

Сумський державний педагогічний університет ім. А. С. Макаренка
ІН Інститут педагогіки і психології
Кафедра психології

Савченко Юлія Геннадіївна

**ОСОБЛИВОСТІ ПРОЯВІВ ПСИХОСОМАТИЧНОЇ СКЛАДОВОЇ У ЛЮДЕЙ
ЯКІ МАЮТЬ ЗАХВОРЮВАННЯ ОЧЕЙ**

Спеціальність: 053 Психологія
Галузь знань: 05 Соціальні та поведінкові науки

Кваліфікаційна робота
на здобуття освітнього ступеню магістр

Науковий керівник :

_____ Т.О. Мотрук

кандидат психологічних наук, доцент

«___» _____ 2021 року

Виконавець :

_____ Ю.Г. Савченко

«___» _____ 2021 року

Суми – 2021

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ І. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПСИХОСОМАТИЧНИХ РОЗЛАДІВ, ЩО МОЖЕ БУТИ ПРИЧИНОЮ ХВОРОБИ ОЧЕЙ	8
1.1. Психосоматика як наука	8
1.2. Причини виникнення психосоматики, зв'язок захворювання очей з стресовим фактором.....	22
1.3. Сучасні погляди фахівців на допомогу людям з вадами зору	25
Висновки до першого розділу	30
РОЗДІЛ ІІ. ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПРОЯВУ ПСИХОСОМАТИЧНОЇ СКЛАДОВОЇ У ЛЮДЕЙ, ЯКІ МАЮТЬ ЗАХВОРЮВАННЯ ОЧЕЙ	31
2.1. Діагностика прояву психосоматичної складової у людей, які мають захворювання очей	31
2.2 Аналіз результатів експериментального дослідження особливостей прояву психосоматичної складової у людей, які мають захворювання очей.....	36
2.3. Рекомендації щодо уникнення наслідків у вигляді захворювання очей, після пережитого стресу.....	45
Висновки до другого розділу.....	50
ВИСНОВКИ	51
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	54
ДОДАТКИ	59

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. Здоров'я людини, як фізичне так і психічне знаходяться у фокусі уваги спеціалістів самого різного профілю. Особливої уваги заслуговують порушення, які потрапляють під фахові компетенції медицини та психології. Тема психосоматичних порушень у людей, зокрема тих, що мають захворювання очей, тривалий час залишатиметься у полі зору дослідників, так як встановлення зв'язку між психічними переживаннями і соматичними відхиленнями буде сприяти пошуку та знаходженню більш дієвих методів втручання та виникнення хвороби і, як наслідок, напрацювання дієвих психотерапевтичних втручань, що покращать соматичний та психологічний стан людини та сприятимуть швидшому одужанню, або зміні перебігу хвороби в цілому, можливості зупинити соматичні зміни на етапі їх формування. В даний час, за даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, проблеми з зором мають близько 300 мільйонів людей у світі. З них 43% страждають порушеннями рефракції – короткозорістю (міопією), далекозорістю (гіперметропією) та астигматизмом. А той факт, що традиційна медицина не лікує, а тільки переводить хворобу в стан хронічної, не просто гіпотетичний, а доказаний, тому що, якщо ти попав до офтальмолога і тобі поставили діагноз, то ти постійний клієнт. Визнати соматичне захворювання проблеми з зором як наслідок дистресу або травматичного впливу – це справжня зміна парадигми в медицині. Коли річ іде про пошук причин хвороби, з точки зору лікаря, необхідно розглядати дистрес і інші різні прояви її ззовні. Але вимагати від лікаря офтальмолога психотерапевтичного досвіду в умовах стану медицини України сьогодні є нереальним, а розглядати можливість комплексного підходу в лікуванні хвороб очей вважаємо за необхідне.

Аналіз основних досліджень та публікацій. Із розвитком таких наук як психологія, психофізіологія та фізіологія діяльності вчені знаходять усе більше

доказів про цілісність психічних і соматичних проявів особистості. Проблему взаємозв'язку психічних процесів та соматичних функцій намагались досліджувати як психологи (З. Фрейд, Й. Брейер), психоаналітики Х. Дойч, Х. Данбар и Ф. Александер так і фізіологи (Г. Бехтерев, Ю. Александров, І. Сеченов, Н. Бехтерева, Є. Хомська, І. Павлов і ін.). Щоб зрозуміти внутрішню причину хвороби дуже важливо скласти уявлення про душевні переживання які людина має людина.

В житті багатьох людей хвороба очей стала вироком, створила певні обмеження і дискомфорт. Особисто мене хвороба очей супроводжує все життя. Мама, вчитель загальноосвітньої школи з стажем роботи 36 років неперервного педагогічного стажу і отримала хворобу глаукома лівого ока у віці 49 років та погіршення зору у вигляді далекозорості на правому оці, а через рік діагноз катаракта лівого ока. Сестра мала відхилення по зору лівого ока з дитинства, а у віці 49 років праве око почало гірше бачити близько, діагноз далекозорість. Перший чоловік страждав на короткозорість з 6 років, син теж почав гірше бачити з 6 років. Другий чоловік повністю здоровий з 100% зором до 39 років, потім відчув почуття піску в очах, сильний головний біль і діагноз глаукома правого ока, його маму оперували у віці 67 років з діагнозом катаракта правого ока.

Необхідність виявлення психосоматичної складової, яка має вплив на хвороби очей – є актуальною. У разі встановлення зв'язку між психічними переживаннями і соматичними відхиленнями, можна буде виявити причину виникнення хвороби і як наслідок в процесі корекційної діяльності прибрати основну причину виникнення хвороби, сприяти швидшому одужанню, або зміні перебігу хвороби в цілому, зупинити соматичні зміни на етапі їх формування.

В нашій роботі обґрунтовано психосоматичний підхід до захворювань, які можуть бути причиною виникнення хвороб очей. В дослідженні ми вбачаємо зв'язок між родинним фактором, стресостійкістю в різних сферах психічної

діяльності, та специфічними копінг-стратегіями поведінки у осіб, які мають хвороби очей, що в подальшому може вплинути на хід лікування таких пацієнтів.

Ми розглядаємо психосоматичні реакції організму людини на ті чи інші обставини, стреси, психологічні загострення, причиною яких є психічна природа і нервова система, що могли або може стати основою формування відхилень, які і призводять до захворювань очей. Стратегія визначення основного механізму, що впливає на формування вад зору таких як короткозорість, далекозорість, астигматизм, косоокість, та основні показники, захворювань очей таких, як запалення рогівки ока, глаукома, катаракта.

Об'єктом дослідження є психосоматичні прояви особистості.

Предмет дослідження: Особливості психосоматичної складової у людей, які мають захворювання очей.

Мета дослідження: теоретично вивчити та емпірично дослідити особливості психосоматичної складової у людей, які мають захворювання очей

Для досягнення поставленої мети в магістерській роботі необхідно було вирішити наступні завдання:

- визначити теоретико-методологічні підходи до розгляду особливості психосоматичної складової
- виявити особливості психосоматичної складової у людей, які мають захворювання очей;
- розробити рекомендації щодо уникнення наслідків у вигляді захворювання очей, після пережитого стресу.

Одержані результати експериментального дослідження опрацьовувалися згідно з вимогами статистичного аналізу з якісною інтерпретацією і змістовним узагальненням. Використовувалися в ході дослідження і для підведення підсумків програма SPSS Statistics 17.0, а також комп'ютерної програми Microsoft Office Excel (2007) та методи якісної інтерпретації результатів дослідження.

Етапи дослідження: Дослідження планується провести у III етапи впродовж січня-жовтень 2021 року. На I етапі (січень-травень) проведено аналіз стану розробки проблеми психосоматичної складової, що впливають на захворювання очей і вади зору у вітчизняній і зарубіжній літературі. На II етапі (червень-серпень) здійснено експертне виявлення психосоматичної складової у працівників Комунального некомерційного підприємства «Роменська центральна районна лікарня» Роменської міської ради, пенсіонерів, пересічних громадян, КНП «Центру первинна медико-санітарна допомога міста Ромни» Роменської міської ради. На III етапі (вересень-жовтень) узагальнено результати експериментальної роботи, їх формування у вигляді тексту кваліфікаційної роботи та розробка корекційної програми.

Експериментальна база дослідження:

Загальна кількість досліджуваних – 30 осіб, з них 15 осіб мають хворобу очей або відхилення по зору, 15 не мають хворобу очей, але мають інші хвороби.

Практичне значення одержаних результатів: отримані результати можуть використовуватися психологами в розробці рекомендацій для допомоги людям, які мають хворобу очей уникнути тяжких наслідків у вигляді втрати зору.

Апробація результатів та публікації. Основні положення магістерської роботи висвітлено у публікаціях:

1. Савченко Ю.Г. Психосоматична складова окремих захворювань очей та вад зору. *Молодь у психології: етнічна самосвідомість та міжетнічна взаємодія*. Збірка наукових праць Вид-во СумДПУ імені А. С. Макаренка, 2021 С. 179–182.

Участь у конференціях:

1. XI Міжнародна науково–практична конференція студентів, аспірантів та молодих вчених «Молоді у психології: етнічна самосвідомість та міжетнічна взаємодія» 22–23 квітня 2021 р.

2. VII Міжнародній науково–практичній конференції «Особливості у кризових умовах та критичних ситуаціях життя» 18–20 травня 2021 р.

РОЗДІЛ І

ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПСИХОСОМАТИЧНИХ РОЗЛАДІВ, ЩО МОЖЕ БУТИ ПРИЧИНОЮ ХВОРОБИ ОЧЕЙ

1.1. Психосоматика як наука

Термін «психосоматика» був запропонований у 1818 німецьким лікарем І. Хайнротом, і означав взаємозв'язок тілесного недугу і душевних страждань пацієнта.

У кожної людини завжди спостерігається певна вегетативна реакція як відповідь на той чи інший емоційний стан. Свідчення тому ми можемо знаходити у літописах, піснях. На сьогоднішній день ми розглядаємо психосоматичні захворювання як такі, що за причину мають когнітивні (розумові) процеси, а не соматичні причини. Про психосоматику прийнято говорити у випадках, коли не знайдено органічного порушення або фізичної причини (наприклад, травмування). При цьому велика вірогідність виявити певний невротичний компонент: пов'язати початок або важкість перебігу захворювання із тією чи іншою стресовою подією. Ці фізичні негаразди супроводжуються такими психоемоційними станами як тривога, роздратування, гнів, почуття провини, сором тощо. С.Л. Халіклей вважав, що «Психосоматичним захворюванням слід вважати таке, природу якого можна зрозуміти лише зі встановленням безумовного впливу емоційного фактора на фізичний стан» [52].

Психосоматичні захворювання, на думку Дж.А. Вінтера, мають на початку функціональний характер. Зміни у структурі організму можуть виникати як наслідок, реакція на неадекватний стимул, що виникає у минулому. Це той момент, коли з'явилися дуже неприємні хворобливі відчуття. Він ґрунтується на механізмі фіксування реакцій, супроводжується тимчасовими змінами свідомості.

М. Якобі, німецький психіатр у 1822 р. ввів поняття «соматопсихічне», як протилежне, і при цьому те, що доповнює поняття «психосоматичне». «Причини несвідомого зазвичай психічно-соматичні, проте кожна життєва сфера може сама собою бути достатньою їй підставою». У лікарський загальноприйнятий лексикон «психосоматика» як термін увійшов лише через століття. Термін «психосоматичний» прижився остаточно в медицині завдяки віденським психоаналітикам, і з цього часу, медицина психосоматична позначилася як «прикладний психоаналіз у медицині».

Психосоматичний напрямок – це не самостійна галузь медицини або психології. Хоча спочатку розглядалась, як «психосоматична медицина» ще до того, як були сформовані основні поняття психосоматики. Концептуально психосоматична медицина розглядає людину, як певну цілісність, як особистість, а не просто як біологічне тіло. Якщо класична (лабораторна) медицина досліджує і лікує реальні патологічні процеси, то предметом психосоматики є фізичне (соматичне) і психосоціальне життя людини. Отже «психосоматика» – це напрям в медицині і психології, який базується на цілісному підході, що враховує усі різноманіття, як психологічних, фізіологічних, так і соціально-психологічних та екологічних причин, які можуть стати причиною виникнення у людини хвороби.

Значний внесок у вивчення психосоматичних явищ зробив В. Райх. Він наполягав на єдності тіла та розуму, у своїх психотерапевтичних дослідженнях завжди включав проблеми, пов'язані з людським тілом, а також розробив концепцію характерного панцира. На думку В. Райха, до кожного пацієнта необхідно підходити як до цілісного організму, емоційні проблеми якого можливо зрозуміти тільки тоді, коли розглядати як цілісну істоту [16].

Значення словосполучення «медична модель» психотерапія розуміється як комплексний лікувальний невербальний і вербальний вплив на емоції, самосвідомість, судження людини. Така психотерапія використовується при багатьох нервових, психічних та психосоматичних захворюваннях. Але в науці

використовується і психологічна модель психотерапії, а тому, її можна розглядати як напрямок діяльності практичного психолога. Використовує практичний психолог ті самі методи, як і клінічний психотерапевт. Різниця насамперед полягає у їх націленості. Найважливіше завдання психолога не у знятті чи полегшенні симптомів хвороби, а у створенні умов для гармонійного функціонування особистості та її розвитку. Всесвітня Організація Охорони здоров'я у заголовку до своєї Декларації вказує: «Здоров'я – це не відсутність хвороби чи фізичної нестачі, а стан розумового, фізичного та соціального благополуччя». Можна говорити у цьому контексті про те, що психотерапія направлена на підтримку загальної гармонії самопочуття, а не на «виправлення», «лікування» або «корекцію» будь-яких розладів.

