

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

ФАКУЛЬТЕТ СОЦІАЛЬНОЇ ПЕДАГОГІКИ ТА ПСИХОЛОГІЇ
КАФЕДРА ПСИХОЛОГІЇ

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА

**на тему: ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК АКЦЕНТУАЦІЙ ХАРАКТЕРУ ТА
ПСИХОСОМАТИЧНИХ РОЗЛАДІВ У ПІДЛІТКІВ**

Виконала: студентка II курсу,
групи 8.0530-з
спеціальності: 053 Психологія
освітньої програми: 053 Психологія
Гутовська Аліна Сергіївна
Керівник: к.психол.н., доцент кафедри
психології Паскевська Ю.А.
Рецензент: к.філол.н., викладач кафедри
психології Томченко М.А.

Запоріжжя

2021

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

« ____ » _____ 2021 р.

З А В Д А Н Н Я

НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ СТУДЕНТЦІ

Гутовській Аліні Сергіївні

Тема роботи Взаємозв'язок акцентуацій характеру та психосоматичних розладів _____ у

підлітків.....

керівник роботи Паскевська Ю.А. к.психол.н., доцент кафедри психології

затверджені наказом ЗНУ від «30» липня 2021 року № 1137-с

2. Строк подання студентом роботи _____

3. Вихідні дані до роботи аналіз психолого-педагогічної літератури.

4. Зміст розрахунково-пояснювальної: зробити теоретико-методологічне визначення акцентуацій характеру в підлітковому віці; проаналізувати динаміку акцентуацій характеру; надати характеристику псоріазу, як психосоматичному розладу у підлітків; емпірично дослідити взаємозв'язок акцентуацій характеру та психосоматичних розладів у дівчат підліткового віку.

5. Перелік графічного матеріалу: 2 рисунка, 4 таблиці

6. Консультанти розділів роботи

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		Завдання видав	Завдання прийняв
Вступ	Паскевська Ю.А., доцент		
Розділ 1	Паскевська Ю.А., доцент		
Розділ 2	Паскевська Ю.А., доцент		
Розділ 3	Паскевська Ю.А., доцент		
Висновки	Паскевська Ю.А., 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 2021 р.	Виконано
2	Робота над вступом	березень 2021 р.	Виконано
3	Робота над першим розділом	квітень-травень 2021 р.	Виконано
4	Робота над другим розділом	червень-липень 2021 р.	Виконано
5	Робота над третім розділом	вересень 2021 р.	
6	Написання висновків	жовтень 2021 р.	Виконано
7	Передзахист	листопад 2021 р.	Виконано
8	Нормоконтроль	листопад 2021	Виконано

Студент _____ А.С. Гутовська

Керівник роботи _____ Ю.А. Паскевська

Нормоконтроль пройдено

Нормоконтролер _____ О.М. Грединарова

РЕФЕРАТ

Кваліфікаційна робота магістра: 71 с., 2 рисунка, 4 таблиці, 60 джерел.

Об'єктом дослідження виступають акцентуації характеру в підлітковому віці.

Предмет дослідження: взаємозв'язок акцентуацій характеру та психосоматичних розладів у підлітків.

Виходячи зі сказаного, у нашому дослідженні була поставлена мета: визначити взаємозв'язок акцентуацій характеру та психосоматичних розладів у підлітків.

Гіпотези дослідження: для підлітків з психосоматичними розладами, як псоріаз, характерний «дистимічний» і «тривожний» типи акцентуації характеру, що підтвердить високий рівень середніх значень за шкалами невротизації.

Методи дослідження: метод теоретичного вивчення проблеми, методи збору та інтерпретації даних.

Наукова новизна: Нами було виявлено взаємозв'язок акцентуацій характеру та психосоматичних розладів у підлітків з хворобою псоріаз.

Практичне значення: отримані результати можуть бути використані у роботі психолога з проблеми псоріазу, як психосоматичних розладів у підлітків.

АКЦЕНТУАЦІЇ ХАРАКТЕРУ, ПСИХОСОМАТИЧНІ РОЗЛАДИ, ПІДЛІТКИ, ПСОРИАЗ, НЕВРОТИЗАЦІЯ.

SUMMARY

Gutovska A.S. Relationship between character accentuations and psychosomatic disorders in adolescents.

The qualifying work of the master: 71 pp., 2 figures, 4 tables, 60 sources.

The object of study are accentuations of character in adolescence.

The subject: the relationship between character accentuations and psychosomatic disorders in adolescents.

The based on the above, our study aimed to determine the relationship between character accentuations and psychosomatic disorders in adolescents.

The research hypotheses: Adolescents with psychosomatic disorders, such as psoriasis, are characterized by "dysthymic" and "anxious" types of character accentuation, which will confirm the high level of average values on the scales of neuroticism.

The research methods: method of theoretical study of the problem, methods of data collection and interpretation.

The scientific novelty: We found a relationship between character accentuations and psychosomatic disorders in adolescents with psoriasis.

The practical significance: the obtained results can be used in the work of a psychologist on the problem of psoriasis as a psychosomatic disorder in adolescents.

CHARACTER ACCENTUATIONS, PSYCHOSOMATIC DISORDERS, ADOLESCENTS, PSORIASIS, NEUROTISATION.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	6
РОЗДІЛ 1. Визначення акцентуацій характеру в підлітковому віці.....	10
1.1. Характер: визначення та основні підходи	10
1.2. Динаміка акцентуацій характеру.....	17
1.3. Характеристика підліткового віку.....	36
РОЗДІЛ 2. Характеристика псоріазу як психосоматичний розлад у підлітків.....	42
2.1. Визначення поняття «психосоматики».....	42
2.2. Класифікація психосоматичних розладів.....	44
2.3. Псоріаз: характеристика та фактори.....	48
РОЗДІЛ 3. Емпіричне дослідження взаємозв'язку акцентуацій характеру та психосоматичних розладів у підлітків.....	55
3.1. Методи, методика й процедура дослідження.....	55
3.2. Результати дослідження та їх інтерпретація.....	56
ВИСНОВКИ.....	65
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	67

ВСТУП

Актуальність дослідження. Психосоматичні розлади - порушення функцій органів і систем, обумовлені психогенними порушеннями, займають все більше місця в захворюваності дітей підліткового віку, спираючись за даними деяких дослідників, від 12 до 45% з числа звертаються за медичною допомогою діти і підлітки. При цьому, часто вказують на недостатню ефективність симптоматичного лікування, що призводить до ускладнення і хронізації психосоматичних розладів.

Велике значення, поряд з медичним, має також соціальний-психологічний аспект проблеми - виражений вплив психосоматичних розладів з частими загостреннями і госпіталізацією. а іноді, і ранньої інвалідизації.

До теперішнього часу цієї проблемі присвячено велику кількість робіт, в основному, зарубіжних дослідників, послідовників З. Фрейда (Adier A., 1928; Freud A. 1936; Ribble M., 1955; Spi z R., 1957; Sperling MI 1978; Оудсхоорн Д.П., 1993; Kreisler L., 1994 та ін.), які вивчали психогенні соматичні розлади у дітей, виходячи з основних положень психоаналізу, і в якості лікування рекомендували тільки психотерапевтичний вплив.

У вітчизняній практиці цей напрямок, в основному, розвивався з ідеєю невризма з певними досягненнями в розробці проблеми психосоматичних розладів. У числі психогенних, обумовлених, розглядалися розлади харчування, серцево-судинного апарату, дихального, рухової сфери, порушення шкіри (Майзель І.Є., Сімсон Т.П., 1928), а також, окремі функціональні порушення - системні неврози (Симеон Т.П. ., 1958; Сухарева Г.Е., 1959; Ковальов В.В., 1979; Буянов М.І., 1995 і ін.). Протягом останніх десятиліть у плані психосоматичних взаємин розглядався інший аспект проблеми - приховані, замасковані депресії, соматичні прояви, які можуть охоплювати практично всі органи і системи (oolan JM, 1962: Lesse S.,

1968,1981; Nissen G., 1971,1975,1982; Іовчук Н.М., 1985,1992; Мамцева В.П., 1988; Північний А.А., 1987 і ін.).

В результаті проведених фахівцями різного профілю досліджень встановлено, що в основі соматичних порушень лежать емоційні розлади - тривога і депресія (Вальдман А.В., 1972; Губачев Ю.М., Стабровский Е.М., 1981; Вейн АМ і ін. .1981,1991; Тополянский В.Д., Струківська М.В., 1986; Північний А.А. та ін.), це може бути обумовлене акцентуаціями характеру дітей підліткового віку.

Разом з тим до цього часу не уточнено окремі характеристики депресії: причини, ступінь клінічної виразності і особливості, що визначають виникнення соматичних порушень у дітей і підлітків.

Також залишаються невирішеними питання, що стосуються ролі віку у виникненні, клінічному оформленні та динаміці психосоматичних розладів, окремих генетичних (психопатологічна і психосоматична спадковість, особистісні особливості дітей і батьків), церебрально-органічних (патологія вагітності та пологів, важкі захворювання, травми) і психосоціальних (патологія виховання, психотравмуючі впливи) факторів.

Відсутні певні дані про характер взаємозв'язок акцентуацій характеру та психосоматичних розладів у дітей підліткового віку .

У зв'язку з актуальністю як медичного, так і соціального-психологічних аспектів проблеми психосоматичних розладів, необхідно підкреслити значимість їх розробки не тільки в практичному напрямку - клініка, динаміка і терапія, але і теоретичному – у уточненні особливостей патогенезу з обґрунтуванням терапевтичних і реабілітаційних підходів.

Об'єктом дослідження виступають акцентуації характеру в підлітковому віці.

Предмет дослідження: взаємозв'язок акцентуацій характеру та психосоматичних розладів у підлітків.

Виходячи зі сказаного, у нашому дослідженні була поставлена мета: визначити взаємозв'язок акцентуацій характеру та психосоматичних розладів у підлітків.

Гіпотези дослідження: для підлітків з психосоматичними розладами, як псоріаз, характерний «дистимічний» і «тривожний» типи акцентуації характеру, що підтвердить високий рівень середніх значень за шкалами невротизації.

Задачі дослідження:

1. Зробити теоретико-методологічне визначення акцентуацій характеру в підлітковому віці.
2. Проаналізувати динаміку акцентуацій характеру.
3. Надати характеристику псоріазу, як психосоматичному розладу у підлітків.
4. Емпірично дослідити взаємозв'язок акцентуацій характеру та психосоматичних розладів у дівчат підліткового віку.

Для одержання емпіричних даних у дослідженні буде використано комплекс методів, що включає методи теоретичного пізнання (аналіз наукової й спеціальної психологічної літератури, сходження від абстрактного до конкретного, синтез, моделювання, типологізація); методи емпіричного дослідження (вимір, експеримент, порівняння); психодіагностичні методи (тестування, опитування, анкетування); методи математичної статистики (середньоарифметичні значення, факторний аналіз, контент - аналіз).

Наукова новизна: Нами було виявлено взаємозв'язок акцентуацій характеру та психосоматичних розладів у підлітків з хворобою псоріаз.

Практичне значення: отримані результати можуть бути використані у роботі психолога з проблеми псоріазу, як психосоматичних розладів у підлітків.

Надійність та вірогідність результатів дослідження забезпечувались методологічним обґрунтуванням вихідних положень; використанням методів, адекватних меті та завданням дослідження; репрезентативністю вибірки; кількісним та якісним аналізом отриманих результатів; статистичною оцінкою експериментальних даних.

РОЗДІЛ 1

ВИЗНАЧЕННЯ АКЦЕНТУАЦІЙ ХАРАКТЕРУ В ПІДЛІТКОВОМУ ВІСІ

1.1. Характер: визначення та основні підходи

Підлітковий вік (12 – 19 років) є критичним у відношенні становлення характеру, адже саме в цей час закладається характер і в подальшому житті лише під впливом надзвичайних факторів можливі його зміни. Характер це життєвий почерк людини, є відповідне прислів'я: “Посієш вчинок – пожнеш звичку, посієш звичку – пожнеш характер, пожнеш характер – пожнеш долю”.

В психології характер розглядається як сукупність істотних, стрижневих і найбільш стійких індивідуальних якостей особистості, що виявляються в діяльності, спілкуванні воіна та в його поведінці. Слово “характер” походить від грецького “character” – карбування, печатка, риса. Пізнання характеру дає змогу досить точно прогнозувати його поведінку, можливі вчинки та дії, а також впливати на неї. Визначимо, що ми маємо на увазі під цим поняттям, Петровський визначав характер як “сукупність стійких індивідуальних особливостей особистості, яка формується та проявляється в діяльності та спілкуванні”, у В.Ф.Моргуна у багатомірній концепції особистості, що включає [15, 419]:

- часову локалізацію;
- емоційні переживання;
- змістовну спрямованість;
- рівень засвоєння діяльності;
- форми реалізації особистістю діяльності;

характер “виражається мірою стабільності (стійкості) всієї структури особистості” [11].

В.В. Ягупов визначає характер як “психологічну властивість особистості, що визначає його поведінку і ставлення до навколишнього середовища, праці, інших людей і самого себе”, та містить 4 групи рис [20, 116]:

- ставлення до оточуючих, до суспільства;
- ставлення до праці;
- відношення до себе;
- відношення до речей;

цей погляд збігається із поглядом більшості сучасних психологів, зокрема з поглядом Ю.Л. Трофімова, за яким структура рис характеру виявляється у тому, як людина ставиться:

- до інших людей;
- до справ;
- до речей;
- до себе.

В характері акумулюються звички людини. Характер проявляється в діяльності, але в ній же формується. Людина характеризується не тільки тим що вона робить, але й тим як вона це робить. У своїх діях, своїй поведінці люди демонструють не однакові, інколи навіть протилежні індивідуальні особливості, одні й ті ж прийоми виховного впливу можуть призвести до протилежних результатів, якщо вони застосовуються до людей з різними індивідуальними особливостями, з різними характерами.

Проблема класифікації характерів здавна приваблювала вчених. Тому цілком природньо, що в наш час існує декілька класифікацій характеру які ґрунтуються на різних ознаках. Ми, вважаємо, недоцільним згадування найдавніших класифікацій (Теофраст, Арістотель, Платон, Лафатер та ін.) оскільки, зараз вони мають тільки історичну цінність, а зосередимо увагу на відносно нових [40].

Неофрейдист Е.Фромм виділяв такі типи характеру людини:

- “мазохіст-садист”;
- “руйнівник”;
- “конформіст-автомат”.

Е.Кречмер, німецький психіатр і психолог, виділив чотири типи будови тіла людини: лептосоматики, атлетики, пікніки, диспластики, ґрунтуючись на гіпотезі, що психіка людини корелює з конституцією тіла, оскільки, на думку останнього, як тип будови тіла, так і психічні особливості обумовлені хімічним складом крові, гормонами [44].

Відповідно до цих типів будови тіла, Кречмер виділяє три типи характеру (але це скоріше типи темпераменту):

- шизотимний;
- циклотимний;
- іксотимний.

