

I.M. ВІЗНЮК

***ПСИХОЛОГІЯ ІПОХОНДРИЧНОЇ ПОВЕДІНКИ
ФАХІВЦЯ***

НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ ПЕДАГОГІЧНИХ НАУК УКРАЇНИ
Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України

І. М. ВІЗНЮК

***ПСИХОЛОГІЯ ПОХОНДРИЧНОЇ ПОВЕДІНКИ
ФАХІВЦЯ***

Монографія

Вінниця
Вид-во ТВО «Друк»
2019

УДК 159.974:616.895.4(043.5)

DOI: <https://doi.org/10.31652/2080-75-25-385-1-468>

Рекомендовано до друку Вченою радою
Вінницького державного педагогічного університету
імені Михайла Коцюбинського
(протокол № 13 від 25 червня 2019)

Рецензенти:

Кокун О.М. – доктор психологічних наук, професор, член-кореспондент НАПН України, заступник директора Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України з науково-інноваційної роботи

Томчук М. І. – доктор психологічних наук, професор кафедри психології Комунального вищого навчального закладу «Вінницька академія неперервної освіти»

Пшук Н. Г. – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри медичної психології та психіатрії Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова

Візнюк І. М.

Психологія іпохондричної поведінки фахівця: монографія / І. М. Візнюк.
– Вінниця : Вид-во ТОВ «Друк», 2019. – 468 с.

ISBN 2080-75-25-385

У монографії розкрито теоретичні й прикладні аспекти зародження і розвитку іпохондричних розладів особистості, виявлено та уточнено особливості їх взаємозв'язку з психосоматичними порушеннями. Доведено, що іпохондричні розлади є передумовою виникнення соматичних захворювань. Досліджено, що зміни відбуваються у самих психопатологічних станах й інтерпретуються в іпохондричні розлади.

Представлено психологічний портрет людини, з іпохондричними розладами соматоформного типу для розробки алгоритму хронобіологічного прогнозу психосоматики, клінічного перебігу, ефективності лікування та оптимізації адаптаційних здібностей пацієнтів. Проведено теоретико-методологічний аналіз проблеми підтримки професійної толерантності людини в аспекті професійної безпеки фахівця. Відображено проблеми взаємозв'язку професійного забезпечення та психосоматичних розладів особистості в ситуації іпохондричної хвороби.

Книгу адресовано – викладачам ЗВО, кураторам, психологам, лікарям, спеціалістам, що працюють у галузі післядипломної освіти.

УДК 159.974:616.895.4(043.5)

©Візнюк І. М., 2019

ISBN 2080-75-25-385

ЗМІСТ

ПЕРДМОВА.....	6
РОЗДІЛ 1 АНАЛІЗ ПСИХОЛОГІЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ ЩОДО ПРОБЛЕМИ ІПОХОНДРИЧНИХ РОЗЛАДІВ ОСОБИСТОСТІ.....	13
1.1. Іпохондричні розлади як предмет психологічного дослідження.....	13
1.2. Особливості поведінки особистості у витоках розвитку іпохондричних розладів.....	27
1.3. Аксиологічний вимір у генезі деформації психосоматичного здоров'я особистості.....	45
ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 1.....	64
РОЗДІЛ 2. МЕТОДОЛОГІЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ МЕТОДІВ ТА ОРГАНІЗАЦІЇ КОНСТАТУВАЛЬНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ІПОХОНДРИЧНИХ РОЗЛАДІВ ОСОБИСТОСТІ.....	68
2.1. Характеристика методологічних принципів, підходів до дослідження іпохондричних розладів особистості.....	68
2.2. Механізми та чинники розвитку іпохондричних розладів особистості.....	79
2.3. Характеристика методичного забезпечення психологічного дослідження іпохондричних розладів особистості.....	87
ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 2.....	102
РОЗДІЛ 3. ЕМПІРИЧНЕ ВИВЧЕННЯ ГЕНЕЗИ РОЗВИТКУ ІПОХОНДРИЧНИХ РОЗЛАДІВ ОСОБИСТОСТІ З УРАХУВАННЯМ ПОРУШЕНЬ СОМАТОФОРМНОГО ТИПУ.....	113
3.1. Причини та прояви зародження і розвитку іпохондричних розладів особистості у соціометричному вимірі.....	114
3.2. Результати дослідження осіб з іпохондричними розладами на етапі формування їх психосоматичної дисфункції.....	142
3.3. Обґрунтування періодизації виникнення іпохондричних розладів особистості методом хронометражу.....	257
ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 3.....	272

РОЗДІЛ 4. МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ЗБЕРЕЖЕННЯ ТА ВІДНОВЛЕННЯ ПСИХОСОМАТИЧНОГО ЗДОРОВ'Я ОСОБИСТОСТІ З ІПОХОНДРИЧНИМИ РОЗЛАДАМИ.....	277
4.1. Модель психокорекції та профілактики іпохондричних розладів у майбутніх фахівців.....	277
4.2. Програма відновлення оптимального стану функціонування організму в осіб з іпохондрією.....	298
4.3. Алгоритм хронобіологічного прогнозу психосимптоматики, перебігу, ефективності лікування та оптимізації адаптаційних можливостей хворих на іпохондричні розлади.....	326
ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 4.....	344
РОЗДІЛ 5. ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ НА ОСІБ ІЗ ІПОХОНДРИЧНОЮ ПОВЕДІНКОЮ ПРОГРАМИ ПККПТ.....	348
5.1. Іпохондрична типологія пацієнтів у процесі порушення адаптації.....	348
5.2. Кількісно-якісний аналіз за результатами дослідження у вимірі локалізації іпохондричних розладів особистості	355
5.3. Рекомендації щодо дотримання особистісної безпеки у професійному становленні особистості з іпохондричними розладами	378
ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 5.....	385
ПІСЛЯМОВА.....	388
ГЛОСАРІЙ ТЕРМІНІВ.....	396
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	403
ДОДАТКИ.....	432

ПЕРЕДМОВА

Високий рівень світових стандартів і вимог щодо будь-якої професійної діяльності вимагає від людини не тільки виконання обов'язків, володіння уміннями та навичками, але й професійності, освіченості, відповідальності, психологічної стійкості, надійності та ефективності у професійної діяльності фахівців. В ієрархічній структурі становлення психологічно здорової особистості відіграють як характерологічні та темпераментальні якості, так і психосоматичні особливості. Перші з яких мають незмінні параметри психологічної індивідуальності, другі відображають тенденцію до модифікації відносно життєвих можливостей, надбань і переконань. Особистісна гармонія є результатом вдосконалення психологічної життєстійкості людини та вольової регуляції її поведінки, використання моральних пріоритетів, світоглядних установ, схильностей і соціальних інтересів при виборі системи вчинків. У процесі довготривалої професійної діяльності формуються професійно значущі особистісні якості, що відрізняють представника однієї професії від іншої. Таким чином, відбуваються зміни психіки осіб, що виконують свої обов'язки, які можуть спровокувати психосоматичні порушення та іпохондричні розлади.

Виникає потреба у виявленні та конкретизації індивідуальних установок і особистісних потенціалів; у встановленні чинників, які б сприяли збереженню психосоматичного здоров'я людини, особистісному становленню та самоконтролю. Вищезазначене і зумовило мету та завдання нашого дослідження.

Критичний рівень розвитку деструктивної поведінки у житті людини свідчить про її незахищеність щодо прояву іпохондрії та відсутність особистісної культури безпеки у її життєдіяльності. Незважаючи на детальне дослідження «факторів ризику» щодо психосоматичних деструкцій, зазначимо, що їх генезис можна пояснити захворюваннями, зумовленими іпохондричними розладами. Нині одним із деструктивних чинників деформації цілісності творчої організації у громадян України є іпохондричні розлади.

Сучасність вимагає новітніх підходів у здійсненні державної політики щодо збереження оптимального функціонування і працездатності українського суспільства. Нині одним із деструктивних чинників деформації психіки у громадян є іпохондричні розлади. Це зумовлено багатьма факторами, однак найбільш істотними є зміни в структурі захворюваності, щодо суттєвих кардинальних змін медичної доктрини України, нових підходів до розвитку медичної психології.

В останні роки відзначається зростання захворюваності і поширеності розладів психіки, переважно за рахунок непсихологічних патологічних станів, невротичних розладів соматоформного типу. У той самий час більш виражена

негативна динаміка зафіксована щодо соматичних захворювань, у походженні яких значну етіопатогенетичну роль відіграють психосоматичний або психогенний механізм.

Вперше про іпохондричний розлад у своїх наукових публікаціях згадують такі науковці, як G. Beard, J. Charcot і F. Raymond та ін. Вони вказують на певний невротичний симптом із наявністю тривожно-фобічних розладів. Розширення уявлень про психічну організацію особистості призвели до того, що неврози стали розглядатися як патологічні реакції, зумовлені нав'язливістю ідей, фобіями, емоційним дискомфортом і стресом. Подальшим кроком у діагностуванні розладів соматоформного типу стала диференціація клінічного неврозу на істерію, іпохондрію і неврастенію. Порушення таким чином психосоматичного здоров'я деструктивно відображається на соціальному настрої особистості та її професійному зростанні.

Психосоматичне здоров'я особистості відображає факт гармонійного залучення, приєднання людини до соціокультурної реальності, дозволяє зберігати психологічну рівновагу, дотримуватися життєвих перспектив. У працях В. Ананьєва, І. Аршави, Ю. Єлисеєва, С. Кулакова, А. Курпатова, С. Максименка, І. Малкіної-Пих, В. Менделевича, Г. Ложкіна, Н. Пезешкіана, Г. Старшенбаума та ін. зазначається, що збереження психосоматичного здоров'я особистості є актуальною проблемою, розв'язання якої означає досягнення особистістю гармонійного розвитку, підтримання оптимального психофункціонального стану в реалізації власного творчого пошуку та професійних надбань.

Залежність індивідуально-типологічних особливостей людини і механізму виникнення іпохондричних розладів від професійних чинників є міждисциплінарною проблемою і тому вивчається низкою наук: психологією, медициною, біологією, фізіологією (наприклад, у працях Л. Бурлачука, І. Вільш, І. Малкіної-Пих, В. Менделевича, П. Криворучка, Л. Куликова, А. Реана, Є. Романової, Дж. Холланда, Л. та ін.). Окремі аспекти проблеми вивчалися й відображені в дослідженнях Г. Айзенка, Т. Вісковатої та ін.

У зарубіжній психіатрії концептуальне обґрунтування психогенії соматоформного типу, загальних неврозів, іпохондричних проявів із переважаючими вегетативними порушеннями пов'язано головним чином з психоаналітичною інтерпретацією неусвідомлюваного інтрапсихічного невротичного комплексу. Походження симптоматики, що імітує тілесну патологію, пояснюється механізмами конверсії в результаті відсутності адаптивного психологічного захисту.

Останнім часом набули поширення психологічні дослідження теоретико-методологічних, онтогенетичних, психофізіологічних, професійних,

психодіагностичних аспектів проблеми психологічної стійкості та адаптації (Г. Балл, Л. Бучек, М. Корольчук, Л. Куликов, В. Остроглазова, О. Рева, О.Чебикін, Р. Шпак та ін.). Отже, як альтернатива щодо визначення відмінних властивостей тієї чи іншої ієрархічної структури, що спирається на традиційну концепцію розвитку іпохондричного синдрому, висувається підхід, який дозволяє представити лише кількісні, верифікуючі клінічні описи даного розладу, які не характеризують механізм його зародження.

У літературі проаналізовано теоретико-методологічні, онтогенетичні, психофізіологічні, професійні, психодіагностичні аспекти проблеми психологічної стійкості та адаптації в осіб з іпохондричними розладами.

Повноцінна життєдіяльність людини характеризується прагненням розвиватись, наявністю якостей особистості, які сприяють саморозвитку та можливій самореалізації в професійній діяльності. Серед основних завдань нашого дослідження було: визначення психологічних особливостей формування особистості під час прояву іпохондричної хвороби, її фазової сингулярності в порівнянні з контрольними групами осіб. Контрольні групи (КГ) осіб представлені вибіркою (194 особи) студентів Вінницького державного педагогічного університету імені Михайла Коцюбинського, з урахуванням їх генетичної схильності до проявів цієї нозології.

Експериментальні групи (ЕГ) склали фахівці різних професій, диференційованих за класифікацією О. Клімова (200 осіб), які в умовах виконання обов'язків переживали симптоматичні ознаки іпохондричної поведінки й проходили лікувально-відновлювану терапію у Вінницькій обласній клінічній лікарні імені ВОКЛ М. І. Пирогова та Вінницькій обласній психоневрологічній лікарні імені академіка О. І. Ющенка.

Теоретична база дослідження побудована на принципах мультимодальної психодіагностики, на принципах історизму, об'єктивності, науковості, системності та комплексності. У межах цих підходів були застосовані відповідні методи дослідження, зокрема, порівняльно-історичний та проблемно-хронологічний. Важливу роль для проведення структурно-функціонального аналізу зібраних матеріалів, з'ясування причинно-наслідкових зв'язків і проведення необхідних статистичних підрахунків відіграли міждисциплінарні методи дослідження. Теоретико-методологічний інструментарій, застосований під час написання роботи, ґрунтується на сучасній методології пізнання психологічних явищ і процесів. Його застосування сприяло розкриттю теми дослідження, досягненню поставленої мети й отриманню нових обґрунтованих знань.

На основі аналізу сутності та складових досліджуваної проблеми визначено й обґрунтовано причини зародження і розвитку іпохондричних розладів особистості та складові моделі, в яких розкривається зміст і методика проведення психологічного експерименту в три блоки: концептуально-

цільовий, теоретико-методологічний та адаптивно-компенсаторний блоки.

У монографії зосереджені основні причини виникнення іпохондричних розладів особистості. Проведено теоретико-методологічний аналіз проблеми підтримки професійної толерантності людини в аспекті професійної безпеки людини. Напрями цього явища визначені в психологічній літературі. Відображено проблеми взаємозв'язку професійного забезпечення та психосоматичних розладів особистості в ситуації іпохондричної хвороби.

Представлено результати зародження та розвитку індивідуальних та типологічних особистісних характеристик людей, які страждають на іпохондричні розлади. У монографії розглядається тенденція показань за параметрами диференціального підходу щодо різновидів симптомів, які розкривають подальший розвиток іпохондрії у людини та шляхи його корекції.

Автор описує іпохондричний тип особистості, який характеризується зосередженістю людини на суб'єктивних негативних почуттях та бажанням оголосити їх іншим людям, створюючи ауру симпатії та жалості. У статті підкреслено егоїстичні наміри людини щодо її порятунку під час уникнення самовідповідальності у житті. Представлено психологічний портрет людини, з іпохондричними розладами соматоформного типу для розробки алгоритму хронобіологічного прогнозу психосоматики, клінічного перебігу, ефективності лікування та оптимізації адаптаційних здібностей пацієнтів.

Реалізовано поетапне впровадження концепції культури безпеки психопрофесійних розладів в умовах «*locus minoris resistentiae*» за іпохондричною ознакою в осіб працездатного віку за допомогою психодіагностичного методичного інструментарію і застосування психокорекційної програми. Поетапне дослідження було здійснено з урахуванням специфіки професійного забезпечення і стану оптимального функціонування організму в кожного з фахівців різних професій, що відіграло важливу роль у формуванні їх світогляду на етапі зародження і розвитку іпохондричних розладів особистості.

На констатуючому етапі емпіричного дослідження встановлено, що особи з соматичним діагнозом переживають психічні стани у вигляді астеній. Їх емоційні стани не відображають внутрішньої картини захворювання і тому мають неспецифічне походження. Хворі з соматичною патологією відрізняються емоційним вираженням нав'язливих ідей, іпохондричного марення, психологічного дискомфорту. Представники групи осіб із психологічним патологічним статусом характеризуються підвищеною емоційністю щодо переживань за наявністю хвороби, що пов'язано з диференціацією соматичної залежності.

Враховуючи психосоматичний елемент в організації розвитку іпохондричних

розладів, ми в нашому дослідженні акцентували увагу на вивченні механізмів їх виникнення, етіології та патогенезу. На основі проведених клінічних і лабораторних випробувань стверджуємо, що в утворенні іпохондричних розладів важливе значення мають функціональні порушення кортико-вісцеральних зв'язків.

На фоні послаблення діяльності кори головного мозку та фазових явищ патологічні інтероцептивні імпульси й психогенні впливи (типу ятрогеній) викликають у ній утворення інертних, застійних явищ збудження у больових ділянках, що складають основу іпохондричних станів.

У нашому дослідженні практичне обґрунтування освітньої концепції «Культури безпеки психопрофесійних розладів в умовах *«locus minoris resistentiae»* щодо розвитку іпохондрії в людини розкрито шляхом методу хронометричної проби. Узагальнюючи її результати, ми здійснили впровадження в освітній процес спецкурс з формування психологічної компетентності щодо зародження і розвитку іпохондричних розладів особистості в аспекті професійної самореалізації. Використовуючи даний підхід для розкриття теми, ми за допомогою психологічного інструментарію – електронного хроноскопу зафіксували значення суб'єктивного сприйняття часу з точністю до 0,001 с. Враховуючи цю похибку, диференціювали індивідуально-типологічні та соматичні особливості прояву іпохондричних розладів у досліджуваних. За методикою самооцінки рівня тривожності Спілбегера-Ханіна та методу хронометричної проби визначили зв'язок між ситуативною тривожністю у спектрі «хронотипу» (Хт) за допомогою кореляційного аналізу, що розкриває частоту повторів рецидиву іпохондричних розладів у фахівців різних професій. Отож, алгоритм хронобіологічного прогнозу за цим типом містить елементи щодо усунення ситуативної тривожності в період входження пацієнтом у фазову сингулярність іпохондрії. Зауважимо також, що частота повторів прояву цієї нозології рівнялась до загострень $\frac{1}{4}$ С повторів.

Також на констатувальному етапі емпіричного дослідження проводилось психодіагностичне обстеження осіб КГ та ЕГ за комплексом методик, валідних виявленим показникам іпохондричних розладів особистості. Проведення якісного аналізу результатів констатувального етапу дослідження дозволило виявити соціально-психологічні особливості зародження та розвитку іпохондричних розладів особистості у ситуації психосоматичного порушення у фахівців різних професій. Саме на цій основі було складено психологічний портрет особистості за кожним із типів.

Таким чином, під час констатуючого дослідження ми розкрили психологічні особливості становлення і розвитку передумов іпохондричної поведінки та їх клінічні прояви. А також виділити реальні психосоматичні

причини зародження і розвитку іпохондричних розладів особистості на етапі проведення психодіагностичного експерименту у фахівців різних професій за класифікацією О. Клімова та групою осіб незалежного спрямування за типом «І».

Іпохондричні розлади проявляються як психогенні реакції, що спровоковані психосоматичними порушеннями, нав'язливість їх стану обумовлена психопатологічними чинниками (типу канцерофобій, сифілофобій і т. п.) й спостерігаються при неврозах. Іпохондричні стани у випадку марення, нав'язливі ідеї та сенестоіпохондрія з синдромом постаддиктивної одержимості характерні у разі токсикоінфекцій, травм і астеній, які їх супроводжують.

Обґрунтовано основні структурні компоненти механізмів генезу іпохондричних розладів як деструктивного особистісного утворення. Розкрито взаємозв'язки індивідуального розвитку в умовах дезадаптації особистості й психосоматичного здоров'я. Походження симптоматики, що імітує тілесну патологію, пояснюється механізмами конверсії в результаті відсутності адаптивного психологічного захисту.

Розкрито критеріально-результативну складову моделі психопрофілактики і психотерапевтичної допомоги іпохондричних розладів особистості, яка спрямована на підвищення рівня готовності майбутніх фахівців до безпеки професійної самореалізації та критерії (мотиваційно-ціннісний, когнітивно-особистісний, творчо-діяльнісний, рефлексивно-регулятивний) оцінювання рівня сформованості готовності майбутніх фахівців до професійної самореалізації. Реалізовано психокорекційну програму, яка містила комплекс тренувальних вправ, спрямованих на підвищення психологічної культури, розвиток самопізнання, самоактуалізацію, вдосконалення рефлексивних характеристик особистості, і передбачала оволодіння прийомами довільної психічної та психофізичної саморегуляції стану.

Установлено, що вищезазначені критерії сприяли виокремленні психолого-часових індикаторів іпохондричних захворювань, які виступають як методологічне підґрунтя для розробки та практичного втілення системи хронопсихологічного прогнозування перебігу іпохондрії, окреслюють конкретні напрямки медико-психологічної реабілітації фахівців різних професій із іпохондричними розладами. В основі цієї проблематики й представлено алгоритм хронобіологічного прогнозу психосимптоматики, перебігу, ефективності лікування та оптимізації адаптаційних можливостей хворих на іпохондричні розлади. Його сутність полягала в ознайомленні учасників дослідження про рецидив іпохондричних розладів, причини їх повторного виникнення і наслідки.

Визначені критерії й показники допомагають підкреслити значимість професійної самореалізації хворих із іпохондричними розладами й надають

змогу здійснити початкову діагностику досліджуваної якості; обґрунтувати психологічні умови формування цієї якості та провести підсумкове діагностичне дослідження з метою визначення ефективності експерименту.

Практичне значення дослідження визначається тим, що одержані в ньому результати можуть бути використані для діагностики та корекції індивідуальних особливостей фахівців різних професій із іпохондричними розладами; з метою удосконалення заходів, спрямованих на подолання стресогенних ситуацій у складних умовах трудової діяльності та реалізації життєвих цілей; у превентивній роботі щодо забезпечення психологічного здоров'я населення України.

Отож, завданням сучасної професійної освіти є високопрофесійна підготовка молоді до сучасних і майбутніх ринкових відносин, орієнтація у свідомості власного вибору та конкурентоспроможності, у збереженні культури безпеки усіх сфер життєдіяльності людини, її спроможність бути гідним громадянином і патріотом українського суспільства, забезпечувати сталий розвиток держави.

Сподіваємось, що монографія стане корисною всім, хто переймається проблемою збереження здорового способу життя особистості та професійної безпечності на виробництві кваліфікованих майбутніх фахівців. Вона може зацікавити у першу чергу викладачів ЗВО, кураторів, психологів, лікарів, спеціалістів, що працюють у галузі післядипломної освіти.

РОЗДІЛ 1.

АНАЛІЗ ПСИХОЛОГІЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ ЩОДО ПРОБЛЕМИ ІПОХОНДРИЧНИХ РОЗЛАДІВ ОСОБИСТОСТІ

Перехідний період від однієї системи суспільно-економічних відносин до іншої завжди пов'язаний із значними труднощами. Специфіка психологічних проблем сучасної доби визначається необхідністю вивчення та аналізу процесів, що відбуваються в Україні. У суспільстві відбувається активний та хворобливий процес ламання особистісних стереотипів традиційних форм поведінки, цінностей, що зазнають суттєвих змін у сучасних умовах. Все це вимагає від особистості психологічної стійкості та толерантності. Психологічна стійкість проявляється у життєдіяльності людини і залежить від її матеріального стану, індивідуально-особистісної орієнтації, профпридатності, соціалізації, духовності та ін.

Ціль нашої дослідницької роботи полягає у висвітленні деяких сторін складної і маловивченої, але разом із тим важливої проблеми для психіатрії, неврології і внутрішньої медицини. Досить мало монографічних робіт, присвячених вивченню психології іпохондричної поведінки людини в умовах сучасності. Між тим іпохондрія є однією із міждисциплінарних медичних проблем, із якою тісно пов'язані та переплітаються питання «психічного» і «соматичного», «функціонального» і «органічного» характеру. Згадуючи відомого науковця І. Павлова нагадаємо про те, що «для істинного наукового розуміння наших нервовопатологічних симптомів і успішної боротьби з ними потрібно забути про диференціацію психічного від соматичного. Зазвичай варто надавати перевагу саме фізіологічному утворенні патогенних агентів і, особливо у відношенні реакцій на них з усіма їх наслідками» [253, с. 21].

Виникає потреба у виявленні та конкретизації взаємозв'язків професійних вимог та особистісних потенціалів; у встановленні чинників, які б сприяли збереженню психосоматичного здоров'я людини, особистісному становленню та саморозвитку у професійній діяльності. Вищезазначене й зумовило мету та завдання нашого подальшого дослідження.

1.1 Іпохондричні розлади як предмет психологічного дослідження

Проблемою визначення особистості в безперервному потоці інформаційних сенсацій, комунікативних перцепцій, інноваційних компетенцій, різноманіття моделей світопізнання є формування чуттєвого образу людини як інформативного суб'єкта, адекватного у соціометричному вимірі. Ця проблема

на історичному етапі вивчення психології особистості досить яскраво відображена у теоріях І. Аршави [21], А. Адлера [3], А. Маслоу [219], Ю. Платонова [268], К. Роджерса [287], З. Фрейда [361], К. Юнга [398] та інших. Вони вказували на те, що володіючи різноманітним властивостями, особистість становить єдине ціле. Індивідуалізація особистості зумовлена наявністю свідомості як специфічного людського відображення суб'єктивних образів об'єктивного світу, здатної до утримання, зберігання і обміну інформацією. Свідомість є суспільно-історичним продуктом. Вона виникає разом із людським суспільством у процесі становлення і розвитку трудової діяльності та мови, формуючись тільки в умовах соціального середовища, постійного спілкування індивідів між собою. Усе це складає дуже важливу здатність людини розуміти навколишнє, усвідомлювати своє місце в суспільстві, свої дії, почуття, думки, інтереси тощо.

Психосоматичне здоров'я особистості відображає факт гармонійного залучення, приєднання людини до соціокультурної реальності, дозволяє зберігати психологічну рівновагу, дотримуватися життєвих перспектив. У працях В. Бехтерева [40], І. Вільша [73], Б. Волеля [78], А. Прохорова [351], Н. Раціборенської [282], А. Смулевича [321], І. Таланта [342], зазначається, що збереження психосоматичного здоров'я особистості є актуальною проблемою, розв'язання якої означає досягнення особистістю гармонійного розвитку, підтримання оптимального психофункціонального стану у реалізації власного творчого пошуку та професійних надбань.

У зарубіжній психіатрії концептуальне обґрунтування психогенії соматоформного типу, загальних неврозів, іпохондричних проявів з переважаючими вегетативними порушеннями пов'язано головним чином з психоаналітичною інтерпретацією неусвідомлюваного інтрапсихічного невротичного комплексу [406, 409, 425, 448]. Походження симптоматики, що імітує тілесну патологію, пояснюється механізмами конверсії в результаті відсутності адаптивного психологічного захисту.

Комплексність висвітлення основних принципів діагностики нашого дослідження характеризується мультимодальністю методів збору інформації щодо етіології захворювання. В її контексті враховують вміння інтегрувати інформацію, отриману різними методами. Зокрема, ми акцентували увагу на розкритті таких структур: біологічна передумова включає в себе біохімічну, нейрофізіологічну, психофізіологічну сфери; на першому плані враховано соматичні процеси, які можна зафіксувати фізичними чи хімічними способами; психічна (психологічна) передумова акцентована на внутрішньому індивідуальному переживанні й поведінці (включаючи діяльність) індивіда; соціальна передумова продукована міжособистісною взаємодією у соціумі

(соціальні умови, сімейна ситуація); екологічна передумова: в цьому ракурсі розглядаються умови проживання, матеріальна забезпеченість, якість життя.

Відомі російські лікарі (М. Мудров, М. Пирогов, С. Боткін, Г. Захар'їн, В. Манасеїн, А. Остроумов, С. Корсаков, М. Аствацатуров, В. Бехтерев, А. Осипова, В. Сидельников та інші) неодноразово вказували на значимість психічних факторів у генезі захворювання, а також на залежність психологічної сфери людини від вісцеральних впливів. Так, було вказано ними, що при ураженні серцево-судинної системи (стенокардія, інфаркт міокарда та інші) характерним є афект страху смерті, у хворих на виразку шлунка спостерігались явища депресії з суїцидальними навіюваннями. І. Сеченов стверджував, що людина з розладами кишково-шлункового тракту може мати специфічні психологічні риси. Підвищена нервова збудливість спостерігається при хворобах печінки. Описані психологічні розлади у хворих із соматичними симптомами, що перенесли аліментарну дистрофію, травму мозку, поранення, інфекційні хвороби тощо [334].

Іпохондрія як психопатологічний симптомокомплекс зазвичай проявляється в різних формах, суть яких головним чином полягає у тому, що хворі приписують собі не існуючі у них у дійсності важкі, невиліковні хвороби. *Іпохондрія* – суміжне поняття, тому варто акцентувати увагу саме на іпохондричних симптомах чи станах, які зазвичай мають різну етіологію та механізми розвитку.

В одних випадках іпохондричний синдром може проявлятися у формі стійкої маячнї, яка характеризується невірним розумінням їх суті та відсутністю критики щодо істинного стану організму людини. В інших випадках він може виражатися у формі марення, що виникають у разі зміни настрою через реальну хворобу. Ці ідеї на відміну від маячних не надто стійкі й можуть досить ефективно корегуватись. Часто іпохондричні стани протікають у вигляді неврозу з нав'язливими ідеями, критика до яких у хворих збережена. В деяких випадках іпохондричні розлади представлені в формі різних фобій (страху захворіти тією чи іншою недугою). Психологічний портрет таких хворих відображає страждання від самого переконання в існуванні важкої хвороби. Свідомість і психіка відображають дійсність, саме тому істотним є вивчення і розкриття механізму даного розладу, а також критерії оцінювання хворим суті своєї поведінки.

Останнім часом набули поширення психологічні дослідження теоретико-методологічних, онтогенетичних, психофізіологічних, професійних, психодіагностичних аспектів проблеми психологічної стійкості та адаптації в осіб із іпохондричними розладами (Г. Балл, Л. Бучек, М. Корольчук, Л. Куликов, В. Остроглазова, О. Рева, О. Чебикін, Р. Шпак та ін.). Таким чином,

як альтернатива щодо визначення відмінних властивостей тієї чи іншої ієрархічної структури, що спирається на традиційну концепцію розвитку іпохондричного синдрому, висувається підхід, який дозволяє представити лише кількісні, верифікуючі клінічні описи даного розладу, які не характеризують механізм його зародження.

З давніх давен були спроби охарактеризувати захворювання внутрішніх органів, що знаходяться нижче реберного краю, що сьогодні ми називаємо іпохондрією. Даний стан спостерігали у своїх пацієнтів ще лікарі Стародавнього Риму. Так, К. Гален припускав, що захворювання локалізується під хрящовими відділами ребер, звідси і пішла назва синдрому: іпохондричний (hypochondrion). Не на всіх етапах розвитку медицини іпохондрію розуміли однаково. В XVIII столітті її вважали як внутрішнім захворюванням, а описову симптоматику здійснювали терапевти та хірурги [112].

У 1789 році російський лікар І. Вельцин сформулював своє визначення іпохондрії як хвороби, що супроводжується тривогою, страхом, боязню перед майбутнім, похмурістю, помисливістю, млявістю, апатичністю, прагненням до усамотнення. Причиною цього розладу, на його думку, є зниження рівня інтелекту й підвищення збудливості нервової системи [257].

У першій половині XIX століття у Росії вийшла низка робіт монографічного характеру (М. Пеккен, І. Енегольм, Ф. Уден та ін.), в яких автори спробували зрозуміти сутність етіології й патогенез іпохондрії, описуючи її клінічні прояви та рекомендації щодо лікування. Саме в цей час з'являються докторські дисертації про розлади даного типу; в них надавалось велике значення порушенням нервової системи. Так, А. Богородицький у своїй дисертації досить поширено описав психічні стани хворих із іпохондричними розладами. Вперше П. Ключніков (1845 р.) порівняв іпохондрію із істерією, де знайшов спільні та відмінні ознаки [84].

У цей же період і в психіатричних лікарнях стали ставити діагноз іпохондрії. В Преображенській лікарні в Москві З. Кибальчич використовує диференційний підхід щодо особливостей прояву іпохондрії: в одних випадках діагностувалось «божевілля» як форма її прояву, в інших – «іпохондрія із легкими змінами психіки», в третіх – «застаріла іпохондрія». Надалі в літературних джерелах висвітлено психогенний характер іпохондричних розладів. Спочатку іпохондрію вважали нозологічною формою психічних захворювань, але така точка зору існувала недовго. Різноманіття клінічних форм іпохондрії й поліетиологічність її походження сформували цілий ряд різних поглядів на цю хворобу [167].

Починаючи з другої половини XIX століття, іпохондрію відносили до шизофренії (А. Barsky, D. Ahern, A. Wearden, K. Perryman, V. Ward) та до

маніакально-депресивного психозу (A. Greeven, A. J. L. M. van Balkom, S. Visser et al.), а іноді й до параної (R. F. Kraft-Ebing) і до соматопсихозів (K. Vernicke). У поглядах на іпохондрію цього часу велике значення мали ті обставини, які впливали на спрямованість того чи іншого дослідника, а також в якій клініці автор вивчав особливості її прояву. Так, М. Hansen, Р. Fink, М. Frydenberg, М. Oxhoj, L. Sondergaard та інші відносили іпохондричні стани до неврозів. К. Schielder, L. Kahn, A. Schmidt та інші вважали їх специфічними психопатіями у конституційно схильних осіб, генетично обумовленими психопатологіями. Е. Крепелін вважав, що іпохондрія зустрічається при ряді захворювань як синдрому і заперечував іпохондрію як нозологічну одиницю. У французькій літературі того часу також була спроба виділення окремих форм іпохондрії. Вперше Шарль Мор вказує на наявність таких її форм як делірійіпохондрична (*delire hypochondriague*) і проста (*hypochondrie simple*) [509, 528].

Відомий науковець С. Консторум надавав велике значення іпохондричним станам. Він писав: «Іпохондрією називається така хвороба, яка проявляється величезним страхом за власне здоров'я, концентрацією уваги на уявленнях щодо оптимального функціонування організму людини і схильністю приписувати собі хвороби, яких немає». Він також вважав іпохондрію самотійним захворюванням, але й приписував її симптоматику в руслі інших нозологій. С. Корсаков розрізняв просту недовірливість і глибоку форму іпохондрії. Проста недовірливість часто зустрічається і серед здорових осіб. Такі люди відрізняються хворобливими відчуттями, які сприймаються найважчою формою хвороби. Іноді така форма прояву хвороби супроводжує усе життя людини. Проста недовірливість нерідко виникає у студентів-медиків при першому знайомстві з тими чи іншими клінічними дисциплінами і в осіб із психастенічними рисами характеру. При глибокій формі іпохондрії хворі завжди переймаються переживаннями про власне здоров'я. Вони звертають пильну увагу на різні неприємні відчуття, постійно натякають на свою хворобу, часто відвідують лікарів, читають медичну літературу. Весь інтерес життя зводиться у них до піклування про своє здоров'я [150].

С. Консторум виділяв також іпохондричну меланхолію, при якій у хворих на першому плані ідеї іпохондричного навіювання. Такі хворі стверджують, що у них дисфункція внутрішніх органів смертельного перебігу; вони скаржаться, стогнуть, метушаться, схильні до самогубства. Згідно із сучасною класифікацією такі стани зазвичай відносять до депресивної фази маніакально-депресивного психозу з іпохондричним симптомокомплексом. Іпохондричне божевілья (*paranoia hypochondrica*) проявляється у незрозумілих маячних ідеях іпохондричного змісту, виказаних без афективних переживань: хворі стверджують, що у них немає шлунка, кишок, сечового міхура тощо. На думку

авторів (А. Осипова, М. Гуревича та ін.), схожі безглузді іпохондричні ідеї характерні для хворих на шизофренію [150].

Відомий психіатр І. Вельцин (1789 р.) характеризує іпохондрію як специфічне захворювання із ознаками тривоги, страху, боязні перед майбутнім, апатичність, прагнення до усамітнення тощо. Причина іпохондрії, на думку автора, полягає в ослабленні інтелекту та підвищенні збудливості нервової системи. В першій половині XIX століття вийшла низка праць монографічного характеру робіт (М. Пеккена, І. Енегольма, Ф. Удена), в яких автори пояснювали етіологію і патогенез іпохондрії, описували її клініку й надавали рекомендації щодо лікування цього захворювання. Саме в цей час з'явилися докторські дисертації про іпохондричні навіювання; у них надавалось важливе значення порушенням нервової системи. Так, А. Бородинський (1821 р.) у своїй дисертації досить детально описав психічний стан хворих іпохондрією. Із лікарів терапевтичного профілю С. Савенко один із перших вказував про відмінності між іпохондрією та істерією [300].

Надалі завдяки значним успіхам у медицині сутність поняття про іпохондрію зазнало істотних змін. У літературі з'явилися праці, що характеризують все більше робіт, що мали психогенний характер із іпохондричними розладами. З виділенням психіатрії в окрему науку іпохондрією почали займатися переважно психіатри. Саме тому більшість дослідників вважають іпохондрію не самостійною нозологічною формою хвороби, синдромом, що супроводжується при багатьох нервових і психічних захворюваннях.

Так, наприклад, В. Бехтерев (1927 р.) на основі вивчення картини іпохондричного стану прийшов до висновку, що іпохондрію варто віднести до соматофреній, у генезі яких розвиток захворювань соматичного типу. С. Харченко (1928 р.), М. Гольденберг і Л. Фельдман (1929 р.) та інші вважали, що соматофренія є не нозологічною формою, а лише синдромом, що зустрічається [40].

У 20-30 рр. минулого століття в літературі згадуються роботи переважно іноземних авторів (Н. Higer, М. Stonnington), що показали значення ятрогенних впливів у виникненні іпохондричних розладів. Така іпохондрія називалась *hypochondria medico genetica*. Німецький вчений G. Huber наводив також класифікацію цього захворювання [485]:

1. *Hypochondria pseudosyphilica et hypochondria predotuberculosa* спостерігається у людей, інфікованих багато років тому словесним навіюванням уявних хвороб, котрі безкінечно досліджують свою кров, ліквор, мокроту, акцентують увагу на діагностичних висновках лікаря тощо.

2. *Hypochondria arteriosclerotica* виникає у разі порушення тону й ритму серця, болю поза грудиною і кінцівках, запамороченні тощо. Ця форма

завуальована у маску склерозу судин, що часто ховається від справжнього захворювання.

3. *Hypochondria hypertonica* з'являється у тих випадках, коли лікар, міряючи тиск хворому після кожного незначного його підвищення, рекомендує хворому важкого не підіймати, швидко не ходити, слідкувати й контролювати постійно тиск, не перевтомлюватись тощо. У вразливої людини такі поради найчастіше всього викликають розвиток іпохондричного неврозу.

4. *Hypochondria analitica* виникає тоді, коли лікар підтримує багаточисленні прохання хворих про дослідження їх на всілякі обстеження крові, мокроти та інших рідин організму. Нерідко саме результати аналізів вказують на підвищений вміст білка, оксалатів чи уратів, слизу та інше, що саме і стає причиною хвилювання хворого на довгий період.

5. *Hypochondria diaetetica* розвивається у тих випадках, коли хворому без потреби призначають на довгий час щадний дієтичний режим. Кожний прийом їжі у таких хворих пов'язаний із хвилюванням і тривожністю. Нерідко вони саме остерігаються переїдання чи наявності підозри на виразку.

6. *Hypochondria balneo-climatica* спостерігається, коли звичайні, наприклад, хвойні ванни не допомагають там, де живе хворий, але такі ж хвойні ванни в іншому місці, наприклад, на Кавказі чи в Криму, допомагають. Подібні неправильні судження хворих іноді підтримує медичний персонал, що призводить саме до цього виду іпохондрії.

7. *Hypochondria roentgenographia* виникає тоді, коли хворий ходить від одного рентгенолога до іншого і отримує від них медичний висновок, де вказується на поперечне розташування серця чи утворення у турецькому сідлі та інші вади. Такі висновки нерідко призводять до глибоких невротичних станів.

8. *Hypochondria sexualis* може виникнути, якщо кожній полюції, мастурбації або тимчасовій імпотенції лікар надає надзвичайну значимість. Такі лікарі без потреби часто направляють хворих до урологів, венерологів, на різноманітні дослідження, що й призводить до розвитку іпохондрії.

Отже, ятрогенні захворювання, які провокують розвиток іпохондричних розладів, дуже часто викликані саме необережністю лікарів, які під час огляду чи у разі практичних занять із студентами при хворому акцентують увагу на основних симптомах його захворювання, що й супроводжує у нього негативні емоційні збудження невротичного характеру. Стосовно даного підходу згадаємо англійського лікаря Т. Сиденгама, який у XVII столітті сказав: «Лікар повинен вести себе з кожним хворим так, як він би хотів, щоб поводитись із ним» [553].

У літературі описано багато форм іпохондричних розладів. Д. Ватсонс виділяє так звану генуївну іпохондрію, генез якої невідомий; іпохондрію розумово відсталих; іпохондрію пасивних і активних параноїків, психопатів; нав'язливі іпохондричні страхи, іпохондрію «post material» (та, що розвинулась на основі вже перенесеної хвороби) [531, 532].

Р. Кельнер виділяє іпохондрію батьківства – прояв занадто підвищеної опіки про здоров'я їх дітей. Він також описує іпохондрію дітей – підвищена чутливість і хвилювання за стан оптимального функціонування організму їх батьків [282].

Г. Kenyon (1940), вивчаючи іпохондрію у дітей та підлітків, описала іпохондричні стани при неврастенії, органічних ураженнях нервової системи, епілепсії і шизофренії [492].

Низка авторів (М. Вахман, М. Телешевська) розглядають іпохондрію головним чином у плані психогенних, реактивних станів, в основі яких лежать не стільки відчуття, скільки уявлення про них.

Е. Смулевич вважає іпохондрію синдромом, в основі якого лежать то реальні відчуття – сенестопатії, то уявлення, то їх комбінації, і саме тому пропонує називати цей синдром сенестопатично-іпохондричним. Вона виділяє: а) сенестопатично-іпохондричні реакції екзогенного і психогенного походження, б) тривалі сенестопатично-іпохондричні стани, включаючи іпохондричну психопатію й іпохондричний розвиток особистості [321].

А. Бланкфельд виділяє іпохондричний синдром при психічних захворюваннях (шизофренії, циклофренії, епілепсії, прогресивному паралічі, психопатії, травмах черепа, енцефалітах та ін.).

Ю. Сегаль спостерігала іпохондричний синдром у хворих, що перенесли різноманітні поранення, травми, порушення стану оптимального функціонування організму людини.

Л. Гирляндина ділить іпохондричний синдром на ряд груп:

1) ятрогенні неврози (патогенні іпохондричні реакції, хвороби «3-го курсу» у студентів-медиків) – захворювання, що виникають не стільки у зв'язку з некоректністю висловлювань лікарів і медичного персоналу, скільки з невірними уявленнями про хвороби, отримані у розмовах пацієнтів між собою;

2) фобії різноманітного характеру (напр., канцерофобії);

3) група конституційних невропатів, або «соматопатів», які, на думку Л. Гирляндина, без особливих зовнішніх проявів страждають найрізноманітнішими органоневрозами;

4) іпохондричний синдром при психічних захворюваннях, а саме при шизофренії [118].

В. Осіпов, М. Гуревич, С. Консторум, Г. Момот, В. Гиляровський, О. Кебриков, Е. Маслов та інші зазначили, що наявність іпохондричних проявів характерна для хворих на шизофренію [150].

А. Чистович вказує, що іпохондричний синдром з точки зору клінічних проявів зустрічається при токсикоінфекційних психозах і неврозах.

Таким чином, вищевказані представники вважають іпохондрію синдромом, що зустрічається при багатьох нервових і психічних захворюваннях.

Однак, окремі автори виділяють іпохондричні стани у самостійну клініко-нозологічну форму. Так, G. Saxe, вважав, що іпохондрична хвороба починається між 30 й 42 роками і триває аж до похилого віку [544].

С. Купріянов, базуючись на своїх клінічних спостереженнях, виділяють так звані іпохондричні психози. Автори підкреслюють необхідність обмежити цю форму тільки тими захворюваннями, при яких іпохондричний синдром зустрічається у яскраво вираженому прояві (у «чистому» вигляді) і не є суміжною частиною нозологічного захворювання [177].

Однак, виділити іпохондричні розлади в окрему нозологічну форму захворювання заважають ті обставини, які вказують на її психопатологічне походження. З огляду на власні дослідження, надаємо велике значення фону захворювання, на якому розвивається даний іпохондричний стан; саме тому, акцентуючи увагу на угрупованні цих проявів, ми пропонуємо слідувати за етіологічним принципом, оскільки він визначає єдність лікувальних і профілактичних заходів. Згідно з нашими уявленнями про хворобу пропонуємо можливість виділити такі клінічні різновиди іпохондричних станів:

- 1) психогенні іпохондричні реакції;
- 2) нав'язливі стани іпохондричного характеру при неврозах (типу канцерофобій);
- 3) іпохондричні стани при внутрішніх захворюваннях;
- 4) іпохондричні стани при токсикоінфекціях, травмах і них астениях, які при них виникають;
- 5) іпохондричний синдром при хронічних психозах (шизофренії тощо).

Згідно сучасною діагностикою іпохондрії, яка ґрунтується на клініко-психологічному дослідженні, варто враховувати основні критерії міжнародної класифікації хвороб (МКХ) [224]. Відповідно до цієї класифікації іпохондрія відноситься до соматоформних розладів. Відмінністю цих розладів від інших є постійні соматичні (тілесні) скарги, незважаючи на відсутність тілесних патологій. Міжнародна класифікація хвороб виділяє 4 основних положення, на підставі яких діагностується цей розлад (табл. 1.).

Діагностика іпохондричного розладу ускладнюється латентним перебігом, приховуванням своїх ідей і страхів. Іпохондрична поведінка характеризується невизначеністю у соціумі, тому на тривалий час є незрозумілою для оточуючих. Однак іпохондрія часто розвивається на тлі інших захворювань, пов'язаних із діяльністю особистості, супроводжуючись професійним вигоранням чи творчим ступором. Шизофренія, депресія та інші розлади дебютують у показанні іпохондричних симптомів, переважаючи яскравістю прояву. Тому діагностика іпохондрії повинна бути комплексною, включаючи терапевтичні аспекти лікування реальних хвороб і водночас піврічне спостереження за поведінкою людини в умовах соціальної взаємодії. Враховуючи вищевказане, підкреслимо, що не можна поспішати з діагностуванням іпохондрії. Дуже часто скарги на ту чи іншу тілесну недугу є лише проявом ліні або малодушності.

Таблиця 1.1

Критерії іпохондричного розладу згідно з МКБ -10

Симптом	Характеристика
Переконання у наявності двох чи більше невиліковних хвороб	Переконання пацієнта в своїй хворобі повинно тривати не менше півроку. При цьому хвороб в уяві пацієнта може бути декілька, але висловлюватися він повинен хоча б про одну.
Соціальна дезадаптація	Постійні страждання і переживання людини про наявність невиліковної хвороби, які заважають їй у повсякденному житті. Пошуки обстеження і лікування порушують звичний уклад життя людини, заважають їй інтегруватися в суспільство, псують сімейні відносини тощо. Іпохондрики, занурені у власні проблеми, стають глухими до проблем інших людей, в тому числі і до найближчих. Заради уникнення інфікування хворобою вони відмовляються від зустрічей з іншими людьми.
Відмова від реального медичного висновку щодо відсутності тілесного захворювання у пацієнта	Навіть якщо спочатку пацієнт визнає висновок лікаря про відсутність тілесного захворювання, то лише ненадовго. Через кілька тижнів він стає знову стурбований своїм самопочуттям і починає вимагати нового медичного обстеження
Винятком є шизофренія, депресія, маніакальний психоз	

В останні роки відзначається зростання захворюваності і поширеності розладів психіки, в основному за рахунок непсихологічних патологічних станів,

невротичних розладів соматоформного типу. У той же час більш виражена негативна динаміка зафіксована у відношенні соматичних захворювань, у походженні яких значну етіопатогенетичну роль відіграють психосоматичний або психогенний механізм.

Дебют захворювання найчастіше припадає на період від 10 до 30 років. Ранній вік дебюту захворювання є однією з його головних відмінних рис, однак динаміка розвитку спостерігається між 25 і 35 роками. Поява перших симптомів розладу в 70 відсотках випадків пов'язана зі стресовими обставинами. Іпохондрія ідентично проявляється у осіб як чоловічої, так і жіночої статі. Часто зустрічається дане захворювання у підлітків і людей похилого віку. У жіночої статі перші прояви хвороби припадають на більш пізній вік (понад 20 років), ніж у чоловіків (до початку статевого дозрівання). Сучасність даного захворювання інтерпретована у форму інтернет-залежності, яка є непереборним, нав'язливим бажанням використовувати світ інформаційних технологій як чинник необмеженого медичного забезпечення. Варто вказати, що дана залежність трансформувалася і придбала нові елементи й форми, ставши проблемою не одиниць, а багатьох людей різного віку [82, 83].

Таким чином, інтернет-залежність від діагностування у мережах інформаційних комп'ютерних технологій як форма кіберхондрії має ті ж ознаки що й психосоматичні розлади з порушенням стану оптимального функціонування організму людини. Психологічне здоров'я людини ми пов'язуємо з високим рівнем сформованості свідомої саморегуляції, раціонально-вольової сфери, що забезпечує можливість соціальної адаптації, і водночас з вільним непригніченим становленням емоційної сфери, активністю неусвідомлених психічних процесів, на чому ґрунтується здатність людини до глибоких переживань та інтуїції. Психологічно здорова людина внутрішньо характеризується динамічною цілісністю, синергією неусвідомлюваних та свідомих прагнень, пульсацією дисгармонійних переживань, зокрема страждання, душевного болю, останні з яких при певних умовах можуть призводити до психічної дестабілізації, але вона здатна побороти іпохондричні навіювання із психосоматичною ознакою [1].

Психосоматичний або соматоформний розлад – це захворювання, що зустрічається досить часто, їх поширеність коливається від 0,1 до 0,5% від загального числа жителів Землі, в середньому це 280 випадків із 1000. За даними ВООЗ, на даний час такими захворюваннями страждають 25% осіб, які спостерігаються у лікарів. Найбільш схильні до цих розладів жінки. Незважаючи на те, що це захворювання властиве працездатному населенню, соматоформні розлади діагностуються і у дітей, починаючи з молодшого шкільного віку [15, 16].

Іпохондричний розлад – один з найбільш малодосліджених психопатологічних феноменів, основна ознака якого полягає в надмірній зосередженості на власних психосоматичних відчуттях [192].

Іпохондричні розлади – це розлади, які обумовлені пригніченістю настрою і підвищеною акцентуацією уваги до власного фізичного здоров'я, що усвідомлюється людиною як наявність невиліковного захворювання. Цей розлад відносять до порушень соматоформного типу, механізм якого має психосоматичний характер. Іпохондричні навіювання зазвичай локалізуються навколо серцево-судинних хвороб, органів статеві системи, шлунково-кишкового тракту та головного мозку. Механізм розвитку таких навіювань пов'язаний із особливістю когнітивних процесів панічно інтерпретувати імпульси від внутрішніх органів [2].

На відміну від осіб із хворобами соматичного типу та недиференційованими соматоформними розладами, особи з іпохондричними розладами не тільки обтяжуються соматичним дискомфортом, але й відчують страх наявності у них ще не знайденого психопатологічного симптому, що загрожує життю. Хворі постійно акцентують увагу на соматичних скаргах, нехтуючи перспективою професійного розвитку та особистісного зросту. Нормальні або звичайні відчуття і явища часто інтерпретуються хворим як аномальні і неприємні, причому увага зазвичай фокусується на власному нездужанні. Хворий може назвати передбачуване соматичне захворювання або деструкцію тілесної функції, проте ступінь переконаності в наявності захворювання зазвичай змінюється від консультування одного лікаря до порад іншого, причому пацієнт вважає вірогіднішим то одне захворювання, то інше. Іпохондричний тип характеризується зосередженістю на суб'єктивних неприємних відчуттях і прагненням донести їх до оточуючих, створюючи навколо себе ауру співчуття і жалю. Нерідко така особистість керується егоїстичними намірами стосовно її порятунку та адекватності життя, проявляючи тривожність, депресивність, нудьгуватість, надмірну заклопотаність тощо [272].

Іпохондричний стан зазвичай розвивається у зрілому чи похилому віці, тому дана симптоматика і порушення продуктивності праці людини зазвичай мають хронічний і хвилеподібний характер. Розлад не відрізняється за гендерною ознакою, але протікає приховано, у вигляді внутрішньо-особистісного конфлікту.

Більшість таких хворих проходять через кабінети терапевтів, хірургів, дерматологів та інших спеціалістів перш ніж дійти до лікаря-психіатра чи психолога. Ці лікарі повинні досить гнучко нівелювати іпохондричний намір пацієнтів адже, з одного боку, є небезпека дійсно не ідентифікувати картину

істинної хвороби, а з іншого – можна, піддавшись переконанням хворого, укріпити його хворобливі уявлення про хворобу й тим самим культивувати протікання захворювання. Отож, зазначимо, що патогенетичні механізми іпохондричних розладів зовсім не розкриті, а діагностичний підхід обтяжений невизначеністю у їх симптоматиці.

Епідеміологія та механізм походження іпохондричного розладу у людини маловідомі, враховуючи, що такі хворі становлять 3 – 14% всіх пацієнтів віком 40 – 60 років. Значущість проблеми полягає в тому, що даний вік є професійнотворчою динамічною силою, яка сприяє становленню найвищого рівня у розвитку Я-концепції людини, її гармонії у внутрішній взаємодії та у взаємодії зі світом, у пізнанні й реалізації своїх можливостей, і самоствердженні у професії, суспільстві, облаштуванні сімейного життя, активації домінантного впливу та відповідальності за своїх рідних і власне життя. Неминучими стають для неї такі іпохондричні настрої, що спричиняють різноманітні вікові кризи, спричинені послабленням психофізичних функцій, зниженням можливостей, зміною провідних видів діяльності, а також соціального статусу. Транзиторний перебіг їх у межах декількох місяців, разом із непередбачуваними психотравмуючими подіями і важкими соматичними захворюваннями, підвищує мобільність із опозиційного активного життя у безглуздий стан нав'язливих ідей [99].

У більшості випадків іпохондричними фобіями страждають особи з ананкастними особливостями особистості, тривожно-недовірливими рисами характеру, боязкі, нерішучі, вразливі, до дрібниць скрупульозні люди.

У ряді випадків буває складно диференціювати нав'язливі іпохондричні фобії від маячних ідей. Зазвичай це спостерігається тоді, коли іпохондричний розлад супроводжується вираженими симптомами астенії, на тлі якої С. Пашенков допускав можливість «тимчасового переходу іпохондричних нав'язливих думок у маячні ідеї» [257].

Когнітивний аспект інтерпретації особистістю іпохондричних розладів базується на розумінні людиною істинності оптимального стану функціонування організму, в основі чого є психосоціальне реагування на захворювання і поведінка хворого.

Характерними для іпохондриків особливостями поведінки є:

1) захопленість своїм захворюванням – така людина повністю зосереджена на симптомах, наслідках і лікуванні уявної хвороби;

2) особливе ставлення до свого тіла – пацієнти витрачають багато часу на те, щоб стежити за температурою, пульсом та іншими фізіологічними показниками;

3) вибірковість – при даному розладі хворий фільтрує інформацію ззовні, вибираючи тільки ту, яка, на його думку, пов'язана з його хворобою;

4) уникнення – іпохондрики намагаються уникати обставин і ситуацій, які можуть викликати загострення існуючої або розвиток нової хвороби [85, 86, 91].

Підсумовуючи всі теорії, що обумовлювали до сьогодення часу патогенез іпохондричних станів, вкажемо, що їх можна звести до двох груп. Прибічники першого напрямку вважали, що в патогенезі захворювання основне значення мають первинні зміни з боку тих чи інших внутрішніх органів; інші ж пропонували, що первинні зміни відбуваються у нервовій системі. Варто зазначити, що представники першого й другого напрямків розглядали ізольовано, без взаємозв'язку, як внутрішні органи та їх захворювання, так і нервову систему з її хвороботворністю. Проти подібного локалістичного погляду на патогенез іпохондричних розладів вказували відомі терапевти та фізіологи С. Боткін, І. Сеченов, І. Павлов та інші. Вони представили й розвинули теорію про невроз, згідно з якою цілісність організму, взаємозв'язок його з зовнішнім середовищем, здійснюється через нервову систему. «Під неврозом розумію, – писав І. Павлов, – фізіологічне спрямування, що розповсюджується під впливом нервової системи на якомога більшу локалізацію діяльностей організму» [278].

В. Бехтеров, С. Боткіна та інші акцентували значимість на клініко-лабораторних дослідженнях хворих із іпохондричними розладами. Цінність методів об'єктивного вивчення вищої нервової системи підвищується, якщо при дослідженні хворих застосовуються одночасно різноманітні методики.

Отже, розшифрувати іпохондричне «посилання» можливо лише у разі аналізу порушених трансакцій між індивідом і його сім'єю або його соціальним оточенням. Іпохондрія сигналізує про страх і відчай особистості, яка використовує своє тіло як захисний механізм, щоб не зізнаватися у деструкціях із собою і оточенням, іпохондрик використовує невербальну мову тіла, щоб приховати свої справжні потреби і глибоке почуття самотності.

Таким чином, на сучасному етапі розвитку психологічної науки проблема іпохондричних розладів особистості є складною, різноманітною і вимагає подальшого вивчення у рамках моделі консультативної психодіагностики. Як предмет нашого дослідження іпохондричні розлади вивчаються нами на основі визначення особливостей механізмів виникнення та їх перебігу в особистості.

В основі психодинамічної моделі іпохондричного захворювання лежить дія механізмів психологічного захисту, що пригнічують агресивні настрої і трансформують їх у власні соматичні симптоми. Цим хворим властиві егоцентричні наміри, обмежений емпатійний потенціал і слабка зацікавленість потребами щодо інших. Вони зазвичай вважають себе розчарованими, ображеними, покинутими, малокомунікативними, зависаючими у часових проміжках минулого, відштовхуючи від себе оточуючих. Симптом

перетворюється на скаргу і символічно нехтується лікарем як нарікання чи докори невідповідності у житті людини. Тут же несвідомо розігрується і помста за недостатнє прийняття себе, коли медичні схеми лікування стають неефективними. Можлива також дія інших психотравмуючих механізмів: підвищена заклопотаність тим, що відбувається в своєму організмі, та, як наслідок, стає захистом від низької самооцінки, сприйняття своєї малоцінності і нікчемності. Соматичне страждання стає символічним засобом спокутування власної провини, заслуженим покаранням [94].

В основі нейропсихологічної моделі існує припущення про те, що в людини низький поріг перенесення фізичного дискомфорту, а також підвищений рівень сприйняття нормальної сенсорної інформації супроводжується неправильною її когнітивною оцінкою. Наприклад, те, що нормальна людина вважає відчуттям напруженості, іпохондрик сприймає як біль у животі чи переживання із болем у ділянці попереку. Ця оцінка стає умовно-рефлекторним підкріпленням на основі психопрофесійних чинників, в якому неправильно інтерпретується вся сенсорна інформація, що надходить у подальшому, уявно підтверджуючи похмурі іпохондричні передчуття.

Окрім того, особливого значення серед оцінки підходів щодо вивчення іпохондричної хвороби в аспекті психологічного здоров'я особистості надаємо належність мірі її інтегрованості, гармонійності, врівноваженості, а також таким складовим її спрямованості, як духовність, пріоритет гуманістичних цінностей (добра, справедливості, любові, краси та інше), орієнтація на саморозвиток, збагачення своєї особистості.

1.2 Особливості поведінки особистості у витоках розвитку іпохондричних розладів

Здоров'я особистості є найважливішим складником життя, допомагає людині бути активною та творчою, сприяє її зростанню. Іпохондричні розлади негативно впливають на професійну діяльність і психосоматичний стан організму людини. Психологічне здоров'я виступає необхідною у мовою стресостійкості та духовного й гармонійного розвитку особистості. Слід зазначити, що здоров'я у цілому та особливо психологічне здоров'я забезпечує соціальну єдність, продуктивність праці, суспільний спокій та стабільність оточуючого середовища, що сприяє соціально-економічному розвитку суспільства.

Нині спостерігається негативна динаміка розвитку соматичних захворювань, у походженні яких значну етіопатогенетичну роль відіграє психогенний механізм у вигляді прояву іпохондрій. Особливу актуальність у наш час мають іпохондричні розлади. Їх виявляють у 10% пацієнтів. В МКХ-10 ці розлади віднесені до розділу соматоформних [224].

Іпохондричний синдром – це стан постійного перебільшеного побоювання за своє здоров'я, безпідставна впевненість в наявності у себе тієї чи іншої серйозної хвороби [265]. Спочатку, на ранніх етапах вивчення іпохондрії, вона вважалася самостійним захворюванням, однак пізніше вчені прийшли до висновку, що це не окрема хвороба, а комплекс симптомів, що є проявом цілого ряду психіатричної патології. Залежно від основного захворювання, клінічні прояви іпохондричного синдрому істотно варіюються. Виходячи з цього, фахівці об'єднують певні симптоми в окремі варіанти іпохондричного синдрому [224].

Іпохондричні переживання у загальній медичній практиці представлені в структурі практично будь-якого психічного розладу. Перебільшувати побоювання за власне здоров'я, надмірна фіксація на наявних соматичних захворюваннях (істинних чи уявних), прагнення до постійних обстежень, протиставлення власних спостережень за розгортанням тієї чи іншої хвороби згідно з результатами об'єктивних обстежень – і це далеко не весь перелік симптомів іпохондрії [322].

Найчастіше поведінкові реакції хворих представлені у формі немаячної іпохондрії, яка формується як вторинне захворювання на фоні патологічних відчуттів (алгій, сенестопатій). Виділяють такі її клінічні варіанти: істерична іпохондрія, нав'язлива іпохондрія, сенестоіпохондрія із синдромом постаддиктивної одержимості [294].

Засновник західної клінічної психотерапії Е. Кречмер виділяє немаячну форму іпохондрії, яка виявляється у представників соціономічних професій і проявляється у таких станах: сенестоіпохондрія, сенестоіпохондрія з синдромом постаддиктивної одержимості, істерична іпохондрія і нав'язлива іпохондрія [322].

Сенестоіпохондрія характеризується обмеженістю у хворих емоцій і потягів, кругозору та інтересів, ригідністю і докладністю; вони позбавлені властивої лише іпохондрикам схильності до рефлексії, відчуття тривоги, невротичної стигматизації. У розвитку сенестоіпохондрії виділяють 2 етапи. Перший етап динаміки сенестоіпохондрії визначається синдромом сенестоалгій. Тривалість цього етапу різна – при прогресуючому розвитку захворювання вона зазвичай не перевищує кількох років. Однак у випадках латентної форми хвороби при дуже повільній динаміці клінічних проявів сенестоалгії можуть тривати протягом двох або навіть трьох десятиліть. Патологічні тілесні сенсації, які належать до сенестоалгій, найчастіше мають обмежений, локальний характер і мають певну схожість із симптомами, властивими соматичній або неврологічній патології (артралгії, мігрені, корінцевий біль). Це може бути біль при ходьбі, відчуття підвищеного тиску по ходу судин нижніх кінцівок, і ниючий біль в підребер'ї, й печія в ділянці грудини, сечового міхура, промежини, статевих органів тощо [78].

Другий етап динаміки сенестоіпохондрії, як стверджує німецький вчений G. Huber, зазвичай відображає стадію активного розвитку та визначається синдромом есенціальних сенестопатій або справжніх. Тілесні сенсації у цих випадках відображають більш важкий (у порівнянні з сенестоалгіями) рівень ураження психічної діяльності. Есенціальним сенестопатіям притаманні прояви соматичної патології. Пацієнти скаржаться на незвичайний «глибинний» біль, який важко піддається опису, та болісні відчуття (відчуття жару, мурашиний свербіж, кипіння, проходження хвиль). В одних випадках локалізація таких відчуттів невизначена, в інших – вони іррадіюють на великі ділянки тіла; в деяких випадках вони дуже обмежені, але при цьому досить вигадливі за своєю просторовою конфігурацією (еліпсоподібною ділянкою печії на стегні, симетрично розташовані на кінцівках смужки ріжучого болю, коло оніміння шкіри розміром із 5-копійчану монету в ділянці тімені і й т. п.) [484].

Сенестоіпохондрія з синдромом постаддиктивної одержимості характеризується емоційною бідністю, ригідністю, негнучкістю мислення, вузькістю інтересів, але, на відміну від конструкційних властивостей «сенестопатії», аномалії цієї групи пацієнтів визначаються експансивними або вольовими утвореннями. Для них характерна підвищена активність, наполегливість у досягненні поставленої мети, безкомпромісність, раціоналізм. Будучи зовні товариськими, вони по суті протягом усього життя залишаються інтровертами. Вже з юнацьких років вони «нестримні» в роботі – все життя підпорядковане виробничій необхідності. Особисті справи відсуваються на другий план. Для них не існує вихідних і відпусток. Захопленість справою нерідко поєднується у цих осіб з прагненням бути в центрі уваги, домогтися схвалення та заохочення. У пубертатному періоді у деяких з цих хворих можлива поява дисморфофобії – ідей фізичної вади. Такого роду ідеї носять ізольований монотематичний характер («негарний розріз очей», «криві ноги» і т. п.) і зберігаються протягом декількох років. Наявність ідей фізичної недосконалості може розглядатися як прояв патологічного пубертатного кризу. Вони не порушують загального ритму життя і соціальної адаптації: підлітки продовжують ходити в школу, але при цьому намагаються замаскувати уявні дефекти [294].

Сенестоіпохондрія починається зазвичай на 2-3-му десятилітті життя і може проявлятися на перших етапах лише інтенсивними больовими відчуттями. Тілесні сенсації вже в цей період за своєю психопатологічною структурою відносяться до сенестоалгій, виявляють певну схожість з болем при соматичній патології (відчуття з боку щелеп нагадують зубний біль; скарги на хрускіт і тиск у шийній частині хребта схожі з такими при остеохондрозі;

печіння в животі імітує патологію шлунково-кишкового тракту, напади болю в суглобах – ревматизм й ін.) [309].

Серед конституційних властивостей *істеричної іпохондрії* в цих випадках на перший план виходять істеричні прояви (примхливість, схильність до приписування, марнославство) та конверсійні розлади (тремор, спазми, клубок у горлі та ін.), що поєднуються із досить мінливими вегетативними порушеннями, диспноє, лабільністю пульсу, частою зміною підвищений артеріальний тиск (АТ), запамороченнями. Постійними стають скарги на нездужання, слабкість, погіршення загального самопочуття. Хворі дратівливі, примхливі, образливі, плаксиві [78].

За А. Снежневським, *синдром нав'язливої іпохондрії* визначається постійними сумнівами, нав'язливою фобією захворіти невиліковною хворобою. До нав'язливої іпохондрії відноситься цілий ряд фобій і побоювань іпохондричного змісту – кардіофобії, канцерофобії, побоювання будь-якої рідкісної або нерозпізнаної інфекції. Поряд з цим характерне нав'язливе самоспостереження, фіксація на всьому, що може стосуватися передбачуваної хвороби. Як вказують такі науковці як В. Чан і Н. Тювіна, психічні порушення, що визначають нав'язливу іпохондрію, найчастіше виникають при наявності конституціональної схильності до obsесивно-фобічних розладів. Соматичне захворювання в даному випадку протікає з підвищенням температури й може спровокувати супутні психічні порушення – страхи, деліріозні епізоди, психосенсорні розлади [332].

При *немаячній формі іпохондрії* поведінкові розлади у людини нерідко носять пароксизмальний характер. На відміну від панічних атак ці розлади можуть тривати протягом кількох годин. Незвичайна гострота й болісність патологічних відчуттів у період нападів обумовлюють виражену фіксацію на них пацієнтів. Вони роками лікуються у психіатрів із діагнозом «дієнцефальний синдром невиясненої етіології», «вегето-судинна дистонія» і т. д. Для клінічної картини цих нападів характерне посилення наявних афективних розладів (страх, тривога, туга), вегетативних порушень (озноб, тремор, серцебиття), ідеаторних розладів (розгубленість, порушення сприйняття і осмислення оточуючого, ментизм). Дещо пізніше у картині захворювання було показано деперсоналізаційні та дереалізаційні розлади з больовими відчуттями власного мутизму [383].

Психогенні іпохондричні реакції спостерігаються у хворих із наявністю істинних соматичних захворювань у формі іпохондричних нозогеній, які визначають картину хвороби. Відомо, що виникнення цих реакцій залежить від схильності до подібного типу реагувань, які відносимо до соматопсихічних акцентуацій, котрі відрізняються підвищеною сугестивністю щодо власного

здоров'я. Спочатку подібна акцентуація проявляється у вигляді соматопатії, під якою розуміють астеничний особистісний склад із схильністю до патологічних відчуттів й ідентичних самоспостережень, пізніше – соматотонією, що характерна для стеничних експансивних особистостей з прагненням до фізичного вдосконалення, постійного оздоровлення. Також така форма поведінки характерна у тривожно-недовірливих осіб, у яких ці розлади носять нав'язливий характер, нерідко за типом панічних атак (напр., при кардіофобії, нейроциркуляторній дистонії) [323].

Відмінною рисою цих реагувань є, порівняно швидкоплинне, раптове виникнення. Протікають вони з досить вираженим емоційним окрасом. Хворі, як правило, охоплені тривожністю, вони бояться стати жертвою важкого невиліковного захворювання і поспішають розповісти лікарю про свої власні здогадки стосовно важкості хвороби. Вони бувають часто похмурі, дратівливі, малокомунікативні, напружені, іноді вражають своїми суїцидальними намірами [300].

Виникнення таких іпохондричних реагувань зазвичай пов'язане з яким-небудь патогенним фактором типу ятрогеній чи з невірними, помилковими уявленнями про хворобу. Сюди ж варто віднести і «хворобу 3-го курсу» у студентів-медиків (Е. Краснушкін). Цих хворих турбує не стільки ймовірність реальних відчуттів у тілі, скільки уявлення про «важкість» передбачуваної у них хвороби. Досить часто подібний стан спостерігається в результаті поєднання несприятливого перебігу подій із незначним соматичним стражданням. Характер психологічної травми зазвичай визначає і клінічну картину іпохондричних реагувань [303].

Поряд із сучасними підходами в поведінці людини особистісні іпохондричні аномалії проявляються у вигляді психопатологічного (пропріоцептивного) «діатезу». Даний діатез включає в себе такі особливості прояву: помірну когнітивну недостатність, соціальний страх та ізолюваність, гіпогедонію, помірну амбівалентність, пасивність, дивакуватість, інфантилізм, емоційну недостатність. Він складає специфічну резистентність організму щодо патогенних стимулів, які викликають хворобу. Тобто дані чинники запобігають розвитку хвороби на тій основі, що людина не здатна усвідомити власну значимість і чинити вище зазначених параметрів. Вона зручно почувається у внутрішньому периметрі, однак саме тут мають місце навіювані ідеї, марення. До подібних стресорів відносимо також життєві події, побутові психосоціальні впливи, критичні ситуації тощо [281].

Серед чинників, що викликають іпохондричні розлади, зустрічаємо також психопатологічні прояви соматоформних розладів, які найчастіше утворюють симптомокомплекс конверсійних, соматичних, больових відчуттів. Для

конверсійного розладу характерні різноманітні патологічні тілесні відчуття, які імітують топографічно обмежені порушення чутливості (шкірні анестезії або гіперестезії, часткову або повну втрату зору, слуху або нюху), нерідко пов'язані з порушеннями моторики або координації (парези, паралічі, явища астазії), психалгіями і тілесними фантазіями. В клінічній картині при тілесних фантазіях поряд з елементарними і нестійкими больовими відчуттями спостерігаються більш складні: відчуття кулі, що надувається в животі, обруча, який охоплює ділянку у вигляді больового пояса, або вбитого цвяха (*clavus hystericus*), клубка в горлі (*globus hystericus*), об'ємне утворення тощо. За ознаками конверсійного розладу розглядаються такі характеристики як демонстративна виразність і наочність клінічних феноменів з відтінком перебільшення і навмисності. Маніфестація конверсійних розладів, яка провокується психологічним стресом, реалізується за механізмами «преципітації» симптомів. Їхній перебіг характеризується найчастіше короткочасними (тривалістю не більше 2-4 міс.) реакціями [254].

Для соматизованих розладів (соматогеній) характерні поліморфні патологічні тілесні відчуття. Останні представлені у вигляді алгій, які варіюють за інтенсивністю від суб'єктивно незначущих, що не приводять до звернення за медичною допомогою, до виражених, гострих алгопатичних феноменів. Поряд з цим при соматизованому розладі спостерігаються вегетативні прояви, що імітують ургентні соматичні захворювання, та функціональні порушення діяльності внутрішніх органів і систем (тахікардія, дискінезії жовчних шляхів та ін.) Виникнення соматизованих розладів, як правило, пов'язано з психогенними факторами і реалізується за механізмом реактивної лабільності. Загальна тривалість розглянутих реакцій зазвичай не більше 6 міс.

Хронічні соматоформні больові розлади характеризуються стійкими мономорфними патологічними відчуттями – ідіопатичними алгіями, які з самого початку є незмінними в локалізації, інтенсивності й не супроводжуються вираженою неврологічною і психовегетативною симптоматикою. Типовий болісний (виснажливий, нестерпний) відтінок болю, що відображає особливу, не властиву конверсійним та іншим психологічним феноменам чуттєву насиченість відчуттів. Тривалість таких симптомів складає від кількох місяців (понад 6) до декількох років [201, 244].

Одним із важливих факторів, що впливають на тривалість, наприклад, ішемічної хвороби серця (ІХС), є притаманний хворому варіант соматоперцептивної акцентуації (СПА). Найнесприятливіший із них – сегментарна деперсоналізація (СдП). Це пов'язано, в першу чергу, з нездатністю таких пацієнтів усвідомлювати значимість своєї хвороби. При психологічному тестуванні для них характерні низький рівень тривоги про

здоров'я і страх смерті. Цей факт можна використати для попереднього діагностування (передумова виникнення іпохондричних розладів) хворих на ІХС, у яких спостерігаємо такий розлад особистості. Зазвичай хворі працездатні й амбіційні, вони прагнуть за будь-що досягти бажаного, однак саме це є причиною розвитку іпохондричного розладу. Вони ігнорують основні симптоми хвороби, розуміючи й концентруючись на них підсвідомо [58, 378].

Таким чином, тривалість іпохондричних реакцій може бути від кількох тижнів до кількох місяців. При наявності якоїсь психологічної травми (напр., смерть близької людини) спостерігаємо прояв реактивної форми реагування людини на події. Іпохондричні стани у разі реактивних розладів набувають статусу важкості і безвиході з даної життєвої ситуації і часто супроводжуються набутим відчуттям швидкої смерті. Реактивні стани з іпохондричним проявом, як стверджував у своїх лекціях по психіатрії І. Талант, дуже важко піддаються лікуванню, але з усіх інших реактивних і невротичних станів протікають найменш сприятливо [342].

Причини розвитку іпохондричного синдрому на сьогоднішній день повністю не вивчені. Зазвичай іпохондричний синдром виникає у емоційно нестабільних осіб у разі впливу на них одного або відразу декількох факторів ризику, таких, як [51, 67, 279]:

- 1) особливості особистості: тривожні, недовірливі люди більш схильні до розвитку іпохондрії;
- 2) серйозні хвороби, перенесені пацієнтом у дитячому віці;
- 3) надмірна заклопотаність матері здоров'ям дитини (в зрілому віці можуть зберегтися побоювання людини щодо захворювання, яке мати підозрювала або якого дуже боялася в минулому);
- 4) фізичне або сексуальне насильство в минулому;
- 5) емоційна скупість: невміння або небажання висловлювати свої емоції;
- 6) висока чутливість до стресів;
- 7) песимістичне ставлення до життя;
- 8) смерть близької людини через серйозну хворобу;
- 9) регулярне спілкування з людьми, які страждають на невиліковну хворобу;
- 10) наявність близьких родичів, що страждають іпохондрією;
- 11) неправильне сприйняття поняття «здоров'я» (напр., роздуми про те, що даний стан не може супроводжуватися будь-якими змінами об'єктивного статусу людини, і в цьому випадку будь-яке, навіть незначне відчуття дискомфорту розцінюється як серйозна хвороба).

Для іпохондричного синдрому характерні такі особливості поведінки пацієнта [241, 252]:

1) хворий категорично відмовляється відвідувати лікаря у зв'язку зі страхом виявлення будь-якого серйозного захворювання або ж, навпаки, звертається за медичною допомогою набагато частіше, ніж це необхідно;

2) будь-які, навіть дуже слабкі, легкі симптоми сприймаються хворим як ознаки найнебезпечнішої для життя патології;

3) хворий часто зосереджений на будь-якій конкретній хворобі (напр., вважає, що у нього рак) або на патології певного органу (думає, що у нього хворе серце, шлунок тощо);

4) при описі скарг лікаря хворий не може їх конкретизувати, а характеризує загальними фразами (шлунок зупинився, в грудях болить і подібне);

5) однієї лікарської думки хворому, як правило, недостатньо;

6) у разі невиявлення лікарем ніякої серйозної, очікуваної хворим, патології він звертається до другого, третього фахівця в надії на встановлення того самого, «правильного» діагнозу;

7) нерідко хворий наполягає на певних, на думку лікаря, абсолютно йому не потрібних, дослідженнях;

8) після відвідування лікарень, пильного вивчення медичної літератури, прочитання статей про те чи інше захворювання в Інтернеті хворий обов'язково виявляє симптоми будь-яких захворювань у себе;

9) хворий веде постійні розмови з рідними і близькими про стан свого здоров'я, розпитує їх про «такі ж» симптоми;

10) хворий тримає під особистим контролем ті чи інші показники власного здоров'я (регулярно оглядає слизову ротової порожнини, вимірює температуру, артеріальний тиск, пульс, обмацує живіт на предмет новоутворень, ретельно оглядає виділення і так далі).

Залежно від комбінацій клінічних проявів прийнято розрізняти кілька форм іпохондричного синдрому [183, 282, 291, 309]:

1. *Тривожно-іпохондричний синдром.* Даний стан проявляється на тлі важкої депресії, психозів або в результаті сильного стресу. Навіть при незначних відхиленнях у власному здоров'ї хворого постійно переслідують думки про те, що він серйозно, невиліковно хворий на рак, туберкульоз або інші небезпечні захворювання. Негативні думки виснажують людину емоційно, вона боїться діагнозу, прийому серйозних препаратів, ускладнень лікування, смерті, думає про те, як зміниться його життя, коли діагноз підтвердиться. Такий хворий постійно обстежується, а при отриманні висновків лікаря про відсутність у нього хвороб він обов'язково звертається до іншого, «грамотнішого» лікаря і в черговий раз проходить повний курс обстеження.

2. *Астено-іпохондричний синдром.* Ця форма іпохондрії розвивається на тлі сильних психоемоційних перевантажень. Вся увага хворого направлена на нібито присутні у нього проблеми зі здоров'ям. «Хворий» скаржиться на загальну слабкість, млявість, головний біль, а також дискомфорт і різної інтенсивності біль в інших частинах тіла. Сон порушений, апетит знижений, відзначається дратівливість і різкі перепади настрою. При обстеженні об'єктивних ознак патології не виявляється, однак це не переконує хворого про наявність здоров'я – скарги його зберігаються протягом багатьох років, загострюючись на тлі нервових перевантажень.

3. *Іпохондрично-сенестопатичний синдром.* Як правило, виникає на тлі серйозної психіатричної патології, зокрема при шизофренії, а також при розладах мозкового кровообігу (інсульт) і панічних атаках. Характеризується появою у хворого нереальних, непояснених відчуттів невизначеної локалізації в організмі: почуттів повзання, ковзання, вібрації і подібних. Крім цих відчуттів, хворий може відчувати почуття присутності в організмі будь-якого конкретного об'єкта: припустимо, комахи в голові, яка нібито ворухиться лапками, рухає вусиками, повзає.

4. *Депресивно-іпохондричний синдром.* Дана форма іпохондрії розвивається внаслідок сильних нервових переживань. Постійні, нав'язливі думки про нібито наявність у людини захворювання призводять до зниження настрою, пригніченості: хворий постійно похмурий, сумний, моторика і мова його уповільнені. З'являється тривожність, підвищена стомлюваність, порушується сон, пропадає апетит. Хворий відчуває себе спустошеним, його переслідує почуття провини. Особливістю даної форми іпохондрії є прогресування вищевказаних симптомів навіть у разі наявних доказів (результатів обстеження) повного здоров'я пацієнта.

5. *Маячно-іпохондричний синдром.* Найчастіше зустрічається у разі наявності важкої психіатричної патології, такої як шизофренія. Може протікати в таких варіантах:

5.1 *паранояльний іпохондричний синдром, марення щодо наявності серйозного захворювання, який існує довгі роки;* з причини, на думку хворого, неякісної діагностики, що не допомагає виявити захворювання, він налаштований щодо лікаря агресивно і навіть вороже, звинувачує лікаря в неувважності; у хворого можуть виникнути нав'язливі ідеї щодо переслідувань лікарем або того, що над ним проводяться дослідження;

5.2 *параноїдний іпохондричний синдром:* паралельно з думками про невиліковне захворювання хворого турбують голоси і думки, які звучать в його голові поза його волею; виникають сенестопатії і вісцеральні галюцинації (хворому здається, що під шкірою повзають черв'яки, в голові

сидить комаха і так далі); з'являється марення фізичного впливу: хворий вважає, що його хвороба виникла через дії на його організм руйнівних променів й інших шкідливих явищ;

5.3 *парафренний іпохондричний синдром*, розвивається при прогресуванні параноїдного марення; характеризується нереальністю, фантастичністю уявлень (хворий вважає, що хворіє через дії на нього інопланетян, які хочуть зруйнувати його органи; причиною болю у шлунку він може вважати діру, крізь яку його життя витікає у порожнечу);

5.4 при прогресуванні маячної іпохондрії може розвинутиися найбільш важка її форма – *синдром Котара*, або *нігілістична маячня* – стан, коли хворий впевнений, що його душа і тіло згнили, померли, перестали існувати, а життя його підтримується якимись великими силами для вічних страждань.

У пацієнтів соматичних відділень також можуть бути присутні ознаки іпохондричного синдрому. Як правило, вони проявляються нав'язливими явищами і тривожним синдромом. Неуважність з боку медичного персоналу, необережні висловлювання на адресу хворого, груба прямолінійність щодо перебігу захворювання та його прогнозу можуть істотно погіршити стан хворого і привести до прогресування іпохондрії [179, 307, 331].

Поведінкові петиції у хворих із іпохондричними розладами досить широко відомі лікарям загальної практики, хірургам, гінекологам, косметологам, оскільки саме вони складають контингент так званих важких хворих, мігруючих від одного спеціаліста до іншого в пошуку «вірного діагнозу», необґрунтовано наполягаючи на нових обстеженнях, оперуваннях. У цих випадках при відсутності об'єктивних передумов для діагностики будь-якого соматичного захворювання і збережених установок пацієнта на обстеження, лікування діагностична практика набуває свого роду компромісного характеру за рахунок таких діагнозів, як нейроциркуляторна дистонія, функціональна диспепсія і т. п. [383].

Кваліфікація стану у таких хворих відображає, насамперед, діагностику іпохондрії із визначенням її клінічного варіанту, переважаючих механізмів формування. Практика показує, що зусилля стосовно адекватності діагностування і визначення лікувальної тактики в цих випадках зазвичай малоефективні без втручання консультанта-психіатра. Ігнорування цієї обставини може призвести до лікарських помилок, необґрунтованих затрат на обстеження і лікування, до втрачених терапевтичних можливостей [321, 322].

Іпохондрія відрізняється проявом страху щодо захворюваності й нав'язливістю ідей захворіти однією або кількома хворобами. Джерелом її розвитку є невірне тлумачення людиною власних симптомів, вона продовжує

вірити в уявні патологічні стани навіть після медичного обстеження і заперечення придуманого діагнозу. Такі нав'язливі ідеї знаходяться поза межами об'єктивного сприймання стану функціонування організму людиною і зазвичай спотворюють її успішність у професійній діяльності.

Нав'язлива іпохондрія є однією із форм захворювання, при якій пацієнт відчуває тривогу, пов'язану із загрозою щодо стану його здоров'я. Цей тип ще називають передіпохондричним розладом. Серед основних його характеристик в основному спостерігається підвищений інтерес до стану власного здоров'я. На відміну від інших типів людей, він з нав'язливим відчуттям туги усвідомлює, і розуміє, що його переживання надмірні й не мають ґрунту для хвилювання, але побороти свої почуття не може [323, 329].

Нав'язливий синдром може спровокувати важка або рідкісна хвороба родича, перегляд кінофільмів та серіалів на медичну тему або ж некоректне зауваження лікаря. Часто такий її перебіг проявляється у вигляді фобій, страху. Страх не пов'язаний з яким-небудь конкретним захворюванням, а виражається загальною стурбованістю і побоюваннями захворіти. На цьому тлі людина починає боятися виходити на вулицю або відвідувати громадські місця, оскільки при таких обставинах збільшується ймовірність захворіти. Хворі починають проявляти інтерес до медичних сайтів, телепередач про здоров'я, літератури про різні хвороби. При такому захворюванні людина починає контролювати і аналізувати фізіологічні процеси організму (температуру тіла, пульс, тиск). Як правило, нав'язливі ідеї щодо можливого захворювання спровоковані соматичними дисфункціями й проявляються у вигляді порушень серцево-судинної системи (кардіофобії) або нервової системи (інсультфобії). Також хворі з іпохондричним розладом турбуються з приводу ракового захворювання (канцерофобія), сифілісу чи СНІДу (сіфілофобія або СНІДофобія) [243].

Останнім часом лікарями зафіксовано великий сплеск випадків іпохондрії, причиною якого є розповсюдження мережі Інтернету. Безмежний доступ до медичної інформації в мережі дозволяє людям самостійно ставити діагнози й проявляти перебільшений інтерес до власного здоров'я. Сучасні фахівці визначають прагнення до діагностування своїх, найчастіше неіснуючих, хвороб за допомогою Інтернету як різновид іпохондрії, яку називають кіберхондрія. Симптомами захворювання є захоплення онлайн-обстеженнями, постійний пошук у мережі медичних тестів й інформації про хвороби. Часто у кіберхондриків (людей, які страждають цим розладом) різко погіршується самопочуття після відвідин медичних сайтів [82].

У Великобританії в 2015 році проводилось дослідження, за результатами якого було визначено, що 65 % користувачів Інтернету не дотримуються лікарських рекомендацій, а використовують інформацію у мережі для

діагностування і лікування. Із загальної кількості людей 46% були настільки впевнені в істинності поставленого у себе діагнозу, що сприйняли спроби використання лікарських засобів для лікування. Варто відзначити, що справжній діагноз спостерігався тільки в 15% випадках. Серед мотивів, що спонукають людей займатися самолікуванням, 35% припадає на відсутність часу для консультації у лікаря, 9% відмовились від лікарських консультацій з фінансових причин [517].

Протягом року компанією Microsoft було проведено масштабне дослідження на тему кіберхондрії, де брало участь близько одного мільйона людей. За даними проведеної роботи, 2% всіх пошукових запитів у мережі пов'язані з темою самодіагностики й самолікування. Також було виявлено, що серед статей на медичну тему в Інтернеті домінують данні про невиліковні захворювання. Вчені, які брали участь у дослідженні, виділили фактори, що призводять до розвитку кіберхондрії. Одним із мотивів є небажання людини перевіряти правдивість даних, знайдених в Інтернеті. Так, більше 75% користувачів, що шукають інформацію про здоров'я, не перевіряють джерело витоку, дату створення сторінки та інші характеристики [273, 332].

За даними наших сучасників, згідно з проведеним опитуванням самолікуванням за допомогою Інтернету займається кожен третій житель країни [517].

Основи походження більшості іпохондричних розладів були закладені ще І. Павловим. Він заснував положення про невротичні стани у залежності від типу вищої нервової діяльності людини, тобто від типу особистості людини. Згідно з цією теорією до розвитку іпохондрії схильні люди з тривожно-недовірливими рисами особистості або ж психастеніки. Головними рисами цього типу є нерішучість, схильність до роздумів, надумувань, вразливість і швидке виникнення нав'язливих ідей. Психологічним захистом у психастеніків є різні ритуали. Наприклад, помити руки – щоб не захворіти, не торкатися до поручнів дверей тощо (щоб не інфікуватись). Саме ці риси людини починають проявлятися ще в підлітковому віці й досягають розквіту до 20 – 40 років [253].

Симптоми іпохондричного синдрому проявляються на фізіологічному рівні, викликаючи зміни в поведінці хворого. Також хвороба проявляється в емоційному фоні, впливаючи на думки й переконання іпохондрика. При іпохондрії людину починають найменш за все турбувати зовнішні фактори, а її настрій визначається переживаннями про здоров'я. Такі відчуття призводять до зміни цінностей та інтересів індивіда [96, 113].

Емоційні симптоми іпохондрії характеризуються відкритістю проявів і зміною настрою. Іпохондрикам зазвичай властиве песимістичне сприйняття дійсності, пребільшена оцінка важкості уявного захворювання і його можливих

наслідків. Домінують думки про некомпетентність лікарів і відсутність сприятливих перспектив лікування. До симптомів, які проявляються на емоційному рівні, також відносяться апатія, пригніченість, депресія. Нерідко ознакою хвороби є напади паніки, пов'язані зі страхом смерті [62].

Відчуття страху може бути викликане такими факторами:

- 1) серцевий напад;
- 2) розвиток раку;
- 3) невідоме медичне захворювання;
- 4) синдром набутого імунodefіциту (СНІД);
- 5) відсутність своєчасної кваліфікованої допомоги [249].

Поведінкові симптоми іпохондрії характеризуються тривожністю за своє здоров'я, що призводить до змін поведінкової моделі пацієнта. У деяких випадках хвороба стає причиною соціальної ізоляції і значних труднощів у житті хворого. Схильність до постійного обговорення своїх уявних захворювань і повне поринання у турботу про свій стан приводить до того, що іпохондриків починають оминати колеги по роботі, друзі і навіть члени сім'ї. Іпохондрія нерідко є причиною розлучень, руйнування шлюбів. Якщо перші симптоми хвороби проявились у неодруженого хворого або незаміжньої пацієнтки, спроби завести сім'ю значно знижуються [147].

Патологічними змінами поведінки при іпохондрії є:

Постійна перевірка стану організму. Пацієнти з даним захворюванням зосереджені на своїх тілесних відчуттях і переймаються контролем усіх фізіологічних проявів організму. Іпохондрик знаходиться в постійному пошуку симптомів існуючого або очікуваного захворювання. Такі люди часто вимірюють вагу, пальпують тіло в пошуку пухлин, вимірюють пульс і температуру.

Поведінка уникнення. Пацієнти з іпохондрією можуть відмовлятися від деяких видів діяльності, які, на їхню думку, можуть завдати шкоди здоров'ю. Іпохондрики, які відчують страх щодо виникнення серцевих захворювань, уникають трудової діяльності, занять спортом та інших заходів, які обумовлені фізичними зусиллями. Більшість хворих починають відмовлятися виходити на вулицю, тому що там, за їхнім переконанням, збільшується ймовірність захворіти.

Пошук переконань. Пошук підтверджень власних переконань є одним із найбільш яскравих симптомів іпохондрії. Згідно з цими цілями пацієнти звертаються до спеціалізованої медичної літератури, проходять тестування в інтернеті й використовують інші можливі інформаційні джерела. Для поведінки хворого характерні часті відвідування лікарів, повторні аналізи й обстеження. Хворі використовують кожен можливість для того, щоб підтвердити своє уявне захворювання і його катастрофічні наслідки для організму [20].

Лікарям терапевтичних відділень досить часто доводиться спостерігати іпохондричні прояви різної етіології – від простих іпохондричних скарг до важких переживань. *Іпохондричні стани при внутрішніх захворюваннях* відрізняються нав'язливістю ідей хворих щодо важкості й невиліковності стану. Такі хворі зазвичай скаржаться, вимагають додаткового всестороннього обстеження у різних спеціалістів. Вони не переймаються незручністю лікарських приміщень, а, навпаки, просять продовжити їх перебування у лікарні. Такі хворі ретельно виконують усі призначення, приймаючи безліч ліків, а іноді у них виявляють запаси медикаментів, схованих «так, на всяк випадок». Нерідко у них виникає недовіра до ординаторів, особливо коли вони проявляють некомпетентність чи недбалість. У деяких хворих іпохондричні ідеї бувають настільки виразними, що зникає критичне ставлення до них. Іноді їх переводять для подальшого лікування у психіатричний стаціонар [227].

