МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ

СХІДНОУКРАЇНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

ІМЕНІ ВОЛОДИМИРА ДАЛЯ

Факультет гуманітарних наук, психології та педагогіки

кафедра здоров´я людини та фізичного виховання

**Стрельченко Л.Е.**

**Випускна кваліфікаційна робота бакалавра**

**Особливості фізичної реабілітації хворих на психосоматози**

Сєвєродонецьк

2020

**СХІДНОУКРАЇНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

**ІМЕНІ ВОЛОДИМИРА ДАЛЯ**

# Факультет гуманітрних наук, психології та педагогіки

(повне найменування інституту, факультету)

# Кафедра здоров´я людини та фізичного виховання

(повна назва кафедри)

## ПОЯСНЮВАЛЬНА ЗАПИСКА

**до випускної кваліфікаційної роботи бакалавра**

**освітньо-кваліфікаційного рівня** \_\_\_\_бакалавр\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(бакалавр, спеціаліст, магістр)

напряму підготовки \_\_\_227 – Фізична терапія, ерготерапія\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(шифр і назва напряму підготовки)

на тему: «Особливості фізичної реабілітації хворих на психосоматози»

Виконала: студентка групи ЗЛ-16з Стрельченко Л.Е.

Керівник: д. психол. н., проф. Тоба М.В.

Завідувач кафедри здоров´я людини

та фізичного виховання:

к. психол. н., доц. Завацький Ю.А.

Рецензент: д. мед. н., проф. Зєльоний І.І.

Сєвєродонецьк – 2020

**СХІДНОУКРАЇНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

**ІМЕНІ ВОЛОДИМИРА ДАЛЯ**

# Факультет гуманітарних наук, психології та педагогіки

(повне найменування інституту, факультету)

# Кафедра здоров´я людини та фізичного виховання

(повна назва кафедри)

освітньо-кваліфікаційного рівня \_\_\_\_бакалавр\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(бакалавр, спеціаліст, магістр)

напряму підготовки 227 – Фізична терапія, ерготерапія\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(шифр і назва напряму підготовки)

# ЗАТВЕРДЖУЮ

**Завідувач кафедри**

**здоров´я людини**

**та фізичного виховання**

**доц. Завацький Ю.А.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

“26” березня 2020\_року

## З А В Д А Н Н Я

### НА ВИПУСКНУ КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ БАКАЛАВРА

**Стрельченко Ларини Енріківни**

## Тема роботи: «Особливості фізичної реабілітації хворих на психосоматози»

## Керівник роботи Тоба Маріанна Василівна, д. психол. н., проф.

( прізвище, ім’я, по батькові, науковий ступінь, вчене звання)

затверджені наказом вищого навчального закладу від “26” березня 2020 р. № 51/15.22

2. Строк подання студентом роботи\_\_\_05.06.2020 р.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. Вихідні дані до роботи: *обсяг роботи* *– 86 сторіок (1,5 інтервал, 14 шрифт з дотриманням відповідного формату), список використаної літератури – 54 дж.*

*4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки: проаналізувати наукові джерела з особливостей фізичної реабілітації хворих на психосоматози; підібрати діагностичний інструментарій згідно особливостей фізичної реабілітації хворих на психосоматози; на основі проведеного констатувального експерименту розробити практичні рекомендації щодо особливостей фізичної реабілітації хворих на психосоматози.*

5. Перелік графічного матеріалу (з точним зазначенням обов’язкових креслеників): *таблиці – 11, рисунків – 2, додатків – 3.*

**6. Консультанти розділів роботи:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Розділ | Прізвище, ініціали та посада  Консультанта | Підпис, дата | |
| Завдання  видав | Завдання  Прийняв |
| 1. | Тоба М.В. – д.психол.н., проф. | 26.03.2020 р. | 26.03.2020 р. |
| 2. | Тоба М.В. – д.психол.н., проф. | 26.03.2020 р. | 26.03.2020 р. |

7. Дата видачі завдання 26.03.2020 р**.**

#### **КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№**  **з/п** | **Назва етапів** | **Строк виконання етапів** | Примітка |
| 1 | Визначення проблеми дослідження та розроблення плану випускної кваліфікаційної роботи бакалавра | 03.2020 р. | 03.2020 р. |
| 2 | Аналіз літератури за проблемою. Робота над теоретичною частиною дослідження | 03.2020 р. | 03.2020 р. |
| 3 | Розробка діагностичного інструментарію та проведення констатувального експерименту | 04.2020 р. | 04.2020 р. |
| 4 | Узагальнення результатів констатувального експерименту | 04.2020 р. | 04.2020 р. |
| 5 | Розробка рекомендацій щодо особливостей фізичної реабілітації хворих на психосоматози | 05.2020 р. | 05.2020 р. |
| 6 | Підготовка випускної кваліфікаційної роботи бакалавра до захисту та її захист | 06.2020 р. | 06.2020 р. |

**Студентка Стрельченко Л.Е.**

**Керівник роботи проф**. **Тоба М.В.**

**РЕФЕРАТ**

Текст – 86 с., таблиць – 11, рисунків – 2, джерел – 54, додатків – 3

В роботі розкрито теоретико-методологічні засади дослідження особливостей фізичної реабілітації хворих на психосоматози.

Проведено констатувальний експеримент з метою дослідження особливостей фізичної реабілітації хворих на психосоматози.

Розроблено практичні рекомендації щодо особливостей фізичної реабілітації хворих на психосоматози.

**Ключові слова:** ПСИХОСОМАТОЗИ, фізична реабілітація, медико-соціальна реабілітація, технологій медико-соціальної реабілітації, обмежені можливості, ЖИТТЄДІЯЛЬНІСТЬ, СТАВЛЕННЯ ДО ЗДОРОВʼЯ.

**ЗМIСТ**

**ВСТУП** 7

**РОЗДIЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ хворих З ПСИХОСОМАТОЗАМИ** 10

* 1. Аналiз підходів до вивчення хворих з психосоматичними

розладами у вiтчизнянiй та зарубiжнiй літературі 10

1.2. Особливості психічного стану соматично хворого 18

1.3. Види психосоматичних захворювань та типи психічного реагування на них 30

**РОЗДIЛ 2. ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛIДЖЕННЯ ОСОБИСТІСНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПРИ ПСИХОСОМАТОЗАХ У ОСІБ ПОХИЛОГО ВІКУ** 39

2.1. Методичні заходи, хід та процедура констатувального

експерименту 39

2.2. Аналiз результатiв констатувального експерименту 50

2.3. Практичні рекомендації щодо корекції психічного реагування на психосоматози та методів фізичної реабілітації 58

**ВИСНОВКИ** 67

**СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛIТЕРАТУРИ** 69

**ДОДАТКИ**                                  74

**ВСТУП**

**Актуальнiсть дослiдження.** У сучасному світі актуальним залишається питання про постійний вплив стресогенних факторів на людину. Як відомо, невідреаговані негативні емоції призводять до розвитку психосоматичних захворювань. Реакцією особистості на стрес або розчарування можуть бути, з одного боку, невротичні розлади, при яких переважають психологічні і психопатологічні прояви, і психосоматичні розлади, що проявляються, здебільшого соматичними еквівалентами психічних розладів, з іншого боку. Ці групи порушень демонструють різні способи переробки внутрішньоособистісного конфлікту: психічний і соматичний. Невротичний спосіб може проявлятися як в умовах гострого, так і в умовах хронічного стресу; психосоматичний же спосіб більшою мірою пов'язаний з хронічним впливом розчарування і стресу. Особливостями, що відрізняються є індивідуально-психологічні властивості людини, схильної до одного з перерахованих способів переробки конфлікту.

Під психосоматичними розладами розуміються симптоми та синдроми порушень соматичної сфери (різних органів і систем), обумовлені індивідуально-психологічними особливостями людини і пов'язані зі стереотипами її поведінки, реакціями на стрес і способами переробки внутрішньоособистісного конфлікту.

До класичних психосоматичних захворювань, званими "святою сімкою" ("holy seven"), відносять хвороби, роль психологічних факторів у етіопатогенезі яких вважається доведеною: есенціальна гіпертонія, виразкова хвороба 12-палої кишки, бронхіальна астма, діабет, нейродерміти, ревматоїдний артрит, виразковий коліт.

Психосоматичні розлади складають значну частину "хвороб цивілізації" і протягом останнього століття були об’єктом інтенсивних досліджень, в рамках так званої психосоматичної медицини, з огляду на зростаючу роль їх загальної захворюваності населення.

Проблема виникнення психосоматичних розладів відбита в дослідженнях Ф. Александера, В. Вiллiамса, Ф. Данбара, Дж. Енгеля, Д. Ірвіна, В. Кеннона, Г. Сельє, П. Сифнеоса, Т. Смiта, Г. Томаса, 3. Фрейда, М. Шура. Проте невірішеною залишається проблема впливу особистісних особливостей на ризик винекнення та розвиток психосоматозів. А в разі виникненя визначення типу реагування на психосоматичні захворювання.

Виходячи з вищесказаного, актуальність даного дослідження пов'язана з одержанням додаткових данихщодо особистісних особливостей хворих похилого віку з психосоматичними розладамидля надання відповідної корекції психічного реагування на хворобу.

**Об’єкт дослiдження –** психосоматичні розлади.

**Предмет дослiдження –** особливості фізичної реабілітації хворих на психосоматози.

**Мета**  **дослідження –** теоретично обгрунтувати та експериментально дослідитиособливості фізичної реабілітації хворих на психосоматози.

Відповідно до поставленої мети визначені наступні **завдання дослідження**:

1. Провести теоретико-методологічний аналіз підходів до проблеми вивчення психосоматичних розладів у вiтчизнянiй та зарубiжнiй літературі.

2. Виявити види психосоматичних захворювань та типи психічного реагування на них.

3. Провести експериментальне дослiдження особистісних особливостей при психосоматозах у осіб похилого віку.

4. Розробити практичнi рекомендацiї щодо корекції психічного реагування на психосоматози та методів фізичної реабілітації.

**Методологічну та теоретичну основу дослідження** становили: психофізіологічна модель (І. П. Павлов, В. Кеннон і Р. Сельє), конверсійна модель 3. Фрейда, положення про специфічність клінічних проявів психосоматозів від конфліктної ситуації Ф. Александера, теорія де- і ресоматизації М. Шура, модель відмови від віри в майбутнє (Д. Енгель і A. Шмале). Теорія стресу В. Кеннона, концепція Г. Сельє щодо впливу стресових ситуацій на особливості патогенезу, перебігу та терапії психосоматичних захворювань. Нейрофiзiологiчна концепція щодо виникнення психосоматичних розладів порушеними кортико-вісцеральними взаєминами (П. К. Анохіна, Ю. М. Губачева, К. В. Судакова, I. Т. Курцина); підходи до сутностi типів психічного реагування на різні види психосоматичних захворювань (У. Бауман, В. М. Блейхер, Б. Д. Карвасарський, В. Д. Менделевич, Н. Пезешкіан).

**Методи**  **дослiдження:** спостереження, бесiда,констатувальний експеримент,тестування (тест-опитувальник ЛОБІ для виявлення типів психічного реагування на захворювання, методика САН для діагностики самопочуття, активності, настрою; методика визначення стресостiйкостi й соціальної адаптації Холмса i Раге, тест М. Люшера для виявлення наявності тривожності), методи фізичної реабілітації; методи математичної обробки даних.

**Теоретичне значення дослідження** полягає в уточненні теоретичної основи вивчення проблеми психосоматичних розладів; розкритті особливостей психичного стану соматично хворого; виявленні видів психосоматичних захворювань та типів психічного реагування на них.

**Практичне значення отриманих результатів** полягає урозкритті особистісних особливостей хворих похилого віку з психосоматичними розладами та надання практичних рекомендацiй щодо корекції психічного реагування на хворобу та методів фізичної реабілітації. Результати проведеного дослідження можуть використовуватися у роботі фізичних реабілітологів, фізичних ерготерапевтів, медичних працiвників з метою реабілітаційної та медико-психологічної допомоги.

**РОЗДIЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ХВОРИХ З ПСИХОСОМАТИЧНИМИ РОЗЛАДАМИ**

* 1. **Аналiз підходів до вивчення хворих з психосоматичними розладами у вiтчизнянiй та зарубiжнiй літературі**

Припущення про існування тісних зв'язків між емоційними станами людини й порушеннями фізичного (соматичного) здоров'я має давню історію. Ідеї смерті або розвитку важких недуг через сильні емоційні потрясіння зустрічаються у всіх культурах, починаючи з найдавніших часів. Сократ – один з перших, на думку Діогена Лаерція, європейських мислителів, що поставив питання про вплив способу життя на здоров'я, уважав вплив душі визначальним фактором тілесного благополуччя [22].

В античній медицині ідея впливу душі на фізичні процеси, що протікають у тілі, була однією із центральних. Однак уже в ІІ ст. н.е. причинна роль душі у виникненні соматичних розладів була поставлена під сумнів Клавдієм Галеном (131–201), що затверджував, що всі захворювання, у тому числі й щиросердечні, швидше за все, виникають із дисгармонійного сполучення чотирьох життєвих соків: крові (sangvіos), слизу (flegma), жовтої жовчі (hoyle) і чорної жовчі (melan hoyle), тобто можуть мати тільки біологічну природу. Очевидний факт зв'язку між психологічними й тілесними феноменами К. Галеном не заперечувався [23]. З тих пір протягом от уже двох тисячоріч спір іде не про наявність або відсутність психосоматичних відносин, а про те, що розуміється під психосоматичними розладами і які причини їхнього виникнення.

Сама суперечка ґрунтується на тім, що протилежні сторони по-різному розуміють психіку й, відповідно, по-різному вирішують одне з основних методологічних питань клінічної психології – про зв'язок психіки й мозку.

Вчення про зв'язок соматичних захворювань і психічних процесів виникло в Новий час – у період між XVІІ – XІ ст. – як самостійний розділ медицини, завдяки роботам Т. Сиденама. В 1818 р. німецький лікар С.А. Гейнрот увів в оборот термін "психосоматика", яким він позначив свою концепцію про внутрішній конфлікт як провідній причині психічної хвороби [1; 23; 34].

Отже, історичне перше значення терміна "психосоматика" пов'язане з концепцією психологічного конфлікту як пускового фактора розладу. Згодом, як відзначає В. Риф, це поняття усе більше розширювалося, і психосоматичні відносини нерідко розглядалися як особлива "картина світу", що визначає специфіку прояву будь-якого захворювання [22].

Ідея психологічного конфлікту як основи психосоматичних розладів одержала подальший розвиток у рамках психодинамічного напрямку в психології. Клініко–психологічний аналіз явищ гіпнозу й істерії, що проводився в другій половині XІ ст. з метою вивчення механізмів соматичних змін під впливом психологічних впливів, привів до припущення про можливість безпосереднього відбиття в клінічному синдромі психологічного змісту неусвідомлюваного внутріособистісного (емоційного) конфлікту, що спровокував розвиток захворювання.

Базові теоретичні положення психодинамічної концепції психосоматичних розладів були сформульовані З. Фрейдом (1856-1939). Однак потрібно пам'ятати, що сама психосоматична проблема ніколи не була в центрі уваги засновника методу психоаналізу і його найближчих послідовників. Головною метою психологічних вишукувань З. Фрейда був пошук ефективного методу, за допомогою якого пацієнт міг краще зрозуміти свій стан і побачити зв'язок психічного розладу зі своєю особистістю [18; 35]. І саме трактування психосоматичних відносин, що зустрічається в ранніх роботах австрійського невропатолога, обмежена вузькою сферою істеричних розладів.

З погляду З. Фрейда, психопатологічні симптоми підтримуються динамікою несвідомих сил – енергії (лібідо) і афекту, обмежених у своєму зовнішньому прояві соціальними нормами [29].

Істерія, як психопатологічний синдром, викликається, на думку З. Фрейда, недозволеним емоційним конфліктом (психічною травмою), усвідомлення якого не заохочується соціальними нормами [13]. Однак викликуване афектом енергетична напруга нікуди не подінеться й звертається у хворобливий симптом. Звідси виникає подання про конверсійний механізм істеричних розладів, коли хворобливий симптом виступає символічним вираженням емоційного конфлікту.

Неотреагований витискаємий емоційний (внутріособистісний) конфлікт стає енергетичним резервуаром, підпитуючим хворобу. Отже, для припинення істеричного розладу необхідне усвідомлення цього конфлікту, домогтися чого можна за рахунок актуалізації особистісних ресурсів самого пацієнта. Тому психосоматичні порушення в психоаналізі довгий час ототожнювалися тільки з конверсійним психічним розладом.

Подальший розвиток психодинамічної концепції психосоматичних розладів відбувалося в декількох напрямках: теорія особистісних профілів, теорія психосоматичної специфічності, теорія психосоматичного Его.

Теорія особистісних профілів пов'язана з ім'ям Ф. X. Данбар. У 1935 р. нею були опубліковані результати дослідження про зв'язок соматичних розладів з певними типами емоційних реакцій, до яких воліють прибігати люди з тими або іншими характерологічними рисами. Вона звернула увагу на вкорінену в особистості схильність до реагування на психологічний конфлікт конкретним соматичним розладом [13]. У 1948 р. Ф. Данбар закінчила розробку концепції особистісних профілів, у якій ця дослідниця затверджувала, що емоційні реакції на проблемні життєві ситуації є похідними від структури особистості хворого [18]. Нею були виділені коронарний, гіпертонічних, алергійних і схильний до ушкоджень типи особистості.