Е.Кречмер вказував, і це було підтверджено дослідженнями в області психогенетики, що тип конституції тіла людини певним чином корелює із схильністю до психічних захворювань [44].

Американський вчений У.Шелдон також, вказував на пряму залежність індивідуально-психологічних рис від регулюємих гормонами внутрішньої секреції тілесних особливостей. Цей вчений був прихильником гуморальної системи організму, і відповідно його погляд на цю проблему є продовженням поглядів Галена, І.Канта, П.Ф.Лесгафта.

Звичайно, ці уявлення не є невірними але вони висвітлюють один бік проблеми і не найважливіший, необхідно враховувати, що безпосередньою основою всіх психічних проявів є головний мозок, саме у функціональних властивостях мозку, його кори та підкірки (як органу набутих протягом життя форм поведінки регулюємих психікою), лежать причини індивідуальних відмінностей [42].

Підлітковий вік загострює слабкі сторони особистості, породжує різноманітні зовнішні та внутрішні конфлікти, загострюються та стають більш помітні типологічні риси характеру, як ендogenous так і екзогенні, виявляються різні типи акцентуації характеру. Оскільки типи акцентуацій схожі на психопатії, або частково з ними співпадають, то ще на початку вивчення психопатій виникла проблема відмежування останніх від крайніх варіантів норми. В.М.Бехтерев (1886) згадував про “перехідні стани між психопатією та нормальним станом”. Бельгійський психіатр Dalemagne відрізняв “неврівноважених” від “легко втрачаючих рівновагу”, Е. Kahn (1928) виділяв групу “дискордантно-нормальних” як перехідну від норми до психопатії, П.Б.Ганнушкін (1933) подібні випадки вирізняв як “латентну психопатію”, М.Трамер (1949) та О.В.Кербіков (1961) як “передпсихопатію”, К. Leonhard (1968) як “акцентуацію особистості”, Г.К.Ушаков (1973) як “крайні варіанти нормального характеру”, Л.І.Співак (1979) як “нервово-психічну невірноваженість” [40].

Найбільш відомий термін Карла Леонгарда “акцентуована особистість”, акцентуовані особистості визначаються як крайні варіанти норми, але відсутні диференційно-діагностичні критерії між ними та психопатіями, як наслідок в германомовних країнах термін “акцентуована особистість” став використовуватись як діагноз замість терміну “психопатія”. За К. Леонгардом, класифікація починається з аналізу схильності рис особистості до акцентуації, це риси зі сфери спрямованості, інтересів та схильностей; риси зі сфери почуттів; та риси зі сфери асоціативно-інтелектуальної. У відповідності з концепцією К. Леонгарда всі риси особистості можуть бути розділені на основні та допоміжні. Основні риси – стержень особистості, вони визначають її розвиток, процеси адаптації, психічне здоров'я. За значної вираженості основні риси характеризують особистість в цілому. У випадку впливу несприятливих факторів вони можуть набувати патологічного характеру, руйнуючи структуру особистості. Особистості у яких основні риси надміру виражені, названі К. Леонгардом

“акцентуйованими особистостями”, їх не треба розглядати в якості патологічних, це випадок загострення певних, властивих кожній людині особливостей. Згідно К. Леонгарда, в акцентуйованих особистостях потенційно закладено як можливість соціально корисних досягнень, так і соціально негативний заряд [44, 24].

К. Леонгард вживає термін “акцентуйована особистість”, але оскільки поняття особистості більш складне та багатогранне, доречніше говорити про “акцентуацію характеру” [44].

Відмінності між акцентуаціями характеру та психопатіями ґрунтуються на діагностичних критеріях П.Б. Ганнушкіна – О.В. Кербікова. при акцентуаціях характеру ніколи не буває співпадіння нижче названих трьох ознак відразу (може не бути жодної з цих ознак):

- відносна стабільність на протязі життя;
- тотальність прояву у всіх ситуаціях;
- соціальна дезадаптація.

Як правило акцентуації розвиваються в період становлення характеру та згладжуються з віком. Особливості характеру при акцентуаціях проявляються не постійно, а лише в деяких випадках за певних обставин, і майже ніколи не проявляються в звичайних умовах. Соціальна дезадаптація при акцентуаціях характеру або зовсім відсутня, або швидкоплинна [40].

При акцентуаціях порушення виникають тільки за певних психічних травм, за певних ситуацій, - а саме тоді, коли вони адресовані “місцю найменшого опору” певного типу характеру. Інші травмуючі впливи не призводять до порушень і переносяться стійко. Кожен тип акцентуації характеру має властиві тільки йому, відмінні від інших типів місця найменшого опору. І якщо протягом тривалого часу неодноразово впливати на ці риси, то в результаті можна отримати психічно хвору людину. І навпаки, якщо не перегрупувати ці “слабкі місця”, то акцентуації згладжуються і людина стає більш стійкою до несприятливих впливів оточуючого середовища.

Таким чином, акцентуація характеру – це крайній варіант норми, за якого окремі риси характеру надмірно посилені, внаслідок чого виявляється вибіркова вразливість по відношенню до певного роду психогенних впливів, за гарної і навіть підвищеної стійкості до інших.

Акцентуації характеру є крайніми варіантами норми, але за несприятливих обставин на їхньому ґрунті можуть розвиватись психогенні розлади (гострі афективні та патохарактерологічні реакції, реактивні психози і т.інш.) [44].

Найбільш відомі дві класифікації типів акцентуацій: перша була створена Карлом Леонгардом (1968 р.) та видозмінена ним в другому виданні його книги (1976 р.), друга розроблена Андрієм Євгеновичем Лічко (1977 р.). Нижче наведено співставлення цих класифікацій [8, 44]:

Таблиця 1.1

Співставлення класифікацій А.Є.Лічко та К.Леонгарда

Типи акцентуацій характеру за А.Є. Лічко.	Типи акцентуєваних особистостей за К. Леонгардом.
Гіпертимний	Гіпертимічний.
Циклоїдний	Афективно-лабільний.
Лабільний	Афективно-екзальтований
Лабільний	Емотивний
Астеноневротичний	-
Сенситивний	Тривожний
Шизоїдний	Інтровертований.
Епілептоїдний	Збуджуваний
Психастенічний	Педантичний
Істероїдний	Демонстративний

Продовження таблиці 1.1.

Нестійкий	-
Конформний	-
Конформно-гіпертимний	Екстравертований
-	Ригідний
-	Дистимічний

Е.Г.Ейдемільер та В.Юстицкіс для діагностики типів акцентуацій та “Я-образу”, для полегшення процедури диференційної діагностики варіантів норми в формі акцентуацій характеру (особистості) розробили шкалу “РА”-метод аутоідентифікації та ідентифікації за вербальними характерологічними портретами, він включає такі типи [3, 434]:

- меланхолійний;
- гіпертимний;
- емоційно-лабільний;
- астенічний;
- сенситивний;
- тривожно-підозріливий;
- інтровертований;
- паранояльний;
- інертно-імпульсивний;
- демонстративно-гіперкомпенсаційний;
- нестійкий;
- конформний.

М.І. Єнікеєв та О.Л. Кочетков виділяють лише чотири типи акцентуованих особистостей (саме особистостей, у авторів відсутня диференціація на риси темпераменту та риси характеру як у К.Леонгарда) [44, 177]:

- *збуджений тип*, характеризується підвищеною активністю, завищеним рівнем домагань, схильний до авантюризму, делінквентної поведінки, неохайний, легко підпадає під асоціальний вплив;
- *афективний*, характеризується емоційною лабільністю, метушливий, афективні вибухи з найменшого приводу, низька самокритичність, можливі прояви аутоагресивної поведінки, схильний до делінквентної поведінки;
- *нестійкий*, емоційна лабільність, злобливість, підозрілість, астеничність, ображаються з найменшого приводу;
- *тривожний тип*, характеризується підвищеним рівнем тривожності, вразливий, має комплекс неповноцінності, замкнений у собі, схильний до виникнення фобій.

1.2. Динаміка акцентуацій характеру

Наведемо короткі характеристики кожного з основних типів акцентуацій характеру:

Гіпертимний тип. люди з цією акцентуацією вирізняються хорошим піднесеним настроєм, високим життєвим тонусом, нестримною активністю, комунікабельні, сміливі, надміру самостійні. Гіпертимні, легко налагоджують контакт навіть з незнайомцями, але у них відсутнє відчуття дистанції по відношенню до старших. Прагнуть та полюбляють командувати. В школі, навіть маючи здібності, навчаються нерівно через недисциплінованість, непосидючість. В підлітковому віці серед однолітків їх вирізняє майже завжди гарний, піднесений настрій. Лише інколи гарний настрій змінюється спалахами гніву та роздратуванням - як наслідок протидій оточення, прагнення дорослих підпорядкувати підлітків своїй владі. Погано переносять жорстку дисципліну та суворо регламентований режим. В незвичних ситуаціях не розгублюються, виявляють винахідливість, кмітливість,

”виходять сухими із води”. До правил та законів відносяться легковажно, можуть непомітно для себе перейти межу між дозволеним та забороненим. Завжди намагаються бути в компанії, товариські, їх пригнічує самотність. Полюбляють ризик та авантюру. Їм властиве прагнення до нового. Нові люди, місця, предмети, заняття легко приваблюють. Нетерплячі, часто не доводять почате до завершення, легко змінюють свої хобі, погано виконують роботу пов’язану з обмеженою рухливістю, акуратністю, кропіткою працею. Враховуючи ці особливості характеру, діти з гіпертимним типом акцентуації недоцільно використовувати в роботі яка потребує старанності, ретельного виконання, акуратності. Полюбляють хизуватись, обіцяне не завжди виконують [41]. Оптимісти, своє майбутнє бачать у райдужних кольорах. Невдачі можуть викликати бурхливу реакцію, але нездатні надовго збити з обраного шляху. Незлобиві, швидко примирюються навіть з тими, з ким ще зовсім недавно були в суперечці.

Статева зрілість настає рано. Якщо є статеві девіації, то вони як правило не фіксуються і швидко минають.

Свої здібності та можливості зазвичай переоцінюють. Хоча більшість особливостей свого характеру гіпертимні, знають та не приховують, але як правило виставляють себе більш конформними ніж це є насправді. Порушення адаптації виникають при застосуванні до таких підлітків строго регламентованого режиму, обмеженні їх активності, а також при виконанні монотонної діяльності на самоті, - вони виявляються у втечах, підвищеній конфліктності. Найбільш поширеною формою психологічного захисту у гіпертимного підліткає нестримне бажання дії та потяг до нового-нового місця, нових людей, нових вражень, також спостерігається зміна хобі.

Соціометричні дослідження В.В. Юстицького показали, що гіпертимні підлітки віддають перевагу контактам з лабільними та недолюблюють шизоїдних, сенситивних, та психастенічних [39].

Лабільний тип. В дитинстві не відрізняються від однолітків, або виявляють схильність до невротичних реакцій. Головна риса в підлітковому

віці – підвищена лабільність настрою, котрий змінюється надзвичайно часто різко від найменших, навіть непомітних сторонньому причин. Кимось промовлене слово, непривітний погляд можуть несподівано викликати поганий настрій [39]. І навпаки, цікава бесіда, комплімент, навіть малоймовірні перспективи на майбутнє можуть викликати веселий підвищений настрій і навіть відвернути від справді існуючих неприємностей, поки ті чимось не нагадають про себе. Під час відвертих та хвилюючих бесід можна спостерігати то готові навернутись на очі сльози, то радісну усмішку. Від настрою в даний момент залежить все: і самопочуття, і працездатність, і товариськість, і апетит. Відповідно до настрою і майбутнє, то здається чудовим, то уявляється похмурим та безнадійним; і минуле, відповідно, згадується то як низка приємних спогадів, то як низка неприємностей та несправедливостей; і повсякденне оточення здається то цікавим та приємним, то бридким та нецікавим [45].

Мало мотивовані зміни настрою можуть створювати у оточуючих враження легковажності та поверховості, але цих людей вирізняють глибокі почуття, вірність тим від кого вони отримують любов, увагу та турботу. Вірність зберігається, не дивлячись на легкість виникнення та велику кількість суперечок. Втрата близьких переноситься дуже тяжко. Також цим підліткам властива віддана дружба. Переважно товаришують з тими, хто в хвилини печалі та невдоволення може заспокоїти, відволікти, при суперечках захистити, а в хвилини піднесення – розділити радість, задовольнити потребу в співпереживанні. Полюбляють компанії, нове оточення, але на відміну від гіпертимів шукають в них не поле для діяльності, а лише нові враження. Чутливі до різного роду знаків уваги, вдячності, подяк та заохочень, які приносять справжню радість, але це не викликає в них почуття зверхності та самовпевненості. Емансипаційні прагнення помірно виражені, але можуть посилюватись внаслідок несприятливого впливу оточення. Потяг до групування також змінюється – в хвилини радості шукають компанії, в хвилини смутку прагнуть самотності. В групі однолітків на роль лідера

ніколи не претендують, краще почувають себе в ролі опікуємого та захищаємого іншими “любимчика”. Захоплюються художньою самодіяльністю, спілкування може використовуватись як засіб покращення настрою.

Статевий потяг довго залишається малодиференційованим і можливе відхилення на шлях підліткового транзиторного гомосексуалізму, але сексуальних ексцесів завжди уникають [36]. Своєрідна вибіркова інтуїція дозволяє таким підліткам швидко відчутти як до них ставляться, вже за першої зустрічі визначають, хто до них доброзичливий, а хто ні. Відповідне відношення виникає відразу ж, і без спроби його приховати. Для лабільних підлітків характерна точність оцінки рис свого характеру.

До декомпенсації можуть призвести емоційне відторгнення з боку значущих осіб, втрата близьких, рідних. Декомпенсація проявляється у посиленні емоційної лабільності, нападах плачу, спадах настрою, можливі спроби самогубства, втечі .

Циклоїдний тип. В дитинстві не відрізняються від однолітків або схожі на гіпертимів. З настанням пубертатного періоду може виникнути перша субдепресивна фаза. В подальшому ці фази чередуються з гіпертимністю або з відносно рівним настроєм. Тривалість фаз змінюється – спочатку дні, потім 1 – 2 тижні. З віком вони можуть подовжуватись, або навпаки скорочуватись.

В субдепресивній фазі у цих підлітків спостерігаються в'ялість, занепад сил, все валиться з рук. Те, що раніше давалось легко та просто тепер вимагає зусиль. Спілкування з оточуючими починає пригнічувати, прагнуть самотності. Дрібні неприємності та невдачі, кількість яких збільшується в цей період через занепад сил, переносяться дуже тяжко. Хоча на зауваження та докори часто відповідають грубістю, але в глибині душі від них впадають в ще більшу апатію [41]. Відчуття безвихідної нудьги та безпричинної тривоги, як при психотичній депресії, не буває. Але якщо в ці дні чують серйозні нарікання, або трапляються великі невдачі, особливо, якщо публічно принижують їх самооцінку легко можуть виникнути думки про власну

безвольність, нікчемність, неповноцінність, що провокують гострі афективні реакції з суїцидними спробами.