Іпохондричний синдром при хронічних неврозах, депресії, шизофренії як система больових проявів, тісно один із одним пов'язаних, часто спостерігається при хронічних психозах. У хворих даного типу зустрічаються скарги іпохондричного характеру, нав'язливі страхи, стійкі маячні ідеї. Зазвичай вони відрізняються від іншої типології хворих непослідовністю змісту, розірваністю мислення, спонтанністю виразів. Хворі при шизофренійному іпохондричному прояві заявляють, що у них «усі внутрішні органи зсохлись, живіт повний черв'яків, у череві якась куля, щось там переливається», або ж взагалі говорять про відсутність у них тих чи інших внутрішніх органів [55].

Безглуздість іпохондричних ідей особливо помітна при ускладненні больового процесу, на вихідній стадії шизофренії. У депресивній фазі маніакально-депресивного психозу на перший план замість ідей самозвинувачення виступають іпохондричні ідеї. Хворі заявляють, що внутрішні органи у них «гниють», «атрофовані», «не діють», саме тому вони часто відмовляються від їжі. Ідеї самозвинувачення у цих хворих переплітаються із іпохондричними [124].

Хворі інволюційними психозами часто заявляють про відсутність у них внутрішніх органів; ідеї дефекту у них поєднуються із іпохондричними. Хронічні психози з іпохондричним симптомокомплексом протікають зі властивою їм симптоматикою. Однак іпохондричні прояви мають провідне визначальне значення в усій клінічній картині хвороби [114].

Вищенаведені характеристики проявів іпохондричних розладів показують, що особливості етіології іпохондричних станів часто обумовлені підвищеною фіксацією уваги хворого на різних інтероцептивних відчуттях. Скарги хворих досить специфічні, багаточисельні та різноманітні. З самого початку відчувається якась безмірність і неприродність. Соматичні хворі зазвичай подібних скарг не

висувають. Ті, що страждають на іпохондричні розлади – часті відвідувачі лікарських установ. Спочатку вони звертаються до терапевтів, хірургів, дерматологів, а пізніше – до невропатологів і психіатрів. Такий шлях пройшли усі спостережувані нами хворі. Вони вживали багато ліків, перевіряли свій стан здоров'я усіма можливими методами дослідження, проводили безліч аналізів крові, лімфи та інших рідин організму людини. Іноді, не задовільнившись лікуванням у стаціонарі, вони йдуть до гомеопатів або ж до знахарів.

Хворі (найчастіше їх називають «іпохондриками») часто бувають похмурі, пригнічені, сумні, брюзгливі, зажурені. У них завжди похмурий настрій. Вони заглиблені у внутрішні відчуття, часто тікають у «хворобу», нерідко надовго відриваючись від реальності. Спостерігається також психосоматична активність іпохондричних розладів у людини (табл. 1.2). Вона пов'язана з взаємодією нейрогуморальних структур на етапі формування психологічних установок хворого до власного здоров'я в умовах оточуючого середовища. Представимо шкалу психосоматичної активності, побудовану за результатами Н. Тювіна, С. Максимова, С. Прохорова про взаємовплив соматики й психологічних патологічних станів [345, 351].

Таблиця 1.2

Шкала рівнів психосоматичної активності особистості

Рівень психосоматичної активності	Психологічні патологічні стани
Підвищений	Гнів, зневіра, страх, паніка, ненависть, непримиренність, захоплення медичними джерелами та інші норадреналінові забезпечення
Середній (оптимальний)	Спокій, симпатія, співчуття, емпатія, зосередженість (часто зацикленість), подив, зацікавленість, аналіз і порівняння інформації, нав'язливе мислення; адреналіново-холінергічний тип нейрогормонального забезпечення
Знижений	Пригніченість, туга, горе, печаль, тривога, страждання, утома, монотонність, нудьга, протрація, кризовий стан

Мислення таких хворих стає одностороннім, одноманітним і дріб'язковим. Вони постійно думають про важкість соматичного стану, передбачаючи лише негативні наслідки. Переконати хворих у неправильності їх суджень залишається неймовірним і неможливим. Вони часто самостійно рахують пульс, пальпують живіт, вимірюють артеріальний тиск. Дещо пізніше у них розвивається підозрілість, недовіра до лікарів і, навпаки, нав'язливі ідеї про імітацію хвороби ними у лікарів. Саме тому вони часто замінюють лікарів, пишуть скарги про їх недбалість чи відсутність уваги щодо їх персони. Ще І. Енгельс вказував, що «іпохондрик недовірливий не тільки до кожного, з ким

він має справу, але й до самого себе». В подальшому вони стають дратівливими, злими, грубими з оточуючими [151].

Згідно з теорією Ю. Губачьова, заснованою на ідеях Ф. Александера, нав'язливі ідеї стосовно наявності соматичних розладів обумовлені постійним внутрішнім емоційним напруженням, що сприяє розвитку специфічного емоційного конфлікту. Тільки емоційна напруга призводить до органічних змін, в основі яких кожна емоція викликає саме її специфічну соматичну дисфункцію. Автор виділив три основні типології поведінки людини у разі співвідношення у неї іпохондричних проявів і вегетативних порушень. У залежності від ступеня пригнічення і витіснення емоційної напруги виникають істеричні конверсії, вегетативні неврози та психосоматичні захворювання. У випадку істеричної конверсії витіснені емоції символічно проявляються у симптомі. Такого зразка символічна переробка витісненого безсвідомого конфлікту призводить до розладів у зоні довільної іннервації (парези, гіперкінези, порушення функцій аналізаторів). Надалі специфічність прояву конфлікту представлена в уникненні емоційних переживань за рахунок культивування їх у вегетативну симптоматику (невротичні розлади функцій серця, шлунка, кишківника і т. п.). При психосоматичних захворюваннях спостерігається повне витіснення конфлікту. В цих умовах стримувані емоції у своєму прояву найбільш травматичні для вегетативної системи, що призводить до інтерпретації іпохондричних навіювань у соматичні патологічні стани [169, 406].

Ф. Александер вперше запропонував пояснення специфічності психогенного соматичного захворювання. Він вважав, що їх передумовою є іпохондричні емоційні мотиви, які визначають емоційний статус людини, її типологію поведінки у разі специфічності прояву розладу. Наприклад, стриманий гнів, пригнічена ворожість, будь-які не витіснені агресивні тенденції особистості, які реалізуються через симпатичну активацію і сприяють розвитку таких захворювань як гіпертонічна хвороба, артрити, мігрень, діабет, тиретоксикоз тощо. У той же час заблоковані і нереалізовані прагнення до визнання, уваги оточуючих, задоволенні сексуальних потреб пов'язані з підвищенням активності холінергічних структур і сприяють розвитку бронхіальної астми, виразкової хвороби та виразкового коліту [4].

Сучасні тенденції представлені у *теорії «символічної мови органів»*, яка представлена у межах метафізики хвороб. Луїза Хей запропонувала список іпохондричних проявів, які призводять до соматизації і дисфункції органів. Наприклад, біль у ділянці вуха характеризується небажанням чути ту чи іншу інформацію, спричинену нав'язливими станами, або свідоме її витіснення із розуміння. Хвороби очей спричинені небажанням бачити кого-небудь чи що-небудь у собі чи в інших. Розлади дихальної системи супроводжуються

постійним страхом або небажанням жити повноцінним життям. Проблеми в разі патології опорно-рухового тракту означають, що у людини відсутня психологічна підтримка. Відсутність любові призводить до «охолодження» серця, зниження циркуляції крові, склерозу судин. Проблеми з шлунком символізують про невміння відволікатись від стресових ситуацій, пристосовуватись до нових умов життя. Ревматизм характеризується як хвороба, що набута через постійну критику себе, незадоволеність власними вчинками, життям. Такі люди завжди прагнуть бути першими, прагматичними, навіть дещо педантичними. У разі бронхіальної астми людині здається, що вона не має права дихати чи почуватись вільною серед вищого прошарку суспільства. Злоякісна пухлина свідчить про накопичену образу, яка поїдає тіло. Жалість до себе з дитинства. Висока самокритичність. Оцінка життя як ланцюжка безкочечних розчарувань. Зайва вага тіла – не що інше, як потреба у захисті від болю, критики, сексуальності й звинувачень [16, с. 67].

Метафізична симптоматика досить яскрава у своєму тлумаченні, але її достовірність маловірогідна, й вищевказані висловлювання Луїзи Хей залишаються поза межами нашої уваги.

Хворі з іпохондричним маренням, як правильно стверджував В. Сербський, протягом певного часу починають висловлювати маячні ідеї переслідування і загрози. Вони приписують походження страждань, які відчують, ворожому впливу на них інших осіб, частіше близьких і рідних або ж лікарів. Один із наших хворих говорив, що його хотіла знищити шляхом отруєння одна із членів його родини, а пізніше він став звинувачувати у всьому лікарів, які наполягали на вживанні такого препарату як санкофеном. Інший хворий стверджував, що за ним встановив спостереження персонал лікарні. Третій хворий звинувачував у своїх стражданнях дружину та її матір [49, с. 67].

Поведінка «іпохондриків» зазвичай відрізняється чудернацькими позами, що саме підкреслює їх стражденний стан. Вираз обличчя у них понурий й незадоволений. Хворі не тільки самостійно багаторазово консультуються у лікарів, але й найчастіше потребують ретельної уваги до себе з боку близьких і рідних людей. А також їх почергового діагностування у стінах різних лікарень. Деякі із них навіть купують медичний інструментарій (мікроскопи, фонендоскопи і т. п.) і за їх допомогою починають систематично «вивчати» стан власного здоров'я, після чого з особливим зусиллям дискутують із лікарями, відстоюючи свою точку зору.

Таким чином, досвід вказує на те, що необхідними є умови виділення подібних хворих у спеціальні групи (кластери), враховуючи при цьому етіологію, патогенез захворювання і його клінічні особливості протікання в кожному окремому випадку.

Значимість проблеми генезу іпохондричних розладів не тільки у визначенні особливостей її прояву та психодіагностичного інструментарію, але й у оцінці справжнього соматичного стану людини та її психологічної компетентності. Протягом ХХ ст. науковці активно розвивали підходи до вивчення іпохондрії, розділяючи її на маячну та немаячну, власну нозологічну її природу як самостійне психопатологічне утворення і розлади іпохондричного спектру важкості, у разі яких переплітаються соматоформні порушення, афективні, деперсоналізаційні. Немаячна форма іпохондрії являє собою первинне психопатологічне утворення, структура якого модифікується при сприянні феноменів коенемтезіопатичного ряду (орган-невротичні порушення, алгії, тілесні фантазії, сенестезії, сенестопатії і розлади відчуття тіла) та особистісних аномалій: соматоперцептивні розлади особистості з явищами невропатичного (соматопатія), пропріоцептивного діатезу, соматотонії і сегментарної деперсоналізації [350].

Картина іпохондрії може складати наявність різних патологічних форм: невропатії, а також невротичного розвитку особистості. Сучасні автори зазначають незавершеність вивчення проблеми іпохондричних розладів, зберігаються теоретичні суперечності з приводу діагностичних критеріїв, синдромальної і нозологічної диференціації хвороби, відношення симптоматики небредової іпохондрії й афективних розладів тощо. До нинішнього часу незрозуміло, чи є іпохондрія самостійною нозологічною одиницею, чи структурним елементом супутніх розладів.

У вітчизняній і зарубіжній літературі існує чимало праць стосовно клінічної класифікації іпохондричних розладів, але серед них немає єдиної думки з приводу походження і визначення іпохондричної симптоматики, а також відношення симптомів іпохондрії та інших психопатологічних станів.

Нині неоднозначність психопатологічної інтерпретацій станів, кваліфікованих у межах невротичної іпохондрії, знаходить відображення і гетерохронність цих розладів у сучасних класифікаціях.

Відсутність діагностичної ясності й чітких діагностичних даних також сприяють тому, що значимість даної проблеми обтяжується іпохондричною депресією, для якої не існує загальноприйнятих шкал та опитувальників. Досить часто іпохондрія протікає у вигляді затяжної депресії. Так, у результаті вивчення 500 осіб з іпохондричними розладами F. Kenyon доходить до висновку, що у більшості випадків іпохондрія не має самостійного значення, а є невід'ємною частиною депресивного синдрому. Б. Волель наводить детальну класифікацію іпохондричних станів. Однак автор досить мало уваги приділяє значення іпохондричних та інших психопатологічних станів, у більшості наполягаючи на нозологічній формі прояву захворювання [491].

R. Noyes у своєму огляді надає перевагу значимості іпохондричної симптоматики з соматизованими розладами і диференціації даних станів щодо іпохондрії і депресії увага практично не приділена, описані депресивні симптоми визначаються як вторинні стосовно генезу іпохондричної симптоматики. При класифікації депресивних розладів сучасні автори також приділяють незначну увагу іпохондричній симптоматиці й досить неоднозначно оцінюють її діагностичну значимість. Згідно з класифікацією А. Смулевича, іпохондричні ідеї немаячного прояву є патогенетично невід'ємною частиною депресії, і їх наявність не має істотної клінічної значимості [530].

У класифікації А. Тиганова іпохондрична симптоматика в першу чергу розглядається в межах обсесивно-фобічного синдрому. При наявності іпохондрії у складі депресивного синдрому останній кваліфікується як підвищеної важкості, обов'язковим вважається наявність сенестопатій, власних іпохондричних ідей, що відносяться до маячної форми прояву [374].

Таким чином, нині неоднозначність психопатологічної інтерпретації станів, кваліфікованих у межах невротичної іпохондрії, знаходить відображення і в гетерогенності цих розладів у сучасних класифікаціях. Іпохондрією називається перебільшена заклопотаність про власне здоров'я і переконаність в існуванні того чи іншого захворювання усупереч аргументовним медичним дослідженням. Іпохондрична хвороба може бути як самостійною нозологією, так і симптомом у структурі важкого захворювання. У першому випадку хвороба носить назву іпохондричного розладу. У другому випадку вона є одним із низки симптомів. Якщо цей симптом домінує у клінічних проявах захворювання, то тоді він формує іпохондричний синдром.

У процесі життєдіяльності іпохондрія характеризує поведінку людини в умовах оточуючого середовища. Серед основних її проявів зустрічаємо підвищену тривожність, пригніченість, апатичність, відсутність довіри, сентиментальність, засмученість, понурість, страх перед майбутнім, поганий настрій тощо. Однак, іпохондричний розлад – це серйозне психологічне порушення стану оптимального функціонування організму людини, що потребує професійного підходу та лікування.

1.3 Аксіологічний вимір у генезі деформації психосоматичного здоров'я особистості

Психологія здоров'я являє собою універсальний простір у сучасному діапазоні сучасних традицій медичної психології. Цей простір створює унікальні можливості для поєднання психологічних підходів щодо розвитку й вдосконалення особистісного зросту особистості або ж, навпаки, теоретичні

протиріччя у підходах щодо практичних впроваджень. На сучасному розвитку науки відкриваються й затверджуються нові універсальні закономірності існування людини, характеризується новий порядок відношення людини до її оточення. Психологія здоров'я також акцентує увагу на вивченні світогляду людини в єдності з природою світу, прагнучи виділити у її індивідуальних проявах психіки неподільну реальність дій, цілісність її сутності.

Психологія здоров'я, спираючись на філософські теорії складних самоорганізаційних систем – синергетику (*synergia* (грец. – взаємодія), сучасні й давні знання, представляє собою відображення нового світогляду в просторі, зокрема у медичній психології. Традиційно кожний напрямок у психотерапії і психокорекції був виділений із теорії особистості, де, спираючись на розуміння норми й патології, представники кожного із трьох основних спрямувань (психоаналіз, біхевіоризм, гуманістична психотерапія) розробляли технології регенерації людини до стандарту, породженого тою чи іншою із теорій. Сучасність трактує свої вимоги щодо організації здоров'я людини. На даному етапі розвитку психологія здоров'я акцентує увагу на феноменальній організації індивіда як багатогранного активного цілого, що, згідно з теорією особистості, виходить за межі обмеженості у постійному пошуку універсальності [28].

У своєму розвитку психологія здоров'я опирається на холістичний підхід у науці про людину, де підкреслюється значимість гармонійного розвитку всіх складових людини для досягнення справжнього благополуччя. Реалізація такого підходу, у відповідності до вчення К. Роджерса, має відбуватися через розкриття потенціалу людини.

Комплексна програма розкриття потенціалу людини включає у себе основні завдання психології здоров'я. Згідно з цією концепцією феноменологія комплексу потенціалів вимірюється на сензитивному рівні сприйняття. Номенологічний аспект пов'язаний із розкриттям ноуменів: креативності й духовності, які неможливо виміряти за допомогою доступних наукових інструментів, а тільки за допомогою інтуїції або суб'єктивно-спекулятивно [10].

Дана концепція інтегрує у себе також метафізичний і феноменологічний шляхи розвитку людини, перший із яких сконцентрований на пізнанні людини згідно її принципами, починаннями, причинними механізмами тощо. Цей підхід обумовлений розкриттям теоретичних відомостей щодо причин порушення здоров'я, при іншому підході характеризуються алгоритми дій стосовно організації здорового способу життя. Подібну інтеграцію можна зустріти в працях Тейяра де Шардена. У нашому випадку ми прагнемо детальніше розкрити діапазон вимірів стану оптимального функціонування людини через концепцію розкриття потенціалу людини, встановити параметри

антропологічного ідеалу й розробити технології його вдосконалення. Для цього необхідна концептуально обумовлена валеософія (психософія), а також валеометрія (психометрія). В останньому випадку необхідний інструмент вимірювання як окремих компетенцій холістичного здоров'я, так й інтегративних його показників [285, 286].

Даний конструкт відноситься до змішаних теоретичних моделей, зокрема до теорії множинного інтелекту Г. Гарднера та включає в себе когнітивні, емоційні та поведінкові риси, в загальному вигляді – особистісні й мотиваційні, тісно пов'язані з адаптацією до реального життя і компенсацією обмежених можливостей у задоволенні потреб.

Навчальна програма розкриття потенціалу людини є цілісною системою теоретико-практичних уявлень, пов'язаних між собою загальним змістом, ідейними цілями й технологіями.

Гармонійне розкриття потенціалів, що формують у певному вимірі структуру особистості людини, може діагностуватись як наявність холістичного здоров'я, розкриття ж окремих компетенцій (потенціалів особистості) буде свідчити про наявність фрагментарного здоров'я (гіпертрофований розвиток одних і гіпотрофоване існування інших). В основі холістичного здоров'я лежать процеси соціального уміння, основані на самооцінці (самовідношенні) і саморегуляції. Таким чином, даний конструкт у деякій мірі залежить від темпераменту, але й суттєво залежить від Я-суб'єкта, який формується у разі соціального становлення особистості на різних етапах онтогенезу [27].

Опираючись на концепцію К. Роджерса, потрібно відзначити, що соціальні уміння повинні сприяти розкриттю потенціалу особистості, а не протидіяти йому. К. Роджерс вважав, що нічого нового в процесі соціалізації особистість набути не здатна; вона може лише отримати підтримку того, що уже закладено у неї, або ж зовнішні фактори будуть настільки шкідливими, що сприятимуть спотворенню життєвої мудрості організму [315, 339].

Програма символічно представлена у вигляді пелюстків квітки, які візуалізують малюнок взаємопов'язаних потенціалів, відображаючи аспекти духовного, тілесного й соціального здоров'я людини. Кожен із потенціалів має свою значимість і вплив на інших. Жоден із них не варто ігнорувати, у разі якщо людина прагне до холістичного здоров'я і благополуччя. Кожен із них складає особистісну компетентність людини, розкриває її максимальні потенціали.

Компетентність ми сприймаємо як сукупність здібностей, знань, умінь і навичок, досвіду, які сприяють формуванню особистісного інтелекту людини, серед основних складових якого є потенціал розуму, потенціал волі, потенціал

почуттів, потенціал тіла, суспільний потенціал, креативний потенціал, духовний потенціал [336].

Потенціал розуму (інтелектуальний аспект здоров'я) – це властивість людини розвивати інтелект і вміння його використовувати; уміння набувати нових об'єктивних знань і перетворювати їх у життя. Саме ця компетенція пов'язана з когнітивним рівнем організації людини, вона містить у собі основні установки, цінності, переконання, метафори життя, роздуми й мрії індивіда. На цьому рівні зосереджені формування модальних операторів: а) «операторів повинності» («повинен», «варто саме так»); б) «операторів можливості» («можу – не можу», «не маю здібностей, можливостей»). Усі ці переконання, з яким живе людина, відносяться до системи так званих «істинних переконань», і людина чинить усе для їх реалізації.

Розвиток даної концепції відноситься переважно до вміння користуватися великим психологічним інструментом – інтелектом. Розвиток іпохондрії деформує інтелектуальну цілісність і призводить до формування дискретного типу особистості. Стосовно цього визначення, К. Юнг стверджує, що інтелект – центр свідомості, але не самої людини. Надалі варто згадати філософську притчу Сходу: «Гордитися високим інтелектом – це прирівнюється до гордості злочинця стінами тюремної камери». Життя зазвичай унікальніше за будь-який інтелект штучного чи природного походження. Основне завдання людини полягає у тому, щоб не страждати від власних знань, а вчитись пристосовувати цей інструмент для власного удосконалення і гармонії з оточенням [359].

2. *Потенціал волі (особистісний аспект здоров'я)* – це властивість людини до самореалізації; уміння здійснювати власні бажання, цілі та потреби, використовуючи раціональні методи рішення. Як відомо, воля – це здатність людини діяти у напрямку поставленої мети, долаючи ті чи інші перешкоди. Воля характеризує поведінковий рівень організації особистості, здійснює «енергетично-вольове забезпечення» поведінкових актів [37].

Розвиток і підвищення волевої компетентності включає формування навичок прийняття рішення, вміння відстояти власну позицію, нести відповідальність за себе й оточуючих, здійснювати власний вибір, досягати мети тощо. Якщо розум сприяє формуванню цілей, то воля призводить до виконання дій. *Вольовий акт* – це глибинний процес боротьби різнонаправлених мотиваційних тенденцій у точках біфуркації (точках розгалуження) на життєвому шляху. Також важливо сформулювати навички тактичних і стратегічних цілей у виборі шляхів і можливостей їх досягнення, співзвучних із сенсом свого існування. Важливу роль відіграє уміння адекватно оцінювати проблемні ситуації і вирішувати їх, зберігаючи спокій і життєву мудрість. *Воля* – це джерело людської активності, вона є засобом розвитку

будь-якого потенціалу. Спрямовуючи вольові зусилля у напрямку особистісного зростання, використовуючи власні ресурси, можна сформувати здоровий стиль і високоефективну поведінку самореалізації [242].

Варто відзначити також, що відсутність цілей або ж їх досягнення часто можуть виступати як фактори ризику в розвитку іпохондричної поведінки, невротичних реакцій, депресії. Згідно з даним визначенням О. Уайлд говорив: «У житті є дві трагедії: це поставити ціль і не здійснити її і, навпаки, реалізувати й здійснити».

3. *Потенціал почуттів (емоційний аспект здоров'я)*, емоційна компетентність – це здатність людини конгруентно виражати свої почуття, розуміти і безоцінково погоджуватись із почуттями інших. Дана компетентність відноситься до емоційного рівня організації особистості. Підвищення рівня емоційного інтелекту – це, передусім, розвиток уміння культивувати власні почуття, що означає не стримування емоційних проявів, а цивілізоване їх вираження. У широкому значенні до емоційного інтелекту відносять здатність до впізнання, розуміння емоцій і управління ними; маються на увазі як власні емоції суб'єкта, так і емоції інших людей [272].

Научування різним способам реалізації почуттів – важливе виховне завдання, що сприяє формуванню у цілому постійного емоційного фону – настрою людини. Такі емоції як гнів, вина, тривога, хвилювання, туга відносяться до нормальних людських проявів і загалом не пов'язані з поняттями позитивних чи негативних емоцій; знак даної активності психіки й організму з'являється тоді, коли людина реалізує їх, руйнуючи себе та інших.

Емоційні прояви – це передусім спонтанні імпульсивні реакції, за які несе відповідальність людська природа, але за способи їх вираження відповідає сама людина. До розвитку емоційного інтелекту відносяться, з одного боку, здібності усвідомлювати та розпізнавати емоції, з іншого, властивості регулювати їх і управляти ними. Здатність елімінувати почуття вини, страху, невпевненості у собі – особливе утворення зрілої особистості. Крім того, емоційний інтелект можна використовувати як предикатор наукових досягнень. Доведено, що високий емоційний інтелект призводить до підвищення продуктивності учбової діяльності та до високої успішності [396].

4. *Потенціал тіла (фізіологічний аспект здоров'я)* – це здатність розвивати фізичну складову здоров'я, усвідомлювати власну тілесність як властивість своєї особистості. Сюди ж відносимо аліментарну та сексуальну компетентність.

Даний потенціал характеризує особистість людини переважно на поведінковому рівні і в той же час фокусується на інтероцептивних відчуттях. *Тілесний інтелект* – це, передусім, тонка рефлексія, диференціація у власному тілі

різних модальностей (візуальних, слухових, тактильних, нюхових, смакових відчуттів) і використання цих властивостей для підвищення рівня культури харчування, рівня задоволеності у сексуальних стосунках, заняттях спортом тощо.

Тілесну компетентність ми розглядаємо як здібність усвідомлювати, диференціювати, розуміти світ власних відчуттів, тілесні потреби, вміння врегульовувати соматичні процеси. Соматично здорова особистість – це спонтанна, природна тілесна поведінка, стійкість тіла, урівноваженість, цілісність сприйняття тілесних відчуттів, здатність до отримання сексуального задоволення, сприйняття власного тіла [396].

Для людини з низьким рівнем тілесної компетенції характерні замкненість, скутість, алекситимія (нездатність виділяти, диференціювати і виражати тілесні відчуття на вербальному рівні), наявність психосоматичних захворювань, неадекватне (фрагментарне) сприйняття власного тіла, нездатність (нечутливість) до отримання задоволення, проблеми саморегуляції тілесних процесів (труднощі в адаптації) тощо.

Щодо вищесказаного, підкреслимо значимість корекції тілесної компетенції за рахунок пізнання свого тіла, вивчення системи передвіщення дисфункцій організму, власної тілесної топографії емоційних проявів, розвиток умінь вчасно знищувати та контролювати м'язові зажими, бути стійкою, гнучкою, спонтанною особистістю; засвоєння методів психосоматичної саморегуляції як конструктивної форми зняття наслідків стресу; отримання задоволення від взаємодії з тілом через спорт, танці, секс як спосіб пізнання себе в умовах інтимного прояву відкритого тіла і душі [194].

Варто відзначити, що соматичне здоров'я залежить також від біологічних і соціальних чинників. Біологічне тіло варто розуміти як систему органів і тканин, закладене в умовах генетичної природи. Соціальне тіло складає соціум як систему певних норм, законів, табу і правил поведінки. Сюди ж відносимо вербальні та невербальні (міміка, жести, манери рухатись, говорити) засоби комунікацій. У ньому зазвичай відображається досвід, отриманий людиною у процесі життя. Соціальне тіло у більшості обмежує прояви біологічного, втискаючи у рамки дозволеного згідно з законами морально-етичних цінностей, моралі, культурологічних тенденцій людини. Саме на соціальному рівні зароджуються психопатологічні прояви поведінки особистості, внаслідок яких порушується стан оптимального її функціонування [153, 355].

Аліментарна компетентність включає, передусім, орієнтацію у виборі режиму, форм, змісту харчування на власний смак і розсуд. Знання потреб власного тіла дає шанс адекватного й ірраціонального вибору харчування.

5. *Сексуальна компетентність* – це удосконалення себе в галузі сексуальних знань і умінь. Підвищений рівень сексуальної культури опирається на три базові складові [363]:

- 1) культуру розуміння (когнітивний рівень);
- 2) культуру міжособистісних відносин (емоційний рівень);
- 3) культуру взаємодії (поведінковий рівень).

Характеризуючи рівень сексуального здоров'я, відзначимо, що воно відображено у таких параметрах [412]:

1) здатність до отримання задоволення й контролю сексуальної і репродуктивної поведінки у відповідності до норм соціальної та особистісної етики;

2) здатність бути вільним від страху, почуття сорому і вини, несправжніх уявлень та інших психологічних факторів, що пригнічують сексуальну реакцію і взаємостосунки партнерів;

3) здатність не мати органічних розладів, хвороб і вад, що заважають втілювати репродуктивні та сексуальні бажання у життя.

Розкриття тілесного потенціалу сприяє формуванню сексуального здоров'я людини.

6. *Суспільний потенціал (соціальний аспект здоров'я)*. Соціальна компетентність визначається як здатність людини оптимально адаптуватись до соціальних умов; прагненням постійно підвищувати рівень культури спілкування, соціального інтелекту, комунікативної компетентності; відчуттям приналежності до всього людства. Соціум – це умови для реалізації і зросту особистості. Нездатність до розвитку міжособистісних і міжгрупових контактів може бути провокуючим фактором асоціальної і антисоціальної поведінки. У кожної людини має бути особистісний підхід чи навичка встановлювати комунікативні взаємозв'язки, довірливі стосунки, прояв співчуття та емпатія [417].

У період комп'ютерного спілкування втрачається можливість безпосереднього взаємосприйняття і обміну емоціями, нині дуже часто комунікації перетворюються на технологічні алгоритми й «смайлики», обмін SMS чи інтеракції у мережі Інтернет тощо. Часто психологічний настрій людини обтяжується різноманітним інформаційним течіям, де, як відомо, переважає не завжди достовірна інформація чи спалюжені тексти рекламних прерогатив. Через технічні пристрої існує тенденція до односторонніх комунікацій з монітором унаслідок чого втрачається душевність розмови, щирість, відвертість, безпосередність. Штучна мова стає посередником між внутрішнім світом почуттів людини та її міжособистісним колом обміну інформацією [517].

А. Адлер вважав генетично закладеним тільки «соціальне почуття»: прагнення до фізичного контакту, емоційної прихильності, дружнього

усамітнення. Усі інші риси характеру людина може набути в процесі життєдіяльності у соціумі [3]. Спілкування відносимо до «здорового», якщо воно відповідає низці умов. Зокрема серед яких чесність між співрозмовниками, неформальність у стосунках, тобто відсутність ролевих упереджень, суджень, харизматичність, доступність у перцептивному взаєморозумінні. Екологічність інтеракцій у спілкуванні визначаються категорією взаємного особистісного зросту, збагаченням себе та інших новими ідеями, принципами, цінностями. Варто відзначити, що безмірна доступність у спілкуванні за рахунок сурогатних форм передачі інформації, що досить широко застосовуються на ринку розваг, спустошує особистість, призводить до соціальної деградації й усамітнення.

К. Юнг вказує на те, що індивідуалізація є диференційованим процесом, орієнтованим на розвиток особистості індивідуума, бо він є не тільки одиничною істотою, а й вихідцем із колективних угруповань, то і зазвичай прагне не усамітнення, а динамічної колективної згуртованості [398].

7. *Креативний потенціал (творчий аспект здоров'я)* – здатність людини до творчої активності, вміння результативно проявляти себе у життєвому вимірі пізнання себе й світу, виходячи за межі стандартизованих знань.

Креативна компетентність – це, передусім, пізнання і створення себе через мистецтво, розвиток творчої гнучкості в адаптації до світу. В «полі креативності» інтегруються такі три рівні організації людини як когнітивний, емоційний, поведінковий. Розкриття креативного потенціалу – це можливість неординарними засобами реалізувати себе в розумі, почуттях, емоціях, відчуттях. У наших «Пелюстках квітки» ми надаємо креативності центральне місце, адже саме вона є витокom продуктивності та взаємодії усіх вищевказаних елементів здорового способу життя і благополуччя людини.

Креативність виступає потужним фактором розвитку особистості, детермінуючим її готовність до змін, до подолання стереотипів. Готовність до нового способу життя сприяє саморозвитку людини, підкреслює її здатність до формування стратегій життя у швидкоплинному вирії інформаційного простору, технологічного прогресу, світу комунікацій [306].

Шаблонність світогляду призводить до некомпетентності людини у творінні власного життя. Безкольорова окраса життєвого шляху сприяє деструкції креативної компетенції, і навпаки, генерування оригінальних ідей, домінування нестандартного мислення, наявність свободи волевиявлення стимулює потенціал творчості, формує життєтворчу наснагу, розкриває межі дозволеного у рамках креативності.

Духовний потенціал (духовний аспект здоров'я) відображений у справедливості вчинків, творінні добра, прагненні взаєморозуміння. Духовна

креативність – це здатність розвивати духовну природу людини, проявляти й реалізовувати вищі цінності в житті [365, 367].

Духовність людини – це багатство думок, сила почуттів і переконань. *Духовна людина* – це людина, обдарована в художній творчості й здатності до життя за законами краси та моралі.

У кожній людині присутні два зачатки: природне (біотимічне) – тілесне та смертне, соціальне (людське) – духовне та безсмертне. Цей драматичний конфлікт можна по-іншому ще уявити за допомогою особистісних конструктів, описаних Дж. Келлі у 1955 році. Система конструктів має такі аспекти: онтологічний (проблеми буття) – «хаос – космос (порядок)»; праксеологічний (проблема діяльності) – «ентропія – неентропія»; аксіологічний (проблема цінностей) – «зло – добро», «смерть – життя»; гносеологічний (проблема пізнання) – «свідоме – інтуїтивне»; антропологічний (проблема людини) – «людське – тваринне».

Таким чином, *духовний потенціал* – це стержень, як тканина, як кисень, як поживне середовище, на якому розквітатимуть «Пелюстки квітки» – Гармонія Особистості. Їх корені забезпечуватимуть стійкість у майбутньому житті, проникаючи у традиції часу, складатимуть каркас мудрості сімейних і національних традицій свого народу, мудрості усієї цивілізації.

Нова галузь знань – психологія здоров'я – проникає через межі релігійних учень, використовуючи досвід удосконалення різноманітних аспектів людського буття, накопичений поколіннями в різних традиціях.

У нашому дослідженні ми керуємось такими факторами, які допоможуть визначити психологічні норми й відхилення у здоров'ї людини, посиляючись на вищевказані параметри. Детальніше акцентуємо увагу на розкритті психологічного портрету людини у вимірі її особистісної зрілості та життєстійкості до хвороб, зокрема іпохондричних розладів, і активації засобів регенерації стану оптимального її функціонування.

В умовах переходу до ринкової економіки змінюється вставлення людей до власного здоров'я і до хвороби. Більшість громадян усвідомлюють, що їх психічне й фізичне здоров'я становить певний капітал, від якого залежить майбутнє благополуччя, тобто розцінюємо його як засіб досягнення життєвих цілей у діапазоні від вузькоматеріальних до високодуховних. Сучасність трактує свої закони, і людство потерпає від різноманітності хвороб. В. Гарбузов розглядає будь-яке порушення здоров'я як психосоматичну дезадаптацію (ПСД). У загальному вигляді ПСД – порушення адаптації індивіда до зовнішнього середовища, яке виникає на основі низької адаптивності або занадто сильних для людини стимулів ззовні. Дезадаптивність характерна й для осіб із нормальною й

високою адаптивністю і проявляється у вигляді психічної та соматичної дезорганізації [301].

Модель розвитку психосоматичної патології спровокована відмовою від віри у майбутнє, відсутністю перспективи, ізольованістю у світі власних розчарувань. У рамках концепції «відмови від віри у майбутнє» («giving up» і «givin up») існує зв'язок із порушенням імунітету, в основі якого зародження психосоматичного захворювання як фактора психологічної відмови від свідомої розсудливості, оптимізму та віри. G. Smith (1994), згідно з даною позицією, стверджують, що у хворих ще до появи захворювання спостерігаються комплекси «giving up» (той, що закінчується) і «givin up» (той, що закінчився), які характеризують появу відчуття втрати, завершення взаємозв'язків між минулим і майбутнім, у результаті чого зникають впевненість і надія [554].

Такі психологічні проблеми, на їхню, думку, призводять до афективних розладів (розчарування, пригніченості, безнадійності, горя і печалі, безвиході), які, в свою чергу, спричиняють зниження імунітету, й маніфестації соматичного симптому. Надалі фактором стресу являються «об'єкт втрати» і «втрата об'єкта», що сприяє зародженню дефектів у структурі Его. Цей дефект формується під дією депривації, розвивається несамовита потреба у втраченому. Таке Его займає позицію нужденного, йому необхідні «архаїчні Я-об'єкти» для відновлення внутрішньої рівноваги. Втрачені люди-регулятори (об'єкти втрати) сприяють невизначеності у діях, страху перед майбутнім, бездіяльності та безнадійності у людини-симбіотики й стимулюють генезис іпохондричних розладів. Опираючись на об'єкт утрати такі хворі постійно аналізують його процес життя зі своїм, ототожнюючи у проявах уявних хвороб, самозвинуваченнях у недостатній підтримці, інтерпретації власної поведінки за умов страждання чи смерті близької людини. В силу своєї лабільної самооцінки вони сприймають її як нарцистичну травму. Перед початком захворювання у такого хворого спостерігаються депресія, загальне знесилання сил, відчайдушність тощо.

Дослідження соціальних факторів, що впливають на розвиток іпохондричних розладів і підвищують ризик зародження психосоматичних захворювань, підкреслюють значення трудової діяльності людини в умовах підвищеної стресостійкості. Найчастіше скаржаться на порушення здоров'я вчителі та лікарі, представники соціономічних професій, які потребують щоденного міжособистісного спілкування. Групою ризику також є авіадиспечери. До універсальних факторів професійного забезпечення відносимо переживання і підвищену відповідальність. Іпохондричні розлади зазвичай ґрунтуються не стільки на емоційному вигоранні, скільки на зайнятості, незадоволеності виконуваною діяльністю, умовами конкуренції,

агресією, нетерпінням. У зародженні психосоматичних дефектів, скажімо, кардіологічного типу, для даної симптоматики характерні також відсутність роботи або ж надмірне її виконання [355, 195].

Зазначимо також, що конфліктні відносини з підлеглими у більшості випадків підвищують ризик розвитку іпохондричних розладів у психосоматичному супроводі, ніж, скажімо, суперечки з керівником. Цей факт свідчить про те, що професійні стосунки під час виконання обов'язків слугують гарантом безпеки та умовою профілактики стресу у разі соціальної підтримки колег. Однак стресовим фактором на підприємстві може бути й дозвіллова діяльність. Наприклад, мексиканські службовці, а особливо шахтарі, переважно скаржаться на погіршення психофізіологічного стану під час відпустки, аніж у робочий період [174].

До головних показників, що формують незадоволеність роботою, відносимо конфлікти між очікуваннями та об'єктивною реальністю. Задоволеність роботою залежить від особистісних досягнень, визнання, відповідальності, професійного зростання, оплати праці, безпеки життя тощо. У більшості випадків саме професійна діяльність є фактором потенційного джерела стресу, причинами якого можуть бути перенавантаження, недостатність навантаження або ж невідповідність у виконанні обов'язків індивідуальним особливостям людини. Виділяють якісну недостатність навантаження – результат занадто низького рівня вимог у порівнянні з можливостями людини та кількісну, яку відчуває професіонал у разі нестачі необхідного рівня активності [377].

Серед факторів, які гальмують виконувану діяльність на професійному рівні, існують також ознаки вигорання (burnout). Вигорання – визначають як психологічний процес, який обумовлений постійним стресом на виробництві й зазвичай призводить до емоційного виснаження, деперсоналізації і виникнення відчуття непотрібності [75]. Такий стан виникає поступово, йому передують такі стадії: інтенсивна захопленість роботою, застоєм у виконанні завдань, відхід від реалізації обов'язків, поява фізичних і поведінкових симптомів. А також одним із передумов формування вигорання є зниження результативності праці. До інших стресогенних чинників відносимо також нижчезазначені фактори (рис. 1.1).

Важливим для вивчення соціально-психологічних чинників розвитку іпохондричних розладів із психосоматичною симптоматикою в осіб працездатного віку є не стільки кількість стресогенних чинників на життєвому шляху людини, скільки індивідуальні переживання. Якщо людина успішно переносить життєві труднощі, то для неї вони низькопорогові й не викликають помітних змін здоров'я. Кожна людина має особистісні стресові фактори, які викликають лише їй властиві патологічні прояви у поведінці, у думках і діях. Таким чином, уміння долати життєві труднощі (адекватно використовуючи

механізми соціально-психологічної адаптації) визначають поріг стресогенності індивіда [242].



Рис. 1.1 Джерела професійного стресу

Частота виникнення патологічних станів іпохондричного типу зазвичай характерна у культурах західного зразка. Сучасний світ пропонує такі стандарти життєдіяльності, які формують у людини високу мотивацію. У той же час прагнення до вдосконалення і досягнення мети породжує умови постійного стресу, емоційного виснаження, що, у свою чергу, є пусковим механізмом дезадаптації.

Пропаганда, спрямована на формування образу матеріально забезпеченої людини, потребує від неї спектру особистісних рис, таких як здоровий глузд, професійність, впевненість у власних силах, високий рівень особистісного зростання і здатність закінчувати все до кінця. Конкуренція, інтенсифікація життєвого ритму, підвищення значимості життєвого успіху, модифікація сімейних відносин, культурологічних тенденцій і релігійної спрямованості здійснюють провокаційний вплив на розвиток особистості, хроніфікують стрес і призводять до розвитку іпохондричних навіювань, думок, патологічних поведінкових інтерпретацій [60].

Генезис іпохондричних розладів являє собою результат несвідомого конфлікту, який з часом перетворюється на хворобу або ж носить навіювальний хвороботворчий характер. Кожні посилення на захворювання мають свої вторинні значимості. Різні системи органів тіла специфічно відповідають відношенню людини й зовнішнього світу до відношення між її внутрішніми частинами.

Розуміння того, що частини тіла відповідають сферам приєднання, контролю і відкритості, розкриває механізм кожної із типів хвороб [346].

Хвороби приєднання. На фізичному рівні проблема приєднання знаходиться на межі між людиною та соціумом, стосується периферії тіла – шкіри, органів відчуттів (очей, вух, носа, рота) й до систем тіла, що здійснюють обмін із зовнішнім середовищем – дихальною, травною і видільною. Установки людини згідно з цими органами та системами організму подібні відношенню до інших. Якщо людина знаходиться у конфлікті з оточуючими, у неї швидко розвиваються ідеї навіювання стосовно шкірних захворювань. З часом шкіра покривається фурункулами, гіперемією, шкірним насипом. Якщо людина дискомфортно відчуває себе у присутності інших, то з часом у неї розвивається далекозорість та схильність до поверхневого спілкування [349].

Хвороби контролю. Пов'язані з системою органів, які використовує людина для управління тілом: кістково-м'язова, нервова та ендокринна. Ці системи відповідають за взаємодію із оточуючим світом, забезпечення безпеки людини і задоволення її потреб. Якщо людина не реалізує несвідомий конфлікт, то існує ймовірність розвитку хвороб саме цих систем. Почуття вини чи страху на цьому рівні часто спричиняють артрит суглобів, він є прихованим захистом організму у разі їх виникнення. Кожен конфлікт має бути реалізованим, і лише від вміння та компетентності психіки людини залежить його вирішення. Для молоді, особливо чоловіків, дуже важливо контролювати свій статус, позицію у житті. Вони прагнуть керувати, іноді володіти світом, бути мужніми й захисниками вітчизни. Наявність конфлікту саме у цій сфері призводить до травм хребта чи уявного болю в ділянці попереку. Подібні травми позбавляють людину від необхідності демонструвати мужність [431].

Головний біль є м'якою формою нервових захворювань. Спостереження вказують на те, що під час головного болю людина відчуває свою некомпетентність чи невизначеність у творінні дійсності [195].

Хвороби відкритості. Відкритість проявляється тілом через кохання (серце) і секс (геніталії). Відношення серця і циркуляторної системи до відкритості пояснюється почуттям любові як прагнення до прекрасного. Кровоносна система, пронизуючи все тіло, проводить активацію організму в разі позитивного впливу любові і, навпаки, у випадку розчарувань, звужує судини, спричиняючи затори кров'яного русла, гальмуючи динамічність розумових і моторних процесів [184, 196].

Такі гінекологічні захворювання, як вагінізм, герпес, статеві інфекції, з'являються за наявності несвідомого конфлікту в сфері любові й відвертості, особливо у сексуальному прояві. Якщо у людини спостерігається почуття вини з приводу сексуального задоволення або ж у разі порушення традиційних,

релігійних принципів і конфлікт не усвідомлюється, то існує ймовірність виникнення хвороб статевих органів.

Існує також група хвороб, які спричинені саме професійним потенціалом особистості. Особистісні досягнення і реалізація цілей сприятимуть розвитку людини, і протягом вдосконалення власних потенціалів вона не відчуває дискримінації психосоматичного стану організму, але у разі успішності результатів різко зростає ризик захворюваності. Ця тенденція спростовується емоційним забарвленням, іпохондричні настрої інтерпретовані саме досягненням цілей, і у разі їх реалізації емоції несуть патологічний імпульс через відсутність подальших планів на майбутнє [183].

Таким чином, в онтогенезі кожної людини існує ряд генотипових реакцій, які реалізуються і проявляються індивідуально в залежності від фенотипу. Завершеність патологічності процесів залежить від пристосувальної (адаптивної) норми індивіда. Виліковуються і виживають ті, організм яких найбільш пристосований до умов існування. Отож, патологія індивіда являється проявом природного добору і, як наслідок, адаптована за своєю сутністю.

Е. Кепуон вказує на алгоритм розвитку патологічних проявів. Він акцентує увагу на розвитку іпохондричних розладів із присутніми ознаками психосоматики у такій послідовності [491]:

1) спочатку людина прагне реалізувати конфлікт за допомогою психотропних речовин на психосоціальному рівні:

- у разі особистісної і соціальної зрілості людина прагне вирішити конфлікт шляхом звернення до протилежностей, сублімації чи зміщення інстинктивних цілей;

- коли використання нормальних (здорових) механізмів захисту недосить, підключаються невротичні (патологічні) захисні механізми (наприклад, невротична депресія, нав'язливі ідеї, дії, страхи, фобії і т. п.);

- бувають ситуації, коли захисні механізми включають поведінку людини в цілому; у таких випадках говорять про невротичний розвиток особистості або невротичності характеру;

2) у разі невирішення конфлікту або за допомогою психотропних речовин спрацьовує перша лінія оборони, підключається соматизація, яка з часом призводить до структурних змін у тому чи іншому органі (наприклад, до виразки шлунка, хвороби Крона, виразкового коліту і т. п.) – так спрацьовує захист на психосоматичному рівні;

3) сучасні психоаналітики виділяють третій рівень захисту – психологічне симптомоутворення (Кернберг).

Сукупність переживань і відчуттів хворого, його емоційні реакції на хворобу і лікування, уявлення про захворювання формують внутрішню,

аутопластичну картину хвороби. Це поняття включає в себе не тільки емоційні компоненти, але й інтелектуальну переробку обставин, які склалися. Розвиток і протікання захворювання переплітається із суб'єктивною оцінкою змін у людини, що відбуваються. І часто ці зміни стосуються саме міфічних уявлень хворого про причини генезу іпохондричних розладів. Вони проявляються згідно з такими факторами [309, 279]:

- 1) біоенергетичний (усі хвороби від того, що хтось «вампірує», «висмоктує» мою життєву енергію);
- 2) магічний (усі мої хвороби від того, що хтось «навів порчу», «зурочив»);
- 3) сакральний (християнський): усі хвороби – за мої гріхи;
- 4) кармічний: усі мої хвороби за мої гріхи у минулому або ж «несу карму своєї грішної родички»;
- 5) астрологічний: усі мої хвороби через «нескладність зіркового сузір'я»;
- 6) психоаналітичний:
 - усі мої хвороби через несприятливі стосунки між мною і моїми батьками (З. Фрейд);
 - усі мої хвороби через родову травму (В. Ранк), через неефективне походження «пренатальних матриць» (С. Гроф);
 - усі мої хвороби через інграм (записаних у несвідомій пам'яті моментів болю чи реальної або уявної загрози для виживання);
 - усі мої хвороби через погану психологічну спадковість (психогенетика Ч. Хаббард);
- 7) соціометричний: усі мої хвороби від того, що я виконав свою місію на Землі.

Уявлення про сутність захворювання формує поняття про самопізнання людиною картини здоров'я. У ній здоров'я, як і хвороба не протилежні за сутністю, а поєднані в тому, що поняття хвороби характеризує не кількісний, а якісний аспект здоров'я, і внутрішня картина хвороби постає в аспекті проблематики стану оптимального функціонування організму людини. Психофізіологічний простір, де людина здатна оцінити свої біологічні, соціально-психологічні та духовні можливості, формує у неї уяву про внутрішню картину здоров'я. Це не тільки знання своїх можливостей, але й і вміння використовувати істинні резерви й нерозкриті у собі потенціали. Формування «внутрішньої картини здоров'я» для здорової людини є важким завданням, аніж для хворого, який здатний скласти суб'єктивну оцінку змін, що відбуваються у ньому [303].

Адаптаційна властивість психіки людини посилювати інтенсивність своєї діяльності у порівнянні з станом відносного спокою формують резистентність організму до стресових чинників. Зрілість особистості проявляється в емоційній

стійкості. Основним радикалом емоційно незрілої особистості є тривога. Інший полюс фактора тривоги є адаптивність, що відповідає розумінню тривоги як інтегративного прояву дезадаптації. Під тривогою ми розуміємо психічний стан, декомпенсуючим фактором у виникненні якого є умови. У таких випадках при наявності дефіциту інформації за рахунок механізмів антиципації (передбачення) виникає генералізований страх незадоволеністю потреб. Ступінь і інтенсивність тривоги залежать від рівня особистісної визначеності. У стані тривоги людина передчуває приховану або уявну небезпеку, в основі якої є, знову ж таки, внутрішньоособистісна дилема чи конфлікт. Виділяють такі суб'єктивні ситуації, у яких спостерігається схильність до розвитку тривожності [102]:

1) несамовите бажання кар'єрного росту й у такій же несвідомій потребі до спілкування із друзями чи до розваг;

2) ідентифікація вчинків людини з морально-етичними нормами і в той же час її особистісні протиріччя згідно з цими правилами, внутрішня суперечність із реальністю;

3) невизначеність людини у соціумі й нерозуміння її позиції серед інших;

4) боязнь майбутнього та залежність від обставин, які не підвладні контролю;

5) страх втрати коханої людини, працевлаштування, статусу в суспільстві чи матеріальних благ в умовах особистісної незрілості тощо.

Зниження рівня тривоги у здорової особистості може відбуватись за рахунок корекції тимчасової орієнтації із майбутнього у сучасність. Життя у теперішньому дозволяє виховувати у собі адекватні уявлення про реальні суспільні мотиви та динамічні сили, здатність ототожнювати себе з динамікою подій. Згідно з цим Е. Фром виділив три психологічні категорії, що відносяться до ресурсів людини у подоланні труднощів: надія як готовність до майбутнього, об'єктивна віра у власні сили як перспектива на майбутнє, використання власних можливостей і духовність як психологічна здатність до резистентності в умовах небезпеки тощо [365].

З огляду на вищезазначене, вкажемо, що саногенний потенціал людини пов'язаний із наявністю у неї індивідуального превентивного ресурсу. Індивідуальний превентивний ресурс – це комплекс особистісних утворень людини, реалізація яких дозволяє зберегти баланс адаптаційно-компенсаторних механізмів; збалансованість даного комплексу забезпечує психологічне, соматичне і соціальне благополуччя людини у відповідності зі спрямованістю особистості, що створює умови для відкриття нею своєї унікальної ідентичності та подальшої самореалізації.

Концептуальна основа індивідуального превентивного ресурсу лежить в основі комплексної моделі розвитку особистості, розробленої нами. Згідно з

цим під ресурсами ми розуміємо внутрішні та зовнішні змінні (психологічного, тілесного і духовного порядку). До особистісних ресурсів, особливо в подоланні стресу, відносяться, на думку Л. В. Кулікова, такі [174]:

- 1) активна мотивація подолання, ставлення до стресу як до можливості набуття власного досвіду й можливості особистісного зросту;
- 2) сила Я-концепції, самоповага, самооцінка, відчуття власної значимості, самодостатність;
- 3) активна життєва установка: чим активніше відношення до життя, тим більша психологічна стійкість у стресових ситуаціях;
- 4) позитивне та раціональне мислення;
- 5) емоційно-вольові якості;
- 6) достатні фізичні ресурси (стан здоров'я);
- 7) здатність до життєвого контролю;
- 8) досягнення цілей за рахунок особистісної майстерності;
- 9) здатність до адаптації, інтерактивні техніки зміни модифікації власного світогляду;
- 10) здатність до когнітивної структуризації й осмислення ситуативної об'єктивності;
- 11) матеріальні ресурси: високий рівень матеріального доходу, безпечність життя.

Отож, стан оптимального функціонування організму людини являє собою передусім цілісність, гармонійну рівновагу фізіологічних, психологічних, соціальних аспектів існування людини, значить, розглядаючи універсальний рівень узагальнення індивідуальних передумов здоров'я, доречно стверджувати про індивідуальний (тобто тільки у феноменальному та ноуменальному сенсі), а не особистісному (феноменально-соціальному сенсі) превентивному ресурсі.

Виділенні чинники психосоматичного здоров'я людини дозволять диференціювати психологічну допомогу у разі розвитку патологічних станів. Також наведемо перелік характеріологічних утворень людини для оцінки особистісної зрілості, запропонованої А. Маслоу [219, 220]. Зріла особистість (ЗО):

- 1) чинить добро і не чекає вигоди від цього;
- 2) автоматично не переймається критикою, оскільки розуміє, що у неї є можливість для самовдосконалення;
- 3) не перекладає вину на інших і не критикує, поки не розбереться у суті справи;
- 4) несе відповідальність за свої дії і рішення та не звинувачує інших у разі невдач;
- 5) сприймає поразку як належне у разі невдачі у справах, не розчаровується, не скаржиться і не злиться;

6) адекватно сприймає реальність і відноситься до неї, уникає ілюзій, прагне завжди мати справу з реальністю, навіть якщо вона неприємна;

7) здатна бути вірною своїм цілям у разі труднощів (напр., непопулярності, ізоляваності, ігнорування);

8) емоційно стійка у сутичках і в умовах підвищеної напруженості;

9) володіє автономною системою орієнтації, має власну думку;

10) незалежно від рівня культури й умов середовища, вміє пристосовуватись до будь-якої культури;

11) не демонструє власну значимість, на належному рівні приймає схвалення і компліменти (красиво й відверто);

12) не турбується передчасно про неминучість подій і мириться із реальністю;

13) диференціює поняття добра і зла, досягнення мети й засоби її реалізації;

14) володіє здатністю до встановлення дружніх стосунків із близькими, колегами, керівником;

15) володіє відчуттям етики й філософським почуттям гумору;

16) живе спонтанно, просто, природно, синхронно з життям, у «ногу з часом»;

17) має досвід переживання вищих почуттів (кохання, вірності);

18) сфокусована на проблемах поза межами власного Я;

19) терпелива тому, що розуміє значення страждання і болю;

20) володіє гнучкістю сприйняття оточуючих у власному вимірі;

21) володіє здатністю до креативності та новизни у баченні побуту;

22) демократична, здатна до навчання у будь-яких умовах життя;

23) володіє відчуттям людяності та справедливості у разі поведінкових петицій;

24) творча і активна у творінні власного життя в умовах будь-якої реальності;

25) накопичує енергетичні ресурси серед природи, у разі спілкування із прекрасним;

26) акумулює плани на майбутнє згідно з власними можливостями і потенціалів тощо.

Прагнення до виховання у собі наведених вище якостей сприяє зросту особистості, накопиченню духовного потенціалу людини. Масштабність особистості залежить від рівня реалізації її зрілих рис. У збереженні стану оптимального функціонування організму зріла особистість керується такими [27, 28]:

1) когнітивна (раціональний підхід щодо безпеки здоров'я за сукупністю суб'єктивних або міфологічних висновків, думок про причини, зміст, можливі

прогнози діагнозу, а також його оптимальних способів збереження і профілактики);

2) емоційна (здатність до спокою, радості, волі, легкості, симпатії у виборі власних позицій життя, що сприятиме формуванню благоприємного емоційного фону й психосоматичного балансу);

3) поведінкова (моторно-вольова сторона внутрішньої картини здоров'я представлена у вигляді сукупності зусиль, прагнень, конкретних дій людини, що обумовлені її системою вірувань і спрямованих на досягнення суб'єктивно значимих цілей).

Особистість є активним учасником у разі змін, характерних при порушенні здоров'я, через оцінку суб'єктивної значимості хвороби, прогнози протікання, реакцію на самі хвороботворні процеси, - самопізнання себе в патологічних умовах. Отож, знання якостей характеру пацієнта може бути прогностичним стосовно його реакції на хворобу, передумовою якої зазвичай є іпохондричні розлади. Ставлення до уявного захворювання формується на основі таких факторів: походження і передумови розвитку соматичного захворювання, тип особистості (акцентуації характеру), ставлення до захворювання пацієнта в умовах оточення. Становлення психосоматичної дезадаптації зазвичай пов'язане з фіксуванням емоційних порушень, що супроводжуються специфічним нейрогуморальним забезпеченням. У період розвитку іпохондричних розладів спостерігається загострення преморбідних індивідуальних особливостей. Найчастіше спостерігається посилення тривожно-депресивної симптоматики [38].

У нашому розумінні досліджуваної проблеми неврозоподібні реакції пацієнта виступають як захисна реакція на можливі вегетативні порушення. Виникнення подібної реакції супроводжуються дифузним нейрогуморальним супроводом, що зменшує активність структурного атракту хвороби.

Психологічні феномени особистісного захисту в осіб із іпохондричними проявами спрямовані на вирішення внутрішньо-особистісного конфлікту (зменшення рівня тривоги, напруження і т. п.) та на послаблення вторинних функціональних проявів, спричинених соматичною патологією.

Таким чином, враховуючи вплив особистісних характеристик людини на генезис патологічної психосоматичної дисфункції, зазначимо, що їх активність, наприклад, підвищення рівня тривоги, призводить до загострення основного захворювання. У випадку, якщо тривога є реакцією на реальне соматичне захворювання, то підвищення її рівня призводить до елімінації основних соматичних симптомів.

На основі досвіду опитуваних нами респондентів, а також інформації із медичної літератури та від практикуючих лікарів кожний пацієнт виробляє для

себе свою концепцію хвороби. Вона включає у себе причини, механізми розвитку, патогенез проявів, засоби лікування, можливість ефективного лікування та прогноз. За відсутності достовірного клінічного діагнозу, а також знань і досвіду людини може сформуватись у неї викривлене розуміння власної реальної чи уявної хвороби. Однією із прерогатив нашої роботи має бути орієнтир або ціннісна установка у хворих з іпохондричними розладами на формування адекватного уявлення про хворобу, що попереджатиме анозогностичні варіанти поведінкового реагування (паніки, уявної катастрофи, вираженої депресії тощо).

Висновки до I розділу

Іпохондрія як психопатологічний симптомокомплекс зазвичай проявляється в різних формах, суть яких головним чином полягає у тому, що хворі приписують собі неіснуючі в дійсності важкі, невиліковні хвороби. Іпохондрія – суміжне поняття, тому варто акцентувати увагу саме на іпохондричних симптомах чи станах, які зазвичай мають різну етіологію та механізми розвитку. Зазначимо також, що іпохондричні розлади представлені у вигляді таких симптомів як страх, пригніченість, смуток, туга, тривога, апатія, невроз, байдужість, напруженість, невизначеність тощо.

Враховуючи індивідуальні особливості перебігу іпохондричних розладів зазначимо, що відбуваються зміни психіки осіб, які виконують свої професійні обов'язки і, які можуть спровокувати іпохондричні розлади з психосоматичним проявом. Виникає потреба у виявленні та конкретизації взаємозв'язків професійних вимог та особистісних потенціалів; у встановленні чинників, які б сприяли збереженню психосоматичного здоров'я людини, особистісному становленню та саморозвитку у професійній діяльності. Вищезазначене і зумовило мету та завдання нашого подальшого дослідження.

Загальні теоретико-методологічні основи дослідження механізмів зародження іпохондричних розладів особистості розкрито в аналізі наукової літератури, який дозволяє зробити висновок, що іпохондричні розлади обумовлені пригніченістю настрою і підвищеною акцентуацією уваги щодо власного фізичного здоров'я й усвідомлюється людиною як наявність невилікового захворювання. В основі його психодинамічної моделі лежить дія механізмів психологічного захисту, що пригнічують агресивні настрої і трансформують їх у власні соматичні симптоми. Іпохондричний стан зазвичай розвивається у зрілому чи похилому віці, тому дана симптоматика і порушення продуктивності праці людини зазвичай мають хронічний і хвилеподібний характер. Розлад не відрізняється за гендерною ознакою, але протікає приховано, у вигляді внутрішньо-особистісного конфлікту.

Теоретично-методологічна основа дослідження базується також на принципах об'єктивності та науковості, системному та комплексному підходах. Об'єктивність під час висвітлення теми полягала у здійсненні неупереджених, некон'юнктурних висновків, з урахуванням поглядів попередніх дослідників, і достовірної, перевіреної інформації з підібраних джерел. Водночас ми не уникали критичних суджень і оцінок для реалістичного показу низки психосоматичних проблем у генезі іпохондричних розладів.

В аспекті наукового підходу зазначимо, що лікування іпохондричних розладів має бути комплексним з урахуванням етіології і патогенетичних механізмів у їх розвитку. Іпохондрична хвороба знаходиться на межі нормального переживання за стан оптимального функціонування організму та гіпервідповідальності про своє здоров'я, що деструктивно відбивається на академічній успішності в студентів і професійній діяльності фахівців різних професій.

Засновник західної клінічної психотерапії Е. Кречмер виділяє немаячну форму іпохондрії, яка виявляється у представників соціономічних професій і проявляється у таких станах: сенестоіпохондрія, сенестоіпохондрія з синдромом постаддиктивної одержимості, істерична іпохондрія і нав'язлива іпохондрія.

Залежно від комбінацій клінічних проявів прийнято розрізняти кілька форм іпохондричного синдрому: тривожно-іпохондричний синдром, астено-іпохондричний синдром, іпохондрично-сенестопатичний синдром, депресивно-іпохондричний синдром, маячно-іпохондричний синдром (параноїдний і парафренний іпохондричний синдром, синдром Котара, або нігілістична маячня). Симптоми іпохондричного синдрому проявляються на фізіологічному рівні, викликаючи зміни в поведінці хворого. Також хвороба проявляється в емоційному фоні, впливаючи на думки й переконання іпохондрика. При іпохондрії людину починають найменш за все турбувати зовнішні фактори, а її настрій визначається переживаннями про здоров'я. Такі відчуття призводять до зміни цінностей та інтересів індивіда.

Картина іпохондрії може складати наявність різних патологічних форм: невропатії, а також невротичного розвитку особистості. Сучасні автори зазначають незавершеність вивчення проблеми іпохондричних розладів, зберігаються теоретичні суперечності з приводу діагностичних критеріїв, синдромальної і нозологічної диференціації хвороби, відношення симптоматики небредової іпохондрії й афективних розладів тощо. До нинішнього часу незрозуміло, чи є іпохондрія самостійною нозологічною одиницею, чи структурним елементом супутніх розладів.

Отож, неоднозначність психопатологічної інтерпретації станів, кваліфікованих у межах невротичної іпохондрії, знаходить відображення і в

гетерогенності цих розладів у сучасних класифікаціях. *Іпохондрією* називається перебільшена заклопотаність про власне здоров'я і переконаність в існуванні того чи іншого захворювання всупереч аргументовним медичним дослідженням. Іпохондрична хвороба може бути як самостійною нозологією, так і симптомом у структурі важкого захворювання. У першому випадку хвороба носить назву іпохондричного розладу. У другому випадку вона є одним із низки симптомів. Якщо цей симптом домінує у клінічних проявах захворювання, то тоді він формує іпохондричний синдром.

Комплексність висвітлення основних принципів діагностики характеризується мультимодальністю методів збору інформації щодо етіології захворювання. В її контексті враховують уміння інтегрувати інформацію, отриману різними методами. Зокрема, акцентують увагу на розкритті таких структур:

- біологічна передумова включає в себе біохімічну, нейрофізіологічну, психофізіологічну сфери; на першому плані враховано соматичні процеси, які можна зафіксувати фізичними чи хімічними способами;
- психічна (психологічна) передумова акцентована на внутрішньому індивідуальному переживанні й поведінці (включаючи діяльність) індивіда;
- соціальна передумова продукована міжособистісною взаємодією у соціумі (соціальні умови, сімейна ситуація);
- екологічна передумова: в цьому ракурсі розглядаються умови проживання, матеріальна забезпеченість, якість життя

Серед *основних сучасних підходів* до дослідження іпохондричних розладів особистості ми в нашому дослідженні орієнтуємося на визначення функціонального стану кори головного мозку у наших хворих і для цього використовуємо електроенцефалографію і словесний (асоціативний) експеримент. Комбінований запис електроенцефало- й електрокардіограм проводився на шестишлейфному осцилографі за методом І. Пеймера.

Вихідні показники згідно з цими методами діагностики реєструвались у спокої, а також із застосуванням подразників: світлових, звукових і мовленнєвих. Поєднання словесного експерименту з одночасним записом імпульсів у мозку та серці давало можливість показати на плівці наявність так званих хвороботворчих пунктів підвищеної збудливості, що відрізняються інертністю та застійністю, а також отримати приблизне уявлення про стан основних нервових процесів, особливо що стосується другої сигнальної системи.

Словесний (асоціативний) експеримент проводився за методикою, описаною А. Івановим-Смоленським.

Крім того, ми досліджували у хворих вуглеводний обмін після введення глюкози й адреналіну. Дослідження проводилось за способом Р. Хегедорна і М. Йенсена. На основі отриманих даних вибудовувались цукрові криві, які розглядались у відношенні їх висоти і характеру.

Окрім того, ми застосували низку психодіагностичних методик, вказаних у вступі для визначення стану психіки хворого та подальших пріоритетів у формульованому підході дослідження.

Здоров'я особистості є найважливішим складником життя, який допомагає людині бути активною та творчою, сприяє її зростанню. Іпохондричні розлади часто слугують емоційним вигоранням у професійній діяльності людини, а іноді вказують на її психологічну несумісність із можливостями та бажаннями. Психологічне здоров'я виступає необхідною умовою стресостійкості та духовного й гармонійного розвитку особистості. Слід зазначити, що здоров'я у цілому та особливо психологічне здоров'я забезпечує соціальну єдність, продуктивність праці, суспільного спокою та стабільності оточуючого середовища, що сприяє соціально-економічному розвитку суспільства.

У подальших своїх дослідженнях ми вивчатимемо основні чинники, які впливають на становлення психологічного здоров'я особистості та диференційні відмінності прояву іпохондричних розладів у працівників різних професій.

РОЗДІЛ 2.

МЕТОДОЛОГІЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ МЕТОДІВ ТА ОРГАНІЗАЦІЇ КОНСТАТУВАЛЬНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ІПОХОНДРИЧНИХ РОЗЛАДІВ ОСОБИСТОСТІ

Наведений у першому розділі аналіз наукових джерел за проблемою нашого дослідження, зрозуміло, надав можливість визначити лише загальні теоретичні засади вивчення проблеми зародження та розвитку іпохондричних розладів особистості. Методологія має охоплювати: принципи, методи, методики, технології дослідження. Проведення ж емпіричних досліджень щодо вивчення генези механізмів їх формування у ситуації психосоматичного захворювання, беззаперечно, має враховувати специфіку впливу на організм людини зовнішніх і внутрішніх факторів розвитку іпохондричної нозології.

Тому у другому розділі роботи нами проаналізовано специфічні чинники, що можуть зумовлювати зародження та розвиток іпохондричних розладів у ситуації психосоматичного захворювання, визначені їх вірогідні прояви і наслідки, та вже на цій основі остаточно обґрунтовано вибір методів й організацію нашого емпіричного дослідження.

2.1 Характеристика методологічних принципів, підходів до дослідження іпохондричних розладів особистості

Оновлення цілей і цінностей освіти з метою подальшого прискорення суспільного розвитку в Україні відбувається через утвердження нової, гуманістичної освітньої парадигми, спрямованої на подолання особистісної кризи у вигляді іпохондричної нозології. У її контексті процес професійної підготовки майбутніх фахівців у закладах вищої освіти (ЗВО) підпорядковується вищій меті – сприяти молодій людині в саморозвитку і духовному зростанні. Освіта, невіддільна від соціокультурного життя суспільства, має враховувати всі властиві йому моделі діяльності, соціальних відносин та комунікації, що впливають на формування когнітивних стереотипів, способу мислення та мають відображатися у професійній діяльності. Це актуалізує потребу сучасного переосмислення суті освітнього простору, його проектування та моделювання [118, с. 11]. При цьому необхідно враховувати специфічні особливості профілактичного процесу не тільки у ЗВО, але й у психотерапевтичних установах у разі формування психологічної компетентності щодо зародження і розвитку іпохондричних розладів особистості у процесі професійної підготовки, у разі якого здійснюватиметься цілеспрямований психологічний вплив на особистісний розвиток осіб із іпохондричними розладами,

підвищуватиме їхню мотивацію саморозвитку та досягнення, сприятиме активізації професійної діяльності та відновленню психосоматичного здоров'я.

Стратегічним підґрунтям для виконання цього завдання є психологічна підготовка майбутнього фахівця до безпеки життєдіяльності в умовах іпохондричної навіюваності. Для досягнення мети нашого дослідження необхідно запропонувати модель зародження та розвитку іпохондричних розладів особистості та обґрунтувати відповідне забезпечення ефективності освітнього процесу й профілактики в осіб із іпохондричними розладами [116].

Використання методу моделювання як найбільш адекватного способу пошуку оптимального розв'язання поставлених завдань є однією з характерних ознак модернізації освітньої галузі, оскільки він дозволяє цілісно відтворити педагогічний об'єкт і спрогнозувати перспективи його реалізації у закладах освіти. Актуальність і дієвість цього методу зумовлюється взаємозв'язками педагогічної, психологічної і медичної науки та практики, які сприяють розширенню освітнього простору та поглибленню його змісту.

Створення моделі зародження та розвитку іпохондричних розладів особистості потребує передусім з'ясування сутності поняття «модель». Його визначенню та проблемі використання у науково-психологічних дослідженнях приділена увага у працях Д. Алексєєва [6], Є. Лодатка [193], О. Новікова [246], В. Пікельної [266], Р. Шеннона [386], В. Штоффа [392], В. Ясвіна [404] та ін.

Як науковий термін поняття модель (від англ. *model*, франц. *modele*, лат. *modulus* – міра, зразок, норма) співвідносять: з аналогом (схемою, структурою, знаковою системою) визначеного фрагмента природної чи соціальної реальності, продукту людської культури, концептуально-теоретичного утворення – оригіналу [193]; з уявлюваною чи матеріально втіленою системою, що відтворює досліджуваний об'єкт і здатна замінювати його таким чином, що й сама стає джерелом нової інформації [189]; із предметною, знаковою чи мисленнєвою системою, що адекватно репродукує, імітує чи відображає певні характеристики (властивості, ознаки, принципи внутрішньої організації або функціонування) оригіналу [387, с. 392].

Найбільш повним визначенням моделі, на яке спираємося в цьому дослідженні, вважаємо визначення Р. Шеннона, згідно з яким модель є ідеальним уявленням об'єкта, системи або ідеї у формі, що відрізняється від самої цілісності та може слугувати для пояснення і кращого розуміння об'єкта або для передбачення і (або) відтворення характеристик, що визначають його поведінку [386]. Таким чином, сутність моделі полягає у створенні ідеального об'єкта, у спрощенні реального об'єкта чи явища, до якого вона застосовується, коли всі несуттєві чинники відходять на другий план, завдяки чому, на думку Р. Шеннона, модель допомагає вирішити будь-які дослідницькі проблеми.

Отже, щоб бути моделлю, певний об'єкт має: бути системою; знаходитися у певному співвідношенні подібності до оригіналу; за деякими параметрами відрізнятися від нього; замінювати оригінал у процесі наукового дослідження; забезпечувати можливість одержання нової інформації про оригінал в результаті дослідження.

Але, як зазначає А. Кочергін, *модель* – це лише результат абстрактного узагальнення особистісного досвіду і, навіть найбільш досконала, вона не може цілком відобразити всю сукупність закономірностей свідомої, соціально зумовленої діяльності людини [160, с. 68]. За допомогою моделі частини об'єкта, що вивчаються, виокремлюються та узагальнюються, а притаманні моделі функції аналізу та синтезу дозволяють дослідити об'єкт поелементно і потім об'єднати окремі дані в єдине ціле на основі закономірностей і логічного судження [88, 89]. Вимоги до моделі цілісного процесу формування досліджуваної якості сформулював І. Зязюн. Відповідно до цих вимог модель має:

- бути цілісною (відображати проектування та реалізацію всієї послідовності наукового процесу);
- виявляти динаміку досліджуваного процесу (показувати послідовність його етапів, систему засобів вирішення завдань, ефективних результатів);
- реалізувати прагнення суб'єкта-організатора органічно включатися в реальний педагогічний процес з метою формування у суб'єктів-об'єктів (учнів, студентів) певної якості, в тому числі у контексті всієї їхньої життєдіяльності.

У нашому дослідженні використання моделі зародження та розвитку іпохондричних розладів особистості дає змогу одержати уявлення про неї як про цілісне психологічне явище і полегшити його вивчення. Під час її проектування ми враховували специфічні функції моделі: дескриптивну (високий ступінь абстрагування дає змогу досить просто пояснити спостережувані явища і процеси); прогностичну (відображає можливість передбачати майбутній розвиток подій у межах досліджуваного явища); нормативну (допускає не лише опис наявної системи, а й побудову її нормативного образу – бажаного для суб'єкта, інтереси і переваги якого виражені певними критеріями) [103, 171]. Основний склад і структура моделі зародження та розвитку іпохондричних розладів особистості подано на рис. 2.1.

Адаптивно-компенсаторні патерни включають у себе когнітивний, емоційний і поведінковий рівні функціонування, які формуються на базі індивідуальних особливостей людини з іпохондричними розладами, та її спеціальні нейрогуморальні впливи на утворення больових скарг. Як видно із рис. 2.1, кожний механізм зародження і розвитку іпохондричних розладів особистості спровокований саме індивідуальними конституційними схильностями людини щодо їх прояву. Проблеми психологічної стійкості та

адаптації в осіб із іпохондричними розладами представимо у вигляді типологічних особливостей особистості.

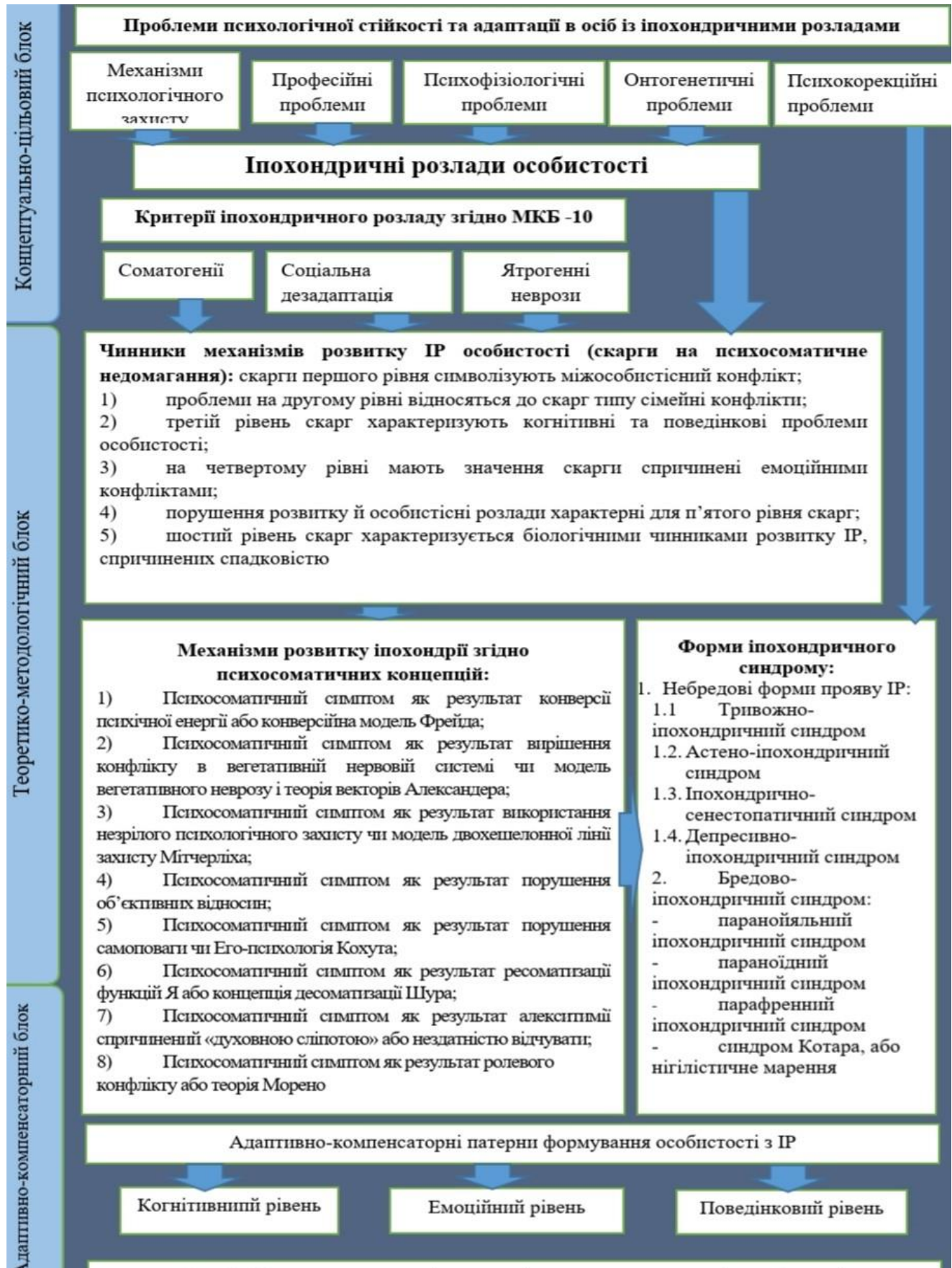


Рис. 1. Модель зародження і розвитку іпохондричних розладів особистості

У літературі [4, 6, 12, 14, 25, 74, 92, 105, 117, 125, 166, 199] проаналізовано теоретико-методологічні, онтогенетичні, психофізіологічні, професійні, психодіагностичні аспекти проблеми психологічної стійкості та адаптації в осіб з іпохондричними розладами. На основі аналізу сутності та складових досліджуваної проблеми визначено й обґрунтовано причини зародження і розвитку іпохондричних розладів особистості та складові моделі, в яких розкривається зміст і методика проведення психологічного експерименту в три блоки: концептуально-цільовий блок, теоретико-методологічний блок, адаптивно-компенсаторний блок.

Концептуально-цільовий блок характеризується визначенням основних проблем психологічної стійкості та адаптації в осіб із іпохондричними розладами, в аспекті яких було враховано значимість механізмів психологічного захисту, професійні проблеми, психофізіологічні проблеми, онтогенетичні проблеми, психокорекційні проблеми зародження цієї симптоматики. А також розкрито змістовність та критерії іпохондричних розладів особистості згідно міжнародної класифікації МКХ-10. Відзначено соматогенії, соціальну дезадаптацію і ятрогенні неврози як мірило прояву іпохондричних навіювань за міжнародною ознакою [11].

Теоретико-методологічний блок обґрунтовує механізми і чинники розвитку ІР особистості (скарги на психосоматичне домагання): скарги першого рівня символізують міжособистісний конфлікт; проблеми на другому рівні відносяться до скарг типу сімейні конфлікти; третій рівень скарг характеризують когнітивні та поведінкові проблеми особистості; на четвертому рівні мають значення скарги спричинені емоційними конфліктами; порушення розвитку й особистісні розлади характерні для п'ятого рівня скарг; шостий рівень скарг характеризується біологічними чинниками розвитку ІР, спричинених спадковістю [17].

Розкрито механізми розвитку іпохондрії за такими психосоматичними концепціями як (більш детальний їх опис подано у підрозділі 2.2):

- 1) психосоматичний симптом як результат конверсії психічної енергії або конверсійна модель Фрейда;
- 2) психосоматичний симптом як результат вирішення конфлікту в вегетативній нервовій системі чи модель вегетативного неврозу і теорія векторів Александра;
- 3) психосоматичний симптом як результат використання незрілого психологічного захисту чи модель двохшелонної лінії захисту Мітчерліха;
- 4) психосоматичний симптом як результат порушення об'єктивних відносин;
- 5) психосоматичний симптом як результат порушення самоповаги чи

Его-психологія Кохута;

6) психосоматичний симптом як результат ресоматизації функцій «Я» або концепція десоматизації Шура;

7) психосоматичний симптом як результат алекситимії спричинений «духовною сліпотою» або нездатністю відчувати;

8) психосоматичний симптом як результат ролевого конфлікту або теорія Дж. Морено [197, 216, 213].

У підрозділі 2.2 показано скарги за рівнем значимості подразника в осіб з іпохондричними розладами й детально їх обґрунтовано.

З урахуванням вищезазначених складових моделі психодіагностичного вивчення іпохондричних розладів особистості, представлено такі форми іпохондричного синдрому (їх повна характеристика представлена в розділі I): небредові форми прояву ІР (тривожно-іпохондричний синдром, астено-іпохондричний синдром, іпохондрично-сенестопатичний синдром, депресивно-іпохондричний синдром), бредово-іпохондричний синдром (паранойяльний іпохондричний синдром, параноїдний іпохондричний синдром, парафреничний іпохондричний синдром, синдром Котара, або нігілістичне марення).

Адаптивно-компенсаторний блок представлено в дослідженні у вигляді адаптивно-компенсаторних патернів формування особистості з ІР, в основі яких ключовими психологічними показниками пристосованості організму до іпохондрії є когнітивний рівень, емоційний рівень, поведінковий рівень [200].

Як зауважує В. Ананьєв: «Психічні стани, внаслідок їх інтегруючої функції, утворюють «психологічний портрет особистості»: процеси – стани – властивості, що розгортаються в умовах соціального функціонування суб'єкта і ситуації життєдіяльності». При цьому стани проявляються у вигляді макро-або мікроформ [11].

Життєдіяльність людини, в залежності від конкретної життєвої ситуації, включає характер поведінкових стратегій і тактик людини. Саме вони виділяють її з-поміж інших людей і визначаються орієнтирами у переживаннях власного всесвіту. Специфічними моделями макроформ життєдіяльності індивіда можуть бути такі її прояви як «норма», «криза», «патологія» тощо. Або ж іншими словами, нормальні стани – кризові (перехідні) стани – патологічні стани (хвороби). Зазначимо, що саме «норма – хвороба» дозволяють встановити найбільш контрастні особливості динаміки психологічного стану [1]. Саме виявленню цих закономірностей було присвячено третій блок моделі компенсаторного відновлення стану оптимального функціонування організму людини з іпохондричними розладами.

На *поведінковому рівні* формування особистості з іпохондричними розладами зазначимо кінестетичне орієнтування у соціумі, пов'язане з

гіперчутливістю до сприйняття тілесних змін, різного виду відчуттів, що виникають у сомі й складають дефіцит образного мислення. Розвиток захворювання у даної категорії людей базується на фіксуванні своєї уваги на змінах, що відбуваються в організмі [208].

Алекситемічний тип характеризується прагматичним (наочно-дійовим) мисленням, який за наявності обмеженого словникового запасу не здатен пояснити стан свого організму й охарактеризувати психосоматичну локалізацію проблем – конфлікти несвідомого. Мова йде про дискретний тип особистості, яка володіє незвичайним лексичним репертуаром, але за відсутності тематичного мовлення втрачає істинність вимірюваних реалій стосовно власного здоров'я. Часто інтерпретує надходження інформації від організму через призму алекситимічних образів мислення («брак слів для вираження почуттів»), у разі чого емоційна невиразність створює конфліктну ситуацію в міжособистісній сфері, а емоційна напруга трансформується в патологічні фізіологічні реакції. Такі люди нескінченно довго і детально описують фізичні відчуття, часто безпосередньо не пов'язані з основним захворюванням, в той час як внутрішні відчуття, що характеризують емоційне життя, викладаються ними в термінах дратівливості, нудьги, порожнечі, втоми, недиференційованого збудження або напруги [10].

Емоційна сфера особистості з рисами алекситимії слабо диференційована, афекти неадекватні, уява розвинена недостатньо, рівень абстрактно-логічного мислення невисокий. Диференційна відмінність також характеризується нерозвиненою фантазією, тенденцією до імпульсивності, бідністю міжособистісних зв'язків. Типові також інфантилізм, надмірний прагматизм, дефіцит рефлексії, емоційна нестійкість з частими «зривами». Їх переважаючий спосіб життя – дія. Взаємодія з такими людьми приносить відчуття нудьги і безглуздості контакту [107].

Аудіальний тип дещо трансформується у дискретний тип і відрізняється домінуванням конвергентного мислення, заснованого на внутрішньому діалозі, абстрактно-вербальному трактуванні подій й опирається на закони формальної логіки. Отож, обидва типи характеризуються свідомо-раціональним і чітко логічним описом реальності, що створює дефіцит внутрішнього сприйняття у двох сферах: образної і кінестетичної. Таким чином, описана типологія мисленнєвої інтерпретації подій у осіб з іпохондричними розладами обумовлена *когнітивним рівнем* на етапі формування особистості [66].

У період іпохондричного рецидиву хворі, що відносяться до того чи іншого типу, використовують свої специфічні механізми компенсації. Так візуально орієнтовані пацієнти компенсують дефіцит образного підходу на кінестетичному рівні зусиллям чутливості до тілесних проявів. Кінестетично

орієнтовані компенсують дефіцит в емоційній сфері. Аудіальний тип – як в емоційній, так і в кінестетичній. Дискретний тип спрямований на регресивний підхід у розвитку іпохондричного захворювання. Це підтримується «моделлю психофізичного доповнення». Наприклад, коли людина потрапляє в умови стресу чи хвороби, у неї проявляється регресія як механізм психологічного захисту на рівні психологічної і фізіологічної активності. Енергія емоцій у даному випадку акумулюється за психологічним чи соматичним сценарієм. Тобто, саме тип захисних механізмів модулює спрямування енергії до вихідної (первинної) репрезентативної системи. При захисній реакції проєктивного типу відмічаємо психологічну регресію; при захисній реакції за типом уникнення чи заперечення – соматичну регресію [62, 141, 285].

Таким чином, механізм компенсації у відновленні дефіциту, наприклад, інформації, на одному рівні, іншими формами – на другому. Так, дефіцит на когнітивному рівні компенсується активністю на емоційному і поведінковому рівнях. Лють чи дратівливість – це компенсація недоліку інформації для організації боротьби, страх – для організації захисту, горе – при нестачі відомостей про можливість компенсації втрати [51].

Нейрогуморальне забезпечення указаних стратегій сприйняття і опис генезу іпохондричної поведінки має свою специфіку. Так, у кінестетично орієнтованих осіб виявляється взаємозв'язок із посиленням адреналінової активності (швидше втеча, ніж боротьба), у візуально орієнтованих – взаємозв'язок із норадреналіновою гіперактивністю (швидше боротьба, ніж втеча). Очевидна взаємодія аудіального з дискретним типом особистості формує неоднозначну картину нейрогормонального супроводу в адаптивно-компенсаторних реакціях цього типу. Враховуючи походження дискретного типу (зазвичай це «заблоковані» кінестетики), можна зауважити, що у важкій життєвій ситуації, наприклад, під час хвороби, має відбутись повернення у репрезентативну систему. Звідси випливає, що нейрогормональний супровід цього типу при прийнятті пасивних форм поведінки, наприклад, уникненні, трансформується у норадреналіновий варіант реагування у формі активної боротьби за виживання [349].

Домінантний підхід нейрогормонального забезпечення дискретного типу залежить від походження вказаного типу особистості. Так, у першому випадку – це «заблоковані кінестетики» (причина: виховання, пережиті психотравми і т. п.), у яких спостерігається активація «адреналінового каналу». У другому випадку дискретний тип з'явився у результаті трансформації аудіального типу. В третьому, також досить широко розповсюджених випадках, причиною є професійно-особистісна деформація (особи соціономічних професій: вчителі, керівники і т. п.) на основі трансформації

візуального типу. Тоді, як наслідок, у другому й третьому випадках ми маємо активацію «норадреналінового каналу», що забезпечує життєве функціонування дискретного типу [13].

Мобілізація захисних механізмів не є єдиною можливістю у боротьбі щодо подолання стресових хвороботворних чинників, зазначених нижче у підрозділі 2.2. Наслідки стресових станів, що лежать в основі причин виникнення іпохондричних розладів, можуть бути позитивними у випадку прагнення і наполегливої роботи щодо покращення власного життя, а також у боротьбі з нерішучістю і невизначеністю на етапі особистісного та професійного дозрівання. Однак як зазначає, Т. Кокс, більшість стресових наслідків руйнівні й потенційно небезпечні. Він виділяє п'ять категорій причин виникнення стресових чинників, що провокують іпохондричні розлади [102, 127]:

1) суб'єктивні – неспокій, агресія, апатія, нудьга, депресія, утом, незадоволеність, нервозність, дратівливість, самотність, низька самооцінка, поганий настрій тощо;

2) поведінкові – схильність до наркотичної залежності, пияцтва, токсикоманії, слабкої концентрації уваги, емоційної нестійкості, ожиріння, паління, імпульсивної поведінки, нервового та істеричного сміху;

3) пізнавальні – невизначеність у виборі, підвищена чутливість до критики, зниження рівня розумової діяльності;

4) фізіологічні – підвищення рівня глюкози в крові, підвищені частоти серцевих скорочень (ЧСС) і АТ, сухість у роті, пітливість, розширені зіниці, змінне відчуття то жару, то холоду;

5) організаційні – абсентизм, низька результативність, відчуженість, незадоволеність роботою, зниження організаційної діяльності й лояльності.

Не всі з зазначених чинників призводять до розвитку іпохондричних розладів особистості, однак саме їх варто відносити до факторів, що підвищують ризик появи психосоматичних порушень, іпохондричного марення і постійний пошук засобів психотерапевтичного лікування.

Проблеми психологічної стійкості та адаптації в осіб із іпохондричними розладами також не обмежуються наявністю психологічних механізмів захисту, вони продукуються також професійними, психофізіологічними, онтогенетичними та психодіагностичними проблемами.

Важливим фактором, що визначає вимоги до сучасного спеціаліста, є зміни, які відбулись внаслідок науково-технічного прогресу, підвищення інтенсивності навчальної і виробничої діяльності. Різко зросла технічна оснащеність та інформаційна насиченість праці, що зумовило ряд психологічно значущих змін у її змісті – прискорення швидкості оброблення інформації,

прийняття рішень та виконання дій, зростання в системах управління питомої ваги процесів; які безпосередньо не спостерігаються; відсутність у багатьох випадках прямого контакту з об'єктом діяльності (дистанційна взаємодія); зростання значущості результату від кожного окремого рішення та практичної дії, необхідність тривалий час перебувати у високому ступені готовності. Залишається в силі вимога щодо готовності фахівця переносити значні фізичні навантаження, водночас по-новому ставиться питання щодо пізнавально-творчих можливостей особистості – стійкості уваги, швидкості й точності сприйняття, процесу мислення, готовності прийняти рішення в умовах ліміту часу, психологічної врівноваженості, рішучості та самостійності [109, 123, 142].

Розроблена нами модель психодіагностичного вивчення іпохондричних розладів особистості представлена у вигляді теоретичної та практичної основ розвитку нової тактики у подоланні іпохондричної нозології та її схильності щодо впливу на формування особистості.