Розширене розуміння галузі застосування психотерапії зафіксовано у Декларації з психотерапії, прийнятої Європейською асоціацією психотерапії у Страсбурзі у 1990 році. У цій декларації зафіксовано наступне:

- психотерапія є особливою дисципліною в галузі гуманітарних наук, заняття якої являє собою вільну та незалежну професію;
- психотерапевтична освіта потребує високого рівня теоретичної та клінічної підготовленості;
- гарантованою є різноманітність психотерапевтичних методів;
- освіта в галузі одного з психотерапевтичних методів має відбуватись інтегрально: вона залучає теорію, особистий терапевтичний досвід та практику під керівництвом супервізора; одночасно набуваються широкі уявлення про інші методи;
- доступ до такої освіти здійснюється за допомогою різної попередньої підготовки, зокрема у галузі гуманітарних та суспільних наук [31].

Засновник методу позитивної психотерапії Н. Пезешкіан, доктор медичних наук, вважає, що в фундаменті фізичних захворювань лежать психологічні проблеми, автор в книзі Психосоматика і позитивна психотерапія описує 40

захворювань, які безпосередньо були пов'язаними із саме психологічними проблемами.

На думку засновника методу позитивної психотерапії, доктора медичних наук Н. Пезешкіна, в основі соматичних захворювань лежать психологічні проблеми. Так він описує 40 видів хвороб у книзі «Психосоматика і позитивна психотерапія».

Фахівці різних лікарських спеціальностей досить чітко розмежовують людину, як біологічний індивідуум та особистість, як прояв духовного єства. А психосоматичний підхід завдяки різноманіттю методів і техніки дослідження та лікування об'єднує досягнення медицини та психології, завдячуючи чому є можливість працювати з людиною цілісно. Саме проблема психосоматичних співвідношень є одною з найактуальніших проблем сучасної медицини, з огляду на те, що зв'язок між психічним і соматичним протягом кількох століть вивчають психологи, психоаналітики і фізіологи [35].

В ході еволюції людина пристосувалась до довкілля не тільки фізично, але і анатомічно. Але механізм пристосування її психіки до навколишнього середовища істотно змінився. На думку вчених, у процесі еволюції з'являлися та розвивалися нові симптоми і видозмінювалися реакції на події. Йдеться про пошук нових шляхів подолання труднощів, а не просто пристосування до примітивних фізіологічних потреб та уникати загроз, що потребує гнучкості і міцності не тільки кісток та м'язів, а і психологічних процесів і емоцій. В той же час емоції, які покликані організм людини мобілізувати на захист, в сьогоденній суєті пригнічуються значно частіше, пристосовуються до соціальних умов, що призводить до певного зламу і призводить до руйнування організму [35].

Наше тіло відповідає на наші думки. Багато наукових інститутів Європи, Америки, які провели ряд досліджень, мають аргументи на користь даної теорії. Більше того, вважається нормальним наявність у лікаря двох напрямків діяльності, якщо офтальмологія, то це офтальмолог–психотерапевт.

Кожна людина знайома зі станом який викликає та чи інша хвороба. Слабкість, біль, почуття самотності, розбитість та неповноцінності супроводжуються зміною життєвої ситуації – постійною або тимчасовою ізоляцією від навколишнього світу, відстороненням від активного ритму. Виникає неприємне відчуття недосконалості, залежності, бажання звинуватити в тому, що сталося когось або щось. Але той, хто не звик потурати своїм слабостям, той хто не хоче ховати свої проблеми від інших і від себе, той хто постійно шукає шлях до розвитку, ставить обов'язково собі запитання: навіщо і для чого це сталося зі мною, що не так?

Хвороба за своєю суттю – це порушення із навколишнім світом зв'язків. Хвороба виникає тоді, коли ігноруються загальні принципи взаємодії. І потрібна вона саме для відновлення порушеної рівноваги. У патогенезі практично будь-якого захворювання лежить запальний процес, а саме: порушення обміну речовин, порушення балансу між захисними силами організму та впливом факторів, що ушкоджують організм. Якби обмежує, локалізує вогнище ушкодження тканин, знищує чинник, що ушкоджує, разом із частиною власних тканин із метою збереження загальної цілісності. Так би мовити жертвує частиною заради збереження цілого.

З одного боку, хвороба як наслідок збігу певних обставин, порушення зв'язку з навколишнім світом, а з іншого – це причина подальших змін у житті людини. Картина, що символізує суть порушень, підказка по дорозі відновлення порушених зв'язків. Організм демонструє можливий вихід із ситуації. Наше тіло при цьому ніколи не бреше, на відміну від його господаря, який часто щосили намагається приховати від себе справжній стан речей і виправдати свій егоїзм. Той хто навчиться читати мову тіла, зможе допомогти собі та іншим у пошуках здоров'я [12].

Історія сьогоденної психосоматичної медицини бере свій початок з психоаналітичної концепції З. Фрейда, який довів спільно з Й. Брейером, що

«пригнічені емоції» та «психічна травма» шляхом «конверсії» можуть бути проявлені соматичним симптомом.

В Україні психосоматична медицина, як науковий напрям починає розвиватися, але не настільки прогресивно, як це застосовується в західних державах. Це переважно стосується науковців, психологів, психотерапевтів, фізіологів, лікарів, які працюють у сферах таких як: психіатрія, психологія та невропатологія. Об'єктом їх уваги є психосоматичні розлади. У довідниках з психосоматики ми зустрічаємо так звану «Велику чиказьку сімку»: гіпертонія, тиреотоксикоз, бронхіальна астма, виразка 12-палої кишки, ентероколіт, ревматоїдний артрит та псоріаз або екзему.

З іншої сторони, практично поза увагою лікарів вторинного рівня медичної допомоги залишається захворювання, які об'єднані у соматопсихічні, які призводять до соматовегетативного порушення, при цьому, внаслідок хронічних захворювань внутрішніх органів, формується зміна рис характеру людини. До соматопсихічних захворювань відносять такі захворювання як: есенціальна гіпертензія, цукровий діабет, захворювання легень, пептична виразка та інші.

Теорії умовних рефлексів та сама ідеї нервізму дозволили пояснити вплив психічних процесів на організм вісцеральними взаємодіями. На думку багатьох авторів, вплив кори великих півкуль на внутрішні органи опосередковується ендокринною та вегетативною системами. Основними речовинами, що передають сигнали нервової системи (трансмітерами) в організмі служать гормон кори надниркових залоз (кортизол), гормон щитовидної залози (тироксин) та гормон мозкової речовини надниркових залоз (адреналін).

Таким чином, переживання, думки, почуття людини трансформуються в біохімічні реакції за допомогою нервової та гормональної систем, набувають свого матеріального субстрату, тілесного виразу. За законом подібності, хвороба, яка виникає на свідомому рівні – порушення зі світом взаємозв'язку.

Про рефлекторну природу психічної діяльності, викладені у вченні І.М. Сеченова, І.П. Павлова про нервову діяльність, та роботи К.М. Бикова і співробітників показали, що умовно-рефлекторним шляхом може бути змінена будь-яка вегетативна функція, діяльність системи крові, залоз внутрішньої секреції, а також процеси обміну речовин, проникність клітинних мембран, терморегуляція тощо. Вчення К.М. Бикова про функціональні взаємини між внутрішніми органами та корою головного мозку. Потім було встановлено, що вісцеро-вегетативні розлади розвиваються із виникненням патологічного стану кори головного мозку. У загальній патології виник новий напрям – це кортико-вісцеральна патологія, що розвинуло уявлення щодо кортико-вісцерального генезу, а саме виникнення у людини численної групи захворювань, які стали об'єктами психосоматичної медицини [26].

А психосоматичними проявами хвороби очей, якщо така хвороба виникає, її «традиційна медицина» списує на спадковість, або на фізичний, травматичний вплив. І нікого не цікавить, що люди з діагнозом хвороби очей продовжують сліпнути і жити неповноцінним життям. Дуже малий відсоток оперованих від глаукоми продовжують бачити, в основному це постійне прийняття ліків, оперативне втручання і подальше погіршення зору, якщо обставини не змінилися.

Психосоматичні явища вивчали О. Лоцен, М. Фенделькрайз, Ф. Александер, Г. Сельє та ін. Що ж стосується офтальмології то робота лікаря офтальмолога та психоаналітика В. Інмана, який стверджував, наводячи конкретні приклади, які дозволяли пацієнту уникнути хірургічного втручання після бесіди з лікарем. Як казав В. Іншман: «Відзначається позитивна тенденція більш ніж у 70% випадках, але щоб перемогти саму причину хвороби необхідно бажання самого пацієнта». Проблеми в офтальмології: наші очі – це дзеркало душі. Може не дарма така приказка, яка поєднує духовну і фізіологічну складову. Очима ми бачимо, а душею відчуваємо. Ту інформацію, що ми отримуємо ззовні, а це 80%, генеруються нашим мозком і переводиться у почуття. А от, якщо ми живемо в

ненависній ситуації: «Очі мої б тебе не бачили», «я ненавиджу», – це дійсно призводить до соматичних порушень в органах зору [36].

Якщо розглядати «психосоматику» як розділ психології, яка вивчає зв'язок душі та тіла, а саме вплив емоцій на організм людини, то прослідковується певний зв'язок і закономірність між мисленням і реакціями людини з станом його організму. Більшість пацієнтів мають емоційну реакцію на свою хворобу, що прямо пропорційна накладає психоневротичний відбиток на органічні проблеми. Стверджувати, що всі хвороби без винятку мають психосоматичний аспект, ми не будемо; звичайно, ніхто не відміняв фізіологічні властивості організму, але хід і складність перебігу хвороби на 100% залежить від психосоматичної складової [31].

Сучасна медицина з своїм високоякісним діагностичним обладнанням та потужною промисловістю фармацевтичного напрямку в основному займається з'ясуванням фізіологічних та фізичних причин захворювань та лікуванням станів, що виникли. Дослідження людської душі стало прерогативою психологів, психіатрів, психотерапевтів, які до ліжка хворого мають дуже обмежений доступ. Подібний розподіл призвів до знецінення справжньої профілактики, плачевного стану здоров'я, підвищення рівня захворюваності населення (попри прагнення здорового способу життя та профілактику). Парадигма медицини не виправдала очікувань. Людині необхідний цілісний підходи, який допоможе створити резерви само зцілення, які заховані в глибинах психіки. «Пізнай самого себе» – із цим завданням людство не в змозі впоратися вже багато тисячоліть [12].

Прогноз залежить від ставлення до своєї хвороби самої людини – показує клінічний досвід. Прагнення за будь-якої ціни позбутися хвороби, відсутність бажання пошуку і прийняття причини ведуть до поразки. У тих, хто готовий співпрацювати з хворобою, так би мовити полюбити її, намагаючись вторинну вигоду патологічного стану, справи кращі набагато [12].

На сьогоднішній день можемо зустрітися із декількома концепціями виникнення психосоматичних розладів. Одна з них – це теорія стресу. Серія досліджень свідчить про те, що у тварин стрес може викликати конкретні соматичні порушення, які порівнюються з моделлю захворювань людини. Відомо, що багато психосоматичних захворювань починаються або загострюються після проживання важких і /або травматичних ситуацій, а саме: втрата близької людини, розрив стосунків, конфлікти на різноманітних соціальних рівнях, різкі зміни життєвого стереотипу [16].

Емоційна реакція, що знаходить відображення у об'єкта в формі глибокого суму, постійної тривоги, характерного відчуття страху, стає сполучною зв'язковою між психологічною та соматичною сферами. На думку С.М. Томчука, у випадках, коли емоційне напруження не блокується звичними психологічними захисними механізмами, не має ефективних копінг-стратегій, то може бути уражена. Та система органів, що виявиться найбільш сенситивною. Функціональна фаза ураження набуває деструктивно-морфологічних змін. А на тілесному рівні спостерігаємо маніфестацію психосоматичного захворювання. Таким чином, психічний фактор виступає як негативний [49].

Ф. Александер зазначав, що психічні та соматичні явища відбуваються в одній і тій же біологічній системі і ймовірно є аспектами одного і того процесу. Це означає, що кожен подразник, що надходить до тіла або виникає в середині тіла створює фізіологічну реакцію. Чим більше розуміння фізіології і біохімії нервової системи, тим більше приходить розуміння патогенезу психіатричних і психосоматичних процесів [2].

У психодинамічних підходах розглядаються ідеї протистояння мотивів. На думку психоаналітиків, вони і ведуть до психологічного та тілесного напруження за рахунок виникнення внутрішньо-особистісного конфлікту. Також ряд розладів можна спробувати пояснити витісненою жагою, що позначається у порушенні та діяльності певного органу. Припускають, що коли це явище зворотне – то це про

невроз, у випадку коли воно має тенденцію до хронізації (з подальшою деструкцією органу) – про психосоматичне захворювання [16].

Психоаналітики пояснюють появу психосоматичних розладів тим, що ураження визначеного органу пов'язане зі змістом неусвідомленого конфлікту. Неофройдисти розглядали психосоматичні розлади як результат ексцесу біологічних та соціальних механізмів розладів адаптації. Сьогодні більш визнаною є погляд з позиції процесів у груповій психодинаміці. Вона пояснює виникнення психосоматичних розладів конфліктом між особистістю та соціальною групою [16].