Апетит часто знижується. Іноді скаржаться на те, що важко засипати, і майже завжди на в'ялість та розбитість зранку.

В періоди підйому циклоїдні підлітки мають вигляд гіпертимних. Привертають увагу невластиві їм зазвичай витівки та бажання скрізь і завжди жартувати. Самооцінка може здатись на перший погляд суперечливою, оцінює себе як активного й пасивного, товариського й замкненого одночасно. При більш пильному опитуванні з'ясовується тривалість перепадів настрою.

Місцем найменшого опору в субдепресивній фазі є докорінна зміна життєвого стереотипу, така зміна може подовжити субдепресивну фазу. В цій фазі з'являється вибіркова чутливість до докорів, звинувачень, доган,- до всього, що сприяє виникненню ідей самозвинувачення.

Реакції емансипації та групування проявляються під час піднесення та зникають в субдепресивній фазі. Для захоплень характерна нестійкість: їх кидають в субдепресивній фазі, а в період піднесення повертаються до них знову, або знаходять нові [40].

Делінквентність, втечі, токсикоманія не властиві, алкоголем можуть зловживати в компаніях під час гіпертимної фази.

Самооцінка формується поступово, внаслідок накопичення досвіду "хороших" та "поганих" періодів.

Астеноневротичний тип. З дитинства нерідко виявляються ознаки невропатії: неспокійний сон, поганий апетит, плаксивість, капризність, лякливність, іноді нічні страхи, енурез, заїкання і т.і. В інших випадках дитинство проходить без відхилень і перші ознаки астеноневротичної акцентуації виникають тільки в підлітковому віці. Головними рисами цієї акцентуації є підвищена втомлюваність, подразливість та схильність до іпохондрії. Втомлюваність особливо проявляється за розумових навантажень, фізичній та емоційній напрузі (наприклад в умовах змагань). Подразливість

призводить до раптових афективних реакцій, що виникають іноді за причин навіть непомітних сторонньому [39]. Подразливість може виплескуватись навіть на непричетних до неї людей, вона легко змінюється каяттям та сльозами. Схильні до іпохондрії. Такі підлітки уважно прислухаються до найменших тілесних відчуттів, з задоволенням обстежуються та лікуються. Найчастіше джерелом іпохондричних переживань у хлопців є серце.

Девіантна поведінка цьому типу не властива. Реакція емансипації зазвичай обмежується мало мотивованими спалахами гніву по відношенню до старших [45].

Не товариські, швидко втомлюються від оточення і віддають перевагу самотності або спілкуванню з одним близьким товаришем.

Самооцінка насамперед відбиває турботу про своє здоров'я. Нервові зриви виникають як правило тоді, коли вони усвідомлюють нереальність своїх планів, надій та сподівань.

Психологічним захистом у важкій, напруженій ситуації стає прагнення зменшити психічне або відповідно фізичне навантаження.

Сенситивний тип. З дитинства лякливі та боязкі. Їх лякає темрява, тварини (особливо собаки), бояться залишатись на самоті, бути зачиненими вдома. Стороняться галасливих однолітків, рухливих ігор. Замкнуті та тривожні серед незнайомого оточення. Не схильні до спілкування з незнайомцями. Все це може створити враження про відгородженість, але насправді такі підлітки достатньо товариські з тими до кого звикли. Грати любляють з молодшими, відчуваючи себе з ними впевненіше та спокійніше. До рідних та близьких прив'язані навіть коли останні суворо поводяться з ними, серед однолітків вирізняються слухняністю. Навчаються старанно, але їх лякають контрольні, різного роду перевірки, екзамени. Нерідко соромляться публічних виступів. Бояться викликати у оточення думку, що вони “вискочки”. Звикнувши до однієї групи, і навіть страждаючи від переслідувань окремих її членів, надзвичайно тяжко переходять в іншу. Труднощі починаються з моменту вступу в самостійне життя, саме тоді

виявляються дві головні риси цього типу: надзвичайна вразливість та відчуття власної неповноцінності. В собі бачать безліч недоліків, особливо в сфері морально-етичних та вольових якостей. Джерелом тяжких докорів у хлопців може бути звичайний для підліткового віку онанізм. На протязі всього життя до рідних зберігають дитячу прив'язаність. Старших слухають, підчиняються їм, докори та покарання з боку останніх скоріше викликають сльози та відчай ніж протест [39].

Рано формується почуття відповідальності, надмірні моральні вимоги до себе та оточення. Часто буває вираженою реакція гіперкомпенсації: самостверджуються не там де можуть в повній мірі розкритися їх здібності, а саме в тій сфері де відчувають слабкість.

Нерішучі та сором'язливі, ці підлітки вдають себе веселими, навіть пихатими, але в незвичній неочікуваній ситуації швидко розгублюються. У виборі друзів розбірливі, але в дружбі вірні. Краще поспілкуються з подругами ніж підуть в компанію, з задоволенням поступаються їй роллю лідера, відчуваючи себе за її спиною впевненіше.

Захоплення сенситивно акцентуєваних двобічні. Одні носять інтелектуально-естетичний характер (ліпка, музика, малювання і т.ін. – характерно те, що задоволення отримують від самого процесу заняття і до яких-небудь високих результатів зовсім не прагнуть, навіть критично оцінюють досягнуте і про ці захоплення зазвичай соромляться розповідати). Інший різновид захоплень зумовлений реакцією гіперкомпенсації яка у цих підлітків, як вже згадувалось вище, може бути особливо виражена [45]. В цих захопленнях головне досягнутий результат та визнання її іншими, цими захопленнями займаються іноді навіть пересилиючи себе. Своєю нерішучістю та сором'язливістю намагаються подолати на командирських посадах, на яких зазвичай прискіпливо виконують формальну частину доручень, але фактично лідерами стають інші (неформальні лідери).

Статевий потяг посилює сором'язливість та почуття власної неповноцінності. Відторгнуте кохання може викликати суїцидні наміри, оскільки підтверджує на їхню думку їх неповноцінність [40].

Не схильні до делінквентності та алкоголізації (за О.Є. Лічко). В алкогольному сп'янінні можуть загострюватись депресивні переживання. Сенситивно акцентуйовані зазвичай не палять.

Самооцінка вирізняється високим рівнем об'єктивності. Брехати та грати роль не люблять, скоріше змовчать ніж скажуть неправду. Слабким місцем є ситуація, коли сенситивно акцентуйований стає об'єктом недоброзичливого ставлення оточення, висміювання та підозр, коли на репутацію падає тінь, або його несправедливо публічно звинувачують.

З віком, в сприятливих умовах сенситивні риси можуть згладитись, а за несприятливих умов навпаки загострюються [36].

Особливу увагу слід звернути на те, що сенситивна акцентуація є ґрунтом для гострих афективних реакцій звернених на себе (інтраімпульсивних), що може призвести до суїцидних спроб.

Психастенічний тип. В дитинстві поряд з сором'язливістю та боягузливістю відмічається моторна незграбність, схильність до розмірковувань та не по віку інтелектуальні інтереси. Іноді в дитинстві виникають фобії – страх до незнайомих людей і нових предметів, страх темноти, страх залишитись самому вдома або бути зачиненим. Психастенічні риси починають розгортатися за умов підвищеної вимогливості до почуття власної відповідальності [39]. Необхідність відповідати не тільки за себе, а й за інших є одним із самих тяжких завдань для психастенічно акцентуйованого підлітка. Зриви в пубертатному періоді можуть настати в моменти пред'явлення особливо високих вимог до почуття відповідальності (екзамени і т.і.).

Головними рисами психастенічного типу акцентуації є нерішучість, схильність до довгих міркувань, побоювання за власне майбутнє та майбутнє близьких, схильність до самоаналізу, легкість виникнення нав'язливих

думок, уявлень та в зв'язку з цим формування ритуалів. Те, що вже трапилось лякає їх менше ніж те, що на їх думку може ще трапитись [45].

Психологічним захистом від постійної тривоги за майбутнє є вигадані ритуали та прикмети. Іншою формою захисту є формалізм та педантизм, які ґрунтуються на ідеї, що якщо все передбачити та не ухилитись від обраного шляху, то нічого поганого не трапиться. Нерішучість особливо помітна коли психастенічно акцентуйованому підлітку потрібно зробити власноручно вибір. Але вже прийняте рішення повинно бути негайно виконане, чекати та відкладати для цих стає дуже тяжко.

У психастенічно акцентуйованих підлітків можлива реакція гіперкомпенсації по відношенню до власної нерішучості та невпевненості. Вона проявляється у несподіваних для оточення самовпевнених та безапеляційних висловлюваннях, рішучими та швидкими, але погано обдуманими діями в моменти коли потрібно все гарно обміркувати. Якщо в цих випадках трапляються невдачі то вони ще більше підсилюють невпевненість військовослужбовця.

Фізично розвинені, як правило, погано. Всі ручні навички та силові види спорту важко даються, за виключенням тих видів спорту де навантаження спрямовано на ноги (біг, лижі, велосипед і т.ін.). В цих видах спорту психастенічно акцентуйовані підлітки можуть досягти певних непоганих результатів.

Захоплення стосуються інтелектуальної сфери особистості. Ю.А. Скроцький відмічав, що психастенічні підлітки протягом тривалого часу самі себе готують до якого-небудь заняття, безкінечно приміряються, випробовують свої можливості заспокоюючи себе тим, що ще тільки збираються що-небудь пізнати або зробити [32].

Девіантна поведінка психастенічним підліткам не властива. Самооцінка, навіть не дивлячись на схильність до самоаналізу, не завжди повна та вірна, можуть відмічати в себе риси різних типів акцентуацій характеру, навіть ті, які протилежні їхньому типу, але бажані риси.

Виховання в умовах підвищеної моральної відповідальності різко посилює у цих психастенічні риси. До декомпенсації призводить необхідність швидко приймати рішення, відповідати за інших (призначення на відповідальну посаду), при посиленні тривоги виникають нав'язливості та ритуали.

Шизоїдний тип. Цим підліткам притаманні замкнутість та відгородженість. Іноді ця духовна самотність не тяжка для дівчат, які живуть своїми, незвичними для інших інтересами та захопленнями, але зазвичай ця нездатність налагоджувати контакти тяжко переживається [39].

Невдачні спроби знайти собі товариша до душі, висока вразливість в цих пошуках, швидке виснаження в контакті (не знають про що говорити) призводять до ще більшої замкнутості. Мають погану інтуїцію, не можуть зрозуміти неказане іншими, вгадати їхні бажання, відчути їх переживання, неприязне відношення до себе, або, навпаки, симпатію та дружнє ставлення, вловити момент коли не слід нав'язувати свою присутність, не здатні до емпатії. Живуть своїм внутрішнім життям, у світ фантазій якого майже нікого не впускають. Шизоїдні підлітки можуть несподівано відкритись перед малознайомими людьми, які їм чимось сподобались, в той же час вони можуть завжди бути замкненими з близькими та добре знайомими. Іноді їх поведінка викликає подив у оточуючих, але ця ексцентрична поведінка як правило не слугує егоцентричній цілі звернути на себе увагу. Підліткова реакція емансипації проявляється досить своєрідно. Шизоїдно акцентуований тип може терпіти дріб'язкову опіку, виконувати встановлений розпорядок та дотримуватись режиму, але він бурхливо реагує на будь-яку спробу вторгнення в його внутрішній світ без дозволу. Реакція емансипації може проявитись в соціальному нонконформізмі – незгодою з існуючими правилами, висміюванням існуючих ідеалів, духовних цінностей, відсутності свободи. Подібні судження приховуються протягом певного часу, а достатньо накопичившись реалізуються в публічних виступах та рішучих діях, без врахування можливих наслідків для себе [45].

Реакція групування з однолітками назовні слабо виражена, але успіх серед товаришів може бути предметом потаємних мрій шизоїдно акцентуованого типу. Для захоплень характерна незвичність, постійність, хоча їх, як правило, приховують від інших, побоюючись насмішок, розповідають про них зустрівши зацікавленість та розуміння. Віддають перевагу індивідуальним заняттям спортом.

Статеву активність приховують, тому можуть несподівано проявити її в самих грубих формах, сексуальних збоченнях, але навіть коли ці дії викриті, намагаються приховати свої внутрішні переживання та мотиви [45].

Алкоголь зазвичай вживають досить рідко, але можуть регулярно вживати як засіб для полегшення налагодження контактів, в цьому випадку алкоголь стає своєрідним ритуалом перед спілкуванням, виникає своєрідна психологічна залежність.

Делінквентна поведінка цим не властива. Групові правопорушення не характерні.

Самооцінка шизоїдів необ'єктивна, не помічають протиріччя в своїй поведінці або ж не надають їм значення, хоча й відмічають, що замкнені та важко встановлюють контакти, не розуміють оточуючих. Підкреслюють свою самостійність та незалежність [35].

Місцем найменшого опору у шизоїдів є ситуація, в якій необхідно швидко та легко встановлювати неформальні контакти з оточуючими (формальні контакти налагоджують досить легко).

Психологічним захистом від життєвих труднощів та негараздів зазвичай є замкненість на своїх переживаннях, втеча у світ фантазій та захоплень. З віком шизоїдні риси як правило компенсуються.

Епілептоїдний тип. Головною рисою цього типу акцентуації характеру є напади дисфорії, схильність до поступового накопичення роздратованості та пошуку об'єкта, на якому можна було б розрядитися. Такі стани досить тривалі (іноді до доби), поступово розвиваються та повільно згасають. Емоційні спалахи не раптові, вони накопичуються поступово й досить довго.

Під час розрядки афекту можлива нестримна жорстокість з нанесенням пошкоджень супротивнику, не дивлячись на його беззахисність, або, навпаки, фізичну перевагу. Не виключаються випадки аутоагресивної реакції з нанесенням собі тяжких ушкоджень [45].

Захоплюються азартними іграми з метою збагачення, загалом можливі і інші хобі, але мета залишається тією ж. Спортом займаються з метою розвинення фізичної сили, отримання певних навичок. Як виняток, можуть наодинці займатись музикою або ж співами і отримувати від цього задоволення.

Типовими рисами є в'язкість, ригідність, інертність, це відображається у всьому – і в моториці, і в мисленні, і в емоціях, і в особистісних цінностях.

Деякими авторами педантичність, схильність до надмірної акуратності, перфекціонізм цих підлітків розглядається як спосіб компенсації інертності.

Консервативні, не приймають нововведень якщо ті не несуть їм переваг, Ф. Мінковська назвала епілептоїдів “хранителями традицій”. Злопам'ятні. Велику увагу приділяють своєму здоров'ю. Г.Е. Сухарева так змальовує зовнішність епілептоїда – приземкувата кріпка фігура, масивний торс з короткими кінцівками, кругла трохи вдавнена в плечі голова, велика щелепа, великі геніталії у хлопців [48, 77].