Для коронарного типу особистості (людей, які схильні до розвитку в них серцево-судинної патології) характерна підвищена агресивність, жорстокість, дратівливість, прагнення завжди бути лідером і переможцем, змагальність, нетерпіння, гневливость і ворожість стосовно інших. Провідною причиною серцевих розладів в "коронарної" особистості Ф. Данбар уважала придушення в силу соціальної або емоційної заборони емоції гніву [16].

Для гіпертонічного типу особистості властиві підвищена гнівливість, почуття провини за власні ворожі імпульси, виражена потреба в схваленні з боку навколишніх, особливо – авторитетних або керівних осіб.

У структурі алергійного типу особистості часто зустрічаються такі риси, як підвищена тривожність, незадоволена потреба в любові й захисті, конфліктне сполучення прагнення до залежності й незалежності, підвищена сексуальність.

У соціальному психоаналізі концепція Ф. Данбар була модифікована в теорію "хворого суспільства" (Е. Фром, Дж. Холідей). Дж. Холідей виділяє два види причин психосоматичного розладу: структура особистості і її соціальне оточення [11].

Ф. Александер у 1950 р. запропонував теорію психосоматичної специфічності. Гіпотеза про специфічність як основному механізмі психосоматичного розладу виник із клінічного досвіду. В 1934 р. Ф. Александер опублікував дослідження про вплив психологічних факторів на розвиток хвороб шлунково–кишкового тракту. Ф. Александер звернув увагу на висловлену в 1926 р. Ф. Дойчем думку про те, що органічні ушкодження можуть бути наслідком тривалого функціонального розладу [13; 25; 37].

Гіпотеза про специфічність, висунута Ф. Александером, опиралася на три базових положення.

1. Психологічний конфлікт сполучається з фізіологічними й біохімічними факторами, що привертають до захворювання.

2. Несвідомий конфлікт активізується під впливом особливо значущих життєвих подій.

3. Супровідний внутріособистісний конфлікт негативні емоції виражаються на фізіологічному рівні, що й приводить в остаточному підсумку до розвитку хвороби.

Таким чином, теорія Ф. Александера несуперечливо об'єднала три основні досягнення психології першої чверті XX ст.: фрейдовскую концепцію про несвідомий внутріособистісний конфлікт, дослідження кортиковисцеральних процесів у школі І. П. Павлова й теорію емоцій

В. Кеннона, відповідно до якої емоції виступають інформаційним посередником між організмом і середовищем, що запускає процеси кортиковисцеральної взаємодії для відновлення звичного ендокринного балансу, порушеного під впливом стресових життєвих подій [25]. У рамках концепції емоцій В. Кеннона, виходить, що яка емоція, що виникає на стресову подію, така й відповідна фізіологічна реакція: кожна емоція може викликати тільки певне, специфічне тільки їй, фізіологічний стан організму [27; 44].

Базовим положенням теорії втрати є те, що люди протягом життя створюють сильні емоційні зв'язки з іншими. Реальне або символічне, мниме відлучення від цих фігур і приводить до психосоматичних порушень [31].

Ще одною теорією, що розвилася з ідеї психосоматичної специфічності Ф. Александера, стала концепція алекситимії [37]. Алекситимія є психологічною характеристикою, з якою зв'язана нездатність словесно визначити й описати виникле почуття. Неідентифіковане почуття викликає фізіологічну напругу, що викликає зміну на соматичному рівні. Людина не може розрізнити властиво почуття й тілесне відчуття й фокусує увагу на тілесних відчуттях, що тільки підсилює напругу й приводить до соматичних порушень внаслідок психофізіологічного перевантаження. Через те, що сильна емоція не піддається вербальної символізації й, отже, залишається недоступної свідомості, вона починає безпосередньо впливати на організм, заподіюючи несприятливі наслідки.

Алекситимія може виникати як психологічний захист на емоційний стрес ("вторинна алекситимія") і розвиватися під час відсутності психофізіологічних механізмів (біохімічний дефіцит), відповідальних за функції уяви ("дефіцитарна алекситимія").

Теорія психосоматичного Его опирається на постульоване З. Фрейдом існування в структурі особистості психічного й тілесного "Я". Тілесне "Я" розглядалося їм як представленість ("проекція") тілесних функцій у психічній сфері, як феномен сприйняття процесів, що відбуваються в тілі [12]. Ті функції й частини тіла, які за якимись причинами відкидаються людиною, витісняються в сферу несвідомого, тобто не входять у його особистісну ідентичність. Енергія, що виходить від цієї ділянки тіла або функції, починає прагнути до реалізації й, зіштовхуючись із таким психологічним захистом "Я" від несвідомих імпульсів як опором, приводить до розладу тілесної функції, що витісняється [8; 17].

Ідея тілесного "Я" одержала розвиток у психосоматичної концепції німецького психотерапевта Г. Аммона. Психосоматичний розлад, відповідно до концепції Г. Аммона, є результат негативного відношення індивіда до окремих елементів свого "Я", викликаного неконструктивними відносинами зі значимими людьми з найближчого оточення [19].

Базові теоретичні положення кортиковисцеральної концепції психосоматичних розладів були сформульовані І. П. Павловим (1849-1936). У цій концепції психічне розуміється в рамках нейробіологічної парадигми, що визначає специфічне трактування співвідношення психіки й тіла (соми). На думку І. П. Павлова, характер протікання нервових процесів може визначати характер перебігу соматичної хвороби, тому що ядро цієї хвороби (органічне порушення) обростає функціональними нашаруваннями емоційного плану, які здатні маскувати або навіть змінювати спрямованість органічного процессу [28].

У вітчизняній клінічній психології дослідження психосоматичних відносин довгий час розвивався на основі кортиковисцеральної концепції. У центрі уваги цієї теорії були соматичні порушення, що виникають при невротичних розладах. Ці порушення розглядалися як психофізіологічний супровід наявних у пацієнтів емоційних проблем. Іноді соматичні розлади при неврозах пояснювалися як декомпенсація функції під дією надлишкової нервової напруги або як порушення ритму адаптивних процесів в умовах викликаної психологічними причинами дезінтеграції роботи фізіологічних систем [10; 37].

Ослаблена в момент переживання фізіологічна система ("слабка ланка") утягується в патологічний процес, незалежно від психологічного змісту внутріособистісного конфлікту або проблеми, що викликала сильні переживання. Психосоматичні відносини розуміються або як вплив емоцій, що супроводжують уже наявний розлад, на динаміку патологічного процесу, або як поломку "слабкої ланки" у морфологічній структурі організму під дією сильного афекту. Окремо виділяється й функція, що запускає емоції у розвитку патологічного процессу [45].

Визначення павловського підходу до проблеми психосоматики вказує на те, що під психікою тут розуміється психофізіологічна активність вищого відділу центральної нервової системи - кори (cortex), а під тілом (сомой) - внутрішні органи тіла (vіscera). При цьому покладається, що всі внутрішні органи мають своє представництво в корі головного мозку. На думку сучасних прихильників кортиковисцеральної концепції, вплив кори більших півкуль на внутрішні органи опосредуется лімбіко–ретикулярною, вегетативною й ендокринною системами [39].

Трактування психіки як інтегральної вищої функції мозку (ЦНС) переводили поняття "психосоматика" у площину взаємодії нервового й соматичного аспектів життєдіяльності організму, представляючи співвідношення психіки й тіла як психофізіологічний процес. При такому розумінні психосоматичних відносин можна було говорити про їх двунаправленість: не тільки від психічних процесів (під якими розумілася активність кори й взагалі ЦНС) до тіла, але й навпаки - від тіла до психічних процесів. Мова могла йти про так звані "соматопсихічні" розлади, під якими розумілися порушення психічної (а точніше – психофізіологічної) діяльності в умовах соматичного захворювання [12].

Соматопсихічний напрямок був закладений працями психіатрів С. С. Корсакова, П. Б. Ганнушкіна, В. А. Гіляровського, Є. К.Краснушкіна. У рамках цього напрямку клініко–психологічних досліджень було встановлено, що є два шляхи патогенного впливу соматичної хвороби на психіку: властиво соматогенный (інтоксикаційний вплив на ЦНС) і психогенний (гостра реакція особистості на захворювання і його наслідки) [21].

Хронічне соматичне захворювання істотно змінює соціальну ситуацію розвитку особистості: змінюються можливості в здійсненні тих або інших видів діяльності, гри, обмежується коло контактів з навколишніми, коректується бачення свого місця в житті, змінюється сприйняття часу. Все це може приводити до зниження вольової активності, зміні мотиваційного компонента діяльності й поводження, звуженню кола інтересів і загальному збіднінню особистості [31].

Є.Т. Соколова й В.В. Миколаєва звертають увагу на важливий механізм соматопсихічних відносин – механізм "замкнутого кола" [18]. Він полягає в тім, що порушення, що спочатку виникає в соматичній сфері, викликає психопатологічні реакції, що дезорганізують особистість, а ці реакції, у свою чергу, виступають причиною наступних соматичних порушень. Ця ідея також розкривається в понятті "психосоматичного циклу", коли періодична актуалізація психологічних проблем і пов'язаних з ними тривалих або інтенсивних переживань приводить до загострення хронічного соматичного розладу або формує новий соматичний симптом [24; 47].

Останнім часом розрізнені положення всіх розглянутих концепцій психосоматичних розладів поєднуються в рамках біопсихосоціальної моделі хвороби Дж. Енгеля [25].

**1.2. Особливості психічного стану соматично хворого**

Серед переживань хворих характерно те, що хворі висловлюють тривожні думки про небезпечну, смертельну хворобу, незважаючи на заперечення лікарем такого роду висновку. Це може приводити до розвитку іпохондричного стану. В інших випадках тривога хворого пов'язана з думками про можливість втрати працездатності, інвалідизації.

При з'ясуванні відносини до хвороби може бути важлива оцінка особистості й поведінки хворого. Наприклад, підвищена помисливість, вразливість хворого. Це з'ясовується шляхом опитування хворого і його рідних, спостереження поведінки хворого. При подавленому настрої хворого необхідно спробувати з'ясувати його причини й морально підтримати його [8; 16; 31].

Характер соматичного захворювання може приводити до змін у психіці хворого. Хворі із хронічними захворюваннями схильні надавати значення словам навколишніх щодо їхнього зовнішнього вигляду, а також працездатності, змін характеру [19].

При гострих захворюваннях, можливий великий діапазон розладів у психічній сфері хворого – від легкої астенії до виражених психозів із глибоким потьмаренням свідомості, маревними, галюцинаторними переживаннями, руховим порушенням, іншими симптомами. Порушення психіки можуть спостерігатися також і при гострих хірургічних і терапевтичних захворюваннях [23; 50].

Характерологічні особливості відзначені у хворих з різними фізичними дефектами й аномаліями органів почуттів. Сильні дефекти особи, глухота, сліпота, скривлення хребта й ін. Одними йз основних психічних властивостей таких хворих є підвищена ранимість, підозрілість і фіксація на своєму дефекті. Вони можуть часто усамітнюються, тому що в суспільстві їм буває важко. Їм здається, що на них дивляться, жаліють або засуджують. Більш спокійно вони себе почувають у колі таких же хворих. Слід зазначити, що постійна психічна напруженість створює основу для розвитку невротичних реакцій і депресії. Можна простежити особливості поведінки й можливі психологічні реакції в рамках лікувальної діяльності протягом її декількох етапів або фаз, у часі наступних один за іншим [15; 38].

1. Премедична фаза. У даній фазі з'являються перші, ледве помітні скарги й ознаки. Виникають питання: "Що робити?" "Чого мені не вистачає?", "Чи хворий Я?". Людина міркує, навіть фантазує, у нього проявляється занепокоєння. На цьому етапі людин намагається боротися із хворобою. Із цими питаннями зв'язуються різні невизначеного характеру спогади, переживання й фантазії. При цьому якщо хворий поділиться з ким–небудь своїми побоюваннями, те часто він одержить протилежні ради від родичів, сусідів і співробітників. Іноді у хворих відзначається й гадана безтурботність. Поступово у хворого складається певне подання про захворювання.

2. Різка зміна життєвого стилю. Наступає, як правило, при встановленні непрацездатності або госпіталізації. Мова часто йде про раптовий перехід від здоров'я до хвороби. А в інших випадках мова йде про перехід у таку стадію хвороби, коли хворий буває ізольований від роботи, від родини, не має впевненості в прогнозі й характері свого захворювання і його наслідків для подальшого життя. Це відбувається незалежно від того, чи стосується це працевлаштування або ситуації в подружнім житті й у родині. Часто хворий намагається придбати розташування медичного персоналу тим, що проявляє до них симпатію й зав'язує з ними психологічний контакт. Медичні працівники часто таке поводження хворого розцінюють як настирливість і продуману нав'язливість, хоча в дійсності мова йде про прояв потреби знайти впевненість і почуття безпеки й забезпечувати собі опору в тих людях, від яких залежить здоров'я й навіть життя хворого. У людей, що були до цього часу цілком здоровими, зустрічаються побоювання, страхи й тривога, тому що із для них з'явилася несподіваним психічним потрясінням.

3. Активна адаптація. При цій фазі гострі й болісні симптоми хвороби поступово зменшуються, а якщо вони з початку захворювання мали більше помірний характер, те вже не турбують хворого в такому ступені. Пацієнт звикає до них, тому що пристосувався до факту хвороби. Він адаптується також і до лікарняного середовища. Підтримує в собі надію на видужання й створює при сприятливих умовах позитивне відношення до медичного персоналу. За різним даними, приблизно близько 75% госпіталізованих пацієнтів адаптується до 5 днів. Швидше всього адаптуються робітники, а потім хворі, госпіталізовані повторно. Причому, госпіталізовані повторно, здебільшого звикали до лікарняного середовища вже протягом першого дня госпіталізації. 75% хворих робітників повідомляли, що їм не заважає розміщення в багатомісній палаті. І те ж саме відзначили 54% хворих, що займаються розумовою працею.

Із психологічної точки зору, що адаптувався хворий є для медичних працівників серйозною й подальшою проблемою, якщо його захворювання поліпшується відповідно очікуванням хворого. А якщо стан його не поліпшується й навіть наступає погіршення, то хворий може переживати психічну декомпенсацію [31; 37].

4. Психічна декомпенсація. У хворої людини може виникати почуття обманутих надій, у ньому підсилюються негативні відчуття, які він випробовував на початку хвороби. Крім того, виникають непевність і страх, він зневіряється в лікування, у лікаря й у медичної персонал. При цьому людина стає імпульсивн, нетерплячим і несправедливим, здобуває схильність провокувати медичний персонал, повторно звертається до нього по незначних приводах. Звертається до родичів і знайомих, щоб вони "давили" на медичний персонал. Буває, вимагає зміни лікаря, лікування або лікарні, сам заглиблюється у вивчення своєї хвороби й намагається повчати лікаря.

Небезпека цієї фази полягає в конфлікті між медичним працівником і хворим. Конфлікт розвивається, як правило, з таким лікарем або медичною сестрою, які здаються хворому неуважними, іронічними, що не щадять або не занадто кваліфікованими. Про ці якості хворої судить іноді на підставі деяких незначних або випадкових зовнішніх проявів. У такому випадку буває добре, якщо персонал виявляється здатним розуміти, передбачати й опанувати позицією хворого й не дає йому зайвих приводів для підсилення його реактивності, що не завжди буває легко зробити, і вимагає психологічних знань, досвіду й великої спостережливості.

5. Пасивна адаптація й капітуляція. Хворий примиряється з важкою долею, перестає внутрішньо боротися за своє здоров'я й сприяти лікуванню. Пацієнт стає байдужим або негативно похмурим.

Розглянемо фактори, що сприяють формуванню суб'єктивного відношення до хвороби. Суб'єктивне відношення до хвороби формується на базі різних факторів, які можна об'єднати в групи – соціально-конституціональну й індивідуально-психологічну. Багато фахівців розуміють під соціально-конституціональними параметрами вплив статі, віку й професії людини, а під індивідуально-психологічними – властивості темпераменту, особливості характеру, якості особистості світогляд і ін. Ці фактори має свої певні особливості [3; 26; 43].

Стать людини цілком здатна впливати на суб'єктивне відношення до хвороби й формування типу реагування на захворювання [9]. До особливостей, що мають певні кореляції з статтю людини, можна віднести такі, як краща переносимість жінками болючого відчуття, станів тривалої обмеженості рухів, знерухомості. Це може пояснюватися психофізіологічними особливостями статі, а також і психологічними традиціями ролі жінки й чоловіки в певних суспільних відносинах і культурах.

Чоловіки набагато гірше, ніж жінки, емоційно переносять тривалий період обмеження рухів і повної знерухомості. Це спостерігається в травматологічних відділеннях, коли пацієнт перебуває в змушеній позі протягом декількох місяців.

Слід зазначити, що за результатами деяких психологічних експериментів найціннішими для людей виявилися нога, око й рука. При цьому психічно хворі люди оцінювали тіло менш, ніж нормальні випробувані. Для жінок тіло белее коштовне, чим для чоловіків. Інші дослідження показали, що близько 1000 чоловіків і 1000 жінок повинні були кваліфікувати відповідно до їх значимості 12 частин тіла. Одержали такі результати – чоловіка оцінили як найбільш важливий статєвий член, яєчка й язик. Оцінка не залежала від віку, тільки в старих людей оцінка статєвих органів знижувалася. А в жінок оцінки виявилися менш певними. Лише в тих, чий вік переступив 70-річний рубіж, цінність язика виявлялася на першому місці. Крім того, у процесі досліджень, було відзначено, що цінність окремих тілесних якостей може змінюватися під впливом суспільних процесів [6; 14].