Комплексність висвітлення основних принципів діагностики характеризується мультимодальністю методів збору інформації щодо етіології захворювання. В її контексті враховують вміння інтегрувати інформацію, отриману різними методами. На даний момент часу існує безліч варіантів для системного аналізу проблем. Зупинимось на більш відомих із них. Наприклад, мультимодальний профіль Лазаруса – це специфічно організований варіант системного аналізу, що проводиться у спрямованості за сімома показниками – BASIC-ID (за першими англійськими буквами: behavior, affect, sensation, imagination, cognition, interpersonal relation, drugs – поведінка, афект, відчуття, уявлення, когніції, інтерперсональні відношення, ліки та біологічні фактори).

Використання мультимедійного профіля дозволяє краще увійти в проблему хворого, в основі чого диференційна діагностика психічних розладів, що дозволяє одночасно обрати варіанти психотерапевтичної допомоги. У нашому випадку пропонуємо мультимедійний профіль хворого з іпохондричними розладами в аспекті психосоматичного захворювання (виразка duodenum). Підхід Д. Оудехоорна є мультимодальним, і при його застосуванні використовуються психоаналітичні, поведінкові, когнітивні, комунікативні і системні сімейні теорії, що не протирічать одна одній [144].

У межах історичного підходу застосовано порівняльно-історичний, порівняльно-типологічний та проблемно-хронологічний методи дослідження. Так, для з'ясування досягнень і недоліків у сфері розкриття особливостей розвитку іпохондричних розладів бралися для порівняння середні статистичні дані серед респондентів загалом, а в окремих випадках – такі ж показники по кожному з досліджуваних закладів. Це дозволяло зробити висновки щодо досягнень і недоліків даної сфери та встановити їх причинно-наслідкові зв'язки.

Зокрема, методологічною основою нашого дослідження є уніфікація понять і універсалізація методів вивчення іпохондричних розладів особистості. За рахунок комплексного уявлення про іпохондричні розлади особистості, можна стверджувати, що взаємозв'язок знань про людину обумовлений їх перенесенням на рівні методичного забезпечення і онтологічних уявлень із однієї наукової групи в інші, кореляційно взаємопов'язані. Однак, значимість завжди матимуть суперечності цих знань про природу досліджуваної проблеми в аспекті синтезу узагальнюючих знань і тенденцій між дисциплінами. Цей підхід є одним із дидактичних варіацій щодо інтеграції знань про іпохондричну нозологію, що оптимізує готовність у респондентів до професійної діяльності [113, 121].

Зазначимо також методологічну цінність таких основних підходів: загальнолюдського підходу, з врахуванням ціннісних орієнтацій людини та її досвіду; діяльнісного – з обґрунтуванням свідомого та поведінкового аспектів взаємодії у визначенні пріоритетів особистості; індивідуальний – з урахуванням характеріологічних особливостей кожної людини; особистісний – з світоглядними компонентами і глибинністю пізнання її душі; віковий – у визначенні вікових потреб і засобів інтеграції у суспільство; психологічний – в аспекті вивчення психології особистості з іпохондричними розладами; діагностичний – із забезпеченням схожостей і відмінностей у структурі формування особистості з іпохондричними розладами; соціологічний – з організацією людини в соціум і забезпечення комунікацій; творчий – у самореалізації і визначенні творчого потенціалу особистості; системний – в упорядкуванні психолого-медико-педагогічних процесів у єдину цілісну систему; структурний – з ієрархічністю всіх компонентів і явищ дослідження у систему взаємозв'язків; антропологічний – з розкриттям культурологічних тенденцій у вимірі людина – особистість – культура; суб'єктно-об'єктний – з метою активації міжособистісних комунікацій між дослідником і респондентами; цілісний – виокремленням контексту нового філософського пізнання; національний – з урахуванням національних пріоритетів і особливостей; аксіологічний – у вимірі ціннісних орієнтацій людини як основи методологічної інтеграції знань про неї; акмеологічний – з метою формування професійної самосвідомості та ідентичності тощо [139].

Також застосований нами для аналізу кількісних даних статистичний метод надав змогу вирахувати середні показники результатів-досягнень психотерапії, охорони здоров'я та культури організації праці респондентів упродовж досліджуваного періоду. Загальнонауковий статистичний метод розкрито в аспекті історико-порівняльного методу, як наслідок з'ясування особливостей психодіагностики та інтерпретації результатів дослідження крізь

призму схожостей і відмінностей індивідуальних і загальних показників у зазначених напрямках.

2.2. Механізми та чинники розвитку іпохондричних розладів особистості

Психологічне здоров'я людини ми пов'язуємо з високим рівнем сформованості свідомої саморегуляції, раціонально-вольової сфери, що забезпечує можливість соціальної адаптації, і водночас із вільним непригніченим становленням емоційної сфери, активністю неусвідомлених психічних процесів, на чому ґрунтується здатність людини до глибоких переживань та інтуїції. Психологічно здорова людина внутрішньо характеризується динамічною цілісністю, синергією неусвідомлюваних та свідомих прагнень, пульсацією дисгармонійних переживань, зокрема страждання, душевного болю, останні з яких при певних умовах можуть призводити до психічної дестабілізації [1].

Іпохондричний розлад – це один з найбільш малодосліджених психопатологічних феноменів, основна ознака якого полягає у надмірній зосередженості на власних психосоматичних відчуттях. Тому основним завданням нашого дослідження є показ внутрішніх детермінантів прояву іпохондричних явищ в осіб працездатного віку.

Цей розлад відносять до порушень соматоформного типу, механізм якого має психосоматичний характер. Іпохондричні навіювання зазвичай локалізуються навколо серцево-судинних хвороб, органів статеві системи, шлунково-кишкового тракту та головного мозку. Механізм розвитку таких навіювань пов'язаний із особливістю когнітивних процесів панічно інтерпретувати імпульси від внутрішніх органів [56].

На відміну від осіб із хворобами соматичного типу та недиференційованими соматоформними розладами особи з іпохондричними розладами не тільки обтяжуються соматичним дискомфортом, але й відчувають страх наявності у них ще не знайденого психопатологічного симптому, що загрожує життю. Хворі постійно акцентують увагу на соматичних скаргах, нехтуючи перспективою професійного розвитку та особистісного росту. Нормальні або звичайні відчуття і явища часто інтерпретуються хворим як аномальні і неприємні, причому увага зазвичай фокусується на власному нездужанні. Хворий може назвати передбачуване соматичне захворювання або деструкцію тілесної функції, проте ступінь переконаності в наявності захворювання зазвичай змінюється від консультування одного лікаря до порад іншого, причому пацієнт вважає вірогіднішим то одне захворювання, то інше. Іпохондричний тип характеризується зосередженістю на суб'єктивних неприємних відчуттях і прагненням донести їх до

оточуючих, створюючи навколо себе ауру співчуття і жалю. Нерідко така особистість керується егоїстичними намірами стосовно її порятунку та адекватності життя, проявляючи тривожність, депресивність, нудьгуватість, надмірну заклопотаність тощо [1, 4, 152].

Первинним чинником у формуванні іпохондричних розладів є скарги на психосоматичне нездужання. Зазвичай вони характеризуються залежністю від ситуації і специфічністю подразника (поява нервового збудження у разі дії відповідного зовнішнього подразника). Варто розглядати скарги за рівнем значимості подразника [67].

Скарги *першого рівня* символізують проблеми з зовнішнім соціальним оточенням на етапі формування мікросоціальних взаємозв'язків. Він включає в себе орієнтацію у колі сім'ї, комунікації у професійній діяльності, відносини з родичами, друзями, знайомими й сусідами. Скарги на цьому рівні обумовлені відсутністю професійного забезпечення, низьким матеріальним статком, дискримінацією одного з членів родини, міграцією сім'ї чи еміграцією, затяжними інтерперсональними труднощами у спілкуванні, конфліктністю особистості [54].

Проблеми на *другому рівні* відносяться до скарг типу сімейні конфлікти. У низці причин його виникнення акцентується увага на значимості сімейних відносин, у визначенні їх структури, ієрархії, згуртованості, межах особистісного простору, комунікаціях, коаліціях; переглядаються стадії життєвого циклу, аналізується сімейна історія, горизонтальні та вертикальні стресори; визначаються функції симптомів у сімейній системі (морфологічні та морфогенетичні функції), розглядаються їх комунікативні метафори тощо [65].

На *третьому рівні* скарг характеризуються когнітивні та поведінкові проблеми особистості. Вони обумовлені порушенням чи труднощами у її емоційній вольовій сфері. Механізм розвитку таких реакцій спричинений з позиції навчання (стимул-реакція, позитивне чи негативне підкріплення, когнітивний дефіцит чи спотворення, визначення ланцюжка АВС: активуюча подія, переконання, емоційні та поведінкові наслідки; виявлення специфічних автоматизованих думок, які є в основі формування негативних емоцій) [76].

На *четвертому рівні* мають значення скарги, спричинені емоційними конфліктами. Емоційні розлади мають свідому та несвідому сторони, вони спричинені такими афектами як тривога, депресія, страх, відчуття вини, апатія. Зазвичай дезактивація скарг даного типу обумовлена психологічними механізмами захисту (підсвідомими способами редукції емоційної напруги) [191].

Порушення розвитку і особистісні розлади характерні для *п'ятого рівня* скарг. На цьому рівні скарги обумовлені довготривалими глибинними відхиленнями, що супроводжуються психогенними патологічними формуваннями особистості, а також специфічними посттравматичними

аномаліями розвитку. На цьому етапі проводиться характеристика розвитку особистісної зрілості, визначаються рівні порушень (невротичний, психологічний, пограничний) [152].

На *шостому рівні* скарг акцентується увага на біологічних чинниках розвитку іпохондричної хвороби, спричинених спадковістю. Враховуються соматичні прояви та їх впливи на формування особистості. Психосоматичний симптом трактується нами як психогенний прояв іпохондричних розладів, обумовлений фізіологічними, біохімічними та психологічними процесами. Механізми розвитку іпохондрії за даними показниками відображені у таких концепціях [131, 150]:

1. *Психосоматичний симптом як результат конверсії психічної енергії, або конверсійна модель Фрейда.* Згідно з цією моделлю, з появою соматичного симптому хворий відчуває емоційну розрядку завдяки зниженню тиску внутрішнього конфлікту. Однак не всі психосоматичні захворювання несуть із собою полегшення душевного стану людини, а, навпаки, підкріплюючись іпохондричними навіюваннями, посилюють психофізіологічні страждання [362].

2. *Психосоматичний симптом як результат вирішення конфлікту в вегетативній нервовій системі чи модель вегетативного неврозу і теорія векторів Александера.* Згідно з цією моделлю, якщо внутрішній конфлікт не вирішений, то він призводить до емоційного напруження, що супроводжується стійкими змінами у вегетативній нервовій системі. На думку Александера, подібні зміни призводять до спотворень тканин і органів організму людини. На відміну від попередньої моделі, розв'язання несвідомого конфлікту не призводить до полегшення, а, навпаки, ускладнює перебіг психологічних проблем до розвитку іпохондричних розладів [214].

3. *Психосоматичний симптом як результат використання незрілого психологічного захисту чи модель двохешелонної лінії захисту Мітчерліха.* Динаміка процесу розв'язання внутрішнього конфлікту характеризується згідно з первинним (нав'язливі думки, дії, страхи, фобії, які акумулюються витісненням або сублімацією) та вторинним (соматизація) захистом. За спостереженнями Кергберга, нереалізовані внутрішні конфлікти, які не вирішуються за допомогою психологічних механізмів захисту, перетворюються на соматичні прояви або на ескапізм (втечу від проблем) [238].

4. *Психосоматичний симптом як результат порушення об'єктивних відносин* представлений у вигляді інтерпретації особистісних взаємозв'язків із об'єктом у дитинстві, у підлітковому віці чи у період дорослості, обумовлених його безпосереднім знищенням у процесі життєдіяльності. Дані об'єкти характеризуються суттєвою значимістю у період формування особистості, тоді як у період дорослості вони стають несуттєвими, чим і обумовлений

внутрішній конфлікт. Внутрішні переживання характеризуються підвищеним ризиком щодо психологічної травмованості та залежності від об'єкту. В основі внутрішніх переживань є рівень сугестивності від нав'язливих ідей щодо втрати об'єкта як невід'ємного представника етапу життя [203].

5. *Психосоматичний симптом як результат порушення самоповаги чи Его-психологія Кохута.* В Его (Я)-психології, запропонованої Кохутом, хворий розглядається як людина, що потребує допомоги зі сторони, підтримки для утвердження своєї позиції у соціумі. Він розвиває теорію дефіциту або теорію пустоти, яка виникає внаслідок нарцистичних потреб особистості. Внутрішня неузгодженість хворого викликана відчуттям фрустрації, яка становиться Я-об'єктом і заповнює внутрішню «пустоту» Я. Іпохондричні марення психосоматичного типу у даній ситуації обумовлені внутрішньою конфліктністю особистості [407].

6. *Психосоматичний симптом як результат ресоматизації функцій Я, або Концепція десоматизації Шура.* Сутність цієї теорії полягає в тому, що активні дії і соматичні реакції поступово замінюються внутрішніми переживаннями. За несприятливих умов і стресових факторів нормальний процес десоматизації перетворюється на регресію у формі ресоматизації афекту. Автор стверджує, що при сильному навантаженні порушується психодинамічна рівновага і відбувається спонтанний сплеск несвідомих інстинктивних бажань і потреб, із якими психологічні механізми захисту не справляються. Іпохондричні розлади зароджуються у зв'язку між конверсійними симптомами та їх органічними еквівалентами [402].

7. *Психосоматичний симптом як результат алекситимії* спричинений «духовною сліпотою» або нездатністю відчувати. Хворі не здатні до рефлексії свого емоційного стану і проявляти емпатію стосовно інших. Алекситимія зазвичай проявляється у сімейному середовищі, де немає місця прояву для почуттів, викликаних реальністю. Ця позиція може закріпитись і при багаторічній установці на ригідне дотримання суспільних норм тощо. Іпохондричні розлади на даному етапі спровоковані внутрішньою опозицією щодо соціуму [114].

8. *Психосоматичний симптом як результат ролевого конфлікту, або теорія Морено* обумовлені виникненням болю в наслідок порушення спадковості чи зовнішніх патогенних впливів. Згідно цієї точки зору здоров'я людини характеризується розвитком і заміною соматичних ролей у процесі вікових змін, а також зовнішніми патогенними впливами, які спричиняють збиток спонтанності, соціоемоційному і ролевому розвитку. Деякі соматичні ролі, такі як роль хворого чи роль маскування у разі занурення у хворобу, є базальними життєвими настановами особистості, що обумовлені гальмуванням розвитку, регресією чи повним відходженням від реальних ролей. Іпохондричні

навіювання у даному випадку мають стратегічну спрямованість і служать причинно-наслідковим утворенням у разі опису внутрішньої картини захворювання [377].

Зазвичай іпохондричні розлади проявляються у людей, які налаштовані вороже до оточення, дуже образливі і мстиві. Такі люди не усвідомлюють власну ворожість і не проєктують її на інших, а постійно перебувають в очікуванні нападу. Неможливість проявити свої емоції виливається у внутрішній гнів на своє тіло. Іноді страх нападу людей заміщується боязню «атаки» з боку хвороботворних бактерій і мікробів. Існують випадки, в яких уявні хвороби є видом самопокарання, тому що пацієнти впевнені в тому, що вони не варті життя через власну непотрібність [388].

Когнітивний аспект інтерпретації особистістю іпохондричних розладів базується на розумінні людиною істинності оптимального стану функціонування організму, в основі чого є психосоціальне реагування на захворювання і поведінка хворого. Характерними для іпохондриків особливостями поведінки є:

- 1) захопленість своїм захворюванням – така людина повністю зосереджена на симптомах, наслідках і лікуванні уявної хвороби;
- 2) особливе ставлення до свого тіла – пацієнти витрачають багато часу на те, щоб стежити за температурою, пульсом та іншими фізіологічними показниками;
- 3) вибірковість – при даному розладі хворий фільтрує інформацію ззовні, вибираючи тільки ту, яка, на його думку, пов'язана з його хворобою;
- 4) уникнення – іпохондрики намагаються уникати обставин і ситуацій, які можуть викликати загострення існуючої або розвиток нової хвороби [294, 301].

В осіб із іпохондричними розладами зустрічається симулятивна поведінка. Симулятивні дії людини спрямовані на те, щоб отримати підтримку і співчуття оточуючих. Нерідко вона нарікає не тільки на стан власного здоров'я, а й на свою долю, несправедливість, нерозуміння. Наслідком такої поведінки є несприйняття оточуючими її скарг, і тому вона використовує елементи артистичної поведінки – заламування руки, закривання очей, розмовляє зниженим або стражденим голосом. Якщо проявити пильну увагу до проблем такої людини і запропонувати їй пройти обстеження, велика ймовірність того, що вона відмовиться. Особливо дієвим буде пропозиція пройти ряд таких неприємних процедур як колоноскопія (дослідження товстої кишки), гастроскопія (діагностика шлунка за допомогою перорального введення зонда). У цьому випадку можливо, що хворий не діагностує у себе таких показань і, відповідно, уникає цих процедур, але подальші інтерпретації хворобливості стану орієнтують його на пошук методів збереження здоров'я [308].

Отже, генезою механізмів іпохондричних розладів у ситуації психосоматичного захворювання є прихований вихід у хворобу як засіб утечі від несприятливих соціальних деструкцій. Розшифрувати іпохондричне «посилання» можливо лише у разі аналізу порушених трансакцій між індивідом і його сім'єю або його соціальним оточенням. Іпохондрія сигналізує про страх і відчай особистості, яка використовує своє тіло як захисний механізм, щоб не зізнаватися у деструкціях із собою і оточенням. Іпохондрик використовує невербальну мову тіла, щоб приховати свої справжні потреби і глибоке почуття самотності.

Характеризуючи емпіричний матеріал як засіб визначення одиниці аналізу досліджуваного матеріалу, що складає основу вивчення розвитку іпохондрії, опираємось на змістові висловлювання хворих згідно з їх інтерпретацією хвороби. Інформаційно-смысловий підхід у нашому випадку сприятиме виділенню інформації у контексті аналізу проблемно-конфліктної ситуації і наступній контекстуальній-параметричній обробці отриманих результатів. Враховуючи послідовність етапів дослідження з їх контекстуальними характеристиками, що підлягають математичним обрахункам, акцентуємо увагу на показниках визначення особистісних потенціалів людини у плані вимірювання її стратегій і тактик у етіології захворювання. Безпосередній взаємовплив вказаних одиниць більш детально обґрунтуємо у підрозділі 2.4.

Таким чином, на сучасному етапі розвитку психологічної науки проблема іпохондричних розладів особистості є складною, різноманітною і вимагає подальшого вивчення в рамках моделі консультативної психодіагностики. Саме тому в аспекті профілактичного забезпечення пропонуємо концепцію культури безпеки психопрофесійних розладів в умовах «*locus minoris resistentiae*».

Реалізація моделі освіченої людини, розвиток її потенціалу обумовлює вдосконалення освітніх систем, підвищення якості підготовки фахівців різних професій. Згідно з теоретичним підходом А. Сена, розвиток людини – це питання свободи, створення можливостей для її вибору в економічному просторі: цілей, дій, способів вирішення завдань, власної позиції, способів отримання освіти тощо. Б. Юдін розглядає розвиток людини як процес творчої самореалізації в аспекті збереження її природної сутності [398, 426]. Людський потенціал у цьому підході трактується як відповідальність особи за свою долю, її здатність зберегти природні основи власної індивідуальності. Т. Шульц у модернізації виробництва відводив значну роль сукупності знань, компетенцій, кваліфікацій, що виконують провідну роль в підвищенні ефективності виробництва. Критичний рівень розвитку деструктивної поведінки у професійному середовищі свідчить про низький рівень культури безпеки життєдіяльності людини. Незважаючи на детальне дослідження «факторів

ризик» у фахівців у системі професійної освіти, вчені дійшли висновку, що ними можна пояснити лише половину випадків захворювань, зумовлених іпохондричними розладами [221].

В основі психодинамічної моделі іпохондричного захворювання лежить дія механізмів психологічного захисту, що пригнічують агресивні настрої і трансформують їх у власні соматичні симптоми. Цим хворим властиві егоцентричні наміри, обмежений емпатійний потенціал і слабка зацікавленість потребами щодо інших. Вони зазвичай вважають себе розчарованими, ображеними, покинутими, малокомунікативними, зависаючими у часових проміжках минулого, відштовхуючи від себе оточуючих. Симптом перетворюється на скаргу і символічно нехтується лікарем як нарікання чи докори невідповідності у житті людини. Тут же несвідомо розігрується і помста за недостатнє прийняття себе, коли медичні схеми лікування стають неефективними. Можлива також дія інших психотравмуючих механізмів: підвищена заклопотаність тим, що відбувається в своєму організмі та, як наслідок, стає захистом від низької самооцінки, сприйняття своєї малоцінності і нікчемності. Соматичне страждання стає символічним засобом спокутування власної провини, заслуженим покаранням [18, 30].

Для соматизованих розладів (соматогеній) характерні поліморфні патологічні тілесні відчуття. Останні представлені у вигляді алгій, які варіюють за інтенсивністю від суб'єктивно незначущих, що не приводять до звернення за медичною допомогою, до виражених, гострих алгопатичних феноменів. Поряд з цим при соматизованому розладі спостерігаються вегетативні прояви, що імітують ургентні соматичні захворювання та функціональні порушення діяльності внутрішніх органів і систем (тахікардія, дискінезії жовчних шляхів та ін.). Виникнення соматизованих розладів, як правило, пов'язано з психогенними факторами і реалізується за механізмом реактивної лабільності. Загальна тривалість розглянутих реакцій звичайно не більше 6 міс. [412].

В основі нейропсихологічної моделі існує припущення про те, що у фахівців у системі професійної освіти низький поріг переносимості фізичного дискомфорту, а також підвищений рівень сприйняття нормальної сенсорної інформації супроводжується неправильною її когнітивною оцінкою. Наприклад, те, що нормальна людина вважає відчуттям напруженості, іпохондрик сприймає як відчуття білю у животі та печія *epigastrium*. Ця оцінка стає умовно-рефлекторним підкріпленням на основі психопрфесійних чинників, в якому неправильно інтерпретується вся сенсорна інформація, що надходить у подальшому, уявно підтверджуючи похмурі іпохондричні передчуття [202].

Отже, до критеріїв виділення емпіричних референтів, репрезентуючих елементів концептуальних моделей розвитку іпохондрії відносимо: психопрофесійні чинники, психотравмуючі механізми з важким соматичним супроводом, низький рівень культури безпеки життєдіяльності людини, осіб з ананкастними особливостями особистості, тривожно-недовірливими рисами характеру. Необхідність формування культури безпеки у фахівців у системі професійної освіти є концептуальною основою професіоналізму майбутнього фахівця та регенеративним чинником у працюючих. Однією з ключових компетенцій фахівця ХХІ ст. є збереження оптимального стану функціонування організму людини, що передбачає високу міру відповідальності за професійну та особистісну безпеку, уміння ефективно оперувати інформаційними даними згідно з специфікою своєї професійної діяльності на основі використання сучасних інформаційних технологій. Актуальною проблемою сьогодення є створення мережі освіти та науки, яка базується на сформованій культурі безпеки, в першу чергу, у студентів, розвиток безперервного професійного навчання на основі інноваційних та безпечно орієнтованих технологій [88].

Завданням сучасної професійної освіти є високопрофесійна підготовка молоді до сучасних і майбутніх ринкових відносин, орієнтація у свідомості власного вибору та конкурентоспроможності, у збереженні культури безпеки усіх сфер життєдіяльності людини, її спроможність бути гідним громадянином і патріотом українського суспільства, забезпечувати сталий розвиток держави.

Високий рівень психологічної стійкості особистості пов'язаний із розвиненою уявою і креативністю у нестандартних ситуаціях, при високому рівні напруження. Адекватне усвідомлення та оцінка ситуації, стійке переживання людиною своїх дій і обставин, які є результатом особистісного вибору та відповідальності, у соматично хворих осіб з високою життєстійкістю набувають значення ресурсу, досвіду, що дозволяє адаптуватись до проблем із здоров'ям, гармонійно трансформуючи смисложиттєві орієнтації.

2.3. Характеристика методичного забезпечення психологічного дослідження іпохондричних розладів особистості

На констатувальному етапі емпіричного дослідження проводилось психодіагностичне обстеження осіб за комплексом методик, валідних виявленим показникам у разі розвитку іпохондричних розладів.

Проведення якісного аналізу результатів констатувального етапу дослідження дозволило виявити соціально-психологічні особливості психологічного статусу особистості у ситуації психосоматичного порушення. Психологічний статус вказує на орієнтацію особистості у соціумі, в аспекті її формування як зрілої компетентної, професійно адаптованої людини. Іпохондричні розлади як фактор дезадаптації передбачають її дезінтеграцію у соціальній взаємодії, дезактивують у структурі людських відносин. Обґрунтувавши чинники психологічного статусу особистості, ми підкреслили його складові за методичним виміром у психологічно здорової людини та у разі розвитку іпохондричних розладів. У цьому параграфі характеризуємо психодіагностичні методи, які визначають позицію особистості в соціумі за наявності у неї внутрішнього конфлікту, індивідуальної схильності до наявності іпохондричних ідей та, як наслідок, професійної декомпетенції.

Виявлені особливості іпохондричних розладів у ситуації психосоматичних порушень дозволили отримати інформацію про чинники, що зумовлюють поведінку і прояви психічних властивостей осіб експериментальної групи, сформулювати психодіагностичний інструментарій для наступного етапу дослідження. Важливим у цьому контексті є визначення стану тривожності, оцінка вагомості життєвих подій та форми реагування на них, адаптаційний потенціал, діагностика емоційної сфери досліджуваних, рівень самоактуалізації та особливості характерологічного конструкту особистості.

Вибір дослідницького інструментарію засновувався на сформульованих Є. Ільїним [125, с. 313-344] класичних принципах вибору методів емпіричного психологічного дослідження. Узагальнюючи їх, можна сформулювати такі методи: 1) цілеспрямованість вибору діагностичних ознак, які найбільш точно характеризують досліджуване явище; 2) вибір для діагностики оптимальної кількості методик і показників; 3) необхідність отримання інформації про суб'єктивне ставлення людини до певної ситуації, яке пов'язане із досліджуваними явищами. Для проведення емпіричного дослідження нами були обрані такі **методи**:

1. Загальні опитувальники (анкетування).

1.1. Авторський опитувальник схильності особистості до іпохондричних розладів (дод. А).

1.2. Скринінг первинного обстеження груп за клінічними показниками у осіб із іпохондричними розладами у ситуації психосоматичного захворювання з метою виявлення їх частоти ознак.

1.3. Карта первинного огляду хворого (дод Б.).

1.4. Мультиmodalний опитувальник життєвої історії (дод В.).

2. Методи психологічної діагностики [57]:

2.1. Опитувальник МТЖЦ (морфологічний тест життєвих цінностей).

2.2. Вісбаденський опитувальник Н. Пезешкіана [258].

2.3. Опитувальник А. Реана «Мотивація успіху і страх невдач».

2.4. Методика діагностики міжособистісних відносин Т. Лірі.

2.5. Методика дослідження особистості за допомогою модифікованої форми В опитувальника FPI.

2.6. Опитувальник Плутчика-Келлермана-Конте (Life Style Index) для визначення «Індексу життєвого стилю» (LSI).

2.7. «Методика діагностики соціально-психологічної адаптації К. Роджерса та Р. Даймонда».

2.8. «Діагностика самоактуалізації особистості» (А. Лазунін в адаптації Н. Каліна).

2.9. Методика діагностики рівня соціальної фрустрованості Вассермана-Бойка.

3. Метод експертних оцінок.

4. Спостереження (карта спостереження – дод. Г).

5. Бесіда (Структурне інтерв'ю за Отто Кернбергом).

Загальна вибірка за номінативним маркером «психосоматичне здоров'я» була сформована за даними медичного професійно-консультативного висновку (форми № 086). За допомогою авторського опитувальника шляхом використання кількісних і якісних критеріїв оцінки було відібрано психосоматично здорових осіб (194 особи), які склали контрольну групу осіб (КГ). А також було здійснено аналіз архівних медичних документів за 2017 рік Вінницької обласної лікарні імені М.І. Пирогова та Вінницької обласної психоневрологічної лікарні імені академіка О. І. Юценка, у яких виявлено взаємозв'язок іпохондричних розладів із психосоматичними захворюваннями (200 осіб), які становлять експериментальну групу осіб (ЕГ).

Таблиця 2.1.

Методи дослідження індивідуально-особистісних властивостей людини при наявності схильності до іпохондричної хвороби

№	Особистісні риси	Метод (методика)	Показники
1	2	3	4
1.	<u>Індивідуальні характеристики особистості:</u>		
1)	автономність	2.8	шкала 6
2)	саморозуміння	2.8	шкала 8
3)	емоційний комфорт:	2.5	питан. № 23, 29, 30, 41, 44, 47, 78
	лабільність	2.7	шкала XI
4)	внутрішній контроль	2.6, 2.5	питан. № 26-52
5)	неврівноваженість	2.5, 2.4	шкала E; шкала I, III,
6)	агресивність	2.5	шкала VII; шкали I, II, III, IV
7)	урівноваженість	2.5	шкала VI
8)	сором'язливість		шкала VIII
2.	<u>Професійні якості:</u>		
1)	аутосимпатія	2.8	шкала 9
2)	гнучкість у	2.8	шкала 11
3)	спілкуванні	2.8	шкала 10
4)	контактність	2.8	шкала 5
5)	креативність	2.8	шкала 1
6)	орієнтація в часі	2.7	питан. № 68 – 136
7)	дезадаптованість	2.7	питан. №2, 10, 21, 28, 40, 60,76
8)	несприйняття інших	2.6	шкала C, G, H
9)	пасивність	2.5, 2.4	шкала V; шкала V, VI, VII, VIII
10)	товариськість	2.5	шкала IX
11)	відкритість		
3.	<u>Суб'єктивні чинники:</u>	2.4, 2.7	шкала I, II, VII, VIII; питан.
1)	домінування	2.3	№58,61,66
2)	наявність мотивації		мотивація на успіх чи страх невдачі

Примітка: номери методів відповідають їх списку перед табл. 2.1.

Для успішного проведення експериментального дослідження здійснено обґрунтування і підбір психодіагностичних методик. Найбільш доречним і вагомим у вивченні психологічного статусу особистості вважаємо комплексний підхід, який забезпечує всебічне обґрунтування даної проблеми за її прямими та побічними показниками. Методологічну основу дослідження склали системний підхід до вивчення іпохондричних розладів особистості як системи різних

параметричних характеристик, а шляхи реалізації поставлених завдань, відповідно до його етапів, відображені у нижченаведеній таблиці.

Розроблений метод діагностики соціально-особистісних компетенцій буде корисний: для виявлення прогалин у реалізації завдань первинної та вторинної профілактики іпохондричних розладів; у проектуванні виховних систем освітніх установ; з метою реалізації індивідуального підходу в різних системах оздоровлення і самовдосконалення; в оцінці ефективності різних соціальних, психологічних програм; дослідженнях, спрямованих на вивчення життєвої компетентності людини, і т. п.

Таблиця 2.2.

Методи дослідження особистості, обумовлені особистісною дезорієнтацією та кризовим перебігом життєвих подій

№	Схильність до іпохондричної навіюваності	Метод (методика)	Показники
1	2	3	4
1.	Внутрішня конфліктність:	2.2, 2.10	всі шкали; всі показники
1)	Цінності (термінальні та життєві)	2.8, 2.1	шкала 2; всі показники
2.	Потреба в пізнанні (пошук медичної літератури)	2.8	шкала 4
1)	Спонтанність (як агресивність)	2.8, 2.5	шкала 7, шкала IV
2)	Погляд на природу людини	2.8	шкала 3
3)	Ескапізм (втеча від проблем)	2.7	питан. № 17, 18, 54, 64, 86
4)	Емоційний дискомфорт	2.7	питан. № 6, 42, 43, 49, 50, 83, 85
5)	Несприйняття себе	2.7	85
6)	Підкорення	2.7, 2.4	питан. №7, 59, 62, 65, 90, 95, 99
7)	Психологічна ураженість(невротичність)	2.6, 2.5	питан. №16, 32, 38, 69, 84, 87; шкала № III, IV, V, VI
2	Соціальна фрустрованість	2.9	шкала A, B, D, F; шкала I всі показники

Примітка: номери методів відповідають їх списку перед табл. 2.1.

Така організація експерименту відповідає методичному апарату дослідження проблеми взаємозв'язку психологічної стійкості з базовими утвореннями особистості в ситуації порушення психосоматичного здоров'я.

Завдання роботи та кількість респондентів, які підлягали дослідженням на різних етапах, відображено у табл. 2.3.

Таблиця 2.3.

Кількість обстежених учасників дослідження, психосоматично здорових і з іпохондричними розладами, в ситуації психосоматичного порушеннями на основі завдань за етапами дослідження

Етапи дослідження	Завдання дослідження	Кількість учасників експерименту
I	1. Здійснити теоретико-методологічне обґрунтування проблеми психологічної стійкості особистості та визначити її психологічну сутність 2. Розробити та обґрунтувати методичні засади і методичний апарат дослідження проблеми виникнення іпохондричних розладів у ситуації психосоматичного порушення	394 особи
II	1. Визначити психологічні особливості проявів іпохондричної поведінки у студентів із оптимальним функціонуванням організму та у хворих із психосоматичними порушеннями 2. Визначити компоненти механізмів розвитку іпохондричних розладів та здійснити її порівняльний аналіз у осіб із різними психосоматичними порушеннями	194 особи 200 осіб (ЕГ ₁ і ЕГ ₂)
III	1. Розкрити психодіагностичний підхід стосовно виникнення іпохондричних розладів 2. Визначити гендерні особливості показників стресостійкості та їх динаміки в різних вікових групах щодо організації профілактичних засобів у разі іпохондричних проявів	194 (КГ ₁ і КГ ₂) 200 особи (ЕГ ₁ і ЕГ ₂)
IV	1. Узагальнити теоретичний аналіз та особисті дослідження і розробити комплексну програму формування гармонійної особистості у ситуації психосоматичного порушення з іпохондричними ідеями 2. Розробити організаційно-методичні рекомендації щодо корекції та відновлення здоров'я особистості у психосоматичних хворих	394 особи 200 осіб (ЕГ ₁ і ЕГ ₂)
Всього обстежено:		394 особи

Характерною особливістю навчального процесу в педагогічному навчальному закладі є те, що найбільш суттєві зміни відбуваються з боку вищих психічних функцій, які забезпечують виконання діяльності. Тому вважаємо, що оцінка психологічно статусу особистості за побічними

показниками, як і за наявними патогенними проявами має бути комплексною з використанням методик різної чутливості, які відповідають характеру навчально-виховного процесу та спрямовані на дослідження основних функцій і обслуговуючих систем організму. Тому, досліджуючи особистість у випадку з іпохондричними розладами та у разі здобуття професійної освіти, що розкриває схильність останніх у житті студента, розкриємо сутність психодіагностичного дослідження за його параметрами.

1. Загальні опитувальники (анкетування).

1.1. Для вирішення поставлених перед нашим емпіричним дослідженням завдань нами було розроблено *авторський опитувальник схильності особистості до іпохондричних розладів*, поданий у додатках, щоб не перенавантажувати основний текст роботи.

1.2. *Скринінг первинного обстеження груп за клінічними показниками* був проведений для визначення кількості осіб із іпохондричними розладами у ситуації психосоматичного захворювання. Серед 1073 переглянутих індивідуальних медичних карт пацієнтів лікарень віком від 40 до 65 років було виявлено 200 (15,47%) осіб із хронічним перебігом захворювання, із них: чоловіків – 95, жінок – 105. Із групи психосоматиків виокремлюємо 37 осіб, хворих на виразку дванадцятипалої кишки, 13 особи – на ожиріння, 15 осіб – на цукровий діабет, 43 особи – на бронхіальну ядуху, 22 осіб – на виразковий коліт, 36 осіб – на есенціальну гіпертонію, 34 осіб – на ревматоїдний артрит. Значний потенційний ризик щодо виникнення іпохондричних розладів за психосоматичною ознакою мають керівники, приватні підприємці, медичні та науково-педагогічні працівники, безробітні та пенсіонери. Крім того, встановлено, що серед працівників міського населення рівень ризику щодо захворювань на психосоматози вищий, ніж у сільських жителів (3:1). Однак, зазначимо, що для посилення надійності висновків слід розширити як у часових, так і у просторових межах вибірку архівного дослідження.

Численність експериментальної групи (ЕГ₁ і ЕГ₂) відповідає вимогам до обсягу вибірки, що може підлягати статистичній обробці. Контрольну групу (КГ₁ і КГ₂) склали студенти Вінницького державного педагогічного університету імені Михайла Коцюбинського у кількості 194 чоловік. Дану групу осіб вважаємо контрольною, тому що, згідно, їх психологічним статусом, іпохондричні розлади відсутні, але їх задатки спостерігаються у студентів із психосоматичними захворюваннями. Вікові особливості груп мали досить істотну значимість у розкритті іпохондричних розладів у групах, але головним завданням вони стоятимуть у подальших наших дослідженнях.

Склад експериментальної вибірки якісно і кількісно репрезентує генеральну сукупність, оскільки для її формування застосовано техніки

моделювання і рандомізації. Використаний експериментальний план, методи статистичної обробки, її проведення та інтерпретація результатів забезпечили внутрішню та зовнішню валідність.

Процедура дослідження дотримувалась під час навчання студентів у даному закладі й під час перебування хворих у стаціонарі у зазначених вище установах та організаційно передбачала такі основні структурно-змістовні етапи експериментальної програми: визначення структурних елементів (змінних, експериментальної гіпотези тощо); вимір загальної вибірки за номінативним маркером «психосоматичне здоров'я»; відбір еквівалентних (рандомізованих) відповідно до потреб дослідження еталонної контрольної (КГ₁ і КГ₂ – психосоматично здорові особи) та експериментальної (ЕГ₁ і ЕГ₂ – особи з іпохондричними розладами з психосоматичною дисфункцією) груп; констатувальний діагностичний зріз (вимір) в КГ₁, КГ₂, ЕГ₁, та ЕГ₂ низкою психодіагностичних методик, які визначають основні параметри виміру психологічного статусу (балансу іпохондричних задатків в аспекті норми та патології) особистості у ситуації психосоматичного порушення та їхні зв'язки з іншими параметрами дослідження; якісний та кількісний аналіз результатів для встановлення статистично значущих відмінностей КГ₁, КГ₂, ЕГ₁, та ЕГ₂; побудова програми психокорекційних впливів щодо відновлення психосоматичного здоров'я в осіб експериментальної групи на основі результатів констатувального етапу дослідження; проведення формувального експерименту в групі з іпохондричними розладами (ЕГ₁ і ЕГ₂); контрольний діагностичний зріз (вимір) в КГ₁, КГ₂, ЕГ₁, та ЕГ₂ після завершення дослідження; якісний та кількісний аналіз результатів з метою виявити психокорекційний ефект: зіставлення та порівняння результатів експериментальної групи «до» та «після» впливів, зіставлення та порівняння результатів у групах з різними характеристиками; систематизація та узагальнення результатів теоретико-емпіричного дослідження. У контрольній групі осіб ми плануємо розробити концепцію культури безпеки психопрофесійних розладів в умовах «*locus minoris resistentiae*» і запровадити її у навчальний процес.

1.3. *Карта первинного огляду хворого* (дод Б.) орієнтована на збір анамнезу, що супроводжується описом психологічного статусу особистості у разі наявності скарг хвороби за такою схемою:

1. Свідомість (орієнтація людини у вимірі власного бачення світу, у просторі й часі).

2. Неврологічний статус, який включає функції ЦНС, необхідні для визначення фізіологічного стану оптимального функціонування організму людини. На цьому рівні варто дослідити навіть легкі порушення мовлення,

зниження м'язового тону, звернути увагу на ністагм, асиметрію рефлексів, тремор, гіперкінези та загальний рівень активності і манеру спілкування.

3. Поведінка та зовнішній вигляд (особливості ходи, міміка, жести, вираз обличчя, постава) людини. Враховуємо наявність психомоторної поведінки, вдавану міміку. За виразом обличчя спостерігаємо то сум, то радість чи похмурість, злість, вдумливість. У разі жестикуляції зазначаємо активні та неактивні її прояви чи повну відсутність рухів, моторну загальмованість тощо.

4. Настрій та наявність таких афектів як тривога, депресія, страх, відчуття вини, агресія, апатія. Наявність суїцидальних домагань.

5. Пізнавальна сфера особистості. Увага (стійкість, переключеність, відволікання, концентрація, виснаженість). Пам'ять (короткочасна, довгочасна, наявність патологічних порушень пам'яті). Характеристика мислення за темпом, за структурою, за наявністю продуктивних порушень. Оцінка інтелекту: обсяг загальних уявлень про оточуючий світ. Судження і критика.

6. Наявність психопатичних порушень: галюцинацій, марення, розладів сприйняття. Відчуття наявності чужорідного тіла на шкірі чи в організмі людини, спотворення предметів оточуючої реальності тощо.

Враховуємо також фізичний стан людини: ріст, вагу, соматичні порушення, вікові особливості (акселерація). Характеристика рівня особистісної зрілості опитуваного, його життєві плани та перспективи. З'ясовуємо внутрішнє бачення картини хвороби (розуміння та інтерпретація хвороби, спроби її пояснення згідно з власним баченням). Досліджуємо самооцінку та мотиви поведінки (ієрархію мотиваційної сфери) людини тощо. Враховуємо наявність захисних факторів особистості (ресурси): особистісні, сімейні особливості, досвід і знання, а також здатність до адаптації і стійкість до стресу. Наявність захисту трактуємо як здатність адаптуватись до умов зовнішнього середовища.

1.4. Мультимодальний опитувальник життєвої історії (дод. В). Метою даного дослідження є інформація про життєві особливості людини. Його необхідність полягає у визначенні комплексної оцінки життєдіяльності особистості. Комплексність висвітлення основних принципів діагностики характеризується мультимодальністю методів збору інформації щодо етіології захворювання. В її контексті враховують вміння інтегрувати інформацію, отриману різними методами. Зокрема акцентують увагу на розкритті таких структур:

- біологічна передумова включає в себе біохімічну, нейрофізіологічну, психофізіологічну сфери; на першому плані враховано соматичні процеси, які можна зафіксувати фізичними чи хімічними способами;

- психічна (психологічна) передумова акцентована на внутрішньому індивідуальному переживанні й поведінці (включаючи діяльність) індивіда;

- соціальна передумова продукована міжособистісними відносинами у соціумі (соціальні умови, сімейна ситуація);

- екологічна передумова: в цьому ракурсі розглядаються умови проживання, матеріальна забезпеченість, якість життя.

На даний момент часу існує безліч варіантів для системного аналізу проблем. Наприклад, мультимодальний профіль Лазаруса – це специфічно організований варіант системного аналізу, що проводиться за сімома напрямками – BASIC – ID (за першими англійськими буквами: behavior, affect, sensation, imagination, cognition, interpersonal relation, drugs – поведінка, афект, відчуття, уявлення, когніції, інтерперсональні стосунки, ліки та біологічні фактори). Використання мультимедійного профіля дозволяє краще увійти в проблему хворого, він співвимірюється диференційною діагностикою психічних розладів і дозволяє одночасно обрати варіанти психотерапевтичної допомоги.

Таблиця 2.4

Мультимодальний профіль хворого з іпохондричними розладами в аспекті психосоматичного захворювання (виразка duodenum)

Параметри	Характеристика	Можливі варіанти психотерапії
Поведінка	Сором'язливість	Поведінковий аналіз, застосування індивідуального тренінгу впевненої поведінки, групова психотерапія
Емоції	Образа на батьків, ненависть	Індивідуальні сеанси психотерапії
Відчуття	Скутість при розмові з незнайомими жінками	Вторинні тілесні прояви зникають у ході проведеної психотерапії, індивідуальні прийоми психотерапії
Уявлення	Сон, що повторюється, про пережиту аварію чи травму, про втрату друга	Корекція даної проблеми в гештальт-експериментах, клінічних ролевих іграх
Когніції	Домінантна установка: «Помста за образу»	Заміна іраціональних установок на раціональні, позитивні
Міжособистісні відносини	Батько: негативне ставлення до дружини, створення із сином коаліції; сестра: конфлікти	Сімейні сесії з кожним членом сім'ї
Ліки	Антимікробні засоби, спрямовані на знищення helicobacter pylori	Відміна за мірою покращення фізичного стану і при негативних лабораторних пробах

У нашому випадку пропонуємо мультимедійний профіль хворого з іпохондричними розладами при наявності психосоматичного захворювання

(виразка duodenum) (табл. 2.4). Даний підхід рекомендований у разі першої бесіди з хворим під час збору детального анамнезу захворювання. Ще один мультимодальний підхід В. Оудехоорна для використання під час сімейної психотерапії.

Кожний його рівень відображає відповідні біопсихосоціальні теорії, які слугують для підтвердження гіпотез і підбору психотерапевтичних втручань. Підхід В. Оудехоорна є мультимодальним, і при його застосуванні використовуються психоаналітичні, поведінкові, когнітивні, комунікативні і системні сімейні теорії, що не протирічають один одному.

2. Методи психологічної діагностики [58]:

2.1. Опитувальник (морфологічний тест життєвих цінностей) МТЖЦ застосовується у дослідженні для виявлення підсвідомих бажань і прагнень людини. Морфологічний тест складається із 112 тверджень. Він дозволяє акумулювати термінальні цінності до рейтингу морально-ділових чи егоїстично-престижних. Саме сюди відносимо такі шкали як «Розвиток себе», «Духовне задоволення», «Креативність», «Активні соціальні контакти», «Власний престиж», «Досягнення», «Матеріальне становище», «Збереження власної індивідуальності». А також опитувальник визначає рівень життєвої сфери, де за допомогою шкал «Сфера професійного життя», «Сфера навчання й освіти», «Сфера сімейного життя», «Сфера громадського життя», «Сфера захоплень», «Сфера фізичної активності» характеризуємо смисложиттєві орієнтації людини, її підхід до життя.

Інтерпретація даних обумовлена значимістю відповідей:

- Якщо твердження НЕ МАЄ ЖОДНОГО ЗНАЧЕННЯ, то зараховуємо 1 бал;
- Якщо твердження МАЄ НЕВЕЛИКЕ ЗНАЧЕННЯ, то зараховуємо 2 бали;
- Якщо твердження МАЄ ПЕВНЕ ЗНАЧЕННЯ, то зараховуємо 3 бали;
- Якщо твердження ВАЖЛИВЕ, то зараховуємо 4 бали;
- Якщо твердження ДУЖЕ ВАЖЛИВЕ, то зараховуємо 5 балів.

Підсумовуючи бали відповідей відповідно до ключа, отримуємо первинні тестові результати. У шкалі достовірності при підрахунку необхідно враховувати знак: всі відповіді зі знаком мінус інвертуються. Так, якщо тестований ставить 5 балів у відповіді на твердження, що відноситься до шкали достовірності, то йому відповідає 1 бал. Якщо ж за твердження з від'ємним значенням випробуваний ставить 1 бал, то йому буде відповідати 5 балів.

До духовно-моральних цінностей відносяться: саморозвиток, духовна радість, креативність і активні соціальні контакти, що відображають морально-ділову спрямованість. До прагматичних цінностей відносимо: престиж, досягнення, матеріальне становище, збереження індивідуальності. Вони, в свою чергу, відображають особистісно-престижну спрямованість особистості.

При всіх низьких значеннях – спрямованість особистості невизначена, без вираженого пріоритетного цілепокладання. При всіх високих балах – спрямованість особистості суперечлива, внутрішньоконфліктна. При високих балах цінностей 1-ї групи спрямованість особистості є гуманістичною, 2-ї групи – прагматичною.

2.2. *Опитувальник А. Реана «Мотивація успіху і страх невдач»* призначений для визначення домінуючої поведінкової мотивації особистості. Мотивація на успіх стосується позитивної діяльності, прийнятті конструктивних рішень. В основі активності людини лежить надія на успіх і потреба в досягненні успіху. Такі люди зазвичай впевнені в собі, у своїх чеснотах, відповідальні, ініціативні й активні. Мотивація на невдачу стосується негативної прерогативи життя людини. У цьому разі її активність пов'язана з потребою уникнути зриву, осудження, покарання, невдачі. У нашому дослідженні даний опитувальник допоможе визначити наявність у респондентів ідей уникнення та ідей негативних очікувань, які з часом можуть трансформуватись у нав'язливі ідеї іпохондричного походження. Керуючись останніми, людина заздалегідь боїться можливої невдачі, думає про шляхи уникнення цієї гіпотетичної невизначеності, а не про способи досягнення успіху [66].

Люди, мотивовані на невдачу, звичайно відрізняються підвищеною тривожністю, низькою впевненістю у своїх силах. Їм характерні ситуативна тривожність, страх щодо прийняття рішень, наявність панічних передумов, які сприяють зародженню іпохондричних навіювань, перенесенням проблеми на пошук неіснуючих симптомів чи хвороб.

Ключ до опитувальника

Вважаються за правильні:

- відповідь «так»: 1, 2, 3, 6, 8, 10, 11, 12, 14, 16, 18, 19, 20;
- відповідь «ні»: 4, 5, 7, 9, 13, 15, 17.

Обробка результатів і критерії оцінки

За кожен збіг відповіді з ключем випробовуваному дається 1 бал. Підраховується загальна кількість набраних балів.

Якщо кількість набраних балів від 1 до 7, то діагностується мотивація на невдачу (боязнь невдачі).

Якщо кількість набраних балів від 14 до 20, то діагностується мотивація на успіх (надія на успіх).

Якщо кількість набраних балів від 8 до 13, то слід вважати, що мотиваційний полюс яскраво не виражений. При цьому можна мати на увазі, що, якщо кількість балів 8 – 9, є певна тенденція мотивації на невдачу, а якщо

кількість балів 12 – 13, є певна тенденція мотивації на успіх. Їх відрізняє наполегливість в досягненні мети, цілеспрямованість.

Мотивація на невдачу відноситься до негативної мотивації. При даному типі мотивації активність людини пов'язана з потребою уникнути зриву, осуду, покарання, невдачі. Взагалі в основі цієї мотивації лежить ідея уникнення та ідея негативних очікувань. Починаючи справу, людина вже наперед боїться можливої невдачі, думає про шляхи уникнення цієї гіпотетичної невдачі, а не про способи досягнення успіху.

Люди, мотивовані на невдачу, зазвичай відрізняються підвищеною тривожністю, низькою упевненістю в своїх силах. Прагнуть уникати відповідальних завдань, а при необхідності рішення надвідповідальних завдань можуть впадати у стан, близький до панічного. Принаймні, ситуативна тривожність у них в цих випадках стає надзвичайно високою. Все це разом з тим може поєднуватися з вельми відповідальним ставленням до справи [66].

2.3. Методика діагностики міжособистісних стосунків Т. Лірі використовувалась нами для вивчення стилю і структури міжособистісних стосунків та їх особливостей, а також дослідження уявлень досліджуваного про своє «Я», ставлення до самого себе. Методика дозволяє виявити зони конфліктів. На основі досліджень міжособистісних стосунків Т. Лірі виділив 8 загальних і 16 конкретизованих варіантів міжособистісної взаємодії, представлених у вигляді кругової діаграми. Поліусні варіанти на цій схемі є протилежними один одному.

Опитувальник складений відповідно до виділених типів міжособистісної поведінки, що являє собою набір із 128 простих лаконічних характеристик – епітетів, які групуються по 16 запитань у 8 октантів, що відображають різноманітні психологічні профілі. Після того як досліджуваний оцінить себе, підраховуються бали за кожним з восьми октантів психограми методики. Кожний плюс оцінюється в 1 бал; таким чином, максимальна оцінка октанта – 16 балів. Кожному із октантів відповідає певний тип міжособистісних стосунків:

- 1) Авторитарний: 1 – 4; 33 – 36; 65 – 68; 97 – 100;
- 2) Незалежний-домінуючий: 5 - 8; 37 – 40; 69 – 72; 101 – 104;
- 3) Агресивний: 9 – 12; 41 – 44; 73 – 76; 105 – 108;
- 4) Недовірливий-скептичний: 13 – 16; 45 – 48; 77 – 80; 109 – 112;
- 5) Покірний-сором'язливий: 17 – 20; 49 – 52; 81 – 84; 113 – 116;
- 6) Заздрісний: 21 – 24; 53 – 56; 85 – 88; 117 – 120;
- 7) Співпрацюючий: 25 – 28; 57 – 60; 89 – 92; 121 – 124;
- 8) Альтруїстичний: 29 – 32; 61 – 64; 93 – 96; 125 – 128.

Характеристики, що не виходять за межі восьми балів, властиві гармонійним особистостям. Показники, що перевищують вісім балів, свідчать про акцентуації властивостей, виявлених даними октантами. Показники на рівні 14 – 16 балів свідчать про труднощі соціальної адаптації. Низькі показники по всіх октантах (0 – 3 бали) можуть бути результатом потаємності і невідвертості досліджуваного. Якщо у психограмі немає октантів, заштрихованих вище чотирьох балів, то дані сумнівні щодо їх достовірності [128].

Перші чотири типи міжособистісних стосунків (1, 2, 3, 4) характеризуються домінуванням неконформних тенденцій і схильністю до дез'юктивних (конфліктних) проявів – (3, 4); незалежністю думки і наполегливістю у відстоюванні своєї точки зору, тенденцією до лідерства і домінування – (1, 2). Другі чотири октанти (5, 6, 7, 8) характеризують протилежну картину: домінують конформні установки, конгруентність у контактах з оточуючими – (7, 8); невпевненість у собі, піддатливість думці оточуючих, схильність до компромісів – (5, 6).

Надалі отримані бали переносяться на діаграму, при цьому відстань від центру круга відповідає числу балів за даним октаунтом (мінімальне значення - 0, максимальна - 16). Кінці таких векторів з'єднуються і утворюють профіль, що відображає уявлення про особистість цієї людини. Окреслений простір заштриховується. Для кожного подання будується окрема діаграма, на якій воно характеризується за вираженістю ознак кожного октаунта. Максимальна оцінка рівня - 16 балів, але вона розділена на чотири ступені вираженості відносин:

0-4 бали - низька:	адаптивна поведінка
5-8 балів - помірна:	
9-12 балів - висока:	екстремальна поведінка
13-16 балів - екстремальна:	патологічна поведінка

У цілому, інтерпретація даних повинна орієнтуватись на домінуванні одних показників над іншими і меншою мірою на абсолютні величини

2.4. Методика дослідження особистості за допомогою модифікованої форми (FPI)

В опитувальника FPI використовується у дослідженні для психодіагностики рівня міжособистісної взаємодії та стійкості людини під час життєтворення. Опитувальник адаптований на вивчення окремих вчинків людини, її міжособистісні комунікації, поглядів на життя. Він містить 12 шкал [57]:

Шкала I «Невротичність» характеризує рівень невротизації особистості. Високі оцінки відповідають вираженому невротичному синдрому астенічного

типу зі значними психосоматичними порушеннями.

Шкала II «Спонтанна агресивність» дозволяє виявити й оцінити психопатизацію інтротенсивного типу. Високі оцінки свідчать про підвищений рівень психопатизації, що створює передумови для імпульсивної поведінки.

Шкала III «Депресивність» дає можливість діагностувати ознаки, характерні для психопатологічного депресивного синдрому. Високі оцінки за шкалою відповідають наявності цих ознак в емоційному стані, у поведінці, у ставленні до себе й до соціального середовища.

Шкала IV «Дратівливість» дозволяє судити про емоційну стабільність. Високі оцінки свідчать про нестійкий емоційний стан зі схильністю до афективного реагування.

Шкала V «Товариськість» характеризує як потенційні можливості, так і реальні прояви соціальної активності. Високі оцінки дозволяють говорити про наявність вираженої потреби в спілкуванні й постійній готовності до задоволення цієї потреби.

Шкала VI «Урівноваженість» відображає стабільність до стресу. Високі оцінки свідчать про гарну захищеність до впливу стрес-факторів звичайних життєвих ситуацій, що базуються на впевненості в собі, оптимістичності й активності.

Шкала VII «Реактивна агресивність» має на меті виявити наявність ознак психопатизації екстратентивного типу. Високі оцінки свідчать про високий рівень психопатизації, що характеризується агресивним ставленням до соціального оточення й вираженим прагненням до домінування.

Шкала VIII «Сором'язливість» відображає схильність до стресового реагування на звичайні життєві ситуації, які протікають по пасивно-оборонному типу. Високі оцінки за шкалою відображають наявність тривожності, скутості, невпевненості, наслідком чого є складнощі в соціальних контактах.

Шкала IX «Відкритість» дозволяє характеризувати ставлення до соціального оточення й рівень самокритичності. Високі оцінки свідчать про прагнення до довірливо-відвертої взаємодії з оточуючими людьми при високому рівні самокритичності. Оцінки за даною шкалою можуть тією чи іншою мірою сприяти аналізу щирості відповідей досліджуваного при роботі з даним опитувальником, що відповідає шкалам неправди інших опитувальників.

Шкала X «Екстраверсія – інтроверсія». Високі оцінки за шкалою відповідають вираженій екстравертованості особистості, низькі – вираженій інтровертованості.

Шкала XI «Емоційна лабільність». Високі оцінки вказують на нестійкість емоційного стану, що проявляється в частинах коливання настрою, підвищеної

збудливості, дратівливості, недостатній саморегуляції. Низькі оцінки можуть характеризувати не тільки високу стабільність емоційного стану як такого, але й гарне вміння володіти собою.

Шкала XII «Маскулінність-фемінність». Високі оцінки свідчать про протікання психічної діяльності характерні чоловічому типу, низькі – жіночому.

Загальна кількість питань – 114. Шкали опитувальника I – IX є основними або базовими, а X – XII – похідними, інтегруючими. Похідні шкали складені з питань основних шкал і позначаються іноді не цифрами, а буквами E, N, M відповідно. Отримані результати за даною методикою свідчатимуть про визначеність людини у житті або ж її дезорганізованість, що характеризуватиме її психопатологічні настрої [57].

2.5. *Методика «Індекс життєвого стилю» (LSI)* спрямована на визначення домінантної диспозиції опитуваних стосовно рівня невротизації особистості та її схильності до іпохондричних навіювань, психопатизації інтротенсивного типу. Вона дає можливість продіагностувати схильність людини до параноїдальної поведінки, диспозиції істерії та манії, диспозиції агресії і депресії, нав'язливих станів і obsесивної поведінки. У нашому дослідженні ми використовуємо дану методику в умовах пізнання вчинків, дій, переживань людини, стосовно її повсякденного життя. І керуємось побудовою індивідуального профілю досліджуваного в аспекті формування особистості.

Інтерпретація результатів: ключ до тесту відповідає шкалам від А до Н, де:

- A* – диспозиція манії, максимум балів 13, один бал 7,692%
- B* – диспозиція істерії, максимум балів 12, один бал 8,333%
- C* – агресивна диспозиція, максимум балів 14, один бал 7,142%
- B* – диспозиція психопатії, максимум балів 10, один бал 10%
- E* – депресивна диспозиція, максимум балів 13, один бал 7,692%
- F* – параноїдальна диспозиція, максимум балів 13, один бал 7,692%
- G* – пасивна диспозиція, максимум балів 12, один бал 8,333%
- H* – obsесивна диспозиція, максимум балів 10, один бал 10%.

Далі одержуємо «сирі» бали, шляхом множення на відсоток одного бала відповідної диспозиції. Потім, переведені у відсотки, диспозиції порівнюються за виразністю, й будується індивідуальний профіль досліджуваного. В аспекті цього за результатами психоеволюційної теорії емоцій Роберта Плутчика і структурної теорії особистості Генрі Келлермана використовуємо «Психодіагностичну систему Келлермана-Плутчика», яка лягла в основу психодіагностичної методики «Індекс життєвого стилю» (Life Style Index). Ця

система дозволяє визначити рівень напруженості за вісьмома основними психологічними захистів, вивчити ієрархію системи психологічного захисту та оцінити загальну напруженість всіх вимірюваних захистів (ОНЗ), тобто середнього арифметичного з усіх вимірів 8 захисних механізмів. За допомогою ключа визначається напруженість захисту, яка дорівнює $n / N \times 100\%$, де n – число позитивних відповідей за шкалою даного захисту, N – число всіх тверджень шкали. Тоді ОНЗ в цілому дорівнює $S_n / 92 \times 100\%$, де S_n – сума всіх позитивних відповідей за опитувальником. За допомогою даної методики можна підрахувати найбільш високий індекс напруженості кожної із захистів у респондентів однорідної групи, визначити наявність або відсутність кореляції між напруженістю окремих захистів і ОНЗ, а також порівняти дані показники з показниками іншої незалежної групи [272].

2.6 Опитувальник Плутчика-Келлермана-Конте (Life Style Index) призначений для вивчення особливостей психологічних захистів. Згідно з представленими автором твердженнями, ми вивчаємо почуття, поведінку і реакції людей у певних життєвих ситуаціях. Вісім еґо-захисних механізмів формують вісім окремих шкал, числові значення яких виводяться з числа позитивних відповідей на певні вказані нижче твердження (за текстом опитувальника), поділених на число тверджень у кожній шкалі. Напруженість психологічного захисту підраховується за формулою (число «+»/n – число тверджень) $\times 100\%$.

Назви шкал: витіснення, регресія, заміщення, заперечення, проекція, компенсація, гіперкомпенсація, раціоналізація.

2.7 «Методика діагностики соціально-психологічної адаптації К. Роджерса та Р. Даймонда» призначена для вивчення особливостей соціально-психологічної адаптації особистості та її індивідуальних характеристик. Автори виділяють 6 інтегральних показників: «Адаптація», «Прийняття інших», «Інтернальність», «Самосприйняття», «Емоційна комфортність», «Прагнення домінування» для вивчення особистісного профілю людини. Інтерпретація здійснюється у відповідності до нормативних даних, розрахованих окремо для підлітків і дорослої вибірки осіб. В опитувальнику містяться висловлювання про людину, її стиль життя, переживання, звички та поведінку. Він містить 101 твердження, значиме у конфігурації людських вчинків чи ситуацій. У нашому дослідженні дана методика сприятиме вивченню стилю життя опитуваних, їх задоволеністю життям, здатністю до переосмислення цінностей у разі регенеративних кроків щодо відновлення здоров'я [57].

Кожне твердження вимірюється за 5-бальною шкалою: «0» балів – якщо вислів не є значимим;

- «1» бал – якщо значимість сумнівна;
- «2» бали – якщо значимість суттєва;
- «3» бали – якщо вислів притаманний судженню про себе;
- «4» бали – якщо схожість з висловлюванням досить істотна;
- «5» балів – якщо вірогідність істинна у твердженні.

Результати «до» зони невизначеності інтерпретуються як надто низькі, а «після» найвищого показника в зоні невизначеності – як високі. Параметри дослідження висліджуються у такій інтернальності:

- 1) адаптивність – дезадаптованість;
- 2) прийняття себе – несприйняття себе;
- 3) прийняття інших – несприйняття інших;
- 4) емоційний комфорт – емоційний дискомфорт;
- 5) внутрішній контроль – зовнішній контроль;
- 6) домінування – підкорення;
- 7) ескіпізм (втеча від проблем).

2.8. *«Діагностика самоактуалізації особистості»* (А. В. Лазунін в адаптації Н. Ф. Каліна) призначений для визначення рівня самоактуалізації особистості. Ми застосовуємо дану методику з розрахунку для спостереження за поведінковим компонентом самосвідомості людини. Ми прагнемо продіагностувати диференційні відмінності між психологічно здоровими людьми, представленими як студенти (КГ), і психосоматично хворими з іпохондричною поведінкою (ЕГ). Простежити, як саме склалось життя останніх на етапі формування особистості в умовах нереалізованих ідей, знівечених планів. Методика включає в себе 100 парних тверджень, із яких у процесі опитування потрібно обрати одне, розподілених по 11 шкалах, а також сприяє вирахуванню загального показника самоактуалізації. Враховуючи показник самоактуалізації, ми спробуємо активувати діяльність у нереалізованих осіб. Серед основних шкал відзначимо [57]:

Шкала «Орієнтація у часі» показує, наскільки людина живе сьогоденням, не відкладаючи життя «на потім» і не намагаючись знайти прихисток у минулому. Високий результат характерний для осіб, які добре розуміють екзистенційну цінність життя «тут і тепер», здатних насолоджуватись актуальним моментом, не порівнюючи його з минулими радощами. Низький результат – це люди, невротично занурені в минулі переживання, із завищеними прагненнями до досягнень, домисливі й невпевнені в собі.

Шкала «Цінності». Високий бал за цією шкалою свідчить про те, що людина поділяє цінності особистості, що самоактуалізується, до числа яких А. Маслоу відносив такі, як істина, добро, краса, цілісність, відсутність роздвоєності, досконалість, життєвість, унікальність, порядок, простота, легкість

без досягнень, зусиль, гра, самодостатність. Надання переваги саме цим цінностям вказує на прагнення до гармонічного буття та здорових відношень з людьми, далеких від бажання маніпулювати ними в своїх інтересах.

Шкала «Погляд на природу людини» може бути позитивною (висока оцінка) або негативною (низька). Ця шкала описує віру в людей, у могутність людських можливостей. Високий показник може інтерпретуватись як стійка основа для щирих та гармонійних міжособистісних стосунків, природна симпатія і довіра до людей, чесність, неупередженість, доброзичливість.

Шкала «Потреба в пізнанні» за високими балами характерна для особистості, що самоактуалізується, завжди відкритої для нових вражень. Ця шкала описує здатність до буттєвого пізнання – безкорисливу жагу нового, інтерес до об'єктів, що не пов'язаний прямо з задоволенням будь-яких потреб. Таке пізнання, вважав А. Маслоу, більш точне й ефективне, оскільки його процес не спотворюється бажаннями і потягами. Людина при цьому не схильна судити, оцінювати і порівнювати. Вона просто бачить те, що є, і цінує це.

Шкала «Креативність» як потяг до творчості – обов'язковий атрибут самоактуалізації, яку можна назвати творчим відношенням до життя.

Шкала «Автономність», на думку більшості гуманістичних психологів, є головним критерієм психічного здоров'я особистості, її цілісності та повноти. Це поняття тяжіє до таких рис, як життєвість (aliveness) і самопідтримка (self-support) у Ф. Перлза, спрямованість зсередини (inner-directed) у Д. Рисмена, зрілість (ripeness) у К. Роджерса. Особистість, що самоактуалізується автономною, незалежною і вільною, однак це не означає відчуження, і самотійності. В термінах Е. Фрома автономність – це позитивна «свобода для» на відміну від негативної «свободи від».

Шкала «Спонтанність» – це якість, що витікає із впевненості в собі і довіри до оточуючого світу, властивих самоактуалізованим людям. Високий показник за цією шкалою свідчить про самоактуалізацію, яка стала способом життя, але не є мрією або потягом. Здатність до спонтанної поведінки фруструється культурними нормами, в звичайному вигляді її можна спостерігати хіба що у маленьких дітей. Спонтанність співвідноситься з такими цінностями, як свобода, природність, гра, легкість без зусиль.

Шкала «Саморозуміння». Високий показник за цією шкалою свідчить про чутливість, сенситивність людини до своїх бажань та потреб. Такі люди вільні від психологічного захисту, який відокремлює особистість від власної сутності, вони не змінюють власні смаки і оцінки зовнішніми соціальними стандартами. Показники за шкалами саморозуміння, спонтанності й аутосимпатії, як правило, пов'язані між собою. Низький бал за шкалою саморозуміння властивий людям невпевненим, що орієнтуються на думку оточуючих.

Шкала «Аутосимпатія» – природна основа психічного здоров'я і цілісності особистості. Низькі показники мають люди невротичні, тривожні, невпевнені у собі. Аутосимпатія зовсім не означає самозадоволення чи некритичного самосприйняття, це добре усвідомлена позитивна «Я-концепція», що слугує витоком стійкої адекватної самооцінки.

Шкала «Контактність» вимірює товариськість особистості, її здатність до налагодження міцних і доброзичливих відносин із оточуючими. Високий бал, за її показниками, характеризується схильністю до взаємно корисних і приємних контактів із іншими людьми як необхідна основа синергічної установки особистості.

Шкала «Лабільність у спілкуванні» співвідноситься з наявністю чи відсутністю соціальних стереотипів, здатністю до адекватного самовираження у спілкуванні. Високі показники свідчать про аутентичну взаємодію з оточуючими, здатності до саморозкриття. Низькі показники характерні для людей ригідних, невпевнених у своїй привабливості, в тому, що вони цікаві співбесідники тощо.

Шкали №1, 3, 4, 8, 10, 11 мають по 10 пунктів, в той час як інші – по 15. Для отримання співставлених результатів кількість балів за даними шкалами потрібно помножити на 1.5. Також отримати результат у відсотках, вирішивши таку пропорцію: 15м балів (максимум по кожній шкалі) складають 100%, а число набраних балів складає x%.

2.9. Методика діагностики рівня соціальної фрустрованості Вассермана-Бойко

Методика спрямована на визначення рівень соціальної фрустрованості людини. Фрустрація розуміється як психічний стан, який виявляється у характерних особливостях переживань і поведінки людини, котрі викликані об'єктивно непереборними (чи суб'єктивно так сприйнятими) труднощами, які виникають на шляху до досягнення мети чи вирішення завдання.

Процес дослідження за даною методикою полягає в тому, що досліджуваному пропонується оцінити рівень своєї задоволеності за 20 питаннями, що характеризують різні аспекти його соціальних взаємодій і сприйняття навколишньої соціальної ситуації шляхом позначення відповідної клітини справа від кожного з цих питань [272, с. 157–159]. У нашому дослідженні було використано модифікований О.М. Кокуном варіант методики для студентів [146].

Позначення досліджуваним клітини “повністю задоволений” дає 1 бал; “скоріше задоволений” – 2 бали; “важко сказати” – 3 бали; “скоріше не задоволений” – 4 бали; “повністю не задоволений” – 5 балів. Для отримання підсумкового результату обраховується середнє значення отриманих балів за всіма 20 питаннями.

Одержаний показник рівня соціальної фрустрованості інтерпретується у такий спосіб:

- 1) 1 бал – відсутність соціальної фрустрованості;
- 2) 1,05 – 1,45 бала – дуже низький її рівень;
- 3) 1,5 – 1,95 бала – знижений рівень;
- 4) 2,0 – 2,45 бала – невизначений рівень;
- 5) 2,5 – 2,95 бала – помірний рівень;
- 6) 3,0 – 3,45 бала – збільшений рівень;
- 7) 3,5 – 4 бали – дуже високий рівень соціальної фрустрованості.

2.10. *Висбаденський опитувальник Н. Пезешкіана (WIPPF)* призначений для оцінки характеріологічних і особистісних особливостей партнерів у ситуації конфлікту. Концепція Н. Пезешкіана будується на позитивному баченні людини та визначає модель конфлікту таким чином [259]:

- стратегії поведінки в конфлікті;
- зразки конфліктної поведінки, запозичені у колі сім'ї;
- особливості особистості досліджуваного.

Таким чином, на думку автора, кожен конфлікт відображає нинішні проблеми суб'єкта. Опитувальник являє собою чотири вербальних тести: перша бесіда із пацієнтом, субтест, що заповнює сам опитувальний, календар спостережень для ефективності лікування і оцінки пацієнтом, «кишеньковий» щоденник психолога для записів щодо лікування хворого. Субтест або опитувальник являє собою текст із 85 тверджень і 27 шкал: до кожної шкали відноситься по 3 запитання, за винятком 24-ї шкали «Я», яка ділиться на дві підшкали («мама» і «батько»), в які входять теж три запитання. Для оцінки результатів опитувальника пропонується спеціальний бланк. У нашому дослідженні ми керуємось доробками Н. Пезешкіана у вивченні індивідуальних (внутрішньоособистісних) і соціальних (часто сімейних) конфліктів, які лежать в основі генезу іпохондричних розладів.

Відповідаючи на питання методики, необхідно відзначити вибране твердження за 4-бальною шкалою: 4 бали – завжди, 3 бали – часто, 2 бали – рідко, 1 бал – ніколи.

3. Метод експертних оцінок

Експертам, у ролі яких виступали досвідчені викладачі та лікарі досліджуваних осіб, пропонувалось за 10-бальною шкалою оцінити ступінь виявлення таких позитивних та негативних для професійно-навчальної діяльності цих представників якостей як: потреба в пізнанні, контактність, автономність, гнучкість у спілкуванні, креативність, психологічна ураженість (невротичність), агресивність, загальна відповідність обраній спеціальності.

4. Спостереження.

Спостереження застосовується нами для вивчення конфліктів різного рівня. Метод збору первинної інформації про об'єкт, що вивчається, шляхом цілеспрямованого, безпосереднього сприйняття і фіксації травмуючих подій. Воно дозволяє оцінити дії багатьох чинників у разі виникнення рівня тривожності, їх значимість і упередженість. До переваг методу спостереження відносять те, що він дає змогу фіксувати події в момент їх перебігу, а також одержувати інформацію про дії індивідів незалежно від їх установки на “бажану” поведінку.

Спостереження як додатковий метод нашого дослідження має такі різновиди як безпосереднє, вибіркове (фіксація уваги на певних параметрах поведінки чи типах поведінкових актів), несистематичне та неформалізоване (важливими є не фіксація причинних залежностей і строгий опис явищ, а створення певної узагальненої картини поведінки індивіда чи групи в певних умовах), включене і невключене.

5. Бесіда (Структурне інтерв'ю за Отто Кернбергом).

Структурне інтерв'ю за Отто Кернбергом допомагає провести диференційну діагностику пограничних психопатологічних станів, а також забезпечує інформацією щодо наслідків і показань до й після встановлення діагнозу. Зорієнтоване на вивчення основних мотивів хворого, його здатності до інтроспекції і співробітництва, дозволяє оцінити потенційну можливість психопатологічної декомпенсації з іпохондричними проявами.

Структурне діагностичне інтерв'ю поєднує психоаналітичне спостереження, яке спрямоване на співпрацю хворого та психолога, з психоаналітичною технікою інтерпретації конфліктів і захисних дій, що проявляються у разі цієї взаємодії. Мета цього методу дослідження полягає у тому, щоб виявити як ключову симптоматику іпохондричного розладу, так і приховану за ним структуру особистості. Важливою особливістю цього підходу є його циклічна природа. Образ ключових симптомів, розміщених навколо діаграми інтерв'ю, допомагає психологу неодноразово повертатись до одного і того ж психічного явища первинного етапу опитування на більш пізніх стадіях, перевіряючи свої враження від спілкування з хворим. Психолог сконцентровує увагу на важливих симптомах, досліджуючи їх у міру того, як вони з'являються «тут і тепер», використовуючи пояснення, конфронтацію, інтерпретацію показань і спостереження за відповідними реагуваннями хворого, від яких і залежить саме інтерв'ю [301].

Основними завданнями цього методу є дослідження суб'єктивного внутрішнього світу людини, спостереження за її поведінкою під час бесіди й розуміння власних емоцій щодо поведінки хворого, оскільки саме вони допомагають виявити природу прихованих об'єктних відносин. Психолог оцінює усі відхилення в емоціях, мисленні і поведінці хворого та відкрито й тактвно обговорює з ним свої спостереження, примічаючи його схильність до

емпатії і переживань самого слухача. На основі цього методу ми діагностуємо основні відмінності невротичних, пограничних і психотичних структур, безпосередньо диференціюємо іпохондричні розлади з психопатологічними проявами. Метод включає в себе початкову, середню і кінцеву фази.

У нашому дослідженні, згідно з цим методом, діагностувались іпохондричні задатки у студентів та хворих. Акцентувалась увага на розкритті індивідуально-особистісних, професійних і психосоціальних якостей, що відображають їх схильність до зародження і розвитку іпохондричних розладів.

6. Методи статистичної обробки даних

У результаті статистичної обробки даних психодіагностичних досліджень використано методику перевірки вірогідності різниць вибірок у розподілі ознак за допомогою критерію χ^2 К. Пірсона, коефіцієнт рангової кореляції Ч. Спірмена – r_s , що дозволяє оцінити силу та напрям узгодженості змін, і ймовірного зв'язку між двома ознаками, та t-критерій Ст'юдента, для виявлення відмінностей у середніх значеннях показників у двох вибірках.

Таким чином, розглянувши вищезазначені психодіагностичні методи розвитку іпохондричних розладів особистості, вкажемо, що прерогативою нашого дослідження є формування та відновлення психосоматичного здоров'я людини. Загалом стан оптимального функціонування організму людини залежить від організації особистості, її реалізації у професійному вимірі, у самозбереженні та ідентифікації з іншими соціальними суб'єктами тощо. Здійснюючи теоретичний аналіз проблеми становлення і розвитку іпохондричних розладів, акцентуємо увагу на відновленні здоров'я людини та формуванні гармонійної особистості в цих умовах. Активізувались пошуки моделі, яка здатна увібрати в себе головне у професійній практиці: від техніки до відчуття відповідальності. У цій моделі поєднуються стійкі елементи (вони надають їй якісної відповідальності за безпеку життєдіяльності, за особистісне зростання, за самоконтроль, за формування відношення до хвороби, за становлення Я-концепції тощо) та гнучкі перемінні компоненти, які знаходяться у залежності від обставин місця і часу, об'єктивних і суб'єктивних факторів.

Однак при дослідженні людини в її суб'єктній цілісності недостатньо виявляти середньостатистичні дані, всезагальні закономірності, неможливо із вихідних психічних елементів конструювати суб'єктність людини, проникати в її духовну цілісність. Суб'єктні якості людини не можна розкрити шляхом тільки теоретичного чи емпіричного пізнання, їх треба, пізнаючи, розуміти. На наш погляд, дослідження психологічного статусу особистості в аспекті генезу іпохондричних розладів у ситуації психосоматичного порушення має комплексну основу за її прямими та побічними показниками, а також її протекції на психологічному,

мотиваційному, соціальному і професійному рівнях, про що йтиметься у наступних розділах, характеризуючи інтерпретаційні особливості цієї взаємодії.

Висновки до II розділу

Теоретична база дослідження побудована на принципах мультимодальної психодіагностики, на принципах об'єктивності, науковості, системності та комплексності. У межах цих підходів були застосовані відповідні методи дослідження, зокрема порівняльно-історичний та проблемно-хронологічний. Важливу роль для проведення структурно-функціонального аналізу зібраних матеріалів, з'ясування причинно-наслідкових зв'язків і проведення необхідних статистичних підрахунків відіграли міждисциплінарні методи дослідження. Теоретико-методологічний інструментарій, застосований під час написання роботи, ґрунтується на сучасній методології пізнання психологічних явищ і процесів. Його застосування сприяло розкриттю теми дослідження, досягненню поставленої мети й отриманню нових обґрунтованих знань.

1. Вказано, що під час захворювання відбувається переструктурування, зміна інформаційних і енергетичних компонентів стану. Доведено, що іпохондричні розлади є передумовою виникнення соматичних захворювань. Їх первинний генезис становить нозологічну форму прояву й відображає центральні переживання людини за складом важкості хвороби. У разі їх протікання як низки супутніх симптомів відмічаємо їх плинність у вигляді синдрому. Відзначено, що соматичне захворювання не прямо моделюється відповідно стану переживання, а відображає процес складний і опосередкований. Досліджено, що зміни відбуваються у самих станах, які інтерпретуються в іпохондричні розлади.

2. На основі аналізу сутності та складових досліджуваної проблеми визначено й обґрунтовано причини зародження і розвитку іпохондричних розладів особистості та складові моделі, в яких розкривається зміст і методика проведення психологічного експерименту в три блоки: концептуально-цільовий блок, теоретико-методологічний блок, адаптивно-компенсаторний блок.

Концептуально-цільовий блок характеризується визначенням основних проблем психологічної стійкості та адаптації в осіб із іпохондричними розладами, в аспекті яких було враховано значимість механізмів психологічного захисту, професійні проблеми, психофізіологічні проблеми, онтогенетичні проблеми, психокорекційні проблеми зародження цієї симптоматики. А також розкрито змістовність та критерії іпохондричних розладів особистості згідно міжнародної класифікації МКБ -10. Відзначено соматогенії, соціальну дезадаптацію і ятрогенні неврози як мірило прояву іпохондричних навіювань за міжнародною ознакою.

Теоретико-методологічний блок обґрунтовує механізми і чинники розвитку ІР особистості (скарги на психосоматичне недомагання): скарги

першого рівня символізують міжособистісний конфлікт; проблеми на другому рівні відносяться до скарг типу сімейні конфлікти; третій рівень скарг характеризують когнітивні та поведінкові проблеми особистості; на четвертому рівні мають значення скарги спричинені емоційними конфліктами; порушення розвитку й особистісні розлади характерні для п'ятого рівня скарг; шостий рівень скарг характеризується біологічними чинниками розвитку ІР, спричинених спадковістю. Розкрито механізми розвитку іпохондрії згідно психосоматичних концепцій.

З урахуванням вищезазначених складових моделі психодіагностичного вивчення іпохондричних розладів особистості, представлено такі форми іпохондричного синдрому: небредові форми прояву ІР (тривожно-іпохондричний синдром, астено-іпохондричний синдром, іпохондрично-сенестопатичний синдром, депресивно-іпохондричний синдром), бредово-іпохондричний синдром (паранойяльний іпохондричний синдром, параноїдний іпохондричний синдром, парафреничний іпохондричний синдром, синдром Котара, або нігілістичне марення).

Адаптивно-компенсаторний блок представлено в дослідженні у вигляді адаптивно-компенсаторних патернів формування особистості з ІР, в основі яких ключовими психологічними показниками пристосованості організму до іпохондрії є когнітивний рівень, емоційний рівень, поведінковий рівень.

На *поведінковому рівні* формування особистості з іпохондричними розладами домінує кінестетичне орієнтування у соціумі, пов'язане з гіперчутливістю до сприйняття тілесних змін, різного виду відчуттів, що виникають у сомі й складають дефіцит образного мислення. Розвиток захворювання у даній категорії людей базується на фіксуванні своєї уваги на змінах, що відбуваються в організмі.

Когнітивний аспект інтерпретації особистістю іпохондричних розладів базується на розумінні людиною істинності оптимального стану функціонування організму, в основі чого є психосоціальне реагування на захворювання і поведінка хворого. Характерними для іпохондриків особливостями поведінки є:

- 1) захопленість своїм захворюванням – така людина повністю зосереджена на симптомах, наслідках і лікуванні уявної хвороби;
- 2) особливе ставлення до свого тіла – пацієнти витрачають багато часу на те, щоб стежити за температурою, пульсом та іншими фізіологічними показниками;
- 3) вибірковість – при даному розладі хворий фільтрує інформацію ззовні, вибираючи тільки ту, яка, на його думку, пов'язана з його хворобою;
- 4) уникнення – іпохондрики намагаються уникати обставин і ситуацій, які можуть викликати загострення існуючої або розвиток нової хвороби [301].

Емоційна сфера особистостей з рисами іпохондрії слабо диференційована, афекти неадекватні, уява розвинена недостатньо, рівень абстрактно-логічного мислення невисокий. Диференційна відмінність також характеризується нерозвиненою фантазією, тенденцією до імпульсивності, бідністю міжособистісних зв'язків. Типові також інфантилізм, надмірний прагматизм, дефіцит рефлексії, емоційна нестійкість з частими «зривами». Їх переважаючий спосіб життя – дія. Взаємодія з такими людьми приносить відчуття нудьги і безглуздості контакту.

3. Зображено іпохондричний тип особистості, який характеризується зосередженістю на суб'єктивних неприємних відчуттях і прагненням донести їх до оточуючих, створюючи навколо себе ауру співчуття і жалю. Вказано егоцентричні наміри людини стосовно її порятунку та адекватності життя. Побудовано психологічний портрет особистості з іпохондричними розладами соматоформного типу для розробки алгоритму хронобіологічного прогнозу психосимптоматики, перебігу, ефективності лікування та оптимізації адаптаційних можливостей хворих на іпохондричні розлади.

4. Обґрунтовано основні структурні компоненти механізмів генезу іпохондричних розладів як деструктивного особистісного утворення. Розкрито взаємозв'язки індивідуального розвитку в умовах дезадаптації особистості й психосоматичного здоров'я. Походження симптоматики, що імітує тілесну патологію, пояснюється механізмами конверсії в результаті відсутності адаптивного психологічного захисту.

5. Представлено характеристику методичного забезпечення психологічного дослідження іпохондричних розладів особистості з урахуванням методів дослідження індивідуально-особистісних властивостей людини при наявності схильності до іпохондричної хвороби та методів дослідження особистості, обумовлених особистісною дезорієнтацією та кризовим перебігом життєвих подій.

6. Для проведення емпіричного дослідження нами були обрані такі методи: загальні опитувальники (анкетування) : авторський опитувальник схильності особистості до іпохондричних розладів (дод. А), скринінг первинного обстеження груп за клінічними показниками у осіб із іпохондричними розладами у ситуації психосоматичного захворювання з метою виявлення їх частоти ознак, карта первинного огляду хворого (дод. Б.), Мультимодальний опитувальник життєвої історії (дод. В.). До методів психологічної діагностики відносимо такі: Опитувальник МТЖЦ (морфологічний тест життєвих цінностей), Вісбаденський опитувальник Н. Пезешкіана, Опитувальник А. Реана «Мотивація успіху і страх невдач», Методика діагностики міжособистісних відносин Т. Лірі, Методика дослідження особистості за допомогою модифікованої форми В опитувальника FPI, Опитувальник Плутчика-Келлермана-Конте (Life Style Index) для

визначення «Індексу життєвого стилю» (LSI), «Методика діагностики соціально-психологічної адаптації К. Роджерса та Р. Даймонда», «Діагностика самоактуалізації особистості» (А. Лазунін в адаптації Н. Каліна), Методика діагностики рівня соціальної фрустрованості Вассермана-Бойка. А також було застосовано метод експертних оцінок, спостереження (карта спостереження – дод. Г) і бесіду (Структурне інтерв'ю за Отто Кернбергом) і методи статистичної обробки даних (за методикою перевірки вірогідності різниць вибірок у розподілі ознак за допомогою критерію χ^2 К. Пірсона, коефіцієнт рангової кореляції Ч. Спірмена – r_s , що дозволяє оцінити силу та напрям узгодженості змін, і ймовірного зв'язку між двома ознаками, та t-критерій Ст'юдента, для виявлення відмінностей у середніх значеннях показників у двох вибірках).

Вважаємо, що іпохондричні розлади, часто спровоковані професійною дезадаптивністю чи виснаженням тому задля їх профілактики пропонуємо культурологічний підхід, впроваджений у структуру навчального процесу. Необхідність формування культури безпеки у фахівців різних професій є концептуальною основою професіоналізму майбутнього фахівця та регенеративним чинником у працюючих. Однією з ключових компетенцій фахівця XXI ст. є збереження оптимального стану функціонування організму людини, що передбачає високу міру відповідальності за професійну та особистісну безпеку, уміння ефективно оперувати інформаційними даними згідно зі специфікою своєї професійної діяльності на основі використання сучасних інформаційних технологій. Актуальною проблемою сьогодення є створення мережі освіти та науки, яка базується на сформованій культурі безпеки, в першу чергу, у студентів, розвиток безперервного професійного навчання на основі інноваційних та безпечно орієнтованих технологій.

Отож, завданням сучасної професійної освіти є високопрофесійна підготовка молоді до сучасних і майбутніх ринкових відносин, орієнтація у свідомості власного вибору та конкурентоспроможності, у збереженні культури безпеки усіх сфер життєдіяльності людини, її спроможність бути гідним громадянином і патріотом українського суспільства, забезпечувати сталий розвиток держави.

Перспективою подальших досліджень даної проблеми є розробка програми профілактики з метою попередження розвитку іпохондричних розладів, активація рефлексивних механізмів створення індивідуальної стратегії подолання іпохондричних розладів особистості; формування елементів навчальної компетентності у вимірі власних можливостей; створення діалогічного середовища для саморозвитку навичок конструктивної міжособистісної взаємодії; фасилітація активної життєвої позиції тощо.

РОЗДІЛ III

ЕМПІРИЧНЕ ВИВЧЕННЯ ГЕНЕЗИ РОЗВИТКУ ІПОХОНДРИЧНИХ РОЗЛАДІВ ОСОБИСТОСТІ З УРАХУВАННЯМ ПОРУШЕНЬ СОМАТОФОРМНОГО ТИПУ

У третьому розділі роботи ми представили результати констатувального дослідження щодо зародження і розвитку іпохондричних розладів особистості та надали їх характеристику.

Наше дослідження було проведене з метою визначення особливостей прояву іпохондричних розладів у осіб з іпохондричною симптоматикою і у групах досліджуваних без цієї ознаки, а також диференціації їх відмінностей для установлення психодіагностичних параметрів. Загальна вибірка за номінативним маркером «психосоматичне здоров'я» (194 особи) була сформована за даними медичного професійно-консультативного висновку (форми № 086). Впродовж проведення цього дослідження ми скористались також опитувальниками й для обох груп осіб для визначення їх диференційних відмінностей у життєтворенні: визначено наявність ознак за авторським опитувальником схильності особистості до іпохондричних розладів (описаним нижче та поданим у додатку А), здійснено скринінг первинного обстеження груп за клінічними показниками у осіб із іпохондричними розладами у ситуації психосоматичного захворювання (1200 осіб) з метою їх виділення у групи (ЕГ₁ і ЕГ₂) за шуканою ознакою та відібрано за кількістю у 200 осіб, також використано карту первинного огляду хворого для діагностики анамнезу захворювання, розкрито загальну інформацію про індивіда та його сімейного й соціального стану (дод. Б) і мультимодальний опитувальник життєвої історії для аналізу реальних проблем поведінки людини (дод. В) за С. А. Кулаковим.

Надалі нами було використано методи психологічної діагностики, інтерпретацію результатів яких подаємо у підрозділі 3.2 (394 особи). За допомогою цього психодіагностичного дослідження було встановлено взаємозалежність зародження та розвитку іпохондричних розладів особистості та соматичних проявів у разі оптимального функціонування її організму під час виконання професійних обов'язків.

3.1. Причини та прояви зародження і розвитку іпохондричних розладів особистості у соціометричному вимірі

У підрозділі 3.1 виділено контрольну групу осіб (КГ₁) у кількості 86 осіб, згідно з «формою № 086» за ознаками психосоматичного здоров'я і вибірку осіб із схильністю до розвитку іпохондричних розладів (КГ₂) – 105 осіб, у якій спостерігаємо деяку невідповідність особистісних потенціалів і поведінки внаслідок соматичної дисфункції організму та охарактеризовано осіб із іпохондричними розладами (ЕГ₁ і ЕГ₂). Оцінюючи результати авторського опитувальника (дод. А), зазначимо, що КГ₂ у пригніченій агресивності, психосоматозах, внутрішньоособистісних конфліктах, нереалізованих бажаннях, відчутті провини, психологічній відмові від майбутнього, втраті віри та оптимізму, підвищеній тривожності за основними скаргами під час психодіагностичної бесіди. Надалі диференційні відмінності наших досліджуваних за соматичною ознакою і їх чинники дисфункції психологічних порушень показано у таблиці 3.1.

Авторський опитувальник призначений для вимірювання схильності до іпохондричних розладів у людини, за допомогою якого виділяємо наявність соматичних скарг за кардіологічним типом, порушень шкіряного покриву та дисфункції органів шлунково-кишкового тракту (ШКТ). Інші системи органів організму людини нами ігнорувались, оскільки були відсутні на них посилення під час анкетування і співбесіди з опитуваними. Згідно з ним висока кількість балів свідчить про іпохондричну схильність у досліджуваного за такими параметрами:

- від 0 до 10 балів – даний результат говорить про відсутність схильності до іпохондричного розладу, що у деяких випадках може означати про приділення більшої уваги своєму фізичному здоров'ю і загартуванню організму;
- від 11 до 20 балів – означає низьку схильність до захворювання, бо за результатом тесту може вказувати на важливість медичних обстежень і відповідальності у ставленні до власного здоров'я;
- від 21 до 30 балів – така кількість балів означає сильну стурбованість перед можливими захворюваннями, що свідчить на користь високої схильності до іпохондрії;
- від 31 до 48 балів – означає високу ймовірність наявності однієї з форм іпохондричного синдрому. Щоб підтвердити або спростувати цей факт, варто звернутися до фахівця.