Самооцінка однобічна, відмічають власну схильність до періодів поганого настрою, акуратність, несхильність до фантазувань, увагу до власного здоров'я. В іншому визнають себе більш конформними ніж є насправді.

Прихована епілептоїдна акцентуація виявляється у ситуації що спрямована до місця найменшого опору, наприклад коли порушуються їх власні інтереси або є можливість застосування деспотичної влади над іншими, під впливом алкоголю.

Слабким місцем цієї акцентуації є непокора інших, матеріальні втрати, нездатність вгамувати потяг до влади, ревності. Будь-який афект стає нестримним і призводить іноді до невірних наслідків [44].

Психологічним захистом є усамітнення з яким-небудь заспокійливим заняттям, що потребує ретельної монотонної праці.

За даними В.В. Юстицького, в групі епілептоїдні підлітки наближають до себе конформних, інші типи епіліптоїдному підлітку неприємні.

В одних випадках з віком епілептоїдна акцентуація згладжується, в іншому залишається неприхованою на протязі всього життя. Є загроза захворювання на хронічний алкоголізм, оскільки ці підлітки тяжіють до сильних ступенів сп'яніння. Епілептоїдна акцентуація може бути ґрунтом для виникнення гострих афективних реакцій як екстрапунітивних так і інтрапунітивних, скоєння злочинів [39].

Істероїдний тип. Головною рисою істероїдного типу, за А.Є. Лічко, егоцентризм, ненаситна потреба в увазі до себе з боку інших, потреба викликати здивування, захоплення, повагу, співчуття, навіть зневагу і ненависть, але тільки не перспектива залишитись непоміченим. Брехня та вигадки цілком спрямовані на перебільшення власних позитивних рис.

Удавана емоційність насправді обертається на театралізовану гру переживань, але глибоких почуттів немає. Всі перелічені риси нерідко спостерігаються вже в дитинстві, така дитина не терпить коли при ній хвалять інших дітей і приділяють їм увагу. На успіхи в навчанні в молодших класах впливає те, чи ставлять їх в приклад однокласникам чи ні. У підлітковому віці з ціллю викликати до себе увагу можуть порушувати поведінку, що призводить до прогулів, небажання навчатись та працювати.. Схильні перебільшувати свою залежність від алкоголю. Якщо нічим іншим не вдається звернути на себе увагу, то фантазують та розповідають свідомо вигадані історії. Вигадуючи, легко вживаються в роль і вводять в оману оточуючих. Симулюють психічні розлади в міру ознайомлення з їхньою симптоматикою (деперсоналізаційні та дереалізаційні переживання, ідеї впливу, явища психічного автоматизму, роздвоєння особистості, внутрішній голос і т.і.), також є загроза демонстративних суїцидних спроб [39].

Для істероїдно акцентуйованого типу характерний психічний інфантилізм, внаслідок чого спостерігається дитяча реакція опозиції яка може проявлятися у порушеннях поведінки – вживанні спиртних напоїв, наркотичних речовин, крадіжках, що знову слугують егоцентричній цілі звернути на себе увагу.

У групі однолітків претендують на роль лідера або на виняткове положення в ній, але оскільки не достатньо стеничні та не здатні підкоряти собі інших, намагаються досягти потрібного положення в групі іншим шляхом – маючи розвинену інтуїцію першими виражають групові настрої, інтереси, бажання, можуть повести за собою інших, але є “лідерами на годину”, бо пасують перед несподіванками, легко зраджують друзів. Також, за допомогою вигадок про своє минуле намагаються піднятися над товаришами. Поганий настрої можуть легко вимістити на близькому оточенні хі [44].

Серед однолітків, за даними В.В. Юстицького, істероїди віддають перевагу лабільним, психастеничним та циклоїдним підліткам оскільки вони задовольняють егоцентризм істероїдів, погано співіснують з гіпертимами, шизоїдами, епілептоїдами [48, 79].

В своїх захопленнях намагаються задовольнити егоцентризм, їх приваблює незвичність та популярність захоплення, тобто те, що може привернути увагу оточуючих.

Самооцінка необ'єктивна. Місцем найменшого опору є ігнорування підлітка оточуючими, те, що б'є по егоцентризму, декомпенсація проявляється у порушеннях поведінки.

Нестійкий тип. У підлітковому віці, як і в дитинстві, шукають сильних вражень, і як наслідок – алкоголізація, наркоманія, правопорушення. Реакція групування проявляється в тяжінні до асоціальних компаній (нездатні самі зайняти себе погано переносять самотність і в цих компаніях насамперед шукають розваг). Боягузливість та недостатня ініціативність легко призводять до того, що нестійкі підлітки підпадають під негативний вплив.

Захоплення які вимагають якої-небудь праці їх не приваблюють, найбільш характерні інформаційно-комунікативні хобі (за А.Є. Лічко) [40].

Слабка воля та боягузливість нестійких підлітків дозволяє утримувати їх в умовах жорстко регламентованого суворого режиму – вони змиряються та виконують необхідне.

Самооцінка необ'єктивна. До самоаналізу не здатні. Залишитись без контролю, бути наодинці – найбільш відчутний удар по слабкому місцю нестійкої акцентуації. Психологічним захистом є реакція втечі.

До свого майбутнього байдужі, у них порушена здатність прогнозу подальшого розвитку ситуації.

Соціопсихологічні дослідження В.В. Юстицького виявили у нестійких підлітків неприязнь лише до психастеніків, їм не подобається обережність, відповідальність та розсудливість останніх [45].

З віком нестійкі риси рідко згладжуються, за даними А.А. Александрова лише 17% досліджуваних з віком виявили достатню соціальну адаптованість, існує загроза хронічного алкоголізму [48, с. 80].

Конформний тип. Головна риса цього типу акцентуації вже зрозуміла з самої назви – постійна та надмірна конформність до свого безпосереднього оточення. Життєві правила – “думати як всі”, “робити як всі”, “щоб все було як у всіх”. При цьому під “усіма” розуміється звичне оточення. Від оточуючих намагаються ні в чому не відставати, але не люблять бути першими, в чомусь вирізнятись серед інших, ця особливість поширюється на все. Найбільші противники нововведень це саме представники конформного типу, але це однобічний консерватизм – коли нововведення приймається всім оточенням вони також приймають його, забувши про те, що раніше були категорично проти. Намагаються у всьому слідувати за оточуючими, не здатні їм протистояти. Повністю залежать від оточення – в гарному колективі стають соціально позитивними людьми, і навпаки, знаходячись в асоціальному оточенні засвоюють його звичаї та поведінку [39].

До нових умов адаптуються досить болісно та повільно, але коли вже адаптувалися, нове оточення так само диктує нову поведінку, тому “за компанію” легко здійснюють правопорушення, вживають алкоголь та наркотики.

Некритичні, все, що говорить звичне оточення, звичні джерела інформації – все це є істина, навіть коли інформація не відповідає дійсності.

Нове не любляють тому, що повільно до нього звикають, хоча на словах звичайно стверджують зворотне, оскільки в нашому суспільстві і в наш час нововведення схвалюються. Консерватизм простежується в безпідставній неприязні до нових людей [41].

Конформні особи цінують звичну групу, її стабільність, постійність оточення. Якщо звична група відторгає з яких-небудь причин конформно акцентуованого, то це сприймається останнім як тяжка психічна травма.

Слабке місце в конформного підлітка – швидкі зміни у будь-чому до чого звикли, у соціальному оточенні, у життєвих стереотипах і т.і. само оцінюючи судження можливі тільки з огляду на думку оточуючих [48].

Змішані типи. На змішані типи припадає майже половина випадків явних акцентуацій. Їх особливості легко уявити з попередніх описів. Сполучення що зустрічаються не випадкові, вони підлягають певним закономірностям. Риси одних типів співіснують досить часто, а інших – майже ніколи. Згідно А.Є.Лічко існують два різновиди сполучень різних типів акцентуацій характеру: проміжні та амальгамні [39, 86].

Проміжні типи обумовлені ендогенними закономірностями, насамперед генетичними факторами, а можливо й особливостями розвитку в ранньому дитинстві. До цих типів відносяться [39, 86]:

- лабільно-циклоїдний;
- лабільно-астеноневротичний;
- лабільно-сенситивний;
- конформно-гіпертимний;
- сенситивно-астеноневротичний;

- сенситивно-шизоїдний;
- психастенічно-шизоїдний;
- шизоїдно-епілептоїдний;
- шизоїдно-істероїдний

(два останні також можуть бути обумовлені умовами виховання).

Також внаслідок ендогенних закономірностей можлива трансформація гіпертимного типу в циклоїдний.

Амальгамні типи. Ці змішані типи формуються внаслідок нарощення на ендогенну основу одного типу рис іншого, це зумовлено неправильним вихованням, або іншими постійними психогенними факторами, іноді внаслідок розвитку гіперкомпенсаційних та псевдокомпенсаційних механізмів, сюди відносяться [48, 87]:

- гіпертимно-нестійкий;
- гіпертимно-істероїдний;
- лабільно-істероїдний;
- шизоїдно-нестійкий;
- епілептоїдно-нестійкий (характерна підвишена схильність до правопорушень);
- істероїдно-нестійкий;
- конформно-нестійкий.

За К. Леонгард можливі будь-які сполучення типів акцентуацій характеру (крім сполучення демонстративності з педантичністю). За А.Є. Лічко нижче перелічені сполучення практично неможливі [48, 95]:

Гіпертимний тип з: лабільним, астеноневротичним, сенситивним, психастенічним, шизоїдним, епілептоїдним типом.

Циклоїдний тип з: сполучається з усіма, окрім гіпертимного та лабільного типів.

Лабільний тип з: психастенічним, шизоїдним, епілептоїдним типом.

Сенситивний тип з: епілептоїдним, істероїдним, нестійким типом.

Психастенічний тип з: епілептоїдним, істероїдним, нестійким типом.

Постає питання: акцентуації ендогенні чи екзогенно обумовлені? Дослідження А.Є. Лічко показують, що в більшості випадків вони спадкові, оскільки чим найвиразніша акцентуація характеру, тим більша вірогідність того, що близькі родичі мають ті ж риси характеру. Але не треба недооцінювати вплив середовища, особливо коли несприятливі впливи спрямовані місцю найменшого опору певної акцентуації характеру, - можна зробити припущення, що під впливом середовища можуть культивуватися певні акцентуації, навіть створюватись її тип.

Домінуючі риси характеру, які визначають тип акцентуації, формуються тільки в підлітковому віці, хоча окремі акцентуовані риси під впливом середовища (стиль виховання, умови існування і т.і.) можуть з'являтися і в дитинстві, але перехід акцентуованих рис характеру в дитинстві в відповідну акцентуацію характеру у підлітка та дорослого не є обов'язковим.

Ще П.Б. Ганнушкін вказав на те, що акцентуації характеру не статичні, з віком та під впливом середовища вони можуть змінюватись. А.Є. Лічко поділяє динаміку акцентуацій характеру на дві основні групи [48, 96]:

1) *Транзиторні зміни:*

- гострі афективні реакції (найчастіше);
- ситуативно обумовлені психопатоподібні порушення поведінки що минають, пубертатні поведінкові кризи, патохарактерологічні реакції. О.Є. Лічко виявив? що якщо ці порушення поведінки виникають на фоні акцентуацій характеру? то з віком у 80% випадків наступає задовільна соціальна адаптація, але це залежить від типу акцентуації характеру та її вираженості (гіпертимна акцентуація – 86%, нестійка акцентуація – 17%);
- розвиток на фоні акцентуацій характеру різноманітних психогенній (невроз і т.і.).

2) *Відносно стійкі зміни:*

- перехід явної акцентуації характеру в приховану (з віком під впливом життєвого досвіду акцентуовані риси характеру компенсуються)

коли виявити тип акцентуації характеру стає відносно тяжко, але під впливом певних психогенних факторів спрямованих до місця найменшого опору відповідної акцентуації характеру вона чітко проявляється;

- формування на ґрунті акцентуацій характеру психопатичних змін;
- трансформація типів акцентуацій (приєднання рис сумісного, близького типу акцентуації і в подальшому можливе їх домінування).

І.П. Павлов виявив, що фізіологічну основу характеру становить сума стійких тимчасових нервових зв'язків, які утворились в корі головного мозку в процесі набуття життєвого досвіду, та тип вищої нервової діяльності. Характер як і темперамент залежить від фізіологічних особливостей людини, насамперед від типу нервової системи. Властивості темпераменту накладують свій відбиток на прояви характеру, визначаючи динамічні особливості їх виникнення та протікання. Загалом риси темпераменту та характеру створюють практично нероздільний сплав, інтегральну характеристику індивідуальності. Особливості темпераменту можуть протидіяти чи сприяти розвитку певних сторін характеру, нижче наведена таблиця 1.2 демонструє зв'язок між акцентуаціями характеру та типом темпераменту:

Таблиця 1.2

Зв'язок акцентуацій з типом темпераменту

Тип темпераменту			Акцентуації характеру
Сила	Лабільність	Рухливість	
Слабкість	Стійкість	Інертність	
<i>ХОЛЕРИК</i>			Істероїдна Лабільна Нестійка Циклоїдна
Сильний	Неврівноважений	Рухливий	

Продовження таблиці 1.1

САНГВІНІК			Гіпертимна Епілептоїдна
Сильний	Стійкий	Рухливий	
ФЛЕГМАТИК			<i>Шизоїдна</i> <i>Конформна</i>
Сильний	Стійкий	Інертний	
МЕЛАНХОЛІК			Сенситивна Психастенічна Астеноневротична
Слабкий	Нестійкий	Інертно-рухливий	

1.3. Характеристика підліткового віку

Підлітковий вік розуміють як особливий період онтогенетичного розвитку людини, своєрідність якого полягає в його проміжному положенні між дитинством і зрілістю. Він охоплює період життя досить тривалий. Його початок припадає на 11-12 років, а закінчується по-різному: від 15 до 17-18 років [45].

Виготський Л.С. пропонує розглядати підлітковий вік з точки зору інтересів, що визначають структуру спрямованості реакцій. Наприклад, особливості поведінки підлітків (падіння шкільної успішності, погіршення відносин з батьками ін.) Можна пояснити корінний перебудовою всієї системи інтересів в цьому віці.

Ельконін Д.Б., називає підлітковим віком період 11-17 років, ґрунтуючись на критерії змін провідних форм діяльності. Але поділяє його на два етапи: середній шкільний вік (11-15 років), коли провідною діяльністю є спілкування, і старший шкільний вік (15-17 років), коли провідною стає навчально-професійна діяльність [32].