Вікові особливості людини важливі при формуванні суб'єктивного відношення до хвороби й становлення певного типу реагування на неї. Наприклад, є дані, що для кожної вікової групи існує своє подання про вагу захворювань. Якийсь розподіл хвороб по соціально-психологічній значимості й вазі [1; 5].

Для дітей, підлітків, юнаків найбільш важкими в психологічному відношенні виявляються хвороби, які змінюють зовнішній вигляд людини, роблять його непривабливим. Це пов'язане із системою цінностей, розміщенням пріоритетів, наявних у хворого парубка. Для нього найвищу цінність здобуває задоволення основної потреби такий, як задоволеність власною зовнішністю. До них ставляться будь-які хвороби, що негативно змінюють зовнішність – шкірні, екземи, алергії, що калічать травми й операції, опіки й т.д. Ні в якому іншому віці не спостерігається більше важких психологічних реакцій людини на появу в нього на шкірі особи фурункулів, вугрів.

Відбиття психологічної значимості зовнішності для самоствердження підлітка й парубка, а також реагування його на зовнішню непривабливість може бути існування в цій віковій групі такого психопатологічного синдрому як дисморфоманія. Під дисморфоманічним синдромом розуміють помилкову переконаність людини в наявності в нього каліцтва, що частіше спостерігається в дівчат. Помилкова переконаність може поширюється на оцінку повноти або диспропорцій тіла. Це переконання штовхає молодих людей на пошук способів схуднення. Вони часто мучать себе різними дієтами, голодуванням, фізичними вправами, навіть у тих випадках, коли фактично за медичними критеріями не виявляють ознак надлишку ваги. А деякі пацієнтки можуть бути переконані в тім, що в них виродлива будова особи, носа, очей, вух, ніг, рук і т.д. Такі пацієнтки домагаються хірургічної корекції мнимого дефекту [1; 10].

Люди похилого віку психологічно більш важко будуть реагувати на хронічні й захворювання, що ведуть до інвалідності. Це може бути пов'язане із системою цінностей і відбиває спрямованість людини похилого віку задовольняти соціальні потреби, такі як потреба в благополуччі, добробуті, незалежності, самостійності. Самозадоволення цих потреб може бути неможливим з появою будь-якої хронічної або хвороби, що приводить до інвалідності. Психологічно важкими для осіб похилого віку є також онкологічні, хронічні соматичні хвороби й т.д. [16; 28].

Інший підвищенно значимою групою захворювань для зрілої людини вважаються так звані соромітні або непристойні хвороби, до яких суспільство й самі хворі часто відносять венеричні й психічні захворювання. Психологічна реакція на них обумовлена частіше переживаннями із приводу того, як зміниться соціальний статус і авторитет захворілою такою хворобою у випадку, якщо про це стане відомо навколишнім. Для деяких людей соромно боліти, наприклад, гемороєм. Є групи населення, як правило, – люди, що займають керівні пости, для деяких з них соромітними є хвороби серця. Це, імовірно, може бути пов'язане з можливістю просування по службі.

А для літніх і старих людей найбільш значимими є хвороби, які можуть привести до смерті. Скажемо, інфаркт, інсульт, злоякісні пухлини страшні для них не тим, що можуть приводити до втрати працездатності й працездатності, а тим, що асоціюються в даної вікової групи зі смертельним результатом [4; 32].

Людина часто оцінює важкість хвороби, виходячи із впливу симптомів захворювання на його справжню й майбутню працездатність. При цьому значимим стає професійно обумовлена цінність того або іншого органа.

Актор або співак може психологічно більш важко переносити ангіну або бронхіт, чим гастрит або виразку шлунка. Зв'язано це з істотним впливом симптомів хвороби на якість виконання професійних обов'язків. Для спортсмена або людини, зайнятого активною фізичною працею, більше значимим може виявитися скоріше підбурниця хребта, ніж депресія. Для людини творчої професії – зовсім навпаки. Альпініст більш гостро буде переживати гіпертонічну хворобу й церебральний атеросклероз із частими кризами й симптомом запаморочення, чим кондуктор у транспорті, і т.д..

Необхідно відзначити, що до значимого для вироблення певного типу психічного реагування на захворювання параметрам темпераменту можна віднести такі, як емоційність, переносимість болю. Ознака емоційності й обмеження рухів, і знерухомості, що відбиває параметр активності.

Суб'єктивне почуття інтенсивності відчуваємої болі впливає на ступінь зосередження уваги людини на цьому відчутті й, як наслідок, на її переносимості. Відзначимо, що екстраверти й інтроверти по-різному реагують на біль. На думку відомого психолога Г. Айзенка, екстраверти сприймають всі рівні стимуляції менш інтенсивно, чим інтроверти [3; 18].

Різне сприйняття болі в людей залежить від різних болючих порогів, у різних людей. Наприклад, в однієї людини в силу його психофізіологічних особливостей може бути низький поріг і він випробовує біль при невеликому ушкодженні або впливі ззовні. А в іншого – високий поріг, він почуває біль тільки при серйозному ушкодженні. Часто поріг болючої чутливості може корелювати з рівнем емоційності. У рамках відомих типів темпераменту деякі дослідження показали, що більше низькі болючі пороги – у холерика й меланхоліка в порівнянні із сангвініком і флегматиком.

Складовою частиною темпераменту є параметр загальної рухової активності. Режим рухової активності, рухливість, швидкість рухів, інші моторні характеристики людини обумовлені спадкоємними психофізіологічними факторами. Обмеження рухливості або знерухомість можуть служити психологічною фрустрацією для людей, чий руховий режим націлений на швидкість дій і схильність до фізичних навантажень.

Слід зазначити, що суб'єктивне відношення до хвороби формується також на підставі сімейного виховання [2; 7]. Можна сказати, що сімейні традиції визначають своєрідну ієрархію хвороб по ступені їхньої ваги. До найбільш важких хвороб, можуть ставиться не об'єктивно важкі, а ті, від яких найчастіше вмирали або якими частіше боліли члени родини. Внаслідок цього суб'єктивно найбільш значимою хворобою може виявитися гіпертонічна хвороба, а не рак, інсульт, туберкульоз або психічне захворювання. У родині, де є прецеденти тривалої й стійкої ремісії після лікування онкологічного захворювання або навіть видужання, подібна хвороба може виявитися менш психологічно й навіть психотравматично важкою, чим у родині з іншою традицією, заснованою на власних спостереженнях.

До особистісних особливостей, відносять ціннісні орієнтації людини, його моральні критерії й інші соціально обумовлені феномени. З особистісних особливостей, що впливають на формування суб'єктивного відношення до хвороби, слід зазначити світогляд [20]. Психологічні реакції на захворювання відрізняються в глибоко віруючих людей і атеїстів. Віруючі люди більш психологічно адекватно ставляться до хвороб, що ведуть до смерті. А маловіруючі й атеїсти реагують на хворобу, що з'явилася, що може привести до втрати працездатності або навіть до смерті, з образою. Часто вони починають шукати винуватців захворювання, створюють навколо себе ворожу обстановку й самі психологічно неадекватно реагують. Хвороба розглядається як кара, випробування, повчання іншим, розплата за гріхи предків і т.д. Ці трактування походження хвороб можуть бути засновані на вірі у зв'язок між поведінкою людини, її моральністю й виникненням у неї недуги.

До іншою групи світоглядних установок можна віднести подання про хвороби, викликаних спадкоємними або середовищними причинами: хвороба як неминучість, збіг обставин або власна помилка й т.п.[17]. У рамках цього світогляду походження хвороб розглядається крізь причину зовнішньої або внутрішньої заданості. Багато з людей переконані в тім, що "дурна спадковість" є фатальним чинником у генезі захворювань. При цьому все, що відбувається з людиною, трактується на принципі спадково-конституціональної причини. Інша тенденція повністю заперечує значення спадковості й розглядає виникнення хвороби, ґрунтуючись на зовнішніх факторах і поведінки людини.

Існує й світоглядна оцінка механізмів походження захворювань, що ґрунтується на містичному підході до процесів етиопатогенезу [14]. Поширені так звані народні подання – хвороба внаслідок заздрості, ревнощів, пристріту, псування, магічних впливів. Це свого роду міфологічна або, як відзначають священнослужителі, "язичеська" установка. При цьому підході джерела хвороб бачаться в упередженому відношенні рідних, близьких, навколишніх, сусідів, знайомих, родичів, товаришів по службі до людини, а також чаклунів, "негарних людей" і т. ін. А сам процес виникнення хвороб розглядається як екстраполяція "негативної" або "чорної" енергії на реципієнта.

Рівень освіти людини й рівень його культури також впливають на оцінку суб'єктивної ваги хвороби [18]. Особливо це ставиться до рівня медичної освіченості й культури. У цьому аспекті негативними в психологічному відношенні виявляються крайності. Це й низька медична культура, і висока. Вони з однаковою ймовірністю здатні викликати психологічно важкі й навіть неадекватні реакції. Механізми ж їх будуть різнитися: в одному випадку, це буде пов'язане з недоліком інформованості, знань, в іншому – з надлишком інформації про хвороби, їхньої ваги, плині, способах лікування й наслідках хвороб.

Хвороба міняє сприйняття й відношення хворого до навколишніх подій, до самого себе, у результаті хвороби для нього створюється особливе положення серед близьких людей, інше положення в суспільстві.

Найбільш загальними змінами психіки в соматичних хворих можна вважати перебудову інтересів від зовнішнього миру до власних відчуттів, до функцій власного тіла, до обмеження інтересів. При цьому відбуваються різні зміни всіх сторін особистості: міняються афективна настроєність, міміка, мова. При серйозній загрозі життю й благополуччю може змінитися сприйняття часу у вигляді його прискорення або вповільненн [11; 13].

Кожна хвороба крім типових для неї клінічних проявів завжди супроводжується більшими або меншими змінами психіки хворого.

При органічних поразках центральної нервової системи, ендогенних психічних хворобах і нейроінфекціях, зміни й розлади психіки можуть бути обумовлені стійким і глибоким ушкодженням діяльності мозку. При гострих загальних інфекційних захворювань і при масивних гострих екзогенних інтоксикаціях, наприклад, алкоголем, наркотиками, отрутами, порушення психіки можуть бути викликані минущими змінами діяльності головного мозку [27; 31].

Аутопсихогенії – такого роду занепокоєння мають, як правило, складний характер і містять у собі індивідуальні побоювання. Наприклад: "Чим мені загрожує хвороба?" Ці побоювання завжди тісно взаємозалежні з побоюваннями, що мають суспільний характер. Такий варіант побоювань особливо ясно виступає при заразних, соціально небезпечних хворобах, таких, як: СНІД, чуму, холера, сифіліс, туберкульоз і ін.

Загальні тенденції формування клініки психічних розладів визначаються рядом обставин, і зокрема особливостями преморбідного стану психіки соматичного хворого [19]. Преморбідний стан – стан, що мав місце до початку хвороби. Преморбідний стан психіки соматичного хворого визначає не тільки факт виникнення нервово-психічних розладів у клініці внутрішніх хвороб, але й особливості їхньої клініки.

По особливостях преморбідного стану можна виділити три групи осіб:

1. Психічно хворі, що перебувають на різних етапах хвороби, у яких хвороба внутрішніх органів може: а) підсилити, ускладнити перебіг психічної хвороби; б) спровокувати новий приступ психічної хвороби або викликати її рецидив; в) привести до послаблення плину основного психічного захворювання.

2. Психопатичні особистості в різних фазах розвитку психопатії. У цілому має місце наступна закономірність: чим більше значні, масивні аномалії особистості, патологічні зміни її, тим з меншою критикою оцінює хворий свою соматичну хворобу й тем нижче стає можливість вибору ефективних форм допомоги, і навпаки. Розвинена в них соматична хвороба супроводжується різними змінами психіки: а) клінічними явищами декомпенсації самої психопатії; б) явищами компенсації психопатичних розладів; в) формуванням властиво соматогенных розладів психіки, у змісті яких переважають радикалів змін психіки, типові для клініки відповідного варіанта психопатії.

3. Психічно здорові особи. Їхні особливості психічного реагування індивідуально неоднакові у зв'язку з розходженням особистості. Зміни в преморбидно психічно здорових осіб у першу чергу обумовлені особливостями провідної причини хвороби [22].

Зміни психіки при соматичних хворобах можуть бути різноманітні. Їх розглядають, як правило, у двох напрямках: 1) загальні особливості змін і розладів психіки при хворобах внутрішніх органів, 2) клініка психічних розладів при найпоширеніших формах хвороб [38].

Багато авторів уважають, що провідна причина змін психіки при хворобах внутрішніх органів може бути: 1) соматогенною; 2) психогенною.

При психогенній з вона виявляється такий, як правило, у сензитивних осіб, коли об'єктивне значення основної внутрішньої хвороби для психіки несуттєво, а зміни психіки більшою мірою обумовлені масивністю побоювань хворого або силою психологічного конфлікту між його спонуканнями, потребами й передбачуваним зниженням, внаслідок захворювання його можливостей [16].

Клінічні варіанти змін психіки при соматичних хворобах часто систематизують у такий спосіб: масивні розлади психіки, що виступають, в основному, на висоті хвороб, що супроводжуються лихоманкою, які нерідко здобувають якості психозу – соматогенний, інфекційний. А найбільш частою й типовою формою таких розладів є делірій – гострий страх, дезорієнтировка в навколишньому середовищі, що супроводжуються зоровими ілюзіями й галюцинаціями [12; 38].

Прикордонні форми нервово-психічних розладів, які являють собою найпоширенішу клінічну картину розладів психіки при хворобах внутрішніх органів:

1. У випадках переважно соматичного походження – неврозоподібні.

2. Перевага психогенного характеру їхнього виникнення – невротичні розлади.

Невротичні розлади – це такі нервово–психічні розлади, у виникненні яких провідне значення належить психічним травмам або внутрішнім психічним конфліктам [13].

В основному, вони виникають на соматично ослабленому, зміненому тлі, у першу чергу в преморбидно розташованих до психогениям осіб. Їхній клінічній структурі властиві гострота, виразність хворобливих переживань, яскравість, образність; болісно загострена уява; посилена фіксація на тлумаченні зміненого самопочуття, внутрішнього дискомфорту, розладнаності, а також охоплення занепокоєнням за своє майбутнє. Невротичні розлади, як правило, мають тимчасовий зв'язок з попередньою травмою або конфліктом, а зміст хворобливих переживань часто пов'язане зі змістом психотравмуючих обставин.

Психічна напруга, конфліктні ситуації можуть відбиватися на соматичному стані хворого й викликати так звані психосоматичні захворювання. Соматичне ж захворювання впливає на психічний стан людини, на його настрій, сприйняття навколишнього світу, поведінку й плани.

При соматичних захворюваннях зміна психічної діяльності виражається найбільше часто невротичними симптомами. Іноді такі соматичні захворювання як гіпертонічна хвороба, атеросклероз, цукровий діабет і ін. приводять до виникнення психоорганічних розладів.

Тривале соматичне захворювання, необхідність місяцями й роками перебувати в стаціонарі можуть іноді приводити до змін особистості у вигляді патологічного розвитку, при якому виникають риси характеру, раніше не властиві цій людині [7; 21].

**1.3. Види психосоматичних захворювань та типи психічного реагування на них**

Психосоматична медицина розрізняє три групи психосоматичних розладів: 1) конверсійні симптоми; 2) функціональні синдроми (органні неврози); 3) психосоматичні захворювання (психосоматози).

При конверсійних симптомах невротичний конфлікт одержує вторинну соматичну відповідь і переробку [14]. Симптом має символічний характер, а демонстрація симптомів може розумітися як спроба дозволу конфлікту. Віднесення конверсійних симптомів до психосоматичних можна вважати обґрунтованим у тих випадках, коли вони не супроводжуються іншими дисоціативними (конверсійними) розладами, зокрема психопатологічними (амнезією, фугою, трансом, станами оволодіння). У противному випадку їх варто розглядати як невротичні.

Функціональні синдроми є найбільш типовими й добре відомими лікарям загальної практики. Вони являють собою набір симптомів, що з різні органи й системи: серцево-судинну, шлунково–кишкову, дихальну, сечостатеву й рухову.

З розладів серцево-судинної системи типовими є так звані "неврози серця", гіперкінетичний серцевий синдром, пароксизмальні суправентрикулярні тахікардії й синдром вегетативно-судинної дистонії. У поняття "неврозу серця", або функціональних порушень серцевого ритму включають порушення серцевої діяльності, що проявляються тахікардією, відчуттям прискореного серцебиття, серцевими спазмами й короткими аритміями [15]. Пацієнти вказують на почуття здавлювання в області серця, що супроводжується задишкою, різноманітними парестезіями, страхом ядухи й розвитку інфаркту міокарда. Найпоширенішим є синдром вегетативно-судинної дистонії.

Типовими функціональними синдромами порушень дихальної системи є гіпервентиляційний синдром, кашель "закочування", т.зв. "невротичний дихальний синдром", або "подих подихами" [19]. Синдром гіпервентиляції характеризується прискоренням і частішанням подиху, пов'язаним з почуттям недостачі повітря, стиснення в груди й компульсивно глибоким подихом. У хворого можуть з'являтися такі симптоми як судорожна відомість кінцівок, парестезії в області рота й кінцівок, нерідко аерофагія й метеоризм. При невротичному дихальному синдромі подих характеризується часто поглибленими вдихами, що перериваються, подовженим гучним видихом. Хворі вказують на неможливість зітхнути "повними грудьми", відзначаючи скутість грудної клітки.