Психосоматична специфічність з теорії Ф. Александера, що висвітлено в посібнику «Клінічна психологія» Ю. Ніконенка, на формування симптому хвороби та її перебіг, що призводять до порушення функції вегетативних органів та витіснення у несвідоме, впливають наступні чинники:

- схильність до захворювання органу і життєва ситуація, яка активізує емоційний афект та вмикає несвідомий конфлікт;
- сильні, непережиті емоції;
- провина;
- переживання неповноцінності;
- сексуальні імпульси, які не знайшли виходу [16].

В центрі уваги соматопсихічного напрямку, стоїть питання про вплив на особистість соматичної хвороби, який викладений у працях психіатрів В. Гіляровського, В. Бехтерева, С. Корсакова, П. Ганнушкіна. Ознакою психосоматичної та соматопсихічної єдності є нормальне функціонування організму. Вітчизняна медицина поділяє організм на дві групи, психіка та соматика і у розгляді цілісності особистості, можна визначити їхній взаємовплив на формування захворювання.

До виникнення концепції стресу термін «стрес» використовувався в технічних науках для опису фізичної дії. В медицину, біологію і психологію він

був введений Г Сельє у 1936 році. Г. Сельє показав незалежність процесу пристосування організму людини від характеру впливу або експериментальності на події. Фактори впливу можуть бути самі різні, але незалежно від їх особливості, вони викликають в організмі людини однотипні зміни, які якимсь чином забезпечують адаптацію. Поняття стресу дуже швидко піднялося за межі обмеженого біологічного трактування. Це поняття і стало широко використовуватись у самих різних галузях, у тому числі і у побуті. Саме за допомогою слова «стрес» ми зазвичай пояснюємо свої помилки, або неідентичну поведінку при появі складнощів. Слово стрес стало обов'язковим супутником цілого букету гострих емоцій, а також відчуття після виснаженості, втоми та болю. Через поняття «стрес» ми пояснюємо три його складові, а саме:

- стрес, як ситуація і наближені до неї фактори, які вимагають мобілізації ресурсів і змін у поведінці людини;
- стрес, як стан, який включає в себе цілу палітру специфічних фізіологічних і психологічних проявів;
- стрес, як відтермінування негативних проявів гострих переживань, які порушують дієздатність і здоров'я людини [27].

Г. Сельє, пояснюючи власну, тепер класичну теорію стресу зазначав, що потрібно відрізнити стрес, як необхідність для вирішення завдань, що є корисним компонентом активного життя людини, від дистресу, який негативно впливає на здоров'я. Але класична теорія Г. Сельє не дозволяє визначити, де ж саме проходить межа між цими станами і у якій закономірності стрес переходить у дистрес [16].

Як було сказано раніше, є різні трактовки поняття «стрес». Найбільш розповсюдженим є стан психічної напруги, який виникає у людей в процесі у найбільш складних періодах життя, як у повсякденному житті, так і при певних обставинах. Психофізіологія під стресом вбачає психофізіологічні неспецифічні прояви адаптації організму в процесі дії різних значущих для нього факторів

(стресорів) [27]. Таким чином, як стверджував Г. Сельє, стрес – це неспецифічна реакція організму на певну подію або фактор, які порушують його рівновагу (гомеостаз).

Загальний адаптаційний синдром може бути зв'язковим між психосоціальним стресом і психосоматичним захворюванням. Іншими словами, в процесі відновлення організму після тривалого стресового навантаження, відбувається зміна мислення (виснаження організму), що призводить до адаптації організму в нових обставинах. Це як пусковий механізм до дій (дистрес). В залежності від характеру стресу відбувається процес відновлення, який проявляється в певних хворобливих відчуттях в організмі, або погіршенні здоров'я. На процес відновлення впливає і реакція людини, або новий стрес, або прийняття хвороби, як можливість відпочити (відновитись). Саме це вважається стресостійкістю.

Як зазначала Н. Бережна, стресостійкість – інтегративна властивість особистості, яка характеризується взаємодією емоційних, вольових, інтелектуальних і мотиваційних компонентів психічної діяльності людини, які забезпечують оптимальний успіх, досягнення цілі діяльності у складній емоційній обстановці [7].

Під час узагальнення результатів експериментального дослідження і даних літератури дозволило В. Ротербергу дійти висновку, що вирішальним чинником у збереженні здоров'я в умовах стресу є пошукова активність. Відступ від пошуку нерідко має місце при обставинах, коли наслідком будь-якої діяльності є покарання, і негативне підкріплення стає беззмінною умовою для існування. Але навіть в таких умовах суб'єкти, які мали досвід опору невдачам або пізнавали горе, вміють зберегти пошукову поведінку і їх здоров'я у такому випадку не погіршиться.

Вивчення поведінки людини у стресових ситуаціях призвели до виявлення механізмів подолання або копінг-механізмів, які визначають успішну чи

неуспішну адаптацію. Копінг – поняття, яке визначає когнітивні, емоційні і поведінкові стратегії, які використовуються, щоб впоратись з стресовою ситуацією. Більш точніше копінг–поведінка визначається так: копінг – це «безперервно змінні когнітивні і поведінкові спроби впоратись з специфічними зовнішніми і/або внутрішніми вимогами, які оцінюються як перебільшуючи або непомірні ресурси людини [56].

З роботи О.В. Диза стало відомо, що той, хто знайшов у собі сили до опору системі й зберіг здатність до пошукової поведінки, той йде не до поліклініки, а в басейн, спортзал, на фітнес, починає шукати причину хвороби в собі і як наслідок пошуку, в корені змінює своє життя. Хоча є і «ідеальні хворі», адже медична система побудована саме на пригніченні пошукової поведінки, думки, що лише можна діяти тільки за умови приймання медикаментів чи лікування [18].

А.Л. Гройсман, у своїй книзі «Клінічна психологія, психосоматика і психопрофілактика» [15], зазначає, що при збільшенні кількості психотерапевтів, які будуть мати якісну освіту і при цьому будуть її втілювати під час лікування пацієнтів традиційними методами, можуть суттєво зменшити потребу у лікарях різних спеціальностей на вторинному рівні.

Другою парадигмою, що претендує на пояснення патогенезу психосоматичних захворювань, є психодинамічна концепція інтрапсихічного мотиваційного конфлікту. Воно добре відоме і полягає в тому, що механізм психічного захисту орієнтований на збереження цілісності усвідомленої поведінки; тому мотив, який суперечить соціально обумовленим установкам, не повинен усвідомлюватись. В іншому випадку відбудеться руйнування певної поведінкової концепції, а цілі виявляться недосяжними. Тому такий мотив має бути об'єднаний з соціальними мотивами, або витіснений із свідомості. Прикладом такої деструктивної поведінки може бути агресивність, яка породжена заздрістю, певна ворожість у вигляді агресії, ненависті. Якщо агресивне відношення пояснюється як адекватна реакція у вигляді захисту від негативу, тоді

така агресія усвідомлена і проявлена у поведінці без докорів сумління. У разі, якщо агресивна поведінка скрита і пояснити цю поведінку не вдається, мотив видаляється із свідомості в підсвідомість за допомогою механізму витіснення. При цьому незадоволений і витіснений мотив стає джерелом невротичної тривоги або психосоматичного захворювання, наприклад хвороби очей [16].

Сам процес витіснення мотиву розглядається як своєрідна відмова від пошуку способів реалізації неприйнятної мотиву, він має тенденцію до генерації на всі види поведінки і блокує пошук на всіх рівнях.

Якщо обидві парадигми патогенезу психосоматичних захворювань об'єднуються концептом відмови від пошуку, то саме проблема виховання пошукової активності стає основною проблемою психосоматики психосоматичних захворювань [55]. І тут вже очевидно, що психосоматика не стільки медицина, скільки соціально–психологічна проблема, фундаментальне вирішення якої лежить в зміні парадигми самої людини.

Зі слів автора книги «Психосоматика» А. Менегетті, «відчуття здоров'я свідчить про порядок, злагоду, автентичність. Хвороба – це завжди свідчення помилкової поведінки, виною якої в більшості випадків є недостатньо усвідомлення протиріччя. Будь-яке психосоматичне захворювання потребує корекції поведінки» [33].

Отже, враховуючи вищевикладене можемо з впевненістю сказати, що психосоматична хвороба є результатом порушення як біологічних, так і соціальних механізмів розладів адаптації, витіснення мотиву і відмову від пошуку, так би мовити перебування людини в затяжному стресі (дистресі).

1.2. Зв'язок захворювання очей з стресовим фактором

Ще до нашої ери, близько 3321 рік тому була сформована думка про те, що дистрес психічний є однією з основних причин втрати зору. У санскритській книзі

«susruta samhita», яка, як вважається, була написана саме у 1300 році до н. е., відомий індійський хірург на ім'я Сусрута, практикуючи традиційну давньоіндійську медицину, перелічив 18 різних причин втрати зору. Серед них є шість «причин» або ознак тілесного чи емоційного стресу:

- неправильні звички сну, такі як денний сон, пробудження вночі тощо (swapna viparyascha);
- безперервний плач (prasakta samrodhana);
- надмірний гнів (kora);
- горе (шока);
- страждання від стресу – біль, фізичне та психічне виснаження (кеша); та придушення сліз (bhashpa grahath)» [6].

Два основні фактори, що мають величезний вплив на формування і перебіг хвороби зору – це тривога і стрес, які переходять у дистресові прояви, потім до них приєднуються типологічні відмінності особистості, тип характеру, що впливає на реакцію та фізіологічні властивості самого організму.

Роль тривоги у виникненні психічних і психосоматичних складових, які призводять до відхилення у вигляді хвороби очей, дуже важлива. Тривога – то не стрес, але вона настільки ж важлива, як і біль у загальній медицині. Оскільки багато психіатричних та психосоматичних станів зосереджуються навколо цього, ми можемо запитати: «Що таке тривога?» Р. Вебстер визначає це як «болісне занепокоєння розуму, передбачаючи можливе негативне майбутнє»; або «тривалість очікування зла чи небезпеки без належного ґрунту, пояснюється як перетворення емоції, похідної від пригніченого лібідо» [32].

Психологічним захистом називається спеціальна регулятивна система стабілізації особистості, спрямована на усунення або зведення до мінімуму почуття тривоги, пов'язаного з усвідомленням конфлікту. Кожна людина віддає перевагу певному захисту, що стають невід'ємною частиною його індивідуального

стилю боротьби з труднощами. Це найкраще автоматичне використання певного захисту чи набору захистів і є результатом щонайменше чотирьох чинників [32]:

- 1) темпераменту з народження;
- 2) стресу, пережитого в ранньому дитинстві;
- 3) захистів з життєвого прикладу батьків або інші значущих людей;
- 4) набутих з життєвого досвіду особистих захистів.

З робіт Н. Віторської, зав. терапевтичним відділенням поліклініки Молодечненського ЦРЛ (Мінська область, Білорусь) зір призваний відображати не тільки видиму форму, тобто те, що лежить на поверхні, а і те що сховано в глибині. Причина короткозорості, на її думку, у нерозумінні стратегії розвитку, спотворенні духовного розвитку. Односторонність, заглиблення в деталі, досконалість в одній сфері діяльності, у збиток загального та різностороннього розвитку, страх перед майбутнім, нездатність реально оцінити життя [12].

Далекозорість і її причини Н. Вітовська описує, як зниження гостроти зору, характерне ослабленням переломної сили оптичного середовища ока, коли навіть для погляду в даль необхідно напружити м'язи ока. Частіше за все ці відхилення зустрічаються у людей похилого віку. Постійна напруга акомодативного апарату стає нерідко для ока звичним, і війковий м'яз, відповідальний за кривизну кришталика, навіть в спокої повністю не розслабляється, втрачає у виконанні своїх функцій гнучкість. Це явище аналогічно схильності людини до консерватизму, прагненню в усьому спиратися на минулий досвід, ігноруючи вимоги теперішнього часу. Недостатність гнучкості веде до порушень в тактичній взаємодії з навколишнім світом, що заважає придбання нового досвіду розвитку. Все це супроводжується внутрішньої незадоволеністю, досадою. Виникнення далекозорості в молодому віці часто пов'язане зі схильністю до категоричності, ідеалізму, фанатизму [12].

Таким чином, ми можемо свідчити, що саме надмірний стрес стає основою до формування психосоматичної хвороби, в тому числі втрати зору та є

передумовою виникнення соматичних змін, які проявляються через різноманітні хвороби очей.

1.3. Сучасні погляди на допомогу людям з вадами зору

Розглянемо окремі розлади вад зору та їх психологічну складову, а саме:

Психологічні аспекти розвитку далекозорість. Коли починаєш обговорювати і вивчати захворюваність, яка пов'язана з дисфункцією ока, необхідно розглянути такий процес, як пристосування (акомодація). Частіше за все, проблеми очей, такі як далекозорість, зустрічається після 45 років, але буває і таке, що захворюваність проявляється раніше. Тобто зір пристосовується до ситуації в якій перебуває людина, якби реалізуючи потребу хворого чогось не бачити.

Зі слів Л. Бурбо, таке відхилення по зору, як далекозорість є проблемою тих, хто дуже важко пристосуватися до оточення і обставин, які їх турбують сьогодні. їм важко прийняти той факт, що тіло старіє, бачити це в люстерко. Ця категорія людей не хоче приймати неприємності на роботі або в родині. Бажання на щось закрити очі, не бачити, потреба втекти світ за очі [1].

Ментальним блокуванням проявляється в організмі тоді, коли відчувається надмірна тривога, хвилювання, не прийняття обставин, бажання витіснити переживання. Під час витіснення переживань є ризик їх заглиблення у несвідоме, а потім проявитися у вигляді хвороби.