Слід зазначити, що Л.С. Виготський і Д.Б. Ельконін розглядали підлітковий вік як в нормі стабільний, незважаючи на те, що реально він

може протікати досить бурхливо. Часом, що відокремлює підлітковий вік від молодшого шкільного та юнацького, Л.С. Виготський вважав кризи 13 і 17 років, відповідно. Д.Б. Ельконін і Т.В. Драгунова розглядають вік 11-12 років, як перехідний від молодшого шкільного до підліткового періоду. Кризою, що відокремлює підлітковий вік від юнацького, Д.Б. Ельконін вважає кризу 15 років, а відокремлює юність від дорослості - криза 17 років [41].

Межі підліткового віку не встановлюються чітко, у кожного підлітка вони індивідуальні. Нарівні з поняттям «підлітковий вік» використовується поняття «перехідний вік». У цей період підліток проходить великий шлях у своєму розвитку: через внутрішні конфлікти з самим собою і з іншими, через зовнішні зриви і сходження він може знайти почуття особистості. В даному віковому періоді у дитини закладаються основи свідомої поведінки, вимальовується загальна спрямованість у формуванні моральних уявлень і соціальних установок.

Особливості розвитку пізнавальних здібностей підлітка часто служать причиною труднощів в шкільному навчанні: неуспішність, неадекватна поведінка. Успішність навчання багато в чому залежить від мотивації навчання, від того особистісного сенсу, яке має навчання для підлітка. Основна умова будь-якого навчання - наявність прагнення до придбання знань і вимірюванню себе і того, хто навчається [43]. Але в реальному шкільному житті доводиться стикатися з ситуацією, коли підліток не має потреби в навчанні і навіть активно протидіє навчанню.

Знання особливостей пізнавальної сфери підлітка дуже важливо, тому що при навчанні вихованні ці особливості потрібно обов'язково враховувати.

Провідні позиції починають займати суспільно-корисна діяльність і інтимно-особистісне спілкування з однолітками. Саме в підлітковому віці з'являються нові мотиви навчання, пов'язані з ідеалом, професійними намірами. Вчення отримує для багатьох підлітків особистісний сенс.

Починають формуватися елементи теоретичного мислення. Міркування йдуть від загального до конкретного. Підліток оперує гіпотезою в рішенні інтелектуальних завдань. Це найважливіше придбання в аналізі дійсності. Розвиваються такі операції, як класифікація, аналіз, узагальнення. Розвивається рефлексивне мислення. Предметом уваги і оцінки підлітка стають його власні інтелектуальні операції. Підліток набуває доросле логіку мислення.

Пам'ять розвивається в напрямку інтелектуалізації. Використовується не сенс, а механічне запам'ятовування. Підліток легко вловлює неправильні або нестандартні форми і мовні звороти у своїх вчителів, батьків, знаходить порушення безсумнівних правил мови в книгах, газетах, в виступах дикторів радіо і телебачення. Підліток в силу дорослих особливостей здатний варіювати своє мовлення залежно від стилю спілкування і особистості співрозмовника. Для підлітків важливий авторитет культурного носія мови. Персональне осягнення мови, його значень і смислів індивідуалізує самосвідомість підлітка. Саме в індивідуалізації самосвідомості через мову полягає вищий смисл розвитку [38].

Сприйняття є надзвичайно важливим пізнавальним процесом, який тісно пов'язаний з пам'яттю: особливості сприйняття матеріалу обумовлюють і особливості його збереження.

Увага в підлітковому віці є довільним і може бути повністю організовано і контрольовано підлітком. Індивідуальні коливання уваги обумовлені індивідуально-психологічними особливостями (підвищеною збудливістю або стомлюваністю, зниженням уваги після перенесених соматичних захворювань, черепно-мозкових травм), а також зниженням інтересу до навчальної діяльності [23].

Сприйняття є надзвичайно важливим пізнавальним процесом, який тісно пов'язаний з пам'яттю: особливості сприйняття матеріалу обумовлюють і особливості його збереження.

Увага в підлітковому віці є довільним і може бути повністю організовано і контрольовано підлітком. Індивідуальні коливання уваги обумовлені індивідуально-психологічними особливостями (підвищеною збудливістю або стомлюваністю, зниженням уваги після перенесених соматичних захворювань, черепно-мозкових травм), а також зниженням інтересу до навчальної діяльності [41].

Зв'язок пам'яті з розумовою діяльністю, з інтелектуальними процесами в підлітковому віці набуває самостійного значення. У міру розвитку підлітка зміст його розумової діяльності змінюється в напрямку переходу до мислення в поняттях, які більш поглиблено і всебічно відображають взаємозв'язки між явищами дійсності.

Змістом психічного розвитку підлітка стає розвиток його самосвідомості. Однією з найважливіших рис, що характеризують особистість підлітка, є поява стійкості самооцінки і образу «Я». Важливим змістом самосвідомості підлітка є образ його фізичного «Я» - уявлення про своє тілесному вигляді, порівняння і оцінка себе з точки зору еталонів «мужності» і «жіночності». Особливість фізичного розвитку можуть бути причиною зниження у підлітків самооцінки і самоповаги, приводити до страху поганої оцінки оточуючими. Недоліки зовнішності (реальні чи уявні) можуть переживати дуже болісно аж до повного неприйняття себе, стійкого почуття неповноцінності [38].

Підлітку властива сильна потреба в спілкуванні з однолітками. Провідним мотивом поведінки підлітка є прагнення знайти своє місце серед однолітків. Відсутність такої можливості дуже часто призводить до соціальної адаптованості і правопорушень. Оцінки товаришів починають набувати більшого значення, ніж оцінки вчителів і дорослих. Підліток максимально підтверджений впливу групи, її цінностей; у нього виникає велике занепокоєння, якщо наражається на небезпеку його популярність серед однолітків.

Намагаючись утвердитися в новому соціальному позиції, підліток намагається вийти за рамки учнівських справ в іншу сферу, що має соціальну значимість.

Підлітки частіше починають спиратися на думку своїх однолітків. Якщо у молодших школярів підвищена тривожність виникає при контактах з незнайомими дорослими, то у підлітків напруженість і тривога вище в стосунках з батьками і однолітками. Прагнення жити за своїми ідеалам, вироблення цих зразків поведінки може призводити до зіткнень поглядів на життя підлітків та їхніх батьків, створювати конфліктні ситуації. У зв'язку з бурхливим біологічним розвитком і прагненням до самостійності у підлітків виникають труднощі і у взаєминах з однолітками.

Упертість, негативізм, образливість і агресивність підлітків є найчастіше емоційними реакціями на невпевненість в собі.

Ситуація розвитку підлітка (біологічні, психічні, особистісно-характерологічні особливості підлітка) передбачає кризи, конфлікти, труднощі адаптації до соціального середовища. Підліток, який не зумів благополучно подолати новий етап становлення свого психо-соціального розвитку, що відхилився в своєму розвитку і поведінці від загальноприйнятої норми, отримує статус «важкого». В першу чергу це відноситься до підлітків з асоціальною поведінкою. Факторами ризику тут є: фізична ослабленість, особливості розвитку характеру, відсутність комунікативних навичок, емоційна незрілість, несприятливий зовнішньо-соціальне оточення. У підлітків з'являються специфічні поведінкові реакції, які становлять специфічний підлітковий комплекс: - реакція емансипації, яка представляє собою тип поведінки, за допомогою якого підліток намагається визволитися з-під опіки дорослих [21].

З вищесказаного випливає, що підлітковий період - час активного формування особистості, заломлення соціального досвіду через власну активну діяльність індивіда по перетворенню своєї особистості, становлення

свого «Я». Центральним новоутворенням особистості підлітка, в цей період, є формування почуттів дорослості, розвиток самосвідомості.

Таким чином, підлітковий період є дуже відповідальним, бо він часто визначає подальше життя людини. Утвердження незалежності, формування особистості, вироблення планів на майбутнє - все це формується саме в цьому віці.

РОЗДІЛ 2

ХАРАКТЕРИСТИКА ПСОРИАЗУ ЯК ПСИХОСОМАТИЧНИЙ РОЗЛАД У ПІДЛІТКІВ

1.1. Визначення поняття «психосоматики»

Сучасні дослідники вводять 3 поняття психосоматики:

- у вузькому сенсі - це специфічне наукове і лікувальний напрямок, яке встановлює взаємозв'язки між душевними переживаннями і реакціями організму. Сюди відносяться соматичні захворювання і функціональні розлади організму, виникнення та перебіг яких мають залежить переважно від психосоціальних обставин;

- в широкому сенсі - це напрямок, що вивчає комплексний взаємовплив особистості хворого і соціуму.

- у всеосяжному сенсі - вплив хвороби на життєдіяльність людини в рамках всього суспільства і культури [11].

Сучасне визначення психосоматики: це область науки, що вивчає соматичні захворювання, що мають психогенне походження, зокрема, викликані порушеннями в емоційній сфері.

Психосоматика зараз - це область міждисциплінарних досліджень (біологічних, фізіологічних, медичних, психологічних, соціальних та інших наук):

- вона служить лікуванню захворювань і, отже, знаходиться в рамках медицини;

- досліджуючи вплив емоцій на фізіологічні процеси, вона є предметом дослідження фізіології;

- як галузь психології вона досліджує поведінкові реакції, пов'язані з захворюваннями, психологічні механізми, що впливають на фізіологічні функції;

- як розділ психотерапії вона шукає способи зміни деструктивних для організму способів емоційного реагування та поведінки;

- як соціальна наука вона досліджує поширеність психосоматичних розладів, їх зв'язок з культурними традиціями і умовами життя [49].

Об'єкт психологічного дослідження в психосоматики: особистість психосоматичного пацієнта і психосоматичні прояви в їх індивідуально-психологічному та особистісному контексті.

Предмет психологічного дослідження в психосоматики: вивчення генезису, структури і функцій психосоматичних явищ як в процесі онтогенетичного розвитку людини, так і при різних формах тілесної і душевної патології (захворювання).

Психосоматика зараз стверджує взаємозв'язок психологічних і медичних факторів при будь-яких захворюваннях, проголошує біопсихосоціальний підхід як до діагностики, так і до лікування.

Психосоматичними зазвичай вважають розлади функцій органів і систем, в походженні і перебігу яких провідна роль належить впливу психотравмуючих чинників (стрес, різного роду конфлікти, кризові стани і т.і).

За найбільш сучасним визначенням А. Б. Смулевича, «психосоматичні розлади – це група хворобливих станів, що проявляються екзацербация соматичної патології, формуванням спільних, які виникають при взаємодії соматичних і психічних факторів симптомокомплексів - соматизованих психічних порушень, психічних розладів, що відображають реакцію на соматичні захворювання» [51].

Цілою низкою досліджень встановлено, що абсолютно різні за своїм характером негативні емоції (розпач, страх, тривога, туга) супроводжуються досить однотипними вісцеральними зрушеннями. Підвищується збудливість симпатoadреналової системи, і, отже, зростає секреція катехоламінів, що викликає почастішання серцебиття і підвищення артеріального тиску, посилення припливу крові до м'язів. Сполучною ланкою між психологічної

та соматичної сферою є афект, що виражається, головним чином, у формі туги і постійної тривоги, нейровегетативно-ендокринної моторної реакції і характерному відчутті страху. Повний розвиток почуття страху відвернено захисними фізіологічними заходами, але зазвичай вони лише зменшують, а не усувають повністю ці фізіологічні явища. В результаті утримується значний афект, який надає патогенну дію. Цей процес можна розглядати як гальмування, тобто коли психомоторні і словесні вирази тривоги або ворожих почуттів блокуються таким чином, що стимули, що надходять з ЦНС, відводяться до соматичних структур через вегетативну нервову систему і, таким чином, призводять до патологічних змін в різних системах органів.

До психосоматичних захворювань відносять ті порушення здоров'я, етіопатогенез яких - істинна соматизація переживань, тобто соматизація без психологічного захисту, коли, захищаючи психіку, пошкоджується соматика. А істерична конверсія - це лише соматичне демонстрація переживання, своєрідна "хитрість" тіла. В цьому випадку є невроз як психогенне захворювання, але немає хвороби як деструкції органу. Немає генералізації патології [26].

1.2. Класифікація психосоматичних розладів

У міру розвитку людської історії змінювалися навантаження, від яких немає програм генетичного захисту, і тепер пристосування до середовища залежить від психічних можливостей людини у багато разів більше, ніж від сили його м'язів, міцності кісток і швидкості бігу. Небезпечним стало не зброя ворога, а слово. Емоції людини, спочатку покликані мобілізувати організм на захист, тепер частіше придушуються, вбудовуються в соціальний контекст, а з часом псуються, перестають визнаватися їх господарем і можуть стати причиною руйнівних процесів в організмі [33].

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

На думку Малкіної до психосоматичних захворювань і розладів відносять:

- *Конверсійні симптоми.* Невротичний конфлікт отримує вторинний соматичний відповідь і переробку. Симптом має символічний характер, демонстрація симптомів може розумітися як спроба вирішення конфлікту. Прояви зачіпають в більшій частині довільну моторику і органи чуття. Прикладами є істеричні паралічі і парестезії, психогенна сліпота і глухота, блювота, больові феномени.

- *Функціональні синдроми.* У цій групі знаходиться переважна частина «проблемних пацієнтів», які приходять на прийом із строкатою картиною часто невизначених скарг, які можуть зачіпати серцево-судинну систему, шлунково-кишковий тракт, руховий апарат, органи дихання або сечостатеву систему. Безпорадність лікаря щодо цієї симптоматики пояснюється серед іншого різноманіттям понять, якими позначаються ці скарги. Часто у таких хворих є тільки функціональні порушення окремих органів або систем; будь-які органічні зміни, як правило, не виявляються. На відміну від конверсійних симптомів, окремий симптом не має специфічного значення, будучи неспецифічним наслідком порушеною тілесної функції. Александер, описав ці тілесні прояви як супроводжуючі ознаки емоційної напруги без характерних рис і позначив їх органічними неврозами [2]

- Психосоматозів - психосоматичні хвороби в більш вузькому сенсі. В основі їх - первинно тілесна реакція на конфліктне переживання, пов'язана з морфологічно встановлюваними змінами і патологічними порушеннями в органах. Відповідна схильність може впливати на вибір органу. Захворювання, пов'язані з органічними змінами, прийнято називати істинними психосоматичними хворобами, або психосоматозів. Спочатку

виділяли 7 психосоматозів («holy seven"): бронхіальна астма, виразковий коліт, есенціальна гіпертонія, нейродерміт, ревматоїдний артрит, виразка дванадцятипалої кишки, гіпертиреоз [10].

Пізніше цей список розширився - до психосоматичних розладів відносять рак, інфекційні та інші захворювання.

А. Б. Смулевич виділяє чотири групи психосоматичних розладів:

Психосоматичні захворювання в традиційному їх розумінні. Це соматична патологія, маніфестація або екзацербация якої пов'язана з лабільністю організму по відношенню до дії психотравмуючих соціально-стресових факторів [11]. Прояви соматичної патології при психосоматичних захворюваннях не тільки психогенно провокуються, але посилюються розладами соматопсихічної сфери - феноменами соматичної тривоги з вітальним страхом, алгічними, вегетативними і конверсійними порушеннями. Цим поняттям об'єднуються есенціальна гіпертонія, виразкова хвороба шлунка та дванадцятипалої кишки, псоріаз, деякі ендокринні та алергічні захворювання.

