїх бажань часто залежить від везіння.
6. Марно докладати зусилля для того, щоб завоювати симпатії інших людей.
7. Зовнішні обставини, батьки і добробут впливають на сімейне щастя не менше, ніж стосунки подружжя.
8. Я часто відчуваю, що мало впливаю на те, що відбувається зі мною.
9. Як правило, керівництво є більш ефективним, коли керівник повністю контролює дії підлеглих, а не покладається на їх самостійність.

10. Мої оцінки в школі, в інституті часто залежали від випадкових обставин (наприклад, настрою викладача) більше, ніж від моїх власних зусиль.
11. Коли я будую плани, то, загалом, вірю, що зможу здійснити їх.
12. Те, що багатьом людям здається удачею чи везінням, насправді є результатом довгих цілеспрямованих зусиль.
13. Думаю, що правильний спосіб життя може більше допомогти здоров'ю, ніж лікарі і ліки.
14. Якщо люди не підходять один одному, то, як би вони не намагалися, налагодити сімейне життя все одно не зможуть.
15. Те позитивне, що я роблю, зазвичай буває гідно оцінено іншими.
16. Люди виростають такими, якими їх виховують батьки.
17. Думаю, що випадок чи доля не грають важливої ролі в моєму житті.
18. Я не намагаюся планувати далеко вперед, тому що багато залежить від того, як складуться обставини.
19. Мої оцінки в школі найбільше залежали від моїх зусиль і рівня підготовленості.
20. У сімейних конфліктах я частіше відчуваю більше свою відповідальність, ніж протилежна сторона.
21. Життя більшості людей залежить від збігу обставин.
22. Я надаю перевагу такому керівництву, при якому можна самостійно визначити, що і як робити.
23. Думаю, що мій спосіб життя жодною мірою не є причиною моїх хвороб.
24. Як правило, саме невдалий збіг обставин заважає людям домогтися успіху в своїх справах.
25. Зрештою, за погане управління організацією відповідальні

самі люди, які в ній працюють.

26. Я часто відчуваю, що нічого не можу змінити в ситуаціях, які склалися.

27. Якщо я дуже захочу, то зможу домогтися прихильності до себе майже кожного.

28. На підростаюче покоління впливає так багато обставин, що зусилля батьків щодо його виховання часто виявляються марними.

29. Те, що зі мною трапляється, це справа моїх власних рук.

30. Важко буває зрозуміти, чому керівники чинять саме так, а не інакше.

31. Людина, яка не змогла добитися успіху в своїй роботі, швидше за все, не проявила достатньо зусиль.

32. Найчастіше я можу домогтися від членів моєї сім'ї того, що хочу.

33. В неприємностях і невдачах, що були в моєму житті, частіше були винні інші люди, ніж я сам.

34. Дитину завжди можна вберегти від застуди, якщо за нею стежити і правильно одягати.

35. В складних обставинах я волюю почекати, поки проблеми не вирішаться самі собою.

36. Успіх є результатом наполегливої праці і мало залежить від випадку або везіння.

37. Я відчуваю, що від мене більше, ніж від кого б то не було, залежить щастя моєї сім'ї.

38. Мені завжди було важко зрозуміти, чому я подобаюсь одним людям і не подобаюсь іншим.

39. Я завжди віддаю перевагу приймати рішення і діяти самостійно, а не сподіватися на допомогу інших людей чи на долю.

40. На жаль, заслуги людини часто залишаються невизнаними, незважаючи на всі її старання.

41. У сімейному житті бувають такі ситуації, які неможливо вирішити навіть при дуже сильному бажанні.

42. Здібні люди, які не змогли реалізувати свої можливості, мають звинувачувати в цьому лише себе.

43. Багато моїх успіхів були можливі тільки завдяки допомозі інших людей.

44. Більшість моїх невдач відбулося від невміння, незнання чи ліні і мало залежало від везіння чи невезіння.

ДОДАТОК Г

Опитувальник Міні-мульти (скорочений варіант міннесотського багатомірного особистісного переліку ММРІ)

ІНСТРУКЦІЯ: «Зараз ви ознайомитеся з твердженнями, що стосуються стану Вашого здоров'я і Вашого характеру. Прочитайте кожне твердження і вирішіть, вірно воно чи невірно по відношенню до Вас. Не витрачайте часу на роздумування. Найбільш природно те рішення, яке першим приходить в голову».