З огляду на ствердження Л. Хей, далекозорістю хворіють люди, що не відчувають себе спокійно в цьому світі [51].

Дещо іншої думки дотримується Ю. Зотова. Вона вважає, що такі люди бояться жити сьогодні, вони застрягли у минулому або майбутньому, тобто сьогодні не сприймається. Так би мовити дистанціюються, не сприймають інформацію, яка відбувається сьогодні, живуть минулим [20].

У похилому, бажання не бачити смерть довкола, сприймати інформацію про те, що більшість життєвого шляху подолано може стати причиною далекозорості.

Психологічними причинами розвитку астигматизму може бути консервативний спосіб мислення – є тільки одна думка і вона належить хворому. Особистості, які мають таку хворобу, як астигматизм не сприймають інших такими, якими вони є.

Психологічними причинами розвитку дальтонізму може бути бажання бачити своє життя в полярному світі, при цьому нюанси в розрахунок не беруться. А от, якщо кольори плутаються, то на це може вплинути відсутність яскравих барв в житті людини, все нібито зливається [20].

Трохи інакше у дітей, особливо віком до трьох років. Як і інші хвороби у дітей, причиною хвороби очей, як зазначає Ю.Золотова, є перебування з мамою у психологічному зв'язку тому хвороба дитини є маминою, повністю відображають стан мами. Сильно впливає сварки між батьками, або розлучення батьків, у дитини проявляється страх до майбутнього, що може стати причиною короткозорості.

Психологічною причиною розвитку запалення ока (кон'юнктивіту) або ячменю може бути прояв гніву, ненависті, роздратування в бік оточуючих, при чому відсутність бажання бачити подразник, такі негативні емоції руйнують власника, якби реалізовуючи бажання – болісно дивитися.

Часте переживання негативних емоцій, стресу, застрягання в тузі, дистресі може бути причиною виникнення соматичних відхилень в тому числі і хворобі очей.

Психологічними причинами розвитку глаукоми є підвищений внутрішній тиск, при чому у прямому і переносному смислах. Хворому нібито стає боляче дивитися на все що його оточує. Такий стан супроводжується зовнішніми подразниками, такими як конфлікт в колективі або в родині. В основному дана хвороба найчастіше зустрічається в похилому віці, частіше за все – це люди які

вели активний спосіб життя, спостерігається втома, бажання відпочити, але пенсія в Україні – це крок у невідоме. Причиною глаукому можуть бути давні образи, які не пропрацьовано. Глаукома ніби показує як хворий тисне на себе внутрішньо, блокуючи свої почуття. Ця хвороба пов'язана зі смутком, втратою близьких, чим довше смуток не пережитий, тим сильніше розвивається глаукома [57].

Психологічною причиною розвитку катаракти є відсутність радості, в основному катаракта як і глаукома частіше зустрічаються у похилому віці, катаракта є наслідком глаукоми, ускладненням хвороби.

Якщо при глаукомі не відбувається відтік рідини, яка омиває око, то при катаракті, у зв'язку з відсутністю нормального функціонування систем, які забезпечують живлення кришталика, він відмирає. Поступове звуження зору при глаукомі призводить до повного знищення кришталика.

Як психосоматичною причиною деякі вчені вважають відсутність бажання з радістю дивитися в майбутнє, все примарне, не цікаве і не райдужне. Відношення до старості і набутих хвороб, можуть стати психосоматичною причиною захворювання.

Психологічною причиною втрати зору може бути пов'язаним з минулими подіями, які закріпилися як негативний спогад у пам'яті, його постійне прокручування. Такі люди частіше за все не бажають бачити дрібниці, які дратують, звертають увагу лише на те, що подобається, і тим самим важливі життєві події пропускає [57].

Розглянемо, наприклад, досвід доктора Ф. Рупперта, професора психології в Мюнхенському університеті прикладних наук. Доктор зазначає, що у разі короткозорості і далекозорості лікарі прописують окуляри, їх лікують лазером і заробляють на цьому чималі кошти, разом з тим прописують ліки. А причина хвороби в тому, що очне яблуко приводиться в рух м'язами, а м'язи можуть бути напружені або розтягнуті. Однак традиційна медицина той факт, що тіло вносить

свій вклад у гостроту зору, а тіло залежить від душевного стану, в рахунок не бере [44].

Ф. Рупперт пропонує комплексний підхід: харчування, фізичні вправи, підняття функціональних властивостей імунної системи. Наприклад, в китайській медицині функціонування печінки прямо пропорційно впливає на зір. В своїй практиці він застосовує варіанти терапії спільно з психологією: кінезіологією, терапією руху по Фельденкрайзу, тренінгом тіла, тренінгом голосу, тренуванням очей. Остіопатичний погляд на лікування хвороб очей він теж відносить до цілісного підходу. Основу тренінгу відновлення зору – метод У. Бейса. Але під час комплексного підходу зазначає необхідність і важливість переосмислення тяжких проблемних питань минулого, інакше позитивний результат може бути не тривалим [44].

З практики Ф.Рупперта відомо про досвід роботи з застосуванням методики запиту, при чому пацієнт має задавати питання сам собі.

Прикладом питань є: Чому я короткозорий? Чому моє поле зору звужене? Чому мої очі запалені? Чому мій внутрішній тиск високий? З якого часу я маю проблеми з зором? Як змінилося моє життя в зв'язку з погіршенням зору? Робота з запропонованим запитом – це гарна можливість прийти до себе, жити прийнявши себе, свої властивості, адже відношення до себе віддзеркалюється зовні [44].

Доктор вивів основні причини погіршення або втрати зору, що лежать у:

- пренатальному, перинатальному і постнатальних періодах;
- відсутності або слабкій в структурі Я;
- змішаній ідентичності;
- травмі кохання;
- втраті контакту і відношень;
- динаміці жертва-агресор.

Ф. Рупперт наполягає, що прийом медикаментів, алкоголю, наркотиків або краснуха у матері, перенесена під час вагітності, може призвести до проблем з зором у дитини [44].

Ф. Рупперт зазначає шляхи до здоров'я:

- прийняття себе і правди про себе;
- самому приймати рішення стосовно себе;
- зустрітися з собою;
- встановити зв'язок з собою;
- сприйняти свою цілісність;
- пропрацювати свою біографію травм [44].

Часто симптом набуває декілька рівнів і потребує не однократного встановлення зв'язку – це означає, що поки проблема не буде знята, стан хвороби буде зберігатись.

Таким чином, ми бачимо, не пропрацьовані та пригнічені емоції викликають занадто багато неприємностей, а в деяких випадках, і позбавляють людину такої необхідної здатності бачити.

Висновки до першого розділу

Проблеми здоров'я, є дуже важливим в наш час, а особливо коли це стосується очей, адже не маючи зору людина майже безпорадна. Хвороба очей – це порушення із навколишнім світом зв'язків. Хвороба виникає тоді, коли ігноруються загальні принципи взаємодії. І потрібна вона саме для відновлення порушеної рівноваги. У причині практично будь-якого захворювання лежить процес, який обмежує, локалізує вогнище ушкодження тканин, знищує чинник, що ушкоджує, разом із частиною власних тканин із метою збереження загальної цілісності організму.

Сьогодні психосоматика розглядається як тілесне відображення прояву хвороби та внутрішній конфлікт в душі. Психосоматичні захворювання є властивими для людського організму, це відображення душевного життя тілом. Психіка та соматика являються складовими здоров'я людини. Сучасна психосоматика заснована на тому, що емоції людини можуть впливати на функції органів і викликати в них ряд захворювань, в тому числі і хворобу очей. Яка з кожним роком прогресує, все більше людей одягають окуляри і більше людей стають пацієнтами по пересадці кришталика при катаракті, а скільки тих хто страждає від глаукоми не злічити.

З одного боку, хвороба як наслідок збігу певних обставин, порушення зв'язку з навколишнім світом, а з іншого – це причина подальших змін у житті людини. Картина, що символізує суть порушень, підказка по дорозі відновлення порушених зв'язків. Організм демонструє можливий вихід із ситуації. Той хто навчиться читати мову тіла, зможе допомогти собі та іншим у пошуках здоров'я.

Спираючись на основні положення проаналізованої наукової літератури, досвід офтальмологів зарубіжжя, психотерапевтів сходу, вплив стресу та тривоги на формування соматичних відхилень в організмі людини, в тому числі і хвороб очей, ми провели дослідження спрямоване на виявлення особливості психосоматичної складової у людей, які мають хворобу очей і паралельно дослідимо групу людей, які мають 100% зір, але інші супутні хвороби, для виведення основних аспектів впливу, характерних для виникнення реакції організму на певні стресові фактори, з подальшою розробкою рекомендацій, що дозволить працювати з причиною хвороби і як наслідок впливати на зовнішні прояви в тілі.

РОЗДІЛ II

ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПРОЯВУ ПСИХОСОМАТИЧНОЇ СКЛАДОВОЇ У ЛЮДЕЙ, ЯКІ МАЮТЬ ЗАХВОРЮВАННЯ ОЧЕЙ

2.1. Діагностика прояву психосоматичної складової у людей, які мають захворювання очей

З метою діагностики прояву психосоматичної складової у людей, які мають захворювання очей в дослідженні взяло участь 50 чоловік, але для підведення висновків взято до розрахунку відповіді 30 чоловік, з них 15 осіб, що мають хворобу очей і 15, що мають 100% зір, але є супутні хвороби. Так як малоформалізовані діагностичні методики не слід протиставляти формалізованим методикам для проведення дослідження взято наступні методики: Гісенським опитувальником для виявлення соматичних скарг і Копінг-тестом для встановлення рівня стресостійкості досліджуваного, метод «незакінчених речень» Сакса і Сіднея, так як вони взаємно доповнюють один одного.

Для постановки діагнозу необхідно застосувати різні методики та методи дослідження, що дає можливість всесторонньо розгляду особистості та виведення певної аксіоми діяльності та обставин, що характеризують особливість психосоматичного прояву. Вважається, що психодіагностика, має супроводжуватись даними про досліджуваного, які не завжди можна відкрити за допомогою опитувальників. З метою формування повної картини хвороби є необхідність проведення опитування за різними напрямками, бесіда для уточнення деталей [1].

У роботі нами було використано наступні методи – діагностична бесіда і психологічне тестування. У нашому дослідженні ми зробили ставку на діагностичне тестування. Були застосовані такі опитувальники як: методика

незакінчених речень Сакса – Сіднея, Гіссенський опитувальник психосоматичних скарг та копінг-тест Лазаруса.

Методу «незакінчених речень» Сакса і Сіднея, у психологічній практиці частіше за інші використовується варіант методу «незакінчених речень», він містить у собі 64 незакінчених речень, в яких регламентовані й залежать від змісту початку фрази доповнення, здійснювані обстежуваним. Ми взяли 64 речення, кожні 4 з них характеризують тією чи іншою мірою систему відносин обстежуваного до родини, до статевого життя, представників своєї або протилежної статі, начальства і підлеглих, до вчителів, а також відношення до свого стану здоров'я, що і є основною причиною вибору даної методики, для визначення причинно–наслідкових зв'язків між життєвими обставинами, родиною, відношенням до майбутнього, минулого та станом зору опитаних. Також деякі групи речень мають відношення до страхів і побоювань, до наявного почуття провини, свідчать про відношення обстежуваного до минулого і майбутнього, торкаються сфери взаємин з батьками і друзями, життєвих цілей, що значно полегшить розробку програми реабілітації на майбутнє.

Гіссенський опитувальник соматичних скарг запропонований 1967 року Є. Брюхлером та Дж. Снером. Методика стандартизувалася на населенні Німеччини та пацієнтах психосоматичного відділення Гіссенського університету. Існує дві форми опитувальника: повна та скорочена, повна форма психосоматичного опитувальника (далі ПСО) складається з переліку, що включає 57 скарг, скорочена – 24. В нашому дослідженні використана саме повна форма, так, як в ній міститься той спектр скарг, які ми досліджуємо.

Методика ПСО використовувалася при вирішенні проблеми взаємовпливу фізичних скарг, реакції у відповідь на виникнення захворювання. Теоретичною основою розуміння такого взаємозв'язку служить розширення поняття психосоматики, коли «хвороба» і «здоров'я» стосуються як самого індивіда, а й у взаємодії з його оточенням. У медичній практиці часто цікавить, чи має,

наприклад, виразковий хворий локальну обмежену шлункову чи дуоденальну симптоматику чи пред'являє неспецифічні скарги. Велика ймовірність участі психічних чинників в етіології захворювання зростає роль психотерапії. Для виявлення подібних станів і призначений опитувальник. Він може бути заповнений будь-яким фахівцем у галузі медицини, а також і самим пацієнтом, але найбільшою мірою виявиться корисним фахівцям первинної ланки охорони здоров'я (У СНД – дільничним терапевтам, на Заході – сімейним лікарям).

Варіанти відповідей корелювалися за шкалою від 0 до 4 балів для оцінки інтенсивності прояву симптому, відповідно: 0 – не турбує ніколи, 1 – турбує дуже рідко, 2 – часом турбує, 3 – часто турбує, 4 – турбує майже постійно. Аналіз отриманих показників у певної групи пацієнтів може ілюструвати механізм дисоціації між шкодою об'єктивним поліпшенням клінічних проявах хвороби і суб'єктивним відчуттям тяжкості захворювання.

Опитувальник складається з 57 пунктів – переліку скарг, що належать до таких сфер як загальне самопочуття, вегетативні розлади, порушення функцій внутрішніх органів. У опитувальнику відсутні суто «психічні» симптоми, оскільки їх реєстрації є безліч інших опитувальників. Кожен із пунктів оцінюється за 5-бальною шкалою: від 0 (скарга відсутня) до 4 (скарга виражена дуже сильно). Крім того, є можливість додатково вказати не включені до опитувальника скарги і відзначити ступінь загальної обумовленості скарг психічними та фізичними факторами.

