

Сумський державний педагогічний університет імені А.С. Макаренка
Навчально-науковий інститут педагогіки і психології
Кафедра психології

Бухолдін Михайло Євгенович

**ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ СОМАТИЧНО ХВОРИХ ОСІБ З
ПОРУШЕННЯМИ РОБОТИ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ**

Спеціальність: 053 Психологія

Галузь знань: 05 Соціальні та поведінкові науки

Кваліфікаційна робота
на здобуття освітнього ступеню магістра

Науковий керівник

_____ А.В. Вертель,
кандидат філософських наук,
доцент кафедри психології

« ____ » _____ 2021 року

Виконавець

_____ М.Є. Бухолдін

« ____ » _____ 2021 року

Суми 2021

ЗМІСТ

ВСУП	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ СОМАТИЧНО ХВОРИХ ОСІБ З ПОРУШЕННЯМИ РОБОТИ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ	7
1.1. Теоретичний аналіз підходів до дослідження психологічної адаптації до хронічного захворювання.....	7
1.2. Загальні психологічні особливості соматично хворих осіб з різними соматичними захворюваннями.....	22
Висновки розділу 1.....	32
РОЗДІЛ 2. ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ СОМАТИЧНО ХВОРИХ ОСІБ З ПОРУШЕННЯМИ РОБОТИ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ	33
2.1. Методичне забезпечення дослідження психологічних особливостей соматично хворих осіб з порушеннями роботи опорно-рухового апарату.....	33
2.2. Результати експериментального дослідження психологічних особливостей соматично хворих осіб з порушеннями роботи опорно-рухового апарату.....	40
2.3. Психотерапія в реабілітації хворих з порушеннями роботи опорно-рухового апарату.....	46
Висновки до розділу 2.....	59
ВИСНОВКИ	60
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	63
ДОДАТКИ	73

ВСТУП

Актуальність теми. На сьогодні зростає кількість людей, які обтяжені тими чи іншими хронічними соматичними захворюваннями. Більшість хворих мають прожити довгі роки (або все життя), з тим чи іншим хронічним захворюванням, адаптуючи свої життєві цілі і засоби їх досягнення до тих обмежень, які накладає хвороба.

Стратегія психологічного реагування на хронічне соматичне захворювання та ставлення до нього у клінічній картині конвергує зі своєрідними характеристиками психологічного стану хворих. Особливості перебігу хвороби, ефективність лікування залежить від індивідуальних психологічних особливостей особистості.

Ортопедичні захворювання займають особливе місце у соматичній патології – це складна медична та соціально-психологічна проблема. При всій різноманітності як вроджених так і набутих захворювань опорно-рухового апарату у більшості людей спостерігаються однакові проблеми.

Проаналізувавши наукові дослідження в цій області, слід зазначити, що дослідження психологічних особливостей осіб з різними хронічними захворюваннями, на наш погляд, носять уривчастий і несистемний характер. Існують прогалини і протиріччя у вивченні цієї проблеми, особливо щодо психологічних особливостей осіб з порушеннями у роботі опорно-рухового апарату. Хронічне соматичне захворювання веде до зниження рівня психічних можливостей людини в здійсненні діяльності, до обмеження контактів з іншими людьми, до зміни об'єктивного місця, яке людина займає в житті, а тим самим і її внутрішньої позиції по відношенню до всіх обставин життя і до себе. Хвороба, включаючись в соціальну ситуацію розвитку, змінює умови протікання багатьох видів діяльності, що призводить до появи окремих психологічних наслідків, які суттєво впливають на протікання життєвих криз і становлення особистості.

Отже, актуальність проблеми та потреба в її подальшому вивченні зумовили вибір теми дослідження «Психологічні особливості соматично хворих осіб з порушеннями роботи опорно-рухового апарату».

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Загальним питанням психологічних особливостей соматично хворих осіб присвячені наукові праці В. Т. Волкова, Ю. І. Заседи, В. В. Ніколаєвої. Психопатологічні аспекти представлені у працях В. Я. Гіндікіна, В. В. Кришталь, Є. Е. Соколової. Особливості психодіагностики соматично хворих осіб висвітлено у працях О. С. Ахмерової, С. А. Литасєва, А. І. Сердук, Г. В. Старшенбаума. Особливостям психокорекційної та психотерапевтичної роботи присвячені наукові праці Ю. П. Никоненка, Н. М. Манухіної, Б. В. Михайлова.

Мета та завдання дослідження: теоретично вивчити та експериментально дослідити психологічні особливості соматично хворих осіб з порушеннями роботи опорно-рухового апарату.

Відповідно до мети визначено **завдання дослідження:**

1. Охарактеризувати теоретичні підходи щодо проблеми психологічної адаптації до хронічного захворювання.
2. Проаналізувати загальні індивідуально-психологічні особливості соматично хворих осіб з різними соматичними захворюваннями.
3. Провести експериментальне дослідження психологічних особливостей соматично хворих осіб з порушеннями роботи опорно-рухового апарату.
4. Розробити рекомендації щодо застосування психотерапії в реабілітаційному процесі соматично хворих осіб з порушеннями роботи опорно-рухового апарату.

Об'єкт дослідження – психічні стани та особистісні особливості особистості.

Предмет дослідження – психологічні особливості соматично хворих осіб з порушеннями роботи опорно-рухового апарату.

Матеріали та методи.

1. *Загальнонаукові методи та прийоми дослідження:* аналіз і синтез наукової літератури з проблеми дослідження; порівняння, систематизація, узагальнення; аналіз нормативних документів, наукової психологічної, педагогічної та методичної літератури; теоретичне узагальнення.

2. Психодіагностичні методи:

Для розв'язання поставлених завдань застосовувався комплекс психодіагностичних методик. З метою дослідження та діагностики індивідуально-психологічних особливостей особистості був використаний «Особистісний опитувальник Г. Айзенка» (Eysenck Personality Inventory, або EPI), для діагностики рівня тривожності використовувався «Особистісна шкала прояву тривожності Дж. Тейлора» в адаптації Т. А. Немчинова, В. Г. Норакідзе (Manifest Anxiety Scale, MAS). Психоемоційний стан вивчався методом клінічного спостереження та співбесіди.

Наукова новизна одержаних результатів полягає у тому, що:

- *уточнено* сутність і зміст підходів до дослідження психологічної адаптації до хронічного захворювання;
- *подальшого розвитку* та конкретизації набуло дослідження психологічних особливостей соматично хворих осіб.
- *науково обґрунтована* важливість спеціалізованого навчання українських психологів і психотерапевтів для роботи в реабілітаційних установах, оскільки традиційне психологічна і медична освіта не передбачає оволодіння такою кількістю орієнтованих на дану групу хворих навичок.

Практичне значення одержаних результатів дослідження: основні результати дослідження впроваджено в роботу реабілітаційного центру хребта і стопи «Актив центр», місто Львів.

Апробація результатів та публікації. Основні положення та результати дослідження доповідалися на VII Міжнародній науково-практичній конференції «Особистість у кризових умовах та критичних

ситуаціях життя», (18–20 травня 2021 року, м. Суми); XI Міжнародній науково-практичній конференції студентів, аспірантів та молодих науковців «Молодь у сучасній психології: етнічна самосвідомість та міжетнічна взаємодія», (22–23 квітня 2021 року, м. Суми); III Міжнародній науково-практичній конференції «Інновації та перспективи світової науки», (4–6 листопада 2021 року, м. Ванкувер, Канада).

Основні положення й результати дослідження відображено в 2 наукових публікаціях:

1. Bukholdin M. Psychological support and accompaniment of children with somatic diseases. *Молодь у психології: етнічна самосвідомість та міжетнічна взаємодія: збірник наукових праць* / за ред.: Кузікової С. Б., Пасько К. М., Вертеля А. В. та ін. Суми: Вид-во СумДПУ імені А. С. Макаренка, 2021. С. 131–132.

2. Bukholdin M. Psychological features of adaptation to chronic somatic disease. *Innovations and prospects of world science. Abstracts of the 3th International scientific and practical conference. (November 4–6, 2020). Perfect Publishing. Vancouver, Canada. 2021. Pp. 539–541.*

Структура та обсяг роботи. Кваліфікаційна робота складається зі вступу, двох розділів, висновків до кожного розділу, висновків, списку використаних джерел (120 позицій), додатків та містить 3 таблиці. Загальний обсяг кваліфікаційної роботи 78 сторінок. Основний текст дослідження викладено на 62 сторінках.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ СОМАТИЧНО ХВОРИХ ОСІБ З ПОРУШЕННЯМИ РОБОТИ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ

1.1. Теоретичний аналіз підходів до дослідження психологічної адаптації до хронічного захворювання

В даний час людство переходить на новий етап розвитку, в якому поступово, але досить впевнено буде зростати кількість людей (не обов'язково літніх), обтяжених тими чи іншими хронічними захворюваннями. Багато з них мають прожити довгі роки з тією або іншою недугою, пристосовуючи власні життєві цілі і методи їх досягнення до тих обмежень, які диктує їх стан здоров'я. До цих обмежень змушені будуть пристосуватися і їх близькі. Вельми рідко зазначені пристосування для хворого, і для його близьких проходять без душевних страждань і боротьби. Дуже часто хвороба не тільки фізично, а й психологічно руйнує людину [74].

Випадки, коли людина протистоїть своїй хворобі і всупереч обставинам виходить переможцем, є, але вони рідкісні. Найяскравішим прикладом такого протистояння є Стівен Хокінг, який пройшов всі стадії обмежень, що накладаються на його життя генетичним захворюванням «бічний аміотрофічний склероз». Однак це важке захворювання, руйнуючи фізичну складову його організму, не тільки не торкнулося, але навіть посилило його особистісний ріст і творчий розвиток. Він зміг виховати трьох дітей, маючи лише єдиний живий м'яз, активно працював і економічно забезпечував і себе, і близьких [111].

Серед творчих людей, наших сучасників відразу спливає образ сліпого і глухого професора А. В. Суворова – психолога, педагога, про особистість якого говорить назва його докторської дисертації «Людяність як фактор саморозвитку особистості» [69].

Обидва випадки об'єднує те, що хвороби цих людей виникли не як наслідок їх неадекватної поведінки, а в силу генетичних причин. Однак в переважній більшості випадків на розвиток хвороби впливає ще й поведінка людини, яка пов'язана з «поганими» звичками, і, отже, саме захворювання могло виникнути пізніше або взагалі не виникнути, якби людина мала інший спосіб життя, а, можливо, інший спосіб мислення [112].

Проте, почувши діагноз, незалежно від причин захворювання, людина повинна усвідомити обмеження, які накладає хвороба, і ті наслідки, які вона тягне за собою. Саме на даному етапі люди поведуться по-різному, або підкоряючись перебігу хвороби, або контролюючи свою поведінку для збереження активної життєвої позиції. Це ставить питання про те, які фактори сприяють активації бажання чинити опір хворобі і реалізовувати свої здібності в тих рамках, які ця хвороба накладає [1].

Частково відповідь на таке питання можна знайти при вивченні психологічного стану хворого. Описати стан людини на будь-якому етапі його життя (через призму досліджуваної проблеми) можна, виходячи з двох взаємодоповнюючих конструктів: внутрішня картина здоров'я і внутрішня картина хвороби.

Внутрішня картина здоров'я – конструкт, запропонований Ю. М. Некрасовою для опису ментальних моделей, що підвищують поріг виникнення захворювання у людини [71].

Внутрішня картина хвороби – термін, введений А. Р. Лурією, описує ментальне уявлення людини про те, що являє собою його хвороба, виліковує вона, і якщо – так, то якими методами. Це ментальна модель, внутрішній комплекс відчуттів, сприйнять, емоцій, конфліктних уявлень і переживань, які травмують. Внутрішня картина хвороби включає в себе 4 рівня:

- 1) перцептивний, що представляє собою набір хворобливих відчуттів;
- 2) емоційний, тобто переживання, пов'язані з виникненням захворювання і обмеженнями, які воно накладає на людину;

3) інтелектуальний, тобто знання про захворювання та оцінка його причин і наслідків;

4) мотиваційний, тобто створення певного ставлення до захворювання, система спонукань до зміни ситуації або, навпаки, збереження її. Ця картина вибудовується самим хворим і може радикально відрізнятись від того, як це захворювання сприймається фахівцями [51].

Хронічне захворювання і критерії адаптації до нього.

Зміна структури захворюваності в сторону хронічних хвороб в світі виникла як наслідок появи анти бактеріцидних препаратів, які дозволили витіснити інфекційні хвороби з першого місця серед причин смертності населення [35].

Під хронічним захворюванням розуміється захворювання, яке триває тривалий час, не має причин спонтанного одужання і перспективи повного одужання [17].

Деякі захворювання (наприклад, хірургічні втручання) пов'язані з раптовою зміною умов життя і роботи, інші – призводять до поступових змін, при яких людина не відразу втрачає енергію до життя. Саме тому зазвичай пристосування до життя з хронічним захворюванням розгортається поступово протягом життя людини, зачіпаючи, врешті-решт, різні сторони її життя, включаючи багато рівнів функціонування організму. Це пристосування вкрай індивідуалізовано і в значній мірі визначається когнітивним рівнем розвитку особистості [48].

Виділяють наступні критерії пристосування до хронічної хвороби:

1) якісно поліпшується виконання завдань, які не могли бути виконані на початковому етапі захворювання;

2) психологічний статус людини фіксується на певному рівні і тривалий час не спостерігається його погіршення;

3) зберігається рівень активного життя в декількох сферах;

4) відсутні психологічні розлади [5];

5) відзначається низький рівень негативних емоцій;

б) зберігаються життєві цілі і позитивний емоційний стан [88].

Це пристосування відображає стан особистості в цілому, охоплюючи міжособистісний, когнітивний, емоційний, фізичний і поведінковий рівні її функціонування. У всіх дослідженнях підкреслюється взаємозв'язок всіх компонентів адаптації до хвороби. Саме тому виникає депресія (як одна з характеристик емоційного рівня уявлення людини про хвороби) на тлі втрати цілого ряду звичних функцій після початку хвороби може міняти можливість людини управляти болючим симптомами, що, в свою чергу, веде до збільшення вживання ліків [2].

Можна виділити наступні сутнісні завдання, які повинна вирішити будь-яка хронічно хвора людина:

1) пристосування до найважливіших життєвих процесів, включаючи саме серйозне захворювання, регуляція своєї реакції на стресори;

2) збереження економічного статусу, рівня доходу, що дозволяє отримувати необхідну медичну допомогу і виконувати ті дії, які потрібні для реабілітації;

3) збереження і зміцнення зв'язків зі значущими людьми, які складають групу соціальної підтримки [57];

4) відновлення втрачених функцій, наскільки це дозволяє захворювання;

5) приведення у відповідність особистісних потреб з соціальними можливостями при погіршенні фізичного стану [85].

Пізніше до цих завдань було додано:

1) підвищення самооцінки;

2) збереження сенсу життя або пошук нового сенсу в рамках створених умов – відповідно до когнітивної теорії адаптації [42].

Якщо мова йде про фізичні недуги, то для підтримки якості життя додаються завдання:

1) управління болем і наростаючими симптомами [20];

2) пошуку тих, хто буде допомагати в процесі пересування і виконання гігієнічних процедур;

3) підтримання контактів з медичним персоналом;

4) збереження сексуальної активності [40];

5) особистісного зростання. Вирішення зазначених завдань дозволяє людині перейти на четвертий рівень адаптації – мотиваційний [102].

Пристосування до життя з хронічним захворюванням зовсім не означає, що хворі повністю захищені від негативних переживань і моментів відчаю. Як позитивні, так і негативні емоції являють собою різні сторони взаємодії хворого зі світом, викликаються різними причинами і мають неоднакові наслідки [21].

Безумовно, позитивні емоції можуть бути буфером, який перешкоджає виникненню негативних емоцій. Доведено, що позитивні емоції зменшують кореляцію між інтенсивністю болю і негативними емоціями у хворих на ревматоїдний артрит. Але, тим не менш, перебуваючи на емоційному рівні, хворому буде важко адаптуватися до хвороби [9].

Однак, якщо лікар і люди які оточують хворого будуть наполягати, щоб він не відчував негативних емоцій, щоб не підвищувати ймовірність повернення симптомів захворювання, то це може зіграти злий жарт з хворим, який почне відчувати свою нездатність постійно перебувати в позитивному настрої, відчуваючи іноді слабкість і смуток. Подібна вимога буде стресогенною для хворого і, в свою чергу, створить умови для погіршення стану, що стане додатковим підтвердженням для хворого тієї тези, що він не здатний контролювати перебіг захворювання. Жодна здорова людина не може завжди бути в тонусі і гарному настрої. Тим більше цього не можна вимагати від хворого [31].

Тому лікар, який наполягає на жорсткому контролі хворим свого настрою, може зробити його заручником позитивного мислення, сформувавши помилкову впевненість, що будь-яке негативне переживання підсилює симптоми хронічного захворювання [75].

Зрозуміло, що будь-яке пристосування, в тому числі і пристосування до життя з хронічним захворюванням, представляє собою динамічну систему, в рамках якої адаптація до хвороби – нелінійний і гнучкий процес, при якому відбуваються як коливання настрою людини, так і змінюється емоційний фон в групі соціальної підтримки. Це може бути пов'язано або не пов'язане з раптовим поверненням захворювання, ослабленням або посиленням больових відчуттів [26].