Соматоформні розлади і соматизовані психічні реакції, що формуються при невротичних або конституціональних патологіях (неврози, невропатії). Органні неврози - це психогенні захворювання, структура яких відрізняється функціональними розладами внутрішніх органів (систем) при можливій участі прикордонної і субклінічній соматичної патології. Сюди відносяться кардіоневроз, синдром гіпервентиляції, синдром роздратованої товстої кишки та ін. [19].

Нозогенії - психогенні реакції, що виникають у зв'язку з соматичним захворюванням (останнє виступає в якості психотравмуючої події) і відносяться до групи реактивних станів. Ці розлади пов'язані з суб'єктивно важкими проявами соматичного страждання, уявленнями хворих про небезпеку діагнозу, обмеженнями, що накладаються на хворобу на побутову і професійну діяльність. Клінічно ці психогенні реакції можуть проявлятися невротичними, афективними, патохарактерними і навіть маренням.

Можливість маніфестації нозогеній і їх психопатологічні особливості багато в чому визначаються клінічними проявами соматичної патології (артеріальна гіпертонія, злоякісні утворення, оперативні втручання та ін.).

Соматогенія (реакції екзогенного типу або симптоматичні психози). Ці розлади відносяться до категорії екзогенних психічних порушень і виникають внаслідок впливу на психічну сферу масивної соматичної шкідливості (інфекції, інтоксикації, неінфекційні соматичні захворювання, СНІД та ін.) Або є ускладненнями деяких методів лікування (наприклад, депресія і мністичні розлади після операції аортокоронарного шунтування, афективні і астеничні стани у хворих, які отримують гемодіаліз та ін.) [18, 113]. У числі їх клінічних проявів знаходиться широкий спектр синдромів - від астеничних і депресивних станів до галюцинаторно-маревного і психоорганічного синдромів.

Психосоматичні розлади розглядаються в класифікаціях хвороб під розділом соматоформні розлади, які характеризуються фізичними патологічними симптомами нагадують соматичне захворювання, але при цьому не виявляється ніяких органічних проявів, які можна було б віднести до відомої в медицині хвороби. У класифікації хвороб (DSM-III-R) розглянуті 6 типів соматоформних розладів:

Соматогенні розлади є хронічним синдромом, що складається з безлічі соматичних симптомів, які не можна пояснити з позиції медицини і які пов'язані з важкими переживаннями і бажанням отримати допомогу від лікаря [17].

Конверсійний розлад (істеричний синдром) проявляється зміною або втратою будь-якої функції тіла в результаті психологічного конфлікту чи потреби, відбуваються мимоволі [17].

Соматоформні больовий розлад (ще називається психогенне або ідіопатичний болючий розлад), основним патологічним проявом є біль, важка і тривала, яку не можна пояснити жодними відомими соматичними захворюваннями [17].

Іпохондрії є надмірну заклопотаність своїм здоров'ям і охоплення тривогою про власне здоров'я. Іпохондрія є нереалістичним трактуванням соматичних симптомів і відчуттів, що призводять до охоплення страхом або переконанням в наявності серйозного захворювання, навіть якщо немає ніякої соматичної хвороби.

Придисморфофобії тіла хворі вважають, що у них порушена форма будь-яких частин тіла або вони дефектні, хоча їх зовнішність об'єктивно не змінена.

Соматоформні розлади, ніде більше не класифікуються, є резидуальною категорією і не призначаються для іпохондричних симптомів, які тривають понад 6 місяців або для захворювання з єдиною скаргою (наприклад, дискомфорт, відчуття поганого запаху, сюди відносять і СНІДофобія) [17].

1.3. Псоріаз: характеристика та фактори

Психологічні особливості хворих з шкірними захворюваннями (псоріаз)

З точки зору психосоматики псоріаз є наслідком невдоволення людини власним тілом, навколишнім світом, своїм становищем у житті, невмінням цінувати себе. Чим більш вираженим є негативне ставлення до зовнішнього світу і собі, внутрішній конфлікт, тим важче протікає хвороба. Симптоми у вигляді бляшок, висипань відображають самопринизливі думки людини, що з'являються скоринки покликані огородити людини від зовнішнього світу. Як правило, пацієнт з психосоматичною формою псоріазу надає великого значення думці інших про себе, соромиться своїх недоліків, внутрішньо не може прийняти себе, постійно боїться, що його можуть образити [38].

Оскільки при псоріазі відбувається ураження шкірного покриву аж до глибоких шарів, можна зробити висновок, що хвороба з'являється у випадках,

коли неприйняття себе, роздратування і невдоволення собою і іншими досягають критичної точки.

Для більш чіткого розуміння психосоматики псоріазу слід враховувати його локалізацію. Фахівці стверджують, що, наприклад, поява бляшок на волосистій частині голови пов'язано з образою людини з приводу недостатньо високої оцінки його здібностей і взагалі особистості з боку оточуючих. Розташування осередків ураження на руках свідчить про подразнення по відношенню до членів сім'ї, близьким, родичам, які, на думку хворого, ігнорують його [11].

Причини появи псоріазу з точки зору психосоматики та фізіології визначені не до кінця, але фахівці виділяють кілька типів особистості, які більш схильні до такого дерматози:

1. Люди, які не здатні взяти на себе відповідальність за власні вчинки і почуття. Як правило, вони намагаються перекласти її на інших, в результаті поступово втрачають себе, що у фізичному плані проявляється у втраті імунного захисту. Підсумком такого ланцюжка подій стає псоріаз. Пасивна позиція і безвідповідальність також призводять до прагненню ухилитися від роботи. Такі люди знаходять виправдання своєї пасивності в хвороби: адже вона не дає їм займати посаду, яка вимагає комунікації з клієнтами.

2. Ті, хто боїться образ з боку оточуючих і не наважується висловлювати свої почуття. Такі люди прагнуть сховатися від усіх, навіть від самих себе, вважають себе негідними кращої долі. Постійно відчуваючи страх, вони очікують удару в спину і весь час бувають наготові. Внутрішнє прагнення сховатися бронею, захиститися від навколишнього світу приводить до утворення псоріатичних бляшок і кірочок [43].

3. Пацієнти з комплексом провини. Вони починають сприймати хворобу як покарання, приймають її і не можуть відпустити. До такого психологічного стану можуть призвести найрізноманітніші обставини. В основному людина виявляється не в змозі сам розібратися в мучать його почуттях.

4. Трудоголіки з напруженим робочим графіком, які постійно перебувають під значної психологічної та розумовим навантаженням, постійно незадоволені підсумком своєї праці. У таких ситуаціях хвороба стає проявом прихованої потреби у відпочинку. Цим обумовлено загострення псоріазу в звітні періоди, під час іспитів, сесій.

5. Гидливо, які прагнуть до ідеальної чистоти одягу, тіла, будинки. Такі риси властиві тим, хто відчуває приховану ненависть або презирство до інших, прагне не контактувати з оточуючими. Аномальне зроговіння шкірного покриву цьому сприяє.

6. Відчувають брак уваги. Це одна з найбільш поширених причин розвитку псоріазу у дітей. Щоб привернути увагу дорослих родичів або батьків, дитина підсвідомо придумує хвороба, яка незабаром виявляється на фізичному рівні [45].

7. Надмірно опіками близькими. Деякі мами, намагаючись захистити дитину від хвороб, починають лякати його різними мікробами, з будь-якого приводу тягають дитини по лікарях. З плином часу така модель поведінки закріплюється в підсвідомості. Ставши дорослим, людина сама намагається захиститися від загроз навколишнього світу, що призводить до розвитку психосоматичного шкірного захворювання [51].

8. Болісно залежні від думки оточуючих людей. Така залежність призводить до постійної оцінки себе з точки зору інших, невпевненості в собі, змушує соромитися власних невдач. Ці люди схильні до постійних образ і страхів, не можуть прийняти себе і бояться бути відкинутими соціумом. Це неприйняття відбивається на стані шкіри.

9. Які Відчувають страх фізичного насильства. Для таких пацієнтів хвороба є шляхом убезпечитися від порушення особистого простору і захиститися від агресії. Псоріаз в такій ситуації можна трактувати як сигнал, який свідчить про «не чіпайте мене».

10. Люди в стані емоційного вигорання після перенесеного стресу. Постійне придушення емоцій внутрішньо умиротворює. Людина

відгороджується від оточуючих, замикається в собі. Псоріаз ще більш дистанціює його від інших.

11. Схильні до душевного мазохізму і самоізмативанію. Є тип особистості, яким подобається стан душевного терзання. На свідомому рівні ці люди відкидають страждання, а на несвідомому намагаються зберегти стан тривоги. Вони постійно перебувають у пошуку душевної драми в оточуючих, різних ситуаціях, постійно підживлюють себе негативною інформацією і нічого не можуть з цим вдіяти, точно так же, як не можуть подолати хворобу. Псоріаз - аутоімунне захворювання, і для його лікування потрібні позитивні думки [48].

12. Окрему групу займають пацієнти, які хворіють на псоріаз протягом довгого часу. Після багатьох безрезультатних курсів лікування у них виробляється скептично-негативне ставлення до будь-яких методів терапії. Така закритість формує пригнічений психологічний стан, що ускладнює перебіг болізниці.

1.4 Поняття задоволеності життям. Фактори, що впливають на задоволеність життям людей з шкірними захворюваннями [35].

На сучасному етапі розвитку суспільства, в століття високих швидкостей, великих обсягів інформації та постійної нестачі часу найбільш гостро постає питання про розгляд такого феномена як задоволеність життям. Центральне місце тут займає вивчення того, наскільки людина задоволена своїм життям, від чого ця радість залежить і які передумови закладені в природі самої людини. Цим і зумовлена актуальність заявленої проблеми. На даний момент комплексної і багатоаспектної проблеми задоволеності життям присвячена велика кількість досліджень таких зарубіжних авторів, як М. А. Аргайл, RW Bortner, E. Campbell, NE Cutler, E. Diner, GH Gallup, DF Hultsch, R. Kammann, CL Keyes , PM Lewinsohn, BR Little, DJ MacPhillamy, AC McKennel, AC Michalos, D. Mroczek, DG Myers, TS Palys, JV Reich, CD Ryff, A. Zautra і ін. Проте, дані роботи створювалися в рамках різних концепцій і незалежно один від друга. Також необхідно відзначити

недостатність теоретичної розробленості даної проблеми, так як в більшості робіт переважають емпіричні дослідження. Серед вітчизняних психологів можна назвати наступних вчених, дослідження яких так чи інакше пов'язані з проблемою задоволеності життям: М. Бельський, Т. В. Бєскова, І. А. Джідарьян, Е. В. Дугіна, А. Л. Журавльов, К. В. Костенко, Л. В. Куликов, Т. К. Терра, Р. М. Шаміонов, А. В. Юревич і ін. В рамках соціологічних, економічних, політичних досліджень проблему задоволеності життям розглядали такі вчені: Н. В. Андрєєнкова, Е. В. Балацький, І. А. Вартанова, О. С. Дейнека, С. В. Степашин.

Незважаючи на досить велику кількість досліджень, їх аналіз показує, що єдиної точки зору щодо змісту поняття «задоволеність життям» і його структури в даний час не існує. Як і не існує чіткого розмежування схожих, але не ідентичних понять. Так, в соціально-психологічних працях, присвячених проблемі дослідження особливостей оцінювання людиною в цілому своєму житті, поряд з терміном «задоволеність життям» (life satisfaction) використовуються поняття «благополуччя» (wellbeing) і «суб'єктивне благополуччя» (subjective wellbeing). Отже, виникає необхідність розкрити зміст, співвіднести і розмежувати ці поняття.

У зарубіжній психології для визначення суб'єктивної складової задоволеності персональної життям широко використовують поняття якість життя (ЯЖ). Воно співвідноситься з душевним благополуччям, задоволеністю самореалізацією особистості.

Певний рівень матеріального і фізичного благополуччя, здоров'я і безпеки служить основою для повного задоволення життям. Тоді людина будує соціальні контакти, розумні відносини, духовний світ, висуває особисті ініціативи, які забезпечують відчуття сенсу буття і завершеності, що і є квінтесенція якості життя.

Для системної (інтегральної) оцінки здоров'я особистості психологія і психосоматична медицина оперують таким поняттям, як душевне благополуччя. Найчастіше використовують і синонімічні поняття суб'єктивне, психічне благополуччя. Хоча переживання такого стану визнано невід'ємною частиною психосоціального здоров'я особистості, сам феномен благополуччя в психології осмислений недостатньо. Почасти це пов'язано з неконкретністю самого поняття, а також з невідчутністю його об'єктивних індикаторів. Для позначення суб'єктивного або душевного благополуччя в науковій психології часто використовуються поняття комфортність, задоволеність, адаптованість і ін. [50].

Потрібно відзначити, що психологічні фактори, що впливають на якість життя шкірних хворих, в літературі описані мало. До них відносять, перш за все, особливості особистості, що впливають на сприйняття хвороби. На погляд автора, саме особистісні можливості встановлювати взаємозв'язку з зовнішнім світом у відповідності зі своїми потребами, в тому числі в умовах хвороби, визначають переживання якості життя.

Як було зазначено вище, на даний момент існує досить велика кількість скоєно різних визначень понять «задоволеність» і «задоволеність життям». Більшістю вчених особливо наголошується їх комплексність, складність і акумулює характер, так як дані поняття включають в себе численні аспекти і фактори. Цікавим є визначення задоволеності, яке призводить М. Аргайл: «Задоволеність - це рефлексивна оцінка, судження про те, наскільки все було і залишається благополучним». П. С. Гуревич розглядає задоволеність як «оптимальний стан людини, що виникає при відповідно потреб особистості з наслідками і результатами власної діяльності, досягненнями, характером взаємодії з соціальним оточенням». Тобто, якщо М. Аргайл робить акцент на внутрішніх аспектах, то П. С. Гуревич зазначає вплив на задоволеність і зовнішніх чинників [8].

Заслуговують на увагу визначення Н. В. Андрєєнкова і Л. В. Куликова. Н. В. Андрєєнкова вважає, що задоволеність життям - це «когнітивна сторона суб'єктивного благополуччя, яку доповнює афективна сторона - позитивні і негативні емоції, які людина відчуває в якийсь відрізок часу». А згідно Л. В. Куликову, поняття «задоволеність життям» (як показник, що відображає систему відносини особистості до свого життя) включає прийняття її змісту, комфорт, стан психологічного благополуччя [14].

РОЗДІЛ 3.