Опитувальник має 4 основні шкали та одна сумарна. Кожна основна шкала включає по 6 пунктів, сумарна шкала включає в себе всі 24 пункти основних шкал. Інші питання не співвідносяться зі шкалами, але вказують на певний дисбаланс та напруження в організмі, що в подальшому може стати причиною хвороби.

Копінг-тест Лазаруса, дана методика призначена для визначення копінг-механізмів, способів подолання труднощів у різних галузях психічної діяльності, копінг-стратегій. Цей опитувальник вважається першою стандартною методикою

в галузі вимірювання копінгу. Методика була розроблена Р. Лазарусом та С. Фолкманом у 1988 році, адаптована Т.Л. Крюковою, Є.В. Куфтяк, М.С. Замишляєвою у 2004 році. Подолання життєвих труднощів, як стверджують автори методики, є когнітивні і поведінкові зусилля індивіда, що постійно змінюються, з метою управління специфічними зовнішніми та (або) внутрішніми вимогами, які оцінюються ним як такі, що піддають його випробуванню або перевищують його ресурси. Завдання подолання негативних життєвих обставин полягає в тому, щоб або подолати труднощі, або зменшити їх негативні наслідки, або уникнути цих труднощів, або витерпіти їх.

Респондентам було запропоновано 50 тверджень, що стосуються їх поведінки у важких життєвих ситуаціях. Випробуваний оцінював як часто ці види поведінки проявляються у нього.

Для обробки використовують 8 субшкал: конфронтація, дистанціювання, самоконтроль, пошук соціальної підтримки, прийняття відповідальності, втеча-уникнення, планування вирішення проблеми, позитивна переоцінка.

1. Конфронтація – це вирішення проблеми не завжди за рахунок цілеспрямованої поведінкової активності та здійснення конкретних дій. Стратегія конфронтації розглядається як «не адаптивна», однак при помірному використанні вона надає здатність особистості до опору труднощам, підприємливість і енергійність при вирішенні проблемних ситуацій, відстоювати власні інтереси;

2. Дистанціювання – подолання негативних переживань пов'язану з проблемою за рахунок суб'єктивного зниження її значущості та ступеня емоційного вторгнення в неї. Характерно використання інтелектуальних прийомів раціоналізації, зволікання уваги, знецінення, витіснення тощо;

3. Самоконтроль. Подолання негативних переживань у зв'язку з проблемою за рахунок цілеспрямованого придушення і стримування емоцій, мінімізації їх впливу на сприйняття ситуації і вибір стратегії поведінки, високий контроль поведінки, прагнення до самовладання;

4. Пошук соціальної підтримки. В даній шкалі акцентується увага на вирішення проблеми за рахунок залучення зовнішніх ресурсів, пошуку емоційної, інформаційної і дієвої підтримки. Характерні орієнтованість на взаємодію з ін.

5. Прийняття відповідальності. Визнання людиною своєї ролі у створеній проблемі і відповідальності за її рішення, у деяких випадках з проявом самокритики і самозвинувачення. Дана стратегія в поведінці може призводити до невинуватеної самобичування і самокритики, переживання почуття хронічної незадоволеності собою і провини;

6. Втеча-уникнення. Подолання особистістю негативних переживань у зв'язку з труднощами за рахунок реагування за типом ухилення: відволікання, заперечення проблеми, невинуватених очікувань, фантазування і т.п. При виразному перевагу стратегії уникнення можуть спостерігатися інфантильні форми поведінки в стресових ситуаціях;

7. Планування рішення проблеми. Подолання проблеми за рахунок можливих варіантів поведінки, цілеспрямованого аналізу ситуації, планування власних дій з урахуванням об'єктивних умов, минулого досвіду і наявних ресурсів, вироблення стратегії вирішення проблеми;

8. Позитивна переоцінка. Подолання негативних переживань за рахунок її позитивного переосмислення, розгляду її як стимулу для особистісного зростання. Характерна орієнтованість на надособисте, філософське осмислення проблемної ситуації, включення її в більш широкий контекст роботи особистості над саморозвитком.

Під час проведення дослідження за даною методикою, випробуванням пропонувалося 50 тверджень щодо поведінки у важкій життєвій ситуації.

Таким чином час дослідження було опитано 30 осіб, за трьома опитувальника, всі данні щодо інтерпретації були занесені в таблиці, та висвітлено в роботі у вигляді діаграм.

2.2. Аналіз результатів експериментального дослідження особливостей прояву психосоматичної складової у людей, які мають захворювання очей

Група опитаних складається з 30 осіб, віком від 17 до 75 років, серед яких переважна більшість жінок, основна категорія опитаних працівники лікарні, техпрацівники, лаборанти, але є і приватні підприємці, головні лікарі, пенсіонери, безробітні.

Опитуванні прийняли участь 30 респондентів, 15 осіб, що мають хворобу очей (далі група 1) та 15 осіб, які мають інші хвороби (далі група 2). Серед осіб групи 1: 6 мають діагноз короткозорість (міопія), 4 мають діагноз далекозорість (астигматизм), 4 людини із зниженням зору та 1 катаракта. Група 2: менінгіт, ОНКО, нервовий зрив тощо. Всі результати занесено в таблицю 2.2. (додаток Б).

З 30 досліджених, 15 осіб мають хворобу очей (катаракта, астигматизм, міопія), або відхилення по зору (короткозорість, далекозорість), а 15 не мають хвороби очей, але мають інші скарги на здоров'я, такі, як ревматичний фактор, захворювання серцево-судинної системи, шлунково–кишкові розлади, виснаження, зайва вага і виснаження, та інше. Хочемо зауважити, що показники між групами не суттєво різняться у зв'язку з тим, що ті, які мають хворобу очей, також мають і інші скарги на здоров'я.

Відмічаємо, що за результатами порівняння середніх показників у двох зазначених групах статистично достовірну різницю виявлено лише за двома показниками «Проблеми із зором» та копінг-стратегією «Втеча». Тобто, люди, що мають хворобу очей із високим ступенем достовірності обирають «не дивитися в очі проблемі», тікати від неї, не зустрічатися із негараздами (табл. 2.1 та додаток А).

Таблиця 2.1.

**Середні показники шкал опитувальників за результатами
одновибіркового Т-критерія Пірсона респондентів 1 та 2 груп (частина)**

	Групи	№	Середнє значення	Значення двостороннє	Значення
Проблеми з зором	1.00	16	2,0	0,00	,004
	2.00	14	0,1	0,00	
Втеча	1.00	16	12,1	0,120	,036
	2.00	14	9,9	0,111	

Примітка: група 1 – особи, що мають хворобу очей, група 2 – особи, що мають інші хвороби.

Відсотковий аналіз даних, отриманих за результатами дослідження, дозволив створити первинну уяву про стан особливості психосоматичних проблем у людей які мають хворобу очей.

Загальні результати дослідження за методом «незакінчених речень» Сакса і Сіднея представлено у табл.2.2. (додаток В) та діаграмі рис.2.1, де зазначено дві групи. З діаграми видно, що ті, що мають хворобу очей, або відхилення по зору більше бояться майбутнього, практично у всіх опитаних жінок прослідковується болючий зв'язок з батьком, певна дисгармонія в родині, незадоволення життям, страх змін, бачення смутного майбутнього (або воно незрозуміле, або формальна відповідь на кшталт «воно щасливе», але чомусь щастя вважають у здоров'ї і якби воно було, то було б щасливим).

На нашу думку, якщо людина не може собі пояснити те, що відбувається за допомогою свого світогляду, у нього виникає страх перед оточуючими. Тому формується певне бажання закрити очі на незрозумілі і невідомі фактори, закритися від невідомих зовнішніх обставин у спробі зберегти внутрішній спокій.

Таким чином людина позбавляє себе стратегічного бачення, акцентуючи увагу на проблемах сьогодні, заглиблюючись в деталі.

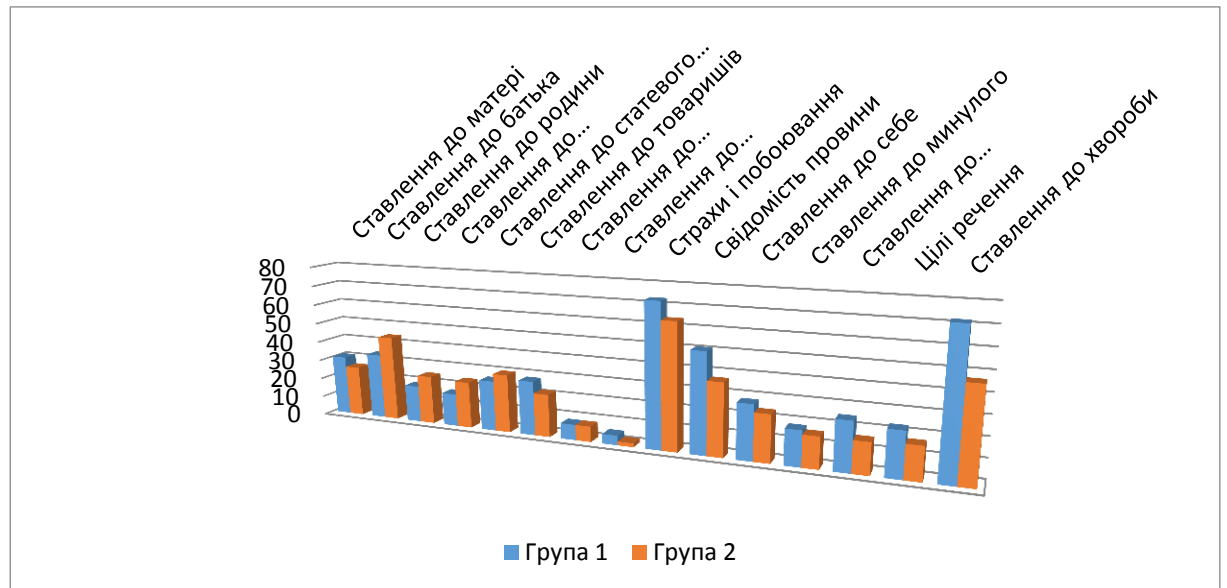


Рис. 2.1. Співвідношення ставлення до різних важливих аспектів життя між групою 1 та групою 2.

На нашу думку, якщо людина не може собі пояснити те, що відбувається за допомогою свого світогляду, у нього виникає страх перед оточуючими. Тому формується певне бажання закрити очі на незрозумілі і невідомі фактори, закритися від невідомих зовнішніх обставин у спробі зберегти внутрішній спокій. Таким чином людина позбавляє себе стратегічного бачення, акцентуючи увагу на проблемах сьогодні, заглиблюючись в деталі.

Люди з короткозорістю (міопією) обмежені своїм світоглядом, відповіді на зразок: моє керівництво не справедливе, якщо всі проти мене, я буду триматися сама, я винна тощо. Не розуміння стратегії розвитку, одностороннє бачення (є тільки моя думка, інші не правильні), відточування майстерності, удосконалення своїх навиків в одній сфері діяльності ігноруючи інші сфери життя, обставини винні, відчуття провини за минулі помилки. Не вміння адекватно оцінити реальне життя, мрійність, не бажання сприймати світ таким, як він є. Критика інших,

страхи, а основний страх – це страх майбутнього «Весь час засуджувати інших, самому не бачити далі свого носа».

Досліджені, які мають відхилення по зору у вигляді далекозорості (астигматизм) – в більшості люди віком від 40 років, але є і 29 річна жінка. В основному, з огляду на відповіді, всім дослідженим не подобається те що їх оточує, у більшості, як і у попередньої категорії прослідковується негативні спогади з дитинства, пов'язані з батьком, як наслідок проблема в родинному колі (або відсутня родина, або певні проблеми в родині). Більшість опитаних, як мрію зазначають подорожування, певні консервативні погляди, підвищена критика і вимогливість, а всіх все добре, всі щасливі крім мене.

Що стосується такої хвороби, як катаракта, серед опитаних тільки 1 випадок, а в ході збору інформації і спілкування з хворими, які втратили кришталік, можна зробити припущення, що в основному – це хвороба, яка вражає людей уже у похилому віці, передпенсійний вік, пов'язане з сприйняттям і баченням майбутнього «майбутнє примарне», далі тільки доживання і смерть. Але є такі випадки, коли катаракта стає наслідком психотравми, яка спричинена певним травмуючим фактором, таким як смерть близької людини, або сильна агресія на довколишній світ, критика, ненависть, скрита ворожнеча. Тоді хвороба стає бажаним проявом підсвідомості, позбавлення від збуджуючих факторів, певна вторинна вигода.

За допомогою другого опитувальника встановлено певний спектр скарг опитаних, всі данні внесені в таблицю (додаток С). Результати середнього показника можна побачити на діаграмах (рис. 2.2 – досліджувані, що мають хворобу очей та рис. 2.3. – досліджені, які не мають хвороби очей).