У той же час досліджень, спрямованих на вивчення динаміки пристосування до хронічного захворювання, недостатньо. Ця динаміка значною мірою визначається діагнозом, від якого буде залежати прогноз якості життя людини, його можливість зберегти колишній соціальний статус, успішність особистісної реалізації і швидкість погіршення здоров'я [23].

Є дані, що при ревматоїдному артриті депресивні симптоми і якість життя відносно стабільні з плином часу, тоді як після хірургічного втручання при інших діагнозах у хворих можуть виникнути раптовий непередбачуваний біль, що вкрай лякає і насторожує людей і створює умови для переживання додаткового стресу, що погіршує перебіг хвороби. У будь-якому випадку найбільш сильні емоції людина відчуває в той момент, коли вперше дізнається про діагноз [96].

Вплив постановки діагнозу на стан хворого і найближче оточення.

Існує безліч даних про зв'язок хронічних захворювань з попередніми стресовими переживаннями. Звичайно, є специфічні відмінності при зустрічі з різними хронічними захворюваннями, але ми поставили перед собою завдання виявити загальні особливості, які залежать від типу захворювання. У той же час неможливо довести, що є первинним у комплексі стресу і захворювання. З одного боку, можливо, що стрес провокує початок захворювання, з іншого – розвиток соматичного захворювання може змінювати реактивність організму на стрес. Усвідомлення наявності захворювання вдруге і може посилювати вказане взаємне підкріплення

хвороби і стресу І те й інше твердження підтверджено експериментальними дослідженнями [100].

Найбільш надійними вважаються дані, отримані в рамках проспективних досліджень, побудованих таким чином, що спочатку оцінюється стан людини, а потім з'ясовується наявність діагнозу. В одному з таких досліджень оцінювали стан 48892 жінок, у 759 з яких пізніше протягом 4 років був діагностовано рак молочної залози. Жінки, які на момент обстеження нічого не знали про наявність у них хвороби, а пізніше їм було поставлено діагноз, відзначали на момент обстеження посилюються болі, слабкість і зниження фізичної і соціальної активності, низький рівень життєстійкості в порівнянні з жінками, яким діагноз пізніше поставлений не був [47].

При оцінці стану 8000 осіб, відправлених на пенсію у віці 51-61 рік, не було виявлено значимих депресивних симптомів на момент обстеження. Однак в наступні два роки у частині цих випробовуваних був поставлений діагноз «рак», і слідом за цим були виявлені депресивні симптоми у 3,55 разів частіше, ніж у тих, у кого діагноз поставлений не був. У наступні 6 років ці симптоми у хворих тільки наростали. Збільшення ризику депресивних симптомів було відзначено і у тих випробовуваних, яким був поставлений той чи інший кардіологічний діагноз. Це знову заплутує відповідь на питання: що первинне в діаді стрес – захворювання. Очевидно, що кожен з цих феноменів підкріплює і підсилює інший [98].

При вивченні стану жінок з виявленим раком молочної залози протягом 55 місяців після постановки діагнозу було виявлено, що 43% з них зберігали високу та стабільну психологічну якість життя, у 18% стан спочатку злегка погіршувався, потім трохи поліпшувався, у 26% після короткого погіршення відразу після повідомлення про діагноз надалі спостерігався тривалий період поліпшення стану, у 12% протягом усього обстеження фіксувалося погіршення психологічного функціонування [53].

Приблизно ті ж групи виявлені при аналізі стану хворих, яким була проведена операція з пересадки серця: хворі з постійно високим рівнем позитивних емоцій; хворі з постійним клінічно значущим рівнем негативних емоцій; хворі з високим рівнем негативних емоцій в перші кілька місяців і поліпшенням стану в наступні три роки; хворі, настрій яких постійно змінювалося [45].

Після проведення коронарного шунтування об'єктивно хворі відчують поліпшення, але приблизно 30% з них переживають негативний стан, який поступово посилюється що зводить нанівець зусилля хірургів, унеможлиблює одужання [44].

Саме постановка діагнозу провокує перехід на емоційний рівень уявлень людини про свій стан здоров'я, який характеризується наявністю цілого спектра переживань, пов'язаних з виникненням захворювання і обмеженнями, які воно накладає на людину. Емоційний фон або сприяє одужанню, або перешкоджає йому [84].

Поширений параметр, який застосовується при аналізі стану хронічно хворих, – рівень оптимізму. На жаль, важко сказати, що первинно – рівень оптимізму, який веде до кращого виходу з хворобливого стану, або менша інтенсивність захворювання сприяє високому рівню оптимізму у хворого. Проте відомо, що чим вище рівень оптимізму при виході з лікарні після, тим краще стан хворого через рік, вище ймовірність виживання протягом 10 років після постановки кардіологічного діагнозу, хворі краще пристосовуються до хвороби протягом першого року після операції з приводу раку молочної залози [60].

У той же час більшість дослідників вважає, що рівень оптимізму визначається ефективністю копінг-стратегії яка застосовується, оскільки дані, отримані при зіставленні цих показників, добре корелюють. Встановлено, що копінг-стратегії вирішення проблем і пошук соціальної підтримки обумовлюють формування уявлення про рак як менш небезпечне

захворювання, ніж уявлення, що виникає у випробовуваних, які застосовують копінг-стратегію уникнення [117].

Відомо, що стрес і негативні емоції можуть вести до зміни імунної активності, а вони, в свою чергу, впливають на інтенсивність захворювання, але можлива і зворотна залежність. Ворожість / агресія, тривога, депресія і безпорадність, ізоляція, конфлікт, хронічний стрес пов'язані з розвитком серцево-судинних захворювань і смертністю. Соціально-економічні та культурні особливості, час початку захворювання, стать, особистісні характеристики впливають на те, як люди реагують на умови та обставини, які змінюються [99].

Контекстний підхід до результатів пристосування людини до хронічного захворювання підкреслює залежність поведінки людини від життєвих обставин і економічного статусу. Соціально-економічний статус визначає рівень освіти людини, і звідси – професійний статус, здоровий спосіб життя, доступність соціального страхування. Низький рівень освіти, складність отримання якісної медичної допомоги через відсутність коштів тягнуть за собою низький соціальний статус, бідність і, як наслідок, негативний емоційний фон і депресію у хронічно хворих. Відчуття безпорадності, яке при цьому виникає при перебігу хвороби опосередковує зв'язок між низьким рівнем освіти і ранньою смертністю [109].

При розвитку хронічного захворювання у жінок частіше відзначається депресія і відчуття безпорадності у порівнянні з чоловіками. Але наявність дружньої підтримки у жінок підвищує як якість життя, так і настрій. Повернувшись додому після перебування в лікарні, саме жінки, на відміну від чоловіків, беруть на себе домашні турботи [59].

Підтримка з боку когось одного з подружжя однаково дієво впливає і на чоловіків, і на жінок. Особливо важливо, коли і чоловік і жінка впевнені в успіху лікування. Впевненість подружжя в тому, що з хворобою можна впоратися, безпосередньо впливає на здоров'я хворих, тоді як відсутність

підтримки з боку чоловіка веде до посилення переживання болю, погіршення загального стану [34].

Інтелектуальний рівень внутрішньої картини хвороби, особистісні характеристики і адаптація до життя з хронічним захворюванням.

Кожен хворий в тій чи іншій мірі визначає для себе причини захворювання і методи лікування. Згідно з уявленнями Р. С. Лазарус, когнітивна оцінка хворим свого захворювання стає фундаментом вибору копінг-стратегій і подальшого пристосування до життя з хронічним захворюванням. Ця когнітивна оцінка включає в себе первинну оцінку, за допомогою якої людина визначає небезпеку хвороби для свого життя, своїх планів і очікувань, і вторинну оцінку, яка дозволяє визначити можливість контролювати ситуацію і перебіг хвороби [118].

Копінг-стратегії можуть бути спрямованими на вирішення проблем, пов'язаних із захворюванням, або їх униканням. Можна уявити континуум, на одному кінці якого представлені стратегії, спрямовані на боротьбу з хворобою, а на іншому – всі види її ігнорування. Залежно від того, в якій точці цього континууму знаходиться людина, будуть формуватися її мотиваційні стратегії, що сприяють адаптації до хвороби або, навпаки, перешкоджають їй [50].

Серед стратегій, спрямованих на боротьбу з хворобою, можна виділити пошук інформації, спробу вирішення проблеми, пошук соціальної підтримки, активний пошук нових стратегій у власному досвіді, створення виходу для емоційного переживання. В рамках стратегій ігнорування хвороби пропонуються уникнення, заперечення і придушення, невключеність в процес реабілітації [46].

Можна виділити додаткові стратегії, наприклад, духовний копінг, який потенційно може відноситись і до копінгу, спрямованого на вирішення проблеми, і до копінгу уникання [52].

Пізніше Р. С. Лазарус переглянув ідею первинної оцінки і включив до неї значущість мети, що передує хворобі, відповідність мети змісту захворювання, яку людина формулює для себе [118].

Відповідність планів людини і її життєвої активності новому досвіду, який вона отримує завдяки хворобі, розглядається в теорії саморегуляції. Іноді хвороба може привносити інший зміст у життя людини в залежності від того, наскільки вона перешкоджає або, навпаки, сприяє здійсненню колишніх цілей (не обов'язково усвідомлених) [55].

Оцінка людиною небезпеки хвороби для життя і масштаб заподіяної нею шкоди, який вона прогнозує, зумовлює в подальшому рівень тривожності або негативних емоцій, інтенсивність болю і втоми [91].

Згідно теорії регуляції системи Я, хвороба сприймається людиною як загроза системі Я, можливість втрати контролю над обставинами. Ефективність передбачення цієї концепції доводиться дослідженнями, в яких було показано, що якщо людина оцінює рак як хронічне або циклічне захворювання, то пережиті нею негативні емоції істотно вище, ніж у тих, хто розглядав його як гостре захворювання, контрольоване на актуальній стадії [29].

Значимість для адаптації до хронічного захворювання відчуття контролю перебігу захворювання і впевненість у здатності впливати на результат, тобто самоефективність, продемонстровані багато разів. Відчуття можливості контролювати розвиток раку у хворих супроводжується зниженням рівня стресу перед пересадкою кісткового мозку і протягом року після операції, під час променевої терапії. Більш того, це відчуття може бути лише ілюзією, але тим не менш забезпечує краще самопочуття хворого. Навпаки, відсутність відчуття контролю, безпорадність перед захворюванням зумовлюють високий рівень депресії, погіршують фізичний стан незалежно від реальної тяжкості захворювання і можуть посилювати запальний процес [90].

Тим часом особливістю хронічного захворювання є і те, що навіть найсерйозніше рішення включитися в лікування і виконання всіх вимог здорового способу життя не гарантують результат, оскільки люди можуть контролювати наслідки захворювання, але не остаточний результат. Навіть відчуття контролю симптомів, а не самого захворювання, викликає у хворого поліпшення стану [68].

Деякі вчені обмежують роль усвідомлення контролю над захворюванням, вважаючи, що він важливий лише до тих пір, поки дає можливість припускати позитивні результати лікування. В іншому випадку він же може негативно впливати на хід лікування захворювання. С. Карвер зі співавторами виявили на двох вибірках хворих на рак молочної залози, що очікування лікування від раку покращувало стан хворих протягом року після оперативного втручання, тоді як у тих жінок, які лише намагалися контролювати захворювання без очікування швидкого одужання, цього не спостерігалось [41].

У даний час велика увага приділяється психологічному конструкту «усвідомленість» («mindfulness»). Передбачається, що він об'єднує в тій чи іншій мірі всі теоретичні уявлення людини про своє здоров'я. Даний термін походить від східної традиції і найчастіше пов'язується з медитацією. Це внутрішній стан наповненості свідомості, який включає в себе усвідомлену увагу до пережитого досвіду. Вважається, що звернення до подібної практики веде до поліпшення стану хворого [22].

Багато хворих намагаються знайти сенс виникнення у них хронічного захворювання. У зв'язку з цим розрізняють значення захворювання як розуміння його фізіологічних причин і значення захворювання як набуття якогось додаткового сенсу життя, переоцінки цінностей. Таким чином, розуміння значення захворювання як набуття сенсу може привести людину до пошуку корисності переживання хронічного захворювання [15].

Саме тому хворі соматичними захворюваннями часто повідомляють про особистісне зростання завдяки пережитим випробуванням. Пошук

значення і користі в переживаннях хронічного захворювання розглядається як позитивний знак адаптації до хвороби. Люди, які створюють подібні смисли, демонструють кращі фізичні навички, рідше скаржаться на сильні болі, які обмежують їх активність [73].

У той же час не всі автори знаходять чіткі зв'язки між пошуком сенсу в переживанні, яке пов'язане з хронічним захворюванням, і ефективністю виходу з цього процесу [14].

Транстеоретична модель як основа стабільного підходу до дослідження адаптації до хронічного захворювання.

Отже, оскільки хронічне захворювання – це захворювання, яке охоплює іноді різні вікові періоди розвитку людини, очевидно, що пристосування до нього повинно залежати як від віку людини, так і від тривалості самого захворювання, а також від того, які обмеження воно накладає на життєві плани хворого і його життєстійкість [45].

З цієї позиції цікаво розглянути ставлення до захворювання не тільки у тих людей, які довгий час живуть з усвідомленням наявності хронічного захворювання, а й у тих, хто ніколи з ним не зустрічався або вперше відчув той чи інший сигнал майбутньої патології. Відомо, що багато людей знають про те, що потрібно робити, щоб підтримати своє здоров'я, але велика кількість людей протягом всього часу нічого для цього не робить. З боку здається, що у більшості здорових людей є механізм, який дозволяє їм міркувати на теми про майбутні захворювання [33].

Відповідно до теорії планової поведінки, можливо передбачити зміну поведінки людини в бік цільової, зокрема більш здорової, оцінюючи намір людини змінювати існуючу поведінку. Наміри, або інтенції, в свою чергу, визначаються ставленням людини до поведінки, яку необхідно змінити, суб'єктивними нормами і контролем (уявленням про те, наскільки легко чи складно буде змінити поведінку). Автор даної теорії вважав, що тільки останній компонент в найбільшій мірі дозволяє передбачити реальну можливість зміни поведінки [95].

У той же час ця теорія не передбачає врахування готовності людини до зміни поведінки. Є моделі, які розглядають поведінку як процес, який включає в себе кілька стадій Труднощі, які виникають у людей, які намагаються змінити поведінку на різних стадіях хвороби, вимагають різних підходів для впливу. Це означає, що на різних стадіях захворювання хворі можуть використовувати різні стратегії, які можна передбачити [12].

Число стадій відрізняється в різних моделях. Але всі вони мають три обов'язкові стадії, що свідчить і про наявність як мінімум трьох груп людей:

- 1) тих, хто не готовий змінити свою поведінку;
- 2) тих, хто вирішив її змінити (але ще не намагався);
- 3) тих, хто вже залучений в процес зміни своєї поведінки і зустрівся з труднощами [64].

Найбільш відома теорія, заснована на стадійному підході, називається транстеоретична модель. Вона включає в себе 5 стадій і відповідно розрізняє п'ять груп людей:

1. Стадія, на якій людина не замислюється про зміну власної поведінки – в найближчі 6 місяців вона не планує її міняти.
2. Стадія роздумів – стадія, на якій людина замислюється змінити свою поведінку в найближчі 6 місяців [68].
3. Стадія підготовки, на якій людина вивчає інформацію, необхідну для зміни поведінки.
4. Стадія активної зміни поведінки – стадія, на якій цільова поведінка змінюється протягом 6 місяців.
5. Стадія підтримки – стадія, на якій відбувається підтримка і збереження вже зроблених змін в поведінці [3].

На кожній наступній стадії відбуваються поступові зміни як в поведінці, так і в ментальних уявленнях людини. Ефективність змін залежить від готовності людини до змін [30].

При вивченні ставлення до хвороби і рівня життєстійкості у трьох груп випробовуваних: практично здорових людей; осіб, які мають окремі

симптоми того чи іншого хронічного захворювання; осіб, які тривалий час живуть з тим чи іншим хронічним захворюванням. Було виявлено, що здорові люди і хворі з хронічними захворюваннями в своїх відповідях не відрізнялися за досліджуваними показниками; у них були виявлені гармонійний, ергопатичний і анозогнозичний типи ставлення до хвороби, при яких психічна і соціальна адаптація істотно не порушується [82].

У піддослідних другої групи, які вперше відчули ті чи інші симптоми серйозних хронічних захворювань, частіше відзначалися дисфоричний, тривожний і іпохондричний тип ставлення до хвороби, на відміну від випробовуваних інших двох груп. Вони мали найгірше самопочуття і нижчий рівень життєстійкості, ніж представники інших груп [8].

Це підтверджує той факт, що необхідно використовувати стабільний підхід до оцінки адаптації людей до хронічних захворювань. При появі нових симптомів хворі намагаються шукати інформацію, змінити поведінку і плани, виконання яких обмежується захворюванням. Теорія планової поведінки допомагає зрозуміти відмінності в ставленні до захворювань, але не дозволяє пояснити відмінність в життєстійкості людей різних груп [97].

Транстеоретична модель передбачає, що мотивація є найбільш значущою частиною репрезентацій внутрішньої картини здоров'я або внутрішньої картини хвороби. Саме мотивація відрізняє людей різних груп. Можна припустити, що така базова модель, яка залежить від стадії зміни поведінки могла б допомогти зрозуміти специфіку адаптації людей до хронічних захворювань на різних етапах розвитку людини і розгортання хвороби. Хворі з хронічними захворюваннями готові до того, щоб змінювати свою поведінку шляхом вирішення виникаючих проблем. Найнижчий рівень життєстійкості хворих другої групи пояснюється відсутністю досвіду боротьби з важким захворюванням [39].