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ АКЦЕНТУАЦІЙ ХАРАКТЕРУ ТА ПСИХОСОМАТИЧНИХ РОЗЛАДІВ У ДІВЧАТ ПІДЛІТКОВОГО ВІКУ

3.1. Методи, методика й процедура дослідження

В даному дослідженні використані методи клінічного інтерв'ю, збір клініко-анамнестичних даних. Для діагностики особливості акцентуації характеру використовувалася методика визначення акцентуацій характеру К. Леонгарда і для вивчення ступеня вираженості невротичних симптомів - методика SCL-90-R.

В рамках проведеного дослідження ми досліджували виявлення тривожності у підлітків з проявами псоріазу і зв'язком рівня тривожності як з характером перебігу хвороби, так і з соціально-побутовим умовами, сімейною ситуацією і характером відносин з однолітками, вчителями та лікарями.

Первісну вибірку склали 27 осіб. З неї були виключені підлітки, які відмовилися від участі в дослідженні, мотивуючи це тим, що у них немає бажання. Остаточну вибірку склали 20 підлітків, 13-14 років. Контрольну вибірку склали 16 осіб без захворювання на псоріаз.

Дослідження проводилося з грудня – червень 2020-2021 року.

В експериментальну групу ввійшли 20 підлітків 13-14 років, які проходять лікування у Запорізькому міському шкірно-венерологічному диспансері (м.Запоріжжя, вул. Північне-шосе 2).

У дослідженні приймали участь 20 підлітків (10 хлопчиків і 10 дівчаток). 11 підлітків (55%) страждають на псоріаз від 1-х до 2 років, у 9 підлітків (45%) – тривалість захворювання більше 3 років. У всіх випробовуваних (100%) є ускладнений прояв псоріазу.

В експериментальній групі у двох підлітків (10%) батьки страждають на псоріаз. У всіх підлітків повна сім'я з середнім і високим матеріальним положенням відзначається (70%) як у підлітків з псоріазом, так і під контрольної групи.

На першому етапі було діагностовано ступень вираженості невротичних симптомів за методикою методика SCL-90-R.

На другому етапі підлітків з проявами псоріазного захворювання просили оцінити задоволеність сімейними відносинами і ступінь опіки (гіперопіка, гіпоопіка). Також підлітків просили оцінити наявність проблем в спілкуванні з однолітками, вчителями та батьками. Рівень тривожності оцінювався за допомогою стандартних методик: особистісної шкали проявів тривоги Дж. Тейлора (в адаптації Норакидзе), опитувальника «Шкала самооцінки» Спілбергера - Ханіна, методики «Малюнок неіснуючої тварини» (симптомокомплекс тривоги, агресії, астенії оцінювалися по І.А. Фурманову), карти спостереження за невербальними проявами тривожності. Використовувалися методи математичної статистики.

3.2. Результати дослідження та їх інтерпретація

Аналіз результатів за шкалою SCL-90-R виявив високий рівень середніх значень за всіма шкалами опитувальника в основній групі. Пацієнти з діагнозом «псоріаз» мають високі середні значення за шкалами «психотизм», «паранойальність», «фобія», «ворожість», «тривожність», «депресія», «сензитивність», «нав'язливість», «соматизація» рис 2.1).



Рис. 2.1. Результатів підлітків а шкалою SCL-90-R

Результати нашого дослідження підтверджують роботи С. Ni et al. (2014 року), в яких наголошується велика поширеність таких невротичних розладів як специфічні фобії (5,7%), obsесивно-компульсивні розлади (3,8%) і соціальні фобії (1,3%) [12]. Р. W. Jepsen, В. Butler, S. Rasmussen, К. Juel, Р. Bech (2014 року) вважають, що інтерналізація ворожості є одним з етіологічних факторів для тривожно-фобічних невротичних розладів в контексті гіпотимії і сензитивности [6, 17, 18].

На другому етапі підлітків з проявами псоріазного захворювання просили оцінити задоволеність сімейними відносинами і ступінь опіки (гіперопіка, гіпоопека). Також підлітків просили оцінити наявність проблем в спілкуванні з однолітками, вчителями та батьками Рівень тривожності оцінювався за допомогою методики особистісної шкали проявів тривоги Дж. Тейлора (в адаптації Норакидзе).

Провівши методику проявів тривоги Дж. Тейлора за особистісною шкалою тривожності в групі підлітків з псоріазом у половини випробовуваних виявлено високий рівень тривожності, у 3 підлітків (15%) - дуже високий, в контрольній групі у третини підлітків - високий рівень, і у 2-х підлітків (7%) - дуже високий рівень.

Таблиця 2.3.

**Результати дослідження за особистісною шкалою тривожності
методики проявів тривоги Дж. Тейлора**

	Експериментальна група	Контрольна група
Високий рівень тривожності	85% (17 підлітків)	93% (14 підлітків)
Дуже високий рівень тривожності	15% (3 підлітка)	7% (2 підлітка)

За шкалою ситуативної тривожності в експериментальній групі у 11 підлітків (55%) - тривожність дуже висока, а у 9 підлітків (45%) висока, в контрольній групі у 9 підлітків (30%) - тривожність дуже висока, а у 7 підлітків (70%) високий рівень тривожності.

Таблиця 2.4.

**Результати дослідження за шкалою ситуативної тривожності
методики проявів тривоги Дж. Тейлора**

	Експериментальна група	Контрольна група
Високий рівень тривожності	55% (11 підлітків)	70% (7 підлітків)
Дуже високий рівень тривожності	45% (9 підлітків)	30% (9 підлітків)

У підлітків експериментальної групи показник особистісної тривожності перевищує показник ситуаційної тривожності, тоді як серед підлітків без псоріазу показник ситуаційної тривожності співпадає з показником особистісної тривожності або перевищує його. Тільки в експериментальній групі виявлені випадки (25%), коли висока особистісна тривожність поєднувалася з низькою ситуаційною. Підлітків з псоріазом наблюдали в стаціонарі, і, можливо, низький рівень ситуаційної тривоги пояснюється тим, що вони або витісняють сприймання впливу і напруги, які можуть відчувати в лікарні, або почувають себе безсилими на що-небудь впливати, і тому не мають мотивації до активності в цих умовах.

Аналіз малюнків показав, що вираженість ознак тривожності і захисної агресії у підлітків з псоріазом вище, ніж у їх здорових однолітків (відмінності статистично достовірні). також у підлітків з псоріазом частіше зустрічаються ознаки астенизації, виснаження, економії енергії.

Виявлений статистично достовірно більш високий тривожності тривожності у хворих на псоріаз можна співвіднести з літературними даними, це пов'язано з труднощами психосоціального характеру, які супроводжує хвороба.

Нами було виявлено прямий зв'язок стажу хвороби на псоріаз з рівнем особистісної тривожності (+0,49), а також з ознаками тривожності в малюнках підлітків (+0,55). Виявлено зв'язок кількості госпіталізацій з рівнем тривожності (загострення прояву псоріазу) (+0,49). Необхідність постійного прийому медикаментів, дотримання дієти, виконання чітких вказівок лікаря створює ситуацію напруженості, що веде до підвищення особистісної тривожності. У свою чергу невпевненість, особистісна вразливість і тривожність підлітків сприяє зниженню імунітету, заважає волевим зусиллям підлітків, необхідним для самоконтролю перебігу захворювання, і відповідно сприяє декомпенсації псоріазу, веде до госпіталізації і ускладнень.

Цікава пряма помірна кореляція (+0,51) між тривожністю і ставленням до життя. Чим вище тривога, тим з більшим песимізмом дивляться підлітки на життя.

Виявлено пряму кореляцію між особистісної тривожністю і рівнем опіки, відчутним підлітком в сім'ї (+0,72). Чим більше опікують підлітка в сім'ї, тим вище особистісна тривожність. Також, виявлено, взаємозв'язок проявів астенії в малюнку і підвищеної опіки в сім'ї (+0,55). Зв'язок опіки з боку батьків і астенічних і тривожних станів взаємна: з одного боку, батьки обмежують фізичну активність підлітка, значно зменшують самостійність підлітка, що призводить до невпевненості і зниження фізичного тону. З іншого - хворобливий стан, стомлюваність підлітків, а також, проявляється ними нерішучість, боязкість, невпевненість підштовхують батьків брати на себе все більше відповідальності за життя і здоров'я дитини, обмежувати і опікати його.

Виразність опіки пов'язана зі стажем хвороби на псоріаз (+0,57). Чим довше триває захворювання, тим більш виражені прояви гіпер опіки з боку батьків. Надмірна опіка може заважати підліткам брати необхідну відповідальність за власне здоров'я: дієту, прийом ліків, режим. Батьки не можуть (хоча й намагаються) тотально контролювати підлітків, в зв'язку з чим можуть відбувається загострення захворювання через неправильний спосіб життя. Складається ситуація, коли псоріаз - це проблема батьків, а сам підліток як би ні при чому.

Виявлено зв'язок рівня тривожності і вираженості проблем міжособистісного спілкування: з однолітками, вчителями, лікарями. Чим вище особистісна тривожність підлітка з псоріазом, тим більше проблем у нього виникає в соціумі: у спілкуванні з однолітками і дорослими, в самовизначенні в колективі, і тим вище в свою чергу стає особистісна тривожність.

З соціально-побутових умов зв'язок з рівнем тривожності виявлена у показника «своє місце (кімната) в квартирі» (+0,51): Більш тривожними є ті підлітки, у яких немає безпечного індивідуального місця в квартирі.

На наступному етапі при інтерпретації результатів діагностики акцентуації характеру виявлені достовірні відмінності за такими типами акцентуації: «дистимічний» ($p < 0,01$) і «лабільний» ($p < 0,01$). Також виявлена тенденція до достовірних відмінностей за типами акцентуації «тривожний» ($p < 0,05$) і «гіпертимічний» ($p < 0,05$) рис. 2.2).

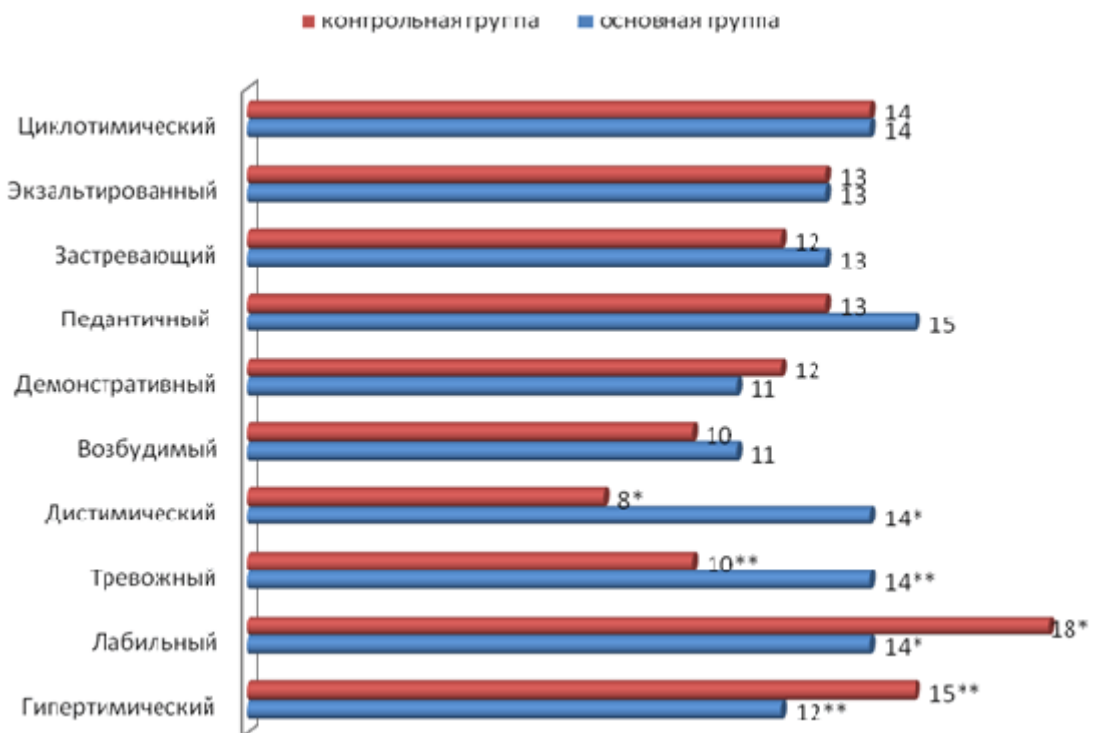


Рис. 2.2. Порівняльний аналіз результатів діагностики акцентуацій характеру; * - $p < 0,01$; ** - $p < 0,05$

На рис. 2.2 ми бачимо достовірні відмінності за деякими типами акцентуації характеру - «дистимічеський», «лабільний» і тенденцію до відмінностей «тривожний», «гіпертимічеський». Це підтверджуючого дослідження, проведеного Г. В. Сапогова, яка зазначає, що особи з особистісними акцентуацією більш податливі впливам середовища, більш схильні до психічних травм [1]. А. Sayin і S. Aslan ввели поняття

«афективних темпераментів», а також виявили наявність взаємозв'язку між особливостями темпераменту, характеру і психологічними розладами [16]. Також наші результати підтверджують наявність статистично значущого взаємозв'язку акцентуації особистості і психологічного здоров'я.

На наступному етапі дослідження в пошуках взаємозв'язку між шкалами невротизації і особливостями акцентуації характеру був проведений кореляційний аналіз результатів дослідження за допомогою коефіцієнта кореляції Спірмена в основній групі. Враховувалася кореляційний зв'язок при $p < 0,01$ і $p < 0,05$.

Виявлена пряма кореляція між тривожним типом акцентуації і шкалою тривожності при $p < 0,01$. Це говорить нам про те, що між основними рисами тривожного типу акцентуації є взаємозв'язок зі шкалою тривожності, в яку входять такі симптоми як боязкість, почуття небезпеки, полохливість і т.і. Чим вище симптоми тривожності, тим вище ймовірність формування акцентуації характеру за тривожним типом.

Збудливий тип акцентуації корелює зі шкалою «ворожість» і «депресія». Цьому типу акцентуації характерні вибуховість і імпульсивність. Якщо провести паралель з епілептоїдною акцентуацією характеру по Личко, то можна сказати, що ворожість є однією з рис цього типу акцентуації. Звідси випливає, що чим вище значення за шкалою «ворожість», тим вище ймовірність, що ця акцентуація характеру по збудливим типом.

Лабільний тип акцентуації взаємопов'язаний зі шкалою «соматизація». Це пояснюється тим, що вразливість і надмірна чутливість можуть посилювати симптоми, властиві шкалою «соматизація», для пацієнтів характерно перебільшення цих симптомів більшою мірою, ніж вони проявляються в дійсності.

При $p < 0,05$ існує тенденція до прямого взаємозв'язку тривожного типу акцентуації і депресії. Можна припустити, що при високому балі за тривожним типом, тривожність та протікання хвороби буде ускладнюватися симптомами депресії, брак мотивації на одужання.