Рис. 2.2. Співвідношення тиску скарг в групі 1

З діаграми видно показник скарг, які нас цікавлять, шкала, яка турбує досліджуваних у порівнянні з іншим тиском скарг суттєво. Хоча хвороба очей, як видно з діаграми не є єдиною проблемою у стані здоров'я, про що свідчать 7% з загального тиску скарг, в більшості випадків є обов'язково супутні хвороби, адже мислення, що призвело до хвороби очей так само впливає і на функціонування інших органів. В більшості показника тиску скарг стосується ревматичних скарг 16% – це біль в суглобах і кінцівках, в попереку, шиї (потилиці) або плечовий суглоб, головний біль, відчуття тяжкості в ногах, відчуття тиску в голові. Воно і не дивно, адже любі відхилення по зору залежать від загального фізичного стану організму, а тиск і шийний відділ відповідає за подачу і відтік крові від голови, очей. У разі застою у шийному відділі, може бути перетин вени, яка відповідає за відтік крові від голови, що призводить до підвищення тиску в голові, а той в свою чергу піднімає тиск в очному яблуці, що в певній мірі впливає на чіткість зору.



Рис. 2.3. Співвідношення тиску скарг в групі 2

Група досліджуваних, що не має хвороб очей відображена у наступній діаграмі на рис. 2.3.

З огляду на показники діаграми видно, що ті що не мають хвороби очей, теж скаржаться на порушення ревматичного фактору, більше на 3% ніж у тих хто має хворобу очей, тому пов'язати ревматичний фактор з хворобою очей вважаємо не вірним.

Загальний тиск скарг у категорії досліджуваних дорівнює показнику і тієї групи, які мають хворобу очей, що становить 50% і у більшості є показником, який не перевищує процентні ранги по відношенню до віку опитуваного показано на діаграмі рис.2.4.

Далі опитуваним запропоновано надати відповіді для встановлення копінгу, щоб порівняти стресостійкість обох категорій, чи має відношення до втрати зору фактор дій у стресі. Всі результати внесено в табл. 2.4 (додаток Д), яка є додатком Д до даної роботи.

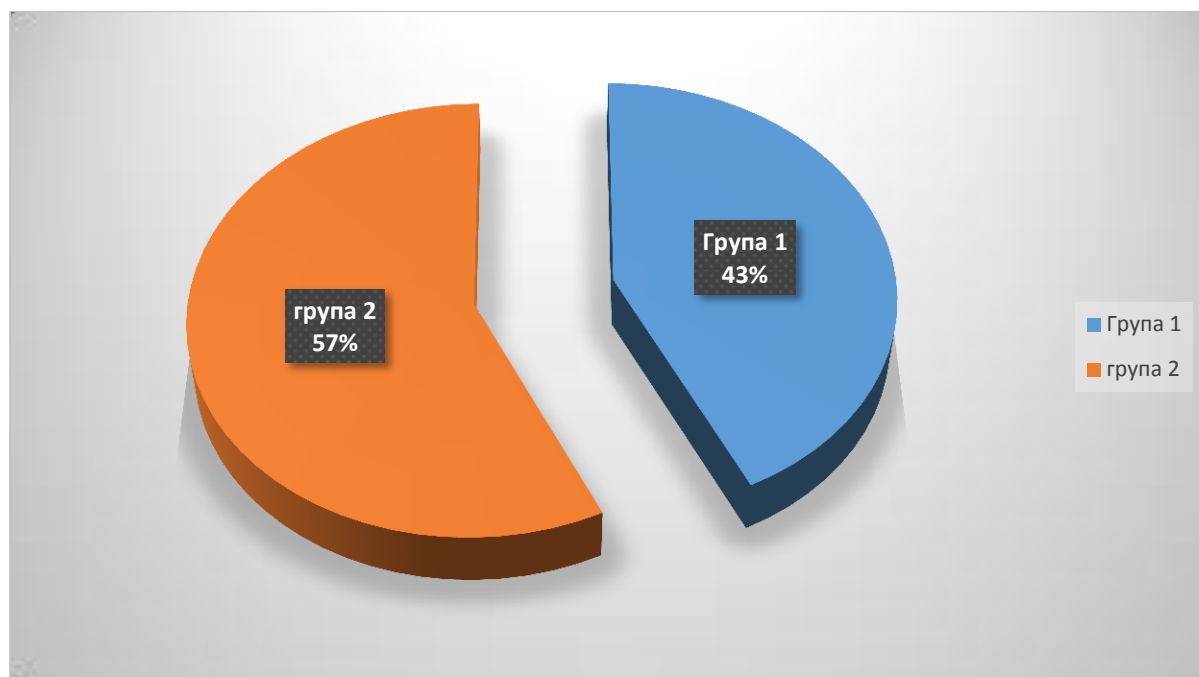


Рис. 2.4. Співвідношення загального тиску скарг між групою 1 та групою 2.

Наочність впливу стресостійкості на хворобу очей можна візуально переглянути на рис. 2.5., діаграма на якій відображено результати копінг-тесту у відсотковому співвідношенні середнього значення до інших.

«Дистанціювання» спостерігається відмінність у дистанціюванні групи 1 на відміну від групи 2, що пояснює той факт, що люди, які мають хворобу очей більш схильні до подолання негативних переживань у зв'язку з проблемою за рахунок суб'єктивного зниження її значущості та ступеня емоційної залученості в неї (не бачити тих чи інших подій).

«Самоконтроль» спостерігаємо відмінність з боку групи 2, ті що не мають хвороби очей, а мають інші захворювання схильні до самоконтролю, прагнення до самовладання, що підтверджується і загальним тиском скарг.

«Втеча-уникнення» спостерігаємо відмінність з боку групи 1, пояснюється тим, що ті що мають хворобу очей більш схильна до подолання негативних

переживань у зв'язку з труднощами за рахунок реагування за типом ухилення: заперечення проблеми, витиснення її у несвідоме, відволікання.

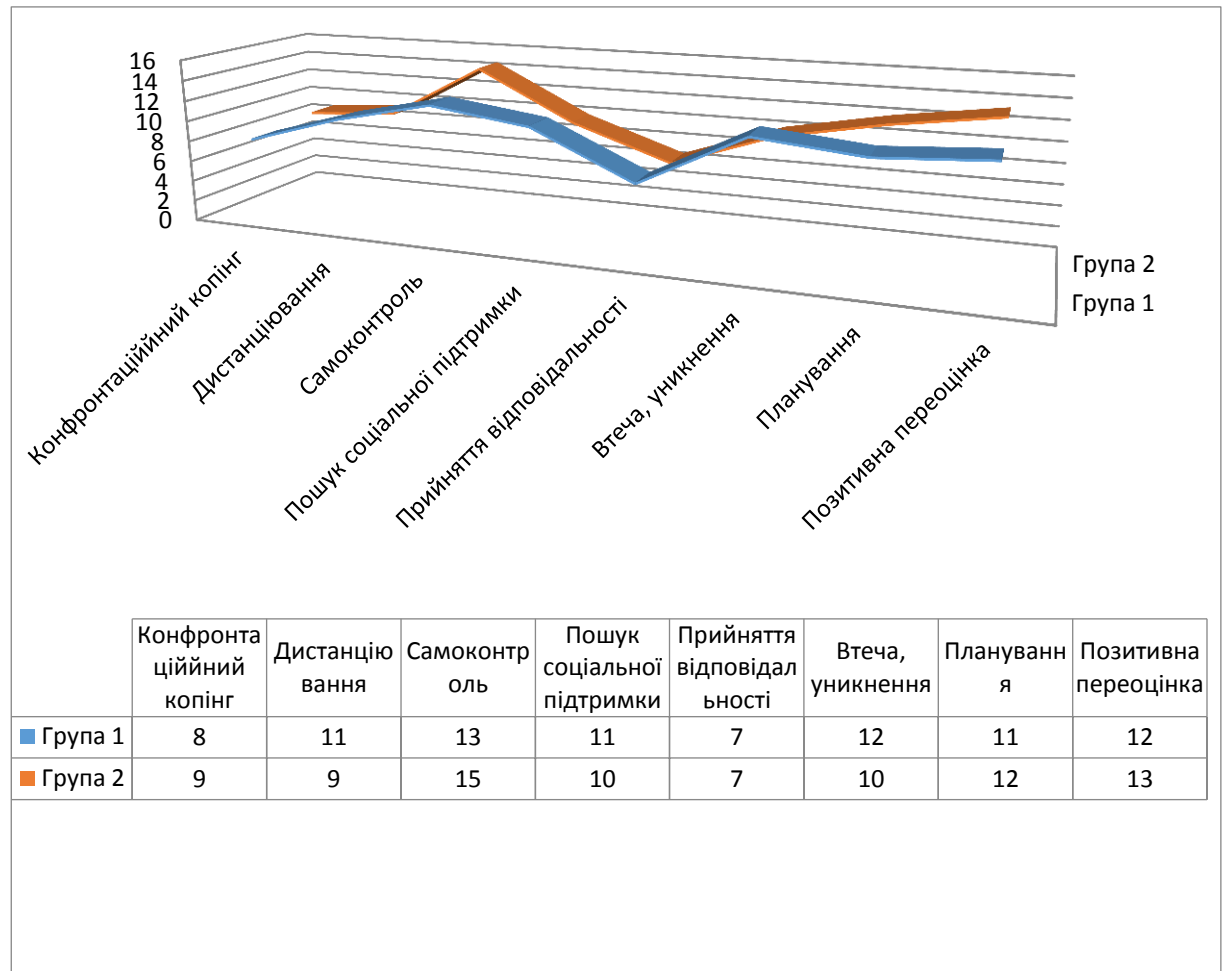


Рис. 2.5. Стратегії подолання стресу у опитуваних групи 1 та групи 2 копінг-тестом Лазаруса «Оцінка поведінки у важкій життєвій ситуації»

«Самоконтроль» спостерігаємо відмінність з боку групи 2, ті що не мають хвороби очей, а мають інші захворювання схильні до самоконтролю, прагнення до самовладання, що підтверджується і загальним тиском скарг.

«Втеча-уникнення» спостерігаємо відмінність з боку групи 1, пояснюється тим, що ті що мають хворобу очей більш схильна до подолання негативних переживань у зв'язку з труднощами за рахунок реагування за типом ухилення: заперечення проблеми, витиснення її у несвідоме, відволікання.

«Позитивна переоцінка» спостерігається відмінність з боку групи 2, люди, що не мають хвороби очей більш схильні до позитивного переосмислення для подолання негативних переживань.

Щодо «Планування вирішення проблеми», за рахунок цілеспрямованого аналізу ситуації і можливих варіантів поведінки, вироблення стратегії вирішення проблеми то відмінність не значна, в основному група досліджених яка має хвороби очей, зменшений показник пояснюється тим, що деякі опитані, вже примарно бачать майбутнє і будують плани.

Враховуючі показники зазначені в діаграмі видно, що люди, які мають хворобу очей більш схильні до конфронтації, середній показник є перевищенням певних відхилень. Середній показник серед опитаних показує на середній адаптаційний потенціал особистості, не завжди адекватну поведінку в стресі. У 4 з 15 виявлена висока напруженість копінгу, що показано в табл.2.4. (додаток Д) це свідчить про не адаптаційну поведінку в стресі.

Середній показник дистанціювання є ствердженням про те, що група досліджуваних, яка не має проблем з очима має середній потенціал і бажання ухилятися від проблем, перемикання ракурсу з проблеми на інші менш травмуючі фактори, середній же показник з тих хто має хворобу очей, залежності від рівня хвороби спостерігається висока напруженість і бажання ухилитися (закрити очі) на проблему.

Підвищений рівень самоконтролю у групи досліджуваних, які мають хворобу очей, свідчить про подолання негативних переживань у зв'язку з проблемою за рахунок витіснення, притиснення і стримування емоцій, що може бути причиною виникнення тривоги, а потім і соматичних змін у вигляді хвороби очей.

Пошуку соціальної підтримки 11 в групі, яка має хворобу очей на рівні групи, яка не має хвороби очей 10 (що є середнім показником), пояснений тим, що всі досліджені намагаються і намагалися вирішувати проблеми за допомогою

залучення зовні ресурсів, взаємодія з іншими людьми, очікування підтримки, уваги, співчуття, конкретної допомоги, що вказує на наявність хвороби і відсутність усвідомлення внутрішньої причини. Дане відношення до обставин може бути причиною виникнення будь якої хвороби і може бути причиною поступового погіршення здоров'я в цілому.

В обох групах спостерігається середній адаптаційний рівень, близький до низького, щодо відповідальності, що свідчить про визнання дослідженими відповідальності за своє життя, але в деяких випадках відповідальність споріднена з самокритикою і самобичуванням, переживання відчуття провини. У 5 з 30 опитаних спостерігається хронічне незадоволення собою, що є причиною підвищеного показника скарг на ревматичні болі в суглобах, відчуття тяжкості в ногах болі в шії.

Високий рівень витіснення, уникання, втечі від проблем, за допомогою заперечення проблеми, фантазування, невиправданих очікувань, відволікання у групи людей, які мають проблему очей, може бути причиною хвороби очей. Тобто хворий обмежує своє бачення, керуючись бачити тільки те, що співзвучно його світоглядом. На відміну від групи досліджуваних, які мають хворобу очей, ті, що не мають хворобу очей показали середній, а у декого низький рівень витіснення.

Планування вирішення проблем у обох груп знаходиться на середньому адаптаційному рівні, хоча і наближеному до високого. Дана категорія опитаних різного віку відповіли, що в їхньому житті не завжди, але відбувався ціле направлений аналіз ситуації і корегування можливих варіантів поведінки, планування дій і змінення ситуації за рахунок минулого досвіду і наявних ресурсів. Також даний показник вказує на відносно малий відсоток серед опитаних, які мають високий тиск психосоматичних скарг за Гиссенським опитувальником.