1.2. Загальні психологічні особливості соматично хворих осіб з різними соматичними захворюваннями

Ставлення стародавнього суспільства до захворювань досить яскраво ілюструє фраза Сократа: «Неправильно лікувати очі без голови, голову без тіла, так само як тіло без душі». Але поступово медицина відійшла від цих традицій і стала спеціалізуватися в лікуванні тіла. Платон так говорить про це в своїх діалогах: «... найбільшою помилкою в лікуванні хвороб є те, що є лікарі для тіла і лікарі для душі, оскільки одне невіддільне від іншого, – але саме цього не бачать грецькі лікарі, і тому від них вислизає настільки багато хвороб; вони ніколи не бачать цілого. До цілісності повинні звернути вони свої турботи, бо там, де ціле відчуває себе погано, частина його не може бути здоровою» [79].

Знання про зв'язок соматичних і психічних процесів існує давно, а ось концептуальний характер ці ідеї почали набувати порівняно недавно. Термін «психосоматика» виник в 1818 році, і ввів це поняття німецький лікар R. Heinroth. А в 1822 році J. Jacobi ввів поняття «соматопсихіка», підкреслюючи тим самим основну роль тілесного чинника у виникненні ряду захворювань. Разом з тим у витоків наукової медицини стояли дві школи, що відображають два підходи до трактування загальної концепції хвороби: перша – гіппократична школа Косса; друга – школа перших анатомів Кніда. Перша трактувала хворобу як розлад відносин між суб'єктом і дійсністю; друга розглядала хворобу як ураження якоїсь певної матеріальної структури [103].

Вихідні формули оцінки хвороби і хворого при цьому різні. У першому випадку – «людина хвора», у другому – «у людини є хвороба». У зв'язку з науковими відкриттями в XIX столітті в області анатомії, мікробіології та нейрофізіології другий напрям став превалювати. Психосоматична медицина виникла як своєрідна реакція на вузький, локальний підхід в медицині [72].

На думку дослідників, під психосоматикою прийнято розуміти вплив психологічних чинників на виникнення різних хронічних захворювань; а під соматопсихікою – вплив хронічних захворювань (або перенесених) на психічний стан людини. «Психологічний стан – відображення особистістю ситуації у вигляді стійкого цілісного синдрому (сукупності) в динаміці психічної діяльності, що виражається в єдності поведінки і переживання в континуумі часу» [67].

Психосоматичне захворювання – це таке захворювання, в основі якого лежать як фізіологічні, так і психологічні причини, але це захворювання з усіма симптомами, яке вимагає медичного втручання. Необхідно відзначити і так званий механізм «замкнутого кола», при якому порушення, що з'являються в соматичній сфері, викликають психопатологічні реакції, які в подальшому стають причиною соматичних порушень [87].

Тому якщо дотримуватися тільки традиційного лікування, хвороба не пройде, триватимуть рецидиви (рецидивність при адекватному лікуванні – одна з характерних ознак психосоматики), отже, найбільш правильний підхід до психосоматичних захворювань – одночасно з лікуванням проводити роботу над проблемою з психологом. У психологічних дослідженнях таких авторів, як В. В. Миколаєва, Е. Т. Соколова, Т. Г. Горячева, Н. А. Коваленко і багатьох інших, показано, що наявність соматичних розладів змінює нормальний хід особистісного розвитку дитини. Вивчено психологічні особливості дітей і дорослих з такими захворюваннями, як діабет, захворювання легень, гіпертонія, виразкова хвороба шлунка, серцево-судинні захворювання, хронічна ниркова недостатність та інші. Діти з гіпертонічною хворобою відрізняються обмеженими можливостями емоційного самовираження, замкнутістю, вираженою потребою в самоствердженні, напружено-вимогливим ставленням до життя. При виразковій хворобі у дітей і підлітків виявлено переважання егоцентричної спрямованості, незадоволеної потреби в любові і визнанні, негативних установок до оточуючих, підвищеної тривожності [73].

Для дітей, які страждають на бронхіальну астму, характерні такі емоційно-особистісні особливості, як виражена тривожність, невротичні стани, сенситивність, інфантильність, які не дозволяють їм адекватно реагувати на труднощі і конфлікти, які виникають, самотійно справлятися з проблемними ситуаціями [86].

У дітей, які хворіють на діабет, були виявлені підвищена тривожність, агресивна поведінка, інтровертованість, конфліктність, прагнення до усамітнення, загальні труднощі адаптації до соціальної ситуації. Підлітки, які перенесли хірургічне втручання з приводу вродженої вади серця у ранньому віці, відрізняються від здорових підлітків емоційною незрілістю, інфантильністю, невпевненістю в своїх силах, неадекватною самооцінкою і несамостійністю, що обумовлено впливом трьох чинників: пороку серця, хірургічною операцією і спотвореною ситуацією розвитку [43; 27; 28].

Дослідження Є. Г. Филякової, яке присвячено вивченню особливостей становлення образу «Я» підлітків, які страждають на бронхіальну астму та гастродуоденальну патологією. За результатами дослідження, було виявлено, що образ «Я» підлітків з хронічними соматичними захворюваннями відрізняється від образу «Я» здорових підлітків. Основна відмінність полягає в спотворенні структури і порушення регуляторної функції образу «Я» хворих підлітків. Структура образу «Я» характеризується дисгармонійністю, внутрішньою дисоціацією між складовими образу «Я». Зміна регуляторної функції образу «Я» полягає в порушенні процесів цілепокладання, зниженні ідеалів особистості і штучне обмеження потенційних можливостей і резервів особистісного розвитку. Міжвікові і міжстатеві порівняння всередині нозологічних груп показало, що на порушення регуляторної функції і структури образу «Я» впливає негативний тілесний досвід: тяжкість захворювання незалежно від нозології, а також тривалість захворювання у хворих на бронхіальну астму, а при гастродуоденальній патології – стать хворої дитини [106].

У літературі описані не тільки особливості дітей, специфічні для певного захворювання, а й гендерні відмінності в реакції на хворобу однієї і тієї ж нозології. Так, рівні самооцінки і конфліктності у хлопчиків, хворих на бронхіальну астму, нижче, ніж у дівчат. У дівчат частіше, ніж у хлопців, відбувається витіснення уявлення про це захворювання, яким вони хворі. Діти, які страждають на цукровий діабет, в залежності від статі по різному формулюють причину свого захворювання, а різні типи переживання цієї хвороби дівчатами і хлопцями призводять до того, що у них по-різному формується і внутрішня картина хвороби [80; 36].

Крім статевих відмінностей дослідниками розглядаються питання етнопсихологічних відмінностей у ставленні до хвороби у дітей і підлітків. Так, В. А. Саад проводив аналіз етнодіфференціюючих і етноінтегруючих факторів, що впливають на процес ставлення до свого захворювання підлітків у віці 12-16 років, які страждають захворюваннями опорно-рухового апарату. Порівняльний аналіз особливостей особистості хворих підлітків Східної Європи і Близького Сходу показав, що в групі хворих європейських підлітків відмічається більш виражена емоційна нестійкість, фрустрованість, тривожність [92].

З ускладненням захворювання ці показники підвищуються. У групі хворих підлітків з Близького Сходу спостерігається підвищення показників по емоційній стабільності, зниження показників конформності і підвищення соціальної активності. Це вказує на те, що у цих підлітків захворювання в значній мірі мобілізує особистісні ресурси, формує активну установку на його подолання. У групі підлітків зі Східної Європи переважає емоційна оцінка захворювання, підвищена фіксація на своєму фізичному вигляді і виражений комплекс неповноцінності. У однолітків з Близького Сходу найбільш часто відзначається «паранойяльний» тип реагування на хворобу, що відображає установку на захворювання як результат карі Аллаха, чийогось злого наміру, покарання. На відношення до хвороби у дітей з Близького Сходу значний вплив мають такі особистісні характеристики, як

конформність, самоконтроль поведінки, підвищена відповідальність, а в групі хворих зі Східної Європи – рівень емоційної стабільності, нервово-психічної напруженості [92].

Описуючи психологічні особливості дорослих, які страждають на хронічний пієлонефрит та гломерулонефрит, Л. Д. Зікєєва констатує наступне: «При хронічних захворюваннях нирок порушується сталість внутрішнього середовища організму, відзначається стійка гіпертензія, постійна втрата білка з організму, що обумовлює наявність своєрідної і вираженої астенії. Астенічний фон сприяє виникненню гиперестезії по відношенню до внутрішніх органів, викликаючи різні відчуття і переживання хворих, які в поєднанні з певними преморбідними особливостями особистості можуть викликати невротичні розлади» [37].

Проведений клініко-психологічний аналіз невротичних нашарувань на основне захворювання при хронічних захворюваннях нирок показав провідну роль невротичних депресивних розладів, які проявилися у вигляді депресивно-іпохондричного, тривожно-депресивного і астено-депресивного типів реакцій [101].

При вивченні розумової працездатності, стану пам'яті, уваги цих хворих Л. Д. Зікєєва виявила нестійкість розумової працездатності, яка призводила до виснаження психічних процесів. Це проявлялося у вигляді коливань уваги і порушення пам'яті. Подібні порушення психічних процесів в деяких випадках викликали порушення розумової діяльності, непослідовність суджень, порушення рухливості нервових процесів [37].

Т. Н. Муладжанова, досліджуючи зміни особистості хворих на хронічну ниркову недостатність, які перебували на лікуванні гемодіалізом, показала, що біологічні особливості хронічної ниркової недостатності – масивна і тривала інтоксикація – призводять до зміни динаміки психічних процесів, інертності психічної діяльності, загальмованості розумових процесів. Соціальна ситуація змін особистості у хворих на хронічну ниркову недостатність є негативною. Змінюється соціальний статус хворих, вони

переводяться на інвалідність, відриваються від звичних колективів і груп, звужується коло контактів, порушуються особисті плани, досягнення певних цілей (професійних, зокрема) стає неможливим, видозмінюється звичний уклад життя.

Центральним психологічним механізмом змін особистості у хворих на хронічну ниркову недостатність є перебудова ієрархії мотивів за типом висунення в якості ведучого мотиву – мотив «збереження здоров'я». Перебудова ієрархії призводить до спотворення смислового ставлення до навколишньої дійсності, до «смислового зсуву». Ставлення до хвороби є однією з умов змін мотиваційної сфери особистості. На віддалених етапах лікування гемодіалізом у ряду хворих формується нова ведуча діяльність – «турбота про своє здоров'я». На початку захворювання виникають механізми психологічного захисту, а в ситуаціях фрустрації виникає агресивний тип поведінки, а в подальшому недооцінка значущості подій [66].

Н. Пезешкіан в книзі «Психосоматика і позитивна психотерапія» так описує людей з розладами функції нирок: «Вони відрізняються охайністю, недостатньою відкритістю, чесністю, ввічливістю. У сфері контактів вони дуже стримані, на відміну від інших людей вони дуже скуті і невпевнені. Їх увага часто направлена на грандіозні цілі, в реалізацію яких вони самі не вірять. Вони сумніваються в сенсі життя. Зазвичай батьки таких пацієнтів дуже високо цінували охайність і досягнення. Дитина дуже швидко вчиться контролювати свої фізичні потреби і підпорядковувати їх принципу досягнення» [77].

М. А. Садовій, Ю. М. Плюснин, В. Н. Ткаченко досліджували відмінності в структурі соціальної поведінки (система цінностей, диспозицій, уявлення про себе і своє місце серед близьких) здорових дітей і дітей з патологією хребта в період формування особистості (в дитячому, підлітковому і юнацькому періоді). Вони відзначають, що відмінності в уявленнях про найближче соціальне оточення і про своє місце серед родичів і друзів, між здоровими і хворими дітьми представляються чітко визначеними.

При цьому дівчата, особливо у старшому віці, сильніше диференціюються у порівнянні з хлопцями. Це свідчить не тільки про більшу «заглибленості» дівчат в соціальне середовище, але відображає і статеві відмінності, властиві взагалі чоловікам і жінкам, незалежно від віку. Хворі діти як би випереджають в соціально-психологічному розвитку своїх однолітків. Рівень соціальних відносин з родичами і однолітками у них вище в порівнянні з однокласниками. Узагальнений показник відображає більш ранній соціально-психологічний розвиток дітей, які страждають сколіотичною хворобою, тому хворі дівчата мають або відчують потребу в більшій психоемоційній близькості, ніж їхні здорові однолітки. На відміну від дівчат, хлопці не показують будь-яких відмінностей між здоровими і хворими [93].

Для дітей підліткового віку і молодих людей найбільш важкими в психологічному відношенні виявляються хвороби, які змінюють зовнішній вигляд людини. Це пов'язано з системою цінностей, розстановкою пріоритетів, наявних у молодій людини, для якої найвищу цінність набуває задоволення головної потреби – «задоволеність власною зовнішністю». Таким чином, найбільш важкі психологічні реакції можуть викликати хвороби, що не носять з медичної точки зору загрози для життя. До них відносяться будь-які хвороби, які негативно, з точки зору підлітка, змінюють зовнішність (шкірні, алергічні), калічать травми, операції (опіки) [61].

Емоційна реакція на хворобу і пов'язані з нею негативні наслідки для особистості (конфліктні відносини з людьми, перш за все) можуть коригуватися за наявності розвиненої системи мотивації та адекватної, критичної самооцінки. Однак складність полягає в тому, що захворювання є хронічним, з'являється часто в ранньому віці, тому саме початкове формування самооцінки та мотиваційної сфери особистості з самого початку протікає в спотворених умовах. Особливості зміненої особистості проявляються не відразу, а проходять складний шлях формування [13].

Кожне серйозне і тривале соматичне порушення призводить до загальних стійких змін внутрішнього світу людини, всього її психічного образу. Зміни особистості можуть носити різноманітний характер, вони проявляються:

- а) у вигляді зміни емоцій (депресія, ейфорія) [16];
- б) у вигляді порушень мотиваційної сфери (апатія, бездумність);
- в) у вигляді порушень ставлення до себе і оточуючих (порушення критики, зміни підконтрольності) [18];
- г) у вигляді порушень активності (аспонтанність) [32].

У соматичних хворих може спостерігатися наростання егоцентричного змісту ведучого мотиву, особливо при іпохондричних змінах особистості. Особливістю ієрархічної структури мотиваційної сфери може бути жорстка підпорядкованість діяльності одному мотиву [72].

У таблиці 1 представлена порівняльна характеристика впливу різних хронічних соматичних захворювань на психологічні особливості особистості за результатами наукових досліджень, описаних вище.

Таблиця 1.1.

Психологічні особливості хворих різними хронічними соматичними захворюваннями

Група	Нозологічна група / хвороби	Психологічні особливості
Діти	Діабет	Підвищена тривожність, агресивна поведінка, конфліктність, прагнення до усамітнення, замкнутість, загальні труднощі адаптації до соціальної ситуації
Діти	Гіпертонічна хвороба	Відрізняються замкнутістю, обмеженими можливостями емоційного самовираження напружено-вимогливим ставленням до життя
Діти	Виразкова хвороба	Егоцентрична спрямованість особистості, незадоволена потреба в любові та визнанні, негативні установки до оточуючих, підвищений рівень тривожності

Продовження таблиці 1.1.

Діти	Бронхіальна астма	Яскраво виражена тривожність, невротичні прояви, сенситивність, інфантильність
Діти 7-12 років	Кістозний фіброз	Занижена самооцінка, переважає підвищений рівень тривожності. Мають велику потребу в спілкуванні, яка у більшості випадків не задовольняється
Діти 7-12 років	Лімфостаз	Завищена самооцінка, переважає середній рівень агресії і тривожності, досить товариські, але мають вузьке коло спілкування
Діти 7-12 років	Хронічні хвороби нирок	Мають адекватну самооцінку, підвищений рівень реактивної та особистісної тривожності, замкнуті нетовариські
Підлітки	Вади серця	Виражена інфантильність, невпевненість у собі, залежність, емоційна незрілість та неадекватна самооцінка
Підлітки	Бронхіальна астма, гастро-дуодеальна патологія	Структура образу «Я» характеризується дисгармонійністю, внутрішньої дисоціацією між складовими образу «Я». Зміни регуляторної функції образу «Я» проявляються в порушенні процесів цілепокладання, заниженні ідеалів особистості і штучне обмеження потенційних можливостей і резервів особистісного розвитку
Підлітки 12-16 років	Захворювання опорно-рухового апарату	Яскраво виражена емоційна нестійкість, підвищена фіксація на своєму фізичному вигляді і виражений комплекс неповноцінності
Юнаки (дівчата)	Сколіоз	Випереджають в соціально-психологічному розвитку своїх однолітків. Рано формується ставлення до батьків як до рівноправних партнерів. Відчувають велику потребу в психоемоційній близькості
Юнаки (хлопці)	Сколіоз	На відміну від дівчат юнацького віку, хлопці не показують будь-яких відмінностей між здоровими і хворими

Продовження таблиці 1.1.