Таблиця 3.1.

Психосоматичні чинники у генезі іпохондричної хвороби в осіб КГ₂

п/п	Чинники дисфункції психологічних порушень	Скарги соматичного характеру		
		ССС (у%)	ШКТ (у%)	Недоліки шкірних покривів (у %)
1.	Підвищена тривожність	57 (59 осіб)	35 (36 осіб)	68 (71 осіб)
2.	Хвилювання за власне здоров'я	67(70 осіб)	56(58 осіб)	71(74 осіб)
3.	Зневіра у лікуванні	45(47 осіб)	63(66 осіб)	82(86 осіб)
4.	Постійна наявність медикаментозної аптечки	85(89 осіб)	63(66 осіб)	34(35 осіб)
5.	Гіперемія шкіри	34(35 осіб)	37(40 осіб)	46(48 осіб)

продовження таблиці 3.1				
6.	Біліу серці	86(90 осіб)	45(47 осіб)	34(35 осіб)
7.	Спрага	54(56 осіб)	62(65 осіб)	59(61 осіб)
8.	Боязнь інфікувань	75(78 осіб)	72(75 осіб)	75(78 осіб)
9.	Постійне відчуття болю	43(45 осіб)	37(38 осіб)	27(28 осіб)
10.	Огида від споживання немітої їжі	69(72 осіб)	75(78 осіб)	67(70 осіб)
11.	Постійне читання медичної літератури	85(89 осіб)	59(61 осіб)	84(88 осіб)

За результатами анкетування ми характеризуємо психологічний портрет осіб КГ₂, який відображає підвищені показники у психодіагностичних вимірюваннях і показує тривожність за своє здоров'я у респондентів, стурбованість і підвищену вимогливість до застосування засобів гігієни, постійне знезаражування їжі й страх інфікувань. Відчуття болю у них присутнє у скаргах психосоматичного характеру й відображено у вчинках і поведінці. Саме тому ми й виділяємо їх у групу осіб зі схильністю до іпохондричних розладів, зважаючи на досить високі статистичні дані (табл. 3.1.). Характеризуючи особистісні риси кожної із виділених груп, зауважимо, що тривалість скарг періодична і природа їх прояву досить невиразна, часто надумана, а то й і взагалі неймовірна. Також варто додати, що вони мають досить відносний прояв, адже час від часу можуть проявлятися незалежно одна від одної, тоді як у множинній дії посилюють симптоматику болю.

Під час бесіди за цим опитувальником диференціюємо також відмінності у симптоматиці зародження іпохондрії в осіб із серцево-судинними порушеннями (63 особи). У випадку ішемічної хвороби серця в осіб із іпохондричною схильністю спостерігаються толерантність і безпечність до симптомів захворювання, однак дія сильного емоційного подразника блокується постійним страхом, напруженням, агресивністю, відчуттям виснаженості; напруженим життєвим ритмом, невгамовним прагненням до успіху, соціальної значущості; одержимістю манією успіху і кар'єрного росту. Простежується такий «портрет» особистості: хворі емоційні, гіперактивні, надмірно чутливі, екстравертові, цілеспрямовані, активні керівники, демонстративні, однак занадто емоційно чутливі до хвороб.

Серед причин порушення серцевого ритму відмічаємо такі психологічні дефекти як ситуативні конфлікти, внутрішнє перенапруження, пригнічення потреб. Особистісні характеристики при цьому такі: надмірно контролюють свої почуття та захищають свій емоційний світ; конформісти. Зокрема «Портрет» особистості, схильної до підвищення артеріального тиску, виглядає так: охайні, добросовісні, комунікабельні, педантичні, пунктуальні, вразливі, самокритичні та вимогливі до себе, при довготривалому напруженні виявляють агресію, гнів, страх, озлобленість; іпохондричні, постійно знаходяться у невираженому стресі.

Кардіоневрозу сприяють надмірна залежність від батьків; психологічні травми дитинства, депресивно-симбіотичні фантазії; самозахист у формі іпохондричного настрою. Схильність до кардіоневрозу породжена також несамотійністю, страхом самотності та розлуки з близькими;

інтравертованістю, уникненням труднощів; надмірним піклуванням про своє здоров'я, накопиченням різноманітної медичної літератури.

Однак ця характеристика не має істотної значимості у нашому дослідженні, тому що містить симптоматику змішаного типу (симптоми мають перехресне значення і повтори) й у незначних відсотках. Тому ми в основному вимірі об'єктивної картини зародження і розвитку іпохондричних розладів особистості не будемо покладатись на неї. Але вона підкреслює важливість наукового пошуку у сфері не тільки медичних знань, які сприятимуть збереженню психосоматичного здоров'я, а й формуванню таких властивостей особистості, які сприятимуть пошуку сенсу життя, реалізації власних можливостей, творчого потенціалу в соціометричному вимірі.

Під час проведення скринінгу первинного обстеження груп за клінічними показниками в осіб із іпохондричними розладами з метою виявлення їх кількості ознак було відмічено, що значний потенційний ризик щодо виникнення іпохондричних розладів за психосоматичною ознакою (за перевагою кількісних показників) мають працівники несомісних професій. Основні показники частоти прояву іпохондричних розладів із психосоматичною дисфункцією представлено у таблиці 3.2.

Таблиця 3.2

Іпохондричні скарги психосоматозів у осіб працездатного віку за професіограмою Є. О. Клімова

Психосоматичні скарги	Кількість осіб	Професійний тип особистості
Іпохондрична поведінка з гіпертонічним симптомом	56 осіб (14 %)	тип П «людина – природа»
Іпохондрична поведінка зі схильністю до скарг на ШКТ	64 осіб (15%)	тип Л «людина – людина»
Іпохондрична поведінка у вигляді кардіоневрозу	68 осіб (16 %)	тип Т «людина – техніка»
Іпохондрична поведінка з ознаками гіпертиреозу	59 осіб (14,9 %)	тип З «людина – знакова система»
Іпохондрична поведінка з порушенням шкірних покривів	65 осіб (16,5 %)	тип Х «людина – художній образ»
Іпохондрична поведінка з ознаками ревматоїдного артриту	30 осіб (7,6 %)	тип І «Інші типи» (тип за умовами нашого дослідження)

Як видно із таблиці 3.2. серед показників індивідуальних медичних карт лікарень, спостерігаємо значний потенційний ризик щодо психосоматичних розладів із іпохондричною послідовністю скарг в усіх представників професійних типів. Крім того, встановлено, що серед працівників міського населення рівень ризику щодо захворювань на психосоматози вищий, ніж у сільських жителів (3:1).

Однак зазначимо, що для посилення надійності висновків слід розширити, як у часових, так і у просторових межах, вибірку архівного дослідження.

Вивчаючи соціальне оточення наших респондентів, ми простежили вплив зовнішніх чинників на формування особистості іпохондрика, враховуючи його психосоматичний статус. Загострення соматоформних розладів провокує не тільки фізичне навантаження чи метеорологічні умови (суб'єктивно), а емоційно значимі стресові ситуації, зокрема соціальнометричні.

Для модального аналізу реальних проблем поведінки людини було використано мультимодальний опитувальник життєвої історії за С. Кулаковим для отримання загальної інформації про індивіда та його сімейного й соціального стану (дод. Б, В), що й дозволило охарактеризувати особистісні характеристики людини у соціометричному вимірі.

Поняття «соціометричний статус» ввів Дж. Морено, розуміючи під ним становище людини в соціальній групі, а саму систему міжособистісних відносин виділяв з емоційних, ділових та інтелектуальних зав'язків членів цієї групи [99]. *Статус* – становище людини в системі внутрішніх відносин, що визначає ступінь його авторитету в очах інших учасників групи. На відміну від позиції, *статус індивіда в групі* – це реальна соціально-психологічна характеристика його положення в системі внутрішньогрупових відносин, ступінь дійсної авторитетності для інших учасників. У нашому дослідженні він є однією із причин зародження і розвитку іпохондричних розладів особистості.

Соціометричний статус відображено у наукових джерелах як сукупність загальнолюдських цінностей. У культурологічних тенденціях людини провідне значення має орієнтація на певні цінності та антицінності: позитивні з точки зору успішності протікання природно-соціальної адаптації людини (й людства в цілому), і акультурні негативні тенденції, що ведуть у кінцевому результаті до дезадаптації особистості або цілої групи людей, у яких вони переважають. Культурологічні тенденції є компонентом природної базової особистості людини (до неї входять також: базові прагнення, характерологічні тенденції, життєві призначення і мотивація до адаптивно необхідних видів діяльності). Вони, разом з іншими компонентами, складають обумовлений генотипом універсальний природний каркас особистості будь-якої людини. Розгляд культурологічних тенденцій як природних особистісних утворень спирається на сучасні дані психогенетики [22]. На нашу думку, саме цей чинник визначатиме подальшу культуру людських відносин у соціумі та його вплив на формування особистості й індивідуальні відмінності.

Навесні 2017 року серед експериментальної групи осіб було проведено анкетування фахівців різних професій. Усього в опитуванні брали участь 200 респондентів, переважна більшість (118 осіб – 69%) з яких, були жінки та 41 % (82 особи) – чоловіки. Характеризуючи вікову категорію опитаних, укажемо, що наймолодша група фахівців віком до 25 років у дослідженні репрезентована 5% (12 осіб). До цієї групи осіб належить молодь, яка щойно закінчила вищий заклад освіти і влаштувалась на роботу. Молодих працівників, які вже мають невеликий досвід працезабезпечення віком від 26 до 30 років, в опитуванні було 13% (31 особа). Більш як половина (62% – 146 осіб) опитаних – це фахівці

віком від 31 до 49 років. Найдосвідченіша та найстарша група працівників віком понад 50 років становить одну п'яту опитаних. Зазначимо, що представники сільських установ у нашому дослідженні представлені групою – 72 % (169 осіб), міських професійних закладів – 28% (67 осіб). Також до нашої вибірки, окрім фахівців різних професій, потрапили працівники з наукових установ (ліцею медичного коледжу, педагогічного університету) – 7 осіб та 9 представників органів управління освіти.

Одним із найперших питань, які були запропоновані нашим респондентам, було питання про власний рівень задоволеності своєю роботою. Досить велика частка – 56% (132 особи) задоволені своєю діяльністю. Однак зазначимо, що умови викладання, зокрема в сільській місцевості (невідповідність приміщень, порушення санітарно-гігієнічних норм, відсутність теоретичного та практичного забезпечення тощо), блокують їх професійний ріст. Тих, хто частково задоволений своєю роботою, наше дослідження виявило близько третини – 32 % (75 осіб), тоді як частка незадоволених становила – 12% (28 осіб).

Такий рівень задоволеністю виконанням професійних обов'язків свідчить про те, що на сьогодні досить актуальною є проблема не працевлаштування, а, навпаки, невідповідність професійній орієнтації, невдалий вибір кваліфікації, необ'єктивна спрямованість особистості. Дані показники вказують на внутрішньоособистісний конфлікт, розбіжність інтересів між перспективою та можливостями людини. Також серед нарікань щодо даних вимірювань існували твердження про низьку оплату праці, нездоровий соціально-психологічний клімат у колективі, слабкий стан власного здоров'я тощо.

На думку фахівців різних професій, рейтинг чинників, які формують авторитет будь-якої людини, є, по-перше, знання і компетентність осіб, які визнають її авторитет у суспільстві – цю тезу підтримала переважна більшість респондентів – 72% (169 осіб), по-друге, професійність – 67% (158 осіб). Наступними рисами були зазначені: доброзичливість 55% (130 осіб), талановитість і здібності – 47% (110 осіб), комунікабельність – 23% (54 особи), пошана до інших – 19% (45 осіб), харизматичність – 31% (73 особи). Дані еквіваленти становлять основний базис педагогічної компетенції за показниками нашого дослідження. Нижче надаємо детальніші пріоритети соціометричного вимірювання педагогічного авторитету (табл. 3.3).

Зважаючи на дані статистичні показники, відмітимо, що цінність даних характеріологічних вимірювань обумовлює авторитет працівника як результат соціальної взаємодії, як соціальний регулятор педагогічної активності та мотивованості. Авторитет є соціально-психологічним ресурсом працюючої спільноти. Його основою є довіра, породжена щирістю, толерантністю, ініціативністю, емпатійністю, стриманістю, об'єктивністю, врівноваженістю тощо. Однак професійна діяльність не завжди захищена від соціальних деструкцій. Дуже часто сімейні обставини становлять осередок особистісних проблем людини, які дезорганізують її у соціологічному вимірі. Психологічний настрій фахівця відбивається на його професійній діяльності, внаслідок чого акумулюються стійкість, самоконтроль, самооцінка, репрезентабельність і працьовитість або, навпаки, проявляється інфантильність характеру. Саме

психологічний статус особистості є показником професійної толерантності фахівців різних професій, рівень їх особистісної зрілості, ціннісних орієнтацій і культурологічних тенденцій.

Рівень особистісного розвитку фахівців різних професій залежить також від авторитетних осіб, які в певній мірі формують його ціннісні орієнтації, мотиви, манери мислення, культуру спілкування, педагогічні риси. Відзначимо, що пріоритетними у формуванні особистості будь-якого працівника є батьки, колеги, письменники, науковці, літературні герої, родичі та сусіди. На рис. 3.1 подано рейтинг авторитетних осіб, які слугують фундаментом, домінуючим суб'єктом авторитету працівників.

Таблиця 3.3

**Рейтинг
особистісних якостей, що підкреслюють авторитет працівника**

Ранг	Особистісні якості	%	Кількість осіб
1	Професійність	67	158
2	Відповідальність	63	148
3	Доброзичливість	55	130
4	Єдність слова та діла	43	101
5	Справедливість	37	87
6	Працьовитість	35	83
7	Харизматичність	31	73
8	Почуття гумору	30	71
9	Тактовність	27	64
10	Організованість	24	57
11	Комунікабельність	23	54
12	Совіслівість	19	45
13	Скромність	15	35
14	Толерантність	14	33
15	Самокритичність	13	31
16	Принциповість	11	26
17	Товариськість	10	24

18	Ініціативність	8	19
19	Ввічливість	7	16
20	Прагматичність	4	9

У контексті проведеного нами опитування звернемося до енциклопедії авторитетної думки, яка висвітлює культурологічний потенціал особистості, її тенденції до пошуку одвічних цінностей. Ще А. Ейнштейн стверджував, що «Найважливіше з людських зусиль – тяжіння до моральності. Від неї залежить наша внутрішня сила і саме наше існування.

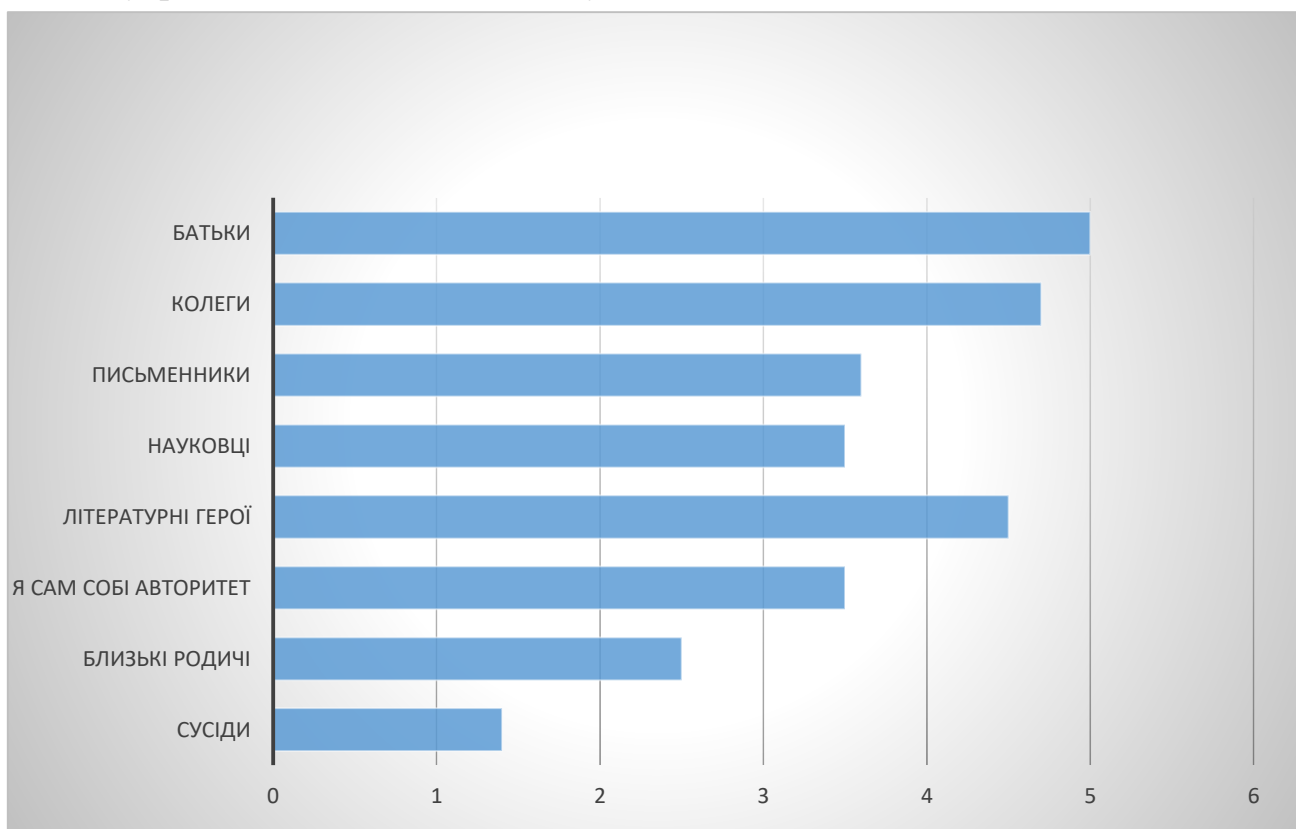


Рис. 3.1. Соціологічний вимір пріоритетних постатей, що впливають на формування особистості фахівця

Лише моральність у наших діях надає краси та гідності нашому життю» [107]. Серед основних прерогатив, які визначають професійну компетенцію фахівця, за висловлюваннями наших респондентів, є високі досягнення у роботі, успішність результатів виконаних обов'язків, здоровий соціально-психологічний клімат у колективі, професійна відповідність і самоактуалізація особистості. Найменш значущими чинниками працівники зазначають наявні ділові зв'язки, рівень оптимального функціонування організму, психологічне здоров'я й авторитет у колективі.

Професійна компетентність (лат. *competere* – досягати, прагнути) фахівця – інтегративна риса, що включає знання, вміння, навички, зафіксовані у кваліфікаційних вимогах, та особистісні нахили й орієнтири щодо розвитку

особистісної культури, поглиблення власного досвіду, здійснення інноваційної діяльності. Вона пов'язана з професіоналізмом, тому зміст поняття «професійна компетентність» визначається рівнем професійної освіти, досвідом, індивідуальними здібностями і якостями працівника, вмотивованим прагненням до неперервної самоосвіти та самовдосконалення, творчим і відповідальним ставленням до справи [72].

Наше дослідження дало можливість з'ясувати думку, позицію фахівців, які саме чинники заважають їм досягти високого рівня професійної компетенції. У нижченаведеній таблиці 3.4 відзначено основні показники результатів опитування.

Таблиця 3.4

Рейтинг відповідей фахівців різних професій згідно з їх дезадаптованістю у соціометричному вимірі

№	Чинники	%	Кількість осіб
1	Відсутність ділових зв'язків	35	83
2	Проблеми в сім'ї	29	68
3	Нездоровий соціально-психологічний клімат у колективі	27	64
4	Вади характеру	23	54
5	Слабке здоров'я	21	50
6	Низький рівень авторитету	19	45
7	Несправедлива оцінка діяльності керівництвом та місцем роботи	18	42
8	Невиразні результати в роботі	14	33
9	Недостатня професійна компетентність	12	28
10	Недостатні здібності	11	26
11	Невдача учнів	9	21
12	Невдало обрана професія	8	19
13	Невміння демонструвати свою повагу до інших людей	4	9
14	Особиста непривабливість	2	5

З огляду на вищевказане зауважимо, що особистісний авторитет фахівців більшості професій залежить від їх індивідуальної спрямованості та вміння корегувати неоднозначні психологічні ситуації, розкриваючи свої природні можливості ужитку в групових відносинах. Культурологічні тенденції у даному ракурсі обумовлені розвитком особистості в сфері дозвілля, адже саме в дозвілєвій сфері людина самореалізується та саморозвивається. Через сферу

дозвілля активізуються соціальні відносини і відпочинок набуває міцного потенціалу як засіб соціального виховання.

Враховуючи сільський і міський культурологічні圈子, зауважимо, що ширший потенціал дозвілльового забезпечення зазначається у місті, де централізовано організацію відповідних установ дозвілльової діяльності. У сільських навчальних закладах, як показали результати нашого дослідження, на 79% забезпечення активного та пасивного відпочинку відбувається на добровільних засадах, тобто ініціативою щодо реалізації цих заходів переймається працівник із власних переконань, інтересів, пріоритетів тощо.

Характеризуючи особистість працівника у соціометричному вимірі, відзначимо, що визначним у формуванні його культурологічних тенденцій є відповідний авторитет фахівця, об'єктивна оцінка адміністративного колегіуму, повага та узгодженість найближчого оточення і колег, сприятливі умови проживання, успішність результатів діяльності. Отож, вміння компенсувати свій внутрішній стан соціальними здобутками та перемогами сприяє розвитку гармонійної особистості та, навпаки, девіантні прояви поведінки, соціальне невизнання й ізоляція сприяють зародженню і розвитку іпохондричних розладів особистості [106].

Подальше дослідження проводилось у формі співбесіди з особами за наявності іпохондричних розладів і за допомогою авторського опитувальника щодо психодіагностики їх стану. Діагностичне вимірювання іпохондричних показань за психосоматичною ознакою дозволяє простежити значимість соматичного впливу на формування особистості. Терапевтичні формування висновків дозволяють оцінити параметри впливу на особистість в умовах словесної інтерпретації діагностики.

Таблиця 3.5.

Типи психологічного захисту осіб з іпохондричними розладами

Тип психологічного захисту	Варіант норми поведінки	Патологічні прояви
Заперечення	Усвідомлене уникнення наявності хвороби у разі виникнення нав'язливих думок про хворобу	В осіб із іпохондричними проявами спотворена дійсність стосовно соматичних перешкод, в їх уяві домінують яскраві установки про невиліковність хвороби, які, зрештою, заперечуються на основі висновку лікаря.
Регресія	Повернення у світ дистресових подій	Функціонування особистості відзначається більш низьким рівнем самоактуалізації, ніж до захворювання.
Тривога	Передчуття реальної загрози, що спрямовує особистість на готовність її усвідомлення і	Незрозуміле почуття вини, зайва самокритичність, активація тривожних фантазій, нездатність

	прийняття радикальних рішень	до самостійного прийняття рішення.
Печаль	Відчуття втрати (здоров'я), зосередженість на втраченому, пригнічений настрій, потреба у самореалізації. Тимчасовий перебіг.	Тривалі перепади настрою, розлади вегетативних функцій (сну, апетиту, головний біль).

Зазвичай хворі заспокоюються, розуміючи механізм соматичного захворювання, і переймаються вже його симптоматикою і лікуванням. Психологічний чинник розвитку цього порушення залишається на вторинному плані, забезпечуючи невгамовне бажання повного знищення хвороби. Зауважимо, що у ситуаціях, коли інтенсивність потреби зростає, а умови її задоволення потребують певного терміну часу, поведінка регулюється за допомогою механізмів психологічного захисту. Зазначимо домінантні особливості прояву механізмів психологічного захисту в осіб із іпохондричними розладами (табл. 3.5)

У деяких випадках хвороба розвивалася в осіб, які занадто зосереджені на своїй зовнішності («нарциси») – 46 осіб (23 %). У них іпохондричні розлади проявляються у вигляді негативу до людей. Вони налаштовані вороже до оточення, дуже образливі і мстиві. Такі люди не усвідомлюють власну ворожість і не проєктують її на інших, а постійно перебувають в очікуванні нападу. Нemoжливість проявити свої емоції виливається у внутрішній гнів на своє тіло. Іноді страх нападу людей заміщується боязню «атаки» з боку хвороботворних бактерій і мікробів. У цьому випадку уявні хвороби є видом самопокарання, бо пацієнти впевнені в тому, що вони не варті життя через власну непотрібність.

Когнітивний аспект інтерпретації особистістю іпохондричних розладів базується на розумінні людиною істинності оптимального стану функціонування організму, в основі чого є психосоціальне реагування на захворювання і поведінка хворого.

Характерними для іпохондриків особливостями поведінки є:

- 1) захопленість своїм захворюванням – така людина повністю зосереджена на симптомах, наслідках і лікуванні уявної хвороби;
- 2) особливе ставлення до свого тіла – пацієнти витрачають багато часу на те, щоб стежити за температурою, пульсом та іншими фізіологічними показниками;
- 3) вибірковість – при даному розладі хворий фільтрує інформацію ззовні, вибираючи тільки ту, яка, на його думку, пов'язана з його хворобою;
- 4) уникнення – іпохондрики намагаються уникати обставин і ситуацій, які можуть викликати загострення існуючої або розвитку нової хвороби [7, 8, 9, 84].

Дослідження показало, що в осіб із іпохондричними розладами (69 осіб – 42%) зустрічається симулятивна поведінка. Симулятивні дії людини спрямовані на те, щоб отримати підтримку і співчуття оточуючих. Нерідко вона нарікає не тільки на стан власного здоров'я, а й на свою долю, несправедливість,

нерозуміння. Наслідком такої поведінки є несприйняття оточуючими її скарг, і тому вона використовує елементи артистичної поведінки – заламування руки, заковчування очей, розмовляє зниженим або стражденим голосом. Якщо проявити пильну увагу до проблем такої людини і запропонувати їй пройти обстеження, велика ймовірність того, що вона відмовиться. Особливо дієвим буде пропозиція пройти ряд таких неприємних процедур як колоноскопія (дослідження товстої кишки), гастроскопія (діагностика шлунка за допомогою перорального введення зонда). У цьому випадку можливо, що хворий не діагностує у себе таких показань і, відповідно, уникає цих процедур, але подальші інтерпретації хворобливості стану орієнтують його на пошук методів збереження здоров'я.

Отже, розшифрувати іпохондричне «посилання» можливо лише у разі аналізу порушених трансакцій між індивідом і його сім'єю або його соціальним оточенням. Іпохондрія сигналізує про страх і відчай особистості, яка використовує своє тіло як захисний механізм, щоб не зізнаватися у деструкціях із собою і оточенням. Іпохондрик використовує невербальну мову тіла, щоб приховати свої справжні потреби і глибоке почуття самотності.

Пропонуємо детальний патологічний аналіз визначення етіології і розвитку іпохондричних нозологій у групі хворих із найбільш вираженою патофізіологічною симптоматикою, скориставшись картою первинного огляду хворого для діагностики анамнезу захворювання. Обґрунтувавши поведінковий механізм генезису іпохондричних патологій, визначимо фізіологічні основи у дослідженні механізмів зародження іпохондричних розладів особистості.

У хворих стаціонару, що знаходяться на лікуванні у Вінницькій обласній психоневрологічній лікарні імені академіка О. І. Ющенка, при обстеженні на початку лікування, діагностується стан загальної слабкості, зниження працездатності, болі в шлунку (чи інші органи) з підозрою на *cancer*. У анамнезі простежується динаміка розвитку іпохондричної хвороби ще з ранніх літ, коли згадується перша скарга за даним типом. За відсутності шкідливих звичок діагностуємо стурбованість про стан оптимального функціонування організму. Вони легко збуджувані, емоційно нестійкі, запальні. Періодично хворіють на гострі респіраторні захворювання, що супроводжувались кашлем, болем за грудиною і підвищеною температурою, відмічається тенденція до трудоголізму, не зважаючи ні на що.

В процесі професійного огляду було здійснено низку маніпуляцій щодо визначення працездатності стану організму досліджуваних. Ніякої патології не було знайдено. Однак больові відчуття набували інтенсивності. Були знову консультативні терапевтичні й лікувальні процедури та обстеження. Скарги набували іпохондричного характеру: виникали у разі загострення хвороби. У них серед основних орієнтирів на майбутнє зустрічались фрази песимістичного настрою: «мене отруїли і хочуть викинути за межі життя», «хвороба дуже запущена, тому й важко її підтвердити», «мені набридло страждати, і я хочу померти» тощо.

Спостерігались підвищена пітливість і температура, погіршувався апетит, з'явився головний біль, порушувався сон. Постійне відвідування лікарів було спричинене появою нав'язливих ідей з приводу наявності будь-якого

захворювання із надмірним читанням медичної літератури за ознаками хвороби. Помітно знижувалась активність, з'явилась стурбованість про наявність невиліковного соматичного захворювання. Частішими ставали консультативні відвідини лікаря.

Надалі було проведене стаціонарне обстеження у терапевтичному відділенні з консультативним спостереженням у онкологічному інституті. До лікувального процесу у хворих поступово з'явилися підозри та недовіра. У зв'язку з неадекватністю поведінки – аж до суїцидальних намірів. Їх переважну більшість було госпіталізовано до неврологічної лікарні імені О. І. Ющенка.

На базі ВОКЛ ім. М. І. Пирогова у хворих за нормативними соматичними показниками (пульс 78 ударів за хвилину, ритмічний, артеріальний тиск 115/75 мм рт. ст.) не спостерігалось ніякої патології. А також при перкусії легенів ясний тон, краї легень добре рухливі; дихання везикулярне; в окремих ділянках слабкі сухі хрипи. Язик вологий, чистий. Поперекова ділянка шлунка правильної конфігурації, активно бере участь у акті дихання, метеоризм не спостерігається. При пальпації хворі напружували черевну стінку, ми відмічали підвищену чутливість всієї ділянки поперекової частини. Перистальтика кишківника не порушена. Печінка та селезінка не пальпуються. Симптом Пастернацького негативний. З боку інших внутрішніх органів відхилень від норми не виявлено.

Рентгеноскопія грудної клітки показала, що в легенях помітних вогнищевих утворень немає. Серце не збільшене, частота серцевих скорочень у межах норми. Рентгеноскопія шлунково-кишківникового тракту показала наявність хронічного гастриту, що є звичним для сучасності.

Аналіз крові, у середньому, показав такі результати: кров – гемоглобін Нв 60%, еритроцити – 3770000, лейкоцити – 7300, кольоровий показник – 0.8, ШОЕ – 5 мм у час; формула крові без змін.

За результатами фіброгастроудоденоскопії кислотність шлункового соку в межах норми (70), вільна соляна кислота – 40.

Дослідження крові на цукор при введенні глюкози і адреналіну показали такі результати (табл. 3.6).

Як видно з таблиці, цукрові показники за результатами кривої у межах норми, й істотного хімічного (біогенного) зрушення в організмі теж не спостерігається. Коливання даного хімічного складу в цьому випадку не спричиняють патологічних змін в організмі, лише у незначній мірі можуть впливати на настрій.

Таблиця 3.6

Середні значення показників хворих за цукровою кривою

Введений препарат	Склад цукру в крові мг/дл							
	натще	Часовий проміжок (через...)						
		15 хв.	30 хв.	45 хв.	60 хв.	90 хв.	120 хв.	150 хв.
Глюкоза	91	130	128	133	104	106	100	100
Адреналін	91	96	96	105	105	96	105	100

У психологічному вимірі проблеми відмічаємо, що настрій у хворих постійно знижений, похмурий, тривожний. Вираз обличчя понурий, нудьгуватий, песимістичний. Вони весь час перебували у неприродних позах, часто вимушеного характеру. Руки завжди знаходились на животі, замкненими, підтверджуючи саме цим важкість стану. Поза – зі стражденним виразом обличчя і відкритою від ковдри ділянкою черевної порожнини, лежачи на спині та згинаючи ноги в колінах. Простирadlo натягував між колінами та руками так, щоб воно не торкалось ділянки в ділянці попереку; у такому положенні вони лежали годинами. На прикладі хворого Б. візуалізуємо стражденну позу іпохондричних хворих (рис. 3.2, 3.3, 3.4)



Рис. 3.2. Звичайний вигляд хворого Б.

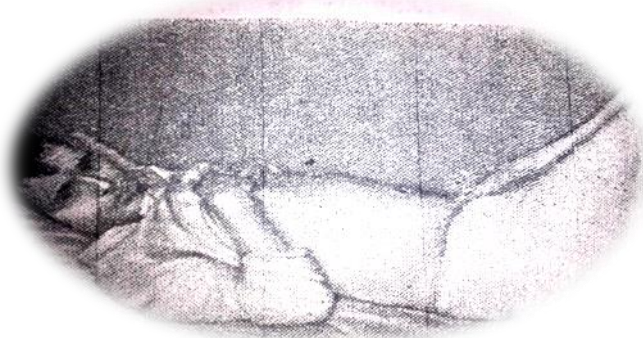


Рис. 3.3. Поза хворого Б. у ліжку



Рис. 3.4. Поза хворого Б. під ковдрою закритою в ділянці шлунку та із зігненими ногами в колінах

У Вінницькій обласній психоневрологічній лікарні імені академіка О. І. Ющенка таким хворим зазвичай встановлено діагноз – постінфекційний психоз із іпохондричним синдромом. Ознак органічного ураження нервової системи не спостерігалось. Також нами було проведено асоціативний експеримент із виокресленням у хворих домінантного асоціативного мислення, що дозволило охарактеризувати низку психологічних порушень іпохондричного характеру.

Нижче пропонуємо перегляд результатів асоціативного експерименту хворого Б. (табл. 3.7)

Згідно з показниками асоціативного експерименту спостерігаємо збільшення прихованого періоду у разі кожної відповіді пацієнтів у середньому до 4,2 – 4,9 секунди (якщо враховувати норму від 1,6 – 2,2 секунди за Івановим-Смоленським). Це вказує на деяку інертність кіркових процесів, особливо у другій сигнальній системі. Деякі відповіді мають ехолалічний характер, що також вказує на інертність процесів збудження у корі мозку.

Узагальнюючи, виділяємо відповідні реакції на спеціальні слова, що подразнюють больові точки хворого та різьють слух: на слова-стресогенні, які стосуються особистості хворого (рак, шлунок, страх), прихований період збільшується до 11,2 секунди.

Таблиця 3.7

Інтерпретація асоціативного мислення у висловлюваннях хворих на ІР

Слова-подразники	Прихований період, сек.	Відповідний словесний вислів	Примітки
Вітер	2.3	Сильний	
Море	3.0	Безмежне, безмежне	
Шлунок	9.9	Шлунок, шлунок дуже хворий	Блукання очима навсбіч, морщать лоб, хмуряться
Квартира	5.0	Прекрасна	
Завод	3.5	Великий	
Місто	2.4	Вінниця	
Двері	2.5	Широкі	
Човен	3.8	Плаває на воді	
Рак	8.9	Рак невиліковний	З недовірою дивляться на лікаря і запитують: «Ви досі не вірите, що у мене рак?»
Пилка	7.8	Залізна	
Вода	4.3	Чиста	
Папір	3.0	Письменник	
Мука	3.2	Пшенична	
Страх	11.2	Страх, страх сильний, скоро, мабуть, помру, адже важко хворий	Хмуряться, дивляться вниз

Журнал	5.0	Не читаю книг	
Лікарня	4.3	Психіатрична	
Санкафен	5.3	Неефективні ліки	

Отож, можна припустити, що словесний подразник сенситивного значення викликає надмірне збудження точок навіюваних реакцій, а в силу явищ негативної індукції відповідь на цей подразник сповільнюється. Відповіді хворих хоча й мали емоційний окрас, але були сповільнені; вони вимовлялись із запізненням, одразу ж після обдумування. На користь такого припущення свідчить і той факт, що на наступні індіферентні слова відповідне реагування було хоч і сповільнене, але не так значно, що вказує на наявність зони гальмування навколо джерела збудження.

Електроенцефалографія (ЕГ) показала, що на всіх відведеннях хвилі біопротоків були знижені (менше 10 μV). Характеризуючи відмінність індіферентних для хворого слів, вкажемо, що, наприклад, слово «туман» супроводжується короткочасним пригніченням альфа-ритму в момент їх вимови. Слово ж «рак» викликало виражене пригнічення альфа-ритму протягом 3,5 секунди. Реакція пригнічення спостерігалась і при наступних мовленнєвих подразненнях (рис. 3.6); це дозволяє припустити наявність у пацієнтів інертних джерел збудження у корі мозку. Ослаблення біопротоків вказує на малу активність кори, що пов'язано з її гальмівним ефектом. Хворі були також обстежені за руховою методикою із мовленнєвим підкріпленням за Івановим-Смоленським. Дослідження показали значну затримку утворення умовних рефлексів, що свідчить про послаблення процесів збудження у корі мозку. Протягом діагностичного періоду досить яскраво виявлялись фазові стани кори мозку.

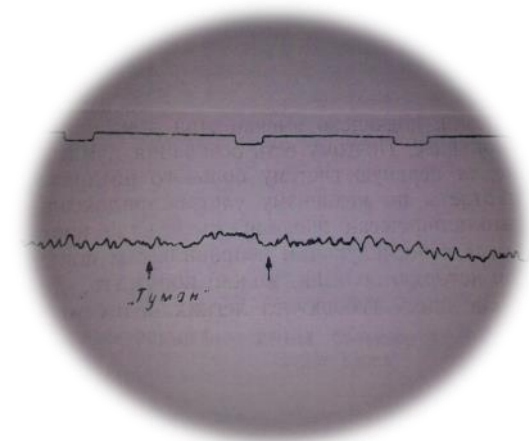


Рис. 3.5. ЕГ хворого Б. Лобно-тім'яне (на слово «туман»)

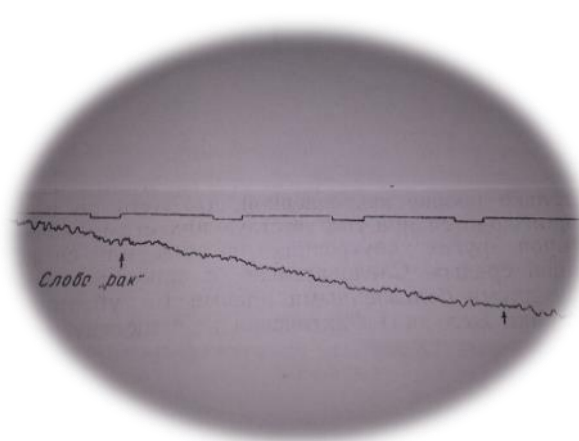


Рис. 3.6. ЕГ хворого Б. Лобно- відведення зліва тім'яне відведення зліва (на слово «рак»)

Аналізуючи психопатологічні явища вкажемо, що маячні висловлювання хворих можна пояснити згідно з концепцією І. Павлова про відносно ізольовані захворювання окремих ділянок кори мозку. Однак больові відчуття розповсюджуватимуться на всю кору у разі постійного подразнення хвороботворних точок ділянки тіла [253]. У нашого хворих ця концепція досить ефектно виражена як під час клінічних спостережень, так і під час проведених

досліджень. Ми бачимо, що іпохондричні переживання цілком оволоділи особистістю пацієнтів. Вони відчували загальну слабкість, працездатність різко знижена. Їх постійно турбували больові відчуття у грудині та попереку. Усе це вказувало на наявність досить реального захворювання, позбутись якого важко.

Іпохондричні переживання, як правило, найбільш яскраво проявляються у періоди поганого фізичного самопочуття, викликаного перевтомою, сухим плевритом, хронічним гастритом, болями в грудині та ін. Однак вищезазначені соматичні захворювання не відповідали тим необ'єктивним скаргам, які пред'являли хворі: спостерігалась постійно невідповідність між больовими та іншими неприємними відчуттями, що надходили від внутрішніх органів, і тією значимістю й акцентуацією на відчуттях болю, яку зазвичай надавали хворі. Але не варто не враховувати об'єктивно констатуючі вісцеральні подразники (напр., хронічний гастрит, сухий плеврит і т. п.), які постійно надсилають імпульси в кору головного мозку. Із праць Б. Волеля відомо, що внутрішні органи, володіючи спеціальними рецепторними апаратами, постійно впливають на кору, змінюючи її функціональний стан [78]. Явища, які виникають у мозковій корі від інтероцептивних стимуляцій, врешті решт, набувають сили та наполегливості для того, щоб центральна нервова система їх могла ігнорувати [1, 2]. Так і у наших хворих больові відчуття розвивались поступово. Від гострих респіраторних захворювань із субфебрильною температурою і подальшими ускладненнями (напр., сухий плеврит чи гастрит) до реальних больових відчуттів у попереку, зумовлених психологічною установкою і акцентуованістю на точках болю. Зважаючи на присутній трудоголізм у хворих, зазначимо, що саме ним було спровоковано загальне виснаження нервової системи та установки психопатологічного настрою.

І. Павлов вказував, що виснаження нервової системи є одним із основних факторів, що призводять до виникнення патологічної інертності кіркових процесів [253]. Спостереження К. Бикова показують, що дезорганізована інформація з внутрішнього середовища сприяє на досить тривалий час зародженню дисбалансу між збудженням і гальмуванням в екстероцептивних полях кори мозку [1 – 4]. Зазначимо, що саме це є приводом для невротичного стану мозкових клітин і причиною зародження іпохондрії. Взаємодія між екстеро-та інтероцептивними імпульсами відбувається у корі мозку. Ця нормальна взаємодія порушується при патологічних станах кори.

Таким чином, у разі вираженого астеничного стану хворого, коли його нервова система ослаблена, імпульси, виходячи з внутрішніх органів, неприємні відчуття, спровоковані болем у грудині та ділянці шлунку (чи попереку), ці тривалі потужні надмірні подразники призвели до патологічної інертності процесів збудження у відповідних кіркових клітинах головного мозку. Але, окрім цього, в утворенні патодинамічного вогнища велике значення у даному випадку мали переживання хворих, пов'язані з страхом смерті від *cancer*. Із даних, установлених И. Бояринцевою і Л. Горбачевим, ми знаємо, що екстероцептивний подразник посилює інтероцептивну реакцію у разі, якщо новий зовнішній агент діє в тому ж напрямку [49]. Саме це положення досить переконливо підтверджено в нашому дослідженні. Дійсно, в хворого з

патологічним ураженням шлунково-кишкового тракту, після тривалих травмуючих переживань, порушується стан нервової системи, що призводить до патологічної інертності клітин кори мозку й утворенню у неї стійкого, ізольованого патодинамічного вогнища [4].

Больові імпульси з внутрішніх органів і страх смерті від *cancer* були подразниками, які постійно підтримували хвороботворчий процес у стані збудження; у силу ж явищ негативної індукції на больові точки уражених ділянок не розповсюджувалось захисне гальмування. Саме у цих точках замість урівноважених процесів збудження і гальмування існував автентичний процес збудження як наслідок постійного подразнення.

Неприємні відчуття різного характеру й інтенсивності, що надходили з внутрішніх органів, хворі намагались подолати, ігноруючи значимість хвороботворчого процесу. Однак на фоні вираженого астеничного стану і ця настанова викликала у них песимістичне уявлення про невиліковність хвороби. Усі наступні наміри пацієнтів трактовані саме з цієї точки зору. Підкреслимо, що подразники, падаючи на нервову систему хворих, отримували відповідні реакції за механізмом ультрапарадоксальної фази й клінічно проявлялись у вигляді іпохондричного марення із супутньою дезорієнтуючою поведінкою.

Як стверджує Б. Братусь, це пояснюється тим, що імпульси, виходячи з внутрішнього середовища організму до вищих відділів головного мозку, часто зберігаються навіть тоді, коли рефлекторна поверхня даного органу видалена. Однак рефлекторна дуга виявляється настільки міцно закріпленою, що шлях на ній легко відновлюється при відповідних стимуляціях із рецепторів інших внутрішніх органів чи сигналів із зовнішнього середовища. Відповідно, і неіснуючого розриву між двома хвороботворчими ідеями фактично не існує [50].

У наведеному спостереженні ми виявили об'єктивно констатуючі вісцеральні подразники, що діють у теперішньому часі або ж мали місце в минулому і супроводжували досить тривалу неадекватну суб'єктивну реакцію на них із боку хворих. Це пояснюється тим, що умовні рефлекси, які утворюються у внутрішніх органах, досить важко затухають і є більш інертними, що має велике значення у виникненні іпохондричного марення.

Отже, механізм зародження іпохондричних проявів відображений у наявності інтероцептивних подразників, які досить довго надходили в функціонально ослаблену кору головного мозку й призвели до утворення у ній застійних, інертних джерел збудження, що лежать в основі іпохондричного марення.

Перспективи подальших досліджень проблеми розвитку іпохондричних явищ у фахівців різних професій вбачається у таких напрямках: виявлення взаємозв'язку нав'язливих ідей та психологічного здоров'я людини, відмінностей цих невротичних станів у різних вікових групах; особливостей прояву явищ соматоформного типу в разі здійснення професійної діяльності, гендерної диференціації іпохондричних проявів. Отож, дилемою сучасного професійного забезпечення є психосоматичний фактор, який обумовлений станом оптимального функціонування людини у забезпечення творчого пошуку.

Відомо, що існує взаємозв'язок проблем із соматичним здоров'ям

особистості та емоційним виснаженням, нереалізованими мріями, розчаруванням у власних можливостях, залежністю від оточуючих людей, обставин, подій.

Цікавими є висновки В. Д. Менделевича, який стверджує, що специфічні професійні варіанти іпохондричної поведінки виявляються у професіях політика, педагога, рятувника, моделі (манекенниці), військового та у представників творчих спеціальностей. Автор вважає, що переважна більшість девіантних форм поведінки зустрічається у осіб творчих професій, а гармонійність і нормативність – у представників тих професій, де творчість мінімальна [**Помилка! Джерело посилання не знайдено.**, с. 223]. Оскільки девіантна поведінка безпосередньо пов'язана з психосоматозами, доходимо висновку про потенційну небезпеку щодо зазначеного в осіб творчих професій. У нашому дослідженні ця тенденція присутня у респондентів, творчість яких характеризується прагненням до визнання, високої значимості у соціумі, синергії, експресивності, обмеженим почуттям гумору, напруженим життєвим ритмом і, часто, несамовитим прагненням до успіху та соціальної значущості. У нижченаведеній таблиці 3.3 продемонстровано саме ці характеристики як чинники зародження та розвитку іпохондричних розладів особистості.

Таблиця 3.3

Іпохондричний прояв типів за психосоматичною ознакою

Психосоматичні порушення	Причини виникнення іпохондричних розладів
Гіпертонічна хвороба	Тривожність, ворожість, подавлений гнів, відчуття вини, потреба в самоствердженні, інтровертованість, пригнічена агресивність, внутрішньоособистісні конфлікти, страх перед майбутнім, втрата віри
Ішемічна хвороба серця	Професійні навантаження, емоційні стреси, трудовоголізм, підвищена образливість, підвищена сентиментальність, демонстративність, істеричність, напружений життєвий ритм, прагнення до успіху, соціальної значущості, кар'єрного зросту, експресивність
Кардіоневроз	Надмірна залежність від батьків, психологічні травми дитинства, депресивно-симбіотичні фантазії, самозахист у формі іпохондричного настрою, несамотійність, страх самотності, інтравертованість, уникнення труднощів, надмірне піклування про своє здоров'я, накопичення різноманітної медичної літератури
Бронхіальна ядуха	Дратівливість, пригнічений настрій, страх, відчуття неповноцінності, недовірливість, педантичність, надмірна пунктуальність
Виразка шлунку	Егоцентричність, заздрощі, образливість, пасивність, відраза до оточуючого світу, ворожість
Гіпертиреоз	Неуважність, непосидючість, метушливість, втомлюваність, клаустрофобія, що розвинулась у наслідок одноманітності, сидячого способу життя (напр., за ЕОМ)
Цукровий діабет	Тривожність, страх, прагнення до спокою і захищеності, обумовлені постійною агресивністю, нереалізовані конфлікти, постійна готовність до боротьби, низька самооцінка
Ревматоїдний артрит	Поступливість, надмірна альтруїстичність, самопожертвування, честолюбство, підвищена терплячість, совісливість
Порушення шкірних покривів	Схильність до пасивної позиції у міжособистісних стосунках, високою сентиментальністю із коханими, невпевненість у собі, втеча від ризику, відчуття неповноцінності, соціальна ізоляція, негативізм, що супроводжується страхом, дратівливістю, розчаруванням, відчуттям вини, підозрілості, гніву

За допомогою переглянутих архівних індивідуальних медичних карт пацієнтів лікарень віком від 20 до 65 років було виявлено 200 осіб із хронічними психосоматичними захворюваннями, що супроводжуються іпохондричним настроєм. Із таблиці видно, що серед збігу причин виникнення іпохондричних розладів, спостерігається ризик виникнення проблем із соматичним здоров'ям особистості та емоційним виснаженням, нереалізованими мріями, розчаруванням у власних можливостях, залежністю від оточуючих людей, обставин, подій.

Основними психологічними детермінантами іпохондричних явищ є індивідуально-особистісні особливості суб'єкта (тривожність фахівців різних професій; неадекватна занижена самооцінка, яка є проявом, перш за все, негативного уявлення людини про себе у цілому); вплив ситуацій підвищеного стресу; невизначеність у подальших життєвих планах тощо.

Таким чином, підсумовуючи вищезазначене, опираємось на таку генералізовану вибірку осіб, яка включає у себе чотири групи: КГ₁ – студенти під

час навчально-виховного процесу у ЗВО, КГ₂ – студенти зі схильністю до зародження і розвитку іпохондричних розладів, ЕГ₁ – хворі терапевтичного відділу лікарні та ЕГ₂ – хворі лікувального психоневрологічного закладу (табл. 3.8).

Таблиця 3.8.

Характеристика груп досліджуваних

Назва групи	Заклад впровадження емпіричного дослідження	Методи роботи	Термін роботи	Загальна кількість осіб
Методи опосередкованого впливу				
КГ ₁	Вінницький державний педагогічний університет імені Коцюбинського	Ознайомчі дистанційні лекції	1 рік	94
Методи прямого впливу				
КГ ₂	Вінницький державний педагогічний університет імені Коцюбинського	Спецкурс «Культури безпеки психо професійних розладів в умовах «locus minoris resistentiae»	1 рік	100
ЕГ ₁	Вінницька обласна лікарня імені М.І. Пирогова (амбулаторно)	Психокорекційна програма	1 рік	100
ЕГ ₂	Вінницька обласна психоневрологічна лікарня імені академіка О. І. Ющенка	Психокорекційна програма	1 рік	100
Загальна кількість осіб				394

Завдання нашого дослідження було розкрито за аналізами результатів у таких напрямках:

1) визначення особливостей прояву іпохондричних розладів під час впливу різних форм і методів на формування особистості під час навчально-виховного процесу та лікувально-профілактичних заходів;

2) визначення значимості індивідуально-психологічного базису у формуванні світогляду особистості з іпохондричними розладами в умовах виконання професійних обов'язків;

3) порівняння системи цінностей кожної із груп у разі міжособистісної взаємодії фахівців різних професій у соціометричному вимірі;

4) визначення динаміки ціннісно-сміслових орієнтацій в аспекті індивідуально-психологічного підходу щодо значимості внутрішньої картини хвороби.

У процесі статистичної обробки даних психодіагностичних досліджень використано методику перевірки вірогідності різниць вибірок у розподілі ознак за допомогою критерію χ^2 Пірсона, коефіцієнт рангової кореляції Спірмена - r_s , що дозволяє оцінити силу та напрям узгодженості змін між двома ознаками, та t

критерій Ст'юдента, що пов'язаний із перевіркою рівності середніх значень у двох вибірках. А також кореляційний аналіз із урахуванням значимості кореляційних зв'язків між встановленням параметрів психосоматичного здоров'я людини та її іпохондричних навіювань.

Під час встановлення психокореляційних взаємовідносин між фахівцями різних професій скористаємось загальновідомою їх класифікацією на дослідженні способу мислення за типом П «людина – природа», типом Л «людина – людина», типом Т «людина – техніка», типом З «людина – знакова система», тип Х «людина – художній образ». У нашому дослідженні за типом П становитиме 74 особи (18,8 %), за типом Л – 67 осіб (17 %), за типом Т – 81 осіб (20,6 %), за типом З – 85 осіб (21,6 %) та за типом Х – 63 особи (16 %). Також зазначимо, що існує тип професійного завантаження осіб у експериментальній групі, які не належать до жодного з вищезазначених типів і становлять групу осіб за типом І «інші види професій», що складає 24 респондентів (6 %). Таким чином, використовуючи дану класифікацію професій у нашому дослідженні, позначимо кожен тип у вигляді залежної змінної Х, позначеної відповідно до типу професії: за типом П – X_1 , за типом Л – X_2 , за типом Т – X_3 , за типом З – X_4 , за типом Х – X_5 та інші типи – X_6 .

За типом мислення «людина-природа» фахівці відрізняються здатністю до передбачення щодо мінливості природних факторів. Їх успішність у діяльності залежить від прогнозування цих умов, які набуваються з часом, у залежності від досвіду людини. Представники цього типу повинні мати терпіння, наполегливість, готовність до праці у несприятливих погодних умовах. До шкідливих професійних чинників відносимо перегрівання тіла, переохолодження тіла, промокання одягу, забрудненість повітря пилом, вплив хімічних речовин тощо.

Серед психологічних якостей особистості такого типу спостерігаємо наявність широкого кола знань згідно з цим професійним забезпеченням, а також відмінну уяву, своєрідне оперативне мислення, що забезпечує можливість реалізації конкретних завдань в умовах мінливості цілей і умов праці. Серед умов їх діяльності відмічаємо характерне тривале перебування у відносній просторовій ізоляції, у разі відсутності спілкування із людьми й взаємодією із природою сам на сам, що характеризує їх як врівноважених і сміливих. У них домінують розвинена увага, наочно-образне мислення, спостережливість, відмінна зорова пам'ять тощо.

До професійних зумовленостей у них відносимо: спостереження як потребу пізнавального контролю (напр., перевірка на смак, вимірювання на око); вирішення оперативно-виробничих завдань (експериментування, планування); ненормований робочий день; обробка матеріалів (сортування, укладка, контроль); керування механізмами та машинами; догляд за технікою, тваринами й рослинами тощо.

Професії типу «людина – природа» складають досить численну групу. До неї входять професії, що вимагають значної теоретичної підготовки і вищої та середньої спеціальної освіти (агроном, ветеринарний лікар, ветфельдшер, зоотехнік, садівник), й професії, де потрібна практична майстерність, основи

якої закладаються, наприклад, у професійно-технічному училищі (тваринник, тракторист-машиніст широкого профілю, майстер машинного доїння). Типовими професіями, пов'язаними з життям рослин, є рільник, овочівник, агроном, ботанік, квітникар, тютюнник, селекціонер, лісник тощо. Загальними для них є цілі (одержання високого врожаю), знаряддя і умови праці [252].

За класифікацією Є.О. Клімова констатуємо такі особливості у нашому дослідженні за *типом «людина-людина»* як комунікативність, чуйність, витримка, вміння стримувати емоції, здатність контролювати власну поведінку й оточуючих, розуміти їх наміри та настрої, аналізувати міжособистісну взаємодію під час спілкування, уміння налагоджувати стосунки з незнайомими людьми, вміння розв'язувати конфліктні ситуації, здатність ставити подумки себе на місце іншої людини, уміння слухати, враховуючи інтереси інших, здатність володіти фразовим мовленням, мімікою, жестами, вміння знаходити спільну мову з різними людьми та переконувати їх у разі прийняття рішень, а також бути охайним, пунктуальним, зібраним, враховувати особистісні переваги та недоліки інших і над ними та корегувати взаємовідносини з ними [145].

Професії даного типу пов'язані з вихованням і навчанням людей (вихователь, учитель, спортивний тренер), з медичним обслуговуванням (лікар, фельдшер, медсестра, няня), з побутовим обслуговуванням (продавець, перукар, офіціант, вахтер), з інформаційним обслуговуванням (бібліотекар, педагог, лектор), із захистом суспільства та держави (юрист, військовий, правоохоронець).

Предметом діяльності фахівців такого типу вважаємо соціальні системи, групи, людей різної вікової категорії. Подібні професії відносимо до соціономічних, що дозволяє підкреслити у них їх приналежність саме до цієї групи осіб і констатувати особливості їх діяльності та схильність до типологічних проявів іпохондричної поведінки на етапі формування особистості фахівця. Іпохондричні розлади тут проявляються у вигляді скарг типу сімейні конфлікти та, відповідно, отримують причинно-наслідкові зрушення психосоматичного характеру. До основних вимог людей даного типу відносимо: дотримання етичних норм поведінки та правил ділового спілкування, терпіння і вміння аналізувати та корегувати особистісні відносини під час соціальної взаємодії.

Зауважимо також, що низка психологічних особливостей за професійними типами фахівців не завжди характеризується наявністю саме цих, вищенаведених ознак. Кожна спеціалізація в рамках кола психологічних спеціальностей містить компоненти інших предметних галузей діяльності. Як вважає Е. Клімов, професія може характеризуватись одночасно ознаками різних типів, але різною мірою різної інтенсивності прояву ознак [495].

Компоненти предметного середовища *«людина – техніка»* в рамках цілого кола психологічних професій можна виділити в діяльності інженерних психологів, психологів, фахівців по роботі з поліграфом, які володіють навичками практичного використання сучасних психофізіологічних методів, включаючи комп'ютерну поліграфію, магнітно-резонансну томографію, багатовимірне шкалювання досліджень активності нейронів і сумарної

активності мозку. Характеризуючи особливості вимог щодо професійного забезпечення такого типу, відзначимо, що діяльність фахівців пов'язана зі створенням, монтажем, укомплектуванням технічних пристроїв (проектування і конструювання технічних пристроїв, збір деталей і машин, регулювання і ремонт їх механізмів, приладів тощо); з експлуатацією технічних пристроїв: діяльність фахівців на верстатах, з автоматичними системами, під час керування транспортом; з ремонтом технічних пристроїв (розпізнавання несправних частин технічних систем, механізмів і приладів, їх відновлення і регуляція). До представників цієї спрямованості у професії відносять: столяра, техника-металурга, інженера-механіка, архітектора, будівельника.

Отож, фахівці за даним типом відрізняються гарною координацією рухів, точним зоровим, слуховим, вібраційним і кінестетичним сприйняттям, розвиненим технічним і творчим мисленням, глибинною уявою і вмінням швидко переключати та сконцентровувати увагу, спостережливістю тощо.

У зв'язку з науково-технічним прогресом, комплексною механізацією і автоматизацією виробничих процесів, впровадженням сучасної технології значно зростає питома вага інтелектуального навантаження під час виконання різних виробничих операцій, що створює умови для докорінної зміни характеру і змісту праці фахівців і ставить серйозні вимоги до рівня кваліфікації не лише інженерно-технічних працівників, а й до робітників різних галузей [189].

Основні характеристики технічного мислення – чіткість і точність розумових операцій, спрямованість на точні розрахунки, практичність, гнучкість і нешаблонність (М. Левітов). Однією з важливих якостей такого мислення є його оперативність, тобто здатність вирішувати виробничотехнічні завдання в ліміті часу, «незаплановані» завдання, які виникають у ході діяльності; вміння використовувати знання у конкретній ситуації і знаходити оптимальні рішення (Т. Кудрявцев). Саме такі вимоги ставляться до психологічної структури особистості льотчиків, водіїв, операторів, наладчиків автоматизованих устаткувань тощо.

На догоду сучасності людина переважно занурена у світ знаків і знакових систем. Креслення, схеми, топографічні і географічні карти, числові дані, таблиці, формули, підписи, написи, тексти, дорожні знаки, різного роду умовні сигнали – все це невід'ємні риси прояву сучасної цивілізації. Більшість професій *типу «людина – знакова система»* пов'язано з переробкою інформації і розрізняється за особливостями предмету праці. Це можуть бути: тексти на рідній або іноземній мовах (редактор, коректор, друкарка, діловод, телеграфіст, складач); цифри, формули, таблиці (програміст, оператор ЕОМ, економіст, бухгалтер, статистик); креслення, схеми, карти (конструктор, інженер-технолог, кресляр, копіювальник, штурман, геодезист); звукові сигнали (радист, стенографіст, телефоніст, звукооператор). До професій такого типу відносимо також: програміста, перекладача, інженера, топографа тощо.

В умовах сучасної культури велику роль відіграють знаки, що не мають образотворчої подібності з об'єктом, який позначається (слова не схожі на предмети, про які йде мова, ноти не схожі на музику, гроші не схожі на товари, математичні формули, що описують і дозволяють визначити курс літака, не схожі ні на літак, ні на траєкторію його польоту). Тому, щоб успішно

працювати в будь-якій професії даного типу, потрібні особливі нахили для уявного занурення у світ сухих позначень, для відволікання від власне предметних властивостей навколишнього світу і зосередження на тих відомостях, які несуть з собою ті чи інші знаки. У роботі зі знаками, як і в роботі з будь-якими об'єктами, виникає необхідність контролю, перевірки, обліку, обробки відомостей, а також завдання придумування нових знаків, знакових систем. Інакше кажучи, в даній галузі, як і у всякій іншій, є своєрідні можливості для творчості [495].

Отже, до психологічних вимог цього професійного типу до людини є гарна оперативна і механічна пам'ять, здатність до тривалої концентрації уваги на знаковому матеріалі, хороший розподіл і переключення уваги, точність сприйняття, уміння бачити те, що стоїть за умовними знаками, посидючість, терпіння; логічне мислення тощо.

Серед особливостей *типу «людина-художній образ»* відзначимо такі як спрямованість на мистецькі об'єкти або умови їх створення. Зазвичай за цим типом розрізняють професії, що пов'язані з образотворчою діяльністю, із музичними здібностями, з літературно-художньою діяльністю, з акторсько-сценічним умінням. Зазвичай професії такого типу пов'язані зі створенням художніх образів (письменник, художник, композитор, модельєр, хореограф), з виготовленням різних коштовностей, виробів за зразком (ювелір, реставратор, гравер), із друком художніх творів у масовому виробництві (майстер по розпису порцеляни, маляр, друкар).

Психологічними особливостями цієї професійної спрямованості є те, що на етапі власної вдосконаленості і досягненні майстерності праця фахівців залишається поза межами спостерігачів. Більш того, така праця вимагає спеціальних зусиль для створення ефекту невимушеності та легкості під час досягнення мети та результатів. Для того, щоб отримати аплодисменти артист щодня працює над своїм удосконаленням і майстерністю, суворо дотримується спеціального режиму. Ця непосильна плата за успіх часто призводить до підвищеного рівня дратівливості та виснаження, знервованості та апатії, що призводить до навіювань іпохондричного настрою, скарг на психосоматичну дисфункцію і внутрішню розгубленість у вирішенні проблем.

Таким чином, серед вимог до фахівців цієї психологічної спрямованості є художні здібності, розвинене зорове сприйняття, спостережливість, зорова пам'ять, наочно-образне мислення, творча уява, знання психологічних законів емоційного впливу на людей.

Зважаючи на викладене вище, ми у нашому дослідженні прагнемо визначити типологію особливостей і ознак зародження і розвитку іпохондричних розладів особистості за професійними типами згідно з класифікацією Е. Клімова.

До категорії «різноробочі» за типом І ми додамо вибірку осіб, які теж були задіяні у процесі дослідження і під час діяльності виконують різнопланову роботу. Різноробочий – це робітник, який виконує різноманітну підсобну, допоміжну роботу. Це робітник, який виконує різноманітну підсобну, допоміжну роботу, що не потребує спеціальної підготовки, тобто робітник без

певної кваліфікації. Попри те, що праця різнороба некваліфікована, у сфері будівництва та ремонту вона є ключовою професією. Різноробу часто доводиться виконувати тяжку і брудну роботу: це прибирання будівельного сміття, навантаження та розвантаження транспорту, робота із заливкою бетону, і таких прикладів можна навести безліч. Отож, іпохондрична поведінка у даному разі спровокована саме цим способом зайнятості [217].

Таким чином, послідовність саме таких дій зумовлює розкриття мети і завдань нашого дослідження в умовах використання моделі зародження і розвитку іпохондричних розладів особистості.

Підкреслимо також клініко-психологічні кореляти при організації іпохондричних розладів адаптації особистості у соціумі. Аналізуючи проблему професійної амбівалентності особистості далі, ми прагнемо розкрити її сутність у структурі творчого потенціалу, причин витіснення та гальмування успішної діяльності в межах суб'єктивної реальності. Стосовно творчого потенціалу особистості, то Е. Петрова розглядає його як соціально-психологічне настановлення на нетрадиційне розв'язання протиріч об'єктивної реальності [263], характеризує його як синтетичну (інтегрувальну) якість, що окреслює та висвітлює можливості особистості, яка здійснює діяльність творчого характеру.

Творчий потенціал В. Риндак характеризує як систему особистісних здібностей (винахідливість, уява, критичність розуму, відкритість усьому новому), що дозволяють людині оптимально змінювати прийоми дій відповідно до нових умов діяльності, набутих знань, вмінь, переконань, які великою мірою визначають результати діяльності (новизну, оригінальність, унікальність підходів суб'єкта до реалізації проекту тощо). Акцентуючи творчість у діяльності, ми розкриємо сутність проблем її забезпечення на прикладі культурологічних тенденцій особистості фахівця у соціометричному вимірі.

Обґрунтування проблем щодо самоактуалізації особистості фахівців різних професій у соціометричному вимірі, згідно з їх культурологічними цінностями і пріоритетами, визначатиме її статус. До основних завдань вимірювання соціометричного статусу фахівця віднесемо: обґрунтування основних проблем щодо формування його авторитету; визначення чинників, які впливають на розвиток культурологічних цінностей особистості; дезорганізуючі фактори її професійної діяльності; дозвіллієві аргументації щодо активного відпочинку.

Поняття «соціометричний статус» ввів Дж. Морено, розуміючи під ним становище людини в соціальній групі, а саму систему міжособистісних відносин виділяв з емоційних, ділових та інтелектуальних зав'язків членів цієї групи. *Статус* – становище людини в системі внутрішніх відносин, що визначає ступінь її авторитету в очах інших учасників групи. На відміну від позиції, статус індивіда в групі – це реальна соціально-психологічна характеристика його положення в системі внутрішньогрупових відносин, ступінь дійсної авторитетності для інших учасників [72, 99, 265].

Внутрішня установка людини в системі внутрішньогрупових відносин – це особисте, суб'єктивне сприйняття нею свого власного статусу, того, як вона оцінює своє реальне положення, свій авторитет, ступінь впливу на інших членів

групи. Дійсний статус і його сприйняття людиною може збігатися або розходитися.

У культурологічних тенденціях провідне значення має орієнтація на певні цінності та антицінності: позитивні з точки зору успішності протікання природно-соціальної адаптації людини (й людства в цілому) і акультурні негативні тенденції, що ведуть у кінцевому результаті до дезадаптації особистості або цілої групи людей, у яких вони переважають. Культурологічні тенденції є компонентом природної базової особистості людини (до неї входять також: базові прагнення, характерологічні тенденції, життєві призначення і мотивація до адаптивно необхідних видів діяльності). Вони, разом з іншими компонентами, складають обумовлений генотипом універсальний природний каркас особистості будь-якої людини. Розгляд культурологічних тенденцій як природних особистісних утворень спирається на сучасні дані психогенетики.

Щодо резервів відродження високого суспільного авторитету працівника, то до них можна віднести зокрема його самосвідомість, самоповагу, подолання комплексів меншовартості, страху перед керівниками-управлінцями, вміння відстоювати власну гідність. До того ж, до резервів нарощування професіоналізму, який становитиме фундамент, основу авторитету, можна віднести: самоосвіту, вивчення найкращого вітчизняного та зарубіжного досвіду; належну інформаційну культуру (акумуляування інтернет-шляхів, надання експрес-інформації); ознайомлення з існуючими і створення власних новітніх технологій навчання; участь у громадському та громадсько-політичному житті країни; оволодіння іноземною мовою, що забезпечить вихід до інноваційних технологій із фахових дисциплін, тощо.

Нині існування особистості відбувається у стрімкому, динамічному сучасному світі. Її розвиток має змістовну соціальну складову, яка суттєво впливає на соціальну стабільність. Однак мінливість, обмеженість часу, його беззмістовне проведення викликають дисгармонію під час професійного виконання обов'язків, що призводить до соціальної нестабільності. Тому культурологічні тенденції у даному ракурсі обумовлені розвитком особистості в сфері дозвілля, адже саме в дозвілльєвій сфері людина самореалізується та саморозвивається. Через сферу дозвілля активізуються соціальні відносини і відпочинок набуває міцного потенціалу як засіб соціального виховання.

Однак, пріоритетним у професійній діяльності є становлення громадянина-патріота України, готового самовіддано розбудовувати та забезпечувати її національну безпеку, знати свої права і обов'язки, цивілізовано відстоювати їх, успішно самореалізуватися в соціумі як громадянин, сім'янин, професіонал, носій української національної культури.

Таким чином, абсолютна самоактивність індивіда реалізується шляхом взаємодії особистісних потенціалів, обумовлених станом оптимального функціонування людини та соціального визнання як фактора збереження духовності фахівця у форматі професійної самосвідомості. У структурному відношенні динамічні характеристики самосвідомості являють собою системне поєднання трьох сторін – когнітивної, емоційної і поведінкової. Усвідомлення медичним психологом професійної значущості особистості в аспекті її

інтернальності, дозволить побудувати інтегральну модель Я-концепції працівника у разі надання психологічного консультування.

Враховуючи вищезазначені чинники дистармонічного стану особистості та її психотравмуючого фактора, підкреслимо, що в основі надання психологічної допомоги пацієнтам потрібно враховувати міжсистемну взаємодію трьох підструктур: когнітивної – знання можливостей у Я-досягненнях; афективної – емоційно-цілісне самоставлення і поведінкової – уміння раціоналізувати професійні поведінкові дії. Кожна підструктура професійної самосвідомості має специфічні характеристики, що визначають саморозвиток особистості в професійній діяльності, сприяють професійному зростанню і в цілому формують професійну Я-концепцію самого консультанта-психолога.

Універсальними умовами надання психологічної допомоги фахівцям різного типу є атрибуція значущості і безпечності об'єкта довіри. Довіра є умовою взаємодії «людина-людина». Іншими словами, можна сказати, що довіра є основною вихідною умовою діалогічності у спілкуванні. Вона існує як суб'єктивна соціальна позиція у ставленні до іншого у внутрішньоособистісному просторі. Індивід може довіряти інформації, що передає інший, і не довіряти людині, яка її висловлює. Однак цей процес є зустрічним, оскільки існуючий рівень довіри може змінюватися, посилюватися, послаблюватися чи взагалі зникати.

Подальше дослідження проводилось у формі співбесіди з особами з іпохондричними розладами та за допомогою авторського опитувальника щодо психодіагностики їх стану. Діагностичне вимірювання іпохондричних показань за психосоматичною ознакою дозволяє простежити значимість соматичного впливу на формування особистості. Терапевтичні формування висновків дозволяють оцінити параметри впливу на особистість в умовах словесної інтерпретації діагностики. Зазвичай хворі заспокоюються, розуміючи механізм соматичного захворювання, і переймаються вже його симптоматикою і лікуванням. Психологічний чинник розвитку цього порушення залишається на вторинному плані, забезпечуючи невгамовне бажання повного знищення хвороби. Зауважимо, що у ситуаціях, коли інтенсивність потреби зростає, а умови її задоволення потребують певного терміну часу, поведінка регулюється за допомогою механізмів психологічного захисту. Наведемі вище ситуативні приклади, пов'язані з тематикою досліджуваної проблеми й актуальні для психодіагностики іпохондричних розладів особистості.

Нагадаємо, що на попередньому прикладі, хворий Б., 30 років, робітник, знаходився на лікуванні у Вінницькій обласній психоневрологічній лікарні імені академіка О. І. Ющенка з 30 листопада 2017 року до 1 червня 2018 року. При первинному огляді скаржився на загальну слабкість, зниження працездатності, біль у шлунку. Він стверджував, що у нього розвивається пухлина – «рак шлунку», яку видаляти вже запізно: «лікарська провина, занедбаність». Вважав себе важко хворим і говорив, що доживає останні дні. До даного типу лікарні звернувся у разі спростування психоневрологічного діагнозу.

У анамнезі простежується схильність до вживання алкоголю. Мати у дитинстві померла від підозрюваного хворим захворювання. Саме у дитячі роки

він переніс висипний тиф. Закінчивши 10 класів, навчався у ПТУ, де отримав спеціальність слюсаря. Перебував у лавах Української армії, виконуючи свій громадянський обов'язок. Після демобілізації працював за спеціальністю і був відповідальним працівником, активним громадянином. Іноді мало спав, перевтомлювався. Таких шкідливих звичок як куріння не мав. Легко збуджувався, емоційно нестійкий, запальний.

У вересні 2017 року переніс гостре респіраторне захворювання, що супроводжувалось кашлем і підвищеною температурою. Під час перенесення хвороби продовжував працювати. Досить швидко переніс дану симптоматику зі сприятливим закінченням. Через якийсь час знову з'явився сухий кашель, біль у правому підребер'ї і грудному відділі хребта. Знову амбулаторно звернувся до лікаря і досить ретельно виконував усі його вказівки. Під час проведення рентгенографії він вперше проаналізував свій стан і постановив, що важкість захворювання набуває патологічних наслідків. Ніякої патології не було знайдено, але біль у грудині періодично повторювався і набував інтенсивності. Були знову консультативні терапевтичні й лікувальні процедури (фізіотерапія: солюкс і діатермія). Біль набував іпохондричного характеру: виникав у разі загострення хвороби. Хворий відчував підвищену пітливість і температуру, погіршувався апетит, з'явився головний біль, порушився сон.

Постійне відвідування лікарів було спричинене появою нав'язливих ідей з приводу наявності такого захворювання як туберкульоз легень і надмірним читанням медичної літератури стосовно ознак хвороби. Ретельно дотримувався режиму лікування і переймався з приводу кожного незначного больового відчуття. Працездатність хворого знизилась, увесь час його турбувала думка про соматичне захворювання. У жовтні він амбулаторно відвідав лікаря близько 9 разів. Увесь вільний час він проводив у пошуку інформації про хворобу, відвідуваннях лікарів і різноманітних аналізів.

У лікарні, де він перебував під час нашого спостереження, у нього підтвердили наявність таких хвороб як сухий плеврит і аскаридоз. У аналізі рідин були знайдені залишки крові, що пояснювалось як наслідок гінгівіту. З'явилась недовіра до стаціонарного лікаря. Дані симптоми він трактував як важку форму туберкульозу легень і рак шлунку. Надалі було проведено стаціонарне обстеження у терапевтичному відділенні з консультативним спостереженням у онкологічному інституті. Протягом цього часу хворий Б. відчував біль у шлунку, загальну слабкість, безсоння, важкість, звертався за порадами до різних лікарів і знову піддавався різноманітним обстеженням.

Саме тут у нього вперше виявили іпохондричні наміри, які супроводжувались такими висловлюваннями: «мене отруїли і хочуть викинути за межі життя», «хвороба дуже запущена, тому й важко її підтвердити», «мені набридло страждати, і я хочу померти» тощо. До лікувального процесу у нього з'явилися підозри та недовіра. У зв'язку з неадекватністю поведінки, суїцидальними намірами його було госпіталізовано до неврологічної лікарні імені О. І. Ющенка.

Відмітимо також, що за психічним станом хворий Б. орієнтований на місці, в просторі та в часі. Критика стосовно власного стану відсутня: вважає себе психічно здоровим, а соматично – важкохворим. Ілюзії сприйняття заперечує.

Висловлює маячні ідеї іпохондричного походження. Впевнений у наявності раку шлунку. Саме ця нав'язлива ідея супроводжує його протягом усього свідомого існування. Відчуває важкість у шлунку (за його висловлюванням – «шлунок наче наповнений свинцем», «у шлунку відчуваю якесь утворення»).

Читаючи історію хвороби пацієнта Б. можна попередньо зрозуміти, що він переніс туберкульоз легень, а вже пізніше захворів раком шлунку. Однак, це лише перше враження, так як і тепер він, показуючи лікареві кров'яні плями на подушці (із ясен ротової порожнини), часто стверджує, що легені вже зовсім розпались. Думка про наявність у нього туберкульозу легень спричиняє іпохондричні переживання.

Підкреслимо також, що неабиякий інтерес мають і такі випадки прояву іпохондрії, у яких інтероцептивні подразники досить довго надходили в функціонально ослаблену кору головного мозку й призвели до утворення у ній застійних, інертних джерел збудження, що лежать в основі іпохондричного марення. Ми під час спостереження за хворим Б. акцентуємо увагу на тому, що саме такий механізм зародження іпохондричних проявів відображений у його етіології хвороби.

3.2. Результати дослідження осіб з іпохондричними розладами на етапі формування їх психосоматичної дисфункції

Потреба зародження і розвитку іпохондричних розладів особистості в ситуації психосоматичного порушення та на цій основі розробки засобів відновлення стану оптимального функціонування організму зумовила таку дослідницьку схему: встановлення причинно-наслідкових зв'язків між явищами, певного прояву та дослідження впливу одного і того ж явища на людей з різними характеристиками. Побудова експерименту за такою схемою дала можливість відшукати структуру змінених та збережених форм психічної діяльності, встановити каузальні залежності між досліджуваними явищами та сформувати методику корекції і відновлення досліджуваного феномену. Саме тому у схемі дослідження поєднано констатувальні, формувальні стратегії та стратегію зіставлення.

Процедура дослідження передбачала такі основні структурно-змістовні етапи експериментальної програми: визначення структурних елементів (змінних, експериментальної гіпотези тощо); вимір загальної вибірки за номінативним маркером «психосоматичне здоров'я»; відбір еквівалентних (рандомізованих) відповідно до потреб дослідження еталонної контрольної (КГ₁ – психосоматично здорові особи і КГ₂ – особи зі схильністю до іпохондричних розладів) та експериментальної (ЕГ₁ і ЕГ₂ – особи з іпохондричними розладами з психосоматичними дисфункціями) груп; констатувальний діагностичний зріз (вимір) в КГ₁, КГ₂, ЕГ₁, та ЕГ₂ низкою

психодіагностичних методик, які визначають основні параметри виміру психологічної стійкості особистості у ситуації психосоматичного порушення та їхні зв'язки з іншими параметрами дослідження; якісний та кількісний аналіз результатів для встановлення статистично значущих відмінностей КГ₁, КГ₂, ЕГ₁, та ЕГ₂; побудова на цій основі програми психокорекційних впливів щодо відновлення стану оптимального функціонування організму в осіб експериментальної групи за результатами констатувального етапу дослідження; проведення формувального експерименту в групі з психосоматичними порушеннями (ЕГ₁ і ЕГ₂); контрольний діагностичний зріз (вимір) в КГ₁, КГ₂, ЕГ₁, та ЕГ₂ після завершення дослідження; якісний та кількісний аналіз результатів з метою виявити психокорекційний ефект: зіставлення та порівняння результатів експериментальної групи «до» та «після» впливів, зіставлення та порівняння результатів у групах з різним характеристиками; систематизація та узагальнення результатів теоретико-емпіричного дослідження.

Згідно міжнародної класифікації хвороб найважливішою рисою іпохондрії є стійка заклопотаність пацієнта своєю уявною хворобою. Пацієнт пред'являє стійкі соматичні скарги або проявляє стійке занепокоєння з приводу її виникнення. Нормальні, звичайні відчуття й ознаки часто сприймаються хворим як відхилення у поведінці: він зосереджує свою увагу зазвичай тільки на одному-двох органах чи системах організму. Часто присутні виражена депресія і тривога, що прогнозують наявність додаткових супровідних соматичних діагностувань. Іпохондричні ознаки відображено у вигляді таких проявів як розлад, що виражається у заклопотаності власним здоров'ям, дисморфофобією (немаячна форма), іпохондричним неврозом, іпохондрією, нозофобією [224].

Іпохондрія як психопатологічний симптомокомплекс зазвичай проявляється в різних формах, суть яких головним чином полягає у тому, що хворі приписують собі неіснуючі в дійсності важкі, невиліковні хвороби. Іпохондрія – суміжне поняття, тому варто акцентувати увагу саме на іпохондричних симптомах чи станах, які зазвичай мають різну етіологію та механізми розвитку. Зазначимо також, що іпохондричні розлади представлені у вигляді таких симптомів як страх, пригніченість, смуток, туга, тривога, апатія, невроз, байдужість, напруженість, невизначеність тощо.

Соматоформні розлади (СР) представлені у вигляді численних повторних, часто мінливих безпідставних соматичних скарг, які тривають протягом двох років. Більшість пацієнтів мають тривалу і складну етіологію взаємозв'язків зі службами первинної та спеціалізованої медичної допомоги, в ході яких здійснено безліч безрезультатних досліджень і безплідних діагностичних маніпуляцій. Симптоматика зазвичай стосується соматики якоїсь

частини тіла або системи органів. Перебіг розладів має хронічний і нестійкий характер і часто асоціюється із порушенням соціальної, міжособистісної і сімейної поведінки. Недовго існуючі (менше двох років) і менш яскраво виражені приклади симптоматики класифікуються як *недиференційовані соматоформні розлади* (F45.1).

Згідно класифікації DSM-5 (діагностичне і статистичне керівництво психічних розладів 5-го видання) представлено нову категорію упорядкування хвороб – Somatic Symptom Disorders (SSD) (DSM-5 300.82) – в межах певного діапазону тілесних скарг. Вона містить два основних положення у порівнянні з соматоформними розладами в DSM-IV: соматичні симптоми, які мають органічно незрозумілу природу відхиляються як необ'єктивні, а для обґрунтування і підтвердження діагнозу мають враховуватись певні психоповедінкові особливості іпохондрика. Згідно чинності вищезазначених діагностичних критеріїв, які діагностують іпохондричні розлади особистості, необхідно дотримуватись наступного:

- один або більше соматичних симптомів, які викликають іпохондричні настрої та призводять до значних порушень у повсякденному житті.
- одна або більше нав'язливих думок, почуттів чи поведінкових аддикцій, пов'язаних із наступними соматичними симптомами:
 - постійні нав'язливі думки про наявність важкого та невиліковного захворювання;
 - постійно високий рівень тривоги щодо психосоматичного здоров'я;
 - затрати часу й життєвої енергії на роздуми про стан оптимального функціонування організму людини.
- наявність будь-якого соматоформного симптому, який постійно присутній у вигляді скарг соматичного характеру і триває більше 6 місяців (МКБ-10, 2013).

Така умова вважається дієвою, коли виконується лише один із психобіхевіоричних симптомів; помірний характер розвитку симптоматики хвороби за наявності двох або більше таких симптомів свідчать про важкий перебіг захворювання і характеризується двома або більше психобіхевіористичними симптомами з множинними соматичними скаргами (або один дуже важкий соматичний симптом).

У категорії Internet Addiction DisorderI (IAD), DSM-5 300.7 представлено характеристику соматичних скарг у вигляді соматоформного іпохондріозу. Іпохондріоз, який відображає скарги соматичного типу, переважно у вигляді серцево-судинної симптоматики, віднесено до соматоформних розладів за класифікацією DSM-5. Ознаки іпохондріозу в пацієнтів, із скаргами на

невиліковність хвороби без відповідних на те медичних показань, подано у категорію IAD в DSM-5.

У номенклатурі хвороб МКХ-11 у 2018 році введено нову категорію соматоформних розладів, яка виділяє розлади тілесних патологій, що дуже нагадує центральну характеристику SSD у DSM-5, з акцентом на неприємні тілесні симптоми та психо-поведінкові особливості. Введено також термін «тілесний дистрес», який більш достовірно описує той факт, що пацієнти насправді страждають від власних надуманих тілесних симптомів, а ні ж на соматику, незважаючи на внутрішню їх психопатологічну природу. Однак, не варто ототожнювати поняття «дистресу» як психологічної складової тілесного стану чи залежність від хвороби. Він, насамперед, означає схожість у змісті понять, але істотних відмінностей в термінології між DSM та ICD не існує (Management of somatic symptom disorder, 2018).

Функціональні соматичні синдроми зазвичай діагностуються в різних медичних розділах МКХ, наприклад, синдром роздратованого кишківника (СРК) у розділі про гастроентерологічні захворювання, фіброміалгії (ФМС) у розділі про ревматичні захворювання. Для декількох функціональних соматичних синдромів існують критерії дослідження діагностики, які допомагають більш чітко їх визначити, наприклад, римські критерії ІБС або Оксфордські критерії синдрому хронічної втоми (ХФС). Більшість діагнозів функціонального соматичного синдрому не диференціюють ознак важкості стану людини (МКБ-10, 2013).

Іпохондричний розлад за багатьма критеріями схожий на соматизований розлад. На відміну від нього, хворі на іпохондрію переживають надмірний страх наявності в них якогось ще не винайденого тяжкого захворювання, яке загрожує життю. Характерними є монотонні, емоційно невиразні скарги, які підкріплюються великою кількістю документів, що накопичені за період обстежень. Для діагностики іпохондричного розладу необхідні наступні критерії:

1) відмічається стійке, не менше 6 місяців, переконання щодо наявності в себе одного або більше важких соматичних захворювань, щонайменше одне з яких чітко окреслюється пацієнтом, або ж стійке занепокоєння виявляємою пацієнтом дисморфобічною вадою;

2) присутні критерії соматизованого розладу.

Для оцінки ступеня важливості (значущості) тих чи інших критеріїв наявності іпохондричних розладів в діяльності фахівців різних професій нами були відібрані основні діагностичні критерії іпохондричних розладів за МКХ-10 та показано результати їх оцінки експертами, які наведено в табл. 3.1.

Таблиця 3.1

Діагностичні критерії іпохондричних розладів за МКХ-10 в ЕГ осіб

Діагностичні критерії іпохондричного розладу за МКХ-10	Усереднена експертна оцінка значущості критеріїв для професійної діяльності фахівців
Виникнення і наявність упродовж не менше двох років множинних і варіабельних соматичних симптомів, яким не знайдено адекватного соматичного пояснення; відсутність об'єктивних даних про структурне або функціональне порушення органу чи системи органів	57, 3
Наявність постійного переконання про існування одного або декількох важких захворювань. Занепокоєність симптомами хвороби викликає постійну тривогу і спонукає хворого шукати повторних консультацій (три чи більше) або різноманітних досліджень, а також множинні консультації лікування у місцевих «цілителів».	11, 7
Постійна недовіра різним лікарям і їх переконанням про відсутність патології	16,8
Наявність менше 6 симптомів з щонайменше двох різних груп: 1) шлунково-кишкові симптоми: біль у шлунку, нудота, відчуття важкості у шлунку, переповнення, метеоризм, поганий присмак у роті, блювота або регургітація їжі, діарея тощо; 2) серцево-судинні симптоми: ядуха без навантаження, біль у грудній клітці; 3) сечостатеві симптоми: дизурія або часте сечовипускання, неприємні відчуття у статевих органах або навколо них, незвичайні або надмірні вагінальні виділення; 4) шкірні і больові симптоми: поява плям або зміна кольору шкіри, біль у кінцівках або суглобах, неприємні оніміння або парестезії.	8,2
Виключенні синдроми з групи шизофренічних, афективних і тривожних захворювань	5
Всього	100

Запропоновані критерії оцінки наявності іпохондричних розладів особистості можуть використовуватись у практичній діяльності психологів для фахівців різних спеціальностей, а також педагогами у закладах вищої освіти для оцінки схильності до зародження і розвитку іпохондрії у студентів. Окрім того, не варто піддавати сумніву дійсність існування симптомів у хворого, потрібно визнати, що хворий дійсно переносить хворобу, яка значно порушує якість життя і відносини в сім'ї. Необхідно обговорити результати додаткових методів обстеження та завірити людину у відсутності органічної причини захворювання; слід зазначити, що для позбавлення від симптомів хвороби необхідний певний час, і що більшість хворих видужують після лікування.

Відзначимо, що сила і глибина іпохондричних розладів зумовлені індивідуальними психологічними характеристиками особистості, рівнем психологічного розвитку, поведінковими стереотипами й особливостями самоактуалізації, специфічною реакцією на ситуацію, способом переробки внутрішнього особистісного конфлікту, ступенем стресостійкості. За результатами нашого дослідження зв'язок між нервово-психічною стійкістю і психічним здоров'ям існує, він значущий і прямий ($r_{xy} = 0,359$, $p \leq 0,01$). Це здійснювалося завдяки аналізу кількісних статистичних даних і усієї сукупності залучених джерел.

У більшості випадків іпохондричними фобіями страждають особи з ананкастними особливостями особистості, тривожно-недовірливими рисами характеру, боязкі, нерішучі, вразливі, до дрібниць скрупульозні люди. У ряді випадків буває складно диференціювати нав'язливі іпохондричні фобії від маячних ідей. Зазвичай це спостерігається тоді, коли іпохондричний розлад супроводжується вираженими симптомами астенії, на тлі якої С. З. Пащенко допускав можливість «тимчасового переходу іпохондричних нав'язливих думок в маячні ідеї».

На відміну від осіб із хворобами соматичного типу та недиференційованими соматоформними розладами, особи з іпохондричними розладами не тільки обтяжуються соматичним дискомфортом, але й відчують страх наявності у них ще не знайденого психопатологічного симптому, що загрожує життю. Хворі постійно акцентують увагу на соматичних скаргах, нехтуючи перспективою професійного розвитку та особистісного зросту. Нормальні або звичайні відчуття і явища часто інтерпретуються хворим як аномальні і неприємні, причому увага зазвичай фокусується на власному недомаганні. Хворий може назвати передбачуване соматичне захворювання або деструкцію тілесної функції, проте ступінь переконаності в наявності захворювання зазвичай змінюється від консультування одного лікаря до порад іншого, причому пацієнт вважає вірогіднішим то одне захворювання, то інше.

Іпохондричний тип характеризується зосередженістю на суб'єктивних неприємних відчуттях і прагненням донести їх до оточуючих, створюючи

навколо себе ауру співчуття і жалю. Нерідко така особистість керується егоїстичними намірами стосовно її порятунку та адекватності життя, проявляючи тривожність, депресивність, нудьгуватість, надмірну заклопотаність тощо.

Розлад не відрізняється за гендерною ознакою, але протікає приховано, у вигляді внутрішньоособистісного конфлікту. Діагностика іпохондрії ґрунтується на клініко-психологічному дослідженні. Згідно ряду інших невротичних розладів враховуються основні критерії міжнародної класифікації хвороб (МКБ-11). Відповідно до цієї класифікації іпохондрія відноситься до соматоформних розладів. Відмінністю цих розладів від інших є постійні соматичні (тілесні) скарги, незважаючи на відсутність тілесних патологій. Міжнародна класифікація хвороб виділяє 4 основних положення, на підставі яких діагностується цей розлад (табл. 3.2) (Management of somatic symptom disorder, 2018).

Діагностика іпохондричного розладу ускладнюється латентним перебігом, приховуванням своїх ідей і страхів. Іпохондрична поведінка характеризується невизначеністю у соціумі, тому на тривалий час є незрозумілою для оточуючих. Однак, іпохондрія часто розвивається на тлі інших захворювань, пов'язаних із діяльністю особистості, супроводжуючись професійним вигоранням чи творчим ступором. Шизофренія, депресія та інші розлади дебютують у показанні іпохондричних симптомів, переважаючи яскравістю прояву. Тому діагностика іпохондрії повинна бути комплексною, включаючи терапевтичні аспекти лікування реальних хвороб і водночас піврічне спостереження за поведінкою людини в умовах соціальної взаємодії. Враховуючи вище вказане, підкреслимо, що не можна поспішати з діагностуванням іпохондрії. Дуже часто скарги на той чи інший тілесний недуг є лише проявом ліні або малодушності.

Таблиця 3.2

Критерії іпохондричного розладу згідно МКБ -10

Симптом	Характеристика
Переконання у наявності двох чи більше невиліковних хвороб	Переконання пацієнта в своїй хворобі повинно тривати не менше півроку. При цьому хвороб в уяві пацієнта може бути декілька, але висловлюватися він повинен хоча б про одну.