Розлади, що зачіпають шлунково–кишковий тракт, розділяються на функціональні симптоми й порушення харчової поведінки. До першого відносяться: аерофагія, метеоризм, запори й діарея; до других – анорексія й булимія. При аерофагії відбувається заковтування людиною великої кількості повітря з почуттям, що формується, переповнення шлунка й потребою звільнити його від повітря. Пацієнти схильні з метою усунення почуття дискомфорту в області шлунка неодноразово й часто робити відрижку. Ознаками метеоризму виступають неприємне "бурління й гурчання" у животі, що супроводжується почуттям дискомфорту, а іноді й болем. Розладу харчової поведінки у вигляді нервової анорексії полягає в зникненні в людини в силу емоційних переживань і психологічних причин апетиту. Він схильний відмовлятися від їжі, що нерідко супроводжується блювотою. Булимія характеризується протилежними ознаками: частою появою обкреслених у часі приступів голоду й пов'язаного з ним переїдання, а також активним контролем ваги шляхом частих рвот або використання проносних.

До функціональних розладів сечостатевої системи звичайно зараховують функціональні сексуальні розлади: психогенну імпотенцію, аноргазмію, вагінізм, диспареунію, передчасну еякуляцію [28].

Окремими симптомами функціональних психосоматических розладів уважаються болючий синдром і сверблячка [48].

До групи психосоматозів, або психосоматичних захворювань у вузькому змісті ставляться соматичні хвороби, роль психічного фактора в етіопатогенезі яких є істотної, а іноді чільної. Психічний фактор у випадках психосоматичних захворювань виступає у вигляді особистісної предиспозиції, виборі специфічних способів переробки конфліктів і традиційних характерологічних стилі поведінки у фруструючих ситуаціях.

До класичних психосоматичних захворюваннь, називаних "святою сімкою" ("holy seven"), відносять хвороби, роль психологічних факторів в етиопатогенезі яких уважається доведеною: есенціальна гіпертонія, виразкова хвороба 12- палої кишки, бронхіальна астма, цукровий діабет,

Нейродерміти, ревматоїдний артрит, виразковий коліт [11; 41].

Основними параметрами особистості, схильної до формування есенціальної гіпертонії, уважається інтерперсональна напруга між агресивними імпульсами, з одного боку, і почуттям залежності, з іншої. Ф. Александер уважав, що поява гіпертонії обумовлена бажанням відкрито виражати ворожість при одночасній потребі в пасивній й адаптованій поведінці [17]. В умовах стресу така людина схильна стримувати власну дратівливість і придушувати бажання відповісти кривдникові. На думку В.С. Ротенберга, придушення негативних емоцій у людини в період стресу, що супроводжується природним підвищенням артеріального тиску, здатно погіршити загальний стан людини й навіть сприяти розвитку інсульту [8].

Інший внутріособистісний конфлікт характер для людей зі схильністю до захворювання виразковою хворобою 12–палої кишки. У людини у зв'язку з деякими особливостями виховання в раннім дитинстві формується своєрідний характер, що приводить до того, що індивід випробовує в дорослому стані постійну потребу в захисті, підтримці й опіці. При цьому в ньому одночасно виховане й повага до сили, самостійності й незалежності, до яких він прагне. У результаті відбувається зіткнення двох взаємовиключних потреб, що приведе до нерозв'язного конфлікту й виразкової хвороби [38; 54].

При бронхіальній астмі відзначаються протиріччя між "бажанням ніжності" і "страхом перед ніжністю". Такий конфлікт описується як конфлікт "володіти–віддати". Люди, що страждають бронхіальною астмою часто мають істеричні або іпохондричні риси характеру, але вони не здатні при цьому "випустити гнів на повітря", що провокує приступи ядухи. Крім того, відзначається така якість астматиків, як надчутливість, особливо до заходів, що пов'язані зі зниженою акуратністю.

Особистість хворого цукровим діабетом описується як в обов'язковому порядку включаюча почуття хронічної незадоволеності. До нейродермітів психосоматичного генеза відносять екзему й псоріаз. Пацієнти часто характеризуються пасивністю, їм важко дається самоствердження. При виразковому коліті замічене виникнення захворювання після переживань "втрати об'єкта" і "катастроф переживання". У хворих відзначається занижена самооцінка, надмірна чутливість до власних невдач і сильне прагнення до залежності й опіки [18].

Для пацієнтів з ревматоїдним артритом специфічними вважаються "застигла й перебільшена позиція" пацієнта, демонстрація високого рівня самоконтролю. Характерна також тенденція до самопожертви й перебільшеної готовності допомога навколишньої. При цьому відзначається "агресивне фарбування допомоги" [1; 29; 43].

Психологами виділяються тринадцять типів психологічного реагування на захворювання. Типологія реагування на захворювання створена А. Є. Лічко й Н. Я. Івановим на основі оцінки впливу трьох факторів: природи самого соматичного захворювання, типу особистості, у якому найважливішу складову частину визначає тип акцентуації характеру й відносини до даного захворювання в референтній для хворого групі [16].

Далі буде наведений опис тринадцяти типів психологічного реагування на захворювання по А. Є. Лічко.

При гармонічному типі психічного реагування важливим є реалізм у сприйнятті симптомів і розумінні ваги захворювання. При цьому пацієнт повинен опиратися у своїх реакціях на відомі науці (медицині) факти про можливість лікування від конкретної хвороби, про походження симптомів та ін. Активності людини протистоїть при дисгармонійних типах психічного реагування пасивність, при якій пацієнт як би "вручає себе медичному працівникові", не додаючи власних зусиль для оздоровлення. Пацієнт при пасивному відношенні розцінює свій організм як апарат, машину, технічний механізм, річ, що він здає в ремонт і пасивно очікує повернення речі "як новенької". Безсумнівно значимим є й небажання захворілі обтяжувати інших тяготами догляду за собою, що випливає із принципових положень гармонічного характеру й особистості. Гармонічний пацієнт розуміє, що з появою в нього хвороби близькі йому люди знайшли нову додаткову турботу. Він, як гармонічна людина не вправі жадати від них цієї турботи. Він може лише очікувати її й приймати в тім обсязі, що вони готові йому надати.

Тривожний тип психічного реагування на захворювання є одним з типових. Він базується на появляющейся у зв'язку із захворюванням і зміною повсякденного плину життя. Тривога проектує в майбутнє й викликана часто побоюваннями, що хвороба надовго й істотно змінить звичний стереотип життя. Проявом тривоги може бути підвищений інтерес пацієнта до медичної літератури, причепливість до медичного персоналу, націленість на повторний огляд одержуваних від лікарів відомостей про його хворобу.

При іпохондричному типі нездатність стриматися при бесіді з будь-якою людиною й звертає увагу співрозмовника на незвичайність і вагу наявних хворобливих ознак. Іпохондрик випробовує полегшення, якщо співрозмовник ставиться до нього участливо й співчутливо. Крім того, при такому типі реагування з'являється схильність до деталізації свого самопочуття при описі його лікарям або іншим слухачам. Мотивом докладного викладу власних скарг є страх упустити щось важливе, істотне для розуміння фахівцем його стану й правильної діагностики. Негативну реакцію іпохондрика викликає недовіра до його скарг із боку навколишні, їхні докори в симуляції й перебільшенні ваги розладу з метою витягти із цього вигоду.

Меланхолійний, або депресивний тип реагування на хворобу нерідко обумовлений наявної в пацієнта негативною інформацією про можливість лікування від недуги. Нерідко, він зустрічається в медичних працівників у силу їхніх різноманітних знань, отриманих у процесі навчання й практики. Націленість на гірший результат, нездатність бачити й використовувати механізми саногенеза приводять до песимістичної оцінки – майбутнього, невір'ю в можливість лікування й суїцидальним намірам.

Апатичний тип психічного реагування вірніше позначити як гипопатичний, оскільки щирої й повної байдужності в пацієнта не відзначається. Як правило, байдужність обумовлена депресією й фіксацією на власному стані. У пацієнта пропадає інтерес і активність відносно всіх сторін життя за винятком здоров'я. Властиво апатичний, тобто з інтересом до всього зустрічається вкрай рідко.

Неврастенічний тип реагування є найпоширенішою й неспецифічною відповіддю організму й особистості на захворювання. Його основою є дратівливість, що захоплює як фізичні явища (яскраве світло, голосні звуки, різкі заходи), так і відношення навколишніх. Пацієнт стає примхливим, вимогливим. Він шукає пещення, участі, заспокоєння. Схильний до вибухів гніву, якщо його очікування відносно поведінки навколишніх не виправдуються.

При обсесивно-фобічному реагуванні на хворобу домінуючими стають нав'язливі думки, побоювання й, особливо, ритуали. Пацієнт стає марновірним. Він надає особливого значення дріб'язкам, які перетворюються для нього у своєрідні символи (приміром , розцінює шанси свого лікування залежно від того, у якому порядку ввійдуть у його палату лікар і медична сестра; від того, тролейбус якого маршруту підійде до зупинки раніше). Невротичні ритуали пов'язані з підвищеною тривожністю пацієнта й спрямовані на захист від них [24; 31].

Основою сенситивного відношення до хвороби є рефлексивний з мислення, орієнтація на думку й оцінку навколишніх. У зв'язку із цим істотним стають не власні хворобливі або неприємні відчуття внаслідок хвороби, а реакція на інформацію про хворобу з боку референтної групи. Такі пацієнти схильні до перепрошуючого стилю поведінки. Вони нерідко на шкоду своєму здоров'ю соромляться звертатися до лікаря або медичної сестри навіть у випадках загрозливі для життя стану. Острах стати тягарем для близьких через хворобу й недоброзичливе відношення з їх боку у зв'язку із цим. Відзначається боязкість, сором'язливість, підвищена скромність таких пацієнтів.

Егоцентричний тип реагування іноді позначають істеричним, оскільки основним мотивом поведінки людини стає залучення до власної персони уваги навколишніх. «Втеча у хворобу» нерідко використовується ними для докорів і шантажу навколишніх. Скарги описуються хворими дуже барвисто й супроводжуються манірною жестикуляцією й вираженою мімікою. Емоції пацієнта носять гротескний характер.

Ейфоричний тип відбиває безтурботність людини відносно власного здоров'я. Він стає награно веселий, балакучий, метушливий. Зневага, легковажне відношення до хвороби й лікування. Бажання одержувати від життя всі, незважаючи на хворобу. Легкість порушень режиму, хоча ці порушення можуть несприятливо позначатися на перебіг хвороби. Подібне реагування може носити захисний характер або відбивати характерологічні особливості.

Невизнання себе хворим і заперечення наявності в себе симптомів хвороби при анозогнозичному типі зустрічаються досить часто. Вони можуть відбивати внутрішнє неприйняття статусу хворого, небажання зважати на реальне положення речей. З іншого боку, вони можуть відбивати оману людини із приводу значимості ознак хвороби. Відмова від обстеження й лікування. Бажання "обійтися своїми засобами". Активне невизнання себе хворим зустрічається, наприклад, при алкоголізмі, оскільки сприяє відхиленню від лікування.

При ергопатичному типі – "відхід від хвороби в роботу". Навіть при вазі хвороби й стражданнях намагаються будь-що-будь продовжувати роботу. Трудяться з жорстокістю, із ще більшою запопадливістю, чим до хвороби, роботі віддають увесь час, намагаються лікуватися й піддаватися обстеження так, щоб це залишало можливість продовження роботи.

Деякі пацієнти розцінюють будь-яку недугу через призму виклику своєму "Я". Тому вони намагаються не піддаватися хворобі, активно перобляють себе, переборюють нездужання й болі. Їхня позиція укладена в тім, що немає такого захворювання, якого не можна було б перебороти самотужки . При цьому часто такі пацієнти є принциповими супротивниками ліків.

При паранойяльному типі спостегігається впевненість у тім, що хвороба є результатом чийогось злого наміру. Крайня підозрілість до ліків і процедур. Прагнення приписувати можливі ускладнення лікування або побічні дії ліків недбалості або злому наміру лікарів і персоналу. Обвинувачення й вимоги покарань у зв'язку із цим.

Паранойяльний тип реагування відбиває світоглядну позицію захворілого, що вбачає таємний зміст його хвороби й причин її виникнення. Він виникає переважно на базі особистісних особливостей [31].

Відношення до хвороби, маючи всі характеристики, властивим психологічним відносинам, містить у собі когнітивний, емоційний і поведінковий компоненти [24]. Когнітивний включає знання про хворобу, її усвідомлення, розуміння її ролі й впливу на життєве функціонування хворого, передбачуваний прогноз; емоційний – відчуття й переживання хвороби й всієї ситуації, з нею зв'язаної; поведінковий – пов'язані із хворобою реакції, що сприяють адаптації або дезадаптації до неї й вироблення певної стратегії поведінки в життєвих ситуаціях у зв'язку із хворобою (прийняття ролі хворого, активна боротьба з хворобою, ігнорування, песимістичні установки).

**РОЗДIЛ 2. ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛIДЖЕННЯ ОСОБИСТІСНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПРИ ПСИХОСОМАТОЗАХ У ОСІБ ПОХИЛОГО ВІКУ**

**2.1. Методичні заходи, хід та процедура констатувального експерименту**

У даній роботі ми досліджували людей похилого віку з психосоматичними захворюваннями. Основною особливістю цього віку є підвищені занепокоєння та турбота про своє здоров'я. Особливо якщо присутні тяжкі та хронічні хвороби. Для вивчення даної проблеми нами був проведений ряд досліджень за допомогою методик ЛОБІ для виявлення типів психічного реагування на захворювання; САН для діагностики самопочуття, активності, настрою й тест М. Люшера для виявлення наявності тривожності. Їхній опис приводимо нижче.

Розглянемо методику ЛОБI.

Застосовується для оцінки типів психічного реагування на соматичні захворювання (див. Додаток А).

Інструкція: випробуваному пропонується вибрати з кожного розділу не більше 3-х тверджень, які відбивають його думку, або відповідь № 0 і занести номера обраних відповідей у нижче поданий бланк, відзначивши їх кружком.

Обробка: за кожний збіг обраної відповіді з нормативним (нормативи наведені нижче) нараховується один бал по тому або іншому типу психічного реагування. Якщо в нормативному трафареті відзначені кілька типів на одну відповідь, то бали нараховуються по всім з них (див. табл. 2.1).

**Таблиця 2.1**

**Нормативний трафарет**

|  |  |
| --- | --- |
| Самопочуття | Настрій |
| 1. Т | 1. Ф |
| 2. З | 2. ННТЯ |
| 3. Г | 3. ООС |
| 4. П | 4. Г |
| 5. І | 5. ІЯ |
| 6. Н | 6. ТН |
| 7. Т | 7. А |
| 10. ТН | 10. П |
| 11. ТТО |  |
| Сон и пробудження від сну | Апетит та відношення до їжі |
| 3. ТНО | 1. С |
| 4. А | 2. ФП |
| 11. СС | З. І |
| 12. О | 5. 3 |
| 15. О | 7. І |
|  | 8. Р |
|  | 9. І |
| Відношення до хвороби | Відношення до лікування |
| 1. Т | 10. П |
| 2. АА | 11. П |
| 3. ФФ | 14. Г |
| 4. С | 0. ЗФР |
| 5. ОО |  |

**Продовження таблиці 2.1**

|  |  |
| --- | --- |
| 6. І |  |
| 7. П |  |
| 8. 3 |  |
| 9. РР |  |
| 10. І |  |
| 11. 3 |  |
| 12. ЯЯ |  |
| 13. НН |  |
| 14. П |  |
| 15. Г |  |
| Відношення до лікарів та медперсоналу | Відношення до рідних та близьких |
| 1. Г | 2. СР |
| 2. І | 5. І |
| З. П | 7. Я |
| 8. Я | 12. ГРР |
| 9. Г |  |
| 10. НП |  |
| Відношення до роботи (навчанню) | Відношення до оточуючих |
| 1. А | 6. ЗЗ |
| 5. С | 9. Я |
| 7. О | 14. І |
| 8. Ф | 15. Г |
| 9. Р |  |
| 10. РР |  |

**Продовження таблиці 2.1**

|  |  |
| --- | --- |
| Відношення до самотності | Відношення до майбутнього |
| 1. АС | 1. АА |
| 5. НЯ | 2. 3Ф |
| 9. ГФ | 4. 33 |
| 10. СЯ | 5. ГГ |
| 0. Ф | 7. А |
| 8. ІСЯЯ | 9. П |

Інтерпретація: висновок про переважний тип психічного реагування на захворювання робиться на підставі порівняння отриманих при обробці даних випробуваного по всіх типах реагування з мінімальними діагностичними числами. Діагностуються лише ті типи, які виявляються рівне або перевищуюче відповідне мінімальне діагностичне число (див. табл. 2.2).

**Таблиця 2.2**

**Зразок представлення результатів дослідження за методикою ЛОБІ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Тип реагування | **Г** | **Т** | І | М | **А** | Н | **О** | **С** | Я | Ф | З | **Р** | **П** |
| Мінімальне діагностичне число | 7 | 4 | 3 | 3 | 3 | 3 | 4 | 3 | 3 | 5 | 5 | 6 | 3 |
| Показники випробуваного |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Позначення: Г – гармонічний, Т – тривожний, І – іпохондричний, М – меланхолійний, А – апатичний, Н – неврастенічний, О – обсесивно- фобиічний, З – сенситивний, Я – егоцентричний, Ф – ейфоричний, 3 – анозогнозичний, Р – ергопатичний, П – паранойальний.

Методика діагностики оперативної оцінки самопочуття, активності, настрою (САН)

Опис. Методика призначена для рефлексивної оцінки самопочуття, активності й настрою.