Дорослі	Хронічний пієлонефрит і гломеронефрит	Нестійкість розумової працездатності, що призводить до виснаження психічних процесів, коливання уваги і порушення пам'яті. Подібні порушення психічних процесів іноді викликають порушення розумової діяльності та рухливості нервових процесів
Дорослі	Хронічна ниркова недостатність	Зміна динаміки психічних процесів, зниження операційно-технічних можливостей, інертність психічної діяльності, астено-депресивний синдром
Дорослі	Розлад функції нирок	Відрізняються охайністю, недостатньою відкритістю, чесністю, ввічливістю. У сфері контактів вони дуже стримані, на відміну від інших людей вони скауті та невпевнені. Їх увага направлена на грандіозні цілі, в реалізацію яких вони самі не вірять. Вони сумніваються в сенсі життя

Провівши аналіз наукових досліджень в цій області, слід зазначити, що дослідження психологічних особливостей людей з різними хронічними захворюваннями, на наш погляд, носять уривчастий і несистемний характер. Існують прогалини і протиріччя в вивченні цієї проблеми, особливо в юнацькому та підлітковому періодах. Хронічне соматичне захворювання веде до зниження рівня психічних можливостей людини в здійсненні діяльності, до обмеження контактів з іншими людьми, до зміни об'єктивного місця, яке людина займає в житті, а тим самим і її внутрішньої позиції по відношенню до всіх обставин життя і до себе. Хвороба, включаючись в соціальну ситуацію розвитку, змінює умови протікання багатьох видів діяльності, що призводить до появи окремих психологічних наслідків, які суттєво впливають на протікання життєвих криз і становлення особистості.

Висновки до розділу 1

Уточнено, що під хронічним захворюванням розуміється захворювання, яке триває тривалий час, не має причин спонтанного одужання і перспективи повного одужання.

З'ясовано, що внутрішня картина хвороби включає в себе 4 рівня:

- 1) перцептивний, що представляє собою набір хворобливих відчуттів;
- 2) емоційний, тобто переживання, пов'язані з виникненням захворювання і обмеженнями, які воно накладає на людину;
- 3) інтелектуальний, тобто знання про захворювання та оцінка його причин і наслідків;
- 4) мотиваційний, тобто створення певного ставлення до захворювання, система спонукань до зміни ситуації або, навпаки, збереження її.

Виділено наступні сутнісні завдання, які повинна вирішити будь-яка хронічно хвора людина:

- 1) пристосування до найважливіших життєвих процесів, включаючи саме серйозне захворювання, регуляція своєї реакції на стресори;
- 2) збереження і зміцнення зв'язків зі значущими людьми, які складають групу соціальної підтримки;
- 3) відновлення втрачених функцій, наскільки це дозволяє захворювання;
- 4) приведення у відповідність особистісних потреб з соціальними можливостями при погіршенні фізичного стану;
- 5) підвищення самооцінки;
- 6) збереження сенсу життя або пошук нового сенсу в рамках створених умов;
- 7) управління болем і наростаючими симптомами.

Хронічне соматичне захворювання веде до зниження рівня психічних можливостей людини в здійсненні діяльності, до обмеження контактів з іншими людьми, до зміни об'єктивного місця, яке людина займає в житті, а тим самим і її внутрішньої позиції по відношенню до всіх обставин життя і до себе. Хвороба, включаючись в соціальну ситуацію розвитку, змінює умови протікання багатьох видів діяльності, що призводить до появи окремих психологічних наслідків, які суттєво впливають на протікання життєвих криз і становлення особистості.

РОЗДІЛ 2

ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ СОМАТИЧНО ХВОРИХ ОСІБ З ПОРУШЕННЯМИ РОБОТИ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ

2.1. Методичне забезпечення дослідження психологічних особливостей соматично хворих осіб з порушеннями опорно-рухового апарату

Для розв'язання поставлених завдань застосовувався комплекс психодіагностичних методик. З метою дослідження та діагностики індивідуально-психологічних особливостей особистості був використаний «Особистісний опитувальник Г. Айзенка» (Eysenck Personality Inventory, або EPI) [81]; для діагностики рівня тривожності використовувався «Особистісна шкала прояву тривожності Дж. Тейлора» в адаптації Т. А. Немчинова, В. Г. Норакідзе (Manifest Anxiety Scale, MAS) [63]. Психоемоційний стан вивчався методом клінічного спостереження та співбесіди. Дослідження проводилося впродовж 2020–2021 років у реабілітаційному центрі хребта і стопи «Актив центр», місто Львів.

«Особистісний опитувальник Г. Айзенка» (Eysenck Personality Inventory, або EPI). (Додаток А).

Опитувальник Г. Айзенка вперше був оприлюднений у 1963 році він містить 57 питань, 24 з яких направлено на діагностику екстраверсії-інтроверсії, 24 інших – на виявлення емоційної стабільності-нестабільності (нейротизма), інші 9 входять до контрольної групи питань, яка призначена для визначення чесності респондента, його ставлення до діагностики та достовірності отриманих результатів.

Провівши аналіз, матеріалів обстеження солдатів у яких було діагностовано невротичні розлади, Г. Айзенк прийшов до висновку, що всі індивідуально-типологічні риси людини можна представити за допомогою

двох фундаментальних характеристик: екстраверсії-інтроверсії та нейротизму.

Тест Г. Айзенка включає в себе чотири шкали: 1) «екстраверсії-інтроверсії», 2) «нейротизму», 3) «психотизму» і 5) своєрідну шкалу, яка призначена для оцінки правдивості респондента, його ставлення до обстеження.

Г. Айзенк запропонував структуру особистості, яка формується з трьох основних елементів.

1. Екстраверсія-інтроверсія. Надаючи описову характеристику яскраво вираженому екстраверту, слід зазначити, притаманні йому дружелюбність та схильність до соціальних контактів, велику кількість знайомих. Висока реактивність, імпульсивність. Представник цього типу має наступні риси: не зацікавлений на проблемах, виявляє оптимізм, має добру вдачу, веселий. Рухливий, дієвий, має схильність до агресивної поведінки. Почуття та прояв емоцій чітко не контролюються, має схильність до ризику. Йому не завжди можна довірити відповідальну справу.

Яскраво виражений інтроверт має наступні риси: схильність до рефлексії, врівноважений, виважений, спокійний. Стримано тримається за всіма, окрім близьких людей. Свої дії інтроверт ретельно планує, відповідально підходить до ухвалення рішень, педантичний. Схильний контролювати емоції, не конфліктний. Песиміст, завжди намагається дотримуватися соціальних і моральних норм.

2. Нейротизм. Це показник описує емоційну стійкість чи нестійкість нервової системи (стабільність або нестабільність). Деякі дослідження вказують на те, що рівень нейротизму тісно пов'язаний з рівнем лабільності. Основні характеристики: зрілість, здатність швидко адаптуватися, стресостійкість, відсутність напруження, а також бажанням займати лідерські позиції. Нейротизм проявляється в невротичних реакціях, ускладненнях адаптації, тенденціях до зміни настрою, поганій концентрації уваги, заниженій самооцінці, підвищеній дратівливості.

Нейротична особистість має неадекватно сильні реакції до стимулів, які їх визивають. Високий рівень нейротизму свідчать про те, що під впливом стресових факторів у людини може бути сформований невротичний розлад (невроз).

3. Психотизм вказує на схильність особистості до деструктивної, асоціальної поведінки, неадекватність емоційних проявів, високу конфліктність, неконтактність, егоїстичність, байдужість.

На думку Г. Айзенка, високий рівень естравертованості та нейротизму можуть вказувати на психіатричному (медичному) діагнозу істерії, а високий рівень інтровертованості та нейротизму – відповідають депресії (реактивній). У разі вияву високих показників за вказаними шкалами може свідчити про спрямування особистості до відповідних психічних патологій.

Високі бали за шкалою екстраверсія-інтроверсія вказують на екстравертований тип, низькі – інтровертованому. Середньостатистичні показники за цією шкалою знаходяться в діапазоні: 7-15 балів. Середньостатистичні показники за шкалою нейротизму знаходяться в діапазоні: 8-16 балів. Середньостатистичні значення за шкалою психотизму знаходяться в діапазоні: 5-12 балів. Респондентам, які набрали більше 10 балів за шкалою психотизму, не варто працювати за фахом в системі типу «людина-людина».

4. Якщо за шкалою відвертості кількість балів знаходиться в діапазоні 4-5 балів, то результати діагностики можна вважати сумнівними і далі не опрацьовуються.

Застосовуючи результати досліджень у галузі фізіології Г. Айзенк висуває припущення в якому сильний і слабкий типи нервової системи (в класифікації І. Павлова) близькі до екстравертованого та інтровертованого типу в його класифікації. Основою інтроверсії та екстраверсії є генетично детерміновані характеристики нервової системи, які координують процесів гальмування так збудження та їх врівноваженість. За допомогою даних психодіагностичного обстеження за рівнем екстраверсії-інтроверсії і

нейротизму можна з'ясувати до якого типу темпераменту відноситься особистість. І. Павлова ввів у науковий дискурс чотири загальновідомих типи: сангвінічний (по основним властивостям центральної нервової системи характеризується: рухливістю, силою, урівноваженістю); холеричний – характеризується: рухливістю, силою, неуврівноваженістю, флегматичний – характеризується інертністю, силою, урівноваженістю; меланхолічний – характеризується – інертністю слабкістю, неуврівноваженістю.

Сангвінік легко адаптується до нової ситуації, легко знаходить спільну мову з оточуючими, товариський. Емоції виникають швидко і так само швидко змінюються, почуття неглибокі. Мімічні прояви багаті, загальна моторика виразна. Слабо контролює свої імпульси, не завжди дотримується соціальних правил. Це може призвести до того, що він не здатен виконувати роботу, яка вимагає рівного розподілу сил, тривалих і методичних зусиль, сконцентрованості, зосередженості та терпіння. За відсутності конкретних цілей, творчих видів діяльності формуються поверховість і мінливість.

Холерик – характеризується високим рівнем збудливості, дії динамічні, переривчасті. Загальні властивості: рухи стрімкі та різкі, імпульсивність, емоційні прояви виразні. Неврівноважений, захопившись діяльністю, має схильний діяти щосили, швидко виснажується. Виконуючи доручення, виявляє ініціативність, енергійність, принциповість. За відсутністю інтелектуального життя цьому типу притаманні: запальність, дратівливість, нестриманість, афективність, нездатності контролювати емоційні прояви в складних обставинах та ситуаціях стресу.

Флегматик характеризується порівняно невисоким рівнем активності поведінки, нові варіації якої формуються дуже повільно, але потім залишаються стійкими. Йому притаманні врівноваженість, яка проявляється у діях, міміці, мовленні. Представники цього типу відрізняються рівністю, постійністю, глибиною почуттів і настроїв. Спокійний, завзятий, проявляє наполегливість, він рідко, не схильний до полярних емоційно-вольових реакцій, не схильний до афектів, не перебільшує свої можливості,

систематичний, рівний у відносинах, не любить зайвих розмов. Береже сили, даремно їх не витрачає.

В залежності від ситуації представники цього типу можуть проявляти: витримку, глибина думок, сталість, ґрунтовність В інших – млявість, байдужість до близьких, лінь і слабохарактерність, бідність емоцій.

Меланхолік. У представників цього типу реакція не відповідає силі подразника. Почуття глибокі, стійкі, але не диференційовані та слабо виражені. Слабка концентрація уваги. Сильний і тривалий стрес можуть викликати у меланхоліка гальмівну реакцію, яка триває довгий час. Меланхоліку властиві стриманість і приглушеність рухової активності та мови, сором'язливість, тривожність, нерішучість. У звичайних умовах меланхолік – це змістовна, глибока особистість, може бути гарним працівником, успішно долати перешкоди. У несприятливих ситуаціях може проявляти замкнутість, боягузливість, тривожність, вразливість. Боляче реагує на критику, важко переживає конфліктні ситуації. Як правило, слід говорити про перевагу тих чи інших типологічних рис, оскільки в реальності в класичному вигляді вони дуже рідко зустрічаються.

Крім вище названих чотирьох «чистих» типів запропоновані чотири «проміжних»: холерично-сангвінічний, сангвінічно-флегматичний, флегматично-меланхолійний і меланхолійно-холеричний типи, а також п'ятий – нормальний тип.

Кожному типу відповідають наступні характеристики:

1. Холеричний тип (Х) – агресивний, запальний, часто змінює свої погляди, імпульсивний.

2. Холерично-сангвінічний (ХС) тип – оптимістичний, активний, екстравертований, товариський, доступний.

3. Сангвінічний (С) – балакучий, швидко реагує, невимушений, жвавий.

4. Сангвінічно-флегматичний (СФ) тип – безтурботний, стабільний, спокійний, врівноважений.

5. Флегматичний (Ф) – надійний, спокійний, стриманий, миролюбний, розсудливий.

6. Флегматично-меланхолійний (ФМ) тип – старанний, пасивний, інтровертований, тихий, нетовариський.

7. Меланхолічний (М) – стриманий, песимістичний, ригідний.

8. Меланхолійно-холеричний (МХ) тип – старанний, неврівноважений, нейротичний, мінливий, тривожний.

9. Нормальний тип (Н).

«Особистісна шкала прояву тривожності Дж. Тейлора» в адаптації Т. А. Немчинова, В. Г. Норакидзе. Шкала «прояву тривожності» (Manifest Anxiety Scale, MAS). (Додаток Б).

Шкала тривожності Дж. Тейлора, часто скорочується до MAS, являє собою тест на тривожність як рису особистості, методика була створена Джанет Тейлор в 1953 році для виявлення суб'єктів, які можуть бути корисні при вивченні тривожних розладів. Спочатку MAS складався з 50 істинних або помилкових питань, на які людина відповідає, розмірковуючи про себе, щоб визначити рівень своєї тривожності. Ця шкала часто використовувалася для демаркації здорових респондентів від тих, у кого рівень тривожності вважався патологічним. Показано, що MAS має високу надійність при повторних випробуваннях. Тест призначений для дорослих, але в 1956 році була розроблена дитяча форма. Тест був дуже популярний в протязом багатьох років після його розробки і зараз використовується дуже часто. Нами був використаний адаптований варіант цієї методики за редакцією Т. А. Немчинова і В. Г. Норакидзе.

MAS довів свою надійність за допомогою повторних випробувань. О'Коннор, Лорр і Стаффорд виявили п'ять основних чинників в шкалі:

- 1) хронічне занепокоєння або занепокоєння;
- 2) підвищена фізіологічна реактивність;
- 3) порушення сну, які пов'язані з внутрішньою напругою;
- 4) почуття власної неповноцінності;

5) рухова напруга.

Це дослідження показало, що люди, які пройшли тест, могли демонструвати різний рівень тривожності в цих сферах. Дослідження О'Коннора, Лоррен і Стаффорда дозволило пацієнтам і їх лікарям краще зрозуміти, на який аспект занепокоєння слід звернути увагу.

Шкала дитячої тривожності, яку іноді скорочують до СМАС, була створена в 1956 році. Ця шкала була точно змодельована після Шкали тривожності Тейлора MAS. Вона був розроблений для того, щоб ТМАС можна було застосовувати до ширшого кола людей, особливо до дітей.

MAS не має гендерної упередженості, жінки, як правило, отримують більш високі бали по MAS, ніж їх колеги-чоловіки. MAS має широкий спектр застосувань, але також має ряд обмежень. MAS можна використовувати в клінічних умовах, центрах профорієнтації в університетських, школах, реабілітаційних центрах, будинках для людей похилого віку, а також для моніторингу прогресу та ефективності психотерапії та лікуванні наркозалежності.

Ефективність MAS полягає в тому, що за допомогою цієї методики можна безпосередньо пояснити, що виникнення тривожного стану у людини тісно пов'язане з роботою в певній галузі. Шкала дозволяє вимірювати рівень тривожності і використовувати отримані бали для визначення ефективності виконання певних завдань. У деяких дослідженнях дослідники виявили, що учасники з високим рівнем тривожності (високим рівнем) будуть здійснювати більшу кількість помилок, тому учасникам потрібно більше часу для досягнення засвоєного критерію, тоді як учасники з низьким рівнем тривожності (низький рівень) швидше досягнуть засвоєного критерію.

MAS також вказує на зв'язок інтелекту з тривогою. Дослідження показали, що існує потенційна кореляція між тривогою і успішністю, але вони не рекомендується, щоб вона була єдиним предиктором успішності. MAS слід поєднувати з іншими тестами, щоб зробити точний прогноз.

2.2. Результати експериментального дослідження психологічних особливостей соматично хворих осіб з порушеннями роботи опорно-рухового апарату

Дослідницько-експериментальна робота проводилася впродовж 2020–2021 років. У дослідженні взяли участь 51 хворий у віці від 10 до 60 років. До контрольної групи увійшло 42 людини, які не мають хронічних захворювань опорно-рухового апарату. Психоемоційний стан вивчався методом спостереження в реабілітаційному центрі хребта і стопи «Актив центр», місто Львів, співбесіди, психодіагностичного обстеження за допомогою психометричних тестів: Г. Айзенка та Особистісної шкали прояву тривоги Дж. Тейлора в адаптації Т. А. Немчинова, В. Г. Норакідзе.

Результати дослідження та їх обговорення.

Нами обстежено 93 респондента у віці від 10 до 60 років.

Першу групу склали 51 хворий з різними формами порушень опорно-рухового апарату.

До контрольної групи (група порівняння) увійшли 42 людини, які не мають хронічних захворювань опорно-рухового апарату.

Репрезентативність вибірки визначалася кількістю респондентів, а також їх добровільною участю в дослідженні.