Високий показник позитивної переоцінки серед опитаних, більше середнього свідчить про позитивне сприйняття і переоцінку проблемних ситуацій,

що дає можливість організму балансувати і знаходити вихід з заданих проблем. На це вказує не високий показник скарг за шкалою «Шлункові скарги» та «серцевих скарг» в Гиссенському опитувальнику, адже вважається, що серце символізує центр життя людини. Його здатність радіти життю, жити в ладі з самим собою і з навколишнім світом. Ми живемо, доки б'ється наше серце. Кров – це матеріальний символ нашої душі. Кров – це радість та життєві сили, а судини – радість та силу кожній клітині нашого тіла. Шлунок символізує здатність переробляти, перетравлювати та засвоювати будь-які ідеї та ситуації. Тому, коли ми маємо проблеми зі шлунком, це означає, що ми не знаємо, як асимілювати життя. Нам стає страшно перед новим. Ми не здатні засвоювати будь-які події.

Цікавими є результати кореляцій між досліджуваними показниками. Так «Ставлення до себе» на високому рівні статистичної значущості пов'язано із умінням ставити цілі, шлунковими скаргами, тиском, конфронтаційним копінгом, дистанціюванням, самоконтролем та прийняттям відповідальності.

Ставлення до товаришів і знайомих «Позитивна переоцінка», «Прийняття відповідальності», «Дистанціювання», «Ставлення до хвороби», «Ставлення до минулого», «Свідомість», «провина», «Ставлення до товаришів по роботі», «Ставлення до вище посадових осіб».

Ставлення до минулого впливає на «Ставлення до майбутнього», «Ставлення до хвороби» та «Шлункові скарги».

Проблема із зором має пряму кореляцію на високому рівні статистичної значущості із «Ставленням до хвороби» та зворотну кореляцію із шкалами «Шлункові скарги» та «Ревматичний фактор».

Таким чином за результатами емпіричного дослідження з'ясовано, що люди, що мають хворобу очей із високим ступенем достовірності обирають «не дивитися в очі проблемі», їх копінг-стратегія «Втеча». Особливістю психосоматичного відхилення у людей, які мають хворобу очей – це страх майбутнього, пережита травма дитинства, не любов до себе, і підвищений рівень

витіснення стресу у несвідоме, менший показник позитивного бачення вирішення проблем.

2.3. Рекомендації щодо уникнення наслідків у вигляді захворювання очей, після пережитого стресу

Хвороба очей – це вимушений стан, спричинений низкою факторів, а профілактика захворювання - це усунення несприятливого психологічного стану, що дасть можливість усунути наслідки захворювання або полегшить перебіг хвороби. Коли організм знаходиться в нормальному стані – хвороба не виникає. Завдяки вчасній профілактиці можна запобігти переходу психосоматичного захворювання до формування соматичних змін, а в деяких випадках і оперативного втручання.

Психосоматичні захворювання – це ті захворювання, які виникають під взаємодією факторів психічних та соматичних, і виявляються психічними порушеннями і розладами, які вказують на соматичне захворювання, чи під впливом психогенних факторів – розвитком соматичної патології. В наш час у медицині психосоматика представлена психологічними, клінічними, лабораторними та епідеміологічними дослідженнями, що пояснюють роль стресу в розвитку та виникнення психосоматичних захворювань.

Профілактика соматичних захворювань дуже є складна і недостатньо розроблена, оскільки сьогодні ні теоретично, ні практично не може запобігти виникненню тієї чи іншої хвороби очей, навіть враховуючи провокуючі моменти та схильні фактори. Таким чином, слід звернути увагу на вдосконалення психотерапевтичної підготовки лікарів офтальмологів, оскільки до них в першу чергу прийдуть пацієнти з хворобою очей чи вадами зору.

Метою проведення профілактичної роботи в групах людей, що мають проблему у вигляді захворювання очей є зниження ризику ускладнень перебігу

хвороби, уникнення операції на очах, або успішний її перебіг, покращення стану організму і зміни парадигми мислення для зміни спектру бачення.

Треба пам'ятати, що за кожним з випадків утворення фізичної (соматичної) зміни в очах стояв стрес. Якщо перекласти слово «стрес» з англійської (stress), то вийде тиск, натиск, напруження.

Генетика є основною причиною порушення зору. Проте генетичне погіршення зору ми самі можемо спровокувати або посилити захворювання. В чому нам допомагають гаджети. Без ноутбука чи комп'ютера сьогодні не уявити офісної роботи або навчання. Ми самі часто додаємо очам напруження, проводячи вечори чи вихідні за комп'ютерними іграми, сидячи в соцмережах або переглядом серіалів. Особливо небезпечно це для тих, у кого вже діагностували порушення стрімке погіршення зору.

Надмірна вага та пасивний спосіб життя також є причиною порушення зору, адже це сприяє виникненню хронічних хвороб, які можуть привести до втрати зору в майбутньому.

Надмірне фізичне навантаження та стреси негативно впливають на людський організм і враховуючи генетичну схильність теж можуть спровокувати погіршення зору. Короткозорість (міопія) та далекозорість

Далекозорість – це коли вдалечині предмети людина бачить краще, ніж те, що знаходиться прямо перед нею. Далекозорість зазвичай розвивається з віком, але буває і вродженою. Психосоматика: Не надто прив'язуйтеся до фізичного тіла, таким чином, воно зношується, але душа наповнюється новим досвідом, нові можливості відкриваються перед вами. Навчіться приймати людей та ситуації, що відбуваються навколо, це позитивно вплине не лише на зір, а й на життя загалом.

Потрібно намагатися уникати категоричності у всьому, не засуджувати події та людей. Прагнути до душевної близькості у взаєминах із людьми. Намагатися уникати підвищеної критики та вимогливості. Важлива щира участь у житті людини та конкретна допомога у критичних ситуаціях.

Питання для роздумів.

1. Як часто я цікавлюся думкою близької мені людини, перш ніж ухвалити рішення?

2. Чи звертаються до мене по допомогу?

3. Чи важливо для мене виявити участь в іншій людині?

Короткозорість, або міопія, – протилежне до далекозорості явище: зблизька людина бачить зображення чітко, а предмети вдалечині – розмиті. У людей, молодших за 45 років, саме короткозорість є основним порушенням зору. Вона розвивається внаслідок надмірного напруження очей або передається генетично.

Розвиток міопії та далекозорості можна затримати або навіть попередити за допомогою пошук свого місця у житті, гімнастики для м'язів очей за системою доктора Бейтца. А також за допомогою розширення свідомості, коригування світогляду, зняття внутрішнього стресу наступного діалогу з собою:

Питання для роздумів

1. На яку частину мого буття я волію запліщувати очі?

2. Як часто я щиро вникаю у проблеми оточуючих? Чи намагаюся я в тому, що відбувається з іншими, побачити себе?

3. Чи використовую я зір для розширення свого поля видимості?

4. Що вважаю розвитком? Чи включає моє розуміння розвитку розширення життєвого простору?

5. Чи можу я витримати чітке, реальне сприйняття предметів?

6. Що мене дратує в оточуючих і як це пов'язано з моїм характером? Чи вдалося мені побачити ці недоліки в собі?

Астигматизм

При астигматизмі зображення фокусується перед сітківкою ока або позаду неї, людина бачить все не чітко, без фокусу. Хвороба вроджена, але може з'явитися внаслідок травми ока.

Катаракта. Людина втрачає гостроту зору, особливо при поганому освітленні з'являється помутніння. Ця хвороба вважається набутою, тому тільки регулярні візити до лікаря-офтальмолога зможуть попередити появу або виявити її на ранніх етапах та провести лазерне хірургічне втручання.

Щоб попередити втрату зору або покращити зір необхідно зрозуміти, що є причиною втрати зору поради або виникнення відхилень.

Когнітивно-поведінкова терапія – психотерапія, яка призначена для надання допомоги у запобіганні рецидивів депресії, спричиненої стресовим фактором. У практиці використовувати техніки когнітивно-поведінкової терапії, так і медитації. Когнітивні техніки полягають насамперед у психологічній освіті пацієнтів щодо їх хвороби, її психологічних і фізичних проявів, а медитація дозволяє зосередитися на усвідомленні всіх вхідних думок та почуттів, змінити реакцію на події, що до цього викликали стрес.

Також допоможуть прості поради, такі як більше часу надворі.

У Сідней, Австралія, було проведено дослідження, в якому взяли участь 1700 дітей віком 6-12 років. Було помічено, що чим довше дитина проводить на свіжому повітрі, тим менше ризик розвитку короткозорості. Науковці свідчать, що переваги перебування на свіжому повітрі пов'язані не з необхідністю дивитися вдалину, а з впливом денного світла на такі характеристики зору, як глибина різкості та здатність різко бачити. Дослідники навіть припустили, що тривалий вплив світла стимулює вироблення дофаміну, який може вплинути на ріст очного яблука» [54]. «Навіть якщо ви вже не дитина, бути на відкритому просторі та вести активний спосіб життя допоможе почуватися краще. краще, та запобігає розвитку хронічних захворювань, в тому числі і очних. Фізична активність посилює кровообіг, в результаті чого всі необхідні мікроелементи живлять сітківку і зоровий нерв, що допомагає підтримувати зір» [54].

Спробуйте ненадовго сказати «ні» гаджетам. Контролюйте час, проведений за комп'ютером та телефоном.

Робіть гімнастичні вправи для очей. Важливо пам'ятати, що очна гімнастика має протипоказання. Серед них наступні: операції на очах; при відшаруванні сітківки; та при потужній короткозорості.

Гімнастика для очей точно необхідна тим, хто страждає на далекозорість і короткозорість і тим хто має спадкову схильність до втрати зору. Також фізичні вправи для очей варто робити, коли ви відчуєте втому та перенапругу зорового нерву, наприклад, під час тривалої роботи за переглядом телевізора чи комп'ютером.

Висновки до другого розділу:

В другому розділі під час проведення емпіричного дослідження, прослідковувався зв'язок наслідків впливу стресового фактору з хворобою очей, а вплив дистресу може бути невід'ємною частиною формування хвороби очей.

В ході дослідження було обрано три види опитувальників, що дозволили дослідити взаємозв'язок між життєвими переживаннями, психосоматичними скаргами, та копінг-стратегіями поведінки у стресі.

За результатами емпіричного дослідження з'ясовано, що люди, що мають хворобу очей із високим ступенем достовірності обирають «не дивитися в очі проблемі», їх копінг-стратегія «Втеча». Особливістю психосоматичного відхилення у людей, які мають хворобу очей – це страх майбутнього, пережита травма дитинства, не любов до себе, і підвищений рівень витіснення стресу у несвідоме, менший показник позитивного бачення вирішення проблем. Проблема із зором має пряму кореляцію на високому рівні статистичної значущості із «Ставленням до хвороби», що може свідчити про психосоматичну складову очних захворювань.

У представлення рекомендаціях щодо уникнення наслідків у вигляді захворювання очей, після пережитого стресу наголос зроблено на вправах, що

допомогою розширення свідомості, коригування світогляду, зняття внутрішнього стресу наступного діалогу з собою: Також наведено приклади гімнастики для очей. Зазначено на доцільності застосування технік когнітивно-поведінкової терапії, які сприяють зміні ставлення пацієнтів до захворювання, психологічній просвіті та самоусвідомленню.

ВИСНОВКИ

У магістерській роботі викладено теоретичне узагальнення та емпіричне дослідження особливостей психосоматичної складової у людей які мають хворобу очей; запропоновано рекомендації щодо попередження та профілактики психосоматичних проявів у вигляді соматичних змін у оці.

1. Психосоматика як напрям та поняття протилежне соматичному увійшов у лексикон приблизно через століття після того, як М. Якобі у 1822 році увів поняття «психосоматичний напрям». Даний напрям не є самостійною галуззю медицини або психології, він поєднує дві складові тіло та душу, як єдиний організм. Тому і саме поняття «психосоматика» – це напрям в медицині та психології, який базується на цілісному підході, що враховує усі різноманіття, як психологічних, фізіологічних, так і соціально психологічних та екологічних причин, які можуть стати причиною виникнення хвороби.

В центрі уваги сомато-психічного напрямку, стоїть питання про вплив на особистість соматичної хвороби, який викладений у працях психіатрів В. Гіляровського, В. Бехтерева, С. Корсакова, П. Ганнушкіна. Ознакою психосоматичної та соматопсихічної єдності є нормальне функціонування організму. Вітчизняна медицина поділяє організм на дві групи, психіка та соматика і у розгляді цілісності особистості, можна визначити їхній взаємовплив на формування захворювання.

В роботі широко розкрито вплив стресового фактору на виникнення хвороби очей. Стрес, як спонукання до дії і стрес, як стан психічної напруги, який виникає у людей в процесі у найбільш складних періодах життя, як у повсякденному житті, так і при певних обставинах, психофізіологічні неспецифічні прояви адаптації організму в процесі дії різних значущих для нього факторів (стресорів). Стрес – це неспецифічна реакція організму на певну подію або фактор, які порушують його рівновагу (гомеостаз).

Дистрес – негативний прояв стресового фактору, який призводить до формування соматичних змін в організмі. Іншими словами, в процесі відновлення організму після тривалого стресового навантаження, відбувається зміна мислення (виснаження організму), що призводить до адаптації організму в нових обставинах – «загальний адаптаційний синдром», який може бути зв'язковим між психосоціальним стресом і психосоматичним захворюванням.

В роботі наведено сучасні погляди психологів на причину хвороби очей та допомогу людям з вадами зору. Соматичні зміни, які відбулися в оці можна змінити тільки за допомогою традиційної медицини, але психологічний вплив на хворобу полягає у зниженні рівня стресу, перегляді коупінг-стратегій опрацюванні попередніх проблемних способів та сценаріїв реагування на стрес. Поєднання зусиль соматичної медицини та психотерапії, на думку фахівців, дає кращий та стійкий результат.