Опитувальник складається з 30 пар протилежних характеристик, по яких випробуваному пропонується оцінити свій стан. Кожна пара являє собою шкалу, на якій випробуваний відзначає ступінь виразності тієї або іншої характеристики свого стану (див. Додаток Б).

Інструкція. Вам пропонується описати свій стан, що Ви випробовуєте в даний момент, за допомогою таблиці, що складає з 30 полярних ознак. Ви повинні в кожній парі вибрати ту характеристику, що найбільше точно описує Ваш стан, і відзначити цифру, що відповідає ступеню (силі) виразності даної характеристики.

Нуль означає що жодна з характеристик не переважає.

Обробка даних. При підрахунку крайній ступінь виразності негативного полюса пари оцінюється в один бал, а крайній ступінь виразності позитивного полюса пари в сім балів. При цьому потрібно враховувати, що полюса шкал не залежать від положення в таблиці й можуть розташовуватися як праворуч від оцінок, так і ліворуч. Отримані бали групуються відповідно до ключа в три категорії й підраховується кількість балів по кожному з них.

Самопочуття (сума балів по шкалах): 1, 2, 7, 8, 13, 14, 19, 20, 25, 26.

Активність (сума балів по шкалах): 3, 4, 9, 10, 15, 16, 21, 22, 27, 28.

Настрій (сума балів по шкалах): 5, 6, 11, 12, 17, 18, 23, 24, 29, 30.

Отримані результати по кожній категорії поділяються на 10. Середній бал шкали дорівнює 4. Оцінки, що перевищують 4 бали, говорять про сприятливий стан випробуваного, оцінки нижче чотирьох свідчать про зворотний. Нормальні оцінки стану лежать у діапазоні 5,0-5,5 балів. Варто врахувати, що при аналізі функціонального стану важливі не тільки значення окремих його показників, але і їхнє співвідношення.

Методика визначення стресостійкості й соціальної адаптації Холмса й Раге

Інструкція. Постарайтеся згадати всі події, які трапилися з Вами протягом останнього року, і підрахуйте загальне число "зароблених" вами балів (див. Додаток В).

Інтерпретація результатів. Доктори Холмс і Pare (США) вивчали залежність захворювань (у тому числі інфекційних хвороб і травм) від різних стресогених життєвих подій у більш ніж п'яти тисяч пацієнтів. Вони прийшли до висновку, що психічним і фізичним хворобам звичайно передують певні серйозні зміни в житті людини. На підставі свого дослідження вони склали шкалу, у якій кожній важливій життєвій події відповідає певне число балів залежно від ступеня його стресогеності.

Відповідно до проведених досліджень було встановлено, що 150 балів означають 50% імовірності виникнення якогось захворювання, а при 300 балах вона збільшується до 90%.

Уважно прочитайте весь перелік, щоб мати загальне уявлення про те, які ситуації, події й життєві обставини, що викликають стрес, у ньому представлені. Потім повторно прочитайте кожний пункт, звертаючи увагу на кількість балів, якими оцінюється кожна ситуація. Далі спробуйте вивести з тих подій і ситуацій, які за останні два роки відбувалися у вашім житті, середнє арифметичне (порахуйте середню кількість балів в 1 рік). Якщо яка-небудь ситуація виникала у вас частіше одного разу, то отриманий результат варто помножити на дану кількість разів.

Підсумкова сума визначає одночасно й ступінь вашої опірності стресу. Велика кількість балів - це сигнал тривоги, що попереджає вас про небезпеку. Отже, вам необхідно терміново що-небудь здійснити, щоб ліквідувати стрес. Підрахована сума має ще одне важливе значення – вона виражає (у цифрах) ваш ступінь стресового навантаження.

Для наочності приводимо порівняльну таблицю стресових характеристик (див. табл. 2.3).

**Таблиця 2.3**

**Порівняльну таблицю стресових характеристик**

|  |  |
| --- | --- |
| Загальна сума балів | Ступінь опірності стресу |
| 150-199 | Висока |
| 200-299 | Гранична |
| 300 і більше | Низька (чуттєвість) |

Якщо, приміром, сума балів - понад 300, це означає реальну небезпеку, тобто вам загрожує психосоматичне захворювання, оскільки ви близькі до фази нервового виснаження.

Підрахунок суми балів дасть вам можливість відтворити картину свого стресу. І тоді ви зрозумієте, що не окремі, начебто б незначні події у вашім житті з'явилися причиною виникнення стресової ситуації, а їхній комплексний вплив.

Тест М. Люшера заснований на припущенні про те, що вибір кольору відбиває нерідко спрямованість випробуваного на певну діяльність, настрій, функціональний стан і найбільш стійкі риси особистості.

Інструкція: Процедура обстеження протікає в такий спосіб: випробуваному пропонується вибрати з розкладених перед ним таблиць самий приємний колір, не співвідносячи його ні з розцвіченням одягу ( чи йде до особи), ні з оббивкою меблів, ні із чим-небудь іншим, а тільки зістворюючись із тим, наскільки цей колір воліємо в порівнянні з іншими при даному виборі й у цей момент. Розкладаючи перед обстежуваним колірні еталони, варто використовувати індиферентне тло. Висвітлення повинне бути рівномірним, досить яскравим (краще проводити дослідження при денному висвітленні). Відстань між колірними таблицями повинне бути не менш 2 см. Обраний еталон убирається зі стола або перевертається особою долілиць. При цьому психолог записує номер кожного обраного колірного еталона. Запис іде ліворуч праворуч. Номера, привласнені колірним еталонам такі: темно-синій – 1, синьо-зелений – 2, помаранчево-червоний – 3, жовтий – 4, фіолетовий – 5, коричневий – 6, чорний – 7, сірий – 0.

Щораз випробуваному варто запропонувати вибрати найбільш приємний колір із тих що залишилися, поки всі кольори не будуть відібрані. Через дві – п'ять хвилин, перемішавши їх попередньо в іншому порядку, колірні таблиці потрібно знову розкласти перед випробуваним і повністю повторити процедуру вибору, сказавши при цьому, що дослідження не спрямоване на вивчення пам'яті й що він вільний вибирати заново кольори, які йому подобаються так, як йому це буде завгодно.

Обробка: Характеристика кольорів (по Максу Люшеру) містить у собі 4 основних і 4 додаткові кольори.

Основні кольори:

1) синій – символізує спокій, задоволеність;

2) синьо-зелений – почуття впевненості, наполегливість, іноді впертість;

3) помаранчево-червоний – символізує силу вольового зусилля, агресивність, наступальні тенденції, порушення;

4) ясно-жовтий – активність, прагнення до спілкування, експансивність, веселість.

При відсутності конфлікту в оптимальному стані основні кольори повинні займати переважно перші п'ять позицій.

Додаткові кольори: 5) фіолетовий; 6) коричневий, 7) чорний, 8) нульовий (0). Символізують негативні тенденції: тривожність, стрес, переживання страху, прикрості. Значення цих кольорів (як і основних) найбільшою мірою визначається їхнім взаємним розташуванням, розподілом по позиціях, що буде показано нижче.

Перший вибір у тесті М. Люшера характеризує бажаний стан, другий – дійсний. У результаті тестування одержуємо вісім позицій:

перша й друга – явна перевага (позначаються + + );

третя й четверта – перевага (позначаються х х);

п'ята й шоста – байдужність до кольору (позначаються = = );

сьома й восьма – антипатія до кольору (позначаються - -).

1-а позиція відбиває засоби досягнення мети (наприклад, вибір синього кольору говорить про намір діяти спокійно, без зайвої напруги);

2-а позиція показує мету, до якої прагне випробуваний;

3-я й 4-а позиції характеризують перевагу кольору й відбивають відчуття випробуваним щирої ситуації, у якій він перебуває, або ж образ дій, що йому підказує ситуація;

5-а й 6-а позиції характеризують байдужність до кольору, нейтральне до нього відношення. Вони як би свідчать, що випробуваний не зв'язує свій стан, настрій, мотиви з даними кольорами. Однак у певній ситуації ця позиція може містити резервне трактування кольору, наприклад, синій колір (колір спокою) відкладається тимчасово як невідповідний у даній ситуації;

7-а й 8-а позиції характеризують негативне відношення до кольору, прагнення придушити яку-небудь потребу, мотив, настрій, відбивані даним кольором.

Запис обраних кольорів здійснюється переліком номерів у порядку переваги із вказівкою позицій. Наприклад, при виборі червоного, жовтого, синього, сірого, зеленого, фіолетового, коричневого й чорного кольорів записується:

+ + X X = = – –

3 4 1 0 2 5 6 7

Зони (+ +; х х; = =; – –) утворять 4 функціональні групи.

Інтерпретація результатів тестування

Одним із прийомів трактування результатів вибору є оцінка положення основних кольорів. Якщо вони займають позицію далі п'ятої, виходить, характеризуємі ними властивості, потреби не задоволені, отже, мають місце тривожність, негативний стан.

Основні кольори, на думку Макса Люшера, символізують наступні психологічні потреби:

№ 1 (синій) – потреба в задоволенні, спокої, стійкої позитивної прихильності;

№ 2 (зелений) – потреба в самоствердженні;

№ 3 (червоний) – потреба активно діяти й домагатися успіху;

№ 4 (жовтий) – потреба в перспективі, надіях на краще, мріях.

Якщо основні кольори перебувають в 1- й – 5- й позиціях, уважається, що ці потреби у відомій мірі задовольняються, сприймаються як задовольняємі; якщо вони в 6-й – 8-й позиціях, має місце який-небудь конфлікт, тривожність, незадоволеність через несприятливі обставини. Колір, що відкидається, може розглядатися як джерело стресу. Наприклад, відкидаємий синій колір означає незадоволеність відсутністю спокою, прихильності.

Показники тривоги. Якщо основний колір стоїть на 6-ому місці, він позначається знаком –, і всі інші, що перебувають за ним ( 7-а – 8-а позиції), позначаються цим же знаком. Їх варто розглядати як кольори, що відкидаються, як причину тривожності, негативного стану.

У тесті Люшера такі випадки додатково позначаються буквою А над номером кольору й знаком –, наприклад:

! !! !!!

А А А

2 1 4

Показники компенсації. При наявності джерела стресу, тривоги (виражаємого яким-небудь основним кольором, поміщеним на 6-у й 8-у позиції) колір, поставлений в 1-у позицію, розглядається як показник компенсації (компенсуючим мотивом, настроєм, поведінкою). У цьому випадку над цифрою, занимающией 1-е місце, ставиться буква С. Уважається явищем більш-менш нормальним, коли компенсація проходить за рахунок одного з основних кольорів. У той же час сам факт наявності показника стресу й компенсації завжди свідчить про недостатню оптимальність стану.

У тих же випадках, коли компенсація проходить за рахунок додаткових кольорів, результати тесту трактуються як показники негативного стану, негативних мотивів, негативного відношення до навколишньої ситуації.

Показники інтенсивності тривоги характеризуються позицією, займаної основними кольорами. Якщо основний колір на 6-му місці, фактор, що викликає тривогу, уважається відносно слабким (це відзначається одним знаком оклику); якщо колір в 7-ій позиції, ставляться два знака оклику (!!); якщо основний колір в 8- й позиції, ставляться три знаки (!!!). У такий спосіб може бути поставлене до 6 знаків, що характеризують джерела стресу, тривоги, наприклад:

Подібним же чином у тесті Люшера оцінюються випадки несприятливої компенсації. Якщо компенсацією служить який-небудь із основних кольорів або фіолетовий, не ставиться ніяких знаків. Якщо сірий, коричневий або чорний колір займають 3-ю позицію, ставиться один знак оклику, якщо 2- у позицію, ставиться два знаки (!!), якщо першу позицію, ставиться три знаки (!!!). Таким чином, їх може бути 6, наприклад:

!!! !!! !

С С С

+ + +

6 0 7

Уважається, що чим більше знаків "!", тим прогноз несприятливіший.

З урахуванням отриманих результатів тестування доцільно організувати заходи щодо регуляції й саморегуляції психічних станів, аутогенного тренування. Повторне тестування після таких заходів (у сполученні з іншими методиками) може дати інформацію про зниження тривожності, напруженості.

Особливо важливе значення при інтерпретації результатів тестування має оцінка кольору в останній 8- й позиції (або в 4- й функціональній групі при наявності двох кольорів зі знаком–). Якщо кольори в цій позиції позначені знаком оклику, значить досить велика ймовірність розвитку у випробуваного стану тривожності.

На підставі аналогічного погляду на принцип поділу функціонального значення колірних еталонів, К. Шипош вивів коефіцієнт вегетативного тонусу. У ньому використовується баланс суми рангів основних чотирьох кольорі, що характеризують вегетативно-емоційний стан обстежуваного. Коефіцієнт вегетативного балансу КВБ обчислюється в такий спосіб:

КВБ=(18-(3+4))/(18-(1+2))            **(2.1)**

На місце цифр, що позначають номери колірних еталонів, ставляться порядкові номери позицій, займаних зазначеним кольором. Значення, що перевищує одиницю, інтерпретується як перевага ерготропного тонусу, значення менше одиниці – домінування трофотропних тенденцій. Мова йде про готовність до витрати енергії, коли яскраві кольори перебувають на перших позиціях, і про перепорушення й потребу в спокої, коли яскраві кольори пересуваються в кінець ряду (відносно червоного кольору).

**2.2. Аналiз результатiв констатувального експерименту**

На початку нашого дослiдження ми проводили дiагностичнi бесіди з хворими похилого вiку на гiпертонiчну хворобу та ревматоїдний артрит. Далi на основi скарг хворих та на пiдставi вивчення i аналiзу амбулаторних карт ми зробили припущення про психосоматичний характер захворювань. Для дослідження особистісних особливостей хворих похилого віку з психосоматичними розладами, було сформовано вибірку, яка складалась з 30 осіб у віці від 64 до 70 років.

Першим етапом дослідження було проведення методики ЛОБІ з метою оцiнки типiв психiчного реагування на гiпертонiчну хворобу та ревматоїдний артрит у дослiджуваних.

За результатами дослiдження вибiрки, яку становили 30 осіб (16 (11 жінок та 5 чоловіків) з гiпертонiчною хворобою та 14 (10 жінок та 4 чоловіків ) з ревматоїдним артритом) у віці від 54 до 70 років, за методикою ЛОБI, нами були виявленi основнi типи психiчного реагування на гiпертонiчну хворобу та ревматоїдний артрит (див. табл. 2.4 – 2.5).

**Таблиця 2.4**

**Порівняльна характеристика типів психічного реагування**

**при гіпертонічній хворобі по вибірці**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Типи психічного  реагування | Досліджувані | | , % |
| Чоловіки, % | Жінки, % |
| гармонійний | – | – | – |
| тривожний | – | – | – |
| іпохондричний | – | – | – |
| меланхолічний | – | – | – |
| апатичний | – | – | – |
| неврастенічний | 6.2 | 18.8 | 25 |
| обсесивно-фобiчний | – | 6.3 | 6.3 |
| сенситивний | 6.2 | 18.8 | 25 |
| егоцентричний | – | 6.3 | 6.3 |
| ейфоричний | – | – | – |
| анозогностичний | – | – | – |
| ергопатичний | 12.4 | 6.3 | 18.7 |
| паранойяльний | 6.2 | 12.5 | 18.7 |

Обробивши результати тестування, ми виявили, що при гiпертонiчнiй хворобi у жiнок похилого вiку найчастiше зустрiчаються: неврастенічний, сенситивний, паранойяльний, егоцентричний, ергопатичний та обсесивно-фобiчний типи психiчного реагування на захворювання; у чоловіків – ергопатичний, неврастенічний, сенситивний, паранойяльний.

Зробивши порівняльну характеристику основних типів психічного реагування на гіпертонічну хворобу у чоловіків і жінок похилого вiку, ми виявили, що загальними найбільш вираженими для них є ергопатичний, неврастенічний, сенситивний, паранойяльний типи психічного реагування (див. рис. 2.1).

**Рис. 2.1. Сегментограма розподiлу вибірки респондентiв за**

**типами психічного реагування при гіпертонічній хворобі**

**Таблиця 2.5**

**Порівняльна характеристика типів психічного реагування**

**при ревматоїдному артриті по вибірці**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Типи психічного  реагування | Досліджувані | | , % |
| Чоловіки, % | Жінки, % |
| гармонійний | – | – | – |
| тривожний | – | – | – |
| іпохондричний | – | 7.1 | 7.1 |
| меланхолічний | 7.25 | – | 7.25 |
| апатичний | 7.25 | – | 7.25 |
| неврастенічний | – | 7.1 | 7.1 |
| обсесивно-фобiчний | – | – | – |
| сенситивний | – | 21.3 | 21.3 |
| егоцентричний | – | – | – |
| ейфоричний | 7.25 | – | 7.25 |
| анозогностичний | 7.25 | 7.1 | 14.35 |
| ергопатичний | – | – | – |
| паранойяльний | – | 28.4 | 28.4 |

При ревматоїдному артритi у жiнок похилого вiку найчастiше зустрiчаються: сенситивний, паранойяльний, іпохондричний та анозогностичний типи психiчного реагування; у чоловіків – меланхолічний, апатичний, ейфоричний, анозогностичний.

Зробивши порівняльну характеристику основних типів психічного реагування на ревматоїдний артрит у чоловіків і жінок похилого вiку, ми виявили, що загальним найбільш вираженим для них є анозогностичний тип психічного реагування (див. рис. 2.2).

**Рис. 2.2. Сегментограма розподiлу вибірки респондентiв за**

**типами психічного реагування при ревматоїдному артриті**

За допомогою методики САН, ми досліджували самопочуття, активність, настрій у чоловіків і жінок похилого вiку при гіпертонічній хворобі та ревматоїдному артриті (див. табл. 2.6 – 2.7).