Достовірність отриманих даних забезпечувалася теоретико-методологічною обґрунтованістю вихідних позицій дослідження, аналізом досягнень сучасної психології, підбором комплексу діагностичних методик, різноманітням застосованих методів, які відповідають поставленим цілям і завданням дослідження, ґрунтовним аналізом результатів психодіагностичних процедур, репрезентативністю вибірки.

Серед 51 респондента з порушеннями опорно-рухового апарату було 22 особи чоловічої статі – 22 (43,1%), 29 осіб жіночої статі (56,9%). У групі порівняння розподіл за статтю був таким же: осіб чоловічої статі – 18 (42,9%), осіб жіночої статі – 24 (57,1%).

Вік хворих з порушеннями опорно-рухового апарату:

- 1) від 50 до 60 років – 21 (41,2%);
- 2) від 40 до 50 років – 12 (23,5%);
- 3) від 30 до 40 років – 8 (15,7%);
- 4) від 20 до 30 років – 7 (13,7%);
- 5) від 15 до 20 років – 3 (5,9%).

Розподіл за віком при формуванні контрольної групи (група порівняння) було ідентичним.

Найбільш поширеними клінічними формами порушень опорно-рухового апарату були:

- 1) грижі – у 15 хворих (29,9%);
- 2) кіфоз / лордоз – у 10 хворих (19,6%);
- 3) сколіоз – у 7 хворих (13,7%);
- 4) протрузії міжхребцевих дисків у 6 хворих (11,8%);
- 5) остеохондроз – у 5 хворих (9,8%);
- 6) остеоартроз – у 3 хворих (5,9%);
- 7) компресійні переломи хребта / контрактури після переломів кінцівок – у 2 хворих (3,9%).

Виявлені нами психоемоційні порушення були неpsychотичного регістра, в цілому, вони характеризувалися поліморфною астеноподібною картиною. Ступінь їх виразності була різною: від окремих симптомів – до вже сформованих.

На перший план виступали прояви зниження психічної активності у вигляді швидкої стомлюваності у 65,6% хворих і виснаження у 46,9% хворих. Дуже часто у хворих з порушеннями опорно-рухового апарату відзначалася підвищена дратівливість (емоційні порушення у вигляді спонтанних коливань афекту) – у 46,9% випадках.

Настрій у більшості (59,5%) осіб, був лабільним. Гіпотимія відзначалася у 15,7% хворих, а у 9,4% з них супроводжувалася дисфоричними афективними розрядами, реакціями протесту. Лише у 3,1%

загальний емоційний фон був ейфоричним і не мав тісного зв'язку із захворюванням.

Реактивна тривожність та підвищене тривожне реагування, яке виявлялося в уразливості, мало місце в 40,6% випадків і в 25% випадках поєднувалося з невротичними проявами – страхами.

Майже у 1/3 хворих дисбаланс вищої нервової діяльності розвивався по збудливому колу. Підвищена збудливість спостерігалася у 31,3% хворих, в поєднанні зі слабкою керованістю – у 18,8% хворих, зі слабкою керованістю і розгальмованістю – у 9,4% хворих.

Вищевказані психоемоційні порушення супроводжувалися змінами поведінки: зниженням (28,1%) або підвищенням (18,8%) рухової активності, порушенням комунікативних відносин – у 37,5% хворих, ригідністю – у 31,3% хворих, як компенсаторна реакція – гіперсоціальними формами поведінки – у 43,8% хворих, при психопатоподібному розвитку особистості – грубістю, агресією – 6,3%.

Вегетативні порушення були різноманітними: головний біль зустрічався у 56,3% випадках, запаморочення – у 37,5%, серцебиття – у 21,9%, задишка – у 15,6%, диспепсичні розлади – у 34,4% випадків. У групі нововиявлених хворих співвідношення випадків парасимпатикотонії до симпатикотонії становило 3/1.

Психоемоційні порушення у хворих з різними формами порушень опорно-рухового апарату чітко виділилися в:

- 1) астеничний синдром – у 31,2% хворих,
- 2) астенодепресивний синдром – у 25% хворих,
- 3) гіперстенічний варіант астеничного синдрому у – 18,7% хворих.

Для визначення структури особистості, ми вивчили спрямованість особистості за допомогою психометричного тесту Г. Айзенка. Результати проведеного дослідження, після статистичної обробки за допомогою методу «backtesting», представлені в таблиці 2.1.

Таблиця 2.1.

**Спрямованість особистості та рівень нейротизму за результатами
тесту Г. Айзенка**

№	Варіанти спрямованості особистості	Контрольна група здорові респонденти		Хворі з різними формами порушень опорно-рухового апарату до реабілітації	
		абс. число	%	абс. число	%
1	Інтроверт з ознаками емоційної стабільності	5	10,3	10	19,0
2	Інтроверт з ознаками емоційної нестабільності	9	20,7	10	19,0
3	Екстраверт з ознаками емоційної стабільності	14	34,5	20	38,0
4	Екстраверт з ознаками емоційної нестабільності	14	34,5	11	24,0
	Всього	42	100	51	100
	Вірогідність	0,69		0,65	

1. Випадки відібрані «backtesting» як значущі з рівнем імовірності (достовірності) 0,5-0,7, (хороша) згідно шкали Чедака.

2. Коефіцієнт брехні по тесту Г. Айзенка $2,81 \pm 0,278$, статистична похибка 1,575.

Встановлено, що в групі здорових респондентів значно превалює екстравертована спрямованість особистості – 69%, порівну представлена екстравертами з ознаками емоційної стабільності і нестабільності – по 34,5%. У здорових респондентів інтровертів емоційна нестабільність зустрічається в 2 рази частіше, ніж стабільність – 20,7% і 10,3%, відповідно. Такі співвідношення по досліджуваним ознакам відповідають нормі.

У групі хворих з різними формами порушень опорно-рухового апарату, у яких хвороба перебуває на першій стадії (хворобу діагностовано менше 1 року тому) інтровертів на 7% більше, а екстравертів – на 7% менше. У досліджуваних групах співвідношення за цією ознакою змінюється від 1 до 3 у здорових респондентів і від 2 до 3 у хворих з різними формами порушень опорно-рухового апарату, проте ця ознака не має статистично достовірної значимості.

У хворих з різними формами порушень опорно-рухового апарату з інтровертованою спрямованістю особистості майже в 2 рази збільшується емоційна стабільність в порівнянні зі здоровими (19% і 10,3% відповідно).

Серед хворих з різними формами порушень опорно-рухового апарату з екстравертованою спрямованістю особистості емоційно стабільних виявляється дещо більше – 38%, а емоційно нестабільних менше на 10,5% і становить 24% випадків від загального числа. В цілому у хворих з різними формами порушень опорно-рухового апарату показник емоційної стабільності збільшується на 20% і становить 57% від загального числа.

Це можна пояснити зниженням психічної активності в рамках астеничного синдрому (або його варіантів), зануренням в світ внутрішніх страхів і переживань, втратою або значним зниженням інтересу до навколишнього світу.

При дослідженні рівня тривожності за допомогою «Особистісної шкали прояву тривожності Дж. Тейлора» в адаптації Т. А. Немчинова таблиця 2.2. представлені випадки, відповідні нормальному розподілу.

Таблиця 2.2.

Результати тесту «Особистісної шкали прояву тривожності Дж. Тейлора»

№	Рівень тривожності	Контрольна група (здорові респонденти)		Хворі з різними формами порушень опорно-рухового апарату до реабілітації	
		абс. число	%	абс. число	%
1	Середній з тенденцією до низького	15	34,9	13	26,7
2	Середній з тенденцією до високого	20	47,8	25	46,6
3	Високий	7	17,4	13	26,7
	Всього	42	100	51	100
	Вірогідність	0,55		0,46	

1. Випадки відібрані «backtesting» як значущі з рівнем імовірності (достовірності) 0,5-0,7, (хороша) згідно шкали Чедака.

2. Коефіцієнт брехні по тесту Рівня тривоги $3,0 \pm 0,351$, статистична похибка 1,984.

Слід відзначити, що середній з тенденцією до високого рівень тривожності зустрічається однаково часто у здорових респондентів і в осіб, хворих з різними формами порушень опорно-рухового апарату (47,8% та 46,6% відповідно).

Факт встановлення діагнозу, призводить до зростання випадків високого рівня тривожності в 1,5 рази. Кількість спостережуваних, нових хворих, із середнім рівнем тривожності з тенденцією до низького становить близько 1/4 всієї групи. Найчастіше це обумовлено неусвідомленим ставленням до свого стану, захворювання.

Тривалість основного курсу реабілітації в середньому склала 10 місяців. Середня тривалість інтенсивної фази дорівнювала 2-4 місяці, а підтримуючої – 6-8 місяців.

До моменту закінчення реабілітації психоемоційний статус хворих з різними формами порушень опорно-рухового апарату значно покращився. Частота прояву таких симптомів як стомлюваність знизилася в 10 разів і склала 6,7% випадку (реєструвалася ($p < 0,001$), виснаженість не реєструвалася ($p < 0,001$), загальна дратівливість – зменшилася в 2,5 рази, 20% випадків ($p < 0,005$), емоційна лабільність – 30% випадків ($p < 0,05$), експлозивні реакції відзначалися в 3 рази рідше – 3,3%.

Астенодепресивний синдром зустрічався в 3 рази рідше і не мав повноти виразності. Порушення вищої нервової діяльності по збудливому колу були більш стійкими: підвищена збудливість збереглася в випадках – 23,3%, некерованість збереглася у всіх випадках, розгальмування не реєструвалася. Зниження рухової активності (млявість) зафіксовано лише у 8 випадках ($p < 0,01$). Підвищилася рухова активність на 7,9%. Вегетативні порушення зменшилися в 4 рази ($p < 0,05$).

По закінченню основного курсу реабілітації в групі з різними формами порушень опорно-рухового апарату, розподіл по спрямованості особистості залишився без змін (40% інтровертів і 60% екстравертів).

У групі інтровертів ознаки емоційної стабільності і нестабільності розподілялися порівну (по 20% від загального числа випадків) і залишалися незмінними як на момент формування, так і на момент стабілізації хвороби.

У пацієнтів з екстравертованою спрямованістю особистості до закінчення основного курсу реабілітації рівень нейротизму зростав на 10% і ставав таким же, як і у здорових людей (35% від загального числа). Отже, порушення роботи опорно-рухового апарату не змінює спрямованість особистості. Це властивість генетично детермінована. Інволюція порушень опорно-рухового апарату і сполученого з ними астенічного синдрому (або його варіантів) лише у екстравертів викликає наростання ознак емоційної нестабільності.

Після основного курсу реабілітації в групі з середнім рівнем тривожності відбувався перерозподіл випадків в сторону низького на 11,3%. Але поза всяких очікувань, продовжувала наростати частота високого рівня тривожності на 12% в порівнянні зі здоровими і на 2,4% з хворими, яким нещодавно встановлено діагноз. Це пов'язано з переживаннями повернення до активного життя, майбутнім відновленням втрачених міжособистісних контактів, прийняття їх соціумом.

2.3. Психотерапія в реабілітації хворих з порушеннями роботи опорно-рухового апарату

Традиційно психотерапія хворих з порушеннями опорно-рухового апарату включає поведінкову терапію, гіпнотерапію, групову психотерапію, біологічний зворотний зв'язок. Робота клінічного психолога-психотерапевта з даними пацієнтами орієнтована на допомогу в зміні психічних патернів, що обмежують ефективну адаптацію. Західні психологи і психотерапевти, які

працюють з пацієнтами з порушеннями опорно-рухового апарату, виділяють медичну і навчальну моделі психотерапії. Медична модель передбачає консультування та психотерапію. Навчальна модель психотерапії орієнтована на навчання пацієнтів пристосуванню до обмежень і сфокусована на активній участі пацієнта в реабілітаційному процесі. Медична модель доречна в гострій фазі захворювання, а навчальна – під час реабілітації [76].

Більшість методів психотерапії хворих з порушеннями опорно-рухового апарату відноситься до когнітивного напрямку, яке надає особливого значення особистісним переконанням, які обмежують досягнення цілей реабілітації. Ефективність інтервенцій, проведених в рамках когнітивно-поведінкового підходу, у хворих з порушеннями опорно-рухового апарату традиційно вважається високою, особливо щодо депресії і тривоги. У деяких випадках для лікування депресії кращою стратегією є комбінування психотерапії і психофармакотерапії, а також інтервенції в рамках позитивної психології. У той же час існують і інші напрями психотерапії, що мають на увазі не тільки пристосування до обмежень, але і розвиток пацієнта – гештальт-терапія та інші [7].

Когнітивна (раціонально-емоційна) психотерапія.

Даний напрямок створено А. Еллісом і А. Беком. Ці автори розробили систему психотерапії, яка підкреслює роль нереалістичних очікувань і ірраціональних переконань в емоційному стані людини. З їх точки зору, настроїв і поведінка індивідуума в значній мірі визначається способом тлумачення і пояснення світу. А. Бек описав ці конструкти як негативні когнітивні моделі, або «схеми». За А. Еллісом, джерелом емоцій є головним чином когніції (ідеї і думки), а не події. Передбачається, що емоційні наслідки подій не є наслідками подій безпосередньо, а наслідками ірраціональних переконань про події. Завданням раціонально-емотивної психотерапії є не тільки усунення порушень, викликаних ірраціональними переконаннями, а й робота зі схильністю людини до спотвореного мислення. В рамках раціонально-емотивної терапії психолог (психотерапевт) разом з

пацієнтом працює над ірраціональними переконаннями хворого з порушеннями опорно-рухового апарату, які заважають успішно пристосуватися до наслідків цієї травми [11].

Наприклад, найбільш поширеними переконаннями хворих з порушеннями опорно-рухового апарату є:

- Моє життя закінчилося, і я вже ніколи не буду щасливим.
- Для того, щоб бути щасливим, я повинен бути таким, як і всі.
- Через хворобу я ніколи не зможу працювати і мати сім'ю.
- Через свою хворобу я неповноцінний.
- Ніхто не буде поважати і любити мене.
- Люди будуть робити для мене щось тільки з жалості.
- Кожен зможе образити мене, оскільки я не зможу захистити себе.

Наявність тих чи інших переконань залежить від статі, віку, сприйняття свого здоров'я, оцінки найближчого оточення і потреби в лікуванні і пов'язані з дуже сильними емоціями агресії і страху. У хворих з подібними переконаннями протягом першого року після початку хвороби виникають почуття смутку, самотності, безвиході, особливо в тому випадку, коли пацієнт вважає, що через наслідки хвороби його не будуть поважати і любити. Подібні почуття поєднуються з небажанням піклуватися про себе, активно брати участь у відновлювальному лікуванні і житті сім'ї, спілкуватися з іншими людьми. Можна виділити три типи поведінки, які перешкоджають активній участі хворого в реабілітаційному процесі:

- 1) пасивно-агресивна поведінка, коли хворий байдужий до спроби допомогти йому і, в той же час, знімає з себе відповідальність за зміни;
- 2) крайня залежність, при якій хворий недостатньо активний і упускає шанс відчувати свої особисті досягнення;
- 3) виражена антисоціальна поведінка, при якій хворий становить небезпеку для себе та інших людей [104].

Члени сім'ї хворого також можуть мати проблеми з ірраціональними переконаннями – як хворого, так і своїми власними. Наприклад, вони можуть

вважати, що повинні все робити для члена сім'ї, тим самим активно формуючи залежну поведінку. Або вони можуть відчувати провину за своє благополуччя і жаліти родича вважаючи, що життя обійшлася з ним несправедливо. Така поведінка не підтримує власну активність хворого. Членам сім'ї також необхідно працювати з ірраціональними переконаннями, помилковими припущеннями і нереалістичними думками для зменшення своєї тривоги і стресу [83].

Робота психолога полягає в пошуку і дослідженні таких переконань і особливостей мислення. Обговорюються:

- 1) вживання слів «ніколи», «завжди», «ніхто» тощо;
- 2) схильність до перебільшення;
- 3) фокусування на негативному і ігнорування позитивного;
- 4) негативні думки про майбутнє [114].

Оцінка ефективності психотерапії в реабілітації хворих з порушеннями опорно-рухового апарату стикається з певними труднощами і обмеженнями в валідності і екстраполяції даних. Це відбувається:

- по-перше, через гетерогенність груп хворих;
- по-друге, через складність виділення ефекту психотерапії в низці інших реабілітаційних інтервенцій;
- по-третє – через різні підходи до вимірювання ефективності;
- по-четверте, через відсутність груп порівняння (без психотерапії) через етичний принцип. Можливо також, що ефективність терапії в більшій мірі залежить від кваліфікації психолога, ніж від особливостей самого підходу. Основними критеріями ефективності психотерапії зазвичай називають зниження рівня депресії і тривоги, за допомогою яких намагаються оцінити якість адаптації хворого [105].

Стратегічна психотерапія.

Стратегічна психотерапія фокусується на ефективному вирішенні проблем. Важливо щоб хворий був залучений в реабілітаційний процес «як активний агент, а не як пасивний об'єкт» [49].

Цілями стратегічної терапії є:

- 1) пошук причини розладів настрою або поведінки;
- 2) пошук ресурсів для подолання труднощів;
- 3) навчання методам, які дозволяють справлятися з поточними проблемами [94];
- 4) посилення відчуття контролю над проблемами;
- 5) розвиток навичок для вирішення майбутніх проблем. У тренуванні навичок виділяють дві фази – аналіз проблем і аналіз рішень [65].

Аналіз проблем необхідний тому, що хворі нерідко експлікують свої проблеми в недиференційованому вигляді («я не можу», «у мене не виходить»). Психолог сприяє диференціації і вербалізації проблем, а потім допомагає хворому продумати і оцінити можливі рішення [4].