Соціальна дезадаптація	Постійні страждання і переживання людини про наявність невиліковної хвороби, які заважають їй у повсякденному житті. Пошуки обстеження і лікування порушують звичний уклад життя людини, заважають їй інтегруватися в суспільство, псує сімейні відносини тощо. Іпохондрики, занурені у власні проблеми, стають глухими до проблем інших людей, в тому числі і до найближчих. Заради уникнення інфікування хворобою, вони відмовляються від зустрічей з іншими людьми.
Відмова від реального медичного висновку щодо відсутності тілесного захворювання у пацієнта	Навіть якщо спочатку пацієнт визнає висновок лікаря про відсутність тілесного захворювання, то лише ненадовго. Через кілька тижнів він стає знову стурбований своїм самопочуттям і починає вимагати нового медичного обстеження.
Винятком слугують шизофренія, шизоафективний розлад, депресія, маніакальний психоз.	

На етапі структурного інтерв'ювання за Отто Кернбергом дослідження показало, що в осіб із іпохондричними розладами (69 осіб – 42 %) зустрічається симулятивна поведінка. Симулятивні дії людини спрямовані на те, щоб отримати підтримку і співчуття оточуючих. Нерідко вона нарікає не тільки на стан власного здоров'я, а й на свою долю, несправедливість, нерозуміння. Наслідком такої поведінки є несприйняття оточуючими її скарг, і тому вона використовує елементи артистичної поведінки – заламування руки, зачухання очей, розмовляє зниженим або стражденим голосом. Якщо проявити пильну увагу до проблем такої людини і запропонувати їй пройти обстеження, велика ймовірність того, що вона відмовиться. Особливо дієвим буде пропозиція пройти ряд таких неприємних процедур як колоноскопія (дослідження товстої кишки), гастроскопія (діагностика шлунка за допомогою перорального введення зонда). У цьому випадку можливо, що хворий не діагностує у себе таких показань і, відповідно, уникає цих процедур, але подальші інтерпретації хворобливості стану орієнтують його на пошук методів збереження здоров'я.

За опитувальником МТЖЦ (*морфологічний тест життєвих цінностей*) визначаємо мотиваційно-ціннісну структури особистості. Методику запропоновано І. Сеніним, який під поняттям *життєва цінність* розуміє відношення суб'єкта до явища, до об'єкта чи суб'єкта й підкреслює їх значимість. Такі шкали як «Розвиток себе», «Духовне задоволення», «Креативність», «Активні соціальні контакти», «Власний престиж», «Досягнення», «Матеріальне

становище», «Збереження власної індивідуальності» розкривають термінальні цінності людини, в основі яких ми у дослідженні акцентуємо увагу на домінантний їх тип і у висновках подаємо його значимість як фактора безпосереднього впливу на зародження і розвиток іпохондричних розладів. А також опитувальник визначає рівень життєвої сфери, де за допомогою шкал «Сфера професійного життя», «Сфера навчання й освіти», «Сфера сімейного життя», «Сфера громадського життя», «Сфера захоплень», «Сфера фізичної активності» визначаємо перспективи життєвих цінностей особистості як фахівця.

Встановлено, що у КГ осіб переважає орієнтування на загальне (табл. 3.10) в аспекті формування особистісних потенціалів щодо професійного забезпечення й реалізації власних намірів, установок і можливостей. Це видно з нижчезазначених показників, мотиваційний компонент яких виділяє спрямованість особистості на розвиток себе (55,67%, 34,77%, 45,12%, 44,98%, 34,87%, 43,67%), духовне задоволення (44,43%, 45,76%, 34,87%, 43,87%, 54,67%, 34,76%), активні соціальні контакти (45,76%, 34,12%, 37,76%, 39,76%, 56,24%, 55,78%), збереження власної індивідуальності (67,87%, 27,98%, 45,77%, 34,76%, 45,87%), незважаючи на власний престиж і високе матеріальне становище.

Статистично достовірними, з перевищенням стандартного відхилення (σ) у межах 5-10 балів, виявились такі відмінності між типами за середніми значеннями X_1 , X_2 , X_3 , X_4 , X_5 , X_6 як шкала «Креативності» (31,26%, 44,56%, 46,76%, 38,67%, 45,17%, 34,67%), що свідчить про значимість творчого потенціалу в опитуваних усіх груп, однак відмічається їх тенденція до зниження рівня працездатності (нижче середніх значень – 50 %) оскільки більшість респондентів за цією шкалою належать до типу «людина – людина». Це можна пояснити їх втомлюваністю під час навчально-виховного процесу, бо основна вибірка серед них студенти. Зазначимо також, що лише 22,58% становить спрямованість на індивідуальну позицію під час виконання обов'язків за типом «Л» професії у результаті їх підвищеної комунікабельності та орієнтування на соціум. Виявлено суттєві гендерні відмінності даних вибірки за усіма показниками: середні показники жінок перевищили одне стандартне відхилення (σ) стосовно чоловіків з точки зору духовного забезпечення. Чоловіки проявили прагматичність у досягненні власної мети.

Таблиця 3.10.

**Показники мотиваційно-ціннісної структури особистості за
опитувальником МТЖЦ у КГ1 осіб КГ1**

У процесі дослідження спостерігається також орієнтування з КГ₁ осіб на збереження цілісності установок щодо стану психосоматичного здоров'я. Стандартне відхилення за даним опитувальником між досліджуваними типами досить істотно відрізняється, що свідчить про їх трансформацію у збереження

Респонденти КГ ₁						
Ознаки особистості	Типи професій					
	X ₁	X ₂	X ₃	X ₄	X ₅	X ₆
Розвиток себе	55,67%	34,77%	45,12%	44,98%	34,87%	43,67%
Духовне задоволення	44,43%	45,76%	34,87%	43,87%	54,67%	34,76%
Креативність	31,26%	44,56%	46,76%	38,67%	45,17%	34,67%
Активні соціальні контакти	45,76%	34,12%	37,76%	39,76%	56,24%	55,78%
Власний престиж	44,89%	27,85%	45,87%	47,56%	58,54%	43,87%
Досягнення	34,87%	16,76%	54,18%	43,86%	39,65%	34,75%
Високе матеріальне становище	26,17%	28,56%	45,76%	44,67%	36,85%	34,76%
Збереження власної індивідуальності	67,87%	22,58%	27,98%	45,77%	34,76%	45,87%
Сума	350,92%	254,96%	338,30%	349,14%	360,75%	328,13%
Середнє значення	43,87%	31,87%	42,29%		45,09%	41,02%
Стандартне відхилення	13,49%	10,07%	8,23%	12,99%	10,04%	7,70%

гармонії між різними параметрами у досягненні цілей (34,87%, 16,76%, 54,18%, 43,86%, 39,65%, 34,75%). За шкалою «Досягнення» ми бачимо найбільший відсоток за типом професії «людина – техніка», що сприяє удосконаленню можливостей особистості на етапі формування її життєстійкості, вимогливості, оперативного мислення. Високий інтелект у респондентів ми пов'язуємо з точністю розумових операцій, спрямованістю на точні розрахунки, практичністю, гнучкістю і нешаблонністю їх творчих потенціалів. Оперативність їх мислення ототожнюється із здатністю вирішувати виробничо-технічні завдання в ліміті часу, «незаплановані» задачі, які виникають у ході діяльності; вміння використовувати знання у конкретній ситуації і знаходити оптимальні рішення. Найнижчий показник за цією шкалою у представників типу «людина-людина» (16,76%), що пов'язуємо з умінням компенсувати особистісні ресурси на шляху до подолання складних життєвих ситуацій і акцентувати увагу саме на досягненні гармонії у особистісному житті. За іншими показниками шкали зустрічаємо цілеспрямованість усіх груп

респондентів КГ₁, які орієнтовані на досягнення власних цілей за умови особистісного благополуччя і зростання.

Зважаючи на незначну відмінність між КГ₁ і КГ₂ (табл. 3.11), підкреслюємо значимість результатів за даним опитувальником в КГ₂ осіб у тому, що представники цієї групи дотримуються дистанції між особистісним і соціальним, між духовним задоволенням і власним престижем. За показниками шкали «Збереження власної індивідуальності» (60,54%, 36,76%, 66,54%, 68,54%, 55,56%, 44,12%) зазначимо їх неупередженість у міжособистісних стосунках за суттєвою різницею у показниках. Вони переважно керуються забезпеченням власного авторитету за рахунок духовного зростання над іншими. За шкалою «Духовне задоволення» (55,12%, 53,76%, 49,65%, 44,67%, 67,87%, 63,12%) спостерігається домінування у показниках над КГ₁ у психосоціальному забезпеченні власної ваги у соціумі. Вони вже переймаються власною значимістю у взаємовідношенні між особистісною значимістю і досягненнями. За шкалою «Досягнення» (48,43%, 41,24%, 38,54%, 47,64%, 44,17%, 37,65%), суттєвих відмінностей у результатах їх праці не спостерігається, отож саме ця тенденція змушує нас підкреслити схильність до іпохондричної поведінки. Адже у випадку невизнання їх унікальності у них виникатимуть відчуття спустошення, які компенсуватимуться нав'язливими ідеями, що провокуватиме підвищену чутливість і хвилювання. Реакція організму, яку у вигляді психологічного захисту пригнічують агресивні настрої й трансформують їх у власні соматичні симптоми. Їм також властиві егоцентричні наміри, обмежений емпатійний потенціал і слабка зацікавленість потребами щодо інших. Вони зазвичай вважають себе розчарованими, ображеними, покинутими, малокомунікативними, зависаючими у часових проміжках минулого, відштовхуючи від себе оточуючих, що надалі перетворюється у реальну іпохондричну нозологію.

Із таблиці 3.11 видно, що дана тенденція спостерігається і за шкалою «Розвиток себе», де респонденти усіх груп переймаються власним особистісним зростанням, незважаючи на потреби інших в підвищеній контактності. Як видно за шкалою «Активні соціальні контакти», представники КГ₂ є необмеженими у спілкуванні, але збереження факту особистісного зростання і тенденція до забезпечення власного престижу та значимості може констатувати їх невгамовне бажання у цих комунікаціях задля особистісних цілей, в деякій мірі корисливості та отриманні цінної інформації.

Таблиця 3.11.

**Показники мотиваційно-ціннісної структури особистості
за опитувальником МТЖЦ у КГ₂ осіб**

Респонденти КГ ₂

Ознаки особистості	Типи професій					
	X ₁	X ₂	X ₃	X ₄	X ₅	X ₆
Розвиток себе	67,87%	66,12%	58,87%	64,76%	54,87%	55,87%
Духовне задоволення	55,12%	53,76%	49,65%	44,67%	67,87%	63,12%
Креативність	43,76%	38,96%	44,76%	39,54%	54,78%	53,67%
Активні соціальні контакти	75,87%	55,76%	70,87%	46,87%	56,83%	60,43%
Власний престиж	50,54%	56,87%	55,76%	49,65%	59,12%	48,61%
Досягнення	48,43%	41,24%	38,54%	47,64%	44,17%	37,65%
Високе матеріальне становище	33,76%	38,65%	44,52%	44,76%	28,65%	44,28%
Збереження власної індивідуальності	60,54%	36,76%	66,54%	68,54%	55,56%	44,12%
Сума	435,89%	388,12%	429,51%	406,43%	421,85%	407,75%
Середнє значення	54,49%	48,52%	53,69%	50,80%	52,73%	50,97%
Стандартне відхилення	13,47%	10,95%	11,35%	10,26%	11,69%	8,81%

Однак зауважимо, що таке припущення може бути ймовірним щодо зародження схильності й до іпохондричних розладів в майбутньому, тому, зважаючи на показники у таблиці 3.11, ми керуємось загальними уявленнями про їх мотивацію щодо перспектив у навчанні, дотриманні пізнавально-інформативних принципів у освітньому процесі заради набуття професійних навичок, умінь, досвіду тощо. Стандартне відхилення у даному випадку істотно не відрізняється: середні показники дещо перевищили одне стандартне відхилення (σ). Загалом аналіз даних вибірки виявив, що усереднений показник термінальних цінностей (пізнання) дещо нижчий від показника первинних цінностей (прийняття), проте лише у КГ₁ ця відмінність статистично значуща ($t=2,73$, $p \leq 0,01$).

Таким чином, представники КГ₁ і КГ₂ зберігають мотиваційно-ціннісну орієнтацію на майбутнє, керуючись умовами сучасності, та відображають активну позицію у врегулюванні міжособистісних стосунків на етапі особистісного зростання в аспекті відображення термінальних цінностей особистості.

Представники ЕГ₁ за даним опитувальником відображають негативні тенденції у мотивації особистості (табл. 3.12). Вони переважно спрямовані на досягнення духовного задоволення. Згідно з цим, можна висунути припущення про їх духовність як засіб маніпулювання над іншими, адже за шкалою «Активні соціальні контакти» (23,76%, 25,87%, 35,76%, 26,87%, 37,54%, 48,65%) спостерігаються досить низькі його показники, з чого можна зробити висновок про відсутність або небажання до міжособистісних комунікацій. Щодо особистісного зростання за шкалою «Розвиток себе» (34,87%, 45,76%, 32,76%, 38,86%, 27,96%, 23,65%), спостерігаємо відсутність пізнання або ж

низькі показники, за якими простежується орієнтування на задоволення власних потреб за рахунок маніпулятивного долучення інших людей у власний світ, перевантажуючи їх власними переживаннями й нав'язливими ідеями. Простежуються у даній групі також низькі показники за шкалами «Власний престиж», «Збереження власної індивідуальності», «Досягнення», що змальовує картину невизначеності у соціумі та у власних перспективах.

За шкалою «Високе матеріальне становище» зазначаємо невибагливість і незалежність від товарно-грошових цінностей, але професійність за шкалою «Креативність» не впливає на їх самореалізацію у професійній діяльності, а є тим чинником, який створює умови для духовного задоволення від праці. Як свідчать показники за цією шкалою (30,67%, 43,87%, 29,76%, 42,87%, 47,87%, 33,28%) між досліджуваними типами спостерігається схильність до творчості, яка імпонує їм у дозвілєвій діяльності, як наслідок утечі від проблем, внутрішньої дисгармонії, розчарувань.

Таблиця 3.12.

**Показники мотиваційно-ціннісної структури особистості
за опитувальником МТЖЦ у ЕГ₁ осіб**

Респонденти ЕГ ₁						
Ознаки особистості	Типи професій					
	X ₁	X ₂	X ₃	X ₄	X ₅	X ₆
Розвиток себе	34,87%	45,76%	32,76%	38,86%	27,96%	23,65%
Духовне задоволення	47,87%	29,65%	22,87%	45,76%	43,67%	38,51%
Креативність	30,67%	43,87%	29,76%	42,87%	47,87%	33,28%
Активні соціальні контакти	23,76%	25,87%	35,76%	26,87%	37,54%	48,65%
Власний престиж	24,76%	18,76%	44,76%	37,98%	38,61%	50,54%
Досягнення	36,87%	22,87%	48,93%	44,76%	48,56%	29,65%
Високе матеріальне становище	38,87%	32,76%	43,76%	38,76%	34,54%	48,53%
Збереження власної індивідуальності	28,87%	28,76%	28,87%	33,76%	30,27%	37,61%
Сума	266,54%	248,30%	287,47%	309,62%	309,02%	310,42%
Середнє значення	33,32%	31,04%	35,93%	38,70%	38,63%	38,80%
Стандартне відхилення	8,01%	9,53%	9,08%	6,20%	7,66%	9,82%

На даному етапі розвитку особистості спостерігається картина внутрішньої неузгодженості, схильності до самонавіювань, безпідставних хвилювань, тривожності, депресивності, апатичності, що надалі слугуватиме психотравмуючим механізмом у зародженні скарг соматичного характеру (підвищена ЧСС, АТ, серцебиття, пітливість).

Скарги на цьому рівні обумовлені відсутністю професійного забезпечення, низьким матеріальним статком, дискримінацією одного з членів родини, міграцією сім'ї чи еміграцією, зтяжними інтерперсональними труднощами у спілкуванні, конфліктністю особистості. Підвищена заклопотаність тим, що відбувається у власному організмі, як наслідок, стає захистом від низької самооцінки, сприйняття своєї малоцінності і нікчемності. Соматичне страждання стає символічним засобом спокутування власної провини, заслуженим покаранням.

Наступна група осіб, переставлена у нашому дослідженні в особах із порушеннями психогенного характеру (ЕГ₂). Основні термінальні цінності не виділяють опитуваних як комунікативних, прагматичних, компетентних фахівців. Негативні тенденції представлені у вигляді суми низьких стратегічних цілей щодо смисложиттєвих орієнтацій і планування життєвотворчої активності. За усіма шкалами спостерігається відсутність бажання до об'єктивної оцінки власної діяльності. Враховуючи попереднє дослідження з використанням авторського опитувальника та співбесіди зауважимо, що істинність мотивів осіб цієї групи забезпечується низкою досягнень у сфері самолікування і особистісної психодіагностики.

Як видно із таблиці 3.13 найвищі показники за шкалою «Досягнення» (20,76%, 27,87%, 34,76%, 16,87%, 15,87%, 22,76%), ця група осіб орієнтована на трактування й заучування медичних текстів, термінології та діагностувань. Статистична обробка даних свідчить про високі показники зв'язку та значущі прямі інтеркореляційні залежності між термінальними цінностями власного престижу, зокрема у групі Х₃, що становить 36,76% та креативності на рівні значущості ($p \leq 0,01$), що у групі Х₂ – 37,85%. Оскільки стурбованість щодо власної значимості за типом «людина-людина» і значна креативність за типом «людина-техніка» домінують за показниками, то можна відзначити залежність від бажання щодо створення престижу особистості в умовах технічного забезпечення. Простежується конфлікт між внутрішньою мотивацією щодо прагнення бути унікальним і визнанням й особистісними можливостями, що існують поза межами вдосконаленості. Така спрямованість особистості формується досвідом людини, що свідчить про існування у цій сфері базового конфлікту, який у чоловіків має тенденцію трансформуватись у напрямку розширення контактної сфери, а у жінок – до її обмежень.

Таблиця 3.13.

**Показники мотиваційно-ціннісної структури особистості
за опитувальником МТЖЦ у ЕГ₂ осіб**

Респонденти ЕГ ₂

Ознаки особистості	Типи професій					
	X ₁	X ₂	X ₃	X ₄	X ₅	X ₆
Розвиток себе	10,76%	25,65%	17,87%	14,54%	22,15%	11,65%
Духовне задоволення	12,65%	22,76%	14,65%	28,65%	20,76%	24,65%
Креативність	14,76%	37,85%	18,76%	22,65%	16,89%	12,87%
Активні соціальні контакти	8,97%	24,65%	29,65%	24,12%	11,34%	13,76%
Власний престиж	14,76%	17,85%	36,76%	16,76%	13,54%	18,99%
Досягнення	20,76%	27,87%	34,76%	16,87%	15,87%	22,76%
Високе матеріальне становище	4,87%	17,86%	23,65%	17,54%	18,67%	25,65%
Збереження власної індивідуальності	3,98%	13,87%	18,76%	22,78%	16,76%	26,87%
Сума	91,51%	188,36%	194,86%	163,91%	135,98%	157,20%
Середнє значення	11,44%	23,55%	24,36%	20,49%	17,00%	19,65%
Стандартне відхилення	5,55%	7,44%	8,36%	4,79%	3,56%	6,19%

У низці причин його виникнення акцентується увага на значимості сімейних відносин, у визначенні їх структури, ієрархії, згуртованості, меж, комунікацій, коаліцій; переглядаються стадії життєвого циклу, аналізуються сімейні історії, горизонтальні та вертикальні стресори; визначаються функції симптомів у сімейній системі (морфологічні та морфогенетичні функції), розглядаються їх комунікативні метафори тощо.

Згідно з опитувальником щодо визначення життєвих цінностей зауважимо, що сам тип «людина–природа» має тенденцію до плідних міжособистісних контактів на рівні із забезпеченням їх соціальної взаємодії (75,87%) за показниками на рис. 3.6 у КГ₁, що сприяє особистісному розвитку (67,87%) під час становлення особистості як індивідуальності (67,87%). Однак формування професійних надбань не є актуальним у їх життєтворчій позиції, що видно з позиції за шкалою «Креативності» (43,76%), за шкалою «Досягнень» (48,43%) та за шкалою «Високе матеріальне становище» (33,76%). У них відсутня залежність між товарно-грошовими цінностями й професійним забезпеченням. Простежуються гармонійні вподобання щодо збереження власного простору, переконань, цінностей, які спонукають людину такого типу до особистісних звершень, перемог і перспектив.

Саме ця тенденція зберігається й у респондентів зі схильністю до іпохондричних розладів К₂: за шкалою «Креативності» (31,25%), за шкалою «Досягнень» (34,87%) та за шкалою «Високе матеріальне становище» (26,17%). Вони також налаштовані на збереження власної індивідуальності (60,54%) та

конкурентоспроможності шляхом особистісного розвитку (55,67%). Однак особистісна взаємодія за шкалою «Активні соціальні контакти» (45,76%) й за шкалою «Власний престиж» (44,89%) помітно зорієнтована на спад, що проявляється у небажанні формування міжособистісних стосунків і збереженні професійного еквіваленту працездатності. За шкалою «Духовне задоволення» (44,43%) вони відрізняються переважно орієнтацією на власний духовний ріст і особистісну цілісність. Можна також продіагностувати їх схильність до стурбованості саме за власні орієнтири у житті та реалізацію своїх потреб і бажань, у неуспішності яких спостерігатимуться хворобливі стійкі психосоматичні розлади та іпохондрична поведінка.

Досліджувана група ЕГ₁ відзначилась, за основними показниками шкал даного опитувальника, низькими результатами у міжособистісній взаємодії: за шкалою «Креативність» (31,25%), за шкалою «Активні соціальні контакти» (23,46%), за шкалою «Власний престиж» (24,13%), за шкалою «Досягнення» (34,87%) та за шкалою «Високе матеріальне становище» (26,17%), відсутністю суттєвої спрямованості до особистісного розвитку (33,57%) й індивідуального підходу у взаємовідношенні особистісних намірів і їх реалізації (27,67%). За шкалою «Духовне задоволення» 44,43%, з них мають найвищі показники у їх ціннісному вимірі орієнтувань. За їх відсутності можуть виникати внутрішньоособистісні конфлікти, спровоковані саме психосоматичною нецілісністю, дисбалансом у соціометричному вимірі й диспозиційній структурі власного простору. У них простежується невизначеність у соціальній взаємодії, яка компенсуватиметься іпохондричною залежністю від психосоматичної дисфункції і досягненням власної гармонії.

Згідно з вищезазначеною тенденцією, досліджувані ЕГ₂ характеризуються низькими позиціями у ціннісному вимірі потреб, про що засвідчують їх показники у соціальному забезпеченні та індивідуальних намірах, як видно за шкалами рис. 3.7. Такий ціннісно-мотиваційний підхід у забезпеченні їх діяльності свідчить про апатичність, відсутність у них потреби щодо реалізації власних бажань та уникненні перспектив у випадку невдач у майбутньому. Вони орієнтовані на здійснення елементарних фізіологічних потреб і за шкалою «Досягнення» (20,76%) мають найвищі показники.

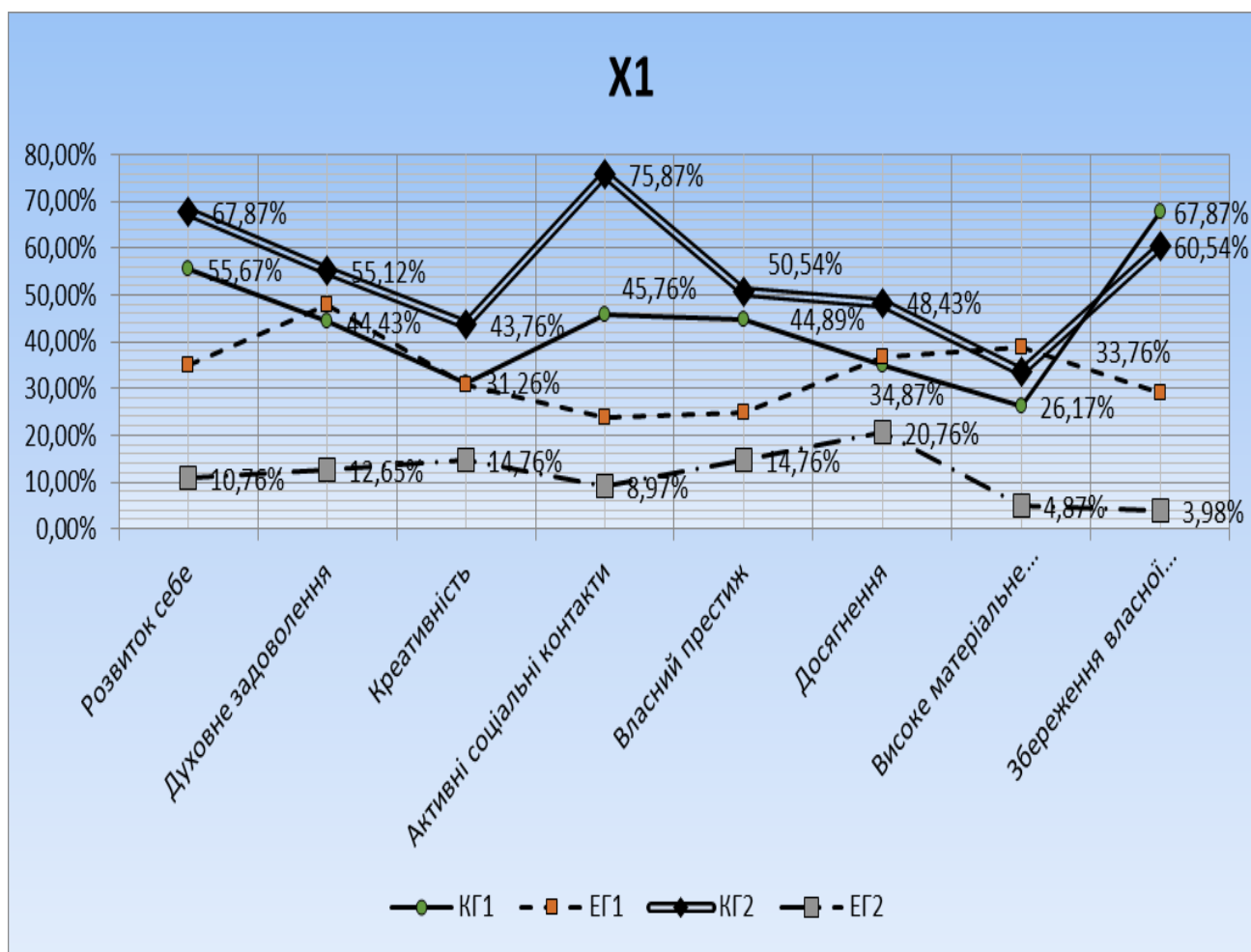


Рис.3.7. Портрет особистості за типом "людина-природа" у ціннісному вимірі

Переймаючись задоволенням власних потреб респонденти на цьому рівні, виявляють критично небезпечну спрямованість на досягнення щодо стану оптимального функціонування організму. Зважаючи на попередні дослідження, у співбесіді з такими хворими, виявлено, що вони переважно схильні до скарг сімейного типу, горизонтальні та вертикальні стресори яких визначаються значимістю симптомів у сімейній системі та надлишку власних емоцій у низці причин їх тривіальності.

Досліджуючи ціннісно-орієнтаційну спрямованість типу «людина-людина», зазначимо (рис. 3.8.), що в основі тенденцій їх професійного зросту є соціальна взаємодія і активні міжособистісні контакти. Так, за шкалами «Активні соціальні контакти» (55,76%) і «Власний престиж» (56,87%) спостерігається міжособистісна взаємодія на шляху забезпечення власної значимості та престижу. Представники КГ₁ орієнтовані за шкалою «Розвиток себе» (66,12%) на духовне задоволення та благополуччя. За шкалою «Креативність» домінують середні показники (37,85%) за усіма типами, на основі яких видно, що творчий професійний досвід формується шляхом набуття навичок акмеологічних комунікацій на етапі відкриття себе, самовираження

власного Я, самореалізації. Творча діяльність базується становленням особистості фахівця у контексті культури й психології професійного мислення, в аспекті тенденцій формування національно-культурної еліти, де творчість відображена як форма діалогу культурних традицій.

Врахуємо також, що особистісний потенціал респондентів обумовлений за шкалою «Збереження власної індивідуальності» (36,76%) орієнтуванням на власний пріоритет лише з урахуванням відсутності схильності до матеріального забезпечення (38,65%) як фактора соціальної значимості та авторитету. В галузі досягнень не наслідуються залежність від кар'єрного зросту чи рівня домагань, однак зазначаємо цілеспрямованість, толерантність і психологічну стабільність у досягненні благополуччя. Зважаючи на показники за рис. 3.8, відзначимо, що у КГ₂, ЕГ₁, ЕГ₂ спостерігається тенденція до смисложиттєвих орієнтацій на збереження духовності та креативності за рахунок спонтанної інтерпретації життєвих цілей. За шкалою «Духовне задоволення» фіксуємо найвищі показники (45,75%) у КГ₂, респонденти якої шляхом власного творчого потенціалу забезпечують реалізацію цих пріоритетів.

Схильність до іпохондричної поведінки простежуються у низьких показниках за іншими шкалами, які вказують на схожість із експериментальними групами осіб. У ЕГ₁ та ЕГ₂ спостерігаються скарги, які характеризуються когнітивними та поведінковими проблемами особистості. Вони обумовлені порушенням чи труднощами у розвитку емоційно-вольової сфери. Механізм розвитку таких реакцій спричинений з позиції навчання низкою детермінант: стимул-реакція, позитивне чи негативне підкріплення, когнітивний дефіцит чи спотворення, визначення ланцюжка АВС (активуюча подія, переконання, емоційні та поведінкові наслідки) і виявлення специфічних автоматизованих думок, які є в основі формування негативних емоцій. Причинами подібного захворювання є зазвичай ендогенні фактори. Крайнощами у проявах психозів можуть бути депресія із тривалою вітальною тугою і сумом, повна відчуженість, галюцинації і параноя. Людина у такому стані не може зазвичай виконувати повсякденні функції й обов'язки: навчатись, працювати та виконувати справи домашнього вжитку. Наслідками цих психозів є втрата орієнтування у часі та просторі, психосоціальна деградація, відсутність бажання щодо життя і особистісного росту.

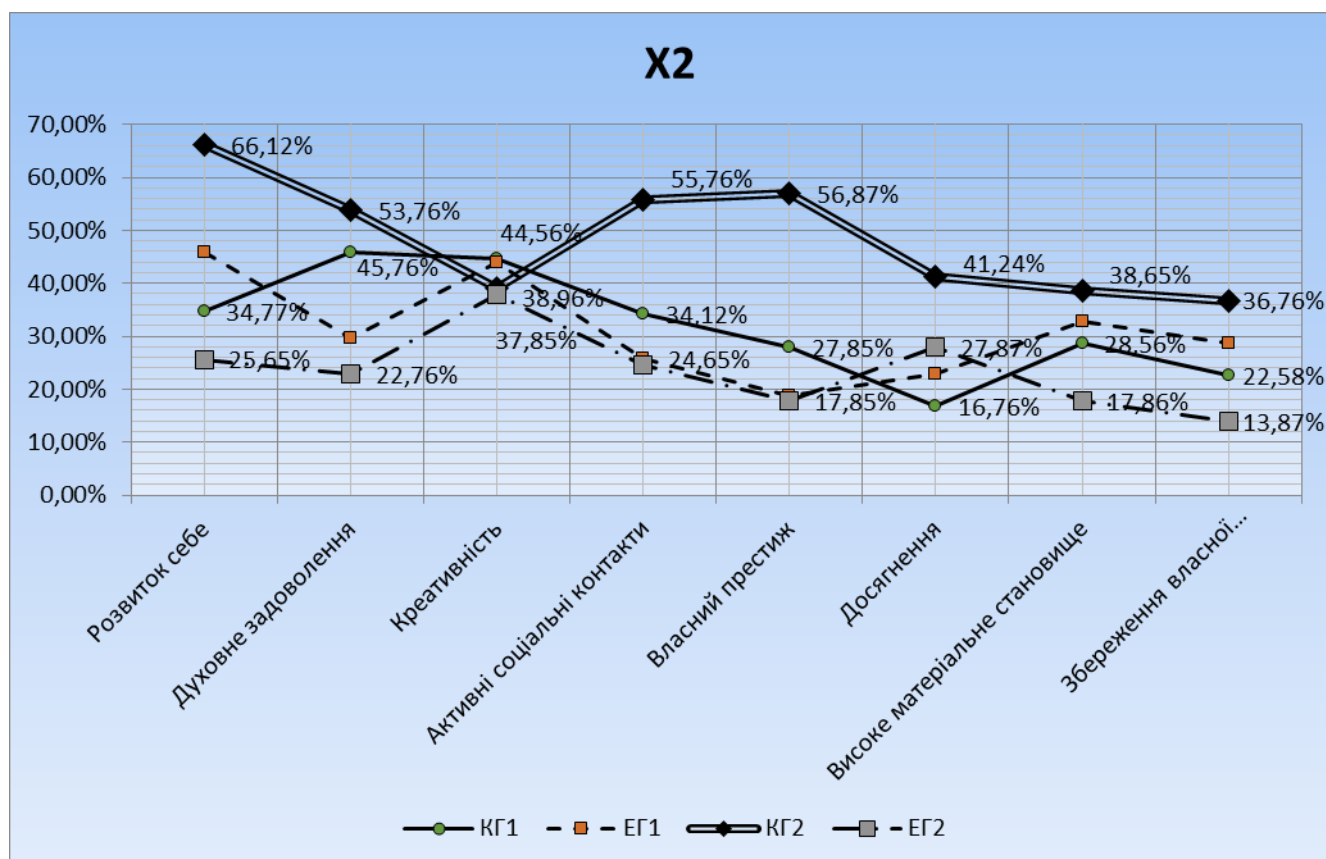


Рис. 3.8. Портрет особистості за типом «людина-людина» у ціннісному вимірі

За типом «людина – техніка» відмічаємо (рис. 3.9) позитивну орієнтацію осіб КГ₁ на міжособистісну взаємодію і соціальне забезпечення за шкалою «Активні соціальні контакти» (70,87%). Саме такий стиль життя забезпечує їм здоровий спосіб життя в умовах збереження особистісної індивідуальності, як це видно за шкалою «Збереження власної індивідуальності» (66,54%). Такий спосіб життя підвищує захисні можливості організму і покращує самопочуття та здоров'я. Здорова адекватна самооцінка у такому випадку – життєво важливий чинник у розбудові позитивних міжособистісних стосунків і досягненні успіху. Така спрямованість дозволяє цій групі респондентів зосереджуватись на особистісному розвитку (як видно за шкалою «Розвиток себе» (58,87%)), та дотриманні власної індивідуальності в умовах соціуму, згідно зі шкалою «Збереження власної індивідуальності» (66,54%). За іншими показниками шкал діагностується позиція помірної орієнтації на забезпечення майбутнього, творчості та духовного задоволення.

Особи КГ₂ відображають пріоритети КГ₁, однак відзначаємо їх упередженість у міжособистісній взаємодії та проявах індивідуальності. Як показано на малюнку 3.9, вони зображені у відношенні відповідно до 37,78%:44,72%, що спричиняє розуміння наявності дискомфорту у соціометричному вимірі їх особистісної самореалізації та за рахунок

внутрішньої невмотивованої конфліктності особистості. За іншими показниками їх вчинки відображають позицію КГ₁.

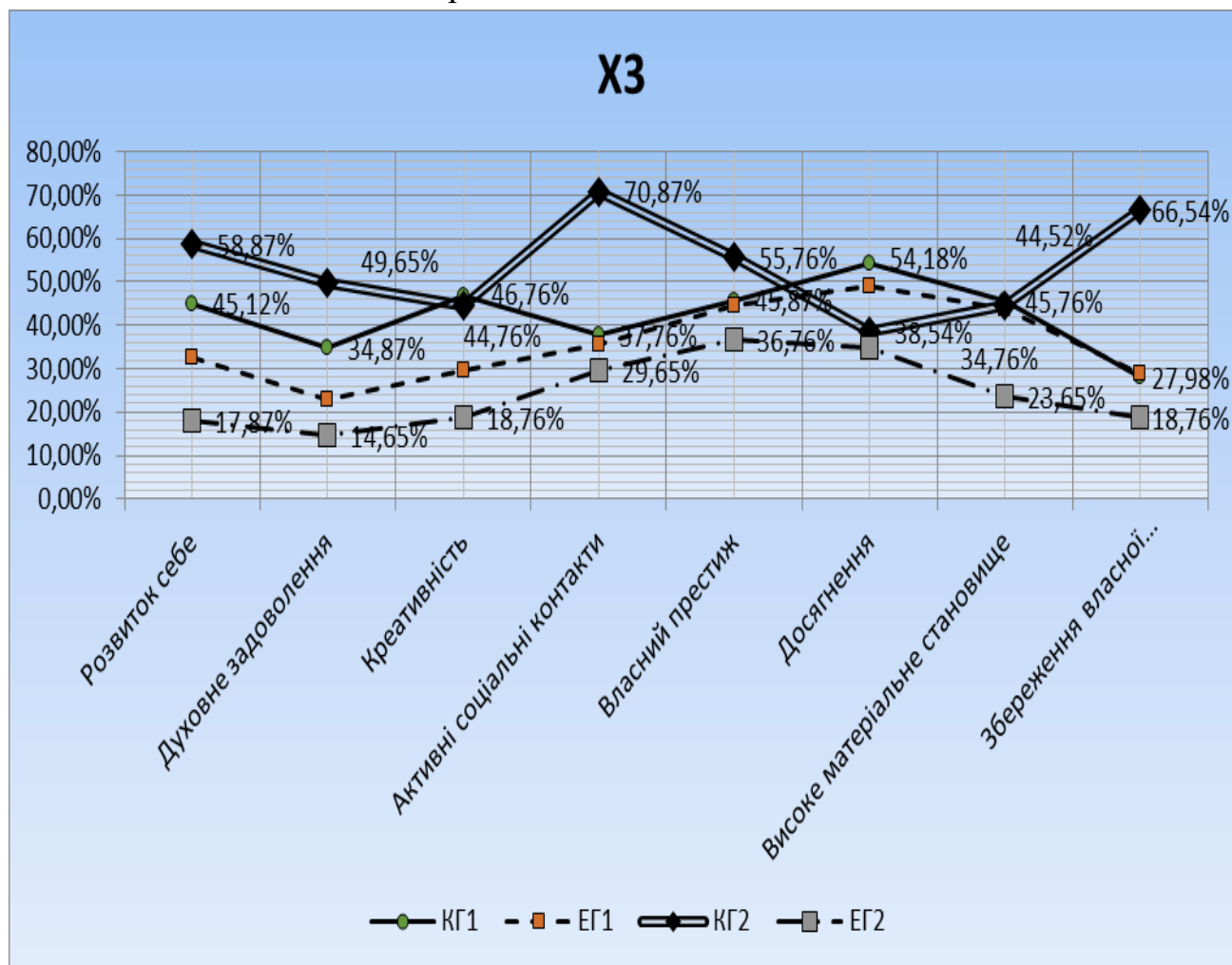


Рис. 3.9. Портрет особистості за типом «людина-техніка» у ціннісному вимірі

Низькі показники за шкалами (рис. 3.9.) зумовлені наявністю невирішеного невротичного конфлікту, що стає причиною довготривалої реактивної тривожності, висока ступінь напруженості яка обумовлена функціональною дезорганізацією особистості як на психологічному рівні у вигляді порушень вищих форм поведінки, так і на фізіологічному рівні – у вигляді соматичних дисфункцій із проявом моторних і вегетативних симптомів. Такий конфлікт обумовлений протиріччями внутрішніх тенденцій, що проявляються у боротьбі між бажаннями й обов'язком, актуальними потребами, бажаннями та нормативними установками, моральними принципами. Це протиріччя являє собою типову основу для виникнення неврозу нав'язливих станів.

За типом «людина-знак» (рис. 3.9.) відмічаємо тенденцію у КГ₁ (здорових осіб) до збереження власної індивідуальності (68,54%) та особистісного розвитку (64,76%), однак за іншими показниками відсоток значимості цих шкал близько 50%, що свідчить про прагматичність життєвих пріоритетів і

комунікації зі світом електронних машин і технологій. Характеризуючи даний тип, можемо зробити висновок, що діяльність цих людей дещо обмежена, рухова активність знижена, їм доводиться працювати в умовах ізоляції від звичного соціального середовища, передусім «у товаристві приладів й індикаторів», які час від часу виходять із ладу. Згідно з цим, спостерігається підвищений ступінь автоматизації виробничих процесів, який вимагає від оператора високої готовності до екстрених дій. У звичайних умовах функціонування їх діяльності є контроль і стеження за ходом виробничого процесу. У разі виникнення неполадок чи порушень режиму роботи оператор повинен зробити різкий перехід від спокійної, монотонної роботи в умовах «оперативного спокою» до активних дій, спрямованих на ліквідацію порушень. При цьому за короткий відтинок часу він має проаналізувати значний об'єм інформації, прийняти правильне рішення, реалізувати його. Це причиняє сенсорні, інтелектуальні й емоціональні перевантаження.

Досить виразно ця тенденція проявляється у КГ₂, яка, на відміну від КГ₁, відрізняється підвищеною тривожністю, гнівом, реакційністю і агресивністю у міжособистісних взаємостосунках із ознаками тривоги, страху, боязні перед майбутнім, прагненням до усамітнення тощо. Причина іпохондрії полягає в ослабленні інтелекту та підвищенні збудливості нервової системи. Світ машин і технологій надає можливість доступу до великих інтернет-можливостей щодо забезпечення надлишку медичної інформації і в установленні уявного захворювання, хибного діагностування та невідповідного процесу лікування.

У групах ЕГ₁ та ЕГ₂ показники за рис. 3.10, свідчать про соціально-психологічну дезадаптацію обумовлену наявністю довготривалої реактивної тривожності, яка виникає у результаті порушення особливо значних життєвих відношень людини та проявляється у специфічних клінічних феноменах при відсутності психологічних явищ. Отож, невротична тривожність продукована не стільки силою і кількістю психотравмуючих ситуацій у даному випадку, скільки їх значимістю у суб'єктивній системі відношень індивіда. Саме у цьому полягає сутність нервово-психічного напруження і невротичного конфлікту, які лежать в основі зародження та розвитку іпохондричних розладів особистості.

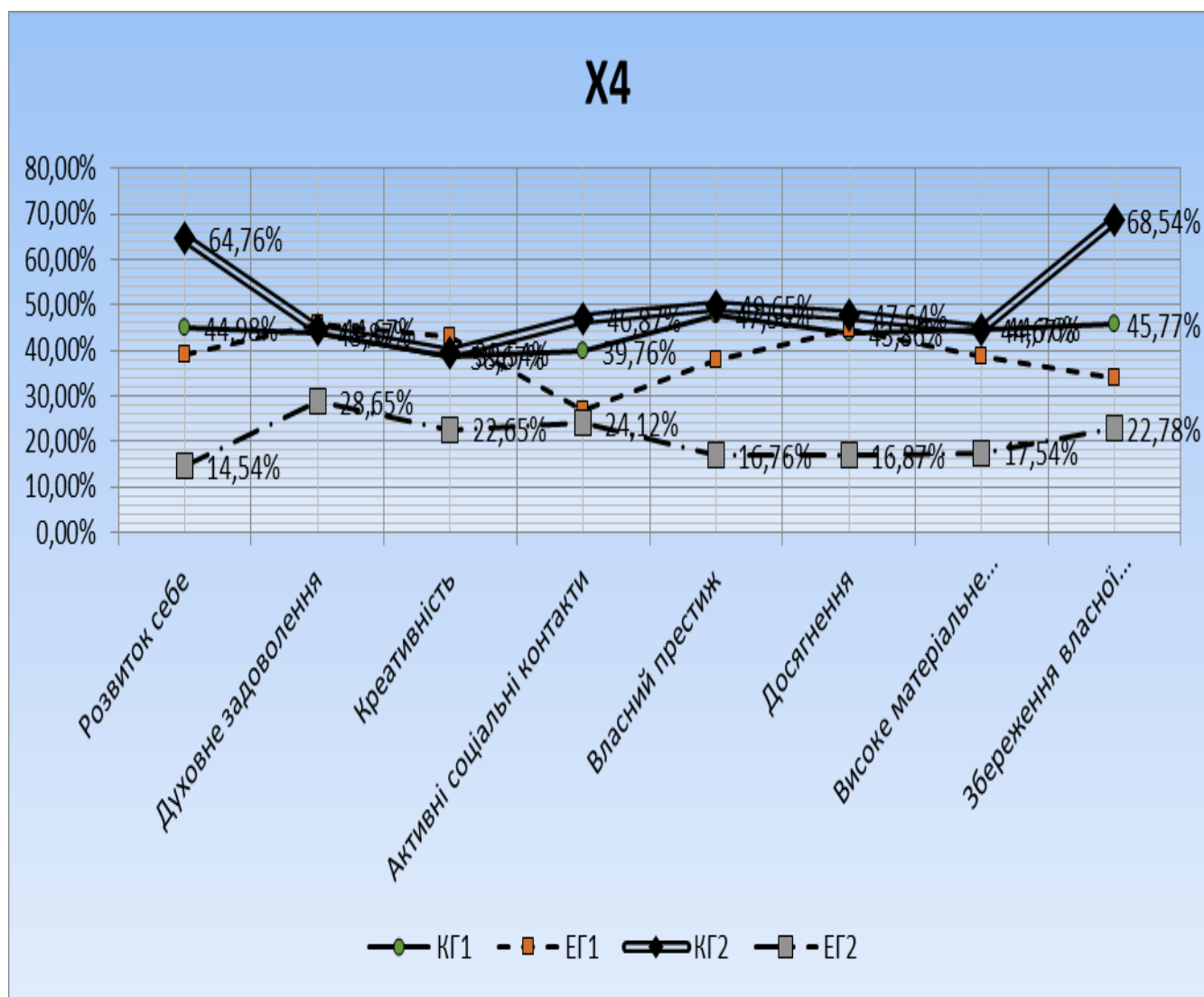


Рис. 3.10. Портрет особистості за типом "людина-знак" у ціннісному вимірі

Емоційні симптоми іпохондрії характеризуються відкритістю проявів і зміною настрою. Як зазначено на рис. 3.10, емоційна стурбованість відсутня у КГ₁ осіб, їх духовне задоволення (67,87%) залежить від високих показників особистісного розвитку за шкалою «Розвиток себе» (54,87%), від соціальної активності за шкалою «Активні соціальні контакти» (55,76%), від проявів індивідуальності за шкалою «Збереження власної індивідуальності» (55,56%) і творчості за шкалою «Креативності» (54,78%). Креативність у даному випадку спрацьовує як чинник внутрішньої узгодженості та репрезентативності, впевненості та конкурентоспроможності.

Тип «людина-художній образ» (рис. 3.11) характеризується психологічною вимогливістю, високим рівнем художнього смаку людини у музиці, літературі, живописі, мистецтві, танцях тощо, із збереженням естетичного почуття. У діяльності представників професій даного типу переважають в основному емоційні, сенсорні та моторні види психологічної активності. Наприклад, друкар, працюючи на видавництві, протягом кількох

тижнів відтворює художні образи подій, що стає для нього складним і монотонним завданням. Ця професія потребує вимогливості від митця і емоційного бачення кольорових співвідношень.

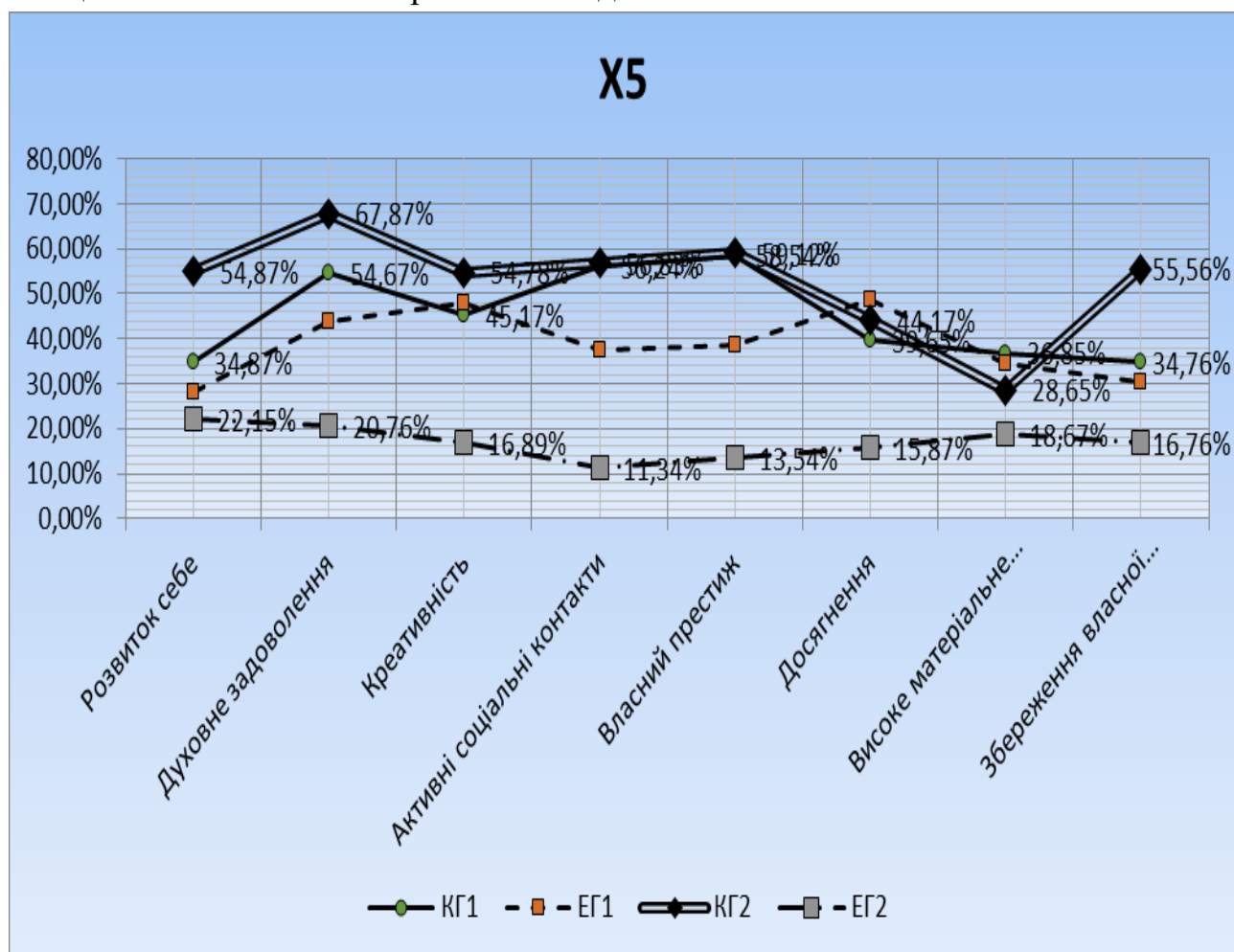


Рис. 3.11. Портрет особистості за типом "людина-художній образ" у ціннісному вимірі

У КГ₂ осіб спостерігається та ж сама тенденція: емоційний фон життєтворчості забезпечує плинність кольорового окрасу побуту. Представники цієї групи відображають позитивні соціальні контакти, авторську самоідентичність у творінні свого життя, що впливає на формування духовної безпечності та забезпечення власного престижу.

У вибірці ЕГ₁ та ЕГ₂ осіб спостерігаються низькі показники за усіма шкалами, що свідчить про нерепрезентативність людей цієї категорії на шляху щодо забезпечення власного благополуччя. Їм зазвичай властиве песимістичне сприйняття дійсності, перебільшена оцінка важкості уявного захворювання чи психічного стану і його можливих наслідків. Основна причина розладів такого типу є відсутність натхнення і саморозкриття на етапі художнього творіння, дисгармонія у міжособистісних стосунках чи втрата самовідчуття особистісної значимості. До симптомів, які проявляються на емоційному рівні, також

відносяться апатія, пригніченність, депресія. Нерідко ознакою хвороби є напади паніки, пов'язані зі страхом смерті. Тільки емоційна напруга призводить до органічних змін, в основі яких кожна емоція викликає саме її специфічну соматичну дисфункцію. У хворих даного типу зустрічаються скарги іпохондричного характеру, нав'язливі страхи, стійкі маячні ідеї. Зазвичай вони відрізняються від іншої типології хворих непослідовністю змісту, розірваністю мислення, спонтанністю виразів. Варто також зазначити, що суттєвість проблем у осіб ЕГ₁ обумовлена також психосоматичним фактором. Як видно з рис. 3.11, показники життестійкості відображені в межах 40% особистісних потенціалів. Скарги хворих досить специфічні, багаточисельні та різноманітні. З самого початку відчувається якась безмірність і неприродність. Соматичні хворі зазвичай подібних скарг не висувають. Психосоматична активність пов'язана з взаємодією нейрогуморальних структур на етапі формування психологічних установок хворого до власного здоров'я в умовах оточуючого середовища.

Представники *типу «інші види професій»* (рис. 3.12) займають позицію у межах психологічної нестійкості, що продуковано різноспрямованістю їх діяльності. Їх діяльність переважно орієнтована на досягнення будь-яких результатів заради духовного задоволення і особистісних взаємостосунків. Це тенденція пов'язана з матеріальним забезпеченням у межах задоволення власних потреб.

Відсутність спрямованості у професії не відображає чіткої орієнтації у житті як КГ₁, КГ₂, ЕГ₁ та ЕГ₂. Спрямованість особистості залежить від успішної самореалізації осіб і здійснення мрій у КГ₁. Їх високі показники за шкалами «Активні соціальні контакти» (60,43%) і «Духовне задоволення» (63,12%) свідчать про спрямованість особистості на соціум. Соціальні уміння сприяють розкриттю потенціалу особистості. К. Роджерс вважав, що нічого нового в процесі соціалізації особистість набути не здатна; вона може лише отримати підтримку того, що уже закладено у неї, або ж зовнішні фактори будуть настільки шкідливими, що сприятимуть спотворенню життєвої мудрості організму. Отож, соціальне забезпечення спрямовує представників цих груп на дієздатність в умовах невибагливості щодо престижу професії, але виняткового творчісного потенціалу у досягненні цілей згідно зі шкалою «Креативність» (53,67%).

У КГ₂ спостерігаються орієнтування лише на соціальні взаємозв'язки, що теж свідчить про наявність свідомої позиції у житті, але в умовах енергетично-вольового забезпечення поведінкових актів. Внутрішня неузгодженість на цьому етапі характеризується різносторонністю вмінь і навичок у виконанні різних видів професій. Вони не можуть бути компетентними у такій сфері на високому рівні, але виконують

роботи в залежності від власного розсуду.

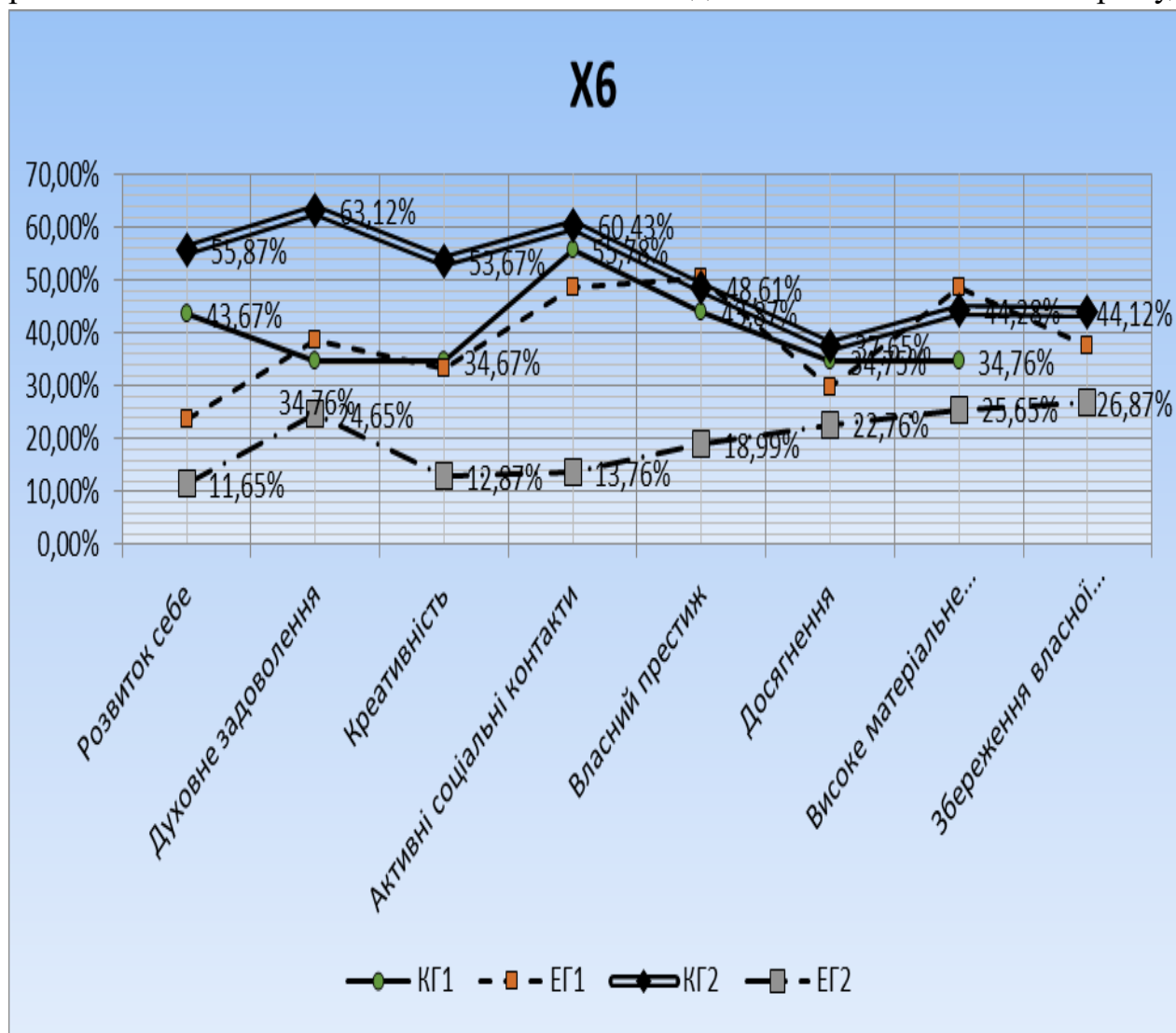


Рис. 3.12. Портрет особистості за типом "інші види професій" у ціннісному вимірі

Як видно за шкалою «Високе матеріальне становище» (45,78%), представники цього типу переважно працюють заради отримання грошових виплат і матеріального забезпечення у разі особистісної необхідності.

Представники ЕГ₁ та ЕГ₂ мають низькі показники за шкалами опитувальника МТЖЦ, що свідчить про відсутність мотивації стосовно смисложиттєвих орієнтацій. Це нездатність розвивати фізичну складову здоров'я, усвідомлювати власну тілесність як властивість своєї особистості. Для людини з низьким рівнем тілесної компетенції характерні замкненість, скутість, алекситимія (нездатність виділяти, диференціювати і виражати тілесні відчуття на вербальному рівні), наявність психосоматичних захворювань, неадекватне (фрагментарне) сприйняття власного тіла, нездатність (нечутливість) до отримання задоволення, проблеми саморегуляції тілесних процесів (труднощі в адаптації) тощо.

Таблиця 3.12.

Мотивація особистості за опитувальником А. Реана «Мотивація успіху і страх невдач» у КГ₁ і КГ₂

КГ ₁						
Ознаки	Типи професій					
	X ₁	X ₂	X ₃	X ₄	X ₅	X ₆
Мотивація на невдачу	13,76%	14,27%	12,87%	17,65%	18,65%	24,87%
Мотивація на успіх	56,78%	67,76%	54,18%	67,32%	59,15%	55,78%
Мотиваційний полюс яскраво не виражений	29,46%	17,97%	32,95%	15,03%	22,20%	19,35%
Сума	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
Середнє значення	33,33%	33,33%	33,33%	33,33%	33,33%	33,33%
Стандартне відхилення	21,77%	29,87%	20,66%	29,46%	22,43%	19,63%
КГ ₂						
Ознаки	Типи професій					
	X ₁	X ₂	X ₃	X ₄	X ₅	X ₆
Мотивація на невдачу	16,87%	25,76%	19,76%	21,78%	26,76%	16,87%
Мотивація на успіх	55,46%	60,65%	56,98%	66,87%	65,87%	49,76%
Мотиваційний полюс яскраво не виражений	27,67%	13,59%	23,26%	11,35%	7,37%	33,37%
Сума	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
Середнє значення	33,33%	33,33%	33,33%	33,33%	33,33%	33,33%
Стандартне відхилення	19,91%	24,43%	20,55%	29,51%	29,80%	16,45%

За опитувальником А. Реана «Мотивація успіху і страх невдач» виявлено схильність особистості до результативності та досягнення мети і, навпаки, до її бездіяльності перед перешкодами та страхом невдачі. У КГ₁ спостерігається за табл. 3.12 мотивація на успіх, з урахуванням різниці стандартного відхилення (σ) в межах 1-10 за кожним типом професійного забезпечення. Враховуючи, що високі показники за даним опитувальником від 14 до 20, то відзначаємо у респондентів надію на успіх. За показниками набраних балів від 1 до 7 – зазначаємо боязнь невдачі, і в ситуації із показниками від 8 до 13 мотиваційний полюс виражений не досить яскраво, що характеризує особистість як малозначиму та малокомпетентну у життєвих ситуаціях і перспективах на майбутнє [58].

Як видно з табл. 3.12, мотиваційні чинники успіху в КГ₁ і КГ₂ відображають позиційну орієнтованість особистості на позитивну мотивацію і успіх у діяльності, що характеризує їх як цілеспрямованих, впевнених, ініціативних фахівців. При такій умотивованості зберігається активність людини, в основі якої лежить надія на успіх і потреба в досягненні успіху. Їм

властива також наполегливість у досягненні мети. У КГ₂ відмічаємо також орієнтованість на позитивну мотивацію, однак статистично їх відмінність полягає у схильності до упередженості перед майбутнім і внутрішнім страхом.

За таблицею 3.12, у представників ЕГ₁ і ЕГ₂ виникає потреба в усталеності внутрішніх потенціалів, у них відзначається відсутність бажань щодо реалізацій власних цілей. Ця особливість їх переконань пов'язана з деструктивністю у міжособистісних стосунках з іншими, страхом ризику та малодушністю.

У таблиці 3.13 представлено результати за показниками їх негативної мотивації. При даному типі мотивації активність людини пов'язана з потребою уникнути зриву, осуду, покарання, невдачі. Характерні також ідеї уникнення та ідеї негативних очікувань. Вмотивованість особистості у такому випадку детермінується страхом перед невдачею і негативними тенденціями щодо можливої невдачі. Інтуїтивно людина такого типу вже попередньо відчуває страх перед майбутнім, невизначеність, сентиментальність, низьку конкурентоспроможність, активність та ініціативність. Особливістю їх мислення є віра у гіпотетичну невдачу, яка несвідомо орієнтує їх на низьку активність щодо пошуку способу досягнення успіху.

Таблиця 3.13.

Мотивація особистості за опитувальником А. Реана «Мотивація успіху і страх невдач» у ЕГ₁ і ЕГ₂

ЕГ ₁						
Ознаки	Типи професій					
	X ₁	X ₂	X ₃	X ₄	X ₅	X ₆
Мотивація на невдачу	34,87%	33,87%	38,76%	40,54%	24,87%	32,87%
Мотивація на успіх	43,87%	49,76%	50,76%	48,65%	53,87%	51,87%
Мотиваційний полюс яскраво не виражений	21,26%	16,37%	10,48%	10,81%	21,26%	15,26%
Сума	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
Середнє значення	33,33%	33,33%	33,33%	33,33%	33,33%	33,33%
Стандартне відхилення	11,38%	16,70%	20,68%	19,92%	17,88%	18,31%
ЕГ ₂						
Ознаки	Типи професій					
	X ₁	X ₂	X ₃	X ₄	X ₅	X ₆
Мотивація на невдачу	57,82%	50,54%	70,76%	74,87%	68,95%	35,87%
Мотивація на успіх	8,65%	11,76%	10,76%	9,54%	12,76%	16,87%
Мотиваційний полюс яскраво не виражений	33,53%	37,70%	18,48%	15,59%	18,29%	47,26%
Сума	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
Середнє значення	33,33%	33,33%	33,33%	33,33%	33,33%	33,33%
Стандартне відхилення	24,59%	19,76%	32,64%	36,10%	30,97%	15,35%

Люди такого типу відрізняються надмірною безпідставною тривожністю, низькою упевненістю у собі. Вони безпідставно схильні до невиконання завдань і при, необхідності, прийняття оптимальних рішень. Можуть, збентежившись, впадати в стан паніки та надуманих хвилювань. Їм притаманна ситуативна тривожність, що у випадках надзвичайних ситуацій інтерпретується хворими як реальна перешкода у досягненні мрій. Саме домінування у них таких намірів і відрізняє їх у диференційних показаннях між собою. Представники КГ₂ схильні до іпохондричних навіювань згідно з цими показаннями, а у ЕГ₁ спостерігаються відмінності в оцінці емоційного стану шляхом соматичних відчуттів і скарг.

За опитувальником А. Реана «Мотивація успіху і страх невдач» встановлено також особливості результативності діяльності у осіб різних професій. За типом «людина-природа» відмічаємо схильність у людей КГ₁ до мотивації на успіх (рис. 3.13). Така ж тенденція властива усім групам цієї вибірки, однак ЕГ₂ відрізняється низькою вмотивованістю щодо вирішення проблем (8,65%), за рахунок невідповідності бажань через наявність дилеми нереалізованих можливостей. Негативні тенденції представлені у вигляді суми низьких стратегічних цілей щодо смисловиттєвих орієнтацій і планування життєвотворчої активності.

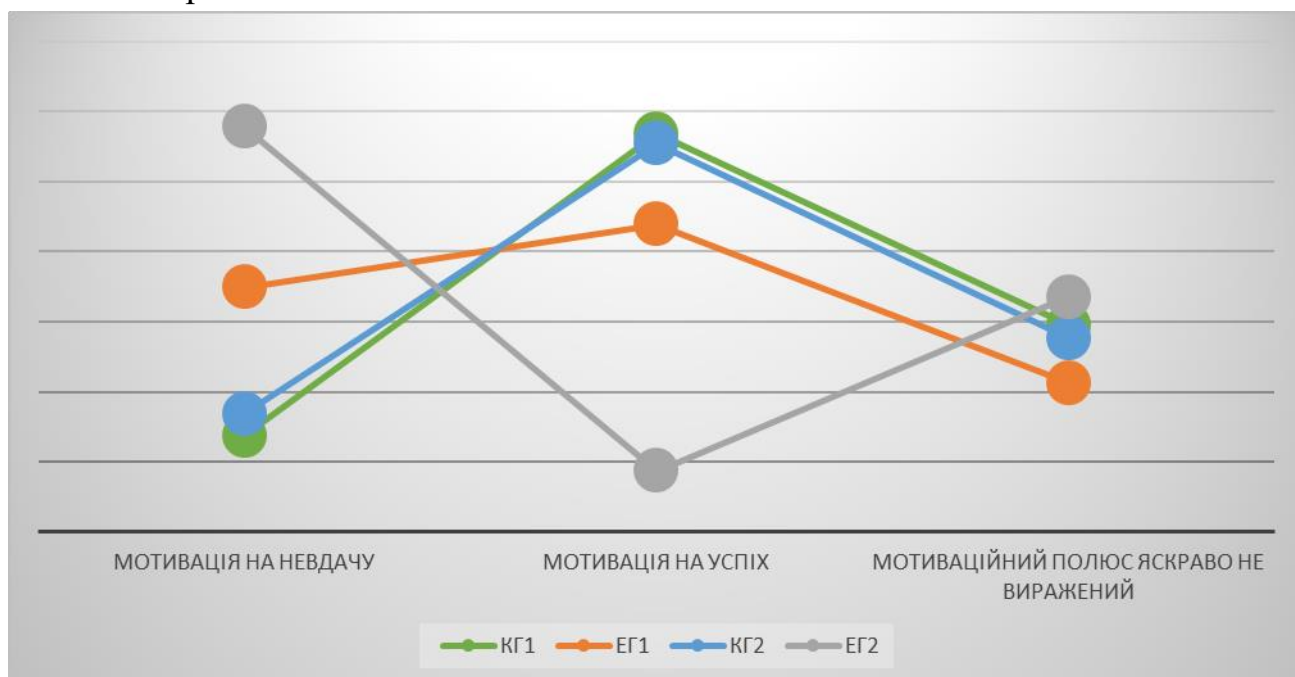


Рисунок 3.13. Мотиваційні орієнтири особистості за типом «людина-природа» за опитувальником А. Реана «Мотивація успіху і страх невдач»

Спостерігається в усіх групах досліджуваних також не яскраво виражений мотиваційний полюс, що є наслідком внутрішньої неузгодженості, схильності до самонавіювань, безпідставних хвилювань, тривожності, депресивності. Розуміння істинних цінностей людей даного типу характеризує їх як любителів природи,

майстрів активної громадської та професійної діяльності, що забезпечує умови для соціального захисту й організації змістовного дозвілля відповідно до інтересів, здібностей і власних схильностей. Саме тому любов до природи має бути оцінена в умовах виконання ними практичних навичок, умінь.

Отож, непорозуміння на мотиваційному рівні допомагає визначитись із цінністю намірів людини до природи, як майстерні, в якій вона віддає всі сили для продуктивної праці чи, навпаки, її подобається просто відпочивати серед лісових ландшафтів.

Зважаючи на категорію осіб «людина-людина», зазначимо (рис. 3.14), що тут домінує орієнтація на забезпечення внутрішніх потенціалів в умовах соціальної значимості та особистісного авторитету. Мотиваційні чинники зосереджують їх діяльність на почуттях власної гідності у сфері комунікацій. Основною особливістю діяльності спеціаліста цього типу є взаємодія з людьми. Вміння спілкуватися, контактувати з навколишніми, добиватися взаєморозуміння у процесі виконання професійних функцій є найважливішою умовою високої ефективності діяльності працівників типу «людина–людина». Слабка сформованість комунікативних якостей виступає основним протипоказанням до вибору професій даного типу.

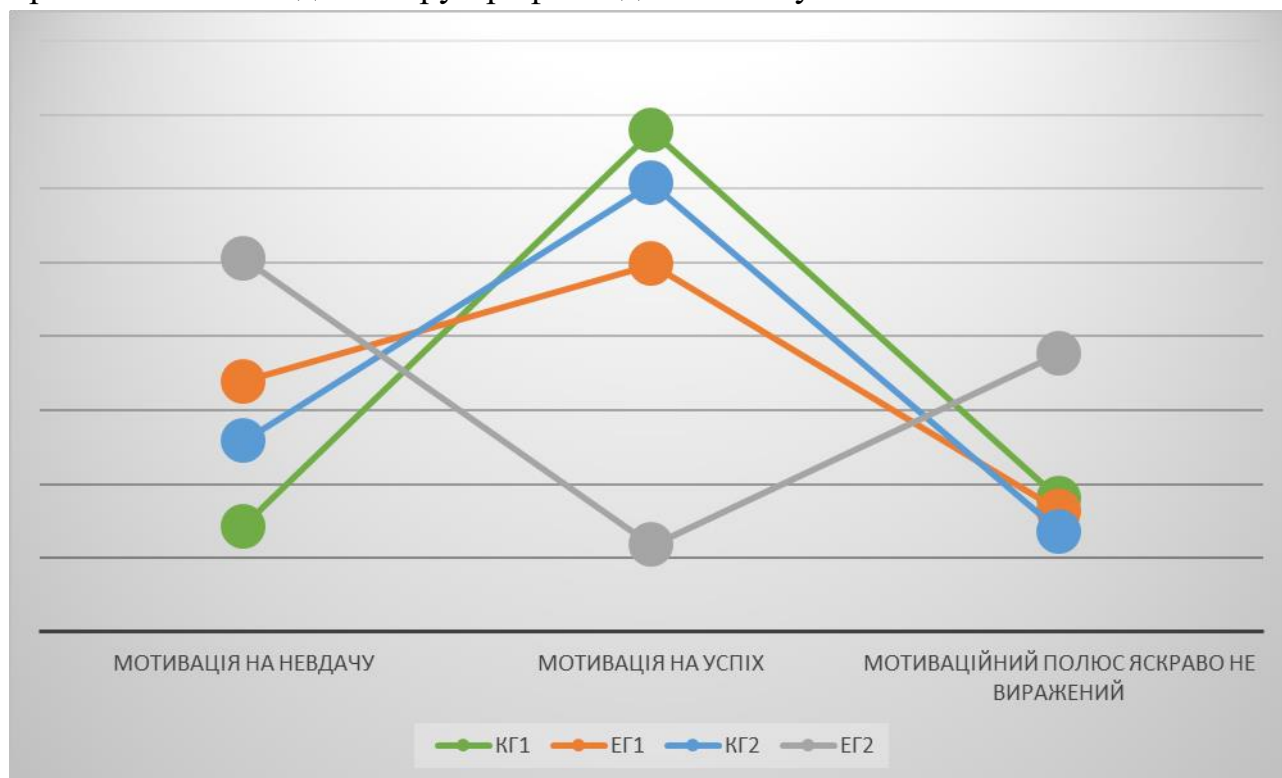


Рисунок 3.14. Мотиваційні орієнтири особистості за типом «людина – людина» за опитувальником А. Реана «Мотивація успіху і страх невдач»

У цій групі спостерігається мотивація на удачу за рахунок спрямованості на міжособистісну взаємодію і досягнення бажаного рівня домагань. В основі

мотиваційного чинника є вміння спілкуватися, контактувати з оточуючими, добиватися взаєморозуміння у процесі виконання професійних функцій.

Низькі показники за шкалою «мотивація на успіх» у ЕГ₂ (11,77%) вказують на відсутність у цій групі досліджуваних комунікативної компетенції. Коли йдеться про соціальні умови працівників групи професій «людина – людина», варто підкреслити, що вони висувають підвищені вимоги до моральної сфери людини, її дисциплінованості, принциповості, відповідальності. Мотивація на невдачу пов'язана у них зі ступенем особистісної зрілості, готовності допомогти, вмінні легко контактувати з іншими, стримувати емоції, психологічно бути стійкими.

Про особливості професійних установок за типом «людина-техніка» відзначаємо, що до структури технічного мислення входить і образний компонент інтелектуальної діяльності, певний розвиток якого дає змогу спеціалісту переводити умовні позначення креслень, схем у наочно конкретні образи і оперувати ними. У штучному, створеному людиною середовищі функціонують свої закономірності: людина як істота тілесна зобов'язана їх пізнати і слідувати їм, не допускаючи відхилень або ж негативних наслідків. За рис. 3.15 спостерігаємо тенденцію до мотивації на успіх у КГ₁, КГ₂, ЕГ₁ у віртуальному світі реалій та інформаційних забезпечень.

Занурюючись у світ технологій, втрачається почуття реальності, змінюється сутність особистості, віртуальні відчуття поглинають її свідомість, фіксуючись у психіці людини. Психіка та свідомість, накопичуючи масивні об'єми інформації, фокусують її значимість, що впливає на поведінку людини, формує стратегію життя, стає необхідною його частиною. У нашому випадку мотивація дає можливість широкого спілкування та отримання інформації. Проблема спільного функціонування, взаємної комунікації людини і машини є однією з вузлових проблем кібернетики. Віртуальні відчуття, символи поступово займають більшість часу людини й перетворюються на маніакально-депресивні симптоми, а далі – змінюється сутність особистості.

Низькі показники, як зазначено на рис. 3.15, викликають у неї залежність від світу інформаційних технологій, знищуючи її мотивацію до реального успіху. У ЕГ₂ (10,76%) спостерігається саме така тенденція, що уособлює можливості людини та її технічного засобу як комбінацію віртуальної співпраці на шляху до втрати індивідуальності й соцзалежності.

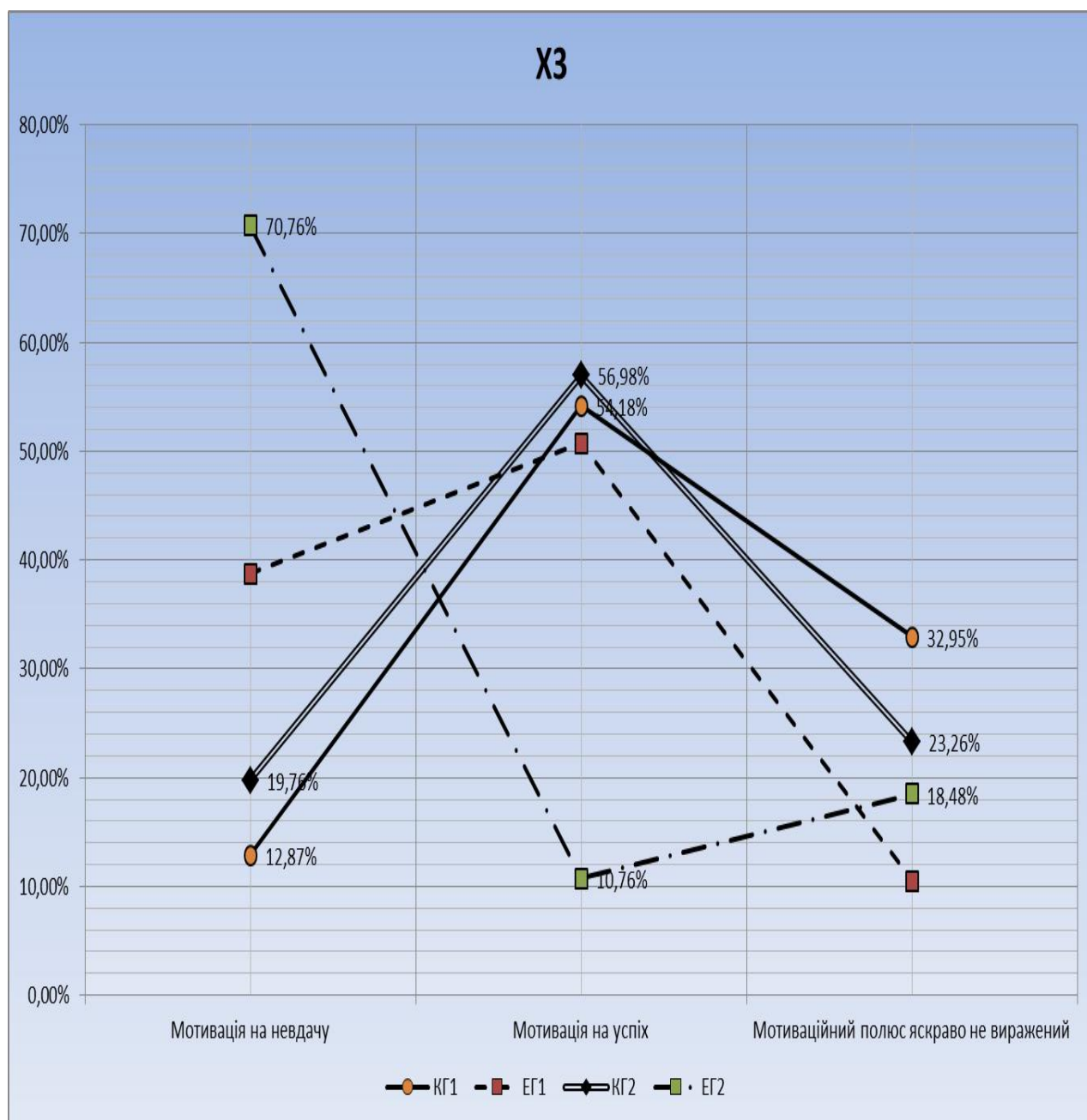


Рисунок 2.15. Мотиваційні орієнтири особистості за типом «людина – техніка» за опитувальником А. Реана «Мотивація успіху і страх невдач»

Мотиваційні орієнтири за типом «людина – знакова система» за опитувальником А. Реана «Мотивація успіху і страх невдач» полягають у синтезі комплексної механізації й автоматизації виробництва за фахом, використовуючи кібернетичні системи управління. Міжособистісна взаємодія людини з автоматизованими технологіями призводить до втрати інтеракцій у спілкуванні, у набутті досвіду за допомогою мовлення, у безпосередніх контактах із людьми. Між предметом праці і об'єктом діяльності спеціаліста постають машини з автоматизованим управлінням. Інформацію про зміни у виробничому процесі спеціаліст одержує опосередковано у вигляді різноманітних сигналів, символів, цифрових показників, тобто в закодованому вигляді. У таких умовах взаємодії

людини зі складним технічним устаткуванням на перше місце виступають завдання сприймання і переробки інформації, контролю, прогнозування і своєчасного прийняття рішень. Функція людини полягає у передачі інформації від знакових систем машин до управління їх діяльністю. Залишаючись у світі машин і знакових систем, оператор часто залишається сам на сам, занурюючись у світ умовних знаків, абстрагування від власне предметних властивостей і зосередження на роботі з відомостями. Він здійснює процес керування, натискаючи на кнопки, управляє системою установ, приладів, згідно з інструкцією.

Така мотивація у КГ₁ і КГ₂ за рис. 3.16 становить 66,87%, що свідчить про свідомий вибір професії і чітку орієнтацію у світі знакових систем.

У ЕГ1 осіб спостерігаються середні виміри професійних досягнень. З огляду на це їх мотивація залежить від психосоматичного стану людини, її психологічного настрою. Психосоматичні чинники, що спричиняють дисфункцію у цьому професійному забезпеченні, це: неспокій, агресія, апатія, нудьга, депресія, втома, незадоволеність, нервозність, дратівливість, самотність, низька самооцінка, поганий настрій тощо; абсентизм, низька результативність, відчуженість, незадоволеність роботою, зниження організаційної діяльності й лояльності. Не всі з зазначених чинників призводять до розвитку іпохондричних розладів особистості, однак саме їх варто відносити до факторів, що підвищують ризик появи психосоматичних порушень, іпохондричного марення і постійний пошук засобів психотерапевтичного лікування.

У ЕГ₂ осіб виділяємо тенденцію до високої мотивації на невдачу (74,87%), низьку мотивацію на успіх (9,54%) і неяскраво виражений мотиваційний полюс (15,59%), що дезорієнтує особистість у соціумі за відсутності пізнавально-творчих можливостей особистості: стійкості уваги, швидкості й точності сприйняття, процесу мислення, готовності прийняти рішення в умовах ліміту часу, психологічної врівноваженості, рішучості та самостійності. Порушення збалансованого функціонування адаптаційно-компенсаторних механізмів у даному випадку призводить до формування структурного атрактора іпохондричної хвороби. Іпохондричні розлади, як соматогенії, виступають активними компенсаторними механізмами, що полегшують переживання хвороби досліджуваними на психологічному рівні.

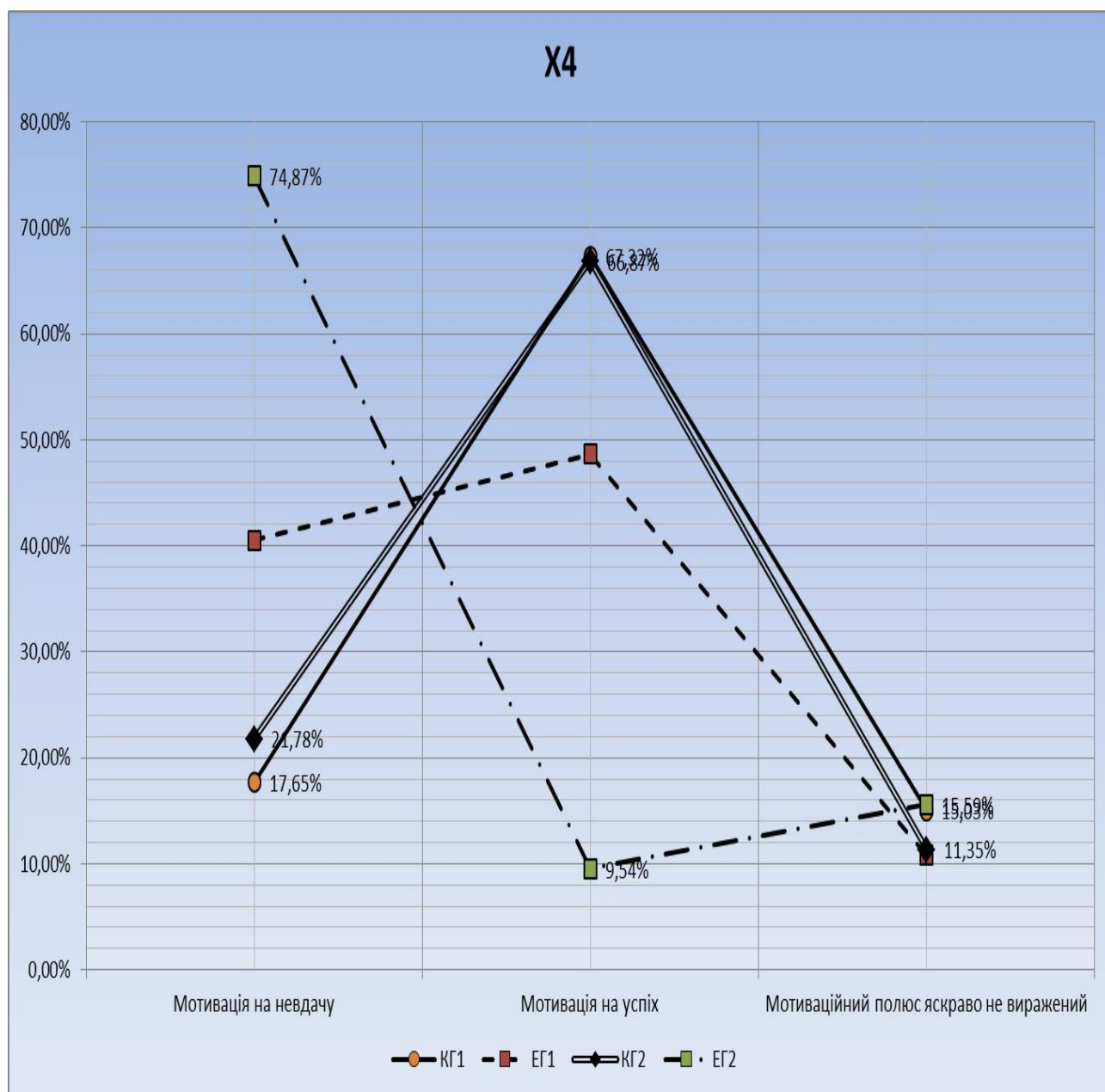


Рисунок 3.16. Мотиваційні орієнтири особистості за типом «людина – знак» за опитувальником А. Реана «Мотивація успіху і страх невдач»

При визначенні мотиваційних особливостей особистості за типом «людина – художній образ» у діяльності фахівців переважають в основному емоційні, сенсорні та моторні види психологічної активності. Як видно за рис. 3.17, у КГ₁, КГ₂ і ЕГ₁ осіб спостерігається тенденція до мотивації на успіх, що, напевне, зумовлено мистецькою діяльністю із високим рівнем розвитку емоційно-естетичного сприймання, естетичного почуття.

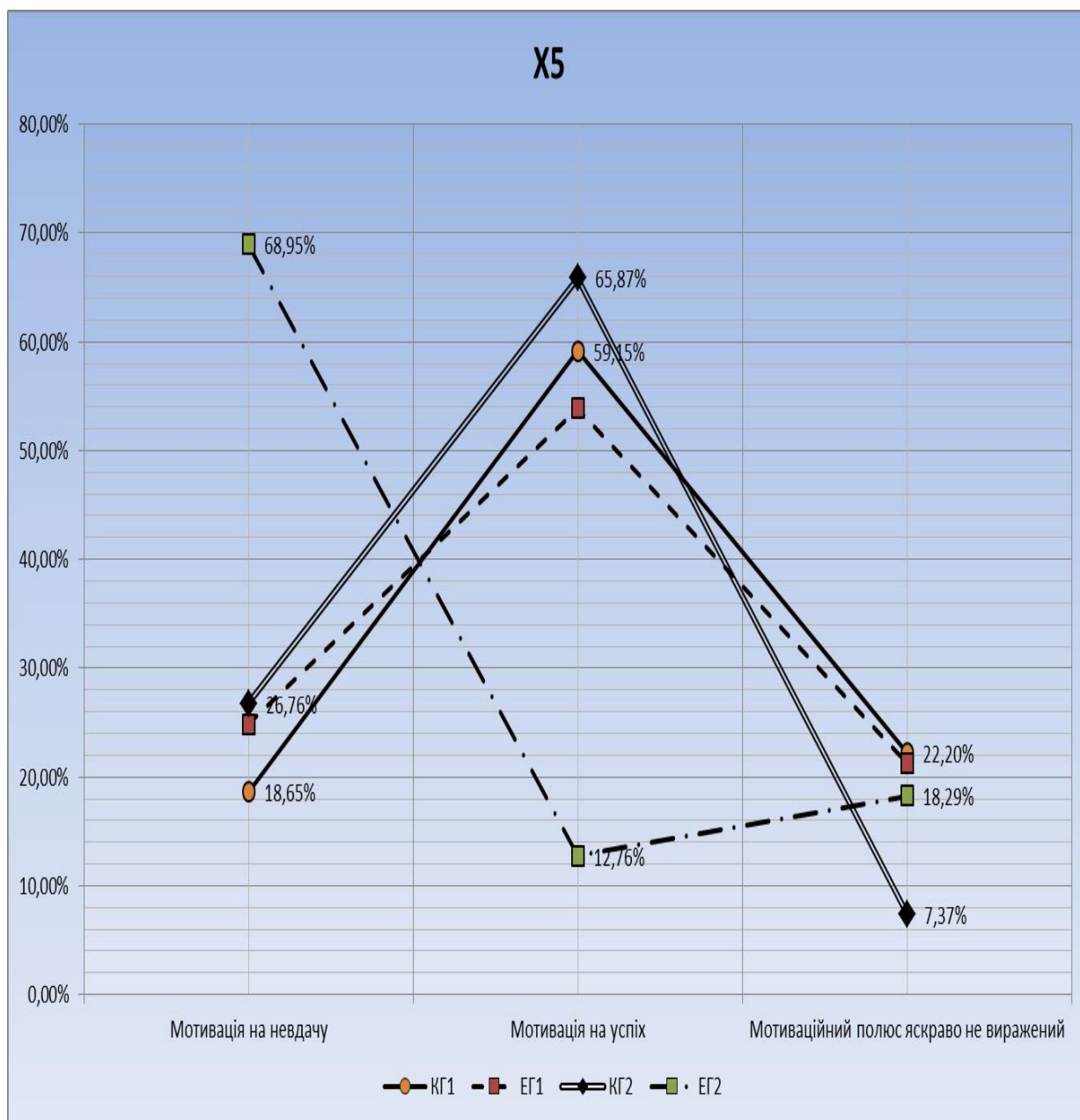


Рисунок 3.17. Мотиваційні орієнтири особистості за типом «людина – художній образ» за опитувальником А. Реана «Мотивація успіху і страх невдач»

У $ЕГ_2$ осіб спостерігаємо орієнтацію на невдачу (12,76%). Творча особистість зазвичай працює на соціальне замовлення, на свого глядача чи слухача, а результат праці повинен відповідати вимогам естетики. Відсутність творчого мислення, як у нашому випадку, мотивує людину на невдачу. Дуже велике значення мають спеціальні здібності, задатки, обдарованість і креативність. Крім природних задатків, художнику, музиканту або артисту необхідні наполегливість, сила волі, працьовитість і величезне бажання досягти майстерності та досконалості у створенні витвору мистецтва. Мотиваційний полюс цієї групи людей не задовольняє вимоги професійного забезпечення даного типу, й тому відмічаємо у них схильність до появи передумов зародження і розвитку іпохондричних розладів: підвищеної сенситивності (надмірна емоційна вразливість,

страх щодо власної неповноцінності, недієздатність), тривожність (безперервні хвилювання з приводу стану оптимального функціонування організму, перебігу хвороби та її наслідків, пошук нових методів лікування, додаткової літератури тощо), меланхолія (зневіра у власні сили та можливості, у компетентність лікарів, у одужання, у процес лікування, присутні суїцидні наміри).