ТЕКСТ ОПИТУВАЧА

1. У Вас гарний апетит?
2. Вранці Ви зазвичай відчуваєте, що виспалися і відпочили.
3. У вашому повсякденному житті маса цікавого.
4. Ви працюєте з великим напруженням.
5. Часом Вам приходять в голову такі нехороші думки, що про них краще не розповідати.
6. У Вас дуже рідко буває закріп.
7. Іноді Вам дуже хотілося назавжди піти з дому.
8. Часом у Вас бувають напади нестримного сміху або плачу.
9. Часом Вас турбує нудота і позиви на блювоту.
10. У вас таке враження, що Вас ніхто не розуміє.
11. Іноді Вам хочеться вилятися.
12. Щотижня Вам сняться жахи.
13. Вам важче зосередитися, ніж більшості людей.
14. З Вами відбувалися (або відбуваються) дивні речі.

15. Ви досягли б в житті набагато більшого, якби люди не були налаштовані проти Вас.
16. В дитинстві бувало Ви інколи скоювали крадіжки.
17. Бувало, що по декілька днів, тижнів або цілих місяців Ви нічим не могли зайнятися, тому що важко було змусити себе включитися в роботу.
18. У Вас неспокійний з переривами сон.
19. Коли Ви знаходитеся серед людей, Вам чуються дивні речі.
20. Більшість людей, які Вас знають, не вважають Вас неприємною людиною.
21. Вам часто доводилося підкорятися кому-небудь, хто знав менше Вашого.
22. Більшість людей задоволені своїм життям більше, ніж Ви.
23. Дуже багато людей перебільшують свої нещастя, щоб домогтися співчуття і допомоги.
24. Іноді ви гніваєтесь.
25. Вам безумовно не вистачає впевненості в собі.
26. У вас часто бувають посмикування м'язів.
27. У Вас часто буває відчуття, ніби Ви зробили щось негідне.
28. Зазвичай Ви задоволені своєю долею.
29. Деякі люди так люблять керувати, що Вам хочеться все зробити наперекір, хоча Ви знаєте, що вони мають рацію.
30. Ви вважаєте, що проти Вас щось замишляють.
31. Більшість людей здатні домагатися вигоди не зовсім чесним шляхом.
32. Вас часто турбує шлунок.
33. Часто ви не можете зрозуміти, чому напередодні Ви були в поганому настрої і роздратовані.
34. Часом Ваші думки текли так швидко, що Ви не встигали їх висловлювати.
35. Ви вважаєте, що Ваше сімейне життя не гірше, ніж у більшості Ваших знайомих.

36. Часом Ви впевнені у власній непотрібності.
37. В останні роки Ваше самопочуття було в основному гарним.
38. У Вас бували періоди, під час яких Ви щось робили і потім не могли пригадати, що саме.
39. Ви вважаєте, що Вас часто незаслужено карали.
40. Ви ніколи не відчували себе краще, ніж тепер.
41. Вам байдуже, що думають про Вас інші.
42. З пам'яттю у Вас все благополучно.
43. Вам важко підтримувати розмову з людиною, з якою Ви тільки що познайомилися.
44. Довгий час Ви відчуваєте загальну слабкість.
45. У Вас рідко болить голова.
46. Іноді Вам бувало важко зберегти рівновагу при ходьбі.
47. Не всі Ваші знайомі Вам подобаються.
48. Є люди, які намагаються вкрати Ваші ідеї та думки.
49. Ви вважаєте, що робили вчинки, які не можна пробачити.
50. Ви вважаєте, що Ви занадто сором'язливі.
51. Ви майже завжди про що-небудь тривожитесь.
52. Ваші батьки часто не схвалювали Ваших знайомств.
53. Іноді Ви трохи брешете.
54. Часом Ви відчуваєте, що Вам надзвичайно легко приймати рішення.
55. У Вас буває сильне серцебиття і Ви часто задихаєтесь.
56. Ви запальні, але швидко відходите.
57. У Вас бувають періоди такого занепокоєння, що важко всидіти на місці.
58. Ваші батьки та інші члени сім'ї часто прискіпливі до Вас.
59. Ваша доля нікого особливо не цікавить.
60. Ви не засуджуєте людину, яка не проти скористатися в своїх інтересах помилками іншого.
61. Іноді Ви сповнені енергії.

62. За останній час у Вас погіршився зір.
63. Часто у Вас дзвенить або шумить у вухах.
64. У Вашому житті були випадки (може бути, тільки один), коли Ви відчували, що на Вас діє гіпноз.
65. У Вас бувають періоди, коли Ви незвично веселі без особливої причини.
66. Навіть перебуваючи в товаристві, Ви зазвичай відчуваєте себе самотньо.
67. Ви вважаєте, що майже кожен може збрехати, щоб уникнути неприємностей.
68. Ви відчуваєте гостріше, ніж більшість інших людей.
69. Часом Ваша голова працює як би повільніше, ніж зазвичай.
70. Ви часто розчаровуєтеся в людях.
71. Ви зловживаєте спиртними напоями.