Найкраще до наслідків порушення роботи опорно-рухового апарату адаптуються добре мотивовані люди. Хворі, часто мають необґрунтовану надію на те, що хвороба носить тимчасовий характер і незабаром вони «повністю відновляться». Однак певна частина хворих стає інвалідами. Мотивація і чітко сформульовані цілі просувають індивідуума далеко вперед, і багато хто потребує навчання ефективному вирішенню проблем [10].

Для клієнтів реабілітаційного центру і особливо для хворих з депресією часто використовується тренінг проблемної орієнтації. В рамках даного підходу можна виділити позитивну і негативну орієнтацію в проблемі. Позитивна орієнтація – це переконання і почуття, очікування і здібності, які мотивують людей вирішувати проблеми. Негативна орієнтація характеризується негативною самооцінкою хворого і його негативними очікуваннями щодо майбутнього. Саме цей компонент і вимагає розвитку активних навичок вирішення проблеми. До них відносяться: визначення проблеми, розробка альтернатив, оцінка, застосування, моніторинг рішень і вибір найбільш оптимального рішення [8].

Групова психотерапія.

Групова терапія є цінним інструментом для досягнення психологічної адаптації хворих, задоволеності життям і підвищення її якості. Групову терапію хворим з порушеннями опорно-рухового апарату рекомендують починаючи з другого року лікування. Відомо, що порушення роботи опорно-рухового апарату чинить руйнівну дію на особистість хворого і нерідко є причиною розвитку алкогольної або хімічної залежності. Можна використовувати групову психотерапію для роботи з хімічно залежними хворими. Групова терапія допомагає поліпшити пристосування до проблем, які є специфічним для людей з порушеннями роботи опорно-рухового апарату [89].

Групова терапія також дозволяє зменшити рівень депресії у хворих з порушеннями опорно-рухового апарату, досягти більш високого рівня адаптації, зменшити кількість госпіталізацій і вживання лікарських засобів. Є данні щодо ефективності групової терапії для розвитку навичок вирішення проблем у асоціальних хворих. Підтримуюча групова терапія також поліпшує якість життя хворих. Щотижневі групові сесії призначені для освітлення свого досвіду, надання інформації про хворобу, для дослідження емоційних і когнітивних реакцій, а також для забезпечення підтримки та інформації від психологів. Групова терапія забезпечує і стимулює соціальні контакти, сприяє підвищенню самооцінки [116].

В рамках даного підходу цікавий тренінг копінг-стратегій (Coping Effectiveness Training – годинна сесія в групі хворих з 6-9 осіб два рази на тиждень). Тренінгові заняття включають дидактичні та практичні аспекти розвитку навичок пристосування. Результат – зниження рівня депресії хворих. Особливий інтерес представляє тематичний тренінг для груп з 5-10 осіб. Теми групових сесій: нормалізація стресу, навички вирішення проблем, дослідження почуттів і поведінки, пов'язаних з ірраціональними думками, усвідомленням негативних переконань і вибір власного шляху пристосування і пошуку соціальної підтримки. Психотерапевтична робота стимулює розвиток ефективних копінг-стратегій. У групах хворих з порушеннями

роботи опорно-рухового апарату достовірно зменшуються показники рівня тривожності і депресії відразу ж після тренінгу [62].

Змінюється самооцінка хворих, зменшуються розбіжності між Я-ідеальним і Я-реальним (відразу після тренінгу і потім протягом шести тижнів). Поліпшення стану хворих пояснити поліпшенням самооцінки, яка знижується в результаті хвороби, а можливо і інвалідності, а також з відчуттям яке з'являється в процесі тренінгу, що вони можуть управляти ситуацією. Така декатастрофізація, пов'язана з обговоренням в групі проблем і можливостей їх вирішення, покращує настрій і зменшує відчуття безпорадності. Частина проблем може бути вирішена за допомогою групових сімейних зустрічей [107].

Сімейна психотерапія.

Проблеми зі здоров'ям, які пов'язані з порушенням роботи опорно-рухового апарату одного з членів сім'ї істотно порушує сімейну рівновагу. Сім'я бореться з фізичним, психологічним та соціальним впливом хвороби довгі місяці і роки. Великий вплив мають наслідки захворювання і на родичів. А інвалідність члена сім'ї тягне за собою постійну необхідність допомагати пересуватися, дотримуватися особистої гігієни, а також вимагає фінансових витрат. Її наслідком є синдром вигорання. Рідні страждають від стресу, який можна порівняти за рівнем зі стресом самого хворого [115].

Багато сімей залишаються наодинці в пошуках шляху пристосування до фізичних, емоційних і економічних ефектів хвороби. Частим наслідком всього цього є розлучення, соціальна ізоляція і проблеми зі здоров'ям. Будь-яка сім'я, в якій з'явився хворий з серйозними порушеннями опорно-рухового апарату, повинна отримати підтримку від реабілітаційного закладу. До завдань групового сімейного тренінгу входить: визначення ключових членів сім'ї, надання їм інформації про хворобу та лікувальний процес, попередження про можливі ускладнення, забезпечення поточної підтримки, розширення сімейних і соціальних контактів [19].

Модель сімейної психотерапії в роботі з хворими, які мають порушення опорно-рухового апарату включає в себе: встановлення контакту з хворим і його родиною, проведення навчального воркшопу, роботу з групою (хворі та їхні родини) для поліпшення психосоціального функціонування і навчання навичкам вирішення проблем. Група складається з 4-8 сімей. Кожна групова сесія триває 90 хвилин (1-2 рази на місяць протягом року-півтора) і складається з 4-х компонентів: соціалізації, орієнтації, ідентифікації проблем та вирішення проблем. Ефективність даної моделі сімейної групової терапії визначається [58]:

1. Передачею досвіду пристосування іншими хворими та їхніми родинами. Хворий і його сім'я розуміють, що вони не самотні – інші хворі мають схожий досвід. Почуття єдності досвіду є ресурсом для членів сім'ї і дозволяє створити систему підтримки, яка діє після закінчення терапії в реабілітаційному центрі.

2. Спроможність знайти різні стратегії пристосування. Хворий і його сім'я можуть засвоїти інші способи сприйняття ситуації (інтерпретації), реагування, поведінки в подібних обставинах. Особливо цінний досвід тих хворих та їхніх родин, які досягли прогресу в реабілітації і адаптації до хвороби. Це дає надію на краще і мотивацію для тих, хто знаходиться на початку цього процесу [110].

3. Спілкуванням між сім'ями. Таке спілкування допомагає виявляти емоційні проблеми, які пов'язані з наслідками порушення роботи опорно-рухового апарату, і вирішувати їх. Рекомендації з боку хворих, а також членів їх сімей часто виявляються більш ефективними, ніж рекомендації своїх рідних. Цей тип комунікації особливо заохочується психологами.

Після тренінгу відбувається поліпшення психосоціального благополуччя хворих і їх рідних які за ними доглядають. У хворих зменшується частота депресивних симптомів і агресії по відношенню до оточуючих, а також підвищується задоволеність від життя. У родичів зменшується рівень дистресу та інтенсивності синдрому вигорання [113].

Зміст окремих сесій визначається проблемним полем хворих та етапом реабілітації. На початку перебування в реабілітаційному центрі хворий і його сім'я мають потребу в навчанні. Орієнтація фокусується на медичних ускладненнях, обладнанні, реабілітаційній активності, пристосуванні, управлінні стресом, аспектах домашньої адаптації, роботи, соціальному оточенні і навичках комунікації, а також управлінні щоденною діяльністю і турботі про себе. Члени групи допомагають сім'ям сприймати важливу інформацію і набувати нових навичок [54].

Гештальт-терапія.

Ключовою ідеєю гештальт-підходу є концепція творчої адаптації. Здоров'я організму залежить від здатності індивідуума усвідомлювати свої домінуючі потреби і задовольняти їх, підтримуючи гомеостаз. Пошук способу, яким може бути задоволена актуальна потреба в даних умовах середовища, становить суть процесу творчої адаптації. Цей процес є безперервним, оскільки рівновага постійно порушується.

Концепція творчої адаптації акцентує увагу на активній, продуктивній взаємодії людини зі світом і пасивній адаптації до наявних умов середовища. У цьому сенсі творча адаптація – це такий варіант контакту зі світом, при якому можуть бути задоволені власні потреби і збережені гармонійні відносини зі світом і самим собою. У соціальному плані це пошук рівноваги між своїми потребами і потребами інших людей: людина може пристосувати свою поведінку до оточення або впливати на оточення для того, щоб пристосувати його до себе. Процес пошуку нового рішення в ситуації невизначеності (при відсутності заданого вибору) і буде творчим пристосуванням. Хронічна неможливість задоволення актуальних потреб знаходиться в основі формування психосоматичних симптомів і психічної патології [38].

Хворий з порушеннями опорно-рухового апарату стикається з великою кількістю обмежень і невизначеністю. Безліч колишніх способів задоволення своїх потреб (соціальних, психологічних і навіть фізіологічних) припиняють

своє існування; можливості (фізичні і психічні) перестають відповідати умовам середовища. Новим способом підтримувати рівновагу стають власні зміни (прийняття наявних обмежень, особистісне зростання, навчання новим навичкам іноді і професіями), а також активний вплив на середовище для пристосування його до своїх обмежень. Робота з хворими полягає в створенні спеціальних умов для усвідомлення людиною своїх переживань, актуальних потреб і відновлення її здатності до вибору і дії як основи творчої адаптації [108].

Серед психологів реабілітаційних установ дискутується питання про характер відносин між хворим з порушеннями опорно-рухового апарату і персоналом реабілітаційного центру. Традиційною системою відносин в медицині є патерналізм, при якому фахівці, які працюють в реабілітаційних центрах, вважають плани і надії на відновлення функціонального стану хворого нереалістичними.

Ці оцінки стають особливо очевидними тоді, коли реакція особистості на хворобу не узгоджується зі стереотипною роллю людини з обмеженими фізичними можливостями або тоді, коли система оцінок не узгоджується із загальноприйнятою серед професіоналів. Їх називають важкими, конфліктними, нереалістичними або погано мотивованими. Як це не парадоксально, саме пацієнти, які перебувають всередині реабілітаційної системи, заохочуються системою до більшої залежності [70].

Інший погляд на проблему полягає в тому, що необхідно враховувати індивідуальну картину світу хворого, його можливості по постановці соціальних і особистих цілей, його власні визначення успіху. Більш перспективно розглядати реабілітацію як динамічний процес, в якому хворий отримує певний досвід. При цьому професіонали, які його супроводжують розглядаються як ресурсні фігури, а самі хворі – як активні учасники постановки цілей, які піклуються про своє лікування.

У цьому сенсі саме гештальт-підхід з його концепцією творчої адаптації здатний забезпечити цей досвід творчого пристосування до

обмежень і досвід максимальної незалежності, який досягається в умовах партнерських відносин [78].

Для успішного завершення кожного етапу реабілітації психотерапевту (психологу) необхідно заохочувати хворого в постановці індивідуальних цілей і пошуку засобів їх реалізації. Одним із способів досягнення цього є методика «Лінія змін». Результатами застосування даної методики є збільшення суб'єктивної задоволеності хворого реабілітацією, зниження рівня тривожності і депресії, що призводить до більш активної участі хворого в реабілітаційному процесі [24].

Навчання психологів і психотерапевтів реабілітаційного центру.

Представлений вище огляд психотерапевтичних підходів психотерапії хворих з порушеннями опорно-рухового апарату сфокусований на різних напрямках і аспектах терапії. У зв'язку з цим виникають завдання спеціалізованого навчання українських психологів і психотерапевтів для роботи в реабілітаційних установах, оскільки традиційне психологічне і медичне освіта не передбачає оволодіння такою кількістю орієнтованих на дану групу хворих навичок. Наприклад, психологічна служба в системі медичного обслуговування (Пало Альто, США) надає можливості для дворічної підготовки в області із зазначеним контингентом.

Так, вимоги до психологів в Polytrauma Rehabilitation Center включають досягнення таких навичок, як уміння проводити нейропсихологічний і психологічний скринінг (а також і більш глибоку психодіагностику), когнітивну реабілітацію, тренінг компенсаційних стратегій, індивідуальну психотерапію, тренінг і навчання хворого і його родини, консультації для членів реабілітаційної бригади, навчання молодших колег і персоналу, дослідження в області психологічної реабілітації [119].

Ще більш детально такі вимоги розроблені в The American Association of Spinal Cord Injury Psychologists and Social Workers

Психолог (психотерапевт) реабілітаційного центру, який працює з хворими у яких діагностовано порушення опорно-рухового апарату повинен:

1) розуміти філософію і цілі реабілітації, ролі і межі відповідальності членів реабілітаційної команди;

2) орієнтуватися в клініці і соматичних наслідках хвороби, методах лікування і відновлення функцій;

3) мати знання і навички з клінічної та психологічної діагностики, включаючи оцінку особливостей особистості хворого, його інтелекту, поведінки, нейропсихологічного статусу, професійних уподобань та психологічного функціонування в цілому;

4) володіти навичками індивідуального консультування (в одному – двох підходах), включаючи кризові інтервенції і роботу із залежностями;

5) володіти знаннями і навичками в сімейному консультуванні, тому що не тільки хворий, але і сім'я мають потребу у навчанні, індивідуальному і сімейному консультуванні;

6) проводити спеціалізовані тренінги для хворих з порушеннями опорно-рухового апарату: тренінги вирішення проблем, тренінги спеціальних навичок (наприклад, навичок спілкування або ефективних копінг-стратегій);

7) удосконалюватися в обраній сфері практики і регулярно проходити супервізію;

8) знати і поважати права хворого [120].

Зазначені навички є базовими для фахівців в області психічного здоров'я, які працюють з даною групою.

Реалізація реабілітаційного потенціалу хворих з порушеннями опорно-рухового апарату буде максимально повною за умови дій у двох напрямках:

1) при інтервенціях психотерапевта (психолога), орієнтованих на розвиток хворого;

2) при вирішенні завдань професійного вдосконалення персоналу реабілітаційних установ в області реабілітаційної психології.

Розвиток хворого з порушеннями опорно-рухового апарату як особистості потребує появи у нього нових навичок і здібностей, які стануть основою для адаптації в умовах реальних і уявних обмежень. Розробка

підходів і методів, які стимулюють такий розвиток, є пріоритетним напрямком в психотерапевтичній роботі з хворими у даний час [56].

Ще однією актуальною проблемою (і напрямком для розвитку) є навчання персоналу реабілітаційних установ.

Українські клінічні психологи і психотерапевти, а також медперсонал повинні отримати можливість спеціалізуватися в зазначеній галузі, що потребує розробки конкретних програм професійної підготовки.

Висновки до розділу 2

В експериментальному дослідженні застосовувався комплекс психодіагностичних методик. З метою дослідження та діагностики індивідуально-психологічних особливостей особистості був використаний «Особистісний опитувальник Г. Айзенка», для діагностики рівня тривожності використовувався «Особистісна шкала прояву тривожності» Дж. Тейлора. Психоемоційний стан вивчався методом клінічного спостереження та співбесіди.

Виявлені нами психоемоційні порушення були непсихотичного регістра. На перший план виступали прояви зниження психічної активності у вигляді швидкої стомлюваності у 65,6% хворих і виснаження у 46,9% хворих. Підвищена дратівливість – у 46,9% випадках.

Встановлено, що в групі здорових респондентів значно превалює екстравертована спрямованість особистості – 69%, порівну представлена екстравертами з ознаками емоційної стабільності і нестабільності – по 34,5%. У здорових респондентів інтровертів емоційна нестабільність зустрічається в 2 рази частіше, ніж стабільність – 20,7% і 10,3%, відповідно.

Серед хворих з різними формами порушень опорно-рухового апарату з екстравертованою спрямованістю особистості емоційно стабільних виявляється дещо більше – 38%, а емоційно нестабільних менше на 10,5% і становить 24% випадків від загального числа.

При дослідженні рівня тривожності за з'ясувалося, що середній з тенденцією до високого рівень тривожності зустрічається однаково часто у здорових респондентів і в осіб, хворих з різними формами порушень опорно-рухового апарату (47,8% та 46,6% відповідно).

Розроблені рекомендації щодо застосування психотерапії в реабілітаційному процесі соматично хворих осіб з порушеннями роботи опорно-рухового апарату. Виділені найбільш ефективні напрями психотерапії, які можуть доповнювати загальний процес реабілітації.

ВИСНОВКИ

1. Пристосування до хронічного захворювання відображає стан особистості в цілому, охоплюючи міжособистісний, когнітивний, емоційний, фізичний і поведінковий рівні її функціонування. У всіх дослідженнях підкреслюється взаємозв'язок всіх компонентів адаптації до хвороби. Можна виділити наступні сутнісні завдання, які повинна вирішити будь-яка хронічно хвора людина: пристосування до найважливіших життєвих процесів, включаючи саме серйозне захворювання, регуляція своєї реакції на стресори; збереження і зміцнення зв'язків зі значущими людьми, які складають групу соціальної підтримки; відновлення втрачених функцій, наскільки це дозволяє захворювання; приведення у відповідність особистісних потреб з соціальними можливостями при погіршенні фізичного стану; підвищення самооцінки; управління болем і наростаючими симптомами; збереження сенсу життя або пошук нового сенсу в рамках створених умов.