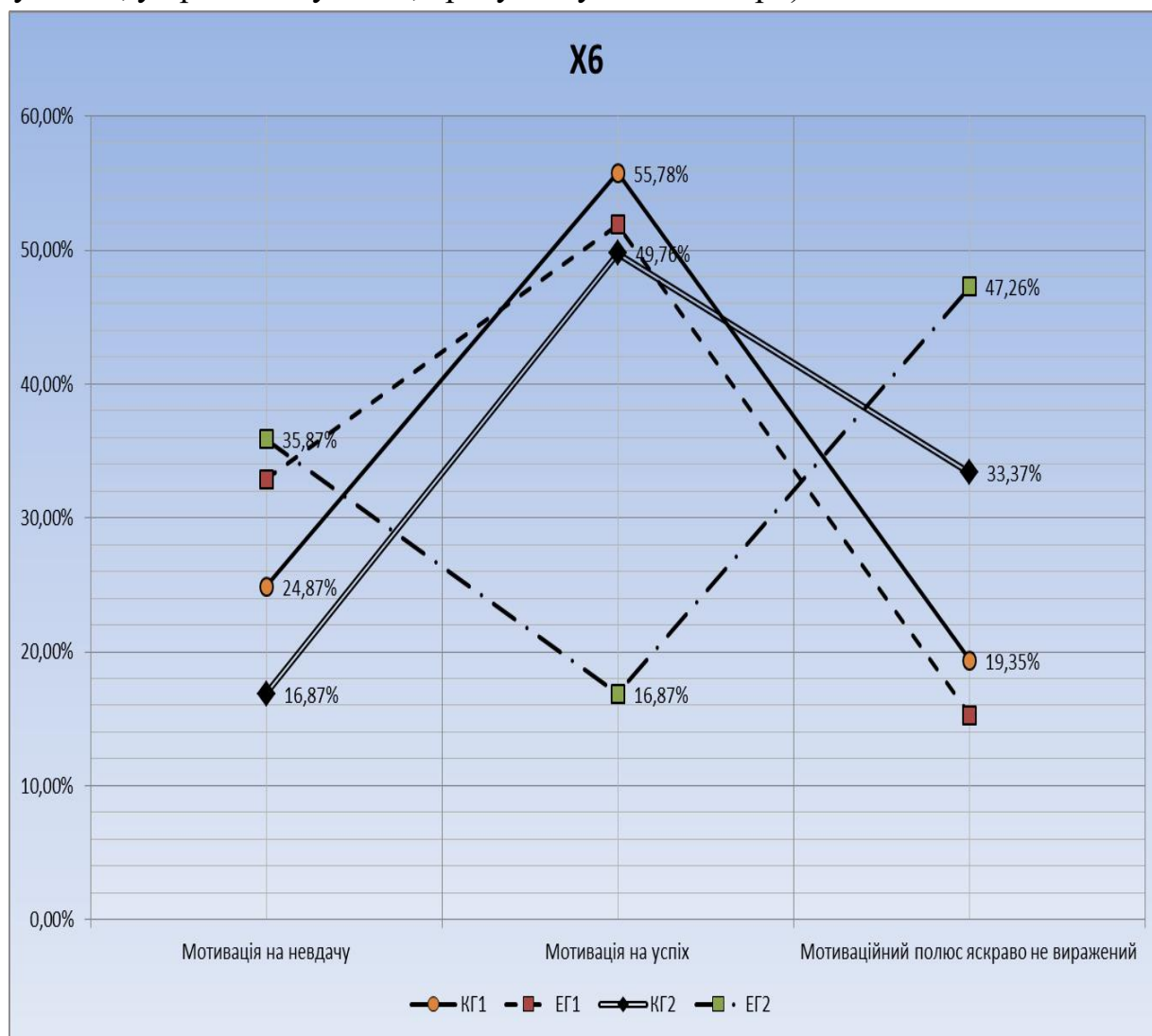


Рисунок 3.18. Мотиваційні орієнтири особистості за типом I «інші види професій» за опитувальником А. Реана «Мотивація успіху і страх невдач»

За типом I «інші види професій» за даним опитувальником відмічаємо загальну тенденцію, як видно за рис. 3.18, до середніх показників за шкалою «мотивація на успіх» у КГ1, КГ2 і ЕГ1 осіб, що пов'язано з їх низькою працездатністю, а то й відсутністю професійного забезпечення. Особливістю їх діяльності є важкі вимоги праці, що часто залишаються прихованими від стороннього спостерігача. Більше того, нерідко докладаються спеціальні зусилля для створення ефекту невимушеності кінцевого результату праці.

У ЕГ2 осіб цю тенденцію теж збережено, однак їх низька вмотивованість залежить саме від відсутності внутрішньої мотивації, за рахунок латентного

перебігу особистісного конфлікту. Схильність людини до конфліктності у формі особистісних розбіжностей дуже часто спровокована іпохондричними переживаннями. Зазвичай вони проявляються у вигляді конверсійних симптомів, соматоформних розладів, функціональних синдромів. Конверсійні розлади представлені у вигляді трансформації емоційних порушень у рухові, сенсорні і вегетативні еквіваленти. Найчастіше вони зустрічаються з істеричним проявом емоцій, брутальним говором, відчайдушним і апатичним тоном.

Таким чином, за опитувальником А. Реана «Мотивація успіху і страх невдач», ми визначили особливості мотивації у представників різних професій, що розкриває сутність особистісного конфлікту в проблемних групах (ЕГ₁ і ЕГ₂) і окреслює їх мотиваційного полюсу. Наявність особистісного конфлікту загострює внутрішню картину хвороби, в основі якої спостерігаються: гіпертрофія дигітальної функції мислення; оперативне мислення; недостатність уявлення; домінування наочно-дійового мислення над абстрактним мисленням; обмежені можливості й категоризації у мисленні; обмежені можливості розуміння себе, що пов'язані з дефіцитом рефлексії; песимістична когнітивна карта світу. У них відмічається відсутність бажань щодо реалізації власних цілей і мети. Інтуїтивно людина такого типу вже попередньо відчуває страх перед майбутнім, невизначеність, сентиментальність, низьку конкурентоспроможність, активність та ініціативність.

Ризик появи психосоматичних порушень характеризується наявністю неспокою, агресії, апатії, нудьги, депресії, втоми, незадоволеності, дратівливості, самотності, низької самооцінки, поганого настрою; абсентинізму, низької результативності, відчуженості, незадоволеності роботою, зниженням організаційної діяльності й лояльності.

Відсутність пізнавально-творчих можливостей особистості: стійкості уваги, швидкості й точності сприйняття, процесу мислення, готовності прийняти рішення в умовах ліміту часу, психологічної врівноваженості, рішучості та самостійності, що призводять до порушення збалансованого функціонування адаптаційно-компенсаторних механізмів, в основі чого є формування структурного атрактора іпохондричної хвороби. Іпохондричні розлади, як соматогенії, виступають як активні компенсаторні механізми, що полегшують переживання хвороби досліджуваними на психологічному рівні.

У контрольних групах осіб зберігається активність людини, в основі якої лежить надія на успіх і потреба у досягненні успіху. Їм властива також наполегливість у досягненні мети, позиційна орієнтованість особистості на позитивну мотивацію і успіх. Позитивна мотивація у фахівців типу «людина-природа» відрізняється активною громадською та професійною діяльністю, що забезпечує умови для соціального захисту природи й організації змістовного

дозволя відповідно до інтересів, здібностей і власних обдаровань. За типом «людина-людина» домінує орієнтація на забезпечення внутрішніх потенціалів в умовах соціальної значимості та особистісного авторитету. Мотиваційні чинники зосереджують їх діяльність на почуттях власної гідності у сфері комунікацій. Категорії осіб «людина-техніка» відрізняються від інших за тенденцією до мотивації на успіх у віртуальному світі реалій та інформаційних забезпечень.

Мотиваційні орієнтири за типом «людина – знакова система» полягають у синтезі комплексної механізації й автоматизації виробництва за фахом, використовуючи кібернетичні системи управління. Функція людини полягає у передачі інформації від знакових систем машин до управління їх діяльністю. При визначенні мотиваційних особливостей за типом «людина – художній образ» у діяльності фахівців переважають, в основному, емоційні, сенсорні та моторні види психологічної активності. За типом І «інші види професій» за даним опитувальником відзначаємо загальну тенденцію до низької працездатності, а то й відсутність професійного заохочення.

Отож, як видно, механізм уникнення невдач задіяно суто з професійних інтересів або ж за їх відсутності. Схильність до однотипових виконань і одноманітних засобів праці домінує над вдосконаленням індивідуальних потенціалів, можливостей і надбань особистісного зросту. Мотивація такого характеру відображає тенденцію до фахової детермінації мотивів і сприяє надмірному контролю професійних установок. У випадку професійних навантажень існує велика ймовірність розвитку іпохондричних розладів особистості професійного характеру. У разі відсутності фахового забезпечення іпохондрія розвивається на тлі відсутності мотивації до успіху за рахунок компенсаторних психосоматичних скарг.

Таблиця 3.14.

Особливості міжособистісних відносин за методикою Т. Лірі у КГ₁

КГ ₁						
Ознаки	Типи професій					
	X ₁	X ₂	X ₃	X ₄	X ₅	X ₆
Домінантність- владність- деспотичність	40,76%	42,87%	41,87%	39,76%	38,65%	40,76%
Впевненість у со- бі самовпевненість самозакоханість	36,76%	35,76%	34,76%	33,87%	36,87%	35,87%
Вимогливість- непримиренність- жорсткість	39,76%	40,76%	38,06%	39,65%	38,98%	37,54%
Скептицизм- упертість- негативізм	33,56%	32,76%	34,65%	33,12%	32,76%	37,65%
Поступливість- лагідність- пасивне підкорення	50,65%	51,65%	52,76%	49,56%	50,54%	51,76%
Довірливість- слухняність- залежність	46,87%	47,23%	46,87%	45,4%	46,87%	47,43%
Добросердечність- несамостійність- надмірний конформізм	45,76%	46,76%	45,98%	47,76%	44,87%	45,87%
Готовність прийти на допомогу- безкорисливість- жертвність	80,54%	81,87%	80,98%	79,76%	82,87%	80,65%
Сума	374,66%	379,66%	375,93%	289,17%	372,41%	377,53%
Середнє значення	46,83%	47,46%	46,99%	41,31%	46,55%	47,19%
Стандартне відхилення	14,72%	15,22%	15,11%	6,51%	15,77%	14,62%

Нами проведено дослідження міжособистісних стосунків за методикою діагностики міжособистісних відносин Т. Лірі. Дана методика орієнтована на дослідження міжособистісних стосунків на етапі їх загального враження про людину в процесі діалогічного сприйняття, що сприятиме прогнозуванню її вчинків, допоможе заздалегідь скорегувати очевидні конфлікти та непорозуміння.

Таблиця 3.15.

Особливості міжособистісних відносин за методикою Т. Лірі у КГ

КГ ₂						
Ознаки	Типи професій					
	X ₁	X ₂	X ₃	X ₄	X ₅	X ₆
Домінантність-владність-деспотичність	45,87%	46,65%	45,76%	46,86%	45,76%	44,87%
Впевненість у собі-самовпевненість-самозакоханість	43,76%	44,65%	45,87%	44,76%	43,87%	42,87%
Вимогливість-непримиренність-жорсткість	41,34%	42,65%	40,34%	41,32%	42,35%	41,98%
Скептицизм-упертість-негативізм	34,76%	35,86%	34,17%	33,76%	35,76%	33,88%
Поступливість-лагідність-пасивне підкорення	49,65%	50,65%	48,76%	49,65%	50,56%	48,51%
Довірливість-слухняність-залежність	44,76%	45,75%	44,87%	43,87%	44,87%	45,12%
Добросердечність-несамостійність-надмірний конформізм	47,65%	48,65%	46,87%	46,76%	45,73%	46,86%
Готовність прийти на допомогу-безкорисливість-жертвність	81,63%	82,45%	83,56%	81,96%	80,54%	81,88%
Сума	389,42%	397,31%	390,20%	388,94%	389,44%	385,97%
Середнє значення	48,68%	49,66%	48,78%	48,62%	48,68%	48,25%
Стандартне відхилення	14,06%	13,97%	14,79%	14,30%	13,52%	14,29%

За допомогою цієї методики також визначаємо домінантний тип у ставленні до людей згідно із самооцінкою та взаємооцінкою. Саме у цій взаємодії відрізняємо два фактори, які детермінують вирішення цієї проблеми: домінування-підкорення і дружелюбність-агресивність [57].

Тімоті Лірі адаптував методику для оцінки поведінки людей за допомогою спостереження за самооцінкою людини, оцінки оточуючих людей і оцінки показу ідеального «Я». Задля цього було кожену ознаку виділено за трьома ступенями вираженості. Перший ступінь вимірює при величинах індексів від 1 до 5 балів,

призначеним для визначення ставлення стосовно інших. Другий ступінь є проміжною і визначається за індексом від 6 до 10, до третього степеня відносимо вимірювання індексом у 10 балів як показник дезадаптованості особистості. Чим вагоміша величина показника, тим більша характерологічна властивість, що притаманна людині.

Таблиця 3.16

Особливості міжособистісних відносин за методикою Т. Лірі у ЕГ₁

ЕГ ₁						
Ознаки	Типи професій					
	X ₁	X ₂	X ₃	X ₄	X ₅	X ₆
Домінантність-владність-деспотичність	63,87%	62,87%	63,87%	64,76%	62,86%	63,00%
Впевненість у собі-самовпевненість-самозакоханість	57,65%	58,65%	57,95%	56,34%	58,61%	56,87%
Вимогливість-непримиренність-жорсткість	69,65%	70,45%	69,83%	68,99%	70,86%	71,65%
Скептицизм-упертість-негативізм	54,76%	55,87%	56,87%	54,76%	53,87%	55,05%
Поступливість-лагідність-пасивне підкорення	36,76%	37,68%	38,05%	36,44%	37,65%	36,98%
Довірливість-слухняність-залежність	20,65%	21,45%	22,86%	20,54%	19,65%	20,84%
Добросердечність-несамостійність-надмірний конформізм	13,65%	14,45%	15,63%	13,65%	13,98%	14,65%
Готовність прийти на допомогу-безкорисливість-жертвність	40,45%	41,67%	41,03%	40,54%	42,78%	43,73%
Сума	357,44%	363,09%	366,09%	356,02%	360,26%	362,77%
Середнє значення	44,68%	45,39%	45,76%	44,50%	45,03%	45,35%
Стандартне відхилення	20,29%	20,08%	19,62%	20,22%	20,41%	20,16%

Номери позицій у такій проекції розшифровується у восьми позиціях. До першої позиції (I) відносимо доміантність – владність – деспотичність; друга позиція (II) відображає – впевненість у собі – самовпевненість – самозакоханість; до третьої позиції належить забезпечення тенденції визначення – вимогливості – непримиренності – жорстокості; до четвертої (IV) належить орієнтування на

діагностику скептицизму – упертості – негативізму; до п'ятої позиції (V) належить визначення поступливості – лагідності – пасивного підкорення; шоста позиція (VI) характеризує довірливість – слухняність – залежність; до сьомої позиції – добросердечність – несамотійність – надмірний конформізм; восьма позиція відрізняється від інших готовністю прийти на допомогу – безкорисливість – жертвовність. Загалом методика відображає делікатність, уважність до інших, терпимість і ніжність у взаємостосунках тощо [57].

Таблиця 3.17.

Особливості міжособистісних відносин за методикою Т. Лірі у ЕГ₂

ЕГ ₂						
Ознаки	Типи професій					
	X ₁	X ₂	X ₃	X ₄	X ₅	X ₆
Домінантність-владність-деспотичність	87,90%	88,76%	87,14%	86,65%	87,56%	88,56%
Впевненість у собі-самовпевненість-самозакоханість	69,76%	68,96%	70,65%	71,68%	68,67%	69,72%
Вимогливість-непримиренність-жорсткість	85,78%	84,76%	85,87%	86,87%	85,35%	84,87%
Скептицизм-упертість-негативізм	65,87%	66,78%	65,87%	64,38%	66,98%	64,57%
Поступливість-лагідність-пасивне підкорення	32,76%	33,77%	32,56%	33,86%	31,98%	32,67%
Довірливість-слухняність-залежність	11,56%	12,76%	11,98%	10,87%	12,65%	11,89%
Добросердечність-несамотійність-надмірний конформізм	9,67%	8,99%	9,45%	9,76%	10,76%	10,59%
Готовність прийти на допомогу-безкорисливість-жертвовність	38,24%	39,76%	38,67%	36,98%	37,98%	35,83%
Сума	401,54%	404,54%	402,19%	391,29%	401,93%	398,70%
Середнє значення	50,19%	50,57%	50,27%	55,90%	50,24%	49,84%
Стандартне відхилення	31,39%	31,14%	31,32%	29,15%	30,94%	31,19%

У нашому дослідженні ми орієнтуємось на визначення саме цих особистісних властивостей респондентів, щоб показати їх значимість у соціометричному вимірі. Зважаючи на загальну тенденцію КГ1, КГ2, ЕГ1 та ЕГ2, прагнемо діагностувати у них особливості підходу самоорганізованості та

волевиявлення для характеристики їх професійних якостей на етапі формування компетентного фахівця. Результати досліджень у всіх групах за методикою Т. Лірі представлено в табл. 3.14 – 3.17.

У КГ₁ осіб діагностуємо домінування готовності особистості прийти на допомогу, безкорисливість і надмірний конформізм, що дозволяє оцінити дану позицію як чинник альтруїзму, прагнення бути доброзичливою, відвертою, щирою і довершеною особистістю.

У КГ₂ виявлено таку особливість у міжособистісній взаємодії, як тенденція до альтруїзму, що показано за найвищими показниками у таблиці 3.15. Саме така позиція в орієнтуванні особистості спричиняє гармонійне ставлення до оточуючих, до власного внутрішнього пізнання у соціальній взаємодії і диктує схожість із КГ₁ осіб з дещо вищими показниками.

Із таблиці 3.16 видно, що домінування ІІІ позиції у міжособистісній взаємодії, що характеризує особистість з боку агресивного стилю поведінки, як уперту, прямолінійну, непримирену в оцінці інших, дратівливу, ворожу і суху стосовно інших. За дещо нижчими показниками ми відзначаємо тенденцію у представників цієї групи за І позицією у стосунках із людьми, що проявляється у стилі авторитарної поведінки, яка проявляється у деспотичності поглядів і вимогливості до себе. Також, з огляду на подані дані, відзначаємо схильність поведінки до ІІ позиції, що відтворено у егоїстичності намірів та провокуванні суперечок.

У осіб ЕГ₂ виявлено домінуючий авторитарний стиль поведінки за позицією І, що відображає деспотичний характер, тип сильної особистості, яка прагне лідерства у всіх видах групової діяльності. Вона користується зазвичай вимогливістю, непримиренністю і часто жорсткістю, яка продукується у екстернальний тип волевиявлення та звинувачення інших у всьому. Також спостерігається тенденція до прагнення бути над усіма лідером, але одночасно осторонь від усіх. Саме такі особистісні утворення характерні для іпохондриків.

Зазначимо також, що такий стиль поведінки характерний і для ЕГ₁, однак у цій групі волевиявлення пов'язане зі схильністю звинувачень щодо інших, тоді як у групі психосоматиків – із самозакоханістю, бажанням бути у центрі уваги.

За даним типом діагностуємо на перехресті усіх кривих за рис. 3.19 у точці перетину, що відповідає координатам розподілу ознак за позицією п'ять і відображає підкорювальний тип у відношенні до навколишніх. Поведінка за цим типом обумовлена помірною слухняністю, поступливістю, скромністю, емоційною стриманістю, деякою пасивністю у виконанні обов'язків. У професійній діяльності схильний до підкорення, інтернальності у волевиявленні, до слухняності та чесності у міжособистісній взаємодії, а також прагне до конформізму та забезпечення опори в комусь із більш сильних і компетентних за фахом колег.

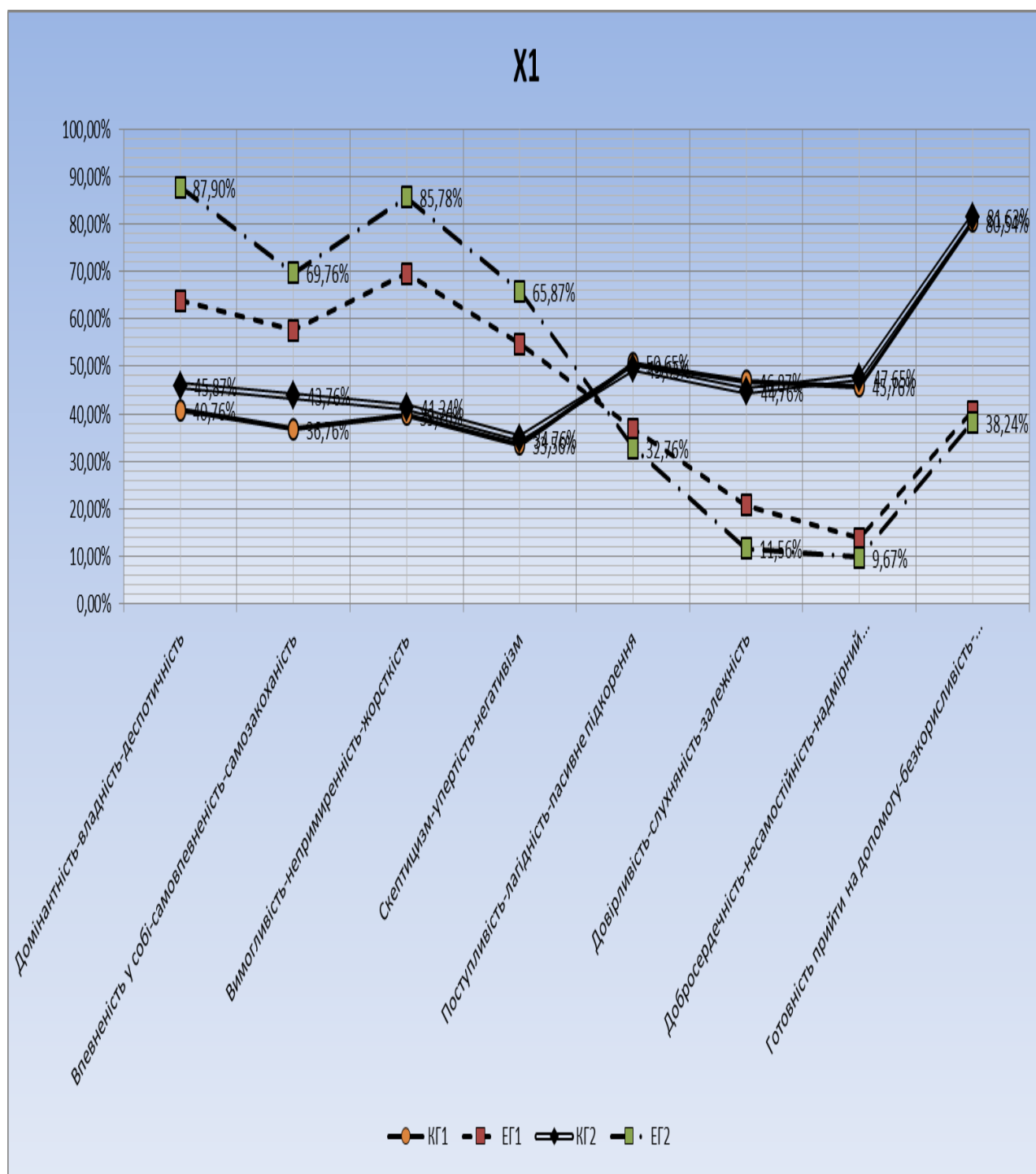


Рис. 3.19. Домінуючий стиль поведінки за методикою Т. Лірі за типом «П»

За рис. 3.20 спостерігаємо також домінуючий тип поведінки за п'ятою позицією: поступливість – лагідність – підкорення у представників за професійним типом «людина-людина». Однак тут виявлена тенденція до готовності вчасно прийти на допомогу та задіювати власний авторитет в управлінні діяльністю лише у випадку підвищеної складності ситуації.

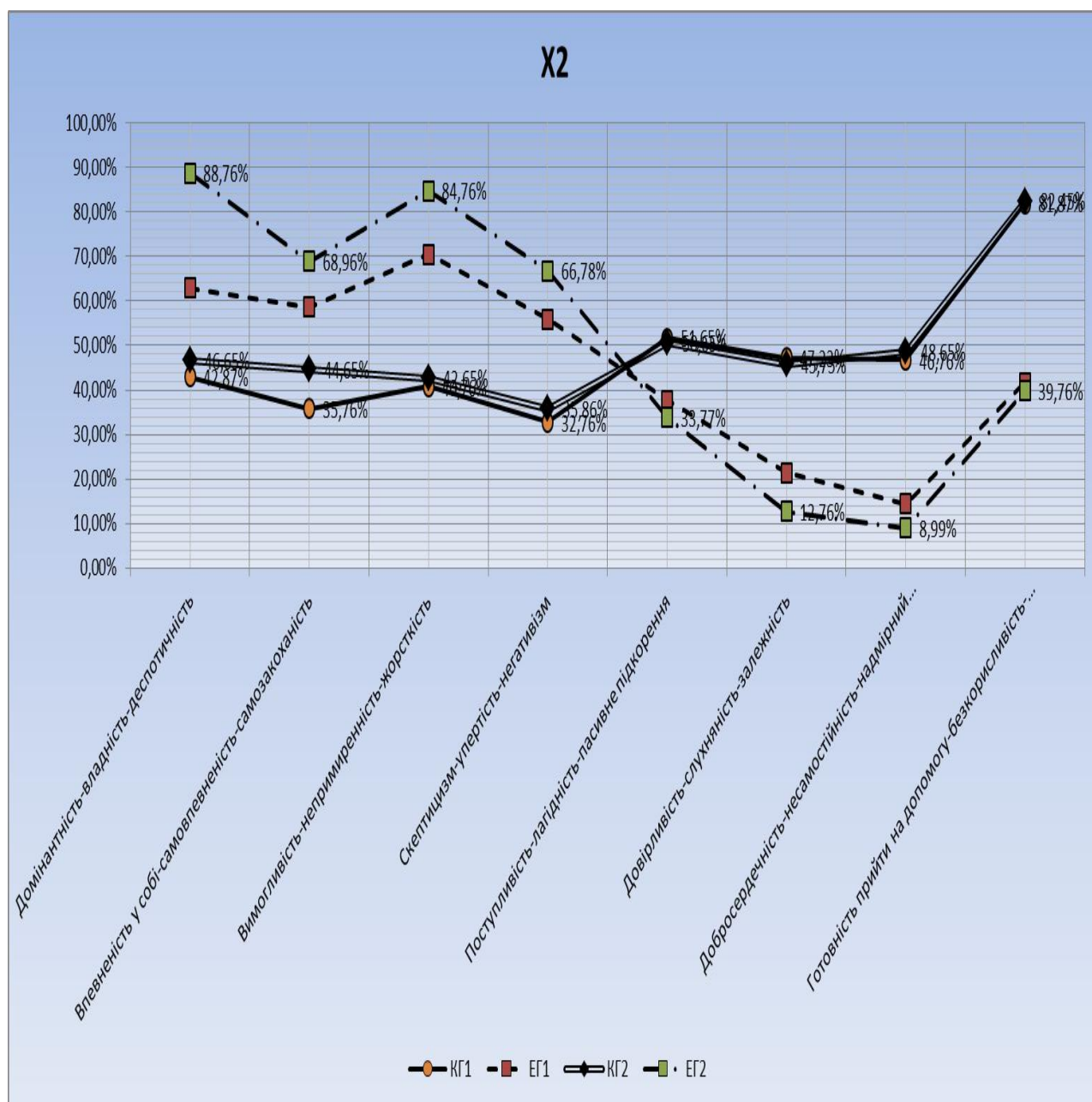


Рис. 3.20. Домінуючий стиль поведінки за методикою Т. Лірі за типом «Л»

В інших учинках спостерігаємо поступливість, скромність, лагідність, легку збентеженість та відсутність егоцентризму в межах людського фактора. Саме ці чинники й виділяють їх як конкурентоспроможних, дієвих, відповідальних і наполегливих фахівців. Однак реактивне, часто повторювальне підкорення не дозволяє виділятися у індивідуальному прояві власних побажань і стратегій поведінки, тому саме цей чинник дискредитує людину в умовах підвищеного авторитаризму та схиляє її до зайвої слухняності, стримування власних ідей, внутрішніх протиріч, страху та навіюваності думок іпохондричного характеру.

За найвищими показниками у даній групі осіб спостерігаємо домінування першої позиції, що відповідає авторитарному стилю поведінки. Як у

контрольних, так і в експериментальних групах цифрові значення шкал досить високі аби константувати у представників цієї групи позицію домінантного, енергійного, компетентного, авторитетного лідера, який є досить успішним у виконанні власних обов'язків, упевненою у собі людиною, яка любить давати поради та вимагає до себе поваги.

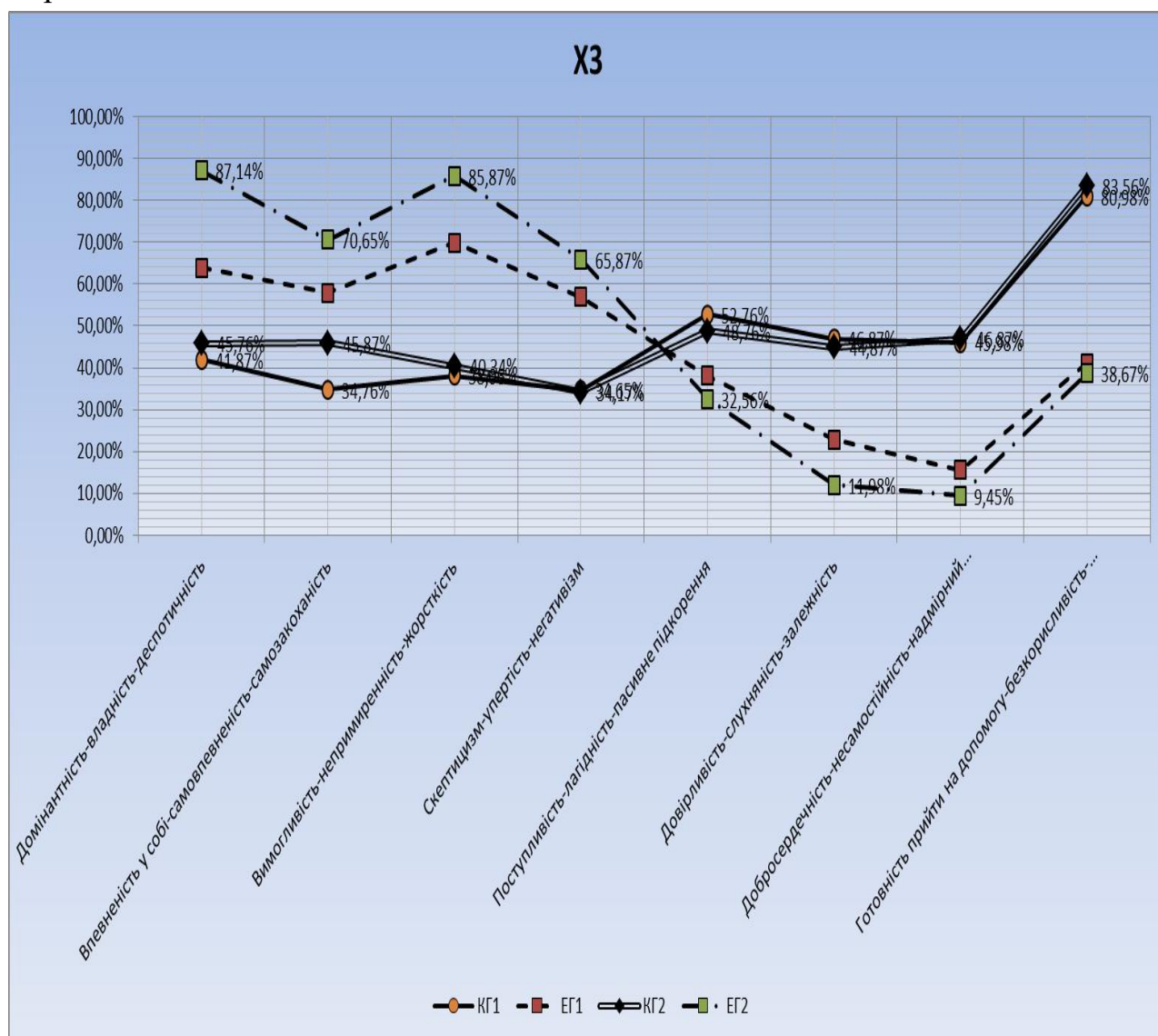


Рис. 3.21. Домінуючий стиль поведінки за методикою Т. Лірі за типом «З»

Часто завзятий і наполегливий, емоційний і непримиренний до образ тип особистості, що в процесі невідповідності обставин, як бачимо за рис.3.21, перетворюється на поступливого фахівця, який підкоряється, із завищеними амбіціями, що й відповідно відображено на психосоматичному протіканні дисфункцій організму на прикладі наших респондентів у експериментальних групах.

У осіб за типом «людина - техніка» (рис. 3.22) констатуємо найвищі показники за шкалами в усіх групах також у показниках першої позиції за перевагою авторитарного стилю поведінки. Однак у представників саме цього

типу відзначаємо розбіжності у точці біфуркації між контрольними групами: у КГ₁ готовність прийти на допомогу, безкорисливість і чуйність займають нульові значення, тоді як у КГ₂ – найвищу міру готовності до альтруїзму, гіпервідповідальності, прагненні до всезагального співчуття, що й призводить до нав'язливості у взаємостосунках і перебільшенні власних можливостей та компетенцій.

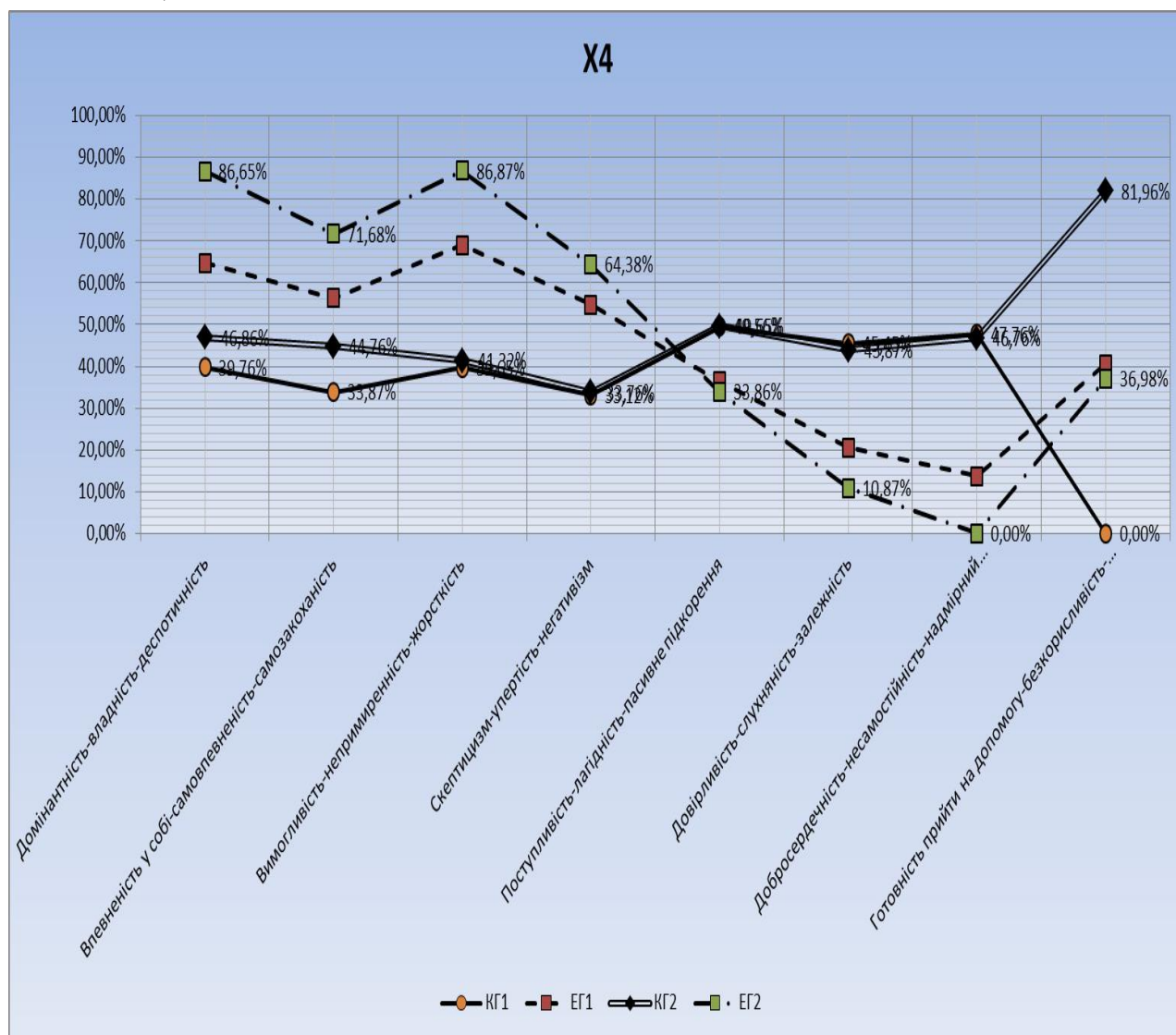


Рис. 3.22. Домінуючий стиль поведінки за методикою Т. Лірі за типом «Т»

Саме така розбіжність є центровою під час проведення контрольного зрізу серед досліджуваних груп і орієнтує нас на думку, що у представників за цим фахом існує генетична схильність до розвитку іпохондричних навіювань у разі невідповідності ситуації, враховуючи загальну тенденцію усіх груп до підкорення. Або ж саме ця ознака свідчить про зовнішнє «маскування» від проблем, що приховує особистість протилежного типу.

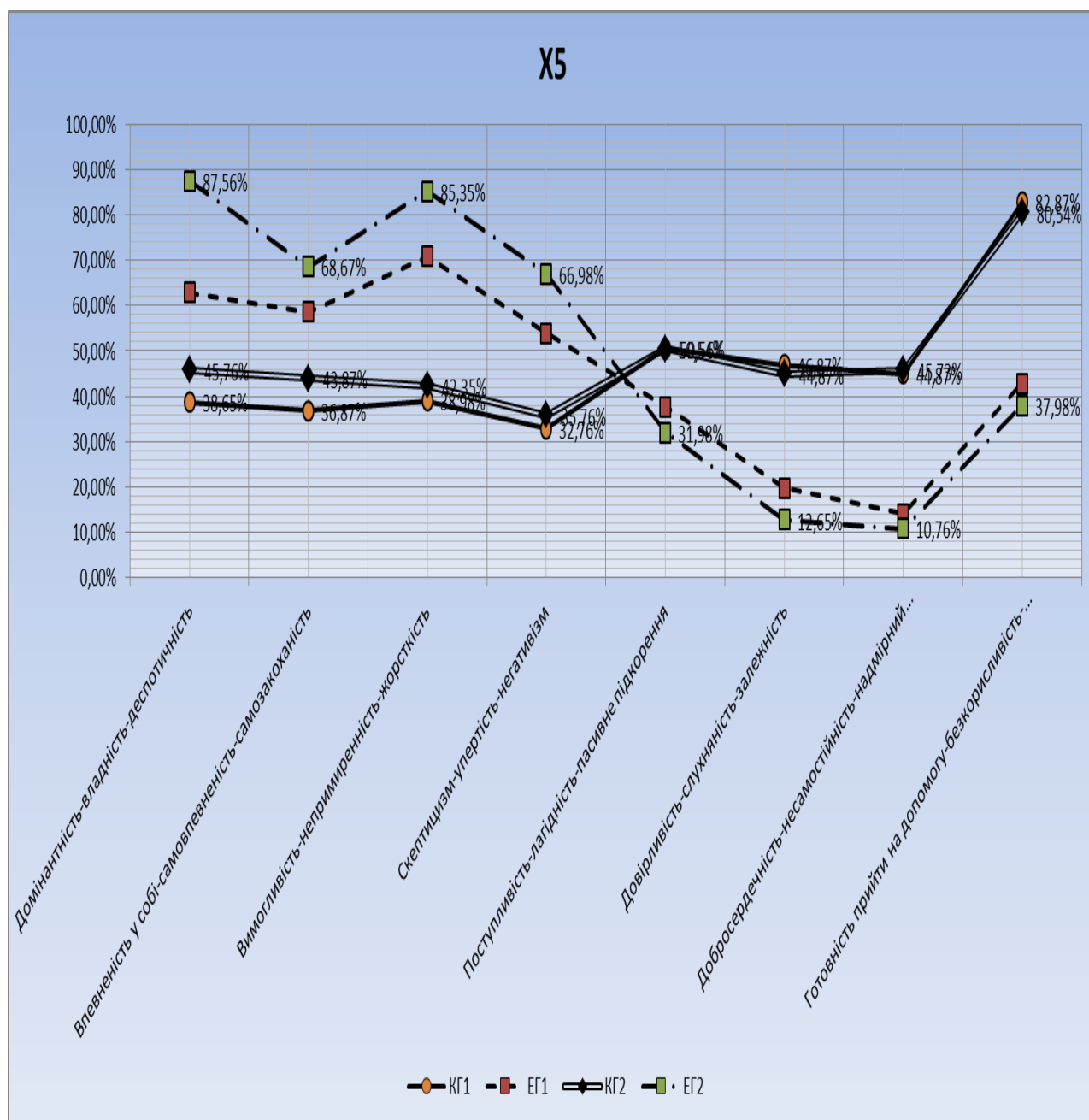


Рис. 3.23. Домінуючий стиль поведінки за методикою Т. Лірі за типом «X»

У представників типу «людина-художній образ» діагностуємо, на основі досить істотних середніх показників, схильність до переважання підозрілого стилю поведінки, який обумовлений зайвою критичністю, нетовариськістю, замкнутістю, скептичністю, невпевненістю у соціальній взаємодії.

Поєднуючись із загальною тенденцією щодо підкорення (рис. 3.23), представники цього типу відображають потайливий свій стан негативізму, що проявляється у вербальній агресії, підозрілості, постійною незадоволеністю, що засвідчує шизоїдний тип характеру. Часто зазнає труднощів в інтерперсональних контактах через невпевненість, зайвий острах і недовіру до інших.

За типом «Інші професійні типи» (рис. 3.24) відрізняємо схильність за середніми показниками до переваги стилю егоїстичної поведінки, що

проявляється в егоїстичних намірах, схильності до суперечок і самозакоханості, що й провокує саме їх бездіяльність у соціометричному вимірі та небажанні визнавати загальноприйняті поведінкові норми та правила. Тенденція до підкорення теж притаманна їм як ознака слухняності задля особистісної гармонії та спокою – «Аби мене не діставали».

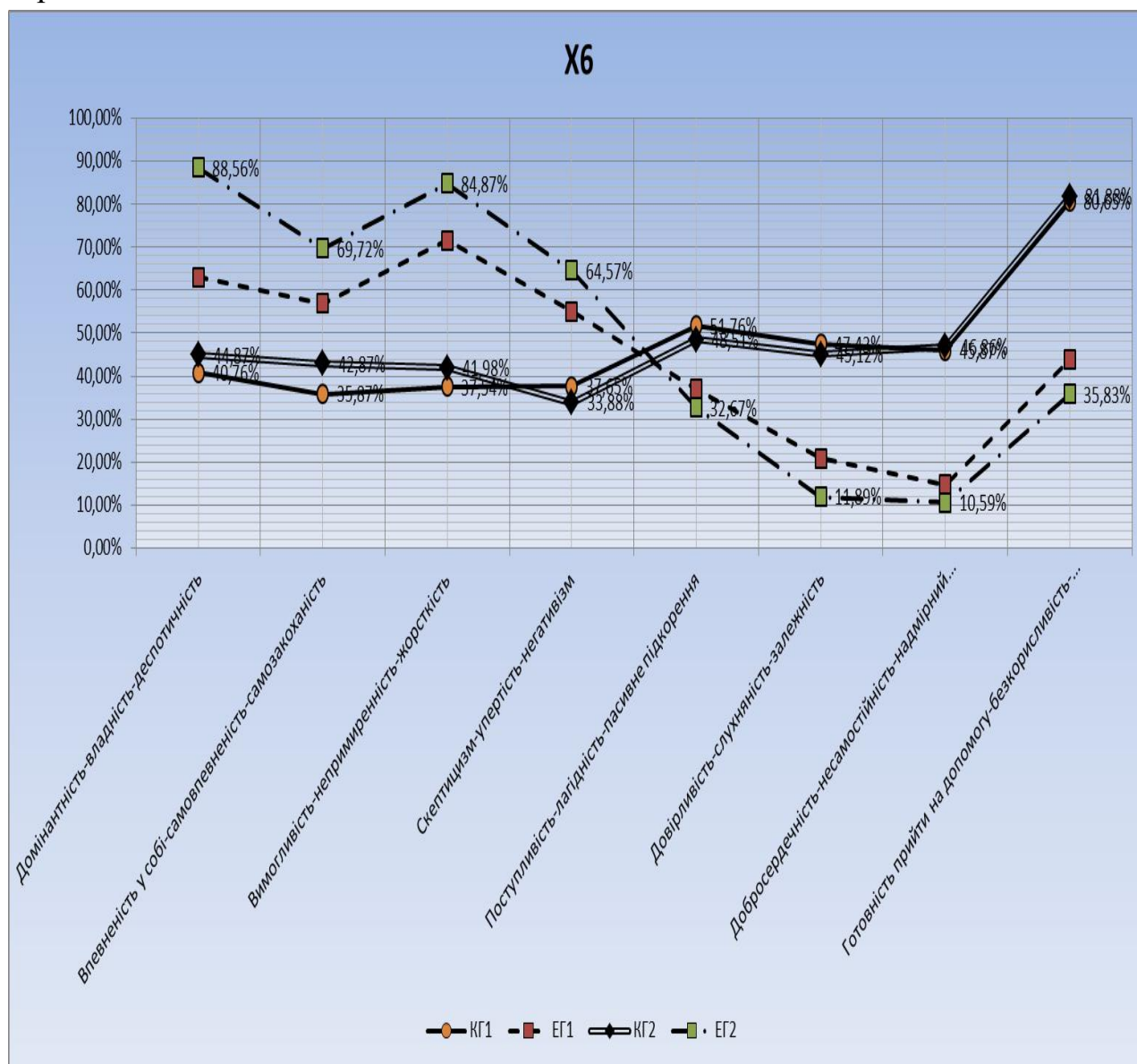


Рис. 3.24. Домінуючий стиль поведінки за методикою Т. Лірі за типом «І»

Однак саме ці чинники спричиняють їх відлюдкуватість, часто замкненість і небажання розкриватись перед суспільством. Ми не можемо стверджувати про їх профпридатність, оскільки її зазвичай немає. Їх рівень домагань властивий лише у випадку тимчасового виконання обов'язків але, зазначимо, що саме на цьому етапі розвитку особистості присутня тривожність і небажання вдаватись до роботи через можливі психосоматичні травмування, страх захворювань типу кардіологічного генезу. Отож, на цій основі можливий розвиток ідей іпохондричного настрою та скарг на дисфункцію серцево-судинної системи.

Таким чином, проаналізувавши за методикою діагностики міжособистісних відносин Т. Лірі, схилиємося до думки, що представники контрольних груп переймаються позиціями альтруїзму, загального прояву жалю та симпатії до ближніх, тоді як у осіб експериментальних груп спостерігаємо тенденцію до авторитарного, егоїстичного та агресивного стилю поведінки. У представників інших професій за класифікацією А. Клімова представлено у дослідженні пріоритети позиції підкорення за усіма групами осіб, що свідчить про соціальну адаптацію у межах здорового глузду на етапі формування стосунків міжособистісної взаємодії із колегами, що в принципі допустимо у професійній організації. Однак в індивідуально-особистісній сфері цей факт проявляється у вигляді психосоматичних порушень та деструктивного настрою іпохондричного характеру.

У дослідженні використано методику «Індекс життєвого стилю» (LSI) особистості. Психодіагностична система Келлермана-Плутчика полягає у вивченні взаємозв'язку між емоціями та діагностичними диспозиціями, що є базовим каркасом в утворенні психологічних механізмів захисту. Диспозиція, за цією методикою, являє собою успадковане особистісне утворення, що характеризується проявом специфічних емоцій, із урахуванням відповідного психологічного механізму захисту. Разом вони утворюють систему структурованих секторів, які утворюють схожі, сусідські диспозиції, напр., манія-істерія та протилежні їм – манія-депресія (рис. 3.25) [157].

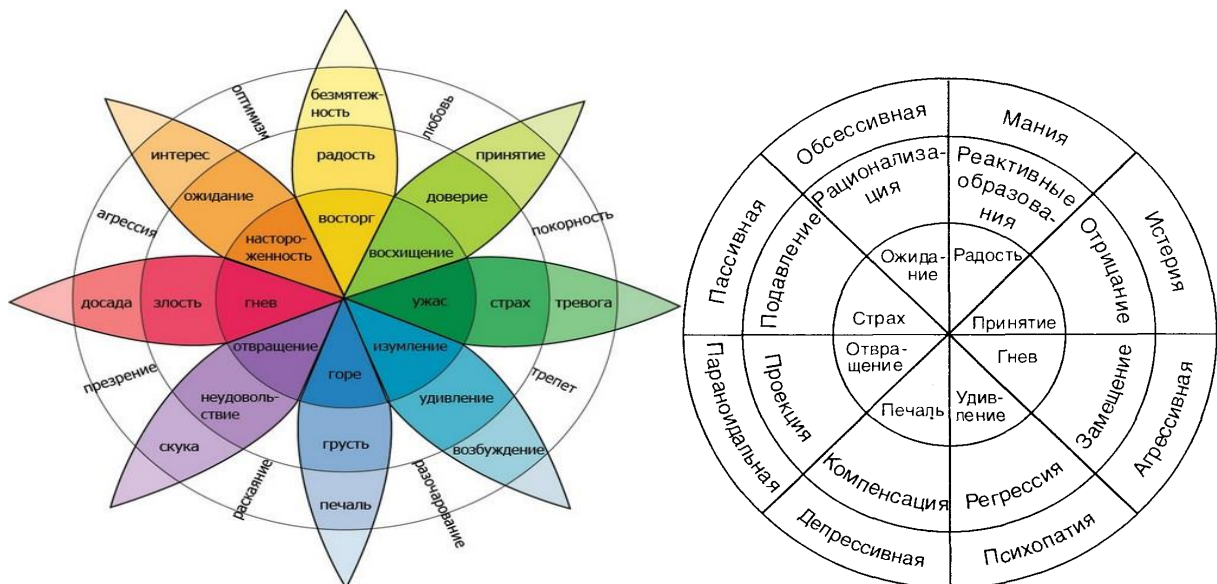


Рис. 3.25. Система диспозицій і механізмів психологічного захисту за Келлерманом-Плутчиком

Механізми психологічного захисту, на нашу думку, включають у себе реальні психологічні конструкти, вперше описані в парадигмі психоаналізу. З аналізу психологічної літератури ми дійшли висновку про їх виникнення у разі

появи реальних стресових випробовувань, які активують внутрішні ресурси поза межами їх щоденного використання особистістю. Психологічний захист визначається суб'єктивною значимістю цих подій для людини. Усунення психологічного дискомфорту є в основі цієї значимості, яка саме і трактується їх актуальністю для особи в залежності від еквівалентної ситуації.

Психологічні механізми захисту спрацьовують автоматично, понижуючи напруженість і тривожність, що сприяє активації життєвих потенцій особистості, адаптуючи її до ситуаційних умов реальності. Однак, у разі акумуляції внутрішніх потенцій потрібно багато сил для контролю власних емоцій, страхів і бажань. Отож, варто зважати на ситуативність, яка у такому випадку забезпечуватиме обмеженість у соціальній взаємодії, що призведе до замкненості та ізоляваності людини у соціумі. Психологічні механізми захисту у такому випадку спрямовані на утримання власного «Я» особистості в межах суб'єктного контролю, що, як наслідок, проявлятиметься у вигляді тривалої втомлюваності та загальної тривожності.

Таким чином, проблема психологічного захисту містить у собі центральне протиріччя між прагненням людини до збереження психологічної рівноваги та втратою у тому випадку, коли її потенціал занадто перевищує рівень суб'єктивного контролю. Як видно, з однієї сторони механізми захисту слугують позитивним чинником у разі формування психологічної резистентності організму до стресових чинників, а з іншої – їх вплив не дозволяє усвідомлювати об'єктивну істинну ситуацію реальності й адекватно взаємодіяти з оточуючим у складних обставинах.

У нашому дослідженні, за цією методикою, ми плануємо діагностувати у респондентів домінуючий вид психологічного захисту та відповідної диспозиції, яка є чинником зародження і розвитку іпохондричних розладів особистості. Представимо основні диференційні відмінності за цією проблемою для подальшого відображення у КГ1, КГ2, ЕГ1, ЕГ2, для структурування хронопсихологічного профілю особистості з іпохондричними розладами за кожним із типів професій. За допомогою опитувальника визначаємо такі механізми психологічного захисту: заперечення, витіснення, регресія, компенсація, проекція, заміщення, раціоналізація та реактивні утворення, у залежності від наявності відповідних диспозицій, таких як диспозиція манії, диспозиція істерії, агресивна диспозиція, диспозиція психопатії, депресивна диспозиція, параноїдальна диспозиція, пасивна диспозиція, obsесивна диспозиція із перевагою певного виду емоцій. Побудуємо характеристику на кожну з референтних груп і відповідним професійним типом згідно з класифікацією А. Клімова (табл. 3.18).

Таблиця 3.18.

**Диференційні відмінності за психодіагностичною системою
Келлермана-Плутчика в осіб КГ1**

КГ ₁						
Види психологічного захисту	Типи професій					
	X ₁	X ₂	X ₃	X ₄	X ₅	X ₆
Заперечення	1,54%	1,92%	1,03%	2,99%	1,67%	1,56%
Витіснення	2,76%	2,78%	2,78%	2,65%	2,01%	2,67%
Регресія	1,87%	2,45%	2,78%	2,87%	2,89%	2,78%
Компенсація	4,76%	4,08%	4,78%	4,82%	5,04%	5,34%
Проекція	2,87%	2,02%	2,05%	2,67%	2,81%	2,18%
Заміщення	5,87%	4,98%	5,78%	4,56%	4,34%	5,13%
Раціоналізація	79,77%	80,89%	80,67%	78,76%	79,68%	80,23%
Реактивне утворення	0,56%	0,88%	0,13%	0,68%	1,56%	0,11%
Сума	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
Середнє значення	12,50%	12,50%	12,50%	12,50%	12,50%	12,50%
Стандартне відхилення	27,24%	27,66%	27,61%	26,80%	27,17%	27,42%

У нашому дослідженні, за цією методикою, ми плануємо діагностувати у респондентів домінуючий вид психологічного захисту та відповідної диспозиції, яка є чинником зародження і розвитку іпохондричних розладів особистості. Представимо основні диференційні відмінності за цією проблемою для подальшого відображення у КГ1, КГ2, ЕГ1, ЕГ2, для структурування хронопсихологічного профілю особистості з іпохондричними розладами за кожним із типів професій. За допомогою опитувальника визначаємо такі механізми психологічного захисту: заперечення, витіснення, регресія, компенсація, проекція, заміщення, раціоналізація та реактивні утворення, у залежності від наявності відповідних диспозицій, таких як диспозиція манії, диспозиція істерії, агресивна диспозиція, диспозиція психопатії, депресивна диспозиція, параноїдальна диспозиція, пасивна диспозиція, обсесивна диспозиція із перевагою певного виду емоцій. Побудуємо характеристику на кожному з референтних груп і відповідним професійним типом згідно з класифікацією А. Клімова (табл. 3.18).

У представників КГ₁ спостерігається орієнтування на такий психологічний механізм захисту як раціоналізація. Цей тип виходу з

конфліктних ситуацій характеризується несвідомим прагненням індивідів до раціонального обґрунтування власних ідей, цілей, шляхом використання оптимальних методів подолання зіткнень інтересів на етапі їх ірраціональності. Цей метод дозволяє швидко та легко адаптуватись до ускладнених умов зовнішнього середовища й створити видимість розумної і гідної поведінки. У випадку, якщо людина схильна до пасивної поведінки у вирішенні міжособистісної взаємодії, то раціоналізація є оптимальним її розв'язанням. Люди у такому випадку відрізняються обережністю і гнучкістю у спілкуванні. Цей вид психологічного захисту виникає у разі несвідомої спроби аналізу особистістю ситуації підвищеного контролю при уникненні внутрішнього конфлікту та щоб підкреслити власну значимість. Її сутність полягає у виправданні особистісних вчинків шляхом раціонально-логічних підходів.

У нашому дослідженні осіб КГ₁ ми використали даний підхід в умовах пояснення причинно-наслідкових взаємозв'язків щодо прояву соматичної хвороби або чинників, які її спричиняють. Респонденти пояснюють її значимість у їх житті як можливість присутності й наявності внаслідок низки різних причин, але, врешті-решт, у процесі професійного медичного огляду переконуються у їх відсутності.

У осіб КГ₂ виявлено ідентичну позицію щодо виникнення і пристосування до психосоматичних хвороб, однак вони характеризуються переважно тим, що використовують такий психологічний механізм захисту як компенсація (табл. 3.19).

Таблиця 3.19.

Диференційні відмінності в КГ₂ осіб за психодіагностичною системою Келлермана-Плутчика

КГ ₂						
Види психологічного захисту	Типи професій					
	X ₁	X ₂	X ₃	X ₄	X ₅	X ₆
Заперечення	1,02%	0,78%	1,09%	1,04%	1,08%	1,71%
Витіснення	0,67%	0,56%	1,56%	1,02%	1,45%	0,67%
Регресія	15,76%	16,78%	15,78%	14,78%	15,78%	17,94%
Компенсація	50,56%	49,56%	51,78%	50,67%	51,56%	50,45%
Проекція	0,56%	0,56%	0,78%	1,87%	0,03%	1,03%
Заміщення	30,56%	30,67%	28,45%	27,87%	29,76%	27,98%
Раціоналізація	0,45%	1,04%	0,12%	1,67%	0,23%	0,12%
Реактивне творення	0,42%	0,05%	0,44%	1,08%	0,11%	0,10%
Сума	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
Середнє значення	12,50%	12,50%	12,50%	12,50%	12,50%	12,50%
Стандартне відхилення	18,86%	18,63%	18,88%	18,21%	19,07%	18,53%

Домінування саме такого механізму психологічного захисту спричиняє несвідому тактику у подоланні реальних і уявних труднощів у відновленні психологічної стійкості особистості шляхом створення протилежної життєвої позиції. Компенсація розглядається Альфредом Адлером як подолання властивих людині тих чи інших рис неповноцінності на етапі розвитку протилежних рис характеру й особливостей поведінки [3]. Він розрізняє успішну компенсацію, яка проявляється у бажанні до переваги над іншими шляхом наявності власної значимості у соціумі. Надкомпенсацію він характеризує як одностороннє пристосування до життя у результаті надмірної переваги якоїсь однієї риси або здібності. А також на етапі створення життєвого стилю він відрізняє компенсацію як відхід у хворобу. У цьому випадку людина не може звільнитись від почуття неповноцінності та не може адаптуватись до умов підвищеної складності й вигадує симптоми хвороби, аби уникнути міжособистісного конфлікту та виправдати свою невдачу.

У нашому дослідженні саме останній чинник спричиняє схильність у досліджуваних КГ₂ до іпохондрії, адже саме таким чином у них відбувається саморегуляція взаємного урівноваження свідомих і несвідомих тенденцій: пристосування до стресових чинників за рахунок посилення часто несвідомих потягів і бажань. Представники осіб цієї групи використовують поодинокую больову симптоматику як скарги підвищеної психосоматичної організації і призводять їх до системи сугестивного контролю. Навіювання і самонавіювання підсилюють почуття і прагнення активності цієї групи осіб у соціумі, особливо у разі розкриття чи демонстрації негативного самопочуття і локалізації болю.

Представники ЕГ₁ характеризуються перевагою такого психологічного захисту як проекція (табл. 3.20). Проекція ототожнюється нами як механізм захисту у випадку наявності реальних соматичних порушень невідомої генези. Це приписування іншим людям соціально неприйнятих бажань, у яких людина ніби відмовляє собі. Як механізм захисту проекція проявляється у вигляді екстеріоризації страху, винесенні назовні тривоги ендогенного походження, яка проявляється у вигляді соматичного болю. Зигмунд Фрейд обґрунтував проекцію як нормальний психологічний процес, що бере участь у формуванні сприйняття зовнішнього світу; як первинний процес уподібнення навколишньої реальності власному внутрішньому світу [361]. Ми вважаємо проекцію самозахистом на етапі самоуподібнення. Серед хворих терапевтичного відділення спостерігаємо несвідому тенденцію до перенесення на лікаря почуттів, які викликають інші люди, події чи ситуації підвищеного контролю. Ці явища обумовлені несвідомою трансформацією вихідних потреб людини на етапі її усвідомлених продуктів перетворень і бажань.

На відміну від попередньої групи осіб, представники ЕГ₂ відрізняються таким формуванням особистісних і характерологічних рис, які існують у прихованому вигляді. Дуже часто такий тип психологічного захисту проявляється у вигляді реактивного утворення і шаблонної поведінки, яка символічно заперечує витіснений імпульс. Наприклад, у звичайні прояви доброзичливості дуже часто завуальовано неусвідомлену інтенсивну ворожість. Фізіологічною основою даного утворення є пригнічення негативного чи неприйнятого імпульсу та формування підсвідомого спонукання протилежного змісту. Реактивне утворення, що переважає як механізм захисту за даною групою осіб, – це спроба придушення реальних бажань і прагнень на догоду соціальним потенціям (табл. 3.21).

Таблиця 3.20.

Диференційні відмінності в ЕГ₁ осіб за психодіагностичною системою Келлермана-Плутчика

ЕГ ₁						
Види психологічного захисту	Типи професій					
	X ₁	X ₂	X ₃	X ₄	X ₅	X ₆
Заперечення	0,23%	0,66%	0,67%	1,23%	1,87%	1,34%
Витіснення	2,87%	1,67%	1,45%	1,56%	1,56%	1,62%
Регресія	1,87%	1,34%	1,87%	2,76%	0,98%	2,02%
Компенсація	1,86%	1,83%	1,82%	1,45%	1,67%	1,45%
Проекція	90,47%	91,67%	90,76%	91,67%	90,45%	89,51%
Заміщення	0,76%	0,56%	0,67%	0,44%	1,67%	1,56%
Раціоналізація	1,16%	1,65%	1,65%	0,27%	1,02%	2,04%
Реактивне утворення	0,78%	0,62%	1,11%	0,62%	0,78%	0,46%
Сума	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
Середнє значення	12,50%	12,50%	12,50%	12,50%	12,50%	12,50%
Стандартне відхилення	31,52%	31,99%	31,63%	32,00%	31,50%	31,12%

Реактивне утворення, що переважає як механізм захисту за даною групою осіб, – це спроба придушення реальних бажань і прагнень на догоду соціальним потенціям (табл. 3.21). Найчастіше подібні механізми зустрічаються у суспільному житті та проявляються у вигляді заборон, табу, що призводить до внутрішньої неузгодженості, дестабільності та аморальності. Частий утиск неусвідомлюваних фізіологічних бажань негативно відбивається на

психосоматичному здоров'ї людини та спричиняє низку нав'язливих психопатичних ідей іпохондричного характеру. Відмова від бажаного способу життя заради загальноприйнятих соціальних норм спричиняє зародження і розвиток іпохондричних розладів у ЕГ₂.

Таким чином, згідно з нашим дослідженням контрольних та експериментальних груп, виділяємо наявність таких психологічних механізмів захисту як раціоналізація – у осіб КГ₁, компенсація – у осіб КГ₂, проекція – у осіб ЕГ₁ і реактивне утворення – у осіб ЕГ₂. Відзначимо, що психологічний захист являє собою неусвідомлену реакцію, яка спрацьовує ситуативно у разі загрози.

Таблиця 3.21.

Диференційні відмінності в ЕГ₂ осіб за психодіагностичною системою Келлермана-Плутчика

ЕГ ₂						
Види психологічного захисту	Типи професій					
	X ₁	X ₂	X ₃	X ₄	X ₅	X ₆
Заперечення	1,78%	1,56%	1,72%	1,67%	1,22%	1,67%
Витіснення	0,65%	0,56%	1,67%	0,78%	1,67%	1,18%
Регресія	0,34%	1,86%	0,67%	1,56%	0,45%	0,67%
Компенсація	1,56%	1,56%	0,81%	1,23%	1,62%	0,98%
Проекція	1,73%	1,63%	1,67%	1,45%	1,87%	1,56%
Заміщення	1,78%	1,67%	0,67%	0,23%	1,56%	1,82%
Раціоналізація	0,60%	0,60%	0,65%	0,30%	1,16%	0,45%
Реактивне утворення	91,56%	90,56%	92,14%	92,78%	90,45%	91,67%
Сума	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
Середнє значення	12,50%	12,50%	12,50%	12,50%	12,50%	12,50%
Стандартне відхилення	31,95%	31,54%	32,18%	32,44%	31,50%	31,99%

Незалежно від виду механізму психологічного захисту відбуваються затрати енергетичних ресурсів організму, що виснажує його. Втрачаючи енергію, організм адаптовується до умов внутрішнього середовища. Чим більше витрачається сил на подолання стресових ситуацій, тим сильніше спотворюється об'єктивна реальність. Керуючись неусвідомленою природою уявлень про психологічні механізми захисту, не кожна особистість здатна пристосуватись до умов реальності й керувати ними. Однак в умовах екстренного відображення подій здатна до їх подолання шляхом психологічного захисту, але несвідома організація поведінки не завжди спричиняє

ефективні стратегії поведінки. Саме тому не варто ними часто керуватись, адже вони можуть призвести до низки психологічних проблем.

В основі подальшого дослідження стратегій подолання психологічних бар'єрів у формуванні особистості як фахівця вищого ґатунку розкриємо особливості професійної схильності до зародження і розвитку іпохондричних розладів за допомогою загального аналізу методів дослідження: анкетування, експертного оцінювання, аналізу продуктів діяльності, авторського опитувальника схильності особистості до іпохондрії, спостереження, скринінгу первинного обстеження груп за клінічними показниками іпохондрії, карти первинного огляду хворого (дод. Б.), і мультимодального опитувальника життєвих історій. Згідно з авторським опитувальником схильності особистості до іпохондричних розладів і вищевказаних методів, було проведено бесіду з кожним із досліджуваних, і виділено ознаки, за допомогою яких ми встановили схильність до загальних тенденцій у виборі психологічного захисту та диспозицій під час міжособистісної взаємодії. Психодіагностичний аналіз було здійснено за допомогою домінантного прояву емоцій респондентів, із урахуванням схеми диспозицій і механізмів психологічного захисту за Келлерманом-Плутчиком.

За загальною тенденцією організації типу «П» - «людина-природа» зауважимо, що істотний вплив на формування особистості як фахівця забезпечується емоційним фоном професійного забезпечення. З огляду на опитування і значення у житті емоцій для даного типу респондентів виявлено, що домінантним проявом їх емоційного забарвлення є прояв захоплення і подиву.

Перевага емоцій даного типу характеризує особистість як толерантну та наполегливу, вимогливу та енергійну, терпиму до вимог зовнішнього середовища та відчайдушну, загартовану у периметрі виконання професійних обов'язків і відповідних зрушень. Загальний емоційний фон забезпечується низкою передумов психопатологічних факторів у випадку порушення внутрішньої і зовнішньої рівноваги. Такий психологічний настрій проявляється в опитуваних у виразах «Страх ..., страх сильний, скоро, мабуть, помру, адже важко хворий...у чому я винен? ...чим заслужив?» За схемою диспозицій і механізмів психологічного захисту Келлермана-Плутчика встановлюємо, на основі домінування емоцій подиву, загальну тенденцію у фахівців цього типу до диспозиції психопатії і прояву захисту у вигляді регресії. На рисунку 3.26 зображено зовнішню картину емоційного фону за усіма типами фахівців на етапі формування установок їх особистісної безпеки, з домінуванням вищезазначених прерогатив.

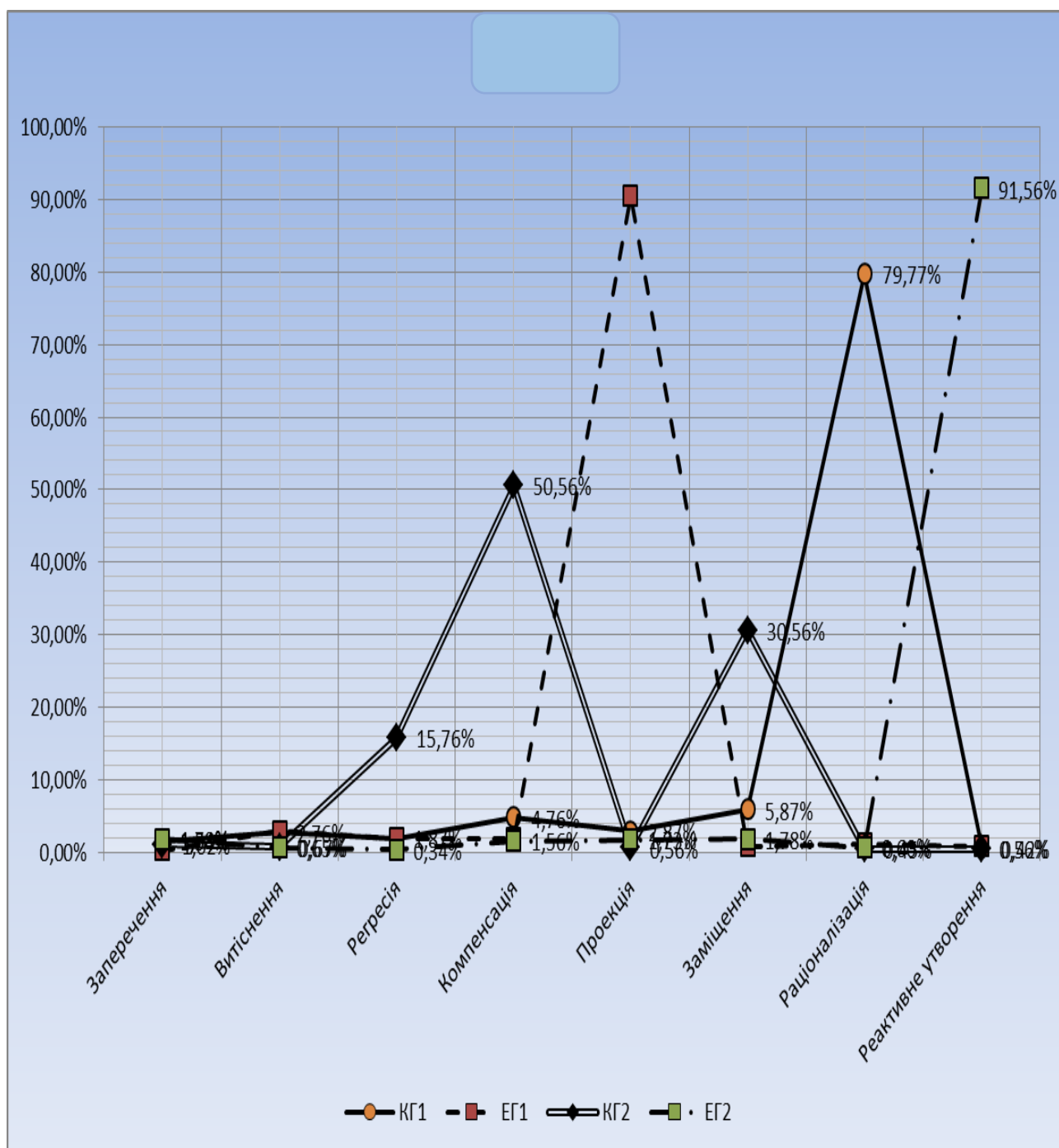


Рис. 3.26. Механізми психологічного захисту особистості за методикою Келлермана-Плутчика для типів фахівців

За типом «П» спостерігаємо такий вид психологічного захисту як регресія із домінуванням емоцій подиву, що відображають схильність осіб цього типу до диспозиції психопатії. Психопатія як чинник спотворення рис характеру людини формується у процесі її життя із урахуванням вираженої потреби особистості залишатись у безконтрольному стані та під враженням відповідних імпульсів і емоцій. Серед основних характеристик цього стану відмічаємо схильність до крадіжок, обману, маніпулювання увагою рідних і друзів, нехтування суспільними правилами і морально-етичними нормами. У такому стані людина не відчуває

вини та совісності, вона впевнена у своїй значимості серед осіб малої групи і потребує неабиякої уваги задля досягнення цілей. Іпохондричні ознаки проявляються у вигляді нерозуміння і подиву в разі міжособистісної взаємодії, на етапі зіткнення інтересів сторін. У разі внутрішнього конфлікту спостерігається маніпуляція скаргами, інтенсивністю болю з іпохондричною поведінкою.

Механізм захисту регресії полягає у можливості постійної розрядки імпульсів, повертаючись час від часу до більш зрілих моделей задоволення потреб. Особистість такого типу задовольняється надмірними факторами зовнішнього середовища, щоб нейтралізувати внутрішній емоційний «параліч» і відчуття оціпеніння. Вона повертається у період дитячої незахищеності й несвідомо провокує конфліктні ситуації із метою дістати цю гаму почуттів.

У представників *типу «Л»* відмічаємо домінуючий механізм захисту – заміщення, із сумарною перевагою емоцій гніву. Цей механізм захисту особистості представлений у формі перенесення дій респондента з недосяжного об'єкта на досяжний. В основі такого захисту знаходиться заміна одних, скажімо, почуттів на прямо протилежні, у результаті чого відбувається розрядка накопиченої енергії і пристосування до ситуацій підвищеної напруженості. Виходячи з цієї типологічної тенденції і враховуючи const за схемою диспозицій і механізмів психологічного захисту Келлермана-Плутчика, вкажемо, що саме такому типу психологічного захисту відповідає наявність агресивної диспозиції.

Прояв цієї диспозиції характеризується підвищеною напруженістю, дратівливістю, негативізмом, тривожністю, жорстокістю, підвищеною вимогливістю, що сприяє формуванню такого стійкого особистісного утворення як агресивність. Серед цієї групи осіб відмічаємо переважно більший відсоток досліджуваних контрольної групи, що істотно ставить під загрозу їх поведінку та агресивну спонтанність у разі вирішення конфліктних взаємовідносин. Однак, у підтвердження їх вибірки, зазначимо, що саме ця стійка характеристика спричиняє інстинкт самозбереження і самозахисту, які формують чинну характерологічну стратегію життя і конкурентоспроможність. Звісно, що в умовах цієї диспозиції і відсутності такого механізму захисту особистість виражала би свою агресивність у всіх сферах життєдіяльності. Цей механізм спрямовує реакцію агресії на більш безпечний об'єкт, що знижує рівень конфліктності самої людини.

За типом професійного забезпечення *«людина-знакова система»* відзначаємо такий психологічний захист, який проявляється у вигляді пригнічення і домінантної емоції страху. Сильний страх, обумовлений тривожністю за життя, адже пацієнт вважає себе важкохворим. Придушення емоцій страху призводять до їх витіснення людиною на підсвідомому рівні. Особистість намагається несприймати травмуючі новини чи події у власній

життєвій ситуації. Пригнічені імпульси, не знаходячи виходу в процесі їх реалізації, зберігаються й надалі у підсвідомому світі людини у вигляді емоційних і психовегетативних компонентів.

Під час пригнічення змістовна сторона психотравмуючої ситуації сприймається як невмотивована тривога чи тривожність незрозумілої генези. У випадку дії пасивної диспозиції особистості для неї характерні інертність, пасивність, замкнутість, уникнення, занурення у світ власних проблем, безініціативність, схильність до залежності від інших. Іпохондрична поведінка у такій ситуації спровокована саме інертністю і пасивністю у соціометричному вимірі та зануреністю у власні страхи.

В основі психологічного профілю особистості за *типом «Т»* спостерігаємо психологічний захист у вигляді компенсації із домінантною емоцією печалі та депресивною диспозицією. Механізм компенсації полягає у подоланні проблемних ситуацій і відновленні порушеної рівноваги за рахунок створення протилежно спрямованих дій людини. К. Юнг називає компенсацію принципом психічної саморегуляції, взаємного урівноваження свідомих і несвідомих тенденцій: так, односторонність свідомої установки призводить до посилення протилежних несвідомих потягів, що виражаються, наприклад, у снах і різко контрастують зі свідомими уявленнями [398]. Незрозуміле відчуття вини, зайва самокритичність активація тривожних фантазій, нездатність до самостійного прийняття рішення спричиняє у представників цього типу перевагу емоцій печалі.

Депресивна диспозиція у досліджуваних проявляється у вигляді пригніченого настрою, соматичних дисфункцій, порушенні адаптації, відчутті безнадії тощо. Під час констатування цієї диспозиції у респондентів відмічаємо наявність депресивного епізоду у їх житті, пов'язаного з професійною орієнтацією. Відчуття вини у разі якихось професійних недоробок спричиняє депресивний настрій у вигляді безнадійності та безпорадності, що знижують самооцінку у досліджуваних та інтерес до необхідних щоденних справ. Під час проведення бесіди з ними ми відмічаємо замкненість, нетовариськість, малокомунікативність і постійні скарги на свій психосоматичний стан. Соматичний біль діагностуємо як чинник незрозумілого походження, що й обумовлює подальшу картину розвитку іпохондричної хвороби і, як наслідок, для таких осіб характерні часті відвідини різних лікарів, здійснення значних витрат на додаткові обстеження і зовсім не потрібне лікування.

Особистість такого типу, зазвичай страждає від відчуття вини з приводу втрати уявного предмету чи конфлікту під час виконання професійних обов'язків і зниження самооцінки. Саме шляхом компенсації можна відновити працездатність осіб даного типу, у разі уникнення пригнічення настрою, самозвинувачування і підвищення самооцінки.

За *типом «людина-художній образ»* відзначаємо домінування такого типу психологічного захисту як раціоналізація, при якому людина виправдовує свою поведінку та вчинки на шляху вирішення власних проблем. Зазвичай цей метод подолання психологічного ступору відрізняється самообманом і відсутністю свідомого самоконтролю. Людина схильна до логічних пояснень самовиправдання, аби подолати внутрішню невизначеність, тривогу, напруження і повернути впевненість і самоповагу. З точки зору професійної організованості, цей спосіб психологічного самозахисту дозволяє фахівцю зберегти власну позицію й «обличчя» у соціумі під час міжособистісних зіткнень інтересів і відчувати себе особистістю. Серед висловлювань спостерігаємо такі відверті фрази як «мене просто недооцінили», «не моя вина», «з часом все мине». Такі фрази зазвичай звучать так переконливо, що людина сама вірить у придумані версії та знімає з себе відповідальність. Таким чином, раціоналізація як метод психологічного захисту обумовлена чіткими стратегічними намірами щодо всебічного обдумування усіх можливих варіантів подолання проблеми та її наслідків. Однак саме цей метод дозволяє реагувати на ситуацію чи дії, викликані неприємними емоціями, які компенсуються заміщенням більш приємними та раціональними вчинками людини.

В умовах конкурентоспроможності фахівець робить спроби створити логічні пояснення тим вчинкам, які не піддаються традиційним вимірам його внутрішньої позиції та й через несвідому небезпеку втрати самоповаги. У разі міжособистісного конфлікту цей спосіб дозволяє захистити себе від негативного впливу шляхом пригнічення і зниження загрози та причин, які призвели до цього конфлікту. Дуже часто раціоналізація призводить до установа у людини певної системи очікування і надії на краще. Саме тому домінантною емоцією на даному етапі розвитку особистості є установка на очікування. За схемою диспозицій і механізмів психологічного захисту Келлермана-Плутчика відмічаємо базову установку до obsесивної диспозиції.

Obsесивна диспозиція проявляється у прагненні контролювати оточуючий світ і дії інших людей. Антиципація і очікування характерні для розвитку obsесивної особистості, що обумовлено відчуженням від інстинктів та емоцій. Для неї також характерні совісність, охайність, прагнення підтримувати у всьому «золоту середину», педантичність, невміння вгадувати емоції людини. Отож, саме за такими особистісними рисами приховано страх втратити контроль.

У категорії *«різноробочі»* за *типом I* спостерігаємо перевагу такого психологічного захисту як проекція. З. Фройд зазначає, що проекція – це приписування оточуючим людям соціально неприйнятих бажань, за наявності яких особистість наче собі відмовляє у їх присутності. Цей механізм захисту лежить в основі неусвідомлюваних асоціальних потягів, у вигляді тривоги

ендогенного походження, екстеріоризації страху, винесення назовні негативних емоцій та перенесення їх на нейтральну сторону або ж, навпаки, відповідальну особу, товариша чи членів рідні. У нашому випадку хворі часто переносять саме відповідальність на лікаря, який слугує тим проміжним зв'язковим, хто забезпечує їх світосприйняття у рамках здорового глузду. З. Фройд вважав проєкцію нормальним психологічним процесом, що бере участь у формуванні сприйняття зовнішнього світу; первинним процесом уподібнення навколишньої реальності власному внутрішньому світу людини [362]. Б. Мюрстейн і Р. Праєр пропонують розрізняти такі види проєкції:

- а) класична захисна (описана З. Фройдом, підтверджена багатьма клінічними дослідженнями);
- б) атрибутивна (приписування власних мотивів, почуттів і вчинків іншим людям як уподібнення себе іншим);
- в) аутистична (детермінованість сприйняття потребами того, хто сприймає);
- г) раціональна (мотивування; приписування відповідальності за власні недоліки зовнішнім обставинам або іншим людям) [228].

В основі такої поведінки є процеси самозахисту та самоуподібнення, неусвідомленість трансформацій на етапі ідентифікації особистості в умовах виконання обов'язків фахівця. У результаті відсутності самоуподібнення з іншими спостерігається перелік психологічних установок, в основі яких є домінантна емоція відрази. У категорії «різноробочі» за типом І відразу спричинена саме відсутністю або небажанням ототожнювати себе із іншими, виконувати унормовані тенденції за рахунок повинностей і стилем суперництва. Небажання дотримуватись загальноприйнятих норм поведінки, пріоритетів на соціально-матеріальні блага та товарно-грошові цінності.

Саме такі орієнтири спровоковують параноїдальну диспозицію представників цього типу. Для неї характерні відсутність сугестивності та висока критичність в умовах неприйняття ситуації. Така особистість схильється до того, що відчуття власної неповноцінності компенсується проєкцією як психологічним захистом аж до збалансування стану та нейтралізації власних страхів. Об'єктом критики є реальність подій дійсності, на яку проєктуються усі емоції суб'єкта.

Таким чином, за методикою «Індекс життєвого стилю» (LSI) згідно з системою диспозицій і механізмів психологічного захисту за Келлерманом-Плутчиком діагностуємо певні особливості у поведінці та вчинках фахівців різних професій на етапі формування особистості з іпохондричними розладами та без них. Диференційні відмінності у КГ₁ спостерігаються з орієнтацією на такий психологічний механізм захисту як *раціоналізація*. Цей тип виходу з конфліктних ситуацій характеризується несвідомим прагненням осіб до раціонального обґрунтування власних ідей, цілей, шляхом виправдання на етапі

їх ірраціональності. Вони пояснюють значимість деяких симптомів хвороб у їх житті як можливість присутності психологічних незручностей, внаслідок низки різних причин, але, врешті-решт, у процесі професійного медичного огляду переконуються у їх відсутності. Об'єктом їх подальшої діяльності є повноцінне виконання професійних обов'язків та життєтворчість.

У осіб КГ₂ виявлено ідентичну позицію щодо виникнення і пристосування до психосоматичних хвороб, однак вони характеризуються переважно тим, що використовують такий психологічний механізм захисту як *компенсація*. Домінування саме такого механізму психологічного захисту спричиняє несвідому тактику у подоланні реальних і уявних труднощів у відновленні психологічної стійкості особистості шляхом створення протилежної життєвої позиції. Наявність комплексу неповноцінності спричиняє схильність у досліджуваних КГ₂ до іпохондрії, адже саме таким чином у них відбувається саморегуляція взаємного урівноваження свідомих і несвідомих тенденцій: пристосування до стресових чинників за рахунок посилення часто несвідомих потягів і бажань. Представники цієї групи використовують поодинокую больову симптоматику як скарги підвищеної психосоматичної організації, що і призводять їх до системи сугестивного контролю. Навіювання і самонавіювання підсилюють прагнення до активності цієї групи осіб у соціумі, особливо у разі демонстрації негативного самопочуття і локалізації болю.

Представники ЕГ₁ характеризуються перевагою такого психологічного захисту як *проекція*. Проекція ототожнюється нами як механізм захисту у випадку наявності реальних соматичних порушень невідомого генезу. Ми вважаємо проекцію самозахистом на етапі самоуподібнення. Серед хворих терапевтичного відділення спостерігаємо несвідому тенденцію до перенесення на лікаря почуттів, які викликають інші люди, події чи ситуації підвищеного контролю. Ці явища обумовлені несвідомою трансформацією вихідних потреб людини на етапі її усвідомлених продуктів перетворень і бажань.

На відміну від попередньої групи осіб, представники ЕГ₂ відрізняються таким формуванням особистісних рис, які існують у прихованому вигляді. Дуже часто такий тип психологічного захисту проявляється у вигляді *реактивного утворення* і шаблонної поведінки, яка символічно заперечує витіснений імпульс. Звичайні прояви доброзичливості дуже часто завуальовані у неусвідомлену інтенсивну ворожість. Фізіологічною основою даного утворення є пригнічення негативного імпульсу та формування підсвідомого спонукання протилежного змісту. Реактивне утворення, як механізм захисту в даній групі осіб, є спробою придушення реальних бажань і потягів на догоду соціальним потенціям, що спричиняє іпохондричні розлади особистості. Часте придушення неусвідомлюваних фізіологічних бажань негативно відбивається на

психосоматичному здоров'ї людини та спричиняє низку нав'язливих психопатичних ідей іпохондричного характеру.

Характеризуючи типологію фахівців різних професій, зазначимо, що схильність до іпохондричних розладів у них обумовлена наявністю таких диференційних відмінностей: за типом «П» – «людина-природа» відмічаємо домінантний механізм захисту регресію, емоції переважно подиву та «G» – диспозицію психопатії, психологічний портрет респондентів за типом «Л» – «людина-людина» відрізняється перевагою психологічного захисту заміщення і домінантною емоцією гніву та «С» – агресивною диспозицією, за типом «З» «людина-знакова система» констатуємо домінування типу захисту пригнічення, домінантну емоцію страху та «В» – пасивну диспозицію, за типом «Т» «людина-техніка» відмічаємо перевагу такого психологічного захисту як компенсація, домінантну емоцію печалі та «Е» – депресивна диспозиція, за типом «Х» спостерігаємо такий тип психологічного захисту як раціоналізація, домінування емоції очікування і «Н» – obsесивну диспозицію, у категорії «різноробочі» за типом «І» спостерігаємо перевагу такого психологічного захисту як проекція, домінантну емоцію відрази та «F» – параноїдальну диспозицію.

У дослідженні нами використовувалась *«Методика діагностики соціально-психологічної адаптації К. Роджерса та Р. Даймонда»* для визначення особливостей прояву адаптації у досліджуваних. У процесі соціально-психологічної адаптації людина прагне досягти гармонії між зовнішнім і внутрішнім середовищем в умовах постійних змін. Під час повного пристосування адекватність вчинків людини проявляється у межах загальноприйнятих норм поведінки. У нашому дослідженні ми прагнемо визначити, за яких умов відбувається пристосування до змін чутливості сенсорних систем і больових точок під дією реальних та уявних подразників.

Фізіологічна природа сенситивності відчуттів обумовлена психологічними чинниками, що й візуалізують об'єктивну картину хвороби та зародження і розвиток іпохондричних розладів. Постійні переконання щодо присутності у людини психосоматичних порушень призводять до формування чіткої установки про наявність хвороби. Однак, за результатами дослідження у кожній із груп респондентів спостерігається особистісне уявлення про власний стан оптимального функціонування організму [57].

У осіб КГ₁ спостерігається підвищений рівень адаптації за рахунок високих показників таких шкал як «прийняття себе» та «прийняття інших», «емоційного комфорту» та «внутрішнього контролю», «зовнішнього контролю» і відсутності ескапізму. Результати дослідження за цією методикою представленні нами в таблицях 3.22 – 3.25.

Таблиця 3.22.

**Адаптованість осіб КГ2 за показниками методики
К. Роджерса та Р. Даймонда**

КГ ₁						
Ознаки	Типи професій					
	X ₁	X ₂	X ₃	X ₄	X ₅	X ₆
Адаптивність	90,65%	91,67%	92,67%	90,56%	91,96%	92,78%
Неправда	1,78%	1,75%	2,02%	1,67%	1,78%	2,01%
Прийняття себе	89,65%	88,76%	87,78%	89,76%	88,56%	87,89%
Прийняття інших	79,56%	78,87%	79,67%	77,89%	79,32%	78,34%
Емоційний комфорт	87,56%	88,67%	87,56%	86,89%	89,36%	87,76%
Внутрішній контроль	88,67%	89,67%	88,45%	87,78%	88,67%	87,67%
Зовнішній контроль	77,55%	76,78%	78,56%	74,82%	78,98%	77,87%
Домінування	3,87%	4,35%	3,98%	4,02%	3,78%	3,51%
Підлеглість	4,76%	4,89%	5,03%	5,46%	4,71%	4,98%
Есканізм (уникнення проблем)	0,78%	1,02%	1,98%	0,88%	0,56%	0,81%
Сума	524,83%	526,43%	527,70%	519,73%	523,90%	523,62%
Середнє значення	52,48%	52,64%	52,77%	51,97%	52,21%	52,36%
Стандартне відхилення	42,98%	42,99%	42,82%	42,45%	42,14%	42,88%

Як видно з таблиці 3.22, у низьких одиницях вимірюється поступливість і домінування, що схиляє нас до думки про нейтральну позицію щодо зовнішніх подразників і підвищений рівень суб'єктивного контролю та інтернальності.

За таблицею 3.23 виділяємо особливості соціально-психологічної адаптації у КГ₂ осіб, які мають схильність до зародження і розвитку іпохондричних розладів.

У КГ₂ осіб діагностуємо теж досить високій рівень соціально-психологічної адаптованості за рахунок тих же шкал, однак тут спостерігаємо знижені їх значення і наявність низьких відсотків за шкалами «домінування» і «підлегливості». А також досить значимий показник внутрішнього есканізму, що доводить невміння вирішувати свої проблеми у представників цієї групи в ситуаціях підвищеної напруженості та невизначеності у власних побажаннях.

Таблиця 3.23.

**Адаптованість КГ₂ осіб за показниками методики
К. Роджерса та Р. Даймонда**

КГ ₂						
Ознаки	Типи професій					
	X ₁	X ₂	X ₃	X ₄	X ₅	X ₆
Адаптивність	91,98%	90,78%	92,78%	91,67%	92,67%	90,56%
Неправда	2,09%	1,89%	2,09%	2,01%	1,67%	1,56%
Прийняття себе	88,56%	89,67%	87,56%	86,56%	88,56%	87,56%
Прийняття інших	78,45%	77,56%	76,89%	78,56%	77,83%	78,78%
Емоційний комфорт	88,78%	87,67%	88,56%	89,56%	88,56%	87,89%
Внутрішній контроль	76,89%	75,78%	76,89%	73,87%	74,89%	76,78%
Зовнішній контроль	78,98%	77,78%	78,43%	77,45%	76,78%	75,67%
Домінування	24,87%	25,76%	24,45%	25,82%	24,85%	23,78%
Підлеглість	30,67%	31,86%	32,67%	30,67%	31,67%	32,78%
Есканізм (уникнення проблем)	21,87%	22,87%	20,56%	21,67%	22,67%	20,56%
Сума	583,14%	581,62%	580,88%	577,84%	580,15%	575,92%
Середнє значення	58,31%	58,16%	58,09%	57,78%	58,02%	57,59%
Стандартне відхилення	34,20%	33,59%	34,06%	33,72%	33,85%	33,86%

У КГ₂ осіб діагностуємо теж досить високий рівень соціально-психологічної адаптованості за рахунок тих же шкал, однак тут спостерігаємо знижені їх значення і наявність низьких відсотків за шкалами «домінування» і «підлегливості». А також досить значимий показник внутрішнього есканізму, що доводить невміння вирішувати свої проблеми у представників цієї групи в ситуаціях підвищеної напруженості та невизначеності у власних побажаннях.