**Таблиця 2.6**

**Оцінка самопочуття, активності й настрою при гіпертонічній хворобі по вибірці**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Досліджувані | Самопочуття | | | Активність | | | Настрій | | |
| Високе, % | Середнє,% | Низьке, % | Високе, % | Середнє, % | Низьке, % | Високе, % | Середнє, % | Низьке, % |
| Чоловіки | 6.2 | 6.2 | 18.6 | 6.2 | 12.4 | 12.4 | 6.2 | 12.4 | 12.4 |
| Жінки | 6.3 | 18.8 | 43.9 | 6.3 | 25.1 | 37.6 | 12.5 | 25.1 | 31.4 |

Обробивши результати тестування, ми виявили, що при гіпертонічній хворобі як у чоловіків, так і у жінок похилого вiку переважають низькі показники самопочуття, активності, настрою.

**Таблиця 2.7**

**Оцінка самопочуття, активності й настрою при ревматоїдному артриті хворобі по вибірці**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Самопочуття | | | Активність | | | Настрій | | |
| В, % | С,% | Н, % | В, % | С,% | Н, % | В, % | С,% | Н, % |
| Чоловіки | 7.25 | 7.25 | 14.5 | 7.25 | 14.5 | 7.25 | 7.25 | 7.25 | 14.5 |
| Жінки | 7.1 | 21.3 | 42.6 | 7.1 | 28.4 | 35.5 | 14.2 | 21.3 | 35.5 |

Обробивши результати тестування, ми виявили, що при ревматоїдному артриті як у чоловіків, так і у жінок похилого вiку переважають низькі показники самопочуття, активності, настрою.

За допомогою методики визначення стресостійкості та соціальної адаптації Холмса і Раге ми досліджували показники стресостійкості у чоловіків і жінок похилого вiку при гіпертонічній хворобі та ревматоїдному артриті (див. табл. 2.8 – 2.9).

**Таблиця 2.8**

**Вибірка по** **ступеню опірності стресу при гіпертонічній хворобі**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Досліджувані | Показники ступеню опірності стресу | | |
| Висока, % | Гранична, % | Низька, % |
| Чоловіки | 6.2 | 6.2 | 18.6 |
| Жінки | 12.6 | 18.8 | 37.6 |

Обробивши результати методики, ми виявили, що при гіпертонічній хворобі як у чоловіків, так і у жінок похилого вiку переважають низькі показники стресостійкості та соціальної адаптації до захворювання, що близько до фази нервового виснаження.

**Таблиця 2.9**

**Вибірка по** **ступеню опірності стресу при ревматоїдному артриті**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Досліджувані | Показники ступеню опірності стресу | | |
| Висока, % | Гранична, % | Низька, % |
| Чоловіки | 7.25 | 7.25 | 14.5 |
| Жінки | 14.2 | 21.3 | 35.5 |

Обробивши результати методики, ми виявили, що при ревматоїдному артриті як у чоловіків, так і у жінок похилого вiку переважають низькі показники стресостійкості та соціальної адаптації до захворювання, що близько до фази нервового виснаження.

За допомогою теста М. Люшера ми досліджували показники рівня тривожності та показники коефіціента вегетативного балансу (КВБ) у чоловіків і жінок похилого вiку при гіпертонічній хворобі та ревматоїдному артриті (див. табл. 2.10 – 2.11).

**Таблиця 2.10**

**Вибірка по** **ступеню тривожності при гіпертонічній хворобі**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Досліджувані | Показники ступеню трвожності | | |
| Низька, % | Середня, % | Висока, % |
| Чоловіки | 6.2 | 6.2 | 18.6 |
| Жінки | 6.3 | 18.8 | 43.9 |

**Таблиця 2.11**

**Вибірка по** **ступеню тривожності при ревматоїдному артриті**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Досліджувані | Показники ступеню трвожності | | |
| Низька, % | Середня, % | Висока, % |
| Чоловіки | 7.25 | 7.25 | 14.5 |
| Жінки | 14.2 | 21.3 | 35.5 |

Обробивши результати методики, ми виявили, що як при гіпертонічній хворобі так і при ревматоїдному артриті серед чоловіків і жінок похилого вiку переважають високі показники рівня тривожності (основні кольори займають останні позиції, а додаткові зміщуються на перші), а показники коефіцієнта вегетативного балансу (КВБ) перевежають 1(одиницю), що свідчить про домінування трофотропних тенденцій (перезбудження нервової системи та потреба у спокої).

Після аналізу проведених методик можна зробити висновок про те, що у людей похилого віку при гіпертонічній хворобі і при ревматоїдному артриті виявляються різні типии психічного реагування на захворювання. Це пояснюється різним патогенезом та психологічними причинами виникнення психосоматичних розладів. При дослідженні самопочуття, активності, настрою як при гіпертонічній хворобі так і при ревматоїдному артриті визначаються низкі показники. При вивченні ступеню опірності стресу як при гіпертонічній хворобі так і при ревматоїдному артриті визначається низка опірность стресовим ситуаціям. Також переважають високі показники рівня тривожності при обох видах психосоматичних розладів та домінування трофотропних тенденцій при визначенні коефіцієнта вегетативного баланса.

**2.3. Практичнi рекомендацiї щодо корекції психічного реагування на психосоматози та методів фізичної реабілітації**

З метою надання психологічної рекомендацiї щодо корекції психічного реагування на хворобу осіб похилого віку з психосоматичними розладами ми пропонуємо наступні заходи.

1. Психологічні бесіди з метою підвищення стресостійкості та зниження рівня тривожності.

2. Психотерапевтичні й психокорекційні методи.

3. Позитивна психотерапія.

4. Аутотренінг.

5. Логотерапія.

6.Методи фізичної реабілітації.

Серед психотерапевтичних і психокорекційних методів для корекції психічного реагування на хворобу найбільше частіше застосовують поведінкову психотерапію.

Поведінкова психотерапія містить методиками, заснованими на виробленні умовно-рефлекторної діяльності з метою корекції психопатологічної симптоматики або навичок адекватних звичок замість неадекватних, невротичних. Найбільш відомими методиками є методики "систематичної десенсибілізації" і "парадоксальної інтенції", застосовувані для лікування нав'язливих страхів, тривоги.

При "систематичній десенсибілізації" відбувається занурення людини в ситуацію, що викликає страх з формуванням нової адекватної реакції на ситуацію й загасанням старої хворобливої. В нашому дослідженні використовується при корекції гіпертонічної хвороби.

Методика, названа "парадоксальною інтенцією", спрямована на зміну відносини пацієнта до фобій за рахунок "перекидання" цього відношення й доведення ситуації до абсурду. Завдання парадоксальної інтенції - позбавити емоційно негативного підкріплення страхів, замінивши їх на іронію й гумор. В нашому дослідженні використовується при корекції ревматоїдного артриту.

Аутогенне тренування (аутотренінг) є методикою, спрямованої на оволодіння навичками психічної саморегуляції за допомогою релаксаційних способів. При психосоматичних розладах і захворюваннях використовуються такі різновиди як аутогенне тренування з нервово-м'язовою релаксацією так і методика біологічно зворотного зв'язку. В нашому дослідженні використовується при корекції ревматоїдного артриту.

При прогресивній м'язовій релаксації відбувається навчання людини контролюванню стану м'язів і викликанню релаксації (розслаблення) у певних групах м'язів з метою зняття вторинної емоційної напруги. В нашому дослідженні використовується як при корекції гіпертонічної хвороби, так і ревматоїдного артриту.

Логотерапія ставиться до гуманістичного напрямку психотерапії в широкому розумінні терміна й ставить своєю метою терапію ноогенних неврозів за допомогою придбання втраченого людиною в силу якихось причин сенсу життя. В нашому дослідженні використовується при корекції гіпертонічної хвороби.

Позитивна психотерапія використовується як при корекції гіпертонічної хвороби, так і ревматоїдного артриту.

У позитивній психотерапії виділяють чотири форми переробки конфліктів (фізіологія й психосоціальна ситуація напруги).

Незважаючи на всі культурні й соціальні розходження й неповторність кожної людини, ми можемо спостерігати, що всі люди при рішенні своїх проблем прибігають до типових форм переробки конфліктів. Якщо в нас є проблема, ми гніваємося, почуваємо себе перевантаженими або незрозумілими, живемо в постійній напрузі або не бачимо ніякого змісту в нашім житті, то всі ці труднощі можна виразити в наступних чотирьох формах переробки конфлікту, що відповідають чотирьом вимірам здатності до пізнання. Вони дають зрозуміти, як людина сприймає навколишній світ і якимим шляхами пізнання відбувається освоєння дійсності.

Ці форми переробки конфліктів є відносно широкими категоріями, які кожний наповнює своїми особистими поданнями, бажаннями й конфліктами. Кожна людина розвиває свої власні переваги в подоланні виникаючих конфліктів. При гіпертрофії однієї з форм переробки конфліктів інші відсуваються на задній план. Які з форм переробки конфліктів воліються, залежить в істотному ступені від придбаного досвіду, насамперед від того, який людина одержала у своєму дитинстві. Чотири форми реагування моделюються в конкретній життєвій ситуації при участі конкретних концепцій.

Симптоматика: розладу сну, втрата апетиту, захворювання органів, дратівливість, безконтрольний прийом їжі, вітальна депресія, сексуальні розлади, стомлюваність, болю, адинамія, акустичні й оптичні галюцинації, іпохондричні подання, а також порушення сприйняття й потягів і афективних розладів можуть бути представлені як симптоми в сфері тіло – відчуття. Розладу мислення й інтелекту, порушення уваги, пам'яті, труднощі в ухваленні рішення, схильність до раціоналізації, мрійність, нав'язливості, дереалізація й т.ін. ставляться до розуму й разом з тим до діяльності. Фіксації, забобони, стереотипи, фанатизм, слабість суджень, острах правди, почуття ненависті, почуття провини, маргинальність і однобічність пов'язані із традицією й, таким чином, з контактами. Невтримні фантазії, відсторонення від дійсності, суїцидальні фантазії, сексуальні фантазії, побоювання, нав'язливі подання, марення відносини й переслідування можуть бути прилічені до сфери фантазії – інтуїції й разом із цим до виміру майбутнього.

1) Тіло (відчуття): на передньому плані коштує тіло-я-сприйняття. Як людина сприймає своє тіло? Як переживає вона різні відчуття й інформацію з навколишнього світу? Сприймана у відчуттях інформація проходить через цензуру придбаного масштабу оцінки. Окремі характеристики відчуттів можуть бути конфліктними у зв'язку з подібного роду переживаннями.

Поразка того або іншого органа в пацієнта із психосоматичним захворюванням стає зрозумілим при погляді на концепції, яких він дотримується у відношенні до тіла в цілому, окремим його органам і їхнім функціям, а також до здоров'я й хвороби. Вони визначають у загальному взаємозв'язку зі змістом конфлікту, чому одна людина реагує своїм серцем, іншої – шлунком, органами подиху, шкірою й т.ін. і чому деякі люди "біжать" у хворобу, тоді як інші всіма силами заперечують фізичну слабість і захворювання.

Так, у деякого числа хворих зі шлунковими розладами, а також з ожирінням ми могли спостерігати концепції, пов'язані із прийомом їжі (Усе, що на столі, повинне бути з'їдене). На противагу цьому в осіб з ішемічною хворобою серця ми часто виявляємо концепції, які вказують на проблематичну ситуацію у відношенні пунктуальності й розподілу часу. Пацієнти з ревматичними хворобами проявляються переважно типовими проблемами навколо ввічливості (Візьми себе в руки, що скажуть люди). У пацієнтів із психосоматичними шкірними захворюваннями досить часто виявляються конфліктні концепції відносно охайності й спілкування.

2) Діяльність (розум): вимір цього має особливе значення в індустріальному суспільстві, насамперед в американо–європейських колах. Сюди ж ставляться способи становлення норм діяльності і їхніх включень у концепцію Я. Мислення й розум уможливлюють систематично й цілеспрямовано вирішувати проблеми й оптимізувати діяльність. Можливі дві по-різному спрямовані реакції втечі: а) "втеча" у роботу; б) "втеча" від вимог діяльності. Типові симптоми – проблеми самооцінки, перевантаження, стресові реакції, страх звільнення, порушення уваги й "дефіцитарні" симптоми, такі як пенсійний невроз, апатія, зниження активності й т.ін. Концепції: "Якщо ти щось можеш, тоді ти щось із себе представляєш"; "Скінчив справу – гуляй сміло" і "Без праці не витягнешся й рибки зі ставка"; "Час – гроші" і т.ін.

3) Контакти (традиція): ця сфера має на увазі здатність установлювати й підтримувати відносини із самим собою, партнером, родиною, іншими людьми, групами, соціальними шарами й далекими культурними колами; відношення до тварин, рослин і речей. Соціальна поведінка формується під впливом досвіду, що здобувається, і отриманої спадщини (традиції), особливо це стосується становлення наших можливостей налагоджувати контакти. Існують соціально обумовлені критерії вибору, які ними управляють: наприклад, людина очікує від партнера увічливості, щирості, справедливості, акуратності, спільності певних інтересів і т.ін. і вибирає собі партнера відповідно до цих критерій.

4) Фантазія (інтуїція): можна реагувати на конфлікти, активуя фантазію, уявляючи з конфліктів, представляючи подумки бажаний успіх або караючи й навіть убиваючи в мріях людей, на яких нагромадилася злість через те, що хтось був невірний, неправий або дотримується інших переконань. Фантазія й інтуїція можуть, наприклад, збуджувати й навіть задовольняти потреби при творчих вишукуваннях і сексуальних фантазіях. У якості "особистого світу" фантазія відгороджує від травмуючих і хворобливих втручань дійсності й створює тимчасово комфортну атмосферу (наприклад, алкоголь, токсикоманія). Вона може не сприймати "злу справу" і хворобливий розрив з партнером які відбулися; вона може, однак, також лякати, ставати могутньої, роблячи з нестерпної внаслідок проекції власних страхів. Так уява змішується зі сприйняттям і веде до симптомів, які зустрічаються в шизофренії у вигляді маячних ідей. Щоб приборкати страхаючу, динамічну силу фантазії, деякі люди виробляють нав'язливу поведінку, немов надягають корсет, що їм допомагає удержати у вузді загрозливі фантазії й захищатися від неконтрольованих сплесків почуттів. У цій сфері актуальні здатності як зміст фантазій також відіграють головну роль.

1) Позитивна психотерапія враховує позитивні аспекти кожної хвороби. На практиці це виглядає в такий спосіб: ми запитуємо про те значення, яке має симптом для людини і його соціальної групи, виділяючи при цьому "позитивне" значення: які позитивні аспекти має почервоніння? Які переваги забезпечує загальмованність? Які функції виконують порушення сну? Що значить для мене той факт, що в мене є страх або депресія? і т.ін.

2) Теорія мікротравм ураховує зміст конфлікту і його динаміку. Виходячи з питання "Що загального у всіх людей (усвідомлення спільності і єдності) і чим вони різняться (усвідомлення індивідуальності й одиничності)?", позитивна психотерапія описує зміст конфлікту (актуальні й базові здатності): найчастіше це зовсім не глобальні потрясіння, які приведуть до порушень і розладів, а постійно повторювані маленькі щиросердечні рани, які в остаточному підсумку формують характер, особливо підданий окремим конфліктам ("Крапля камінь точить!").

3) Транскультурне мислення є основою позитивної психотерапії. Воно включає безліч індивідуально, сімейно й культурно обумовлених явищ і припускає єдність у різноманітті.

4) Концепції, міфологія й східні притчі цілеспрямовано включаються в терапевтичну ситуацію. Притчі сприяють ліквідації внутрішнього опору й полегшують здійснення самодопомоги, що доповнює психотерапевтичні заходи.

5) Кожна людина неповторна. Лікування відповідає потребам хворого.

6) Члени родини як індивідууми й соціальні фактори як визначальні умови включаються в терапевтичний процес.

7) Поняття позитивної психотерапії доступні кожному: мовні бар'єри усунуті (рівність шансів у психотерапії).

8) Позитивна психотерапія пропонує базову концепцію для роботи з будь-якими хворобами й розладами; вона визначає три відправні крапки: профілактика, властиво лікування й реабілітація (універсальність застосування).

9) Позитивна психотерапія пропонує своїм змістовним процесом таку концепцію, у рамках якої можуть раціонально застосовуватися й доповнювати один одного різні методи й спеціальні напрямки (метатеоретичні й метапрактичні аспекти).

а) Ступінь 1: спостереження й дистанціювання.

Симптоматика, позитивне тлумачення симптомів, фактори, що сприяють їхньому прояву, перший їхнє виникнення, транскультурний підхід, приказки й притчі (додаткові перспективи).

Симптоматика, фактори, що сприяють прояву симптомів, і їхнє перше виникнення. Терапевт встановлює стосунки з пацієнтом і при відомих обставинах з його родиною (прихильність). Він приділяє їм час, запрошує на бесіду, спостерігає ситуацію, що представляється йому при зустрічі, і вислухує їх. Поряд із цим він структурує цю інформацію й з'ясовує власні почуття, які виникають у нього у відповідь на висловлення пацієнта.

Ми намагаємося використовувати всі доступні джерела, які дають нам ситуативну й анамнестичну інформацію про представлені симптоми й супутню їм поведінку.

Позитивне тлумачення: паралельно із з'ясуванням симптоматики терапевт дає (спочатку для себе) загальну позитивну переінтерпретацію наявного розладу. Вона повинна враховувати, яке значення має хвороба для пацієнта і його родини. Цей процес допомагає терапевтові дистанціюватися від своїх власні сприйняття й моделі мислення; разом із цим він дозволяє уникнути повторення невротичної концепції пацієнта.