2. Кожне серйозне і тривале соматичне порушення призводить до загальних стійких змін внутрішнього світу людини, всього її психічного образу. Зміни особистості можуть носити різноманітний характер, вони проявляються: у вигляді зміни емоцій; у вигляді порушень мотиваційної сфери; у вигляді порушень ставлення до себе і оточуючих. У хворих може спостерігатися наростання егоцентричного змісту ведучого мотиву. Особливістю ієрархічної структури мотиваційної сфери може бути жорстка підпорядкованість діяльності одному мотиву.

Хронічне соматичне захворювання веде до зниження рівня психічних можливостей людини в здійсненні діяльності, до обмеження контактів з іншими людьми, до зміни об'єктивного місця, яке людина займає в житті, а тим самим і її внутрішньої позиції по відношенню до всіх обставин життя і до себе. Хвороба, включаючись в соціальну ситуацію розвитку, змінює умови протікання багатьох видів діяльності, що призводить до появи окремих

психологічних наслідків, які суттєво впливають на протікання життєвих криз і становлення особистості.

3. У дослідженні взяли участь 51 респондент, які мають хронічні захворювання опорно-рухового апарату. До контрольної групи – 42 здорових респондента. Психоемоційний стан вивчався методом спостереження, особистісні особливості за допомогою тестів: Г. Айзенка, тривожність за допомогою «Особистісної шкали прояву тривоги» Дж. Тейлора.

Виявлені нами психоемоційні порушення були непсихотичного регістра. На перший план виступали прояви зниження психічної активності у вигляді швидкої стомлюваності у 65,6% хворих і виснаження у 46,9% хворих. Підвищена дратівливість – у 46,9% випадках.

Настрій у більшості (59,5%), був лабільним. Гіпотимія відзначалася у 15,7% хворих, а у 9,4% з них супроводжувалася дисфоричними афективними розладами, реакціями протесту. Лише у 3,1% загальний емоційний фон був ейфоричним. Психоемоційні порушення супроводжувалися змінами поведінки: зниженням (28,1%) або підвищенням (18,8%) рухової активності, порушенням комунікативних відносин – у 37,5%, ригідністю – у 31,3%, гіперсоціальними формами поведінки – у 43,8%, при психопатоподібному розвитку особистості – грубістю, агресією – 6,3%. Психоемоційні порушення чітко виділилися в: астенічний синдром – у 31,2%, 2) астенодепресивний синдром – у 25%, 3) гіперстенічний варіант астенічного синдрому у – 18,7%.

Встановлено, що в групі здорових респондентів значно превалює екстравертована спрямованість особистості – 69%, порівну представлена екстравертами з ознаками емоційної стабільності і нестабільності – по 34,5%. У здорових респондентів інтровертів емоційна нестабільність зустрічається в 2 рази частіше, ніж стабільність – 20,7% і 10,3%, відповідно. У групі хворих, у яких хвороба перебуває на першій стадії інтровертів на 7% більше, а екстравертів – на 7% менше. У хворих з різними формами порушень опорно-рухового апарату з інтровертованою спрямованістю особистості майже в 2

рази збільшується емоційна стабільність в порівнянні зі здоровими (19% і 10,3% відповідно).

Серед хворих з різними формами порушень опорно-рухового апарату з екстравертованою спрямованістю особистості емоційно стабільних виявляється дещо більше – 38%, а емоційно нестабільних менше на 10,5% і становить 24% випадків від загального числа. В цілому у хворих з різними формами порушень опорно-рухового апарату показник емоційної стабільності збільшується на 20% і становить 57% від загального числа.

При дослідженні рівня тривожності за з'ясувалося, що середній з тенденцією до високого рівень тривожності зустрічається однаково часто у здорових респондентів і в осіб, хворих з різними формами порушень опорно-рухового апарату (47,8% та 46,6% відповідно). Факт встановлення діагнозу, призводить до зростання випадків високого рівня тривожності в 1,5 рази. Кількість спостережуваних, нових хворих, із середнім рівнем тривожності з тенденцією до низького становить близько 1/4 всієї групи. Реактивна тривожність та підвищене тривожне реагування, яке виявлялося в уразливості, мало місце в 40,6% випадків і в 25% випадках поєднувалося з невротичними проявами – страхами.

4. Нами були розроблені рекомендації щодо застосування психотерапії в реабілітаційному процесі соматично хворих осіб з порушеннями роботи опорно-рухового апарату. Виділені найбільш ефективні напрями психотерапії, які можуть доповнювати загальний процес реабілітації: когнітивна (раціонально-емоційна) психотерапія, сімейна терапія, стратегічна психотерапія, групова психотерапія, гештальт-терапія.

Визначено умови, за яких реалізація реабілітаційного потенціалу хворих з порушеннями опорно-рухового апарату буде максимально повною

Науково обґрунтована важливість спеціалізованого навчання українських психологів і психотерапевтів для роботи в реабілітаційних установах, оскільки традиційне психологічна і медична освіта не передбачає оволодіння такою кількістю орієнтованих на дану групу хворих навичок.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Абрамова Г. С., Юдчиц Ю. А. Психология в медицине. М.: Кафедра-М, 1998. 272 с.
2. Агаджанян Н. А., Катков А. Ю. Резервы нашего организма. М.: Знание, 1990. 240 с.
3. Александер Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение. М.: Эксмо-Пресс, 2002. 352 с.
4. Аммон Г. Психосоматическая психотерапия. СПб.: Речь, 238 с.
5. Антропов Ю. Ф. Психосоматические расстройства у детей и подростков. *Российский психиатрический журнал*. 1998. № 3. С. 63–70.
6. Анцыферова Л. И. Личность в трудных жизненных условиях: переосмысление, преобразование ситуаций и психологическая защита. *Психологический журнал*. 1995. № 1. С. 3–19.
7. Арндт П. Психосоматика и психотерапия. М.: Мед-Пресс-информ, 2014, 368 с.
8. Ахмедова О. С., Щелкова О. Ю. Психологическая диагностика в соматической клинике: особенности адаптации личности к заболеваниям с различной динамикой лечения. *Вестник Санкт-Петербургского университета*. 2008. Серия 12. Выпуск 3. С. 502–510.
9. Балл Г. А. Понятие адаптации и его значение для психологии личности. *Вопросы психологии*. 1989. № 1. С. 92–100.
10. Бастиан Я. Вклад психоанализа в психосоматическую медицину. *Журнал практического психолога*. 2003. № 3. С. 113–124.
11. Бек А. Техники когнитивной психотерапии терапия. *Психологическое консультирование и психотерапия*. Т. 2. Теория и методология. М.: Московский психотерапевтический журнал. С. 142–166.
12. Березин Ф. Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека. Л.: Наука, 1988. 270 с.

- 13.Блейхер В. М., Крук И. В., Боков С. Н. Клиническая патопсихология: руководство для врачей и клинических психологов. М.: Издательство Московского психолого-социального института; Воронеж: Издательство «Модек», 2002. 512 с.
- 14.Брагин Р. Б. Сверхценные образования как реакция личности на соматическое заболевание. *Неврология и психиатрия*. 1993. Выпуск. 3. С. 15–18.
- 15.Братусь Б. С. Аномалии личности. М.: Мысль, 1998. 348 с.
- 16.Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина. М.: Гэотар Медицина, 1999. 376 с.
- 17.Быстров В. Н. Психосоматическая организация в общей врачебной практике. *Клиническая медицина*. 2001. № 8. С. 60–64.
- 18.Вассерман Л. И., Щелкова О. Ю. Медицинская психодиагностика. Теория, практика и обучение. СПб.: Научно-исследовательский психоневрологический институт имени В. М. Бехтерева, 2003. 733 с.
- 19.Варга А. Введение в семейную психотерапию. М.: Когито-Центр, 2016. 678 с.
- 20.Васильева О. С., Филатов Ф. Р. Психология здоровья человека: эталоны, представления, установки. М.: Академия, 2001. 352 с.
- 21.Василюк Ф. Е. Жизненный мир и кризис: типологический анализ критических ситуаций. *Психологический журнал*. 1995. Том 16. № 3. С. 90–101.
- 22.Вітенко І. С. Психологічні основи лікувально-профілактичної діяльності та підготовки лікаря загальної практики. Харків: Основа. 2002. 388 с.
- 23.Волков В. Т., Стрелис А. К., Караваева Е. В. Личность пациента и болезней. Томск: Госинститут, 1995. 328 с.
- 24.Гингер С., Гингер А. Гештальт-терапия контакта. СПб.: Специальная литература, 1999. 433 с.

25. Гиндикин В. Я. Соматогенные и соматоформные психические расстройства: клиника, лечение, диагностика. М.: Триада-Х, 2000. 256 с.
26. Гиндикин В. Я., Семке В. Я. Соматика и психика. М.: Просвещение, 2004. 385 с.
27. Гнедова С. В. Влияние социальной ситуации и состояния здоровья на развитие личностных особенностей школьников: автореф. дис. ... кандидата психологических наук. М., 1999. 18 с.
28. Горячева Т. Г. Роль детско-родительских отношений в психическом развитии подростков, оперированных по поводу врожденного порока сердца в раннем возрасте: автореф. дис. ... кандидата психологических наук. М., 1995. 20 с.
29. Губенко І. Я., Карнацька О. С., Шевчкнко О. Т. Основи загальної і медичної психології, психічного здоров'я та міжособового спілкування: підручник. К.: Медицина, 2018. 312 с.
30. Гуфеланд Х. Время жить: искусство преодоления жизни. СПб.: Питер, 1996. 228 с.
31. Дідковська Л. І. Психосоматика: основи психодіагностики та психотерапії: навчальний посібник: для вищих навчальних закладів. Львів: Видавничий центр ЛНУ імені Івана Франка, 2010. 264 с.
32. Дмитриева Н. Ю. Детская психосоматика. Почему болеют наши дети? Ростов-на-Дону: Феникс, 2016. 152 с.
33. Жуйко П. Психосоматика та інтелектуальні здібності. *Психолог. Шкільний світ*. 2008. № 19. С. 11–15.
34. Загальна та медична психологія / під загальною редакцією І. Д. Спіріної, І. С. Вітенко. Дніпропетровськ: Арт-Прес. 2002. 175 с.
35. Заседа Ю. И. Медико-психологические характеристики пациентов с психосоматическими и соматоформными расстройствами в контексте клинико-психофеноменологического исследования. *Медична психологія*. 2015. № 3. С. 36–44.

- 36.Зелинский С. М. Представление о своей болезни у детей, страдающих сахарным диабетом. *Психосоматические и соматопсихические расстройства у детей*. 1990. С. 55–59.
- 37.Зикеева Л. Д. Невротические реакции у больных хроническим гломерулонефритом и хроническим пиелонефритом. *Клиническая медицина*. 1974. № 9. С. 43–48.
- 38.Зинкер Д. В поисках хорошей формы. Гештальт-терапия с супружескими парами и семьями. М.: Класс, 2000. 157 с.
- 39.Иванец Н. Н. Психиатрия и медицинская психология: учебник для высшего образования. М.: Геотар-Медия, 2014. 895 с.
- 40.Исаев Д. Н. Психосоматические расстройства у детей. СПб.: Питер, 2000. 512 с.
- 41.Квасенко А. В., Зубарев Ю. Г. Психология больного. Л.: Медицина, 1984. 184 с.
- 42.Клиническая психология: учебник / под ред. Б. Д. Карвасарского. СПб.: Питер, 2010. 456 с.
- 43.Коваленко Н. А. Эмоциональный и телесный опыт ребенка с бронхиальной астмой: автореф. дис. ... кандидата психологических наук. М., 1998. 21 с.
- 44.Комер Р. Патопсихология поведения: нарушения и патология психики. СПб.: Прайм-Еврознак; Олма-пресс, 2005. 638 с.
- 45.Конечный Р., Боухал М. Психология в медицине. Прага: Авиценум, 1993. 405 с.
- 46.Коростелёва И. С., Ротенберг В. С. Психологические предпосылки и последствия отказа от поиска в норме и при психосоматическом заболевании. *Психологический журнал*. 1990. Т. 11. № 4. С. 11–20.
- 47.Кришталь В. В. Психосоматическая патология: генезис и подходы к коррекции. *Международный медицинский журнал*. 2001. Т. 7. (№ 1). С. 37–40.

48. Кулаков С. А. Основы психосоматики: учебное пособие для студентов. СПб.: Речь, 2003. 287 с.
49. Кулаков С. А. Практикум по психотерапии психосоматических расстройств. СПб.: Речь, 2007. 292 с.
50. Лекции по психосоматике / под редакцией А. Б. Смулевича. М.: МИА, 2014. 340 с.
51. Лурия А. Р. Внутренняя картина болезней и язвенные заболевания. М.: Медицина, 1994. 111 с.
52. Лытаев С. А., Колчев А. И., Дьяконов И. Ф., Овчинников Б. В. Основы клинической психологии и медицинской психодиагностики. СПб.: Элби, 2005. 122 с.
53. Любан-Плоцца Б., Пельдингер В., Креггер Ф., Ледерах-Хофман К. Психосоматические расстройства в общей медицинской практике. СПб.: Питер, 2000. 312 с.
54. Макдугалл Д. Театр тела. Психоаналитический подход к лечению психосоматических расстройств. Москва: Когито-Центр, 2013. 213 с.
55. Малкина-Пых И. Г. Психосоматика: справочник практического психолога. М.: Эксмо, 2004. 990 с.
56. Манегетти А. Психосоматика: новейшие достижения. М.: ННБФ «Онтопсихология», 2005. 354 с.
57. Манегетти А. Психосоматика с точки зрения онтопсихологии. М.: Онтопсихология, 2009. 352 с.
58. Манухина Н. М. Системная семейная психотерапия соматических больных в период их госпитализации. *Семейная психология и семейная терапия*. 2000. № 2. С. 15–20.
59. Медична психологія: підручник / С. Д. Максименко, І. А. Коваль, К. С. Максименко, М. В. Папуча; за ред. акад. С. Д. Максименка. Вінниця: Нова Книга, 2008. 520 с.
60. Менделевич В. Д. Клиническая и медицинская психология. М.: Медпресс-информ, 2008. 592 с.

61. Менделевич В. Д., Соловьева С. Л. Неврология и психосоматическая медицина: монография. М.: Медпресс-информ, 2002. 608 с.
62. Методы практической социальной психологии. Диагностика. Консультирование. Тренинг. М.: Аспект Пресс, 2004. 256 с.
63. Методика измерения уровня тревожности Дж. Тейлора (адаптация Т. А. Немчинова, В. Г. Норакидзе). *Исследование комфортности и безопасности условий обучения*. Выпуск 4. 2013. С. 10–13.
64. Минченков А. В., Елпидифоров Н. Б. Методы структурной психосоматики. СПб.: Ювента; М.: Институт общегуманитарных исследований, 2002. 404 с.
65. Михайлов Б. В., Сердюк А. И., Федосеев В. А. Психотерапия в общесоматической медицине: клиническое руководство. Харьков: Прапор, 2002. 128 с.
66. Муладжанова Т. Н. Психологический анализ изменений личности у больных хронической почечной недостаточностью, находящихся на лечении гемодиализом: автореф. дис. ... кандидата психологических наук. М., 1983. 20 с.
67. Мухаметзянов И. Ш., Матушанский Г. У., Фролова О. В. Взаимосвязь здоровья и психики детей и молодежи в условиях современной социально-экономической ситуации. *Казанский педагогический журнал*. 2008. № 5. С. 61–69.
68. Мягков И. Ф., Боков С. Н., Чаева С. И. Медицинская психология. М.: Логос, 2003. 320 с.
69. Нагаев В. В., Жолковская Л. А. Основы клинической психологии: учебное пособие для вузов. М.: Юнити: Закон и право, 2007. 463 с.
70. Наранхо К. Гештальт-терапия. Отношение и практика атеоретического эмпиризма. Воронеж: МОДЭК, 1995. 304 с.
71. Некрасова Ю. Б. Групповая эмоционально-стрессовая психотерапия в коррекции психических состояний заикающихся. *Вопросы психологии*. 1994. № 2. С. 75–82.

72. Николаева В. В. Влияние хронической болезни на психику. М.: Издательство Московского университета, 1997. 168 с.
73. Николаева В. В., Арина Г. А. От традиционной психосоматики к психологии телесности. *Вестник МГУ. Серия 14. Психология*. 1996 № 2. С. 8–18.
74. Никоненко Ю. П. Клінічна психологія: навчальний посібник. Київ: КНТ, 2016. 368 с.
75. Основи загальної і медичної психології / за загальною редакцією І. С. Вітенка, О. С. Чабана. Тернопіль: Укрмедкнига. 2003. 344 с.
76. Павлов И. С. Психотерапия в практике. Технология психотерапевтического процесса. М.: Академический Проект; Культура, 2012. 512 с.
77. Пезешкиан Н. Психосоматика и позитивная психотерапия. М.: Медицина, 1996. 464 с.
78. Перлз Ф. Теория гештальт-терапии. М.: Институт Общегуманитарных исследований, 2004. 284с.
79. Платон. Диалоги. М.: Издательство АСТ, 2006. 560 с.
80. Поппе Г. К., Броуде Л. Б. Внутренняя картина болезни у детей с бронхиальной астмой. Психосоматические и соматопсихические расстройства у детей. 1990. С. 49–55.
81. Опитувальник Г. Айзенка. Психодіагностика: практикум / укладачі Н. О. Данильченко, А. В. Вертель. Суми: Вид-во СумДПУ імені А. С. Макаренка, 2010. С. 49–53.
82. Проблемы медицинской психологии в онкологии и психосоматической медицине / под ред. Т. З. Биктимирова, О. П. Модникова. Ульяновск: СВНЦ, 1998. 256 с.
83. Психиатрия, психосоматика, психотерапия / под ред. К. П. Кискер, Г. Фрайбера, Г. К. Розе, Э. Вульфа. М.: Алетейа, 1999. 504 с.
84. Психология здоровья / под редакцией Г. С. Никифорова. СПб.: Питер, 2006. 607 с.