За таблицею 3.24 відрізняємо низькі показники за шкалами «прийняття інших», «емоційний комфорт», «внутрішній контроль» і «зовнішній контроль», унаслідок чого спостерігаємо низьку адаптивність, погане сприйняття себе і підвищений відсоток хибного відтворення реальності та неправди, що призводить до високого есканізму. Саме такий стан зумовлює неслухняність за низькими показниками шкали «підлеглість» і підвищене домінування за рахунок маніпулятивної іпохондричної поведінки.

Таблиця 3.24.

**Адаптованість ЕГ₁ осіб за показниками методики
К. Роджерса та Р. Даймонда**

ЕГ ₁						
Ознаки	Типи професій					
	X ₁	X ₂	X ₃	X ₄	X ₅	X ₆
Адаптивність	50,56%	51,89%	52,78%	50,56%	51,67%	50,56%
Неправда	43,76%	44,78%	43,56%	42,78%	44,67%	43,78%
Прийняття себе	51,87%	50,78%	51,78%	52,80%	51,78%	52,67%
Прийняття інших	20,67%	21,67%	22,56%	20,56%	21,67%	20,67%
Емоційний комфорт	32,78%	33,18%	32,65%	30,56%	31,45%	32,67%
Внутрішній контроль	15,45%	16,56%	15,71%	16,34%	15,73%	16,78%
Зовнішній контроль	34,67%	33,45%	32,14%	30,32%	33,67%	32,78%
Домінування	52,67%	51,89%	52,78%	50,67%	53,89%	50,65%
Підлеглість	31,87%	30,78%	31,67%	32,80%	30,61%	31,78%
Есканізм (уникнення проблем)	51,76%	50,67%	51,45%	52,67%	50,67%	51,82%
Сума	386,06%	385,65%	387,08%	380,06%	385,81%	384,16%
Середнє значення	38,61%	38,57%	38,71%	38,01%	38,58%	38,42%
Стандартне відхилення	13,62%	13,23%	13,63%	13,70%	13,78%	13,34%

Такий психологічний настрій детермінований скаргами психосоматичного характеру та емоційною нестійкістю особистості. Можемо констатувати екстернальність волевиявлення і підвищену конфліктність особистості, за умов яких прояви скарг такого типу мають високу вірогідність і залежність від психологічного настрою людини.

Враховуючи специфічність показників осіб ЕГ₂, зазначимо, що найвищі відсотки спостерігаємо за шкалами «прийняття себе», «домінування» і «есканізм». Невміння вирішувати особисті проблеми спонукає їх до демонстративної поведінки, яка діймає оточуючих егоїстичністю намірів, нав'язливістю ідей і зосередженістю саме на власних переживаннях у представників цієї групи.

Високі показники за шкалою «неправда», як видно з таблиці 3.25, дозволяють діагностувати уявні симптоматичні скарги і больові точки, що зумовлюють інших людей вірити у придумані хвороби. На такому етапі розвитку особистості людина не отримує емоційного комфорту та задоволення

від особистісної діяльності чи реалізації бажань. Їй зручніше перебувати у вигаданому світі психосоматичних скарг і постійного відчуття нездужання. Підвищена сензитивність відчуттів і співчуття до власної персони дезадаптовують людину у соціометричному вимірі.

Досить істотні показники за шкалою «зовнішній контроль» вказують на те, що такі люди потребують додаткового піклування і емоційної підтримки. Низькі дискретні показники за шкалами «емоційний комфорт» і «внутрішній контроль» відображають потребу в альтруїстичних намірах оточуючих і підвищенні зовнішнього контролю при організації професійного виконання обов'язків. Безумовно, у такому випадку людина не є дієздатним фахівцем і не є благополучною з точки зору становлення професійно значущих особистісних властивостей, зокрема у формуванні професійного інтелекту.

Таблиця 3.25.

**Адаптованість ЕГ₂ осіб за показниками методики
К. Роджерса та Р. Даймонда**

ЕГ ₂						
Ознаки	Типи професій					
	X ₁	X ₂	X ₃	X ₄	X ₅	X ₆
Адаптивність	20,65%	21,18%	22,78%	20,62%	21,78%	23,73%
Неправда	65,87%	66,14%	62,62%	63,67%	60,13%	62,78%
Прийняття себе	90,65%	91,34%	90,67%	92,56%	91,78%	92,67%
Прийняття інших	10,54%	11,78%	10,67%	11,76%	10,65%	10,99%
Емоційний комфорт	15,76%	16,76%	15,64%	16,56%	15,83%	16,78%
Внутрішній контроль	30,65%	31,56%	30,51%	32,67%	31,67%	32,78%
Зовнішній контроль	53,76%	54,37%	52,56%	53,78%	51,78%	52,78%
Домінування	76,98%	77,59%	76,83%	78,45%	77,72%	76,45%
Підлеглість	19,76%	20,76%	19,78%	18,56%	19,62%	18,76%
Есканізм (уникнення проблем)	93,87%	92,56%	93,18%	90,65%	91,87%	90,67%
Сума	478,49%	484,04%	475,24%	479,28%	472,83%	478,39%
Середнє значення	47,85%	48,40%	47,52%	47,93%	47,28%	47,84%
Стандартне відхилення	32,33%	31,85%	31,81%	31,91%	31,75%	31,42%

У таблиці 3.25 також виділено низький рівень підлегливості, що схиляє таку людину до домінування над іншими та вимагає підвищеної уваги з боку інших. Зважаючи на такі характерологічні показники, можемо зробити висновок про низьку адаптивність особистості у соціально-психологічному аспекті, що й діагностується за шкалою «адаптивність».

Розкриваючи психосоціальний статус кожного з типологічних представників за класифікацією професій О. Клімова, зазначимо основні відмінності у психодіагностиці іпохондричних розладів за даним опитувальником.

Нами визначено оптимальні показники психодіагностики психосоціальної адаптації людини. Зауважимо, що значення «*min*» відповідає найменшим можливостям людини в забезпеченні ознак адаптивності, тоді як значення «*max*» - у визначенні найвищих показників складових адаптації особистості в умовах успішного професійного розвитку. Інтегральний показник (*M*) відображає середні значення орієнтованості фахівця у професійному вимірі, та значення «*σ*» означає середнє квадратичне відхилення чисел, що показує, наскільки в середньому відхиляються конкретні значення ознаки від середнього їх значення. Представимо статистичні описові показники за шкалами опитувальника діагностики соціально-психологічної адаптації К. Роджерса та Р. Даймонда, які показують на відповідну пристосованість працівників досліджуваних груп або ж її відсутність (табл. 3.26).

У загальній інтерпретації показників відзначаємо такі відмінності у представників різних професійних груп, які обумовлюють їх соціальну значимість в умовах формування особистості фахівця і, навпаки, які спровоковують іпохондричний настрій людини на етапі виконання обов'язків. Відзначимо, що основні параметри дослідження у цьому напрямку показано у таблиці 3.26. За типом «людина-природа» діагностуємо схильність до проявів дезадаптивної поведінки за рахунок орієнтування на емоційне задоволення, що видно за показниками середніх значень інтегрального числа «адаптації» (*M*=54) та високих оцінок за шкалою «емоційна комфортність» (*M*=130). Згідно з цими даними можемо стверджувати, що головною умовою їх працездатності є задоволення професійними умовами, і, як наслідок цього досягнення, є підвищений рівень успішності діяльності та ефективності праці. Люди такого типу орієнтовані на співпрацю із природою, на виконання її забаганок під час прояву норіву складних погодніх умов. Це вміння адаптуватись до дощових холодних протягів, уміння визначати ознаки урожайності пори року, інтуїтивно відчувати сплеск емоцій природного настрою і вміння співпрацювати з її компетентною суворістю.

Таблиця 3.26.

Статистична описова характеристика за шкалами опитувальника діагностики соціально-психологічної адаптації К. Роджерса та Р. Даймонда

	Статистичні описові показники																							
	«П» - 60 осіб				«Л» 120				«Т» - 60 осіб				«Х» - 65 осіб				«З» - 59 осіб				«І» - 30 осіб			
Інтегральний показник адаптації	mi	max	M	σ	mi	max	M	σ	min	max	M	σ	min	max	M	σ	min	max	M	σ	min	max	M	σ
Адаптація	42	64	54	6,2	74	96	85	9,2	48	70	59	7,6	54	78	66	8,1	62	86	74	8,6	46	58	52	7,2
адаптивність	72	90	162	12,7	134	156	145	12	68	90	79	8,9	46	68	57	7,5	68	94	81	9	34	62	48	6,9
деадаптивність	36	52	54	7,3	46	62	54	7,3	46	64	55	7,4	48	62	55	7,4	46	62	54	7,3	44	54	49	7
Самосприйняття	46	62	54	7,3	98	104	52	7,2	70	88	79	8,9	118	124	121	11	78	98	88	9,4	62	76	69	8,3
Прийняття себе	46	58	52	7,2	86	98	92	9,6	74	86	80	8,9	88	108	98	9,8	78	84	81	9	48	64	56	7,4
Неприйняття себе	54	74	64	8	34	46	40	6,3	46	64	55	7,4	76	94	85	9,2	46	56	51	7,1	46	72	59	7,7
Прийняття інших	56	78	67	8,2	124	148	136	11,7	84	90	87	9,3	64	84	74	8,4	78	90	84	9,2	56	82	69	8,3
Прийняття інших	64	80	72	8,5	110	128	119	11	68	86	77	8,7	76	88	82	9	68	88	78	8,8	42	76	59	7,7
Неприйняття інших	46	68	57	7,5	44	68	56	7,4	46	68	57	7,5	48	64	56	7,5	46	56	51	7,1	68	84	76	8,7
Емоційна комфортність	118	142	130	11,4	58	72	65	8,01	86	94	90	9,5	68	74	71	8,4	118	138	128	11,3	68	84	76	8,7
Емоційний комфорт	98	120	109	10,4	64	88	76	8,6	66	84	75	8,7	46	54	50	7,0	118	140	129	11,3	64	86	75	8,7
Емоційний дискомфорт	36	52	44	6,6	46	68	57	7,5	46	68	57	7,5	68	86	77	8,8	64	78	71	8,4	106	126	116	10,8
Інтернальність	74	88	81	9	68	82	75	8,7	104	126	115	10,7	64	78	71	8,4	88	100	94	9,7	66	80	73	8,5
Внутрішній контроль	64	72	68	8,2	98	110	104	10,2	92	110	102	10	64	88	76	8,7	68	84	76	8,7	44	68	56	7,4
Зовнішній контроль	48	60	54	7,3	64	68	66	8,1	46	64	55	7,4	56	72	64	8	68	82	75		64	80	72	8,5
Прагнення до домінування	64	82	73	8,5	68	86	77	8,8	56	78	67	8,2	56	68	62	7,9	116	128	122	11	46	64	55	7,4
Домінування	36	64	50	7,0	66	94	80	8,9	74	86	80	8,9	46	58	52	7,2	96	102	99	9,9	76	88	82	9
Підлеглість	44	58	51	7,1	42	68	55	7,4	46	64	55	7,41	36	54	45	6,7	44	62	53	7,3	46	64	55	7,4
Ескапізм (відхід від проблем)	64	78	71	8,4	42	54	48	6,9	98	104	101	10	68	82	75	8,7	54	62	58	7,6	86	94	90	9,5

У особистості за типом «людина-людина» зустрічаємо схильність до підвищеної адаптивності ($M=145$) за рахунок міжособистісної взаємодії, що підтверджено за шкалою «прийняття інших» ($M=136$). У такому випадку людина орієнтується на досягнення співпраці у виконанні обов'язків, що позитивно відображається на успішності її діяльності. Підвищена комунікативність, відповідальність, дисциплінованість, принциповість проєктують високі вимоги до морального обличчя людини такого типу та визначають її ціннісні спрямування. Також укажемо, що вони відрізняються досить високим внутрішнім контролем ($M=104$), який на шляху у подоланні перешкод і досягненні цілей об'єктивно адаптує фахівця до високої професійної діяльності. Однак за дискретними показниками шкал «інтернальність» ($M=75$) і «зовнішній контроль» ($M=77$) відмічаємо амбівалентність цього параметру за схожими значеннями, що можна тлумачити як чинник залежності особистості від соціуму та прийняття його соціальних норм і правил, але за рахунок підвищеної інтернальності у волевиявленні. Тобто в умовах підвищеного суб'єктивного контролю здійснюється оцінка власної значимості серед людей. У нашому випадку середні показники цих ознак призводять до невизначеності у власних побажаннях з урахуванням соціальних потреб, що й призводить надалі до іпохондричних настроїв.

За типом «людина-техніка» виділяємо такі типологічні характеристики як підвищені оцінки за шкалою «інтернальність» ($M=115$) і «внутрішній контроль» ($M=102$). Поєднання цих ознак характеризують особистість як відповідальну, виховану, але з високим рівнем суб'єктивного контролю, що завжди сприяє адекватному сприйняттю оточуючого світу і легкій адаптованості у соціумі. Однак, зважаючи на типову специфічність осіб цієї групи – швидко втомлюваність, зазначимо, що результативність їх діяльності не є успішною і продуктивною. Їх фахова підготовка залежить від монотонності праці й навичок уміння співпрацювати з технікою. У нашому дослідженні ця група фахівців орієнтована на «прийняття себе» ($M=80$), «прийняття інших» ($M=87$) і «емоційну комфортність» ($M=90$), що, поєднуючись, дезадаптує ($M=59$) особистість у прийнятті рішень і реалізації цілей, адже їх робота пов'язана зі складним об'єктивним контролем діючих систем, механізмів і технології машин. Як наслідок, така тенденція спричиняє детермінованість зародження і розвитку іпохондричних розладів особистості. Центровою відмінністю є ескапізм (відхід від проблем) ($M=101$).

За типом «людина-художній образ» відмічаємо домінування таких перспектив за шкалами опитувальника як «самоприйняття» ($M=121$) і «прийняття себе» ($M=98$), що вказує на досить позитивну тенденцію прояву цих ознак на етапі формування особистісного росту, однак для міжособистісної взаємодії даний факт не актуальним у траєкторії соціального руху. Високий рівень вираженості оцінки за шкалою «неприйняття себе» ($M=85$) відображає,

очевидно, наявність проблем соціально-психологічного характеру, що помітно шкодить у виконанні професійних обов'язків і особистісній адаптованості ($M=57$). Відзначимо також, що професійна спрямованість за даним типом відрізняється стійкою конкурентоспроможністю і акторською майстерністю із загальним визнанням особистісного таланту та митецької діяльності. У випадку прояву іпохондричної поведінки дезбалансованість зазначених факторів пов'язана з генезисом проблем Я-концепції, що і є причиною порушення особистісної адаптації ($M=66$).

За типом «людина-знакова система» виділяємо такі несхожості з іншими фаховими групами як ознаки за шкалами «емоційна комфортність» ($M=128$) і «емоційний комфорт» ($M=129$), що адаптує людей такого типу до отримання задоволення від життя. Значна вираженість показника «емоційного дискомфорту» ($M=71$) у даному випадку свідчить про рівень середньої адаптованості особистості ($M=81$). Як видно з таблиці 1, у даної групи осіб спостерігається прагнення до домінування ($M=122$) і домінування на інших ($M=99$), що в поєднанні з іншими ознаками прогнозує залежність від власної соціальної значущості й у випадку її відсутності дезадаптує особистість, проєктує її вчинки на дотримання емоційного задоволення від життєтворення. Також спостерігаємо досить виражену інтернальність ($M=94$) та амбівалентність оцінок за шкалами «внутрішній контроль» ($M=75$) і «зовнішній контроль» ($M=76$), що інтерпретовано нами як соціальна невизначеність на шляху реалізації цілей і особистісного домінування щодо професійного росту. Такі працівники є досить беззахисними у вимірі власних переконань і побажань. Ми схильні вважати, що існує істотна невизначеність емоційного ставлення до проблем цієї групи осіб і переживання емоційного комфорту на етапі власних досягнень у різноманітних ситуаціях соціальної взаємодії. У випадку поразки вони залишаються надієвими. Такий потенціал особистості не є благополучним із позиції формування стійкої особистості фахівця, якому апріорі доведеться зіштовхнутись зі складними емоціогенними ситуаціями підвищеного контролю.

Характеризуючи показники респондентів за типом «Інші типи», відзначимо, що коло їх проблем пов'язане з великими значеннями за показниками шкал «емоційний дискомфорт» ($M=116$). Зважаючи на відсутність постійного професійного забезпечення, люди цього типу відрізняються невпевненістю, розгубленістю, дратівливістю, інтровертованістю, зануренням у світ власних проблем, постійним психосоматичним дисбалансом, що є передумовою виникнення іпохондричної поведінки.

Соціально-психологічна адаптація у фахівців різних професій за класифікацією О. Клімова детермінує здатність особистості до відтворення

особистісного потенціалу у соціометричному вимірі, однак взаємозалежність чинників на шляху дезадаптованості людини у соціумі є показником емоційного дисбалансу на шляху становлення їх професійного інтелекту та конкурентоспроможності. Істотною ознакою у пріоритетах становлення професійної компетентності фахівця є соціальна значимість, прийняття себе та інших, що в цілому означатиме їх професійну адекватність та успішність діяльності. В іншому випадку сприятиме розвитку передумов зародження та розвитку іпохондричних розладів особистості.

Під час дослідження ми застосовали методику *«Діагностика самоактуалізації особистості»* (А. Лазунін в адаптації Н. Каліна), призначену для визначення рівня самоактуалізації особистості та для спостереження за поведінковим компонентом самосвідомості людини. Самоактуалізація особистості обумовлена внутрішніми потенціалами людини, її інтелектом і психологічною культурою. Вона дозволила розкрити в людині генетично закладені фізіологічні передумови особистісного зростання. Зазвичай вона детермінується із активацією рівня домагань і станом оптимального функціонування людини в умовах самовираження. Внутрішніми умовами самоактуалізації є психосоматичне здоров'я і потреба в самоактуалізації. К. Роджерс вважає, що вона можлива лише за умов підтримки та внутрішнього самоконтролю. Ми дотримуємось тієї точки зору, що вона є результатом важкої праці, тренувань, вимогливості та волевиявлення [65].

Наше дослідження обумовлене чинниками визначення психологічних особливостей рівня самоактуалізації в осіб із схильністю до іпохондричних навіювань (КГ₂), у хворих із низкою психосоматичних нарікань (ЕГ₁ і ЕГ₂), фізіологічно здорових людей (КГ₁). Результати дослідження за цією методикою представленні нами в таблицях 3.27 – 3.30.

У КГ₁ осіб спостерігаємо (за табл. 3.27) обумовленість самоактуалізації такими особистісними властивостями, які відповідають високим показникам за шкалами «орієнтація у часі», «цінності», «потреба у пізнанні», «контактність», «саморозуміння», «автономність» і «креативність», що характеризує їх як цілеспрямованих, впевнених, контактних і відповідальних майбутніх фахівців, які у процесі діяльності, використовують креативність, відчуття такту, самостійність думок, орієнтування на виконання завдань, професійне захоплення улюбленою справою, здатність до розуміння інших людей, природність поведінки, почуття гумору тощо.

Таблиця 3.27.

**Особливості прояву самоактуалізації особистості у КГ₁ за методикою
«Діагностика самоактуалізації особистості» (А. Лазунін в адаптації Н. Каліна)**

КГ ₁						
Ознаки	Типи професій					
	X ₁	X ₂	X ₃	X ₄	X ₅	X ₆
Орієнтація у часі	95,87%	94,67%	95,67%	96,56%	95,67%	96,78%
Цінності	90,54%	91,67%	90,67%	90,76%	91,56%	90,76%
Біологічний фактор	34,76%	33,75%	34,67%	32,67%	34,76%	33,87%
Потреба у пізнанні	87,87%	88,78%	87,56%	88,67%	86,87%	88,67%
Креативність	67,54%	66,89%	67,98%	68,74%	67,98%	66,94%
Автономність	74,78%	75,23%	74,78%	73,67%	74,67%	73,78%
Спонтанність	18,54%	19,56%	18,74%	19,70%	20,56%	17,78%
Саморозуміння	82,87%	80,67%	82,78%	81,56%	82,67%	82,78%
Аутосимпатія	37,65%	38,56%	39,83%	37,65%	36,87%	38,76%
Контактність	84,56%	85,36%	84,67%	86,67%	85,74%	84,89%
Гнучкість у спілкуванні	75,61%	76,78%	75,83%	74,67%	75,78%	77,98%
Сума	750,59%	751,92%	753,18%	751,32%	753,13%	752,99%
Середнє значення	68,24%	68,36%	68,47%	68,30%	68,47%	68,45%
Стандартне відхилення	25,98%	25,85%	25,68%	26,21%	25,76%	26,36%

Психосоматичні скарги за шкалою «Біологічний фактор» виражені в межах помірних показників і не впливають на формування особистості, окрім тих показників, які дозволяють підтримувати оптимальний стан функціонування організму людини.

У КГ₂ осіб спостерігаємо (табл. 3.28) підвищені показники за такими шкалами як «орієнтація у часі», «цінності», «потреба у пізнанні», «контактність», «гнучкість у спілкуванні», «автономність», «саморозуміння», «креативність», теж підкреслює приналежність цієї групи осіб до контрольної групи, що вказує на їх активність, контактність, міжособистісну взаємодію в аспекті набуття професійних навичок. Однак успішність їх діяльності в умовах навчально-виховного процесу визначається не лише вищезазначеними чинниками, а й умінням цілеспрямовано та наполегливо здобувати основи фахової підготовки. Як з точки зору нашої інтерпретації показників за цією методикою, так і з попередніх результатів наукових тверджень, у вибірці студентів як представників контрольної групи, зазначаємо високоморальні принципи щодо вибору професії вищої

кваліфікації і чітке уявлення про неї. Орієнтація у професійній сфері пов'язана з її особистісною привабливістю та відповідністю здібностей і високою суспільною значущістю. Психосоматичний фактор у них теж не має істотного впливу на реалізацію цих можливостей.

Таблиця 3.28.

Особливості прояву самоактуалізації особистості у КГ₂ за методикою «Діагностика самоактуалізації особистості» (А. Лазунін в адаптації Н. Каліна)

КГ ₂						
Ознаки	Типи професій					
	X ₁	X ₂	X ₃	X ₄	X ₅	X ₆
Орієнтація у часі	94,67%	95,67%	94,78%	96,89%	94,78%	95,67%
Цінності	91,67%	90,78%	92,79%	90,78%	91,78%	90,76%
Біологічний фактор	45,87%	44,67%	46,76%	45,87%	45,23%	44,76%
Потреба у пізнанні	88,67%	89,65%	87,67%	88,56%	89,76%	88,56%
Креативність	68,43%	66,86%	65,73%	64,78%	66,78%	65,87%
Автономність	75,78%	76,78%	77,67%	75,86%	74,78%	75,89%
Спонтанність	19,76%	20,78%	21,67%	20,78%	21,78%	19,76%
Саморозуміння	83,78%	84,78%	83,78%	82,89%	83,67%	84,78%
Аутосимпатія	44,87%	43,78%	44,78%	45,95%	43,89%	44,89%
Контактність	85,89%	86,78%	85,89%	83,87%	85,78%	84,90%
Гнучкість у спілкуванні	74,78%	75,98%	74,78%	73,67%	74,89%	75,29%
Сума	774,17%	776,51%	776,30%	686,03%	773,12%	771,13%
Середнє значення	70,38%	70,59%	70,57%	68,60%	70,28%	70,10%
Стандартне відхилення	23,80%	24,12%	23,44%	24,28%	23,65%	23,97%

У осіб ЕГ₁ спостерігаємо, як видно за таблицею 3.29, підвищені показники за такими шкалами як «біологічний фактор», «спонтанність», «аутосимпатія», що характеризує їх зосередженість на власних переживаннях за стан оптимального функціонування організму та соматичний стан внутрішніх органів. Спонтанність як властивість їх характеру до емоційного розрядження конфліктних настроїв сприяє розвитку нервозності, дратівливості й регресивності у поведінці. Аутосимпатія є внутрішньою установкою у разі відсутності уваги до предмета діяльності людини. У нашому випадку вона є компенсацією складних взаємовідносин між людьми чи колегами, що зумовлює особистість до емоційного напруження, зародження внутрішньої конфліктності та навіюваності ідей. За такими шкалами як «цінності», «потреба у пізнанні»,

«гнучкість у спілкуванні» спостерігаємо низькі показники, що свідчить про неупередженість і невимогливість у професійній діяльності, самоорганізації та реалізації власних цілей. А також відсутність бажання щодо виконання професійних обов'язків і орієнтації особистості у світі власних переживань та емоцій.

Таблиця 3.29.

Особливості прояву самоактуалізації особистості у ЕГ₁ за методикою «Діагностика самоактуалізації особистості» (А. Лазунін в адаптації Н. Каліна)

ЕГ ₁						
Ознаки	Типи професій					
	X ₁	X ₂	X ₃	X ₄	X ₅	X ₆
Орієнтація у часі	34,78%	35,76%	34,87%	35,87%	36,67%	35,87%
Цінності	27,56%	28,67%	29,76%	28,76%	29,56%	27,86%
Біологічний фактор	90,87%	91,56%	90,56%	89,67%	88,56%	89,56%
Потреба у пізнанні	36,98%	37,67%	35,78%	36,78%	37,67%	35,76%
Креативність	40,76%	41,67%	40,76%	41,56%	40,56%	41,67%
Автономність	16,76%	17,56%	18,56%	19,65%	20,64%	18,67%
Спонтанність	79,65%	80,34%	78,89%	81,34%	80,75%	79,67%
Саморозуміння	12,76%	13,67%	12,43%	12,89%	13,76%	14,56%
Аутосимпатія	84,56%	85,78%	84,56%	82,67%	80,67%	81,67%
Контактність	24,64%	25,67%	24,76%	25,76%	26,87%	24,67%
Гнучкість у спілкуванні	19,54%	20,78%	18,76%	19,56%	20,67%	19,02%
Сума	468,86%	479,13%	469,69%	474,51%	476,38%	468,98%
Середнє значення	42,62%	43,56%	42,70%	43,14%	43,31%	42,63%
Стандартне відхилення	28,63%	28,58%	28,33%	27,95%	27,00%	27,66%

За таблицею 3.30 спостерігаємо такі відмінності у структурі особистості за ЕГ₂ осіб як низькі показники за шкалами «орієнтація у часі», «цінності», «потреба у пізнанні», «креативність», «автономність», «саморозуміння», «контактність», «гнучкість у спілкуванні», що свідчить про низький рівень самоідентичності цих людей, тобто відсутність прагнень до самоактуалізації. Дуже часто саме причиною цієї поведінки відзначаємо неадекватну самооцінку та низький рівень домагань у життєтворенні. Йдеться про комплекс меншовартості, що супроводжується часто ознаками власної нікчемності,

втратою самоповаги та саморозвитку. Втікаючи від саме таких складних обставин і дуже часто від самої себе, людина з таким настроєм втікає у хворобу як рятівний світ від спотворень реальності. Саме тому ми за шкалою «біологічний фактор» відмічаємо досить високі показники як особистісне утворення у структурі організації психологічного інтелекту людини, що орієнтовує її на занурення у хвороби.

Таблиця 3.30.

**Особливості прояву самоактуалізації особистості у ЕГ₂ за методикою
«Діагностика самоактуалізації особистості» (А. Лазунін в адаптації Н. Каліна)**

ЕГ ₂						
Ознаки	Типи професій					
	X ₁	X ₂	X ₃	X ₄	X ₅	X ₆
Орієнтація у часі	21,65%	20,76%	22,87%	20,87%	21,76%	21,89%
Цінності	16,76%	17,87%	15,87%	16,97%	17,67%	17,86%
Біологічний фактор	97,45%	98,78%	99,56%	97,78%	98,67%	97,67%
Потреба у пізнанні	18,65%	18,67%	19,87%	20,82%	17,67%	18,75%
Креативність	5,76%	5,98%	6,45%	4,99%	5,67%	6,03%
Автономність	4,87%	5,04%	4,87%	4,67%	5,72%	4,89%
Спонтанність	65,87%	66,98%	65,47%	66,45%	64,87%	65,82%
Саморозуміння	16,87%	15,76%	16,78%	17,68%	16,93%	15,78%
Аутосимпатія	85,78%	84,78%	85,62%	85,67%	86,57%	87,56%
Контактність	13,76%	14,67%	13,76%	14,67%	13,53%	14,64%
	9,86%	10,76%	11,67%	9,87%	10,76%	9,87%
Сума	357,28%	360,05%	362,79%	360,44%	359,82%	360,76%
Середнє значення	32,48%	32,73%	32,98%	32,77%	32,71%	32,80%
Стандартне відхилення	33,64%	33,74%	33,77%	33,67%	33,79%	33,88%

Внутрішньоособистісна характеристика вищезазначених груп обумовлює психологічну спрямованість кожних із них і розкриває причини їх самоактуалізації та, навпаки, втечу у світ уявних страждань і спотворених емоцій. Подальша інтерпретація показників за цією методикою виділятиме психологічні відмінності за професійною типологією груп згідно з класифікацією О. Клімова.

За *типом «людина-природа»* (рис. 3.27) спостерігаємо досить високі показники за шкалами «орієнтація у часі», «цінності», «автономність», а за шкалами «гнучкість у спілкуванні» і «креативність» - низькі значення, як видно на діаграмі 1, що свідчить про формування професійних надбань і досвіду. За середніми показниками виділяємо таку особистісну характеристику як

спонтанність, що характерна і для осіб контрольної групи, і для представників експериментальної. Дані утворення орієнтують нас на те, що люди цих професій схильні до спонтанного прояву думок, настроїв і емоцій, що не дозволяє гнучко та дієво використовувати власний потенціал у міжособистісній взаємодії у соціумі.

В аспекті нашого дослідження було розкрито результати самоактуалізації особистості за методикою А. Лазуніна в адаптації Н. Каліна за професійними типами, подані на рис. 3.25 – 3.30.

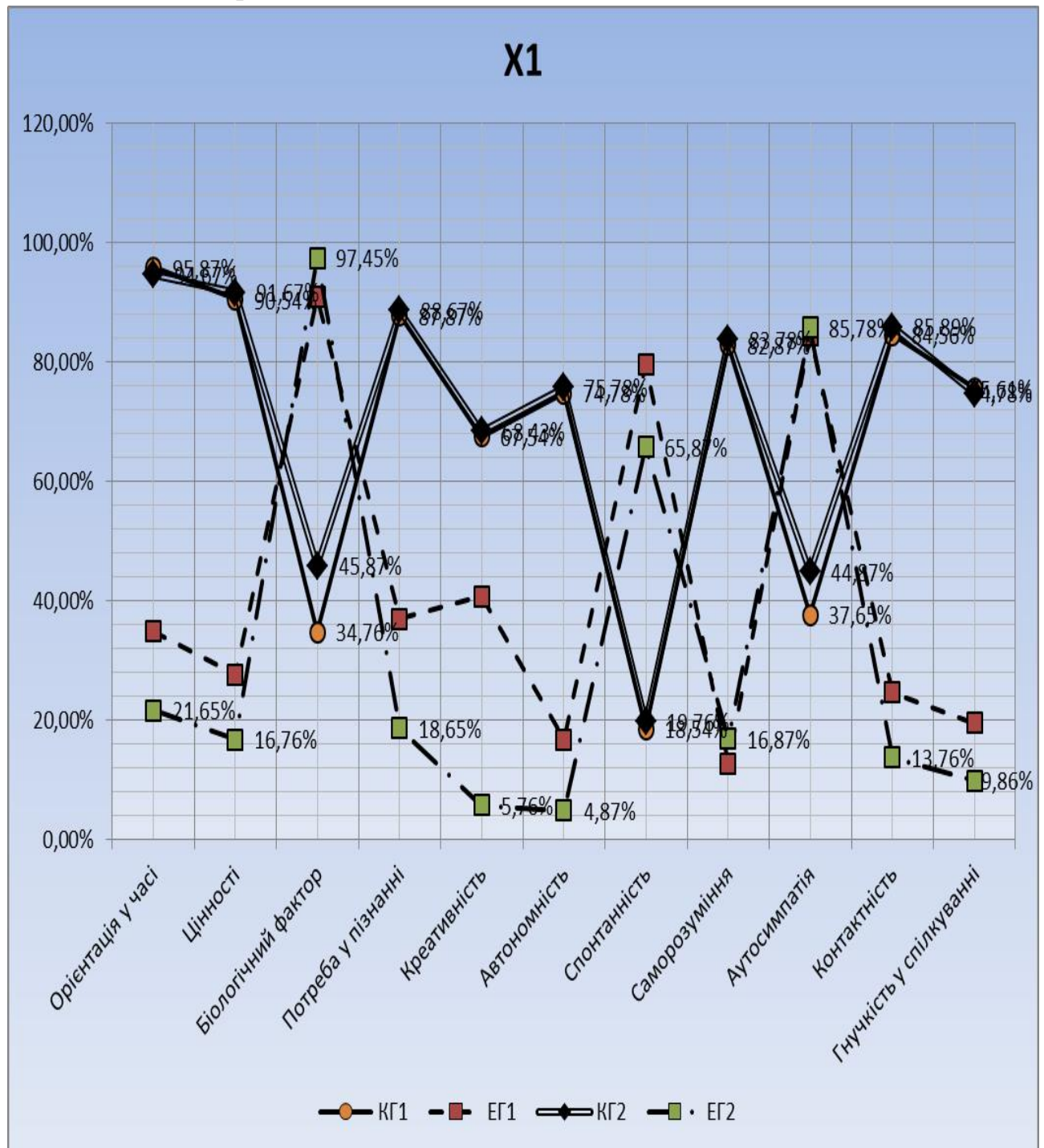


Рис. 3.27. Результати самоактуалізації особистості за методикою А. Лазуніна в адаптації Н. Каліної за професійним типом «П»

Отож, самоактуалізація на такому етапі розвитку особистості можлива лише за рахунок співпраці з природним середовищем і обмеження спілкування. Найвищими показниками як серед осіб контрольної, так і серед осіб експериментальної груп спостерігаємо за шкалою «аутосимпатія» (62%) і «біологічний фактор» (97,45 %), що у випадку дезорганізації особистості гарантує виникнення проблем психосоматичного характеру. Поєднуючись із попередніми особливостями, можна дійти висновку, що дана група осіб схильна до іпохондричних розладів за спонтанністю і норовливістю ознак та за наявністю соматичних скарг.

Серед представників за *типом «людина-людина»* виділяємо такі особистісні утворення у процесі життєдіяльності людини, як показано за шкалами «орієнтація у часі», «контактність» і «потреба у пізнанні». Низькі показники виділяються за шкалами «креативність», «автономність», «гнучкість у спілкуванні», що характеризує їх як впевнених, незалежних у формулюванні своєї думки та мислення і обережних у спілкуванні.

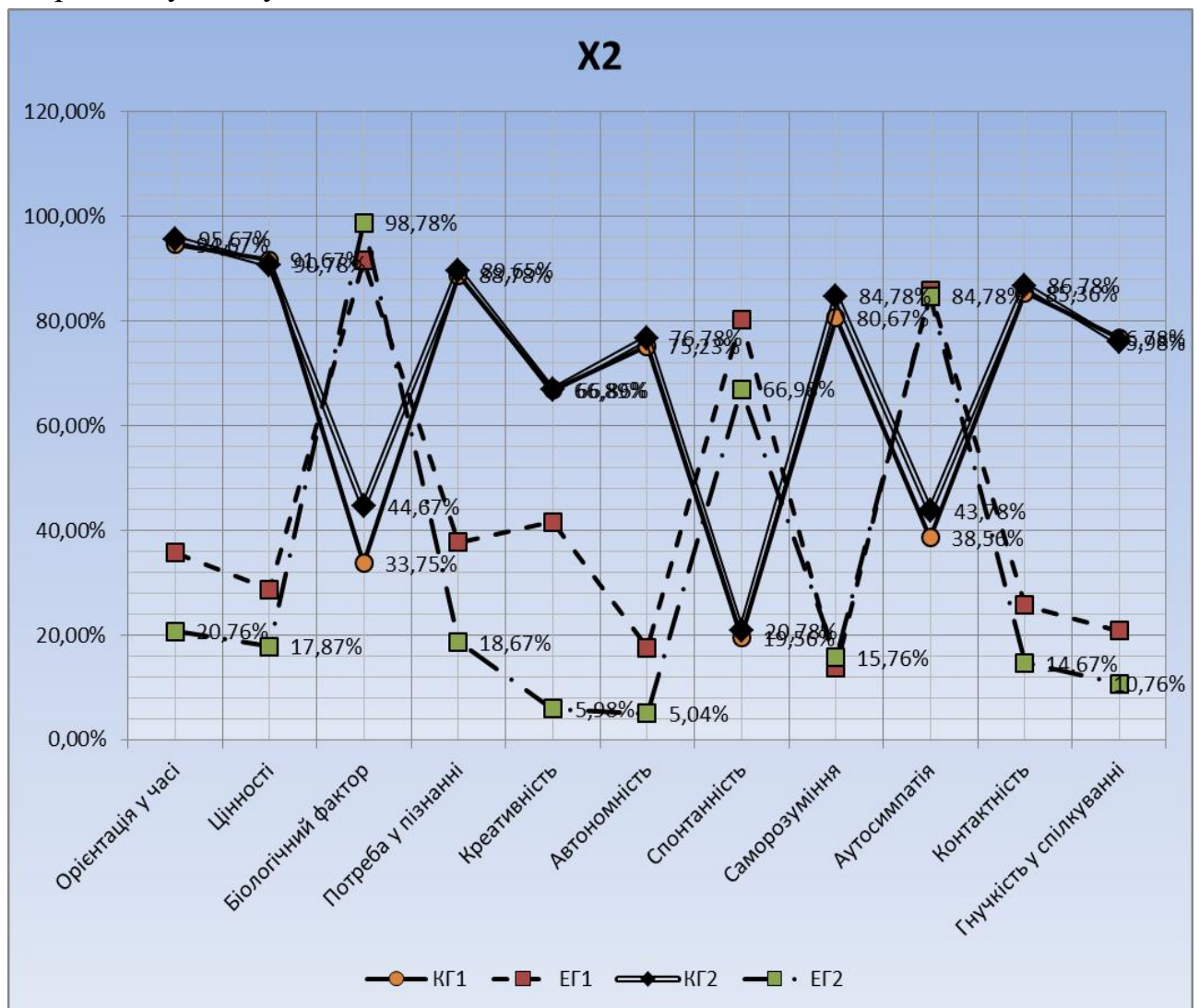


Рис.3.28. Результати самоактуалізації особистості за методикою А. Лазуніна в адаптації Н. Каліної за професійним типом «Л»

Потреба в пізнанні зумовлює постійне особистісне вдосконалення та орієнтацію у часі як факторів, що обумовлюють наявність такої особливості як задоволеність актуальним моментом у часі. Як видно за рис. 3.28, цей професійний тип орієнтований за досить високими показниками у експериментальних групах на біологічний фактор, що й обумовлює у КГ₂ потребу бути здоровим, що характеризується схильністю до іпохондричних розладів, тоді як у КГ₁ така ознака відсутня, що гарантує психосоматичний баланс у формуванні особистості фахівця за цим типом. Зокрема домінантною тенденцією у цій групі осіб за типом «Л» є показники за шкалою «Потреба у пізнанні» (87 %) і «біологічний фактор» (98,78%). Також відмічаємо досить низькі показники за шкалою «автономність» і «креативність», що свідчить про потребу міжособистісної взаємодії як фактора колективної творчої організації у професійній діяльності.

У представників типу «людина-знакова система» (рис. 3.29.) діагностуємо високі показники за шкалами «орієнтація у часі», «цінності», «саморозуміння», «контактність», «потреба у пізнанні» серед представників контрольних груп, і зовсім у протилежній спрямованості зазначаємо факт амбівалентності значень за цими шкалами у експериментальних групах. Така тенденція свідчить про самоактуалізованість особистості в умовах сприятливого протікання часу і, навпаки, під час негативного складу обставин – недієздатність особистості у подоланні перешкод, її апатичність, малодушність і некомпетентність.

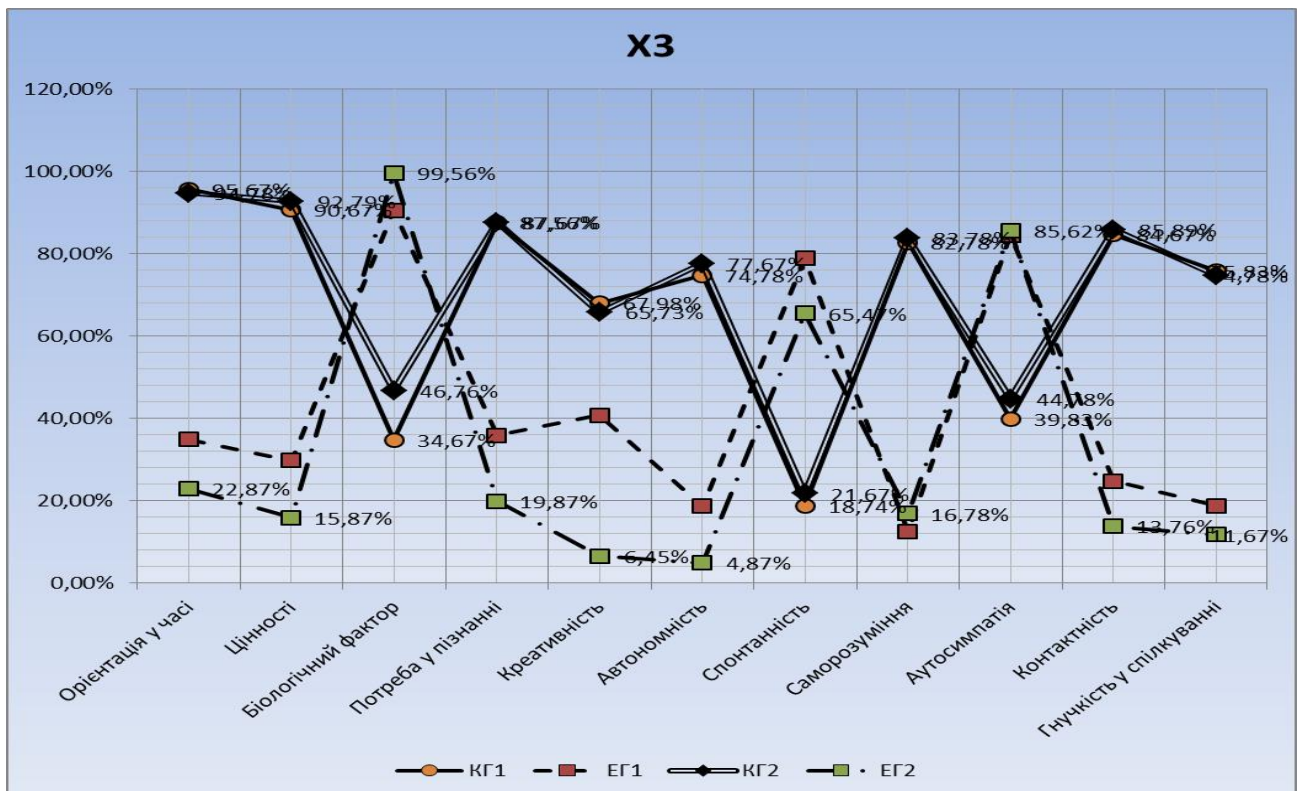


Рис. 3.29. Результати самооактуалізації особистості за методикою А. Лазуніна в адаптації Н. Каліної за професійним типом «З»

Найвищий показник за шкалою «біологічний фактор» (99,56%) у ЕГ₂ свідчить про концентрацію уваги саме на психосоматичному здоров'ї особистості. Саме цей чинник сприяє постійному пошуку в інтернет-мережах медичних джерел інформації про ті чи інші симптоми протікання хвороб, проектування їх симптоматики на власний стан організму та ототожнення їх із своїми уявними скаргами та нездужанням. У такому разі ми констатуємо наявність у представників цього типу іпохондричних нарікань, залежної поведінки від медичних ліків, які шукають в он-лайн і встановленні різноманітної симптоматики за власним розсудом. Домінантними за типом «З» є показники за шкалою «Спонтанність» (71%), що дозволяє інтерпретувати їхню поведінку як неготовність до майбутнього, невизначеність і підвищену внутрішню конфліктність.

За типом «людина-техніка» відзначаємо високі показники за шкалами «орієнтація у часі» (96,76%), «контактність» (86,76%), «потреба у пізнанні» (88,50%), «саморозуміння» (82,36%) принаймні у КГ₁ і КГ₂ осіб, що свідчить про інтегральність особистості фахівця у напрямку розвитку професійних звичок, морально-етичних цінностей, пошуку методів удосконалення знань і внутрішніх особистісних надбань.

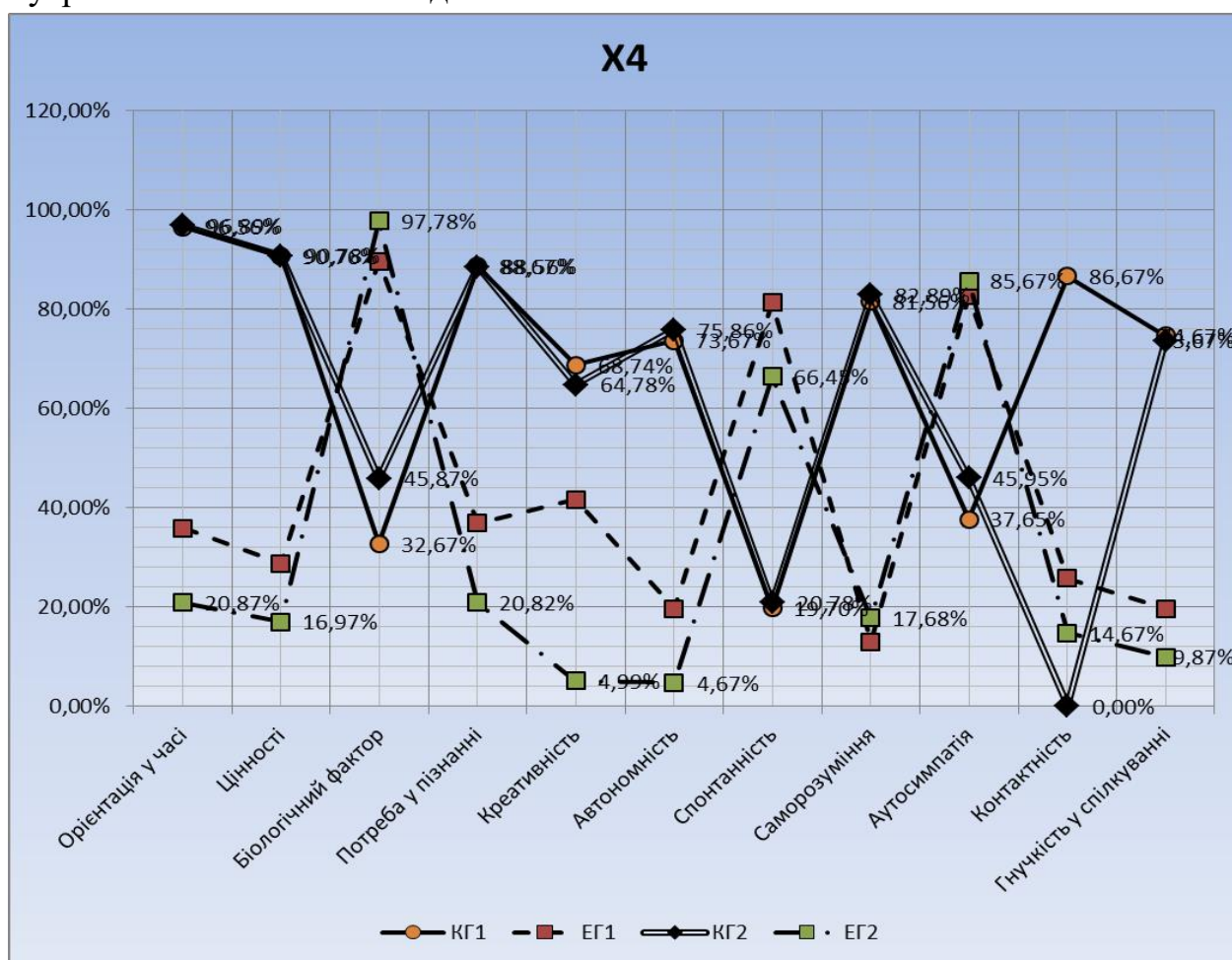


Рис. 3.30. Результати самоактуалізації особистості за методикою А. Лазуніна в адаптації Н. Каліної за професійним типом «Т»

У КГ₂ діагностуємо відсутність показників за шкалою «контактність» та досить значимі значення за шкалою «гнучкість у спілкуванні» (74,67%), що орієнтує нас на думку про психологічну настороженість у спілкуванні та некомпетентність у міжособистісній взаємодії. З огляду на це доходимо висновку про комунікативну некомпетентність у стосунках між колегами, знайомими та друзями.

Професійна непридатність забезпечується на цьому рівні соціальною незрілістю та інтернальністю поглядів, що сприяє самовиправданню такої внутрішньої поведінки за цим типом організації особистості фахівця та акумуляції усіх внутрішніх потенціалів саме на реалізацію ідей власних проєктів, співпраці з технологічним оснащенням і тенденцією на особистісне зростання. А також за типом «Т» спостерігається орієнтування на незалежність у поглядах, у прийнятті рішення, як видно за показниками шкали «Автономність» (87%).

У представників типу *«людина-художній образ»* спостерігаємо високі показники за шкалами «орієнтація у часі», «цінності», «потреба у пізнанні», «саморозуміння» (83,23%), «контактність» (77,86%) і «гнучкість у спілкуванні» (90%) за усіма групами досліджуваних, враховуючи найменші та найбільші статистичні значення. Дана особливість свідчить про гармонію їх творчого потенціалу, навіть в умовах середніх показників за шкалою «креативність» ми характеризуємо їх як аматорів мистецтва та театральної майстерності. Для них також характерні спонтанність, аутосимпатія і саморозуміння, що виділяє їх як гравців театру та гри у масках. Саме за допомогою мистецьких дій вони приховують свої внутрішні почуття і, нерідко, больові страждання і скарги соматичного типу. У разі сприятливих обставин вони реалізують свій особистісний потенціал і відповідний рівень домагань. У випадку невизнання їх значимості та авторитету вони переживають безвихідь, апатичність ідей, і у театр ролей вступає гра слів. Вони мистецьки відіграють сцени демонстрацій страждань і психологічних маніпулювань. Домінуючою ознакою за типом «Х» є зорієнтованість цієї групи осіб на міжособистісне спілкування, згідно шкали «Лабільність у спілкуванні» (90 %).

За рис. 3.31 спостерігаємо досить значні показники за шкалами «саморозуміння» (83,23%) та «аутосимпатії» (82,34%), що займають середні позиції в усталених нормах, що дозволяє робити висновки про виправдовування їх учинків та маніпулювань. Як видно, досить низькі показники показано за шкалами «креативність» і «автономність» у представників експериментальних груп.

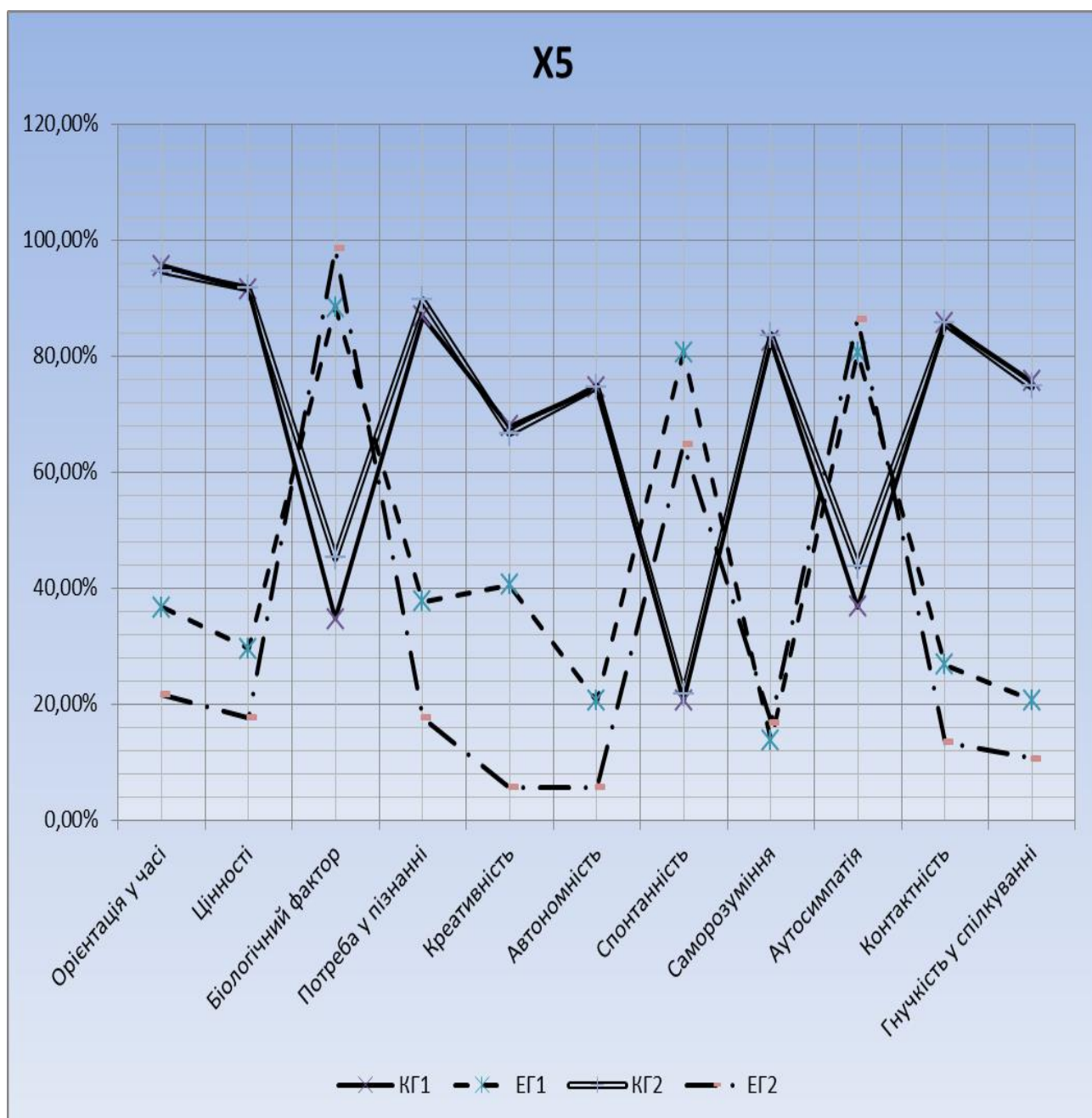


Рис. 3.31. Результати самоактуалізації особистості за методикою А. Лазуніна в адаптації Н. Каліної за професійним типом «Х»

За рис. 3.31 спостерігаємо досить значні показники за шкалами «саморозуміння» (83,23%) та «аутосимпатії» (82,34%), що займають середні позиції в усталених нормах, що дозволяє робити висновки про виправдовування їх учинків та маніпулювань. Як видно, досить низькі показники показано за шкалами «креативність» і «автономність» у представників експериментальних груп. Ця тенденція розуміється нами як чинник неупередженості у власних переконаннях і виборі – рівень їх самоактуалізації залежить від креативності і аутосимпатії, тоді як автономність сприяє саме розвитку творчої рефлексивності та гри потенціалів. Думається, що не кожен із митців здатен до подолання внутрішньої порожнечі у випадку

професійного невизнання, і з кожним поринанням у світ уявних образ, творчого апокаліпсису чи зайвої критичності можемо стверджувати про митецьку акторську діяльність у соціумі, в колі найближчих людей. Маніпулятивна поведінка є передумовою виникнення творчих ілюзій та зародження і розвитку іпохондричних розладів, що спонукає й надалі мистецьки грати у театр серед коридорів терапевтичних відділень.

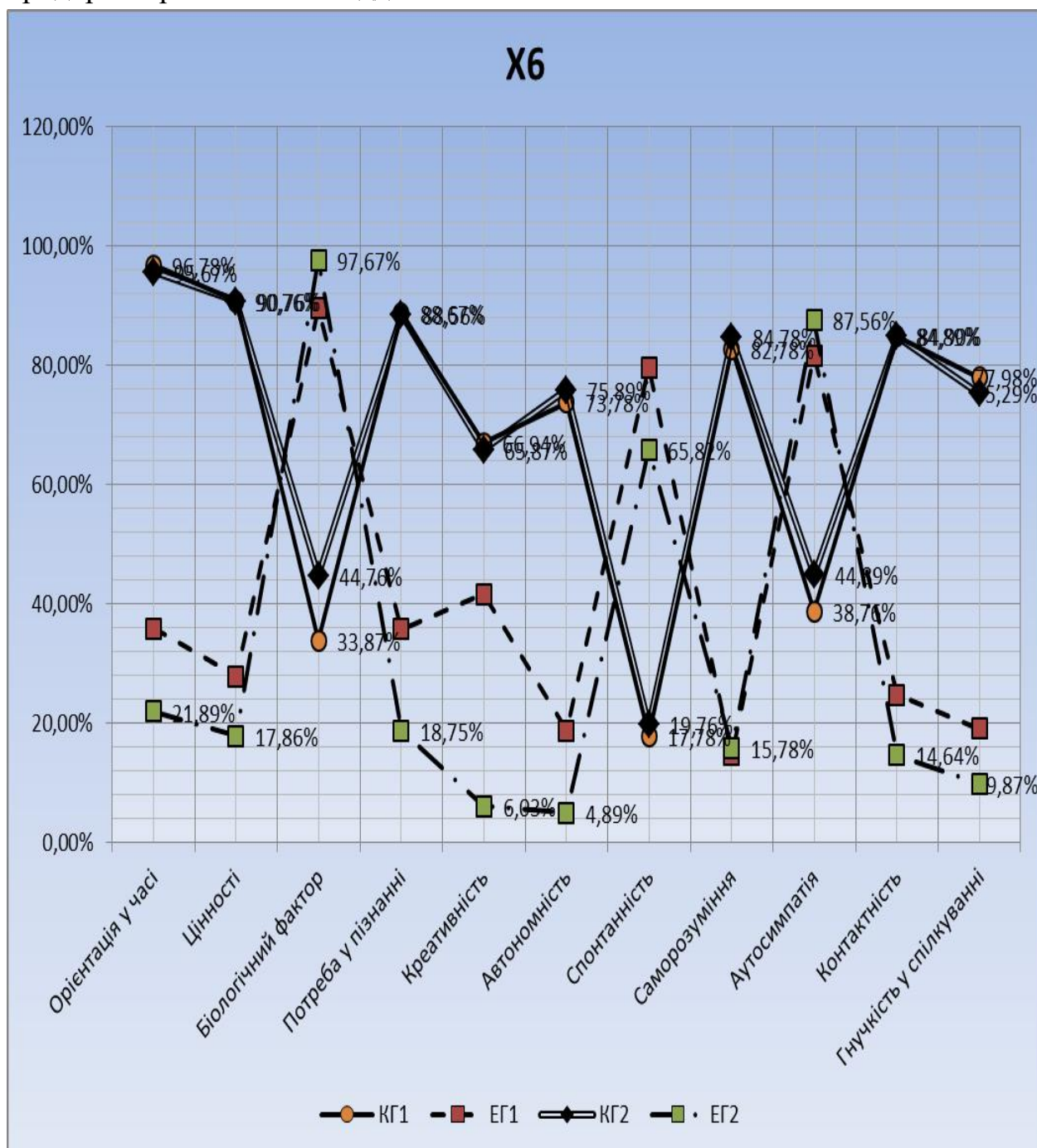


Рис. 3.32. Результати самоактуалізації особистості за методикою А. Лазуніна в адаптації Н. Каліної за професійним типом «І»

Серед представників за типом «Інші типи» відрізняємо такі особливості як орієнтування на особистісне пізнання і мотивацію, що видно за високими

шкалами «орієнтація у часі», «цінності», «потреба у пізнанні», «саморозуміння», «контактність». Однак, саме прагнення автономності вирізняє їх конкурентоспроможність і прагнення до незалежності у всіх починаннях і розряджанні емоцій. Можемо стверджувати про їх упертість і непримиренність на шляху організації особистості та й фахівця загалом. Їх мало цікавить фінансове забезпечення. Домінантним орієнтиром у них зазначаємо схильність до самоспівчуття (жалю до себе, самовиправдовування), особистісного комфорту та безпеки, що видно за показниками шкали «Саморозуміння» (82%). Хоча й саме вона спричиняє деградованість розвитку особистості, як показано на рис. 3.32 у випадку осіб ЕГ₂, коли вони недосяжні у своєму орієнтуванні на професійне забезпечення.

Наявність іпохондричної поведінки можлива тільки за рахунок реального психосоматичного болю, з подальшим надумуванням важкості стану чи летального прогнозування. Згідно показників, що зображенні на діаграмах за професійними типами відмічаємо такі особливості самоактуалізації фахівців за іпохондричною ознакою згідно з цією методикою: за типом «Л» домінує шкала «Потреба у пізнанні» – 87 %, за типом «П» – шкала «Аутосимпатія» (62%), за типом «З» – шкала «Спонтанність» (71%), за типом «Т» – шкала «Автономність» (87%), за типом «Х» – шкала «Лабільність у спілкуванні» (90 %), за типом «І» – шкала «Саморозуміння» (82%). Зазначимо також, що за домінантною ознакою, яка визначає відмінність типів один від одного є подвоєність їх груп (КГ₁, КГ₂, ЕГ₁, ЕГ₂), а то й нашарованість у точках координатної площини, незважаючи на присутність у кожного з типів окремих ознак за перевагою. Саме такий підхід дозволяє оцінити значимість проведеної психокорекційної роботи у фахівців різних професій і продіагностувати їх відмінності на етапі психодіагностики та організації відновлення здоров'я.

Отож, як фактор формування особистісного зросту самоактуалізація людини у периметрі професійних орієнтирів і виконань слугує засобом забезпечення психосоціального статусу фахівця. Важливо керуватись саме чинниками власного задоволення від життєтворення, адже тільки таким чином людина може самозахистити себе від зайвих надумувань і уявних соматичних передумов розвитку іпохондричного захворювання.

У роботі проведено дослідження рівня фрустрації особистості в соціумі як об'єктивної (чи суб'єктивно так сприйнятими) перешкоди на шляху щодо досягнення мети за *методикою діагностики рівня соціальної фрустрованості Вассермана-Бойко*. Досліджування соціальної фрустрації у наших респондентів доводить про її значимість у житті людини. Цей стан дуже поширений в умовах сьогодення. Вона виникає тоді, коли особистість не може реалізувати поставлені цілі та побажання.

Таблиця 3.31.

**Рівень соціальної фрустрованості у осіб КГ₁
за методикою Вассермана-Бойко**

КГ ₁						
Ознаки	Типи професій					
	X ₁	X ₂	X ₃	X ₄	X ₅	X ₆
Відсутність фрустрації	90,52%	91,67%	90,56%	90,76%	91,34%	90,34%
Дуже низька фрустрація	4,98%	4,76%	4,32%	5,89%	4,67%	4,99%
Понижена фрустрація	2,87%	2,89%	2,63%	2,67%	2,45%	2,12%
Невизначений рівень фрустрації	1,13%	0,68%	1,67%	0,68%	1,54%	1,34%
Помірний рівень фрустрації	0,50%	0,00%	0,82%	0,00%	0,00%	1,21%
Підвищений рівень фрустрації	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Дуже високий рівень фрустрації	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Сума	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
Середнє значення	14,29%	14,29%	14,29%	14,29%	14,29%	14,29%
Стандартне відхилення	33,66%	34,17%	33,67%	33,79%	34,02%	33,58%

Велике значення у соціальній фрустрованості мають зовнішні перешкоди та наявність внутрішньо-особистісного конфлікту. Серед її основних проявів зустрічаємо розпач, розчарування, тривожність, роздратування, гнів. Іноді вона проявляється у вигляді апатії та нудьги [176].

Результати дослідження за цією методикою представленні нами в таблицях 3.30 – 3.35.

Фрустрація – це психологічний стан, що проявляється у характерних переживаннях і вчинках, які здаються для людини об’єктивно нездоланими перешкодами у досягненні цілей. Гнітюча напруга, відчуття безпорадності та тривожності з часом інтерпретуються нею у стан невизначеності та занурення у світ фантазій і нереалізованих ідей. Концентрація проблем саме такого характеру призводить надалі до появи та розвитку психосоматичних порушень.

Іпохондричні розлади продукуються зануренням у хворобу, що впливає на всі аспекти життєдіяльності людини. У психологічному вимірі стан фрустрації виділяється регресією відносин із оточуючими. Людина наче забуває про міжособистісні стосунки та акцентує увагу на внутрішніх непорозуміннях. У наших досліджуваних цей стан проявлявся у вигляді порушення настрою, дратуванням у стосунках із друзями та рідними й появою суперечок, сутичок інтересів, конфліктів. Також ми можемо констатувати наявність соціальної фрустрації в усіх групах наших респондентів, однак відмінність її проявів у них полягає у тривалості, передумовах та причинах виникнення емоційних переживань.

У представників КГ₁ осіб і КГ₂ стан емоційної тривожності пов'язаний із ситуативними незручностями, такими як підготовка до екзамену чи образа за невідповідне оцінювання у процесі діяльності. У експериментальних групах негативні емоційні стани пов'язані з певними потрясіннями, великим горем чи радістю, раптовим нещастям, виникненням умов, небезпечних для життя, страхом перед невідомим тощо. Таким чином, зазначимо, що прояв соціальної фрустрованості є нормою на шляху подолання перешкод ситуативного характеру, що об'єктивно спрямовує людину на перемогу та загартування у життєвих невідповідностях. У випадку з тривалими епізодичними перешкодами у досягненні власних цілей діагностуємо тривалі у часовому проміжку незручності, що проявляються у вигляді іпохондричних розладів у ситуації психосоматичних проявів.

У КГ₁ осіб, як уже зазначалось вище, емоційні порушення пов'язані з перешкодами ситуативного характеру та функціонують у межах відхилень у нормі. Серед основних їх проявів виділяємо самокритичність, самозвинувачування, підвищену дратівливість, відносну розгубленість і часткову демонстративність вчинків, пов'язаних із бажанням бути рівним серед рівних або ж, навпаки, найкращим серед інших. Конфліктність і тривожність у такому разі обумовлені завищеним рівнем домагань і підвищеною вимогливістю.

Як видно з таблиці 3.32, спостерігається домінування тенденцій до здорового психологічного настрою і відсутності соціальної фрустрації за показниками стандартного відхилення (σ) у межах 14,29% за усіма професійними типами контрольної групи осіб.

Таблиця 3.32.

Рівень соціальної фрустрованості у осіб КГ₂ за методикою Вассермана-Бойко

КГ ₂						
Ознаки	Типи професій					
	X ₁	X ₂	X ₃	X ₄	X ₅	X ₆
Відсутність фрустрації	83,67%	82,45%	83,18%	84,12%	82,67%	83,27%
Дуже низька фрустрація	12,76%	12,98%	12,98%	13,78%	12,87%	13,02%
Понижена фрустрація	1,87%	1,79%	1,48%	1,67%	1,76%	2,84%
Невизначений рівень фрустрації	0,76%	1,89%	1,36%	0,43%	1,72%	0,87%
Помірний рівень фрустрації	0,94%	0,89%	1,00%	0,00%	0,98%	0,00%
Підвищений рівень фрустрації	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Дуже високий рівень фрустрації	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Сума	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
Середнє значення	14,29%	14,29%	14,29%	14,29%	14,29%	14,29%
Стандартне відхилення	30,93%	30,40%	30,72%	31,20%	30,49%	30,78%

У представників ЕГ₁ спостерігаємо страхи, пов'язані з фобіями захворіти, що проявляється у вигляді таких психологічних прояв: часті емоційні стреси, підвищена образливість, сентиментальність, демонстративність, істеричність, симбіотичні фантазії, самозахист у вигляді іпохондричного настрою, надмірне піклування про своє здоров'я, інтравертованість, надмірна залежність від батьків, унаслідок чого у них констатується підвищена соціальна значущість, трудоголізм і професійні навантаження як чинник занурення у працю. Однак прихована внутрішня конфліктність обумовлена саме накопиченням і зберіганням різноманітної медичної літератури, що проявляється у постійному пошуку психосоматичних недоліків власного тіла.

Як видно з рис. 3.33, у осіб ЕГ₁ спостерігається підвищений рівень фрустрації, обумовлений страхом психосоматичних дисфункцій і постійними намірами їх уникнення, шляхом подолання перешкод у вигляді вивчення медичних знань і трудоголізму.

Таблиця 3.33.

Рівень соціальної фрустрованості у осіб ЕГ₁ за методикою Вассермана-Бойко

ЕГ ₁						
Ознаки	Типи професій					
	X ₁	X ₂	X ₃	X ₄	X ₅	X ₆
Відсутність фрустрації	1,65%	1,87%	2,87%	2,03%	1,78%	1,72%
Дуже низька фрустрація	16,65%	15,78%	16,87%	15,34%	16,65%	15,76%
Понижена фрустрація	7,89%	7,45%	8,54%	7,55%	7,89%	8,45%
Невизначений рівень фрустрації	0,87%	0,77%	0,63%	1,85%	0,34%	0,65%
Помірний рівень фрустрації	9,87%	8,56%	9,83%	9,67%	9,56%	8,76%
Підвищений рівень фрустрації	62,02%	63,67%	60,56%	61,56%	62,56%	62,98%
Дуже високий рівень фрустрації	1,05%	1,90%	0,70%	2,00%	1,22%	1,68%
Сума	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
Середнє значення	14,29%	14,29%	14,29%	14,29%	14,29%	14,29%
Стандартне відхилення	21,83%	22,40%	21,22%	21,44%	22,06%	22,14%

У представників ЕГ₂ (рис. 3.34) осіб у процесі дослідження виявили такі особливості світосприйняття як незадоволеність своїм працевлаштуванням, взаєминами з колегами та керівництвом, змістом виконуваної роботи загалом, умовами професійної діяльності, а також своїм соціальним статусом у суспільстві, матеріальним забезпеченням, сферою житлово-побутових послуг, відносинами з оточуючими та знайомими, проведенням дозвілля тощо, внаслідок чого виникає потреба у співчутті та сензитивності явищ до дійсності, незадоволеність сферою медичного обслуговування і своїм способом життя в цілому.

Таким чином, дана група осіб характеризується дуже високим рівнем соціальної фрустрації і страхом перед невдачею, як видно за опитувальником А. Реана «Мотивація успіху і страх невдач».

Враховуючи напрямок нашого дослідження у вимірі особливостей зародження і розвитку іпохондричних розладів особистості з застосуванням професійної класифікації О. Клімова, зазначимо, що сутність проблем на цьому етапі визначається диференціацією відмінностей прояву страху у респондентів. Стосовно цієї проблеми

підкреслимо особливості прояву страху за словесними висловлюваннями і психологічними передумовами виникнення фрустрованості особистості.

Таблиця 3.34.

Рівень соціальної фрустрованості у осіб ЕГ₂ за методикою Вассермана-Бойко

ЕГ ₂						
Ознаки	Типи професій					
	X ₁	X ₂	X ₃	X ₄	X ₅	X ₆
Відсутність фрустрації	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Дуже низька фрустрація	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Понижена фрустрація	0,67%	0,70%	1,78%	0,04%	0,27%	0,32%
Невизначений рівень фрустрації	1,05%	1,87%	1,76%	0,98%	1,34%	1,93%
Помірний рівень фрустрації	9,76%	8,78%	9,12%	10,56%	9,56%	8,93%
Підвищений рівень фрустрації	10,87%	10,67%	10,78%	9,56%	11,05%	10,89%
Дуже високий рівень фрустрації	77,65%	77,98%	76,56%	78,86%	77,78%	77,93%
Сума	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
Середнє значення	14,29%	14,29%	14,29%	14,29%	14,29%	14,29%
Стандартне відхилення	28,33%	28,42%	27,80%	28,85%	28,39%	28,42%

Із табл. 3.34 видно, що існує взаємозв'язок проблем із соматичним здоров'ям особистості та емоційним виснаженням, нереалізованими мріями, розчаруванням у власних можливостях, залежністю від оточуючих людей, обставин, подій.

Зазначимо також, що під час виділення відмінностей у осіб різних професійних типів за класифікацією О. Клімова, ми врахували такі особливості як схожість між показниками на рівні $\geq 0,01$. Саме тому під час виділення істотних ознак збільшили інтервал показників у 3 рази аби отримати відображення схожостей представників різних професій за схильністю до наявності фрустрації (табл. 3.35).

Таблиця 3.35.

Рівень соціальної фрустрованості у представників різних професій за методикою Вассермана-Бойко

Ознаки	Типи професій					
	П	Л	Т	З	Х	І
Відсутність фрустрації	0,00%	88,67%	1,56%	2,98%	0,34%	3,34%
Дуже низька фрустрація	4,98%	6,76%	3,32%	5,89%	4,67%	6,99%
Понижена фрустрація	3,53%	2,89%	2,63%	8,67%	7,45%	12,12%
Невизначений рівень фрустрації	4,13%	1,34%	4,82%	8,68%	9,54%	56,87%
Помірний рівень фрустрації	81,56%	0,34%	8,92%	71,78%	10,78%	11,91%
Підвищений рівень фрустрації	2,91%	0,00%	75,87%	2,00%	12,98%	6,88%
Дуже високий рівень фрустрації	2,89%	0,00%	2,88%	0,00%	54,24%	1,89%
Сума	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Психологічний портрет респондентів за типом «П» відзначається перевагою помірного рівня соціальної фрустрованості за рахунок інтернальності самоусвідомлення подій і страху перед констатуванням фактів. Наприклад, серед їх домінантних висловлювань спостерігаємо такі як «Мені страшно», «Страшно, скоро мабуть, помру, адже важко хворий», «У чому я винен?» тощо. Серед осіб за типом «Л» виділяємо відсутність страху, адже до її представників відносимо, як уже зазначалось попередньо, переважно контрольну групу осіб. Вони характеризуються відповідно зниженим рівнем соціальної фрустованості та конкурентоспроможністю у соціометричному вимірі.

Загальні результати фрустованості особистості у вимірі іпохондричних настроїв подано на рис. 3.33. У випадку з представниками професійного типу «Т» відмічаємо збільшений рівень соціальної фрустованості та домінування висловлювань за рахунок незрозумілого відчуття вини, зайвої самокритичності активації тривожних фантазій, нездатності до самостійного прийняття рішення тощо.

За типом «З» (рис. 3.33) діагностуємо помірний рівень соціальної фрустованості за рахунок сильного страху, обумовленого тривожністю за життя, з урахуванням можливостей професійного забезпечення й інтернет-доступу до медичних сайтів. Професійний тип «Х» характеризується дуже високим рівнем соціальної фрустованості в умовах комплексу неповноцінності за рахунок прагнення до суспільного схвалення і заохочування, відсутність

яких супроводжується соціальною ізоляцією, страхом, дратівливістю, розчаруваннями, відчуттям вини, підозрілості та гніву.

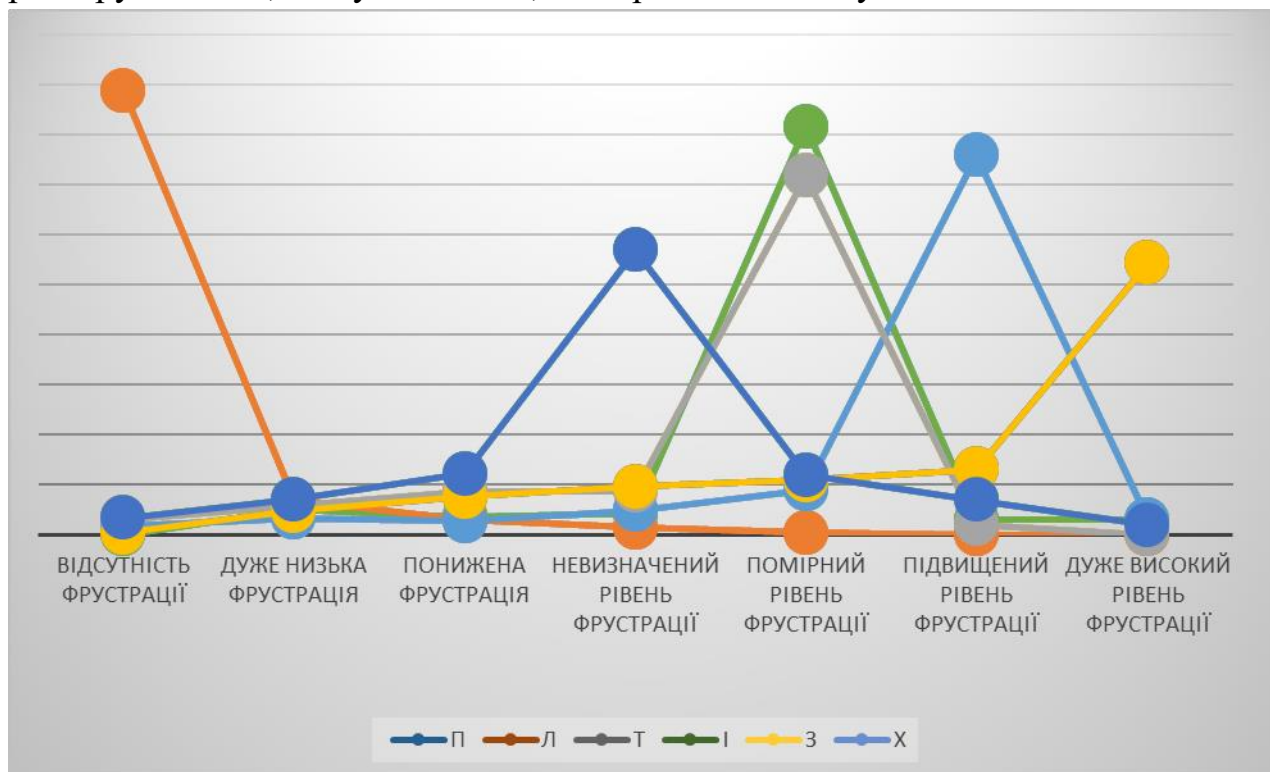


Рис. 3.33. Рівень соціальної фрустрованості досліджуваних професійних груп за методикою Вассермана-Бойко згідно з професійними типами А.С. Клімова

Психологічний портрет респондентів «Інші типи» згідно з цією методикою відрізняється від інших невизначеним рівнем соціальної фрустрованості, що характерно у разі прояву страху за рахунок надмірної поступливості, альтруїстичності, самопожертвування, честолюбства, підвищеної терплячості, совісності тощо. З соціальної точки зору, останній із типів обумовлений неупередженістю щодо забаганок соціуму та орієнтуванням на власний розсуд у вирішенні проблем. Соціальна простота характеризує їх як неவிбагливих екстерналів, що відрізняються невимогливістю у рівні домагань.

За Вісбаденським опитувальником Н. Пезешкіана (WIPPF), який призначений для оцінки характеріологічних і особистісних особливостей партнерів у ситуації конфлікту, визначаються актуальні (первинні) та вторинні властивості [259]. Актуальні властивості є психодинамічними дійовими. Вони взаємопов'язані з такими психодинамічними категоріями як Над-Я і Я-ідеал, і такими глибинно-психологічними категоріями як відчуття самоцінності та комплексу неповноцінності, а також вказують на вибір між бажаною і примусовою поведінкою. Вони дають додаткові диференційно-діагностичні настанови і на основі пізнання змісту конфліктного середовища відкривають нові можливості виховання, самодопомоги, самореалізації.

Таблиця 3.36.

Психологічний портрет особистості КГ1 за оцінкою характерологічних і особистісних особливостей партнерів у ситуації конфлікту

Ознаки	Типи професій					
	X ₁	X ₂	X ₃	X ₄	X ₅	X ₆
Охайність	47,35%	42,93%	53,28%	59,07%	46,40%	46,99%
Чистота	58,69%	49,38%	62,17%	51,42%	38,91%	50,40%
Пунктуальність	68,68%	38,88%	40,22%	47,72%	58,12%	48,06%
Ввічливість	39,00%	65,29%	53,50%	47,46%	63,17%	50,21%
Чесність-прямота	43,94%	41,33%	47,02%	66,87%	65,97%	44,37%
Старанність-діяльність	49,17%	45,56%	56,03%	67,88%	67,71%	64,99%
Обов'язковість, точність, сумлінність	65,64%	60,95%	51,59%	45,47%	65,58%	41,64%
Бережливість	48,18%	46,80%	53,34%	54,53%	42,70%	47,90%
Слухняність	58,28%	67,07%	42,98%	64,58%	53,10%	54,82%
Справедливість, вірність, терпіння	57,66%	65,42%	41,12%	50,38%	60,73%	51,29%
Час	51,81%	68,62%	50,82%	65,39%	68,47%	51,15%
Контакти	52,81%	38,85%	50,23%	49,69%	47,30%	67,48%
Довіра	41,68%	54,64%	43,82%	42,70%	40,99%	56,71%
Надія	68,38%	60,76%	49,73%	54,94%	66,57%	42,26%
Сексуальність - ніжність	67,25%	46,61%	45,23%	47,51%	53,79%	49,72%
Любов	54,73%	57,29%	54,97%	40,24%	58,86%	60,09%
Віра, релігія, церква	51,34%	39,00%	61,63%	43,97%	63,35%	46,17%
Тіло-відчуття	46,74%	58,96%	44,65%	58,29%	68,56%	40,29%
Діяльність	63,41%	49,83%	50,32%	49,28%	59,10%	62,24%
Здатність встановлювати контакти	57,82%	39,11%	42,63%	67,76%	52,20%	47,95%
Фантазії-майбутнє	57,98%	57,55%	43,46%	49,18%	67,43%	52,36%
Я-мама	47,12%	54,52%	60,53%	55,62%	59,95%	67,93%
Я-тато	57,90%	45,92%	40,24%	56,53%	64,44%	59,75%
ТИ	47,19%	58,08%	42,08%	62,28%	64,48%	38,79%
МИ	48,75%	56,11%	61,62%	50,87%	61,11%	64,42%
ПРА-МИ	63,64%	57,79%	57,52%	39,32%	46,17%	68,97%
Сума	1415,15%	1367,23%	1300,74%	1388,93%	1505,17%	1376,96%
Середнє значення	54,43%	52,59%	50,03%	53,42%	57,89%	52,96%
Стандартне відхилення	8,43%	9,46%	7,10%	8,55%	9,19%	9,02%

Вирішальну роль в оцінковій діяльності особистості відіграють вторинні актуальні властивості. Оскільки первинні враження про людину формується з огляду на зовнішність, то охайність, акуратність, стриманість відповідають позитивній оцінці, тоді як недбалість, непунктуальність, несправедливість, скупість, лінощі висвітлюють її в образі, який не справляє сприятливого враження.

Аналізуючи дані параметри відзначимо, що відповідні переживання чинять вплив на настрій та фізичний стан людини. Так, наприклад, педантичність, недбалість, ритуалізована охайність, завищена пунктуальність, непунктуальність, примусова совісність або необов'язковість, окрім соціальних конфліктів, ведуть також і до психічних і психосоматичних порушень, таких як тривожність, страх, агресія, та їх наслідків: у психічній сфері, у дихальних шляхах, у серцево-судинній системі, у шлунково-кишковому тракті, в опорно-руховому апараті, у нервовій системі, в сечовивідній і на шкірних покриттях. Тобто велике значення для розвитку психосоматичного розладу є сприймання людиною особистісної значущості симптому, що саме зумовило його появу, яке значення надається йому у сфері міжособистісних стосунків, і як, власне, він впливає на її життєву ситуацію.

Досліджуваному пропонують відповісти на представлені твердження за 4-бальною системою і відзначити на бланку: 4 бали – «завжди», 3 бали – «часто», 2 бали – «рідко», 1 бал – «ніколи». Обробка результатів здійснюється за кожною властивістю окремо шляхом сумування отриманих балів, які відносяться до даної властивості, з подальшим занесенням у бланк для відповідей даних [57].

Аналіз отриманих результатів із інтерпретації за окремими характерологічними властивостями поведінки людини показує диференційну відмінність між полярними ознаками тієї чи іншої особливості. Крайні значення або полярні – 3, 4, 10, 11, 12 – відображають деструктивні зміни характерологічних даних людини, серединні показники або нормативні дані, позначені числами – 5, 6, 7, 8, 9.

У КГ₁ за цим опитувальником (табл. 3.36) домінантними властивостями особистості спостерігаються акуратність, любов до порядку, охайність і догляд за тілом, одягом, предметами щоденного користування, чистота й охайність приміщення та навколишнього середовища.

Актуальним є суворе дотримання обумовленого або очікуваного часу людиною цієї групи. Ввічливість розуміється як прихована агресія на соціум. Чесність представлена у відкритому висловлюванні своєї думки, не звертаючи уваги на можливі негаразди навколишнього середовища. Працьовитість відображена як готовність протягом тривалого часу віддаватися напруженій і стомлюючій праці для досягнення певної мети. Обов'язковість характеризується

довірою до людини, яка навіть через відсутність можливості на даний момент часу завжди виконає свою обіцянку.

Під точністю ми розуміємо таку установку або поведінку, яка спрямована на максимально безпомилкове, бездоганне виконання роботи. Про совісність цієї групи осіб йдеться тоді, коли будь-яка діяльність виконується відповідно до внутрішніх вимог із точністю, сумлінністю та коректністю. Відзначаємо у них також схильність до економного поводження із матеріальними цінностями та ретельним виконанням прохань, доручень, наказів планової зумовленості (пасивно) і згідно з побажаннями інших (активно).

Спостерігаємо за ними також поведінку, яка керується більше раціональними міркуваннями, аніж особистісними симпатіями та підсвідомим відчуттям вірності й дружелюбності. Терпіння у них означає здатність чекати, відстрочувати задоволення бажань та розвивати в собі інші задатки здібностей, незважаючи на сумніви й очікування.

Здатність приділяти собі й іншим достатню кількість часу, надавати іншим достатню увагу і володіти просторовим сприйманням часу розкриває їх як компетентних фахівців, цілеспрямованих і неупереджених щодо виконання власних обов'язків. Їх здібності проявляються й у вмінні не зважати на схвалення чи покарання. Здатність приймати себе або інших людей у їх неповторності такими, як вони є, детермінує довіру у них як позитивну установку по відношенню до окремих способів поведінки людей. Здатність орієнтуватись на майбутнє слугує тим чинником, який надає можливості для розвитку й успіху в справах.

Зумовленість фізичного контакту забезпечується емоційним ставленням, яке, незалежно від прийнятих або наявних якостей і способу поведінки іншої людини, характеризує прийняття її як особистості. До ряду об'єктів респонденти цієї групи можуть підходити з різною градацією: наприклад, прийняття людини відбувається незалежно від того, пунктуальна вона чи непунктуальна, охайна чи ні, порядна чи непорядна. Здатність встановлювати відносини з несвідомим у самому собі, в навколишньому світі й неземному (пріоритетність вірувань у Бога як у вищу силу), а також цікавитись питанням про сенс життя забезпечується шляхом релігійних переконань і культурологічних цінностей. Релігія для них нерідко пов'язана з вишуканими обрядами і ритуалами – формою вираження віри, але у помірних показниках. Церква є інститутом, що об'єднує прихильників однієї релігії та забезпечує їх духовність. Однак у них на першому плані стоять відчуття стану оптимального функціонування організму людини.

Психологічний портрет особистості КГ₂ за оцінкою характерологічних і особистісних особливостей партнерів у ситуації конфлікту

Вид і спосіб прояву норм діяльності, які включені в них у Я-концепцію, впливають на здатність встановлювати та підтримувати стосунки при виникненні проблем.

Інтуїтивне судження, натхнення і творчість існують для них як засіб вирішення проблем, а «втеча» у фантазії – на шляху подолання конфліктних відносин. Ставлення до батьків (вихователів), братів і сестер характеризується наслідуванням стосунків між батьками та ставленням батьків до навколишнього світу в минулому, в аспекті питань світогляду, релігії, сенсу.

Встановлено (табл. 3.37), що у більшості респондентів як КГ₁, так і КГ₂ переважають нормативні показники особливостей — від 61% («справедливість») до 92% («товариськість») досліджуваних КГ, від 67% («любов») до 92% («модель/вони») досліджуваних КГ₂. Статистично достовірними, з перевищенням одного стандартного відхилення (σ), виявились такі відмінності між КГ₁ та КГ₂: середні значення шкал «справедливість», «чесність», «ввічливість», «обов'язковість», «вірність», «бережливість» вищі у КГ₂, а за шкалами «довіра», «надія», «сексуальність», «тіло/відчуття», «модель / пра-ми» у КГ₁ осіб.

У ході дослідження було виявлено загальну тенденцію у КГ₂ вибірки до зниження таких соціальних норм, як «чистота» і «бережливість» (особливо для чоловіків) та «справедливість». Статистична обробка даних свідчить про високі показники зв'язку та значущі прямі інтеркореляційні залежності між почуттями справедливості, довіри та надійності ($p \leq 0,01$). Оскільки почуття справедливості чи несправедливості формується досвідом людини, то доходимо висновку про існування у цій сфері базового конфлікту, який у чоловіків має тенденцію трансформуватись у напрямку розширення контактної сфери, а у жінок – до її обмежень.

Загалом аналіз даних вибірки виявив, що усереднений показник актуальних здібностей другого порядку (пізнання) нижчий від показника первинних здібностей (прийняття та любові), проте лише у КГ ця відмінність статистично значуща ($t=2,73$, $p \leq 0,01$).

Таблиця 3.37.

Психологічний портрет особистості КГ₂ за оцінкою характерологічних і особистісних особливостей партнерів у ситуації конфлікту

КГ ₂						
Ознаки	Типи професій					
	X ₁	X ₂	X ₃	X ₄	X ₅	X ₆
Охайність	44,64%	57,41%	64,89%	55,52%	72,06%	51,47%
Чистота	58,49%	58,42%	70,36%	68,74%	56,14%	60,71%
Пунктуальність	48,35%	52,03%	59,13%	59,75%	56,71%	45,69%
Ввічливість	71,33%	50,22%	46,09%	68,96%	65,96%	65,93%
Чесність-прямота	70,26%	66,63%	60,30%	52,10%	70,52%	65,34%
Старанність-діяльність	67,70%	44,29%	68,76%	61,57%	51,20%	64,05%
Обов'язковість, точність, сумлінність	67,37%	47,79%	49,90%	52,75%	50,83%	42,47%
Бережливість	46,37%	56,93%	66,72%	67,09%	54,93%	59,96%
Слухняність	70,58%	59,48%	61,11%	43,91%	68,32%	68,14%
Справедливість, вірність, терпіння	44,95%	47,24%	55,32%	68,26%	58,10%	60,77%
Час	69,67%	52,79%	62,36%	52,63%	44,04%	48,42%
Контакти	55,68%	57,44%	51,65%	61,09%	69,62%	64,33%
Довіра	43,79%	63,97%	70,04%	71,42%	45,29%	63,82%
Надія	55,57%	41,59%	59,64%	49,56%	45,81%	65,20%
Сексуальність - ніжність	63,31%	44,17%	68,39%	63,01%	51,42%	64,06%
Любов	53,16%	45,62%	51,03%	52,37%	51,59%	46,21%
Віра, релігія, церква	64,13%	53,67%	71,66%	63,50%	41,92%	48,02%
Тіло-відчуття	70,03%	58,33%	68,80%	51,39%	71,45%	62,72%
Діяльність	54,40%	55,12%	61,00%	43,42%	69,74%	71,42%
Здатність встановлювати контакти	52,05%	41,98%	69,78%	42,99%	67,91%	48,01%
Фантазії-майбутнє	45,80%	69,22%	69,45%	66,06%	60,36%	58,15%
Я-мама	60,91%	48,85%	65,33%	59,92%	66,36%	64,65%
Я-тато	67,76%	51,15%	54,72%	62,66%	49,85%	55,16%
ТИ	61,53%	67,54%	53,41%	47,11%	60,56%	43,41%
МИ	51,18%	65,67%	49,48%	42,10%	46,36%	42,01%
ПРА-МИ	57,23%	61,51%	53,65%	45,83%	43,06%	43,45%
Сума	1516,26%	1419,05%	1582,97%	1473,69%	1490,11%	1473,56%
Середнє значення	58,32%	54,58%	60,88%	56,68%	57,31%	56,68%
Стандартне відхилення	9,35%	8,14%	7,82%	9,23%	10,06%	9,36%

Стосовно типів реакцій на конфлікти, то більшість респондентів КГ₁ і КГ₂ отримали високі та збалансовані показники за такими шкалами, як «тіло/відчуття», «діяльність» та «стосунки», що засвідчує володіння різними способами переробки проблемних ситуацій, запобігає соматизації, визначає вибір активного стилю поведінки у КГ осіб.