2. Результати емпіричного дослідження дозволили свідчать, що стрес і певні прояви поведінки у людей, які мають хворобу очей можуть приводити до реакцій органів зору до дисфункції, а в деяких випадках до формування, як люблять казати «невиліковних» хвороб очей, де без оперативного втручання не обходиться.

В ході дослідження було обрано три види опитувальників, що дозволило провести паралель між життєвими переживаннями, психосоматичними скаргами, стресостійкістю, які можуть бути причиною хвороби. Відмічаємо, що за результатами порівняння середніх показників у двох зазначених групах статистично достовірну різницю виявлено лише за двома показниками «Проблеми із зором» та копінг-стратегією «Втеча». Тобто, люди, що мають хворобу очей із високим ступенем достовірності обирають «не дивитися в очі проблемі», тікати від неї, не зустрічатися із негараздами. Особливістю психосоматичного відхилення у людей, які мають хворобу очей – це страх майбутнього, пережита травма дитинства, не любов до себе, і підвищений рівень витіснення стресу у несвідоме, менший показник позитивного бачення вирішення проблем. Проблема

із зором має пряму кореляцію на високому рівні статистичної значущості із «Ставленням до хвороби», що може свідчити про психосоматичну складову очних захворювань.

Представлені рекомендації можуть стати в нагоді психологам, медичним працівникам, пересічним громадянам, що уже мають або хочуть упередити появу очних хвороб.

Для більш детального та змістовного дослідження і визначення конкретних психосоматичних складових, що стали причиною того і чи іншого захворювання очей потрібні розширені дослідження, де буде враховано більшу кількість супутніх факторів.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Акимовой К.М. Психологическая диагностика: учебник для вузов. СПб.: Питер, 2003. 304 с.
2. Александер Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение; пер. с англ. С. Могилевского. М.: Эксмо-Пресс, 2002. 352 с.
3. Ананьев Б.Г. О проблемах современного человекознания. М.: Наука, 1977. 380 с.
4. Анциферова Л.И. Развитие личности и проблемы геронтопсихологии. М.: Изд-во «Институт Психологии РАН», 2004. 414 с.
5. Бамдас Б.С. Астенические состояния. М МЕДГИС, 1961. 206 с.
6. Бернхард А., Цзяки В., Лизбен К., Муниб Ф., Хайм К. Стресс как следствие и причина утраты зрения. Европейская ассоциация проргностичной, превентивной медицины. М.: ЕРМА, 2018.
7. Бережная Н.И. Стрессоустойчивость оперативных сотрудников таможенных органов. *Материалы 3-го Всероссийского съезда психологов 25-28 июня 2003 г.* Санкт-Петербург: Издательство Санкт-Петербургского университета, 2003. С. 483–457.
8. Бодров В.А. Психология профессиональной деятельности. *Теоретические и прикладные проблемы.* М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2006. 623 с.
9. Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина. М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1999. 376 с.
10. Брушлинский А. В. Проблемы психология субъекта. М.: Изд-во ИП РАН; СПб.: Алетея, 2003. 274 с.
11. Бурбо Л. Слухай своє тіло. Харків: Видавництво книг Книжковий клуб Клуб Сімейного Дозвілля, 2019. 256. с.

12. Виторская, Н. Причины болезней и истоки здоровья. Москва: Амрита-Русь, 2009. 176 с.
13. Геронтопсихология / Под ред. Г.С. Никифорова. СПб.: Изд-во Санкт-Петербургского ун-та, 2007. 391 с.
14. Голдберг Э. Парадокс мудрости. Научное опровержение «старческого слабоумия». М.: Поколение, 2007. 384 с.
15. Гройсман А.Л. Клиническая психология, психосоматика и психопрофилактика. Москва: Магистр-пресс, 2002. 138 с.
16. Гура О.С. Теоретичні основи вивчення психосоматичних захворювань, спричинених розладами психосексуальної сфери особистості. *Вісник дніпропетровського університету*. 2014. № 20.
17. Гущина С.В., Фальова О.Є. Взаємозв'язок психологічних особливостей та типів розладів опорно–рухового апарату людей зрілого віку. *Науково-методичне забезпечення якості освіти та його психологічний супровід*: матеріали науково-практичної конференції (10 квітня 2012 р., Харків). 2012. Ч. 2. С. 292–300.
18. Диса О.В. Психологічний погляд на проблеми збереження здоров'я. *Вісник Кам'янець-Подільського національного університету імені І.Огієнка*, 2013 С. 92–99.
19. Ермолаева М. Практическая психология старости. М.: ЭКСМО–Пресс. 2002. 320 с.
20. Золотова Ю. Новое внутри и снаружи. М. Эксмо, 2020. 233 с.
21. Ильин Е.П. Психология индивидуальных различий. СПб.: Питер, 2004. 701 с.
22. Исаев Д.Н. Эмоциональный стресс. Психосоматические и соматопсихические расстройства у детей. СПб.: Речь, 2005. 400 с.
23. Клиническая психология: учебник / Под редакцией Б.Д. Карвасарского. СПб: Питер, 2008. 648 с.
24. Крайг Г. Психология развития. СПб.: Питер, 2000. 759 с.

25. Кулаков С.А. Основы психосоматики. СПб.: Речь, 2003. 288 с.
26. Курицин И.Т. Теоретические основы психосоматической медицины.: Ленинград: Наука, 1973 336 с.
27. Куприянов Р.В., Кузьмина Ю.М. Психодиагностика стресса: практикум. Казань: КНИТУ, 2012. 212 с.
28. Лакосина Н.Д., Сергеев И.И., Панкова О.Ф. Клиническая психология. М.: Мед. прес.-информ, 2005. 416 с.
29. Лидерс А.Г. Кризис пожилого возраста: гипотеза о его психологическом содержании. *Психология старости и старения: Хрестоматия* / Сост. О.В. Краснова, А.Г. Лидерс. М.: Издательский центр «Академия», 2003. С. 131–135.
30. Максименко С.Д., Шевченко Н.Ф. Психологічна допомога тяжким соматично хворим. Навчальний посібник Київ: Ніжин, 2007. 115 с.
31. Малкина-Пых И. Г. Психосоматика: Справочник практического психолога. М.: Эксмо, 2005. 992 с.
32. Малкина-Пых И.Г. Техника гештальта и когнитивной терапии. Москва : Эксмо, 2004 – 245 с.
33. Манегетти А. Психосоматика. М.: НФ «Антоніо Манегетти», 2015. 265 с.
34. Менделевич В.Д., Соловьева С.Л. Неврология и психосоматическая медицина: монографія. Москва: Медпресс-информ, 2002. 608 с.
35. Никоненко Ю.П. Клінічна психологія: навчальний посібник . Київ: ТОВ «КНТ», 2016. 369 с.
36. Іншман В.С Емоції та симптоми очей. *Британський журнал психології*. 1921. С. 47.
37. Основы загальної і медичної психології / За ред. І.С. Вітенка і О.С. Чабана. Тернопіль: Укрмедкнига, 2003. 344 с.

38. Павленко Т. Психосоматика зрення: распространенные болезни глаз и эмоции, которые их вызывают. Електронний ресурс. Режим доступу: https://psy-practice.com/publications/psikhicheskoe-zdorove/psihosomatika_zreniy
39. Пезешкиан Н. Психосоматика и позитивная психотерапія. М.: Інститут позитивної психотерапії, 2006. 464 с.
40. Перетятко Л.Г. Співвідношення норми та здоров'я у сфері психічної діяльності. *Матеріали Всеукраїнської науково–практичної конференції. Формування здорового способу життя студентської молоді: реалії та перспективи*. Полтава: ПДПУ, 2003. С. 126–127.
41. Психосоматика. Взаимосвязь психики и здоровья: хрестоматия / сост. К.В. Сельченков. Мн.: Харвест, 2005. 640 с.
42. Психосоматические заболевания: Полный справочник. М.: Изд-во Эксмо, 2003. 608 с.
43. Психосоматические расстройства в общей медицинской практике / Любан-Плоцца Б., Пельдингер В., Крегер Ф., Ледерах-Хофман К. СПб: Санкт-Петербургский Психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева, 2000. 287 с.
44. Развитие психофизиологических функций взрослых людей / Под редакцией Б.Г. Ананьева, Е.И. Степановой. М.: Педагогика, 1972. 359 с.
45. Рупперт Ф., Банцхаф Х. Мое тело, моя травма, мое я. Санкт-Петербург: ООО «Меридиан-С», 2019. 212 с.
46. Сидоров П.И., Новикова И. А. Синергетическая концепция формирования психосоматических заболеваний. *Социальная и клиническая психиатрия*. Т. 17. Выпуск 3. 2007. 112 с.
47. Собчик Л.Н. Психодиагностика в медицине. М.: Боргес, 2007. 416 с.
48. Старшенбаум Г.В. Психосоматика и психотерапия: Исцеление души и тела. М.: Инст. Психотерапии, 2005. 496 с.
49. Томчук С.М., Томчук М.І. Психологія тривоги, страху та агресії особистості в освітньому процесі. Вінниця: КВНЗ «ВАНО», 2018 200 с.

50. Хомуленко Т.Б. Основи психосоматики: навч.-метод. посібник. Вінниця: Нова Книга, 2009. 120 с.
51. Хей Л. Исцели себя сам. М.: Издательство Форс, 2019 200 с.
52. Эриксон Э. Детство и общество. СПб.: Ленато, АСТ, Фонд «Университетская книга», 1996. 592 с.
53. Ялом И. Лечение от любви и другие психотерапевтические новеллы. М.: Класс, 1997. 288 с.
54. 8 простих вправ для поліпшення зору. *Журнал Event Ukraine*. Електронний ресурс. Режим доступу: <https://eventukraine.com/health/8-prostih-vprav-dlya-zdorov-ya-ochej/>
55. Roterberg V.S. Educational hrodlems in view of psychosomatic paradigm. *Voprosy Psihologii-The Issues of Psychologo*. 1989. Pp. 22–26 .
56. Lazarus R.S., Folkman S. Stress, Appraisal, and Coping. New York, 1984. 132 p.

ДОДАТКИ

ДОДАТОК А

Середні показники шкал опитувальників за результатами
одновиборочного Т-критерія Пірсона респондентів 1 та 2 груп

Статистика групи					
	Груп и	№	Среднее значение	Знач. (2-х сторонняя)	Значення
Ставлення до матері	1,00	16	1,9375	,926	,278
	2,00	14	1,8571	,928	
Ставлення до батька	1,00	16	2,1250	,254	,358
	2,00	14	3,1429	,255	
Ставлення до родини	1,00	16	1,3125	,638	,315
	2,00	14	1,6429	,646	
Ставлення до жіноки, чоловіків	1,00	16	1,1875	,512	,496
	2,00	14	1,5714	,520	
Ставлення до статевого життя	1,00	16	1,7500	,785	,287
	2,00	14	2,0000	,788	
Ставлення до товаришів і знайомих	1,00	16	1,8125	,675	,936
	2,00	14	1,5000	,679	
Ставлення до вищепоставлених осіб	1,00	16	,6250	,615	,604
	2,00	14	,4286	,620	
Ставлення до підлеглих	1,00	16	,3125	,534	,195
	2,00	14	,1429	,521	
Ставлення до товаришів по роботі	1,00	16	,8125	,703	,609
	2,00	14	,5714	,702	
Страхи побоювання	1,00	16	4,5625	,990	,235
	2,00	14	4,5714	,990	
Свідомість провини	1,00	16	3,4375	,202	,699
	2,00	14	2,3571	,203	
Ставлення до себе	1,00	16	1,7500	,961	,470
	2,00	14	1,7143	,961	
Ставлення до минулого	1,00	16	1,1250	,976	,720
	2,00	14	1,1429	,976	

Ставлення до майбутнього	1,00	16	1,6875	,177	,273
	2,00	14	1,0000	,168	
Цілі	1,00	16	1,4375	,734	,700
	2,00	14	1,2143	,734	
Ставлення до хвороби	1,00	16	4,6875	,101	,592
	2,00	14	3,1429	,105	
Виснаження	1,00	16	4,0625	,382	,597
	2,00	14	5,9286	,380	
Желудочні скарги	1,00	16	1,6875	,181	,296
	2,00	14	3,0000	,191	
Ревматичний фактор	1,00	16	5,6250	,294	,729
	2,00	14	7,7857	,298	
Серцеві скарги	1,00	16	1,8125	,069	,171
	2,00	14	4,0000	,076	
Проблеми зором	1,00	16	2,0000	,000	,004
	2,00	14	,1429	,000	
Тиск скарг	1,00	16	15,1875	,310	,268
	2,00	14	20,8571	,315	
Конфронтація копингу	1,00	16	7,7500	,338	,277
	2,00	14	8,9286	,353	
Дистанціювання	1,00	16	10,1250	,832	,952
	2,00	14	9,8571	,831	
Самоконтроль	1,00	16	12,6875	,160	,700
	2,00	14	14,7143	,166	
Соціальна підтримка	1,00	16	11,4375	,188	,522
	2,00	14	9,7143	,192	
Прийняття відповідальності	1,00	16	7,2500	,442	,640
	2,00	14	6,4286	,447	
Витіснення	1,00	16	12,0625	,120	,036
	2,00	14	9,9286	,111	
Планування рішення рішення	1,00	16	11,2500	,697	,612
	2,00	14	11,8571	,698	
Позитивна переоцінка	1,00	16	12,0000	,519	,564
	2,00	14	13,1429	,525	