Додаток Д

Опитувальник визначення психологічної характеристики темпераменту

Потрібно відповісти на кожне питання «так» або «ні» і записати свою відповідь поруч з номером питання. Не слід витратити багато часу на обдумування питань. Дайте ту відповідь, яка першою приходить в голову. Відповідайте на всі питання поспіль, нічого не пропускаючи. Чим відвертіше Ви це зробите, тим точніше і правильніше зможете вивчити свій темперамент.

Зміст питання:

1. Ви любите часто бувати в компанії?
2. Ви уникаєте мати речі, які ненадійні, неміцні, хоча і красиві?
3. Чи часто у Вас бувають підйоми і спади настрою?
4. Під час бесіди Ви дуже швидко говорите?
5. Вам подобається робота, що вимагає повної напруги сил і здібностей?
6. Чи буває, що Ви передаєте чутки?
7. Чи вважаєте Ви себе людиною дуже веселою і життєрадісною?
8. Ви дуже звикаєте до певного одягу, його кольору й крою, так що неохоче міняєте його на щось інше?
9. Чи часто Ви відчуваєте, що маєте потребу в людях, які Вас розуміють, можуть схвалити і втішити?
10. У Вас дуже швидкий почерк?
11. Чи шукаєте Ви собі самі роботу, заняття, хоча можна було б і відпочивати?
12. Чи буває так, що Ви не виконуєте своїх обіцянок?
13. У Вас багато дуже хороших друзів?
14. Чи важко Вам відірватися від справи, якою захопилися, і зайнятися іншою.
15. Чи часто Ви переймаєтесь почуттям провини?

16. Зазвичай Ви ходите дуже швидко, незалежно від того, поспішаєте ви чи ні?
17. У школі Ви працювали над важкими завданнями до тих пір, поки не вирішували їх?
18. Чи буває, що іноді Ви мислите гірше, ніж зазвичай?
19. Вам легко знайти спільну мову з незнайомими людьми?
20. Чи часто Ви плануєте, як будете себе вести при зустрічі, бесіді?
21. Ви запальні і легко вразливі натяками і жартами над Вами?
22. Під час бесіди зазвичай Ви жестикулюєте?
23. Найчастіше Ви прокидаєтеся вранці свіжим і добре відпочившим?
24. Чи бувають у Вас такі думки, про які б Ви не хотіли, щоб дізналися інші?
25. Ви любите жартувати над іншими?
26. Чи схильні Ви до того, щоб ґрунтовно перевірити свої думки, перш ніж їх повідомляти будь-кому?
27. Чи часто Вам сняться жахи?
28. Зазвичай Ви легко запам'ятовуєте і засвоюєте новий навчальний матеріал?
29. Ви настільки активні, що вам важко навіть кілька годин бути без справи?
30. Чи бувало, що розгнівавшись, Ви виходили з себе?
31. Вам не важко внести пожвавлення в досить нудну компанію?
32. Ви зазвичай досить довго роздумуєте, приймаючи якесь, навіть не дуже важливе, рішення?
33. Вам казали, що Ви приймаєте все занадто близько до серця?
34. Вам подобається грати в ігри, що вимагають швидкості і гарною реакції?
35. Якщо у Вас щось довго не виходить, то зазвичай Ви все ж намагаєтеся зробити це?
36. Чи виникало у Вас, хоч і короткочасне, відчуття роздратування по

відношенню до Ваших батьків?

37. Чи вважаєте Ви себе відкритою і товариською людиною?
38. Зазвичай Вам важко взятися за нову справу?
39. Чи турбує Вас почуття, що Ви чимось гірші за інших?
40. Зазвичай Вам важко щось робити з повільними і неквапливими людьми?
41. Протягом дня Ви можете довго і продуктивно займатися чим-небудь, не відчуваючи втоми?
42. У Вас є звички, яких варто було б позбутися?
43. Вас приймають іноді за турботну людину?
44. Чи вважаєте Ви хорошим другом тільки того, чия симпатія до Вас надійна і перевірена?
45. Вас можна швидко розсердити?
46. Під час дискусії зазвичай Ви швидко знаходите потрібну відповідь?
47. Ви можете змусити себе довго і продуктивно, не відволікаючись, займатися чим-небудь?
48. Чи буває, що Ви говорите про речі, в яких зовсім нічого не розумієте?