Транскультурний підхід. Ми запитуємо про те, як те саме порушення або захворювання сприймається й оцінюється в різних культурних традиціях, як інші люди тієї ж культури, що й пацієнт, і його родина, переборюють ці стани і яке особливе значення мають для них конфлікти і яке їхній зміст.

б) Ступінь 2: інвентаризація.

Терапевтичні акценти: розвиток здатності цілеспрямовано ставити питання. Проблеми в останні 5 років (10 пунктів)? Як перероблялися проблеми? Пацієнтові коротко представляються 4 форми переробки конфліктів, які в той же час відіграють важливу роль при їхньому виникненні. У даній ситуації його запитують: "Що відбулося з Вами, Вашою родиною й Вашим оточенням у цих областях в останні п'ять років?" При цьому терапевт бере до уваги час виникнення симптомів або їхнє прогресування. Крім того, пацієнта інформують про значення мікротравм відповідно до девізу "Крапля камінь точить!".

Механізми реакції на конфлікти: який вплив роблять проблеми й захворювання на стан загального благополуччя, професійну діяльність, партнера, родину й інші міжособистісні відносини, плани на майбутнє? Яке значення мають тіло й здоров'я, професія й робота, соціальні контакти, суспільні події, питання про зміст і плани на майбутнє для пацієнта і його родини?

в) Ступінь 3: ситуативне підбадьорення.

Терапевтичні акценти: розвиток здатності виділяти малоконфліктні тридцятимільйонні й позитивні аспекти симптоматики. Які позитивні аспекти мали ці події для Вас і Вашого оточення? Як Ви переборювали попередні події й проблеми?

г) Ступінь 4: вербалізація.

Терапевтичні акценти: розвиток здатності цілеспрямовано звертатися до не пережитого до кінця подіям і конфліктам.

Які проблеми ще відкриті для Вас, які (2–3) повинні бути вирішені в найближчі 4 – 6 тижнів?

д) Ступінь 5: розширення системи цілей.

Розвиток здатності вкладати енергію не тільки в проблеми, але й в інші життєві сфери. Що б Ви зробили, якби у Вас більше не стало проблем? Про що Ви мрієте? Чому б Ви могли навчитися в людей, які поводяться інакше, чим Ви?

**ВИСНОВКИ**

1. Проведенийтеоретико-методологічнийаналiз підходів до вивчення хворих з психосоматичними розладами показав, що актуальною залишається проблема патогенного впливу стресогенних чинників на людину. Невідреаговані негативні емоції призводять до розвитку психосоматичних захворювань. Психосоматичні розлади складають значну частину "хвороб цивілізації" і протягом останнього століття є об’єктом інтенсивних досліджень, в рамках так званої психосоматичної медицини, з огляду на зростаючу роль їх загальної захворюваності серед населення.

2. До групи психосоматозів, або психосоматичних захворювань, відносять соматичні хвороби, роль психічних факторів в етиопатогенезі яких є істотною, а іноді вирішальною. До класичних психосоматичних захворюваннь, названих "святою сімкою" ("holy seven"), відносять хвороби, роль психогенних чинників в етіопатогенезі яких вважається доведеною. Це есенціальна гіпертонія, виразкова хвороба дванадцятипалої кишки, бронхіальна астма, цукровий діабет, нейродерміти, ревматоїдний артрит, виразковий коліт. Існує тринадцять типів психологічного реагування на психосоматичні захворювання: гармонійний, тривожний, іпохондричний, апатичний, меланхолічний, неврастенічний, обсесивно-фобiчний, сенситивний, егоцентричний, ейфоричний, анозогностичний, ергопатичний та паранойяльний.

3. Експериментальне дослідження щодо виявлення особистісних особливостей при психосоматозах у осіб похилого віку проводилося на вибірці, яка складалась з 30 осіб, з них 16 осіб з гiпертонiчною хворобою та 14 осіб з ревматоїдним артритом у віці від 64 до 70 років.

Після аналізу проведених методик можна зробити висновок про те, що у хворих похилого віку при гіпертонічній хворобі і при ревматоїдному артриті виявляються різні типи психічного реагування на захворювання. При гiпертонiчнiй хворобi у жiнок похилого вiку найчастiше зустрiчаються: неврастенічний, сенситивний, паранойяльний, егоцентричний, ергопатичний та обсесивно-фобiчний типи психiчного реагування на захворювання; у чоловіків – ергопатичний, неврастенічний, сенситивний, паранойяльний. При ревматоїдному артритi у жiнок похилого вiку найчастiше зустрiчаються: сенситивний, паранойяльний, іпохондричний та анозогностичний типи психiчного реагування; у чоловіків – меланхолічний, апатичний, ейфоричний, анозогностичний. Це пояснюється різним патогенезом, психогенними причинами виникнення психосоматичних розладів та особистісними особливостями цих хворих.

При дослідженні самопочуття, активності, настрою, як при гіпертонічній хворобі, так і при ревматоїдному артриті визначено низкі показники. При вивченні ступеню опірності стресу, як при гіпертонічній хворобі, так і при ревматоїдному артриті визначено низку опірность стресовим ситуаціям. Також переважають високі показники рівня тривожності при обох видах психосоматичних розладів та домінування трофотропних тенденцій при визначенні коефіцієнту вегетативного балансу.

4. Розроблено практичнi рекомендацiї щодо корекції психічного реагування на хворобу осіб похилого віку з психосоматозами та методів фізичної реабілітації. Серед дієвих заходів впливу визначено: лікувальну фізичну культуру, що об'єднує широкий комплекс фізичних вправ, лікувального масажу і фізіотерапевтичного лікування та визначає ефективність їх дії при порушеннях функцій організму і визначає успіх медичної реабілітації хворих на психосоматози; психотерапевтичні й психокорекційні методи, серед яких найчастіше застосовують поведінкову психотерапію, позитивну психотерапію, аутотренінг, логотерапію.

**СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛIТЕРАТУРИ**

1. Акимова М. К. Психологическая диагностика : учеб. для вузов / под ред. М. К. Акимовой, К. М. Гуревича. – СПб. : Питер, 2003. – 652 с. : ил.

2. Альперович В. Д. Геронтология. Старость : социокультурный портрет / В. Д. Альперович. – М. : Владос, 1998. – 243 с.

3. Анастази А. Дифференциальная психология. Индивидуальные и групповые различия в поведении / А. Анастази ; пер. с англ. Д. Гурьев, М. Будынина, Г. Пимочкин, С. Лихацкая. – М. : Апрель Пресс : ЭКСМО-Пресс, 2001. – 752 с. – (Серия «Кафедра психологии»).

4. Анастази А. Психологическое тестирование / А. Анастази, С. Урбина. – СПб. : Питер, 2001. – 688 с. : ил. – (Серия «Мастера психологии»).

5. Андреева Г. М. Социальная психология : учеб. для студ. высш. учебн. завед. / Г. М. Ан­дреева. – М. : Аспект Пресс, 2004. – 365 с.

6. Андреева Т. В. Социальная психология семейных отношений / Т. В. Андреева. – СПб. : Питер, 1998. – 244 с.

7. Анциферова Л. И. Поздний период жизни человека : типы старения и возможности поступательного старения личности / Л. И. Анциферова // Психологический журнал. – 1996. – № 6. – С. 113 – 120.

8. Афанасьева Т. М. Семья сегодня / Т. М. Афанасьева. – М. : Знание, 1977. – С. 12.

9. Березин Ф. Б. Психическая и физиологическая адаптация человека / Ф. Б. Березин. – Л. : Наука, 1988. – 268 с.

10. Берльер Ф. Старение и старость / Ф. Берльер.– М. : Прогресс, 1964. – 197 с.

11. Берн Ш. Гендерная психология / Ш. Берн. – СПб. : Прайм-Еврознак, 2002. – 320 с.

12. Бинэ А. Основы геронтологии / под ред. А. Бинэ, Ф. Бурльера : пер. с франц. А. Попова. – М. : Мед-гиз, 1960. – 296 с.

13. Блейхер В. М., Крук И. В., Боков С. Н. Практическая патопсихология / В. М. Блейхер, И. В. Крук, С. Н. Боков. – Ростов н / Д. : «Феникс», 1996. – 445 с.

14. Бодалев А. А. Семья и формирование личности / А. А. Бодалев. – М. : Просвещение, 1981. – 206 с.

15. Бройтигам В. Психосоматическая медицина / В. Бройтигам, П. Кристиан, М. Рад. – М. : ГЭОТАР Медицина, 1999. – 252 с.

16. Бурлачук Л. Ф. Психодиагностика личности / Л. Ф. Бурлачук. – К. : Здоров’я, 1989. – 168 с.

17. Бурлачук Л. Ф. Словарь – справочник по психологической диагностике / Л. Ф. Бурлачук, С. М. Морозов. – СПб. : Питер Ком, 1999. – 528 с.

18. Венгер А. Л. Психологическое консультирование и диагностика / А. Л. Венгер. – М. : Генезис, 2001. – 128 с.

19. Гамезо М. В. Атлас по психологии : Психология человека / М. В. Гамезо, И. А. Домашенко. – М. : Педагогическое общество России, 2004. – 276 с.

20. Гроф С. Человек перед лицом смерти / С. Гроф, Д. Хэлифакс. – М. : Владос, 1996. – 168 с.

21. Дементьева Н. Ф. Методологические аспекты социально-психологической адаптации лиц пожилого возраста в стационарных учреждениях социального обслуживания / Н. Ф. Дементьева // Психология зрелости и старения. – 1998. – № 2. – С. 156 – 164.

22. Дикая Л. Г. Отношение человека к неблагоприятным жизненным событиям и факторы его формирования / Л. Г. Дикая, А. В. Махнач // Психологический журнал. – 1996. – Т. 17, № 3. – С. 137 – 148.

23. Дружинин В. Н. Психология семьи / В. Н. Дружинин. – М. : ПЭР СЕ, 1996. – 176 с.

24. Карвассарский Б. Д. Медицинская психология / Б. Д. Карвассарский. – Л. : Медицина, 1982. – 271 с.

25. Карпенкова Т. В. Основы социально-правовой защиты пожилых людей / Т. В. Карпенкова // Психология зрелости и старения. – 1998. – № 2. – С. 38 – 50.

26. Корнев М. Н. Соцiальна психологiя / М. Н. Корнев, А. Б. Коваленко – К. : Фiрма "Довiра", 1995. – 266 с.

27. Корнилова Т. В. Методологические основы психологии / Т. В. Корнилова, С. Д. Смирнов. – СПб. : Питер, 2006. – 320 с. : ил. – (Серия «Учебное пособие»).

28. Крайг Г. Психология развития / Г. Крайг, Д. Бокум : пер. с англ. А. Маслова. – СПб. : Питер, 2000. – 726 с.

29. Краснова О. В. Социально-психологические аспекты старения / О. В. Краснова // Клиническая геронтология. – 1997. – № 3. – С. 2 – 15.

30. Левада Ю. Варианты адаптивного поведения / Ю. Левада // Мониторинг общественного мнения : экономические и социальные перемены. – 2002. – № 1. – С. 7 – 13.

31. Менделевич В. Д. Клиническая и медицинская психология : учебное пособие / В. Д. Менделевич. – М. : МЕДпресс-информ, 2005. – 432 с.

32. Москаленко В. В. Соціальна психологія: пiдручн. для студ. вищ. навч. закл. / В. В. Мос­каленко. – К. : Центр навчальної лiтератури, 2005. – 624 с.

33. Моуди Р. Жизнь после жизни : Свет вдали / Р. Моуди : пер. с англ. В. Спарова. – М. : ООО Издательство «София», 2008. – 256 с.

34. Муздыбаев К. К. Пессимизм и оптимизм личности / К. К. Муздыбаев // Социологические исследования. – 2003. – № 12. – С. 22 – 25.

35. Наумчик Н. В. К проблеме психической саморегуляции личности / Н. В. Наумчик // Практична психологiя та соцiальна робота. – 2005. – № 1. – С. 57 – 60.

36. Немов Р. С. Психология : учеб. для студ. высш. пед. учеб. завед. 2 книга / Р. С. Немов. – М. : Владос, 2007. – 688 с.

37. Носс И. Н. Руководство по психодиагностике ⁄ И. Н. Носс. – М. : Ин-т психотерапии, 2005. – 688 с.

38. Никифоров Г. С. Самоконтроль человека / Г. С. Никифоров - Л. : ЛГУ, 1989. – 192 с.

39. Парыгин Б. Д. Социальная психология как наука / Б. Д. Парыгин. – М. : Владос, 2004. – 317 с.

40. Пезешкиан Н. Психосоматика и позитивна психотерапия / Н. Пезешкиан ; пер. с нем. Т. В. Куличенко. — М. : Медицина, 1996.— 464 с.

41. Полищук Ю. И. Состояния одиночества и ассоциированные с ними расстройства депрессивного спектра у лиц пожилого возраста / Ю. И. Полищук // Клиническая геронтология. – 1997. – № 3. – С. 51 – 58.

42. Практикум  по возрастной психологии : учеб. пособ. / Л. А. Головей, Е. Ф. Рыбалко. – СПб. : Речь, 2005. – 688 с. : ил.

43. Практическая психодиагностика. Методики и тесты: учебное пособие / ред. – сост. Д. Я. Райгородский. – Самара : БАХРАХ – М, 2004. – 672 с.

44. Психологическая диагностика : проблемы и исследования / под ред. К. М. Гуревича. – М. : МГУ, 1981. – С. 5 – 23.

45. Психологiя особистостi / С. Д. Максименко, К. С. Максименко, М. В. Палуча / за ред. С. Д. Максименка. – К. : Вид–во ТОВ «КММ», 2007. – 296 с.

46. Психологические тесты : в 2 т. / под ред. А. А. Карелина. – М. : ВЛАДОС, 2001. – Т. 1. – 321 с. : ил.

47. Реан А. А. Психология человека от рождения до смерти / А. А. Реан. – СПб. : ПРАЙМ-ЕВРОЗНАК, 2002. – 656 с. – (Серия «Психологическая энциклопедия»).

48. Рубинштейн С. Л. Основы общей психологии : в 2 т.  / С. Л. Рубинштейн. – М. : Педагогика, 1989. – Т. 1. – 329 с.

49. Середина Н. В., Шкуренко Д. А. Основы медицинской психологии : общая, клиническая, патопсихология / Н. В. Середина, Д. А. Шкуренко. – Ростов н / Д. : «Феникс», 2003. – 512 с. – (Серия «Учебники, учебные пособия»).

50. Тейлор Ш. Социальная психология / Ш. Тейлор, Л. Пипло, Д. Сирс. – СПб. : Питер, 2004. – 767 с.

51. Топчий М. В., Чурилова Т. М. Стресс как объект научной рефлексии / М. В. Топчий, Т. М. Чурилова. – Ставрополь : НОУ ВПО СКСИ, 2009. – 312 с.

52. Торчинская Е. Е. Ценностно-смысловые образования личности адаптации к хроническому стрессу / Е. Е. Торчинская // Психологический журнал. – 2001. – Т. 22, № 2. – С. 23 – 35.

53. Эльконин Б. Д. Психология развития : учеб. пособ. / Б. Д. Эльконин. – М. : Академия, 2001. – 144 с.

54. Ярошевский Т. Личность и общество / Т. Ярошевский. – М. : Прогресс, 2007. – 304 с.