Також на рівні тенденції між собою корелює застраваючий тип акцентуації і шкала «тривожність». Надмірна стійкість афекту тривоги у невротиків з акцентуацією характеру застравающому типу може привести до підвищення інтенсивності симптоматики за шкалою "тривожність".

«Міжособистісна сензитивність» має на увазі під собою почуття особистої неадекватності і неповноцінності, особливо коли людина порівнює себе з іншим. В процесі міжособистісної взаємодії може спостерігатися самоосудження, дискомфорт і почуття занепокоєння. Індивіду, якому властивий збудливий тип акцентуації, складно встановлювати і підтримувати дружні взаємини з іншими в зв'язку з проблемами контролю своїх афектів. Звідси впливає тенденція до «міжособистісної сензитивності».

Також ми виявили тенденцію до кореляції збудливого типу зі шкалою «соматизації». Це може говорити нам про те, що часті соматичні симптоми у пацієнтів з хворобою псоріаз можуть привести до бурхливої афективної реакції, подібної тим, що спостерігаються у індивідів з збудливим типом акцентуації.

У контрольній групі акцентуація характеру застравающому типу безпосередньо корелює зі шкалами «соматизація» і «сензитивність». Стійкий афект бути при таких соматичних симптомах як головні болі, дискомфорт загальної мускулатури і соматичні еквіваленти тривожності. Звідси впливає, що чим сильніше виражені риси застравающого типу акцентуації, тим вищий бал за шкалою «соматизація». У випадку з взаємозв'язком «сензитивності» з застравающим типом можна припустити, що у застравающого типу в силу його стійких афективних реакцій і специфічних «застрявання» сильніше виявляються характеристики «міжособистісної сензитивності». Виходячи їх того, що кореляція пряма, ми припускаємо, що чим вище бал по застравающому типу акцентуації, тим вище спостерігається «сензитивність».

Роблячи узагальнення з проведеного нами дослідження, можемо сказати, що:

1. Вивчено рівень невротизації за методикою SCL-90R. В експериментальній групі підлітків хворих на псоріаз діагностовано високий рівень середніх значень за шкалами невротизації, на відміну від контрольної групи.

2. Проведене дослідження показало, що у підлітків з псоріазом вище рівень тривожності, ніж у їхніх здорових однолітків. Тривожність пов'язана зі стажем захворювання, відсутністю у підлітка «свого місця» в квартирі. Тривожніші підлітки з псоріазом помічають у себе більше проблем в спілкуванні з однолітками, вчителями та лікарями, рідше намагаються себе проявити в навчальній або позакласній діяльності, відзначають страхи і невпевненість у виступах перед однолітками, рідше займаються спортом. Також, тривожність підлітків тісно пов'язана з гіперопікою з боку батьків. Виникає порочне коло: чим більше у підлітка проблем зі здоров'ям і чим більше він тривожиться, тим сильніше його опікають в сім'ї. А чим більше опікованою є дитина в сім'ї, тим більш невпевненим дитина себе відчуває, тим вище її тривожність і тим менше відповідальність в питаннях контролю захворювання.

3. Виявлено акцентуації характеру в групі хворих з невротичними розладами і в групі умовно здорових. Для респондентів основної групи характерний «дистимічний» і «тривожний» типи акцентуації, а для контрольної - «лабільний» і «гіпертимический» типи акцентуації.

4. Виявлено взаємозв'язок між акцентуаціями характеру і рівнем невротизації в досліджуваних групах. В експериментальній групі виявлено, що збудливим типом акцентуації характерна сензитивність, соматизація, депресія і тривожність; циклотимічного і тривожного типу акцентуації - депресія; тривожного і застревающего типам акцентуації - тривожність.

ВИСНОВКИ

Загострення психосоматичних розладів, обумовлена тим фактом, що в сучасному світі зростає ризик виникнення невротичного розладу в загальній популяції. Більшість хворих з невротичними розладами конституційно схильні до розвитку захворювання через підвищену емоційної нестабільності, тривожності. Високий рівень невротизації є необхідною, але не єдиною характеристикою особистості хворих з невротичними розладами, що виділяє їх із загальної популяції. Важливим виявляється поєднання підвищеної тривожності з неможливістю використовувати ресурси у вигляді адекватної соціалізації, вироблення навичок ефективного планування, а також оригінальності і творчої спрямованості у вирішенні виникаючих проблем, конфліктів і криз розвитку.

Підлітковий період є дуже відповідальним, бо він часто визначає подальше життя людини. Утвердження незалежності, формування особистості, вироблення планів на майбутнє - все це формується саме в цьому віці. Одним з основних факторів, що впливають на розвиток соматичних і емоційних порушень у підлітків, є негармонійні стосунки як в колі сім'ї, так і в школі, а також низька фізична активність.

Питання про роль емоційних впливів на виникнення захворювання псоріазу набуло актуальності з розвитком психосоматичної медицини. В даний час вважається доведению важлива роль психічного фактора у виникненні псоріазу. Залишається не до кінця зрозумілим, чи може емоційний стрес викликати псоріаз, у здорових людей, або стрес лише проявляє латентне захворювання.

Сучасна концепція супроводу хворих на псоріаз трактує це захворювання як «спосіб життя», до якого хворий повинен адекватно пристосуватися, максимально використовуючи свої власні можливості заходи по відновленню і компенсації наявних порушень.

Провівши експериментальне дослідження можемо ми можемо узагальнити, що нами було:

1. Вивчено рівень невротизації за методикою SCL-90R. В експериментальній групі підлітків хворих на псоріаз діагностовано високий рівень середніх значень за шкалами невротизації, на відміну від контрольної групи.

2. Проведене дослідження, яке показало, що у підлітків з псоріазом вище рівень тривожності, ніж у їхніх здорових однолітків. Тривожність пов'язана зі стажем захворювання, відсутністю у підлітка «свого місця» в квартирі. Тривожніші підлітки з псоріазом помічають у себе більше проблем в спілкуванні з однолітками, вчителями та лікарями, рідше намагаються себе проявити в навчальній або позакласній діяльності, відзначають страхи і невпевненість у виступах перед однолітками, рідше займаються спортом. Також, тривожність підлітків тісно пов'язана з гіперопікою з боку батьків. Виникає порочне коло: чим більше у підлітка проблем зі здоров'ям і чим більше він тривожиться, тим сильніше його опікають в сім'ї. А чим більше опікованою є дитина в сім'ї, тим більш невпевненим дитина себе відчуває, тим вище її тривожність і тим менше відповідальність в питаннях контролю захворювання.

3. Виявлено акцентуації характеру в групі хворих з невротичними розладами і в групі умовно здорових. Для респондентів основної групи характерний «дистимічний» і «тривожний» типи акцентуації, а для контрольної - «лабільний» і «гіпертимічний» типи акцентуації.

4. Виявлено взаємозв'язок між акцентуаціями характеру і рівнем невротизації в досліджуваних групах підлітків. В експериментальній групі виявлено, що збудливим типом акцентуації характерна сензитивність, соматизація, депресія і тривожність; циклотимічного і тривожного типу акцентуації - депресія; тривожного і застряє типами акцентуації - тривожність.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Абрамова Г.С., Юдчиц Ю.А. Психология в медицине. М.,1998
2. Александер Ф. Психосоматическая медицина. М., 2000.
3. Александровский Ю. А. Пограничные психические расстройства: Руководство для врачей. М., 2000
4. Алекситимия и методы ее определения при пограничных психосоматических расстройствах. Методическое пособие. СПб., 1994.
5. Аммон Г. Психосоматическая терапия. СПб: Изд- во «Речь», 2000.
6. Антропов Ю.Ф., Щевченко Ю.С. Лечение детей с психосоматическими расстройствами - СПб.: Речь, 2002.
7. Березин Ф. Б. Некоторые механизмы интрапсихической адаптации и психосоматическое соотношение. В кн.: Бессознательное: природа, функции, методы исследования. Тбилиси, 1978, т. 2, с.281-291
8. Бодров В.А. Психологический стресс: развитие и преодоление.- М.: ПЕР СЭ. 2006.
9. Бостанджиева Т. Н. Психологические особенности отношения к общественно полезному труду подростков 50—80-х гг.: Автореф. канд. дис. М., 1986. 24 с.
10. Валитов М.С. Особенности профессиональной консультации подростков // Вопросы психологии. 1984. № 6. С.60-63
11. Волков В.Т., Стрелис А.К. и др. Личность пациента и болезнь. Томск, 1995.
12. Заболевания вегетативной нервной системы. Руководство для врачей. // Под редакцией профессора Вейна А.М.-М.: Медицина, 1991.
13. Залевский Г.В. К истории, состоянию и проблемам современной клинической психологии // Сибирский психологический журнал. 1999, вып.10, с.53- 56

14. Залевский Г.В. Психология здоровья – проблемы образования и культуры. Материалы Всероссийской конференции (Томск, 5-7 октября 2005 г.).//Сибирский психологический журнал. № 22, 2005, с.153-157
15. Зейгарник Б.В. Патопсихология. М.: Изд-во МГУ, 1986.
16. Зейгарник Б.В., Холмогорова А.Б, Мазур Е.С. Саморегуляция поведения в норме и патологии//Психологический журнал, 1989. Т.10. № 2. С.122-132.
17. Иммуносупрессор «Тимодепрессин» в комплексной терапии больных псориазом. Журнал «Экспериментальная и клиническая дерматокосметология», № 5, год 2009, страницы: 7—13
18. Исаев Д.Н. Эмоциональный стресс. Психосоматические и соматопсихические расстройства у детей. СПб, 2005
19. Карвасарский Б. Д. Психотерапия. СПб., 2000.
20. Карвасарский Б.Д. Клиническая психология. СПб, 2007.
21. Квасенко А.В., Зубарев Ю.Г. Психология больного. Л., Медицина, 1980.
22. Кискер К.П., Фрайбергер Г., Розе Т.К., Вульф Э. Психиатрия, психосоматика, психотерапия. М., 1999.
23. Классификация психических и поведенческих расстройств. Исследовательские диагностические критерии. Женева. Всемирная организация здравоохранения, 1992. Перевод. СПб, 1994.
24. Клиническая психология, под ред. Карвасарского Б.Д., Санкт-Петербург 2002г., 960с.
25. Комер Р. «Патопсихология. Нарушения и патологии психики», Санкт-Петербург 2002г., 608с.
26. Кулаков С.А. Основы психосоматики. СПб.: Речь, 2003.
27. Курек Н.С. Дефицит психической активности: пассивность личности и болезнь. М., 1996.
28. Курцин И.Т. Теоретические основы психосоматической медицины. Издво «Наука», Ленингр. отд. Л., 1973.

29. Лебединский М.С., Мясищев В.Н. Введение в медицинскую психологию. Л., 1966.
30. Лурия Р.А. Внутренняя картина болезни и патогенные заболевания. М., 1944
31. Малкина-Пых И.Г. Психосоматика. Москва: Эксмо, 2008.
32. Малкина-Пых И.Г. Психосоматика. Эксмо, 2008
33. Менделевич В. Д. Клиническая и медицинская психология. Практическое руководство. М., 2005.
34. Менделевич В.Д., Соловьева С.Л. Неврология и психосоматическая медицина. Часть 2. Психосоматическая медицина. М.: «МЕДпресс-информ», 2002.
35. Менегетти А. Психосоматика / Пер. с итал. Славянской ассоциации Онтопсихологии. Москва: ННБФ «Онтопсихология», 2003.
36. Молочков В. А., Бадюкин В. В., Альбанова В. И., Волнухин В. А. Псориаз и псориатический артрит. Москва, 2007.
37. Николаева В. В. Влияние хронической болезни на психику. Москва, 1987
38. Новиков А. И., Охлопков В. А. и др. Состояние популяции мононуклеарных фагоцитов (cd68) в псориатической папуле под влиянием Тимодепрессина. Журнал «Клиническая дерматология и венерология», № 3, год 2006 страницы: 30—33
39. Перре М., Бауман У. (ред.) Клиническая психология. 2-е изд., СПб. Москва, 2002 29
40. Проблемы психологии современного подростка / Под ред. Д.И. Фельдштейна. Москва, 1982.
41. Психологические условия и механизмы воспитания подростков / Под ред. Д.И. Фельдштейна. М., 1983.
42. Психология телесности между душой и телом/ред.сост. В.П.Зинченко, Т.С.Леви. М.: АСТ: АСТ МОСКВА, 2005.

43. Психотерапевтическая энциклопедия / Под ред. Б.В.Карвасарского, СПб., 2000.
44. Сапогова Г. В. Особенности внутренних конфликтов у акцентуированных личностей здоровых и больных неврозами. Москва, 2000.
45. Сидоров П.И., Парняков А.В. Клиническая психология: учебник. - 3-е изд., перераб. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. 880 с.: илл.
46. Смирнов В.В., Резникова Т.Н. Основные принципы и методы исследования «внутренней картины болезни» // Кабанов М.М., Личко А.Е., Смирнов В.М. Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. Л.: Медицина, 1983, с.38 - 61.
47. Соколова Е. Т., Николаева В. В. Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях. М.: SvR-Аргус, 1995.
48. Ташлыков В.А. Психология лечебного процесса. Л., 1984.
49. Тополянский В. Д., Струковская М. В. Психосоматические расстройства. – М., 1986
50. Тхостов А.Ш. Психология телесности. – М.: Смысл, 2002.
51. Тхостов А.Ш.,Арина Г.А. Теоретические проблемы исследования внутренней картины болезни //В сб.:Психологическая диагностика отношения к болезни при нервно – психической и соматической патологии.- Л, ЛНИПНИ им В.М.Бехтерева.,1990. С.44-49.
52. Урванцев Л.П. Психология в соматической клинике. Ярославль, 1998.
53. Ушаков Г. К. Пограничные нервно-психические расстройства. Москва: Медицина, 1987.
54. Фельдштейн Д. И. Психологические закономерности социального развития личности в онтогенезе // Вопр. психол. 1985. № 6. С. 26—38.
55. Фельдштейн Д. И. Психологические основы общественно полезной деятельности подростков. М., 1982,

56. Формирование личности в переходный период от подросткового к юношескому возрасту / Под ред. И.В. Дубровиной. М., 1987.
57. Чеботарёв В.В., Асхаков М.С. Дерматовенерология — 2-е изд, перераб. . учебник. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. — 688 с. — 1000 экз. — ISBN 978-5-9704-5596-8.
58. Шилов В. Н. Псориаз — решение проблемы: Этиология, патогенез, лечение. Москва: Издатель В. Н. Шилов, 2001. 304 с.
59. Шилов В. Н., Табухов З. Ю. Газохроматографический метод контроля эффективности лечения псориаза. Неинвазивные методы диагностики. Москва, 1995 с. 57-58.
60. Sayin A. The relationship between mood disorders and temperament, character and personality / A. Sayin, S. Aslan. Turk. Psikiyatri. Derg. 2005. Vol. 16 (4). P. 276–283.