85. Психосоматика: взаимосвязь психики и здоровья: хрестоматия / составитель К. В. Сельченко. Минск: Харвест, 2003. 636 с.
86. Психосоматика: телесность и культура. М.: Академический Проект, 2009. 310 с.
87. Психосоматическая проблема: психологический аспект / под редакцией Ю. Ф. Полякова, В. В. Николаевой. М.: Наука, 1992. 211 с.
88. Реан А. А. К проблеме социальной адаптации личности. *Вестник Санкт-Петербургского университета. Серия 6. Философия. Политология. Социология. Психология. Право. Международные отношения.* 1995. Выпуск 3. С. 39–74.
89. Роджерс К. Взгляд на психотерапию. Становление человека. М.: Прогресс, 1994. 256 с.
90. Розум С. И. Психология социализации и социальной адаптации человека. СПб.: Речь, 2006. 366 с.
91. Ромм М. В. Адаптация личности в социуме: теоретико-методологический аспект. Новосибирск, 2002. 173 с.
92. Саад В. А. Этнопсихологические различия отношений к болезни у подростков: автореф. дис. ... кандидата психологических наук. СПб., 1996. 22 с.
93. Садовой М. А., Плюсин Ю. М., Ткаченко В. Н. Социально-психологические особенности детей больных сколиозом. Режим доступа: http://larn.hum.sbras.ru/action=publ&emp=рум&publ_num=5.
94. Сандомирский М. Е. Психосоматика и телесная психотерапия: практическое руководство. М.: Класс, 2005. 588 с.
95. Секач М. Ф. Психология здоровья: учебное пособие для высшей школы. М.: Академический Проект, 2003. 192 с.
96. Сердюк А. И. Особенности самооценки влияния болезни на социальный статус больных хроническими соматическими заболеваниями. *Журнал психиатрии и медицинской психологии.* 1998. №1 (4). С. 68–70.

97. Сидоров П. И., Парняков А. В. Введение в клиническую психологию. Т. 1. М.: Академический проект; Екатеринбург: Деловая книга, 2000. 416 с.
98. Соколова Е. Т., Николаева В. Н. Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях. М.: SVR-Аргус, 1995. 360 с.
99. Соловьева С. Л. Медицинская психология. Новейший справочник практического психолога. М.: АСТ; СПб.: Сова, 2007. 557 с.
100. Спіріна І. Д. Лисиця Г. І. Вітенко І. С. Медична психологія: практикум. Дніпропетровськ: Поліграфіст. 1997. 54 с.
101. Спринц А. М., Михайлова Н. Ф., Шатова Е. П. Медицинская психология с элементами общей психологии: учебник. СПб: СпецЛит, 2005. 445 с.
102. Старшенбаум Г. В. Психосоматика. Руководство по диагностике и самопомощи. Ростов-на-Дону: Феникс, 2014. 251 с.
103. Тюльпин Ю. Г. Медицинская психология: учебник для студентов медицинских вузов. М.: «Медицина», 2004. 320 с.
104. Уолен С., Ди-Гусепп Р., Уэсслер Р. Рационально-эмотивная психотерапия. М.: Институт гуманитарных знаний, 1997. 257 с.
105. Федоров А. П. Когнитивно-поведенческая психотерапия. СПб.: Питер, 2002. 352 с.
106. Филякова Е. Г., Николаева В. В., Касаткин В. Н. Образ Я детей с хроническими соматическими заболеваниями (бронхиальная астма и гастродуоденальная патология). *Педиатрия*. 2002. № 4. С. 97–103.
107. Фопель К. Мастерская историй. Сочинение личных историй в групповой психологической работе. М.: Генезис, 2023. 144.
108. Франчесетти Д. Панические атаки. Гештальт-терапия в единстве клинических и социальных контекстов. М.: Институт Общегуманитарных исследований, 2018. 256с.

109. Хаустова О. Психосоматичний підхід до проблем адаптації. *Соціальна психологія*. 2003. № 2. С. 53–63.
110. Хойфт Г., Крузе А., Радебольд Г. Геронтопсихосоматика и возрастная психотерапия: учебное пособие для вузов. М.: Академия, 2003. 336 с.
111. Хокинг С. Моя краткая история. М.: Амфора, 2014. 134 с.
112. Чаева С. И., Боков С. Н., Мягков И. Ф. Медицинская психология: пропедевтический курс: учебник для студентов вузов. М.: Логос, 2003. 320 с.
113. Эйдемиллер Э. Г., Добряков И. В., Никольская И. М. Семейный диагноз и семейная психотерапия. СПб.: Речь, 2003. 336 с.
114. Эллис А. Гуманистическая психотерапия: рационально-эмоциональный подход. М.: Эксмо, 2002. 227 с.
115. Эриксон Э. Идентичность: юность и кризис. М.: Прогресс, 1996. 344 с.
116. Ялом И. Стационарная групповая психотерапия. М.: Эксмо, 2016. 350 с.
117. Яницкий М. С. Адаптационный процесс: психологические механизмы и закономерности динамики: учебное пособие. Кемерово: КемГУ, 1999. 84 с.
118. Lazarus R. S. *Emotion and Adaptation*. New York: Oxford University Press, 1991. 557 p.
119. Neuropsychology Emphasis Area Training. Режим доступа: http://www.paloalto.va.gov/docs/MentalHealth/PsychologyTraining/Neuropsychology_Emphasis_Area.doc
120. Standards for psychologists and social workers in sci rehabilitation of American Association of Spinal Cord Injury Psychologists and Social Workers. 2007. <http://www.aascip-sw.org/standards-sci-psychosocial-rehab.html>.

ДОДАТОК А

**«Особистісний опитувальник Г. Айзенка»
(Eysenck Personality Inventory, або ЕРІ)**

Інструкція. Вам пропонується кілька питань. На кожне питання відповідайте лише «так» або «ні». Не витрачайте час на обговорення питань, тут не може бути гарних або поганих відповідей, тому що це не випробування розумових здібностей.

Текст опитувальника

1. Чи часто Ви відчуваєте жагу до нових вражень, до того, щоб відволіктися, випробувати сильні відчуття?
2. Чи часто Ви відчуваєте, що маєте потребу в друзях, які можуть зрозуміти Вас, підбадьорити, поспівчувати?
3. Чи вважаєте Ви себе безтурботною людиною?
4. Чи дуже важко Вам відмовитися від своїх намірів?
5. Ви обмірковуєте свої справи не поспішаючи чи прагнете почекати, перш ніж діяти?
6. Чи завжди Ви виконуєте свої обіцянки, навіть якщо Вам це не вигідно?
7. Чи часто у Вас бувають спади та підйоми настрою?
8. Чи швидко Ви зазвичай дієте й говорите?
9. Чи виникало у Вас коли-небудь відчуття, що Ви нещасні, хоча жодної серйозної причини для цього не було?
10. Чи правильно, що на парі Ви здатні зважитися на все?
11. Чи бентежитесь Ви, коли хочете познайомитися з людиною протилежної статі, яка Вам симпатична?
12. Чи буває, що, розлютившись, Ви виходите із себе?
13. Чи часто Ви дієте нерозважливо, під впливом моменту?
14. Вас часто турбує думка про те, що Вам не слід було щось робити або говорити?
15. Чому Ви віддаєте перевагу: читанню книг чи зустрічам з людьми?
16. Чи правильно, що Вас легко образити?
17. Чи любляете Ви часто бувати в компанії?
18. Чи бувають у Вас такі думки, якими Вам не хотілося б ділитися з іншими?
19. Чи правильно, що іноді Ви настільки сповнені енергії, що все горить у руках, а іноді відчуваєте втому?

20. Чи намагаєтеся Ви обмежувати коло своїх знайомств невеликою кількістю найближчих друзів?
21. Чи багато Ви мрієте?
22. Коли на Вас гримають, чи відповідаєте Ви тим самим?
23. Чи вважаєте Ви всі свої звички гарними?
24. Чи часто у Вас виникає почуття, що Ви в чомусь винні?
25. Чи здатні Ви іноді дати волю своїм почуттям і безтурботно розважатися у веселій компанії?
26. Чи можна сказати, що нерви у Вас часто натягнуті до межі?
27. Чи маєте Ви славу людини жвавої та веселої?
28. Після того як справу зроблено, чи часто Ви подумки повертаєтеся до неї й думаєте, що могли б зробити краще?
29. Чи почуваетесь Ви неспокійно, перебуваючи у великій компанії?
30. Чи трапляється, що Ви передаєте чутки?
31. Чи буває, що Вам не спиться через те, що в голові вирують різні думки?
32. Якщо Ви хочете про щось довідатися, Ви знаходите це в книзі чи питаєте в людей?
33. Чи буває у Вас сильне серцебиття?
34. Чи подобається Вам робота, що вимагає зосередженості?
35. Чи бувають у Вас дрижаки?
36. Чи завжди Ви говорите правду?
37. Чи буває Вам неприємно перебувати в компанії, де кепкують один з одного?
38. Чи дратівливі Ви?
39. Чи подобається Вам робота, що вимагає швидкодії?
40. Чи правильно, що Вам часто не дають спокою думки про різні неприємності й жахи, які могли б статися, хоча все скінчилося благополучно?
41. Чи правильно, що Ви неквапливі в рухах і трохи повільні?
42. Чи спізнювалися Ви коли-небудь на роботу, на зустріч із кимось?
43. Чи часто Вам сняться кошмари?
44. Чи правильно, що Ви так любите поговорити, що не пропускаєте будь-яку нагоду поговорити з новою людиною?
45. Чи турбують Вас які-небудь болі?
46. Чи засмутитеся Ви, якщо довго не зможете бачитися з товаришами?
47. Чи нервова Ви людина?
48. Чи є серед ваших знайомих ті, хто Вам точно не подобається?
49. Ви впевнена в собі людина?
50. Вас легко зачіпає критика ваших недоліків чи вашої роботи?

51. Чи важко Вам одержати справжнє задоволення від заходів, у яких бере участь багато народу?
52. Чи турбує Вас відчуття, що Ви чимось гірші за інших?
53. Зуміли б Ви внести позбавлення в нудну компанію?
54. Чи трапляється, що Ви говорите про речі, на яких зовсім не розумієтесь?
55. Чи піклуєтесь Ви про своє здоров'я?
56. Чи любите Ви пожартувати над іншими?
57. Чи страждаєте Ви від безсоння?

Опрацювання результатів

1. Екстраверсія-інтроверсія. Обчислюється сума відповідей «так» у питаннях 1, 3, 8, 10, 13, 17, 22, 25, 27, 39, 44, 46, 49, 53, 56 і відповідей «ні» у питаннях 5, 15, 20, 29, 32, 34, 37, 41, 51. Якщо сума балів дорівнює 0-10, то Ви інтроверт, занурені в себе. Якщо 15-24, то Ви екстраверт, товариська людина, обернена до зовнішнього світу. Якщо 11-14, то Ви амбіверт, спілкуєтесь, коли Вам це потрібно.

2. Невротизм. Обчислюється кількість відповідей «так» у питаннях 2, 4, 7, 9, 11, 14, 16, 19, 21, 23, 26, 28, 31, 33, 35, 38, 40, 43, 45, 47, 50, 52, 55, 57. Якщо кількість відповідей «так» дорівнює 0-10, то це свідчить про емоційну стійкість. Якщо 11-16, то це емоційна вразливість. Якщо 17-22, то з'являються окремі ознаки розхитаності нервової системи. Якщо 23-24, то – невротизм, що межує з патологією, можливий зрив, невроз.

3. Шкала відвертості. Обчислюється сума балів відповідей «так» у питаннях 6, 24, 36 і відповідей «ні» у питаннях 12, 18, 30, 42, 48, 54. Якщо набрана кількість балів 0-3 – норма людської неправди, відповідям можна довіряти. Якщо 4-5, то сумнівно. Якщо 6-9, то відповіді недостовірні.

ДОДАТОК Б

**«Особистісна шкала прояву тривожності Дж. Тейлора»
(Manifest Anxiety Scale, або MAS) в адаптації Т. А. Немчинова.**

Інструкція. Розподіліть картки на дві групи, в залежності від згоди чи незгоди з твердженням. Час тестування – 20-25 хвилин.

Текст опитувальника

1. Я можу довго працювати не втомлюючись.
2. Я завжди виконую свої обіцянки, не рахуючись з тим, зручно мені це чи ні.
3. Зазвичай руки і ноги у мене теплі.
4. У мене рідко болить голова.
5. Я впевнений у своїх силах.
6. Очікування мене нервує.
7. Часом мені здається, що я ні на що не придатний.
8. Зазвичай я відчуваю себе цілком щасливим.
9. Я не можу зосередитися на чомусь одному.
10. У дитинстві я завжди негайно і покійно виконував все те, що мені доручали.
11. Раз на місяць або частіше у мене буває розлад шлунка.
12. Я часто ловлю себе на тому, що мене щось тривожить.
13. Я думаю, що я не більше нервовий, ніж більшість людей.
14. Я не занадто сором'язливий.
15. Життя для мене майже завжди пов'язана з великою напругою.
16. Іноді буває, що я говорю про речі, в яких не розбираюся.
17. Я червонію не частіше, ніж інші.
18. Я часто засмучуюсь через дрібниці.
19. Я рідко помічаю у себе серцебиття або задишку.
20. Не всі люди, яких я знаю, мені подобаються.
21. Я не можу заснути, якщо мене щось тривожить.
22. Зазвичай я спокійний і мене не легко засмутити.
23. Мене часто мучать нічні кошмари.
24. Я схильний все приймати занадто серйозно.
25. Коли я нервую, у мене посилюється пітливість.
26. У мене неспокійний і переривчастий сон.
27. В іграх я волію скоріше вигравати, ніж програвати.
28. Я більш чутливий, ніж більшість людей.
29. Буває, що нескромні жарти та гостроти викликають у мене сміх.

30. Я хотів би бути так само задоволений своїм життям, як, ймовірно, задоволені інші.
31. Мій шлунок турбує мене.
32. Я постійно стурбований своїми матеріальними і службовими справами.
33. Я насторожено ставлюся до деяких людей, хоча знаю, що вони не можуть заподіяти мені шкоди.
34. Мені часом здається, що переді мною нагромаджені такі труднощі, яких мені не подолати.
35. Я панікую.
36. Часом я стаю настільки збудженими, що це заважає мені заснути.
37. Я віддаю перевагу ухилятися від конфліктів.
38. У мене бувають напади нудоти і блювоти.
39. Я ніколи не спізнювався на побачення або на роботу.
40. Часом я почуваюся непотрібним.
41. Іноді мені хочеться вилятися.
42. Майже завжди я відчуваю тривогу у зв'язку з чим-небудь або з ким-небудь.
43. Мене турбують можливі невдачі.
44. Я часто боюся, що ось-ось почервонію.
45. Мене нерідко охоплює розпач.
46. Я – людина нервова і легко збудлива.
47. Я часто помічаю, що мої руки тремтять, коли я намагаюся щось зробити.
48. Я майже завжди відчуваю почуття голоду.
49. Мені не вистачає впевненості в собі.
50. Я легко потію, навіть у прохолодні дні.
51. Я часто мрію про такі речі, про які краще нікому не розповідати.
52. У мене дуже рідко болить живіт.
53. Я вважаю, що мені дуже важко зосередитися на якому-небудь завданні чи роботі.
54. У мене бувають періоди такого сильного занепокоєння, що я не можу довго всидіти на одному місці.
55. Я завжди відповідаю на листи відразу після прочитання.
56. Я легко засмучуюсь.
57. Практично я ніколи не червонію.
58. У мене набагато менше побоювань і страхів ніж у моїх друзів і знайомих.
59. Буває, що я відкладаю на завтра те, що слід зробити сьогодні.

60. Зазвичай я працюю з великою напругою.

Обробка та інтерпретація даних:

Шкала тривожності. У один бал оцінюються відповіді «Так» до пунктів: 6, 7, 9, 11, 12, 13, 15, 18, 21, 23, 34, 25, 36, 28, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 40, 42, 44, 45, 45, 47, 48, 49, 50, 51, 54, 56, 60.

Відповіді «Ні» до пунктів: 1, 3, 4, 5, 8, 14, 17, 19, 22, 39, 43, 52, 57, 58.

Шкала відвертості. У один бал оцінюються відповіді «Так» до пунктів: 2, 10, 55. Відповіді «Ні» до пунктів: 16, 20, 27, 29, 41, 51, 59.

Спочатку слід обробити результати за шкалою відвертості. Вона діагностує схильність давати соціально бажані відповіді. Якщо цей показник перевищує 6 балів, то це свідчить про нещирість випробуваного.

Потім підраховується сумарна оцінка за шкалою тривожності:

40-50 балів розглядається як показник дуже високого рівня тривожності;

25-40 балів – свідчить про високий рівень тривожності;

15-25 балів – про середній (з тенденцією до високого) рівня;

5-15 балів – про середній (з тенденцією до низького) рівня;

0-5 балів – про низький рівень тривожності.