**Додаток А**

**Опитувальник ЛОБI**

САМОПОЧУТТЯ

1. З тих пір, як я занедужав, у мене майже завжди погане самопочуття

2. Я майже завжди почуваю себе бадьорим і повним сил

3. Дурне самопочуття я намагаюся перебороти

4. Погане самопочуття я намагаюся не показувати іншим

5. У мене майже завжди що-небудь болить

6. Погане самопочуття виникає в мене після прикростей

7. Погане самопочуття з'являється в мене від очікування неприємностей

8. Я намагаюся терпляче переносити біль і фізичні страждання

9. Моє самопочуття цілком задовільне

10.З тих пір, як я занедужав, у мене буває погане самопочуття із приступами дратівливості й почуттям туги

11.Моє самопочуття дуже залежить від того, як ставляться до мене оточуючи

0. Жодне з визначень до мене не підходить

НАСТРІЙ

1. Як правило, настрій у мене дуже гарний

2. Через хворобу я часто буваю нетерплячим і дратівливим

3. У мене настрій псується від очікування можливих неприємностей, занепокоєння за близьких, непевності в майбутньому

4. Я не дозволяю собі через хворобу віддаватися зневірі й суму

5. Через хворобу в мене майже завжди поганий настрій

6. Мій поганий настрій залежить від поганого самопочуття

7. У мене став зовсім байдужний настрій

8. У мене бувають приступи похмурої дратівливості, під час яких дістається оточуючим

9. У мене не буває зневіри й суму, але може бути жорстокість і гнів

**Продовження Додатку А**

10.Найменші неприємності сильно зачіпають мене

11.Через хворобу в мене завжди тривожний настрій

12.Мій настрій звичайно таке ж, як в оточуючих мене людей

0. Жодне з визначень до мене не підходить

СОН І ПРОБУДЖЕННЯ ВІД СНУ

1. Прокинувшись, я відразу змушую себе встати

2. Ранок для мене – найважчий час доби

3. Якщо мене щось тривожить, я довго не можу заснути

4. Я погано сплю вночі й почуваю сонливість удень

5. Я сплю мало, але встаю бадьорим; сни бачу рідко

6. З ранку я більше активний і мені легше працювати, чим увечері

7. У мене поганий і неспокійний сон і часто бувають тужливі сновидіння

8. Безсоння в мене наступає періодично без особливих причин

9. Я не можу спокійно спати, якщо ранком треба встати в певну годину

10.Ранком я встаю бадьорим і енергійним

П.Я прокидаюся з думкою про те, що сьогодні треба буде зробити

12.По ночах у мене бувають приступи страху

13.З ранку я почуваю повну байдужність до всьому

14.Я можу вільно регулювати свій сон

15.По ночах мене особливо переслідують думки про мою хворобу

16.У сні мені бачаться всякі хвороби

0. Жодне з визначень до мене не підходить

АПЕТИТ І ВІДНОШЕННЯ ДО ЇЖІ

1. Нерідко я соромлюся їсти при сторонніх людях

2. У мене гарний апетит

3. У мене поганий апетит

4. Я люблю ситно поїсти

5. Я їм із задоволенням і не люблю обмежувати себе в їжі

**Продовження Додатку А**

6. Мені легко можна зіпсувати апетит

7. Я боюся зіпсованої їжі й завжди ретельно перевіряю її свіжість і доброякісність

8. Їжа мене цікавить насамперед як засіб підтримати здоров'я

9. Я намагаюся дотримуватися дієти, що сам розробив

10.Їжа не доставляє мені ніякого задоволення

0. Жодне з визначень до мене не підходить

ВІДНОШЕННЯ ДО ХВОРОБИ

1. Моя хвороба мене лякає

2. Я так утомився від хвороби, що мені байдуже, що із мною буде

3. Намагаюся не думати про свою хворобу й жити безтурботним життям

4. Моя хвороба найбільше гнітить мене тим, що люди стали цуратися мене

5. Без кінця думаю про всі можливі ускладнення, пов'язаних із хворобою

6. Я думаю, що моя хвороба невиліковна й нічого гарного мене не чекає

7. Уважаю, що моя хвороба запущена через неуважність і невміння лікарів

8. Уважаю, що небезпека моєї хвороби лікарі перебільшують

9. Хочу перебороти хворобу, працювати як колись і навіть ще більше

10.Я почуваю, що моя хвороба набагато важче, ніж це можуть визначити лікарі

11.Я здоровий, і хвороби мене не турбують

12.Моя хвороба протікає зовсім незвичайно – не так, як в інших, і тому вимагає особливої уваги

13.Моя хвороба мене дратує, робить нетерплячим, запальним

14.Я знаю, із чиєї вини я занедужав, і не прощу цього ніколи

**Продовження Додатку А**

15.Я всіма силами намагаюся не піддаватися хворобі

0. Жодне з визначень до мене не підходить

ВІДНОШЕННЯ ДО ЛІКУВАННЯ

1. Уникаю всякого лікування – сподіваюся, що організм сам переборе хворобу, якщо про неї поменше думати

2. Мене лякають труднощі й небезпеки, пов'язані з майбутнім лікуванням

3. Я був би готовий на саме болісне й навіть небезпечне лікування, тільки б позбутися від хвороби

4. Я не вірю в успіх лікування й уважаю його даремним

5. Я шукаю нові способи лікування, але, на жаль, в усіх їх постійно розчаровуюсь

6. Уважаю, що мені призначають багато непотрібних ліків, процедур, мене вмовляють на нікчемну операцію

7. Усякі нові ліки, процедури й операції викликають у мене нескінченні думки про ускладнення й небезпеки, з ними зв'язаних.

8. Від лікування мені стає тільки гірше

9. Ліки й процедури нерідко діють на мене така незвичайно, що це дивує лікарів

10.Уважаю, що серед способів, що застосовуються, лікування є настільки шкідливі, що їх варто було б заборонити

11.Уважаю, що мене лікують неправильно

12.Я ні в якому лікуванні не вірю

13.Мені набридло нескінченне лікування, хочу тільки, щоб мене залишили в спокої

14.Я уникаю говорити про лікування з іншими людьми

15.Мене дратує й озлобляє, коли лікування не дає поліпшення

0. Жодне з визначень до мене не підходить

ВІДНОШЕННЯ ДО ЛІКАРІВ І МЕДПЕРСОНАЛУ

**Продовження Додатку А**

1. Головним у всякого медичного працівника я вважаю увагу до хворого

2. Я хотів би лікуватися в такого лікаря, у якого більша популярність

3. Уважаю, що занедужав найбільше з вини лікарів

4. Мені здається, що лікарі мало що розуміють у моїй хворобі й тільки роблять вигляд, що лікують

5. Мені однаково хто і як мене лікує

6. Я часто турбуюся про те, що не сказав лікареві щось важливе, що може вплинути на успіх лікування

7. Лікарі й медперсонал нерідко викликають у мене ворожість

8. Я звертаюся то до одного то до іншого лікаря, тому що не впевнений в успіху лікування

9. З більшою повагою я ставлюся до медичної професії

10.Я не раз переконувався, що лікарі й медперсонал неуважні й несумлінно виконують свої обов'язки

П.Я буваю нетерплячим і дратівливим з лікарями й персоналом і потім шкодую про це

12.Я здоровий і в допомозі лікарів не потребую

13.Уважаю, що лікарі й медперсонал на мене попусту витрачають час

0. Жодне з визначень мені не підходить

ВІДНОШЕННЯ ДО РІДНИХ І БЛИЗЬКИХ

1. Я настільки поглинений думками про мою хворобу, що справи близьких мене перестали хвилювати

2. Я намагаюся рідним і близьким не показувати виду як я хворий, щоб не затьмарювати їм настрою

3. Близькі дарма хочуть зробити з мене важкохворого

4. Мене долають думки, що через мою хворобу на моїх близьких чекають труднощі і негоди

**Продовження Додатку А**

5. Мої рідні не хочуть зрозуміти ваги моєї хвороби й не співчувають моїм стражданням

6. Близькі не зважають на мою хворобу й хочуть жити собі на втіху

7. Я соромлюся своєї хвороби навіть перед близькими

8. Через хворобу втратився всякий інтерес до справ і хвилювань близьких і рідних

9. Через хворобу я став у тягар близьким

10.Здоровий вид і безтурботне життя близьких викликають у мене ворожість

11.Я вважаю, що занедужав через моїх рідний

12.Я намагаюся поменше доставляти тягот і турбот моїм близьким через мою хворобу

0. Жодне з визначень до мене не підходить

ВІДНОШЕННЯ ДО РОБОТИ (НАВЧАННЯ)

1. Хвороба робить мене ні до чого не придатним працівником (не здатним учитися)

2. Я боюся, що через хворобу я лишуся гарної роботи (доведеться піти з гарного навчального закладу)

3. Моя робота (навчання) стала для мене зовсім байдужою

4. Через хворобу мені стало не до роботи (не до навчання)

5. Увесь час турбуюся, що через хворобу можу зробити помилку на роботі (не впоратися з навчанням)

6. Уважаю, що хвороба моя через те, що робота (навчання) заподіяли шкоду моєму здоров'ю

7. На роботі (по місцю навчання) зовсім не зважають на мою хворобу й навіть чіпляються до мене

8. Не вважаю, що хвороба може перешкодити моїй роботі (навчанню)

9. Я намагаюся, щоб на роботі (по місцю навчання) поменше б знали й говорили про мою хворобу

**Продовження Додатку А**

10.Я вважаю, що незважаючи на хворобу, треба продовжувати роботу (навчання)

11.Хвороба зробила мене на роботі (на навчанні) непосидючим і нетерплячим

12.На роботі (за навчанням) я намагаюся забути про свою хворобу

13. Усі дивуються й захоплюються тим; що я успішно працюю (учуся) незважаючи на хворобу

14.Моє здоров'я не заважає мені працювати (учитися) там, де я хочу

0. Жодне з визначень до мене не підходить

ВІДНОШЕННЯ ДО ОТОЧУЮЧИХ

1. Мені тепер однаково хто мене оточує й хто біля мене

2. Мені хочеться тільки, щоб оточуючи дали мені спокій

3. Коли я занедужав усі про мене забули

4. Здоровий вид і життєрадісність оточуючих викликають у мене роздратування

5. Я намагаюся, щоб оточуючи не зауважували моєї хвороби

6. Моє здоров'я не заважає мені спілкуватися з оточуючими, скільки мені хочеться

7. Мені б хотілося, щоб оточуючи випробували на собі, як важко хворіти

8. Мені здається, що оточуючи цураються мене через мою хворобу

9. Оточуючи не розуміють моєї хвороби й моїх страждань

10.Моя хвороба й те, як я її переношу, дивують і вражають оточуючих

11.З навколишніми я намагаюся не говорити про мою хворобу

12.Моє оточення довело мене до хвороби, і я цього не пробачу

13.Серед оточуючих я тепер бачу, як багато людей страждають від хвороб

14.Спілкування з людьми мені тепер стало швидко набридати й навіть дратує мене

**Продовження Додатку А**

15.Моя хвороба не заважає мені мати друзів

0. Жодне з визначень до мене не підходить

ВІДНОШЕННЯ ДО САМІТНОСТІ

1. Віддаю перевагу самітності, тому що одному мені легшає

2. Я почуваю, що хвороба прирікає мене на повну самітність

3. На самоті я намагаюся знайти яку-небудь цікаву й потрібну роботу

4. На самоті мене починають особливо переслідувати нерадісні думки про хворобу, ускладнення, майбутні страждання

5. Часто, залишившись наодинці, я скоріше заспокоююся: люди мене стали сильно дратувати

6. Соромлячись хвороби, я намагаюся віддалитися від людей, а на самоті нудьгую по людям

7. Уникаю самітності, щоб не думати про свою хворобу

8. Мені стало однаково: що бути серед людей, що залишатися на самоті

9. Бажання побути одному залежить у мене від обставин і настрою

10.Я боюся залишатися на самоті через побоювання, пов'язаних із хворобою

0. Жодне з визначень до мене не підходить.

ВІДНОШЕННЯ ДО МАЙБУТНЬОГО

1. Хвороба робить моє майбутнє сумним і сумовитим

2. Моє здоров'я не дає поки ніяких підстав турбуватися за майбутнє

3. Я завжди сподіваюся на щасливе майбутнє, навіть у самих розпачливих положеннях

4. Не вважаю, що хвороба може істотно відбитися на моєму майбутньому

5. Акуратним лікуванням і дотриманням режиму я сподіваюся домогтися поліпшення здоров'я в майбутньому

6. Своє майбутнє я цілком зв'язую з успіхом у моїй роботі (навчанні)

7. Мені стало байдуже, що стане із мною в майбутньому

**Продовження Додатку А**

8. Через мою хворобу я в постійній тривозі за моє майбутнє

9. Я впевнений, що в майбутньому розкриють помилки й недбалість тих, через кого я занедужав

10.Коли я думаю про своє майбутнє, мене охоплюють туга й роздратування на інших людей

11.Через хворобу я дуже тривожуся за своє майбутнє

0. Жодне з визначень до мене не підходить.

РЕЄСТРАЦІЙНИЙ БЛАНК

П.І.П.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Вік \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Стать м \ ж

Самопочуття 123456789 10 11 0

Настрій 123456789 10 11 12 0

Сон і пробудження від сну 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 И 12 13 14 15 16 0

Апетит і відношення до їжі 123456789 10 0

Відношення до хвороби 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 0

Відношення до лікування 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 0

Відношення до лікарів і медперсоналу 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 0

Відношення до рідних і близьких 123456789 10 11 12 0

Відношення до роботи (навчання) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 0

Відношення до оточуючих 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 0

Відношення до самітності 123456789 10 0

Відношення до майбутнього 123456789 10 11

**Додаток Б**

**Таблиця Б.1**

**Типова карта методики САН**

П.І.П. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Стать:\_\_\_\_\_\_\_ Вік: \_\_\_\_\_ Дата:\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | Самопочуття гарне | 3 2 1 0 1 2 3 | Самопочуття погане |
| 2 | Почуваю себе сильним | 3 2 1 0 1 2 3 | Почуваю себе слабким |
| 3 | Пасивний | 3 2 1 0 1 2 3 | Активний |
| 4 | Малорухомий | 3 2 1 0 1 2 3 | Рухливий |
| 5 | Веселий | 3 2 1 0 1 2 3 | Смутний |
| 6 | Гарний настрій | 3 2 1 0 1 2 3 | Поганий настрій |
| 7 | Працездатний | 3 2 1 0 1 2 3 | Розбитий |
| 8 | Повний сил | 3 2 1 0 1 2 3 | Знесилений |
| 9 | Повільний | 3 2 1 0 1 2 3 | Швидкий |
| 10 | Бездіяльний | 3 2 1 0 1 2 3 | Діяльний |
| 11 | Щасливий | 3 2 1 0 1 2 3 | Нещасний |
| 12 | Життєрадісний | 3 2 1 0 1 2 3 | Похмурий |
| 13 | Напружений | 3 2 1 0 1 2 3 | Розслаблений |
| 14 | Здоровий | 3 2 1 0 1 2 3 | Хворий |
| 15 | Байдужий | 3 2 1 0 1 2 3 | Захоплений |
| 16 | Байдужий | 3 2 1 0 1 2 3 | Схвильований |

**Продовження Додатку Б**

**Продовження таблиці Б.1**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 17 | Захоплений | 3 2 1 0 1 2 3 | Сумовитий |
| 18 | Радісний | 3 2 1 0 1 2 3 | Сумний |
| 19 | Відпочилий | 3 2 1 0 1 2 3 | Втомлений |
| 20 | Свіжий | 3 2 1 0 1 2 3 | Виснажений |
| 21 | Сонливий | 3 2 1 0 1 2 3 | Збуджений |
| 22 | Бажання відпочити | 3 2 1 0 1 2 3 | Бажання працювати |
| 23 | Спокійний | 3 2 1 0 1 2 3 | Стурбований |
| 24 | Оптимістичний | 3 2 1 0 1 2 3 | Песимістичний |
| 25 | Витривалий | 3 2 1 0 1 2 3 | Що Стомлюється |
| 26 | Бадьорий | 3 2 1 0 1 2 3 | Млявий |
| 27 | Міркувати важко | 3 2 1 0 1 2 3 | Міркувати легко |
| 28 | Неуважний | 3 2 1 0 1 2 3 | Уважний |
| 29 | Повний надій | 3 2 1 0 1 2 3 | Розчарований |
| 30 | Задоволений | 3 2 1 0 1 2 3 | Незадоволений |

**Додаток В**

**Таблиця В.1**

**Методика визначення стресостійкості й соціальної адаптації Холмса й Раге**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | **Життєві події** | **Бали** |
| 1. | Смерть чоловіка ( дружини). | 100 |
| 2. | Розлучення. | 73 |
| 3. | Роз'їзд подружжя (без оформлення розлучення),  розривши з партнером. | 65 |
| 4. | Тюремне ув'язнення. | 63 |
| 5. | Смерть близького члена родини. | 63 |
| 6. | Травма або хвороба. | 53 |
| 7. | Одруження, весілля. | 50 |
| 8. | Звільнення з роботи. | 47 |
| 9. | Примирення подружжя. | 45 |
| 10. | Відхід на пенсію. | 45 |
| 11. | Зміна в стані здоров'я членів родини. | 44 |
| 12. | Вагітність партнерки. | 40 |
| 13. | Сексуальные проблемы. | 39 |
| 14. | Поява нового члена родини, народження дитини. | 39 |
| 15. | Реорганізація на роботі. | 39 |
| 16. | Зміна фінансового становища. | 38 |
| 17. | Смерть близького друга. | 37 |
| 18. | Зміна професійної орієнтації, зміна місця роботи. | 36 |
| 19. | Посилення конфликтности відносин із чоловіком. | 35 |
| 20. | Позичка або позика на велику покупку (наприклад,  дома). | 31 |
| 21. | Закінчення строку виплати позички або позики, що ростуть борги. | 30 |
| 22. | Зміна посади, підвищення службової відповідальності. | 29 |
| 23. | Син або дочка залишають будинок. | 29 |
| 24. | Проблеми з родичами чоловіка (дружини). | 29 |
| 25. | Видатне особисте досягнення, успіх. | 28 |
| 26. | Чоловік кидає роботу (або приступає до роботи). | 26 |
| 27. | Початок або закінчення навчанням навчальному закладі. | 26 |
| 28. | Зміна умов життя. | 25 |

**Продовження Додатку В**

**Продовження таблиці В.1**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 29. | Відмова від якихось індивідуальних звичок, зміна стереотипів поводження. | 24 |
| 30. | Проблеми з начальством, конфлікти. | 23 |
| 31. | Зміна умов або годин роботи. | 20 |
| 32. | Зміна місця проживання. | 20 |
| 33. | Зміна місця навчання. | 20 |
| 34. | Зміна звичок, пов'язаних із проведенням дозвілля або відпустки. | 19 |
| 35. | Зміна звичок, пов'язаних з віросповіданням. | 19 |
| 36. | Зміна соціальної активності. | 18 |
| 37. | Позичка або позика для купівлі менш великих речей (машини, телевізора). | 17 |
| 38. | Зміна індивідуальних звичок, зв'язаних зі сном, порушення сну. | 16 |
| 39. | Зміна числа живучих разом членів родини, зміна характеру й частоти зустрічей з іншими членами родини. | 15 |
| 40. | Зміна звичок, пов'язаних з харчуванням (кількість споживаної їжі, дієта, відсутність апетиту й т.і. ). | 15 |
| 41. | Відпустка. | 13 |
| 42. | Різдво, зустріч Нового року, день народження. | 12 |
| 43. | Незначне порушення правопорядку (штраф за порушення правил вуличного руху). | 11 |