Таблиця 3.38.

Психологічний портрет особистості ЕГ₂ за оцінкою характерологічних і особистісних особливостей партнерів у ситуації конфлікту

ЕГ ₁						
Ознаки	Типи професій					
	X ₁	X ₂	X ₃	X ₄	X ₅	X ₆
Охайність	52,15%	39,06%	36,35%	40,69%	46,12%	51,03%
Чистота	36,40%	40,06%	47,22%	38,83%	44,37%	36,61%
Пунктуальність	50,12%	50,75%	40,95%	40,57%	51,63%	40,37%
Ввічливість	39,95%	40,16%	42,56%	53,32%	36,96%	51,19%
Чесність-прямота	47,78%	38,22%	36,50%	37,80%	37,25%	44,61%
Старанність-діяльність	38,26%	44,93%	37,56%	50,64%	49,55%	38,61%
Обов'язковість, точність, сумлінність	53,34%	41,07%	40,25%	43,46%	39,10%	40,58%
Бережливість	49,52%	38,04%	46,54%	47,35%	40,50%	37,46%
Слухняність	41,24%	52,08%	50,18%	37,10%	46,94%	51,58%
Справедливість, вірність, терпіння	52,73%	51,41%	40,34%	46,75%	48,12%	46,05%
Час	41,31%	40,74%	42,97%	50,62%	52,48%	44,70%
Контакти	44,52%	36,99%	44,26%	36,05%	36,86%	46,00%
Довіра	48,06%	36,51%	42,42%	40,84%	38,35%	41,57%
Надія	42,50%	41,08%	39,59%	39,70%	37,38%	51,07%
Сексуальність - ніжність	49,69%	48,52%	37,76%	52,38%	38,44%	50,77%
Любов	36,92%	36,21%	39,10%	41,67%	39,74%	43,06%
Віра, релігія, церква	40,49%	52,73%	37,91%	43,57%	53,36%	43,61%
Тіло-відчуття	43,24%	36,60%	40,61%	42,69%	50,44%	38,47%
Діяльність	49,62%	36,77%	41,32%	37,18%	40,52%	43,91%
Здатність встановлювати контакти	44,05%	47,90%	51,12%	47,65%	39,33%	41,11%
Фантазії-майбутнє	49,98%	48,83%	47,24%	39,80%	47,21%	37,68%
Я-мама	44,34%	50,51%	45,72%	53,41%	44,74%	53,35%
Я-тато	46,78%	45,31%	48,07%	35,90%	48,24%	40,19%
ТИ	45,94%	47,15%	36,06%	45,75%	38,57%	43,19%
МИ	49,56%	52,56%	39,93%	51,75%	36,54%	44,11%
ПРА-МИ	40,85%	36,26%	41,16%	40,06%	50,60%	40,00%
Сума	1179,35%	1130,48%	1093,71%	1135,54%	1133,33%	1140,88%
Середнє значення	45,36%	43,48%	42,07%	43,67%	43,59%	43,88%
Стандартне відхилення	4,98%	6,02%	4,30%	5,68%	5,71%	4,98%

За результатами розподілу показників досліджуваних експериментальної групи відмітимо, що найбільших змін зазнали показники надії, сексуальності ($p < 0,05$) і реакції на конфлікти тіла ($p < 0,05$) і стосунків ($p < 0,09$) – шкали, що найбільш чітко вирізняють наявність соматичних порушень у досліджуваних.

Показник віри виріс не так значно, але певніше – ймовірність незначимості змін (лише $p < 0,04$).

Дві наступні соціальні норми, «чистота» та «бережливість», фіксують взаємодію із зовнішнім світом, де почуття міри вказує або на адекватність їх проявів як природних та спонтанних, або на такі, що посилюють напругу, постійний процес обміркування та додаткові енергетичні витрати. Відзначена також тенденція до заниження вимог у напрямку «бережливість». Відносно первинних здібностей, які стосуються любові та прийняття, то при загальній тенденції до високих показників жінки отримали більше максимальних даних, ніж чоловіки: здатність до терпіння задекларували 23,52 % чоловіків і 29,21 % жінок; розуміння значення часу і готовність його виділяти виказали 23,41 % чоловіків та 17,91 % жінок; почуття надії мають 20 % чоловіків та 22,50 % жінок; здатність надавати та приймати любов виявили із значною перевагою теж жінки – 30 % та 72,73 % відповідно. Наразі жінки в своїй більшості відзначають значущість терпіння, любові, надії та виділення часу для побудови та підтримки соціальних контактів. Троє із названих шкал стосуються теперішнього часу, а одна виходить за його межі і у перспективі вказує шлях на майбутнє через здобутки власного досвіду. Якщо людина навчена вивіряти істинну значимість подій сьогоденням із перспективою на майбутнє, то позитивне ставлення і надія будуть окриляти її життєвий шлях та будувати його на основі оптимізму. Песимізм та розчарування супроводжують життя тих, хто не навчений вивіряти події сьогодення мірками майбутнього і тим самим обмежує можливості бачення його перспектив та породжує почуття безнадійності та рутинності. Можна сказати, що студенти, які в минулому подолали горе та втрати, більше орієнтовані на перспективність та оптимізм. Рутинність та одноманітність здебільшого не будуть відповідати їхнім очікуванням та потребам розвитку.

Стосовно наступних чотирьох шкал, таких як «сексуальність/ніжність», «віра», «довіра» та «товариськість», то жіноча вибірка показує переважно середні показники, а чоловіча – переважно низькі, але з тенденцією до певного розшарування, особливо за шкалою довіри. Високі показники за шкалами «віра», «довіра» та «товариськість» вказують на значущість та готовність людей до відкритості, підтримки щоденних контактів, налаштованість на спілкування, впевненість у собі та своїх здібностях. Віра показана як життєва позиція, очікування чогось невідомого «не лише в нас самих, а й непізаному в оточуючому середовищі та незнайомому у Всесвіті, що визначається також поняттям Бога». Наразі домінуючу налаштованість на контакти та довіру більше демонструють КГ осіб вибірки.

Така особистість винятково оптимістична. Навіть під час екстремальної ситуації вона не втрачає надії, і це нерідко надає їй сил у пошуку оптимального рішення. Також спостерігається тенденція до самостійності, адже вона ніколи не очікує, поки хтось розпочне роботу, прагне взяти весь трудовий тягар на свою відповідальність і закінчити все

досконало. Такі люди ризиковані, не бояться невдач і можуть з легкістю пережити розчарування.

І найголовніше, такі люди відрізняються дуже високим ступенем самооцінки. Вони не перебільшують власних досягнень і щохвилини загартовують свій психоемоційний потенціал, переборюють свої недоліки. Поважають у собі особистість, людяність, здатні співчувати, віддано любити приносити радість та щастя.

Перевага низьких показників названих шкал показує природну тенденцію до збереження ресурсів психологічної стійкості особистості (зменшення активності, збільшення часових проміжків прийняття рішення), але може привести до пролонгування складних ситуацій навчально-виховного процесу та запізнених дій щодо їх вирішення.

Значна частина вибірки виявилася в зоні високих показників за таким типом реакції як «фантазія» та частково – «стосунки». Переважними реакціями респондентів на конфлікти виявилися такі: посилення фізичної активності, що може посилювати небезпеку розвитку іпохондричної хвороби; тенденції ментальної пасивності під час діяльності, що слугує економією ресурсів; тенденцією на творчий підхід та уяву, а також розширення контактів та сферу соціальної підтримки, остання з яких виявилася більш притаманною вибірці респондентів з порушеннями ШКТ. Виявлений усталений стиль орієнтованості респондентів на творчість та розвиток уяви може в той же час передбачати наявність різних домислів, вірувань та містичних суджень, що зменшуватиме критичність респондентів у сприйманні актуальної ситуації.

Аналізуючи отримані результати можна сказати, що розширення адаптаційних горизонтів у такий спосіб створюватиме ризиковану ситуацію відходу від реальності, а в ситуації некомпетентності та обмеженого доступу до знань приводитиме до невірного трактування подій. Виходячи з того, що в ситуаціях психосоматичних порушень такі чинники, як проактивність, час та реалістичність суджень є життєво значущими, то здатність майбутніх фахівців до фантазувань виступає критичною ознакою порушення світогляду і потреб людини.

У ЕГ₂ спостерігається (табл. 3.39) тенденція до внутрішньої неузгодженості мотивів на шляху до подолання перешкод. За шкалою «Акуратність» відзначаємо педантичність, потребу в «стерильній» чистоті, в постійному прибиранні квартири. Люди даного типу характеризуються надмірною увагою до чистоти власного тіла, одягу, предметів щоденного користування. Така людина, за Н. Пезешкіаном, називається «чепуруном», «одягненим з голочки», доглянутим, зосередженим на власних амбіціях стосовно тілесних показників. Дані особливості можуть виявлятися у нав'язливому прагненні до чистоти і в гидливості до всього, що може забруднити тіло.

Згідно з цим, вони відрізняються непунктуальністю, яка проявляється в постійних запізнюваннях в організацію.

Таблиця 3.39.

Психологічний портрет особистості КГ₂ за оцінкою характерологічних і особистісних особливостей партнерів у ситуації конфлікту

Ознаки	ЕГ ₂					
	Типи професій					
	X ₁	X ₂	X ₃	X ₄	X ₅	X ₆
Охайність	22,05%	20,64%	17,02%	25,30%	24,35%	22,71%
Чистота	26,29%	19,45%	19,85%	24,27%	24,78%	23,39%
Пунктуальність	18,57%	23,46%	31,37%	20,70%	29,23%	17,98%
Ввічливість	25,72%	20,46%	29,13%	17,70%	19,68%	14,25%
Чесність-прямота	24,40%	17,18%	17,06%	19,08%	30,03%	31,45%
Старанність-діяльність	15,58%	29,17%	21,12%	21,66%	18,40%	28,12%
Обов'язковість, точність, сумлінність	23,11%	27,33%	31,19%	26,62%	18,64%	29,58%
Бережливість	29,77%	28,33%	16,66%	21,95%	16,73%	31,17%
Слухняність	15,05%	26,95%	27,56%	20,25%	24,13%	18,71%
Справедливість, вірність, терпіння	26,58%	24,08%	24,91%	23,87%	16,02%	29,87%
Час	29,41%	22,89%	13,83%	25,71%	27,83%	30,69%
Контакти	27,63%	18,54%	25,57%	14,45%	18,66%	28,82%
Довіра	26,12%	27,46%	18,82%	17,67%	20,24%	20,97%
Надія	20,69%	14,23%	15,67%	15,73%	17,25%	25,36%
Сексуальність - ніжність	25,32%	23,72%	25,01%	30,97%	30,23%	28,11%
Любов	21,96%	20,89%	31,26%	17,23%	25,82%	20,58%
Віра, релігія, церква	27,72%	24,31%	30,45%	26,02%	19,05%	26,64%
Тіло-відчуття	25,68%	26,37%	28,00%	29,66%	14,54%	17,13%
Діяльність	27,87%	29,30%	21,41%	22,08%	21,38%	17,91%
Здатність встановлювати контакти	23,09%	26,58%	29,18%	29,94%	27,76%	18,83%
Фантазії-майбутнє	21,89%	18,57%	19,91%	23,67%	16,63%	22,40%
Я-мама	14,40%	22,88%	15,83%	21,90%	26,49%	20,48%
Я-тато	26,99%	15,78%	23,04%	22,35%	19,43%	19,59%
ТИ	17,79%	28,48%	20,86%	18,41%	19,84%	20,67%
МИ	14,13%	20,92%	16,06%	26,38%	14,94%	15,14%
ПРА-МИ	17,01%	27,75%	26,48%	26,75%	26,61%	28,04%
Сума	594,80%	605,70%	597,25%	590,35%	568,68%	608,62%
Середнє значення	22,88%	23,30%	22,97%	22,71%	21,87%	23,41%
Стандартне відхилення	4,85%	4,36%	5,67%	4,41%	4,94%	5,32%

За низькими показниками шкали «Ввічливість», прояв явної гетероагресії виражається в безтактності, зухвалості, ігноруванні особистості співрозмовника, що й ранив його саме неухвалістю респондента, скажімо, за народною мудрістю той почувається як «слон у посудній лавці». Знову ж таки простежуються низькі показники за шкалою «Чесність» відзначаємо нещирість, замкнутість, надмірну скритність, постійне уникнення пояснень, виражену схильність до брехні, перекручення значущої для співрозмовника інформації («незрозуміло, що в нього на

думці», «бреше як по писаному»). У їхній діяльності спостерігаються лінощі, неробство, схильність до безглузлого проведення часу, неритмічність, постійні перешкоди під час праці.

Відмічаємо також необов'язковість, непослідовність, неточність, недбалість у стосунках із людьми, самостійну зміну домовленостей («сьогодні одне – завтра інше») та невміння планувати матеріальні витрати, знецінення грошових витрат до марнотратства («смітить грошима», «широка натура»). Особливо на рахунок медикаментозного забезпечення. ЕГ₂ притаманні всі форми непослуху – від мовчазного опору до відкритого бунту, заперечення будь-яких авторитетів («ви мені не указ»).

Шляхом ігнорування доцільних зауважень на адресу справедливості та на догоду особистим уподобанням, симпатіям, власному настрою досліджувані маніпулюють іншими, використовуючи нетерплячість, агресивне відстоювання свого права на негайне задоволення потреб тощо.

За часовою категорією відзначаємо тривожне стеження за часом, постійні перевантаження, перебування у стресі через гострий його дефіцит, тяжкі переживання почуття провини через невміння раціонально організовувати свою діяльність і одночасно жорсткого обмеження у цьому інших людей, в основному близьких. Також характеризуються недовірою до себе і оточуючих, підозрілістю, ревностями, «комплексом неповноцінності» тощо.

Глибокий песимізм, нескінченні сумніви, часті розчарування, усвідомлення безглуздості та безнадійності будь-яких власних дій призводять до психологічної дистанційованості від партнера, що виявляється у байдужості, відкиданні, прихованої і наявної ненависті, нескінченної прискіпливості та вимогливості, зловживанні покараннями. Однак відзначимо дещо підвищені показники за шкалою «Віра», що свідчить про внутрішній фанатизм до світоглядних, смисложиттєвих проблем віросповідання.

Н. Пезешкіан вважає, що адекватна відповідь особистості на конфліктну ситуацію даного типу повинна складатись із рівноцінних проявів за чотирма позиціями, що у разі однобічного реагування на конфлікт є проявом неадекватного ставлення до реальності. Перша позиція відображена у взаємодії «тіло – відчуття». Дана шкала передбачає реакцію фізичного «Я» на конфлікт. У нашому дослідженні спостерігаються низькі показники, яким відповідає гіперактивність особистості в підтримці фізичної форми до знемоги, шляхом фізичних перевантажень або в надмірній зацікавленості щодо активного відпочинку. Вона включає непосильні для нервової системи й організму в цілому навантаження із явним або прихованим для людини ризиком для життя або абсолютне, безцільне «розслаблення».

За іншою позицією відображення внутрішньої конфліктності показано у способі репрезентативної діяльності, вид і спосіб прояву норм діяльності, включених у концепцію «Я», їх динаміку в конфліктних ситуаціях, згідно з якою, з одного боку, присутня здатність уникати вимог досягнення; з іншого боку, відмова від (суспільно)

необхідних досягнень, «втеча» в бездіяльність, у хворобу. З позиції міжособистісної взаємодії схильність до встановлення й підтримки відносин при виникненні проблем за низьких показників цього опитувальника спостерігаємо схильність до усамітнення.

За четвертою позицією у розв'язанні внутрішньої конфліктності спостерігається тенденція до навіювань і понурення у фантазії на майбутнє. Зазвичай хворий орієнтується на інтуїтивні передумови творчих потенціалів і натхнення, де творчість як засіб вирішення проблем, «втеча» у фантазії. У нашому випадку занурення відбувається у «негативні» (продукуванні проблеми) думки і концепції самосприйняття як способу вирішення проблем такої чинності.

Такі характеристики продукувані стосунками у минулому реципієнта з дитинства та юності зі своїми рідними і близькими, які він нині переживає як негативні, холодні, близькі до агресивності й спричинені замкнутістю, нетерпимістю, нетовариськістю як форми захисту, що витісняє, індиферентний настрій.

Враховуючи вищезазначені показники диференційних відмінностей контрольних і експериментальних груп, зазначимо, що у формуванні професійних навичок суттєвим є тип мислення і реактивна відповідність на внутрішню конфліктність. Проаналізуємо отримані результати згідно з опитувальником (WIPPF) Н. Пезешкіана. Його шкали розкривають зміст виховання, міжособистісних та внутрішніх конфліктів особистості. Згідно з показниками тестових запитань, інтерпретацію результатів можна відзначити за наявності високих показників у представників групи осіб типу «людина-природа». Високий прояв особистісних здібностей людини та її психологічної зрілості можна стверджувати на основі наявності 10-12 балів. Результати дослідження за цією методикою представлені нами на рисунках 3.32 – 3.37.

Зважаючи на рис. 3.34, відзначимо, що найвищі показники КГ₁ осіб цього типу спостерігаються за шкалами «ввічливість», «чесність», «старанність», «сумлінність», «бережливість», «терпіння», «орієнтування у часі», «діяльність», «патерналізм». Середні показники займають такі шкали як «чистота», «пунктуальність», «ввічливість», «слухняність», «міжособистісні контакти», «любов» і «віра», що свідчить про орієнтацію респондентів на діяльність, професійну харизматичність, раціональну згуртованість світовідчуття. Низькі відсотки простежуються за такими актуальними цінностями як «охайність», «довіра» та «фантазії-майбутнє», що означає спрямованість особистості на теперішній час, «тут і зараз».

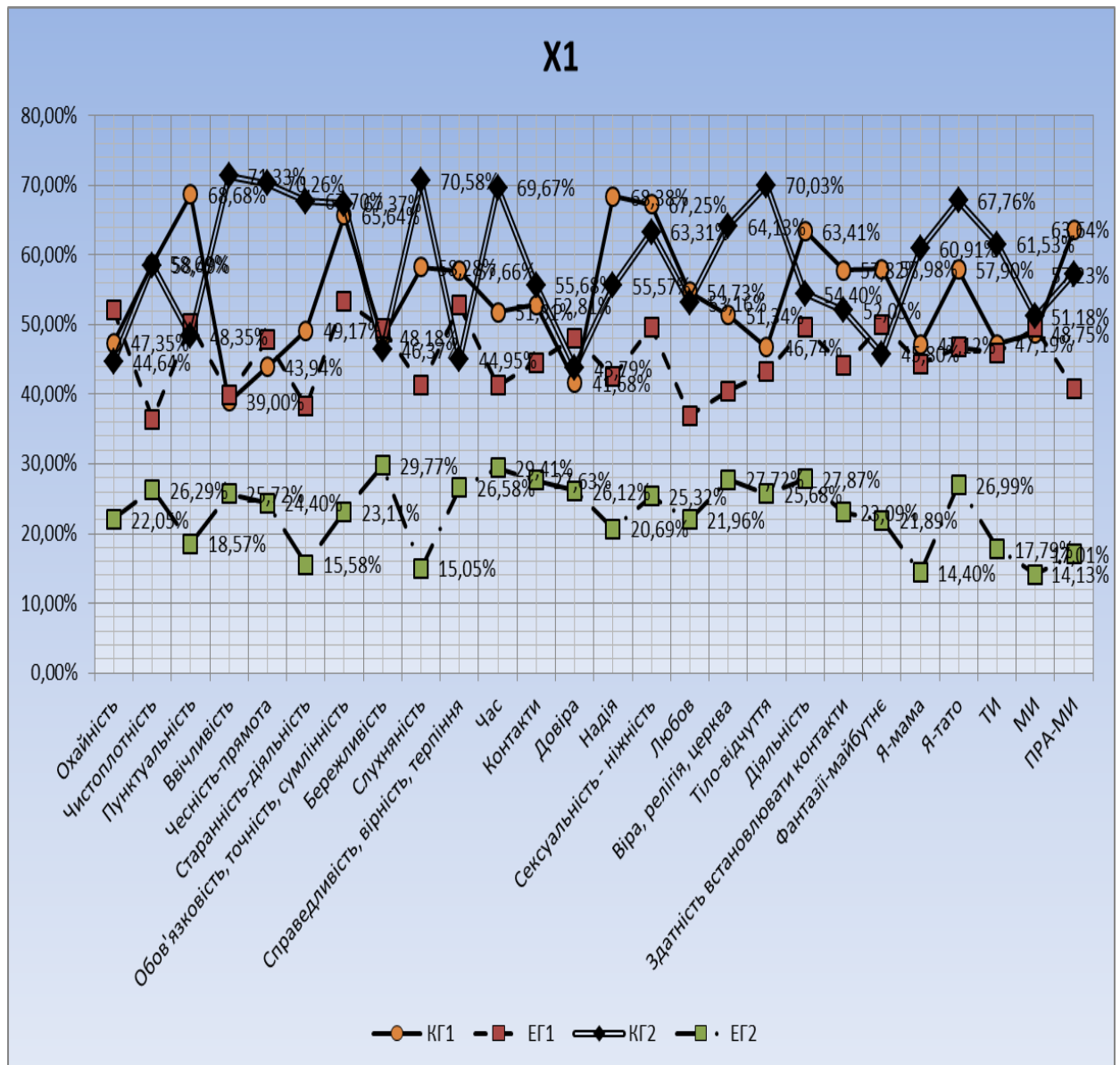


Рис.3.34. Особистісні потенціали осіб типу «людина-природа» на етапі їх професійного забезпечення

У КГ₂ осіб за високими показниками видно «пунктуальність», «сумлінність», «діяльність» та «пра-ми», що означає відсутність наслідування запозиченого досвіду, світоглядних тенденцій минулого, орієнтацію на сьогодення. За середніми показниками видно контактність, віру, надію і любов до діяльності в аспекті формування міжособистісних відносин. Низькі показники свідчать про занизьку охайність, прямоту і чесність, тіло-відчуття і сердечність, що надає їм прагматичності та цілеспрямованості у збереженні професійних цілей.

У представників ЕГ₁ (3.35) спостерігається тенденція до забезпечення інтерактивної діяльності за рахунок середніх значень вищезазначених шкал. Вони мало чим відрізняються від осіб КГ₁ і КГ₂, однак, все ж у них присутня схильність до стурбованості про здоров'я, як видно за шкалою «Тіло-відчуття» (70,3%). У осіб ЕК₂ відмічаються низькі показники за усіма шкалами, що свідчить про внутрішню

неузгодженість і прихований конфлікт. Яким з форм переробки конфліктів віддається перевага – залежить в істотній мірі від набутого досвіду, перш за все – отриманого в дитинстві. Однак, домінантною тенденцією цих типів є ігнорування досвіду минулого, й відповідної реакції на конфліктну взаємодію не спостерігається.

Для розуміння конфліктної ситуації необхідно розуміння фону і визначальних її концепцій. Розвиток особистості вирішальним чином залежить від первинних відносин людини:

- 1) батьки і брати або сестри (а також ровесники) по відношенню до дитини (Я);
- 2) батьки між собою (Ти);
- 3) батьки до навколишнього світу (Ми);
- 4) батьки до релігії/світогляду (Пра-Ми).

Ці моделі для наслідування являють собою можливості реалізації всіма людьми своєї здатності встановлювати відносини. Актуальні здібності можуть бути представлені тут як фільтр соціальних відносин. Найнижчі показники отримано за параметрами «Пра-Ми».

Таким чином, у результаті діагностичного дослідження цього типу виявлено: орієнтацію респондентів на діяльність, професійну харизматичність, раціональну згуртованість світовідчуття, спрямованість особистості на теперішній час, «тут і зараз», прагматичність та цілеспрямованість у збереженні професійних цілей, тенденцію до забезпечення інтерактивної діяльності, внутрішню неузгодженість і прихований конфлікт. Дисбаланс у моделях формування професійного мислення полягає у забезпеченні інтерактивного спілкування і наявності внутрішньої неузгодженості та прихованого конфлікту.

У групі респондентів *типу «людини-людина»* відзначаємо зосередженість на міжособистісних стосунках, як показано на шкалі «контакти» у КГ₁ – 68,62 %, у КГ₂ – 57, 44%, у ЕГ₁ – 38, 85% та у ЕГ₂ – 27,46%. Спілкування для цієї групи осіб є індиферентним і перцептивно необхідним та слугує розвантажувальним фактором у взаємостосунках. Емоційна забарвленість у міжособистісних взаєминах визначає рівень конфліктності особистості, її значимість і конкурентоспроможність.

У КГ₁ спостерігаємо високі показники за такими шкалами як «ввічливість», «сумлінність», «терпіння», «відчуття часу», «контакти, «надія», «любов», що свідчить про толерантне світовідчуття, працездатність, життєву сенситивність і благополуччя. За середніми показниками відзначаємо орієнтування на майбутнє, що за шкалою «Фантазії-майбутнє» (57,55%), з урахуванням досвіду минулого за шкалами «Ти» (57,23%), «МИ» (56,11%), «Пра-ми» (57,34%). Згідно з цими шкалами, показано, що особистісний досвід і відповідне реагування на конфліктну взаємодію супроводжується надійними узгодженими тактиками в подоланні міжособистісних розходжень.

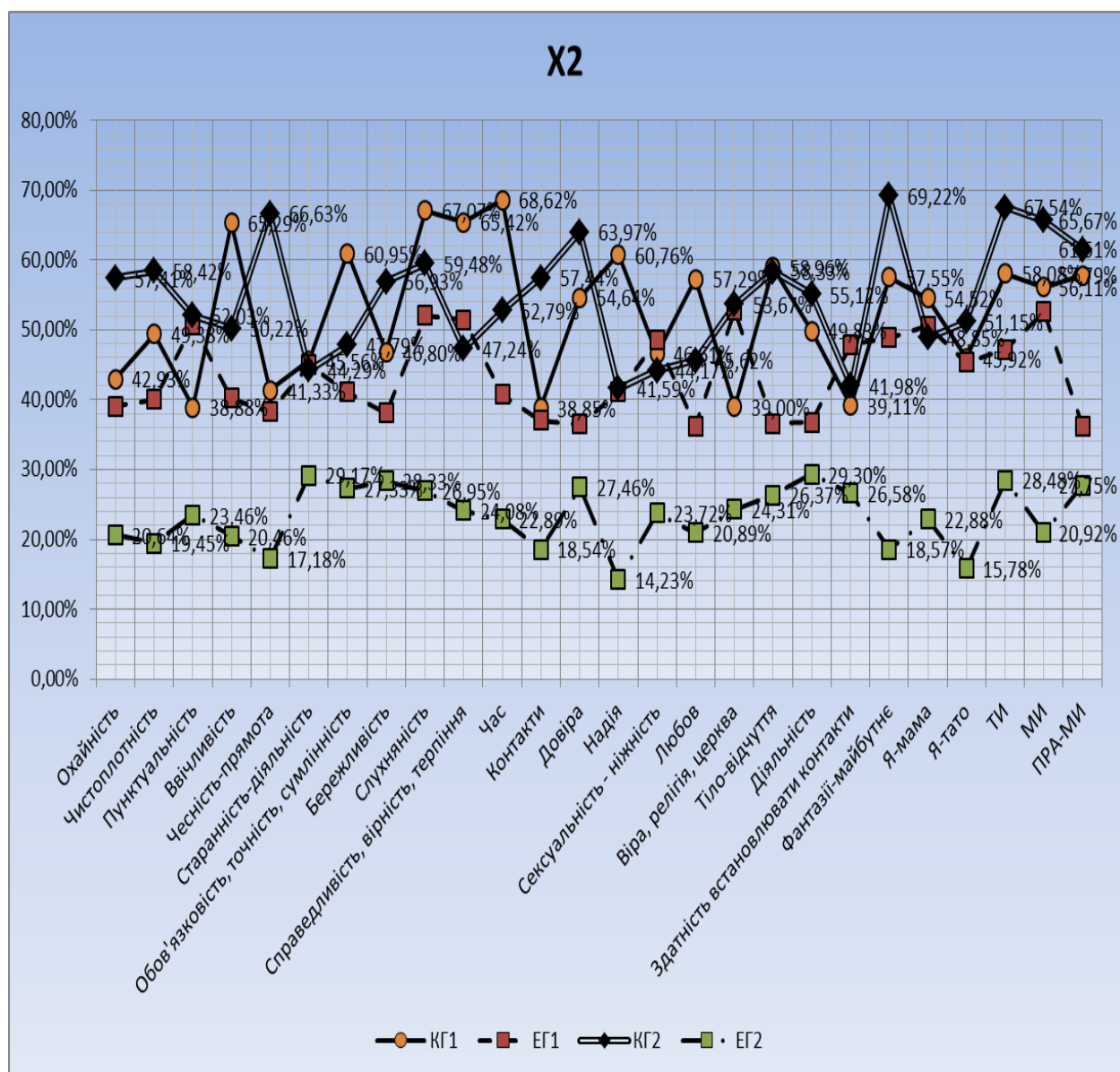


Рис. 3.35. Особистісні потенціали осіб типу «людина-людина» на етапі їх професійного забезпечення

А також значну вмотивованість щодо вмінь адекватного подолання конфліктних ситуацій містять настанови батька та матері, релігійні переконання, далекоглядність світогляду. За низькими показниками характеризуємо такі шкали як «пунктуальність», «прямота», «довіра» і встановлення контактів поза межами бажаного. Низькі бали спостерігаємо також за шкалою «Тіло-відчуття», що свідчить про неупередженість щодо соматичних скарг.

КГ₂ характеризується високими показниками за шкалами «чесність», «довіра», «фантазії-майбутнє», «Ти», що свідчить про схильність до раціональної поведінки у конфлікті, який слугує чинником для обміну інформацією. За середніми показниками у них спостерігаються «охайність», «пунктуальність», «ввічливість», «слухняність», «терпіння», «Тіло-відчуття», що свідчить про прагматичність життєвих цілей, серед яких домінантним фактором є дотримання здорового способу життя. Низькі показники у даній групі визначаються за шкалами «сумлінність», «надія», «здатність

встановлювати контакти», що співвідносить їх поведінку з обережністю у стосунках з іншими. Часто саме такі переконання слугують причиною їх невизначеності, незрозумілості, помірної замкненості.

ЕГ₁ група характеризується високими показниками за такими шкалами «бережливість», «слухняність», та орієнтування на минуле, з урахуванням сімейних традицій, цілей і переконань. Відмітимо також, що середні показники властиві даній групі за шкалою «Тіло-відчуття», що часто є причиною розвитку у цієї групи осіб реальних соматичних захворювань. Низькі показники підкреслюють у них домінуючі тенденції за усіма показниками інших шкал, що є небезпечним на шляху становлення особистості та реалізації її внутрішніх потенціалів.

ЕГ₂ осіб відображає позицію меркантильних відчуттів у формуванні світогляду особистості щодо організації власного майбутнього. Вони не здатні до творіння своєї долі, реалізації життєвих перспектив. Особливості їх скарг полягають у відсутності дієвості щодо певних стратегічних планів реалізації власних бажань, у неприйнятті раціональних рішень, у бездіяльності щодо власної безпеки. Низькі показники за усіма шкалами свідчать про дезадаптацію людини в соціумі, невміння створювати міжособистісні взаємозв'язки, слугувати авторитетом серед інших. Сутність внутрішньоособистісного конфлікту полягає у невизначеності вибору життєвих перспектив, підвищеній чутливості до критики, зниженні рівня розумової діяльності. Виникнення таких іпохондричних реагувань зазвичай пов'язано з яким-небудь патогенним фактором типу іатрогеній чи з невірними, помилковими уявленнями про хворобу. Цих хворих турбують не стільки ймовірність реальних відчуттів у тілі, скільки уявлення про «важкість» передбачуваної у них хвороби. Досить часто подібний стан спостерігається в результаті поєднання несприятливого перебігу подій із незначним соматичним стражданням. Характер психологічної травми зазвичай визначає і клінічну картину іпохондричних реагувань.

Таким чином, відзначимо, особливості перебігу зародження і розвитку іпохондричних розладів у групі осіб за типом «людина-людина» спостерігаються за таких умов як орієнтування на минуле, з урахуванням сімейних традицій, цілей і переконань, відсутність дієвості щодо певних стратегічних планів у реалізації власних бажань, у неприйнятті раціональних рішень, у бездіяльності щодо власної безпеки, у дезадаптації людини в соціумі й невмінні створювати міжособистісні взаємозв'язки, у невизначеності вибору життєвих перспектив, підвищеній чутливості до критики, зниженні рівня розумової діяльності, у наявності соматичних страждань.

Представники типу «людина-техніка» відрізняються від інших представників у класифікації професійних типів особистостей тим, що орієнтуються на усамітнення і закритість почуттів. Їм притаманна оцінка соціальних факторів як особистісного дискомфорту й скутості. Відкритість і розважливість вони відчувають в умовах незначної групи осіб або членів родини, з можливістю застосування необмежених

інтернет-послуг і засобів технологічних машин. Люди даного типу ефектно реалізують себе в умовах монотонності та математично-прогностичного мислення. Вони використовують в процесі опосередкованого спілкування світ технологій як засіб реалізації власних бажань, мотивів і цілей.

У КГ₁ осіб спостерігається дана тенденція у межах їх компетентності, вмінні розблоковувати світ власних геніальних ідей в умовах реальності та домашнього вжитку. Значимість їх світовідчуття полягає в уточненні власних мотивів із соціальним забезпеченням і професійною орієнтацією. Як видно на малюнку 3.35, високі бали згідно з Вісбаденським опитувальником Н. Пезешкіана, спостерігаються за такими шкалами як «чистоплотність», «віросповідання», «Я-мама», «МИ», що означає підвищену сеситивність до інтелектуального навантаження під час виконання різних виробничих операцій, що створює умови для докорінної зміни характеру і змісту праці фахівців. Оперування виробничо-технічним матеріалом надає мисленню фахівців специфічне спрямування і характер, формує у них так зване технічне мислення. До його особливостей належать чіткість і точність розумових операцій, спрямованість на точні розрахунки, практичність, гнучкість і нешаблонність. Визначальною у них є також така риса як оперативність, тобто здатність вирішувати виробничо-технічні завдання у ліміті часу, вміння знаходити оптимальні рішення у ситуації психічного навантаження.

Представники цього типу КГ₂ відрізняються тим, що за усіма шкалами мають завищені показники, що вказує на гіперсензитивність і завищені вимоги до себе та світу людей, що обумовлює їх порівняльні зрізи з можливостями технологій. Прагнення до ідеального у діяльності, у життєтворенні спотворює їх переконання до завищеної самооцінки. Саме в таких умовах їх стійкість слугує чинником пізнання як самої себе людини, так і інших осіб з урахуванням психодіагностичних відмінностей. Особливості конфліктної поведінки полягають в оперуванні технологічним мисленням під час емоційного спілкування. Однак зауважимо, що саме у цій групі найвищим показником є орієнтація на активні соціальні контакти (70,87%).

У представників ЕГ1 спостерігаються високі бали за шкалою «досягнення» (54,18%), що свідчить про сумлінне виконання роботи та продуктивну діяльність. Вони є відмінними фахівцями у своїй справі, але середні показники за шкалами «чистота» і «слухняність» відрізняють їх як безвідмовних працівників. Орієнтуючись на авторитет керівництва, вони змушені виконувати власні обов'язки, незважаючи на обставини, навіть у екстремальних умовах. Більшість опитуваних зазначають, що оперованість їх працездіяльності залежить від винахідливості й сумлінності. До структури їх мислення входить образний компонент інтелектуальної діяльності, що здійснює перетворення умовних знаків і схем у наочно-конкретні образи їх оперування.

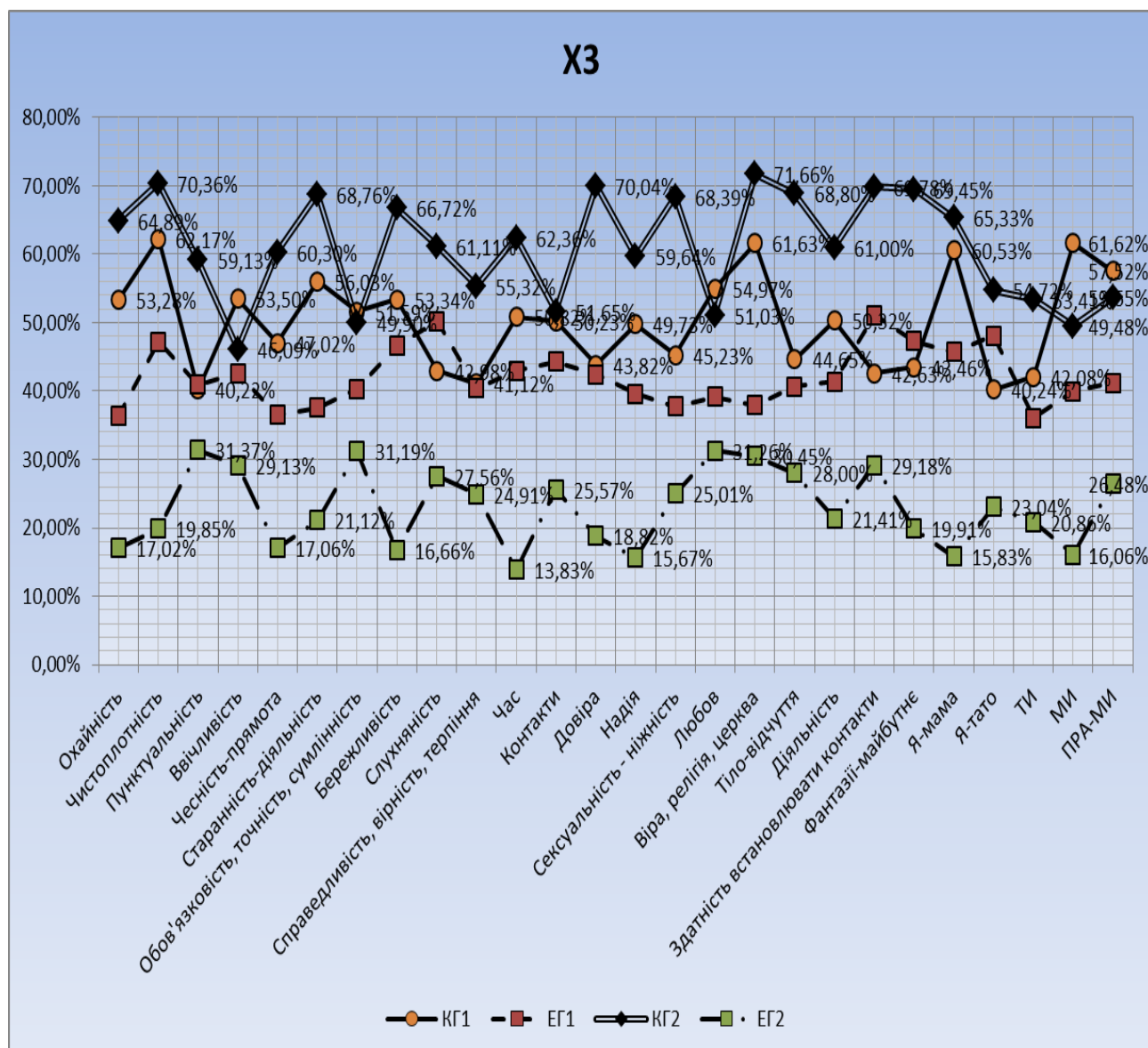


Рисунок 3.36. Особистісні потенціали осіб типу «людина-техніка» на етапі їх професійного забезпечення

Надмірна увага до чистоти власного тіла, одягу, предметів щоденного користування за шкалою «чистота» проявляється в нав'язливому прагненні до чистоти і в брідливості до всього, що може забруднити тіло. Саме з цього розпочинаються у них пізнавальні атаки щодо накопичення інформації з приводу засобів гігієни та медичного забезпечення, а особливо ретельно здійснюється пошук літератури з приводу наявності літературних джерел на медичну тематику й встановлення соматичного діагностування. Прояв конфліктності у даному випадку полягає в особистісних пріоритетах щодо власної значимості: чим вища самооцінка, тим вищі забаганки щодо власного здоров'я, цілісності психосоматичних кореляцій.

У ЕГ₂ спостерігаються низькі показники за усіма шкалами, що розкриває особистість як недієздатну у професійному забезпеченні, з відсутністю творчого потенціалу та мотивації. Пріоритети конфліктної поведінки

відображені в алекситимії почуттів. Невміння опису конкретної ситуації супроводжується заміщенням емоцій тілесними стимулами і відчуттями. Некоректний опис пережитих емоційних станів сприяє формуванню низької рефлексивності та самосвідомості. Також спостерігається низький рівень когнітивного розвитку, який у разі емоційного гніву вербалізується у соматичну та у вигляді кров'яного приливу до скронь і серцебиття перетворюється на негативні відчуття, що продукують порушення мозкових «комунікацій». Словесно виразити й донести свій стан людина не може, що сприймається іншими як неадекватна поведінка.

Таким чином, конфліктність особистості відображена у таких умовах як гіперсензитивність і завищені вимоги до себе та світу людей, прагнення до ідеального у діяльності, у життєтворенні, надмірна увага до чистоти власного тіла, одягу, предметів щоденного користування, що проявляється у нав'язливому прагненні до чистоти і в бридливості до всього, що може забруднити тіло. Іпохондричне становлення у статусі особистості типу «людина-техніка» відображено шляхом ретельного пошуку літературних джерел на медичну тематику, інтерпретації соматичного діагностування.

Особливості диференційних показань професійної орієнтації відображенні у суттєвих відмінностях осіб за *типом «людина-знакова система»* згідно з представниками інших професій. У взаємодії людини із складним технічним устаткуванням уможливорюється формування основних особливостей операторської діяльності. Рівень вимог до психофізіологічних властивостей і психологічної структури особистості людини цього типу визначається на підставі психологічного аналізу її діяльності. На малюнку 3.36 зображено основні тенденції у формуванні особистісної структури фахівця, де відображено показники сумлінного виконання діяльності в умовах соціальної контактності та довіри. Представники КГ₁ осіб зорієнтовані за шкалами «бережливість» і «справедливість», «фантазії-майбутнє» і «Ти» на високі показники, що відрізняє їх як відповідальних, цілеспрямованих фахівців із орієнтуванням на майбутнє і збереженням досвіду минулих поколінь. За середніми показниками відзначаємо їх слухняність, довіру і надію в умовах виконання доручень. Професійна компетентність відображена й за низькими показниками таких шкал як «пунктуальність», «ввічливість», «охайність», «любов» і «надія», що характеризує їх як надійних, доброзичливих, людських працівників і колег.

У КГ₂ відображається схожість інтересів із КГ₁, однак їх вмотивованість відображена у різкому переході від спокійної, монотонної роботи в умовах «оперативного спокою» до активних дій, спрямованих на ліквідацію спонтанних порушень. При цьому у короткий відтинок часу він має проаналізувати значний об'єм інформації, прийняти правильне рішення, реалізувати його. Це спричиняє

сенсорні, інтелектуальні й емоціональні перевантаження. Саме цей контраст і стає чинною дилемою у зародженні та розвитку іпохондричних розладів особистості, яка не здатна реалізувати цей справжній конфлікт в умовах професійного забезпечення з позитивною окрасою.

Представники ЕГ₁ осіб відзначились схильністю до нерішучості, надумувань, вразливості й швидкого виникнення нав'язливих ідей, характеризуються також тривожністю за своє здоров'я, що призводить до змін поведінкової моделі пацієнта. У деяких випадках хвороба стає причиною соціальної ізоляції і значних труднощів у житті хворого. Рухова обмеженість, монотонність і низькі показники за шкалами «терпіння», «контакти», «довіра», «фантазії-майбутнє», зумовлюють поведінку хворого до неадекватності дій.

Згідно з цією моделлю дій, внутрішній конфлікт не вирішений і несвідомий, отож він призводить до емоційного напруження, що супроводжується стійкими змінами у вегетативній нервовій системі. На думку Александера, подібні зміни призводять до спотворень тканин і органів організму людини. На відміну від інших моделей організації конфлікту, розв'язання несвідомого конфлікту не призводить до полегшення, а, навпаки, ускладнює перебіг психологічних проблем до розвитку іпохондричних розладів.

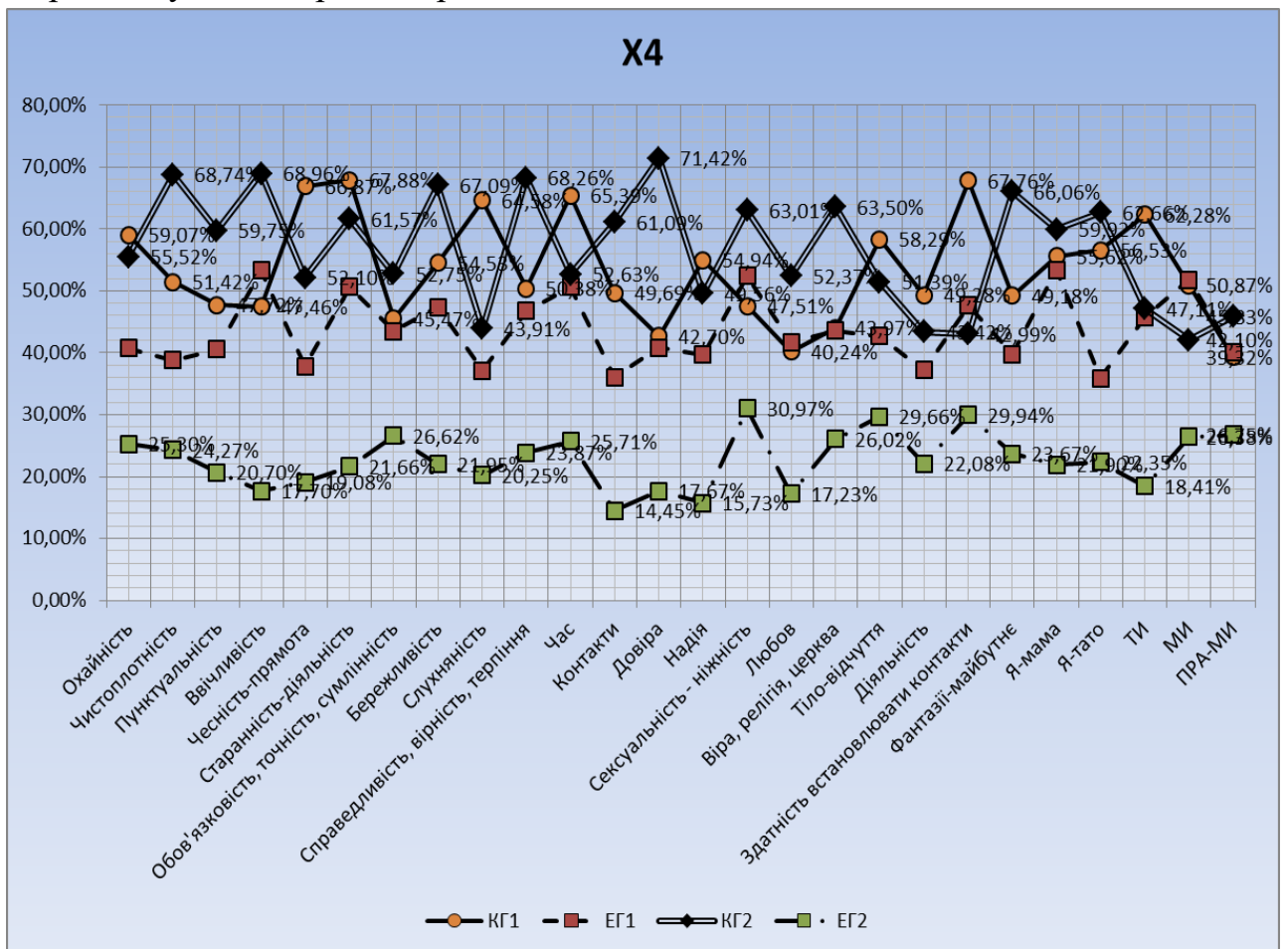


Рис. 3.37. Особистісні потенціали осіб типу «людина-знак» на етапі їх професійного забезпечення

У ЕГ₂ спостерігаються низькі показники за усіма шкалами, що відображається на психологічній адаптації людини до умов зовнішнього середовища в аспекті організації операторської діяльності. Критичність шкал підкреслюється у занадто низьких відсотках «контакти» і «довіра», що акумулюється у хворобу екзогенного походження. Внутрішня картина хвороби відображає схильність людини до конфліктності, а особливо у разі наявності латентного перебігу внутрішньоособистісних розбіжностей, спровокованих іпохондричними переживаннями. Зазвичай вони проявляються у вигляді конверсійних симптомів, соматоформних розладів, функціональних синдромів, соматизованих розладів, психосоматичних реакцій, дисморфофобічних реакцій.

Таким чином, прояв конфліктності особистості цього типу характеризується різким переходом від спокійної, монотонної роботи в умовах «оперативного спокою» до активних дій, спрямованих на ліквідацію спонтанних порушень, що спричиняє сенсорні, інтелектуальні й емоціональні перевантаження. А також схильністю до нерішучості, надумувань, вразливості й швидкого виникнення нав'язливих ідей, що проявляються як тривожність за власне здоров'я. Несвідома природа внутрішнього конфлікту призводить до емоційного напруження, що супроводжується стійкими змінами у вегетативній нервовій системі й до соматичного прояву її стагнацій.

Представники групи осіб за типом професії *«людина – художній образ»* вміють втілювати ідею або певний настрій у цілісному образі, з урахуванням естетичного смаку, почуття краси та тенденцій моди. Динамічні потенціали фахівця за даним типом приховані й незримі, але часом вони є втіленням складних, різноманітних і пізнавальних якостей особистості. Наприклад, художник бачить і відчуває красу побудови фігури та фону в їх єдності. Вони відрізняються від інших типів нестандартністю розуму, здатністю до неупередженого відображення подій, широким злетом мислення, не обмеженого стандартами та шаблонами.

Розвинене естетичне почуття сприяє відтворенню неповторності життєвих подій, усвідомленню відповідальності за формування духовного обличчя споживача художньої продукції. Фахівець КГ₁ осіб (за рис. 3.37) відповідає даній характеристиці, окрім того, дбає про свій професійний розвиток, підпорядковує авторські амбіції соціальній значимості (актори) і гордовитість, відрізняється наполегливістю і самодисципліною. Самопрофесіоналізм, як видно за високими показниками шкал «охайність», «ввічливість», «чесність», «терпіння», «контакти», «діяльність», є наслідком плідної праці над собою, відданості обраної справи та служіння громадським ідеалам. Почуття подарованої людям краси підтримує вимогливе ставлення майстра до кожної своєї дії. Неупередженість, розкутість художньої думки,

сміливий політ фантазії, гнучкість у прийнятті рішень розкривають перед ними широкі горизонти творчості, як наслідок копіткої праці. Середні показники за шкалою «Тіло-відчуття» відображають взаємовплив світу емоцій і внутрішньоемоційну сферу особистості. Низькі бали відмічаємо за шкалою «слухняність», що свідчить про далекоглядність кругозору душі фахівців даного типу.

У КГ₂ осіб спостерігаємо найвищі бали за шкалою «Тіло-відчуття», що можна пояснити залежністю їх творчої діяльності від настрою і самопочуття. Ця шкала також передбачає реакцію фізичного «Я» на конфлікт. За несприятливих умов їм характерні психосоматичні порушення, низька активність, слабкість, млявість, іпохондрія, тобто «втеча у хворобу». Середні бали за шкалами «терпіння», «час», «контакти», «довіра», «надія», «сексуальність-ніжність», «любов і прийняття», що свідчить про толерантне ставлення до життя, орієнтування у часі, встановлення міжособистісної взаємодії, здатність приймати себе та інших у їх неповторності, надіятись і мріяти, проявляти ніжність і творити добро. Оригінальність їх творчого мислення підкреслюється у плідній праці та чіткості її виконання. У психосоматичному відношенні спостерігаємо вплив тривалих статичних навантажень на окремі групи м'язів, високі вимоги до органів чуття та опорно-рухового апарату. Присутня схильність і до численних нервових навантажень.

ЕГ₁ осіб характеризується підвищеним рівнем амбіційності та проявом конфліктності з проявом надлишкової емоційності, зумовленої демонстрацією поведінки. Низькі показники за шкалами «контакти», «довіра», «надія», «любов», «Ми» свідчать про наявність міжособистісного конфлікту. Переважними реакціями респондентів на конфлікти виявилися такі: посилення фізичної активності, що може посилює небезпеку соматизації; скарги на біль при відсутності фізичних порушень та інших причин; трансформації емоційних порушень у рухові, сенсорні і вегетативні еквіваленти.

Зазначимо також в етіопатогенезі їх розвитку значимість психологічного фактору, за допомогою якого диференціюється рівень соціально-психологічної дезадаптації, що й пояснюватиме механізм зародження цих розладів. Тобто іноді вони користуються своїм хворобливим станом заради досягнення власних потреб, на догоду своїм егоїстичним намірам.

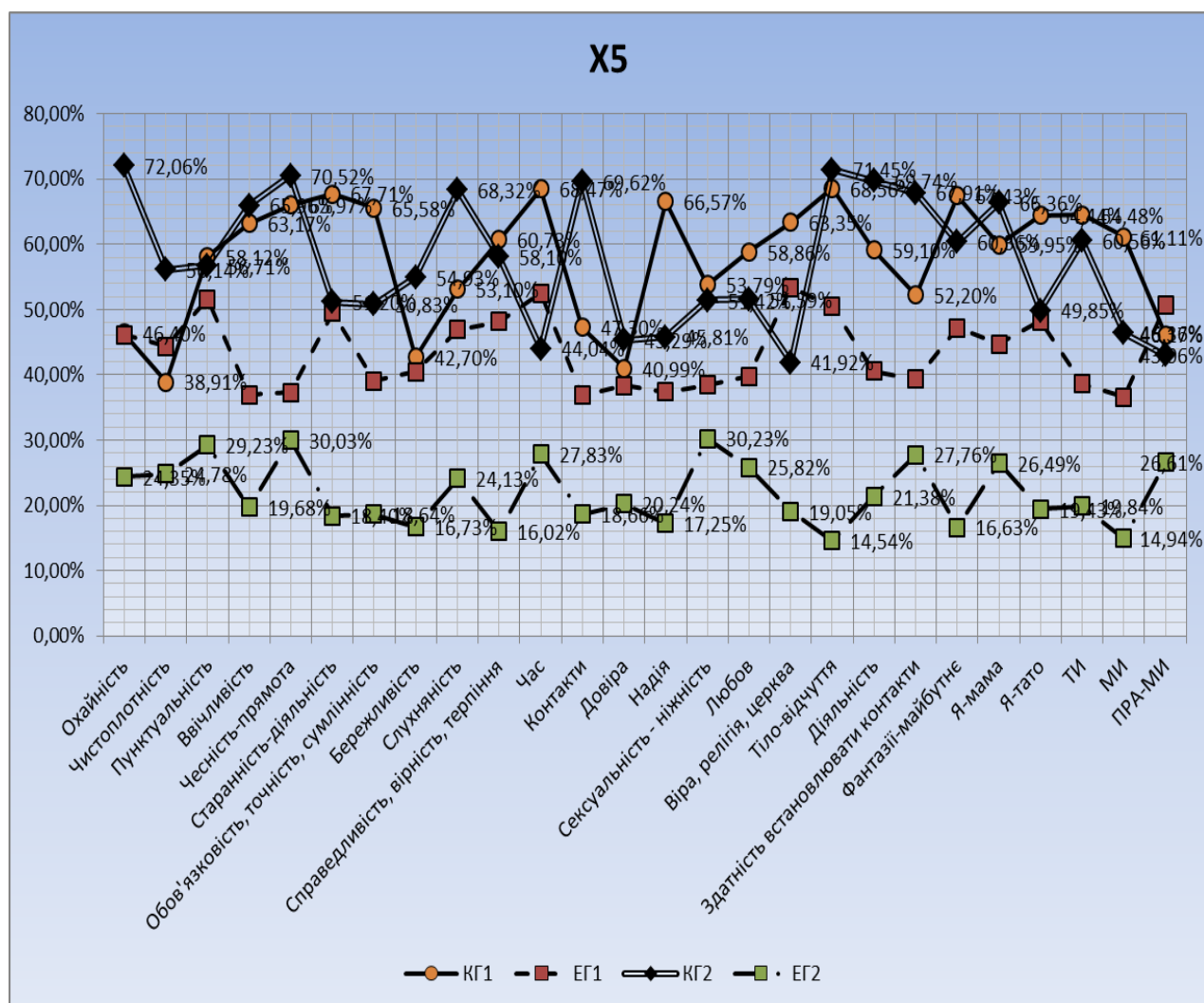


Рис. 3.38. Особистісні потенціали осіб типу «людина-художній образ» на етапі їх професійного забезпечення

У EG_2 осіб відмічаємо тривожність, неспокій; зниження настрою, емоційну нестійкість збудливість; нетерпіння; нестійкість до фрустраційних впливам; прихований гнів; образливість, чутливість до критики; песимістичну оцінку перспектив, що продукують низькими балами за усіма показниками шкал. Вони характеризуються нетерплячістю, агресивним відстоюванням свого права на негайне задоволення потреб. Надлишкова скромність боязкість, сором'язливість, скрутність, невпевненість у собі, напруженість, невміння налагоджувати стосунки з людьми при досить високій потребі в подібного роду стосунках сприяє розвитку внутрішньої неузгодженості та конфлікту. Тривожне стеження за часом, постійні перевантаження, перебування у стресі через гострий дефіцит часу, важкі переживання почуття провини через невміння раціонально організовувати свою діяльність у часі. Недовіра до себе і оточуючих, підозрілість, ревності, «комплекс неповноцінності» викликають у респондентів цієї групи глибокий песимізм, нескінченні сумніви, часті розчарування, усвідомлення безглуздості та безнадійності будь-яких власних

дій. Характеризуючи основні прояви конфліктності, відзначимо наявність базового порушення донозологічного стану порушення здоров'я людини на когнітивному, поведінковому та емоційному рівнях.

Таким чином, дезорієнтуючими факторами осіб професійного типу «людина-художній образ» є залежність їх творчої діяльності від настрою і самопочуття; підвищений рівень амбіційності та прояв конфліктності з проявом надлишкової емоційності; посилення фізичної активності, що може спричиняє небезпеку соматизації; трансформації емоційних порушень у рухові, сенсорні і вегетативні еквіваленти; надмірна образливість, чутливість до критики; песимістична оцінка перспектив на майбутнє, що призводить до глибокого песимізму та дезадаптації особистості у соціумі.

Відсутність професійного забезпечення у напрямку класичної спрямованості за типом представники «інші види професій», підкреслимо, що вони зорієнтовані на виконання різної діяльності та допоміжної роботи. Спостерігаємо у них (рис. 3.39) високі показники за шкалами «контакти», «віросповідання», «діяльність», «Ми», «Пра-Ми», що свідчить про невимогливість у працевлаштуванні, відсутність безпеки життєдіяльності та мотивацію на матеріальне забезпечення в умовах невибагливості щодо товарно-грошових цінностей.

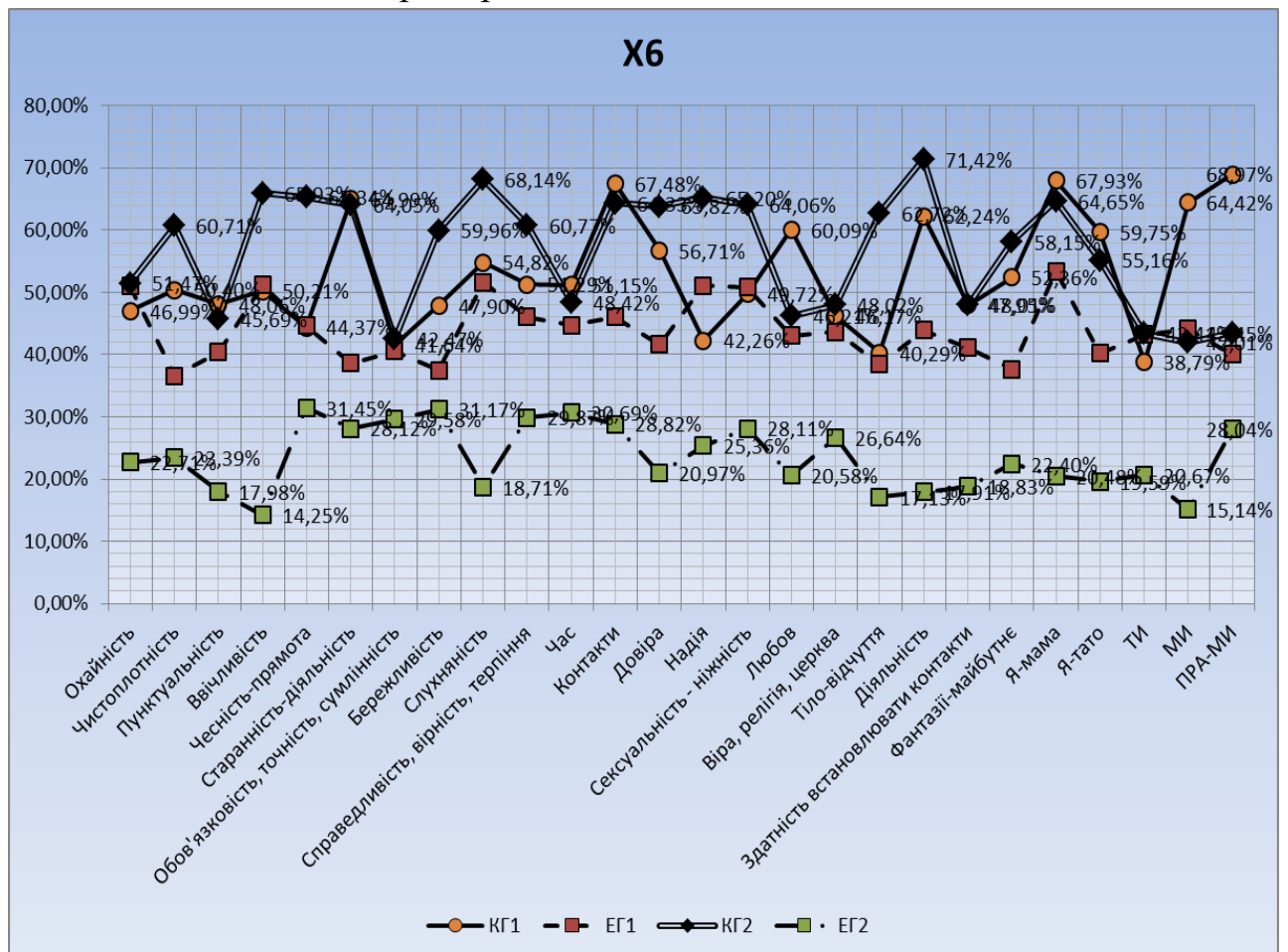


Рис. 3.39. Особистісні потенціали осіб типу «інші види професій» на етапі їх професійного забезпечення

Вони зазвичай не потребують спеціальної підготовки чи кваліфікації. Їх професійні уміння спрямовані на виконання важкої і брудної роботи у сфері будівництва та ремонту. Зазвичай – це прибирання вулиць, будівельного сміття, навантаження і розвантаження транспорту, робота з заливкою бетону тощо, що пов'язано з надмірною фізичною працею.

Домінуюча тенденція в осіб даної групи за шкалою «ввічливість» спостерігається в усіх групах респондентів – низьк бали. Дана шкала, на думку Н. Пезешкіана, є найважливішим показником «ключового конфлікту» (потенційного конфлікту) особистості. Крайні прояви за даною шкалою розуміються автором як різні форми агресії особистості по відношенню до соціуму. Прояв явної гетероагресії спостерігається у КГ₁, ЕГ₁ і ЕГ₂, що виражається у безтактності, зухвалості, ігноруванні особистості співрозмовника, та неувважності до нього.

В КГ₂ спостерігаються високі показники за даним опитувальником, що свідчить про наявність прихованої гетероагресії, що виражається у підлабузництві, лицемірстві, галантності, надлишку гарних манер, у невмінні відмовляти людям, і в потребі сприйматися іншими незмінно хорошим, милим, доброзичливим. У міжособистісних стосунках за шкалою «здатність встановлювати контакти» (70,42%) представники цієї групи осіб прагнуть подобатись усім. Це ж стосується і з шкали «діяльність» (67,34 %) у мотивації щодо безвідмовної допомоги іншим, підвищеної сенситивності та альтруїстичності поведінки задля загальних благ. У інших представників групи спостерігаються лінощі, неробство, схильність до безглузлого проведення часу, неритмічність, постійні прогалини в роботі. Схильність до прояву альтруїстичних намірів у попередніх групах характеризується високими балами за шкалою «Я-батько», що характеризує їх високу патерналістичність і гіперопіку інших, зокрема своїх близьких членів сім'ї.

Загалом в усіх представників збережено такі особистісні утворення як обов'язковість і совісність, що розуміються нами як внутрішня готовність виконати обіцяне незалежно від наявності зовнішнього контролю, де точність – це поведінка, спрямована на досить безпомилкове виконання роботи. Однак у групах із низькими балами, як зазначено на рис. 6, характерні необов'язковість, непослідовність, неточність, недбалість у стосунках із людьми, самостійна зміна домовленостей («сьогодні одне – завтра інше»). Також їм притаманні всі форми непослуху – від мовчазного опору до відкритого бунту, заперечення будь-яких авторитетів («ви мені не указ»). Конфліктність такої поведінки залежить від особистісних чинників ігнорування доцільної справедливості на угоду особистим уподобанням, симпатіями та власному настрою.

3.3. Обґрунтування періодизації виникнення іпохондричних розладів особистості методом хронометражу

Психодіагностичне обстеження методом хронометричної проби показало особливості прояву зазначених властивостей особистості та їх локалізацію у типологічних групах. Ефективність цього методу полягає у вивченні витрат робочого часу у досліджуваних при багаторазовому повторенні прийомів і процедур, розробленого нами тренінгу, що дозволяє оцінити діапазон можливостей шляхом часових змін під час виконання діяльності. Структуру та особливості проведення тренінгу ми подаємо у наступному розділі, тоді як на даному етапі дослідження характеризуємо періодизацію індивідуального розвитку респондентів загальносоматичного, нервово-психічного та професійного дозрівання.

Об'єктом дослідження на даному етапі є стан оптимального функціонування організму в досліджуваних та особливості їх працездатності, а його метою – встановлення часового проміжку для виконання запропонованих тренувальних вправ, що загальмує наступний повтор іпохондричних розладів. Хронометраж такого типу поділяють на суцільний і вибірковий [300]. При суцільному хронометражі визначають усі елементи виконання завдань, а при вибіркового акцентують увагу на дослідженні окремих елементів оперативного часу. Процес методу хронометричної проби складає три етапи: підготовчий (здійснюється шляхом спостереження), хронометрування й аналіз отриманих даних.

Підготовка до спостереження складається із визначення приміщення для хронометрування і відповідного оснащення та умов. Враховуємо також результативність за вимірюванням часу складових елементів тренінгу (прийоми і процедури), визначення тривалості від початку до кінця проведення спостереження і здійснення необхідної кількості вимірів, оформлення документації і формулювання висновків. Аналіз отриманих даних здійснюється з урахуванням вимірів хронометражного ряду.

Отриманий ряд характеризується коефіцієнтом стійкості ($\beta_{\text{ст}}$), який розраховується за формулою (1):

$\beta_{\text{ст}} = t_{\text{max}} / t_{\text{min}}$, де t_{max} і t_{min} – відповідно максимальна і мінімальна тривалість виміру. Час тривалості операції чи її окремих частин (i) визначається як середньозважена величина хронометражного ряду за формулою (2):

$$t = \frac{\sum_{i=1}^n t_i}{n}, \text{ де } t_i - \text{час } i\text{-го виміру; } n - \text{число вимірів, } i=1.$$

Враховуючи цей підхід, пропонуємо визначити також вплив електроімпульсної дії на організм людини у ході її біологічного годинника, включаючи дію адаптивно-динамічного струму імпульсів певної частоти чергування, числове значення якої вираховується за формулою:

$V = 60 / X_t$, де V – частота узгодженості з біологічним годинником, X_t – хронотип. Хронотип є психолого-часовим індикатором на етапі фізіотерапевтичного лікування іпохондричних розладів особистості. Своєчасна профілактика цих порушень забезпечить своєчасне попередження їх хронічного протікання, загострення процесу та переходу у форми психосоматичної дисфункції. Застосування методу хронометрування дозволило розробити *алгоритм хронобіологічного прогнозу* психосимптоматики, перебігу, ефективності лікування та оптимізації адаптаційних можливостей хворих на іпохондричні розлади. Стратегія цього підходу полягає у спостереженні за реакцією організму досліджуваного на запропоноване навантаження (шляхом визначення АТ і ЧСС через відповідні проміжки часу). Відповідні результати фіксуємо у хронотипі захворювання, враховуючи професіограму (Пф) особистості, її особистісні утворення (психотип – Пс), скарги психосоматичного характеру (соматотип – Ст) (табл. 3.40).

Така модель хронопсихологічного профілю особистості (табл. 3.40) з іпохондричними розладами сприятиме виділенню типологічних ознак фахівців різних професій шляхом дослідження способу мислення. Метод хронометрії допомагає визначити розподіл тимчасових витрат на виконання професійних обов'язків, їх значимість і відповідність у житті людини, а також вплив на формування іпохондричних розладів особистості у разі невідповідності цих структур зазначеної моделі. До його функцій відносимо визначення фактичних витрат часу на створення одиниці професіограми, тобто нормативи людини згідно з її можливостями і рівнем домагань.

Визначення динаміки активності досліджуваних (сенсорної, моторної, інтелектуальної та інших видів) при максимальній і мінімальній їх працездатності, а також виявлення причин помилок, перешкод, втрати часу, що впливають на самореалізацію особистості та формування у неї іпохондричної поведінки.

Сутність алгоритму хронобіологічного прогнозу психосимптоматики, перебігу, ефективності лікування та оптимізації адаптаційних можливостей хворих на іпохондричні розлади полягає у психолого-соматичному й контрольному обстеженні. Своєчасно проведена психопрофілактика іпохондричних розладів особистості до моменту загострення соматичного прояву захворювання завчасно попереджатиме про їх наявність у фахівців різних професій і забезпечуватиме стан оптимального функціонування організму людини. Він включає в себе такі етапи:

- 1) психодіагностику хронотипу з урахуванням і виділенням чинників періодизації суб'єктивного контролю щодо власної концепції захворювання і прояву іпохондричних розладів;
- 2) характеристики психотипу зі збереженням особистісної тенденції людини до критики та самооцінки у соціометричному вимірі;

3) психодіагностичний підхід виділення соматотипу на етапі визначення схильностей у респондентів до соматичних хвороб і нервово-психічних розладів особистості та особливості їх резистентності;

4) психометричне вимірювання професіограми досліджуваних на основі їх організованості й усталеності поглядів на життя;

5) обґрунтування періодизації фазової сингулярності на етапі констатування особливостей прояву іпохондричних розладів під час загострення і їх ремісії спаду біологічного циклу з можливістю до реалізації профілактичних заходів.

Таблиця 3.40.

**Модель хронопсихологічного профілю особистості
з іпохондричними розладами**

Типологія особистості	Умовні позначення	Інтерпретація
Хронотип:	Хт	
Фазова сингулярність	Фс	Період загострення хвороби
Метод відтворення часу з точністю на слух до 0,001с	Співвідношення $t_{\text{поч}}$ і $t_{\text{кін}}$	Constanta (C) як показник часової спрямованості індивіда
Психотип:	Пс	
Тип психологічного захисту	Пз	Домінуючий шлях вирішення внутрішнього конфлікту
Чинники соціально-психологічної адаптації	СПА	Адаптованість-дезаптованість
Тип міжособистісних стосунків	Мж	Акцентуації індивідуальних властивостей особистості
Соматотип:	Ст	
Соматичні скарги	Сс	Гострий прояв виразності суб'єктивного болю
Індекс життєвого стилю	LSI	Домінантна диспозиція невропатичних проявів
Психологічна стійкість	Пс	Нервово-психологічна резистентність організму
Психограма:	Пф	
Рівень самоактуалізації особистості	РСА	Спостереження за поведінковим компонен-

		том самосвідомості людини
Рівень соціальної фрустрованості людини	РСФ	Рівень задоволеності діяльністю

На етапі реалізації алгоритму хронобіологічного прогнозу були задіяні такі принципи методу хронометражу іпохондричних розладів особистості:

Принцип психоаналітичного підходу [155], заснований німецьким вченим, доцентом Академії підвищення кваліфікації лікарів Гессена Н. Пезешкіаном, сутність якого полягає у позитивному відображенні людини у моделі конфлікту (з виділенням актуального, базового і ключового конфлікту), на дуалізмі здатності до пізнання (когнітивності) та здатності до любові (емоційності), а також первинних та вторинних здібностей.

Принцип діяльнісного підходу (спостереження за роботою досліджуваних з урахуванням витрат часу на їх працю, реєстрацію перерв і втрат часу). До основних елементів діяльності відносимо зосередженість людини на зорових, слухових, тактильних і моторних зверненнях до предмета діяльності та засобів відображення інформації, враховуючи зацікавленість їх роботою, параметри швидкості, напрямку та амплітуди, робочу позу (стоячи, лежачи, сидячи). У процесі фіксування показників зазначаємо, що у ході хронографії кожна дія з прийому інформації позначається «1», аналіз інформації, що спричиняє дію, спрямовану на об'єкт діяльності – «-», і, у разі одночасного застосування і використання цієї інформації зазначаємо символом «+». Між кожним проміжком часу фіксуємо основні його виміри згідно з даною інтерпретацією подій, прийомів, технік. На підставі отриманих результатів визначаються такі психологічні характеристики фахівця: відносна завантаженість різних аналізаторів (комплексна їх оцінка), відносна напруженість мовленнєвого та моторно-рухового апарату з урахуванням сенсомоторної чи моторної активності (сумарна кількість дій), зв'язок із сприйманням й інтерпретацією інформації та кількістю рухових дій, здатність до швидкого переключення уваги з наявності різноманітних дій тощо. Також визначаємо характеристики організації трудового процесу: різностороння міжособистісна взаємодія, відносна частота використання різного обладнання, зміна частоти різних дій під час тренінгу.

За принципом *двофакторної теорії* С. Шехтера припускаємо, що неузгодженість поведінки в досліджуваних виникає на основі фізіологічного порушення й когнітивної оцінки. Певна поведінка чи ситуація викликають фізіологічне порушення, й індивід має оцінити зміст ситуації, яка спричинила це порушення. Таким чином, якість емоції залежить не від відчуття, що виникає при фізіологічному порушенні, а від того, як індивід оцінює ситуацію, в якій це

відбувається. Оцінка ситуації дає можливість індивідові назвати відчуття радістю чи гнівом, страхом чи відразою.

Головні причини дезорганізації поведінки психологічно нестійких людей полягають у відсутності ефективних способів подолання труднощів і в переживанні особистісної небезпеки. У них спостерігаємо явище самоіндукції негативної емоційної напруги: дезорганізована поведінка підсилює стресовий стан, який обмежує досягнення внутрішньої гармонії, що призводить до розвитку психосоматичного захворювання. Психологічно нестійка особистість почуває при цьому повну безпорадність – як стосовно важкості стану, так і щодо своєї поведінки у важкій ситуації. У результаті формується так званий «синдром безпорадності» [105], що означає крайній ступінь нестійкості до труднощів.

Іпохондричні розлади належать до тих факторів, які сприяють зміні психічного стану людини, її ставлення до навколишнього середовища, впливають на зміну структури її самооцінки, спричиняють нерідко передчасну як фізичну, так і психічну інвалідизацію. На основі сукупності відчуттів, уявлень та переживань, пов'язаних із фізичним станом, людина формує своє негативне ставлення до нових обставин життя і до самої себе в цих обставинах [137, 138].

Особистість з низькою самооцінкою неадекватно сприймає себе і оточуючих, заглиблюється у внутрішній світ, обмежуючи коло спілкування, що негативно впливає не тільки на особистісний розвиток, але й на здобуття професійної освіти, підвищення кваліфікації.

За шкалами «Методики дослідження особистості за допомогою модифікованої форми «В» опитувальника FPI» ми визначали (табл. 3.41) особливості поведінки у респондентів під час міжособистісної взаємодії з іншими людьми у разі їх схильності до проявів невротичності, спонтанної агресивності, депресивності, дратівливості, товариськості, урівноваженості, реактивної агресивності, сором'язливості, відкритості, екстравертованості та інтровертованості, емоційної лабільності, маскуліності та фемінності у контрольних й експериментальних групах.

За параметрами розподілу методом хронометражу вираховуємо, які в «середньому» знаходяться значення ознак за шкалами методики, й обґрунтовуємо їх періодичність, мінливість і домінування. Враховуючи класифікацію професій за дослідженням способу мислення, виділяємо респондентів за домінуючим типом: тип П «людина – природа», тип Л «людина – людина», тип Т «людина – техніка», тип З «людина – знакова система», тип Х «людина – художній образ».

У нашому дослідженні, як видно з таблиці 3.41, особистісні утворення фахівців різних професій узгоджуються із значенням хронотипу у таких типологічних групах:

$0,6 \leq X_T < 0,62$ – переважає невротичність за типом «П»;
 $0,67 \leq X_T < 0,7$ – переважає спонтанна агресивність за типом «Л»;
 $0,77 \leq X_T < 0,79$ – переважає депресивність за типом «Т»;
 $0,82 \leq X_T < 0,85$ – переважає реактивна агресивність за типом «Х»;
 $0,91 \leq X_T < 0,93$ – переважає дратівливість за типом «З».

Таблиця 3.41.

**Характеристика особистісних утворень фахівця
із іпохондричними розладами**

Кількість респондентів	Стать	Вікова категорія	Особистісні утворення	X _T	Тип
1	2	3	4	5	6
12	Ч	20 – 30 pp	Психопатія	0,6	П
6	Ж	30 – 35 pp	Психопатія	0,61	П
12	Ч	20 – 40 pp	Психопатія	0,62	П
11	Ж	20 – 35 pp	Товариськість	0,63	П
13	Ч	45 – 55 pp	Урівноваженість	0,64	П
6	Ж	50 – 55 pp	Невротичність	0,65	П
9	Ч	28 – 34 pp	Спонтанна агресивність	0,67	Л
16	Ж	35 – 45 pp	Спонтанна агресивність	0,69	Л
12	Ч	47 – 60 pp	Спонтанна агресивність	0,7	Л
31	Ж	20 – 25pp	Сором'язливість	0,71	Л
52	Ч	21 – 27 pp	Відкритість	0,75	Л
14	Ж	47 – 55 pp	Дратівливість	0,76	Т
12	Ч	45 – 50 pp	Депресивність	0,77	Т
11	Ж	30 – 49 pp	Депресивність	0,78	Т
10	Ч	24 – 45 pp	Депресивність	0,79	Т
13	Ж	27 – 36 pp	Невротичність	0,81	Т
8	Ч	37 – 49 pp	Реактивна агресивність	0,82	Х
14	Ж	45 – 55 pp	Реактивна агресивність	0,83	Х

6	Ч	50 – 60 pp	Реактивна агресивність	0,85	X
14	Ж	30 – 37 pp	Депресивність	0,87	X
12	Ч	47 – 53 pp	Психопатія	0,88	X
11	Ж	23 – 32 pp	Дратівливість	0,89	X
12	Ч	45 – 60 pp	Емоційна лабільність	0,90	3
13	Ж	35 – 50 pp	Дратівливість	0,91	3
7	Ч	42 – 45 pp	Дратівливість	0,93	3
Продовження таблиці					
14	Ж	25 – 27 pp	Дратівливість	0,94	3
13	Ч	42 – 57 pp	Інтровертованість	0,96	3
15	Ж	30 – 40 pp	Дратівливість	0,97	I
15	Ч	35 – 45 pp	Депресивність	0,99	I
Всього					394

За типом «І» спостерігаємо наявність таких ознак як дратівливість і депресивність у досліджуваних у відношенні 1:1. З таблиці 3.41 видно, що 117 осіб належать до КГ досліджуваних, які характеризуються такими домінантними рисами та відповідним хронотипом: товариськість (11 осіб, Хт 0,63), урівноваженість (13 осіб, Хт 0,63) за типом «П» і сором'язливість (31 особа, Хт 0,71), що досить природно для студентів жіночої статті, відкритість (52 особи, Хт 0,75) – у чоловічої статті за типом «Л» та емоційна лабільність (10 осіб, Хт 0,9) за типом «З». Інші представники КГ осіб відображають схильність до внутрішньої неузгодженості, яка проявляється у таких рисах як спонтанна агресивність ($32 \text{ особи}, 0,67 \leq \text{Хт} < 0,7$) за типом «Л», невротичність (12 осіб, Хт 0,6) за типом «П», дратівливість (11 осіб, Хт 0,89) за типом «Х» і (14 осіб, Хт 0,94) за типом «З», депресивність (8 осіб, Хт 0,79) за типом «Т», що вказує на передумови розвитку внутрішнього конфлікту в ситуації психосоматичної дисфункції. ЕГ досліджуваних характеризується такими домінантними особистісними утвореннями як невротичність за типом «П», депресивність за типом «Т», реактивна агресивність за типом «Х», дратівливість за типом «З», кожен із яких ми охарактеризуємо за вищенаведеною схемою.

Така особистісна характеристика хронотипів за професійною схильністю до їх акцентованого прояву відображає передумови розвитку та зародження іпохондричних розладів на етапі формування особистості. Такий диференційно-

діагностичний підхід відображає сутність психосоматичних проблем у фахівців різних професій, значимість якого актуальна в межах медичної психофізіології.

Згідно із запропонованою вище моделлю хронопсихологічного профілю особистості з іпохондричними розладами розкриваємо характеристику алгоритму хронобіологічного прогнозу психосимптоматики для подальшої ефективності лікування та оптимізації адаптаційних можливостей хворих на іпохондричні розлади. Вкажемо, що серед усіх різновидів психосоматичних порушень у нашому дослідженні переважно зустрічаються скарги кардіологічного типу, іпохондрична поведінка з гіпертонічним симптомом, з дисфункцією шлунково-кишкового тракту (ШКТ), з ознаками гіпертиреозу, з порушенням шкірних покривів, з ознаками ревматоїдного артрити.

Розглядаючи питання щодо частоти загострення прояву іпохондричних розладів у людини, ми виходили з відомого положення, що у окремого індивіда в залежності від належності до тієї чи іншої типологічної групи, в його організмі існує «locus minoris resistentiae» (місце найменшого опору). Аналіз віку хворих від дати народження до початку захворювання показує, що місце найменшого опору виявляється найбільш вразливим наприкінці тривалого великого біологічного циклу або його тривалих чвертей.

Простеживши «С-періодичність» захворювань, стає можливим стверджувати, що у житті індивіда є ряд окремих вікових точок, які стають критичними. Саме у цих точках має місце загострення психосоматичного захворювання. Як стверджує І. Савенкова, загострення «переважаючих» хвороб, пов'язане із уявленнями про фазову сингулярність [300].

Під *фазовою сингулярністю* розуміють злиття часових фаз різних циклів у окремі точки [10]. Відповідно до циклоїдної моделі, фазова сингулярність має місце у точках, де кінець попереднього великого циклу зливається з початком наступного циклу. Виходячи із циклоїдної моделі «ковзаючих коліс» переживання часу, стало можливим пояснити початок прояву психосоматичних захворювань. Арка циклоїда відображає повний оберт «колеса» біологічного циклу. Якщо площі під аркою надати зміст біоенергетичного потенціалу індивіда, то початок психосоматичних захворювань буде співпадати з кінцем біологічного циклу або з кінцем його тривалої чверті, тобто з окремими віковими точками життя, в яких потенціал досягає мінімуму [10].

Використовуючи передаточне число у зворотному порядку відповідно до циклоїдної моделі, стає можливим показати, що у п'яти точках фазових сингулярностей великого циклу зливаються кінці та початки все менших та менших періодів «ковзаючих коліс» аж до дихальних циклів та циклів «дійсного справжнього» [300]. Як зрозуміло, у окремо взятій фазовій сингулярності велика кількість кінців та початків життєвих циклів індивіда

стискаються за мить до неймовірно малих розмірів. У цьому полягає головна загроза фазової сингулярності, оскільки за мить зміни кінців початками організм досягає мінімуму свої можливостей, а потім відновлюється знову. Отож, використовуючи цей підхід, ми можемо встановити періодичність у рецидиві проявів іпохондричних розладів і їх ремісії, що сприятиме своєчасній психопрофілактиці та ефективності лікування й оптимізації адаптаційних можливостей хворих

Запропоновані моделі «Хронопсихологічного профілю особистості» дозволяють побудувати *психологічний портрет респондентів за типом «П»* (рис. 3.40).

Психологічний портрет респондентів за типом «П»			
Психотип	Соматотип	Фазова сингулярність	
Орієнтування: на духовне задоволення	Іпохондрична поведінка з гіпертонічним симптомом ↑ АТ Скарги кардіологічного типу Цукор крові 6,8 ммоль / літр формула крові без змін Прихований період за Івановим-Смоленським: 4,9 с. Ехоенцефалопатія (ЕГ): хвилі біотоків знижені (менше 10 μV), що вказує на малу активність кори ГМ	Загострення- С	До нав'язливих станів відносимо: колекціонування зайвих речей; часта перевірка уже здійснених дій (закритих дверей, вікон, газових кранів; установка предметів у певному порядку особистих речей, мебелі, столових засобів)
на фізичну активність		Загострення ½ С	
на соціальні конфлікти		Загострення ⅓ С	
мотивація на успіх		Загострення ¼ С	
на міжособистісну взаємодію			
на незалежно-домінуючий тип у спілкуванні			
Хт – невротичність: 0,6≤Хт<0,62			
G – диспозиція психопатії;			
емоційну комфортність			
аутосимпатію			
помірний рівень соціальної фрустрованості			
У висловлюваннях хворого домінує: подив, сильний страх, скоро мабуть помру, адже важко хворий; у чому я винен? Мабуть, чимось заразився від тварин...		Професіограма Біономічний об'єкт праці Перетворюючі тенденції (обробка, впорядкування, організація, вплив) Ручна праця (прості та механізовані ручні знаряддя праці) Робота на відкритому повітрі	
Тип психологічного захисту: регресія, домінантні емоції – подив			

Рис. 3.40. Модель «Хронопсихологічного профілю особистості» за типом «П»

Сутність поняття «С-загострення» включає в себе частоту повторів рецидиву захворювання і його прояву на етапі загострення, залежно від професійного типу, від типології клінічних ознак психосоматичних порушень та хронотипу іпохондричних розладів. За типом «П» відзначаємо наявність у досліджуваних скарг за кардіологічною ознакою з гіпертонічним симптомом і фаховою схильністю до пасивної диспозиції у міжособистісній взаємодії (рис. 3.40).

Психотип	Психологічний портрет респондентів за типом «Л»		
Орієнтування: на професійне життя	Соматотип	Фазова сингулярність ІР	
на активні соціальні контакти	Іпохондрична поведінка з дисфункцією ШКТ	Загострення- С	
на сімейні конфлікти	АТ у межах норми	Загострення ½ С	
мотивація на успіх	Скарги в ділянці duodenum	Професіограма	
співпрацюючий тип	Цукор крові 5,5 ммоль / літр	Соціономічний об'єкт праці	
Хт – спонтанна агресивність: $0,67 \leq X_t < 0,7$	Формула крові без змін	Гностичні тенденції (розпізнавання, оцінка, перевірка)	
С – агресивна диспозиція	Прихований період за Івановим-Смоленським: 2,9 с.	Праця, в якій основне значення мають розумові вміння і навички	
прийняття інших	Ехоенцефалопатія (ЕГ): хвилі біострумів у межах норми (більше 10 μV), що вказує на помірну активність кори ГМ	З підвищеними вимогами до моральних якостей	
потреба у пізнанні			
знижений рівень соціальної фрустрованості			
Тип психологічного захисту: заміщення; домінантна емоція – гнів			

Рис. 3.41. Модель «Хронопсихологічного профілю особистості» за типом «Л»

Згідно з даною моделлю, за типом «людина-людина» (рис. 3.41) зустрічаємо характерні відмінності від інших типів за наявністю скарг у ділянці duodenum (дванадцятипалої кишки), агресивну диспозицію у разі вирішення міжособистісного конфлікту, спонтанність під час прояву емоцій, фахову приналежність до розвитку іпохондричної поведінки з дисфункцією ШКТ і схильністю КГ₂ осіб (77 чел.) до психосоматичних проявів даного типу. А також спрямованість КГ₁ до активної соціальної взаємодії і мотивації на успіх.

За типом «людина-знакова система» відмічаємо такий набір ознак, що містить певну диференційну цінність в організації іпохондричних проявів (рис. 3.42).

Психологічний портрет респондентів за типом «З»			
Психотип	Соматотип	Фазова сингулярність ІР	
Орієнтування: на збереження власної індивідуальності	Іпохондрична поведінка з ознаками гіпертиреозу	Загострення- С	
		Загострення $\frac{1}{3}$ С	
		Загострення $\frac{1}{4}$ С	
на сферу захоплень	АТ у нормі	Професіограма	
на особистісний конфлікт	Скарги на швидку втому	Сигномічний об'єкт праці	
на уникнення невдачі	Цукор крові 7,2 ммоль / літр	Пошукові тенденції (знаходження, відкриття, творення нового)	
		Механізована праця (оператори механізмів)	
на одноманітність подій, працю	Формула крові без змін	побутовий мікроклімат	
недовірливий-скептичний	Прихований період за Івановим-Смоленським: 6,2 с.		
Хт–дратівливість: $0,91 \leq X_t < 0,93$	Ехоенцефалопатія (ЕГ): хвилі біострумів дуже знижені (менше 10 μV), що вказує на малу активність кори ГМ	Іпохондрична поведінка обумовлена нав'язливими станами	
В – пасивна диспозиція		До нав'язливих станів відносимо: прагнення отримати від оточення підтримку в прийнятті рішень; порушення моторики (часті спроби забрати волосся з обличчя, моргання очей, повік)	
Спонтанність			
Прагнення до домінування	Сильний страх, обумовлений стривоженістю за життя, адже важко хворий вважає себе невиліковним і занадто переймається власною безпекою щодо смерті		
Тип психологічного захисту: пригнічення; домінантна емоція – страх			

Рис. 3.42. Модель «Хронопсихологічного профілю особистості» за типом «З»

Модель «Хронопсихологічного профілю особистості» за типом «З» (рис. 3.42) визначає наявність у особистостей за типом «людина-знакова система» швидкої стомлюваності, періодизації іпохондричної поведінки з ознаками гіпертиреозу з частотою С-загострень від $1/3$ С до $1/4$ С, тривожністю за життя у разі помірної соціальної фрустрованості зі збереженням власної індивідуальності та з орієнтуванням на уникнення невдачі.

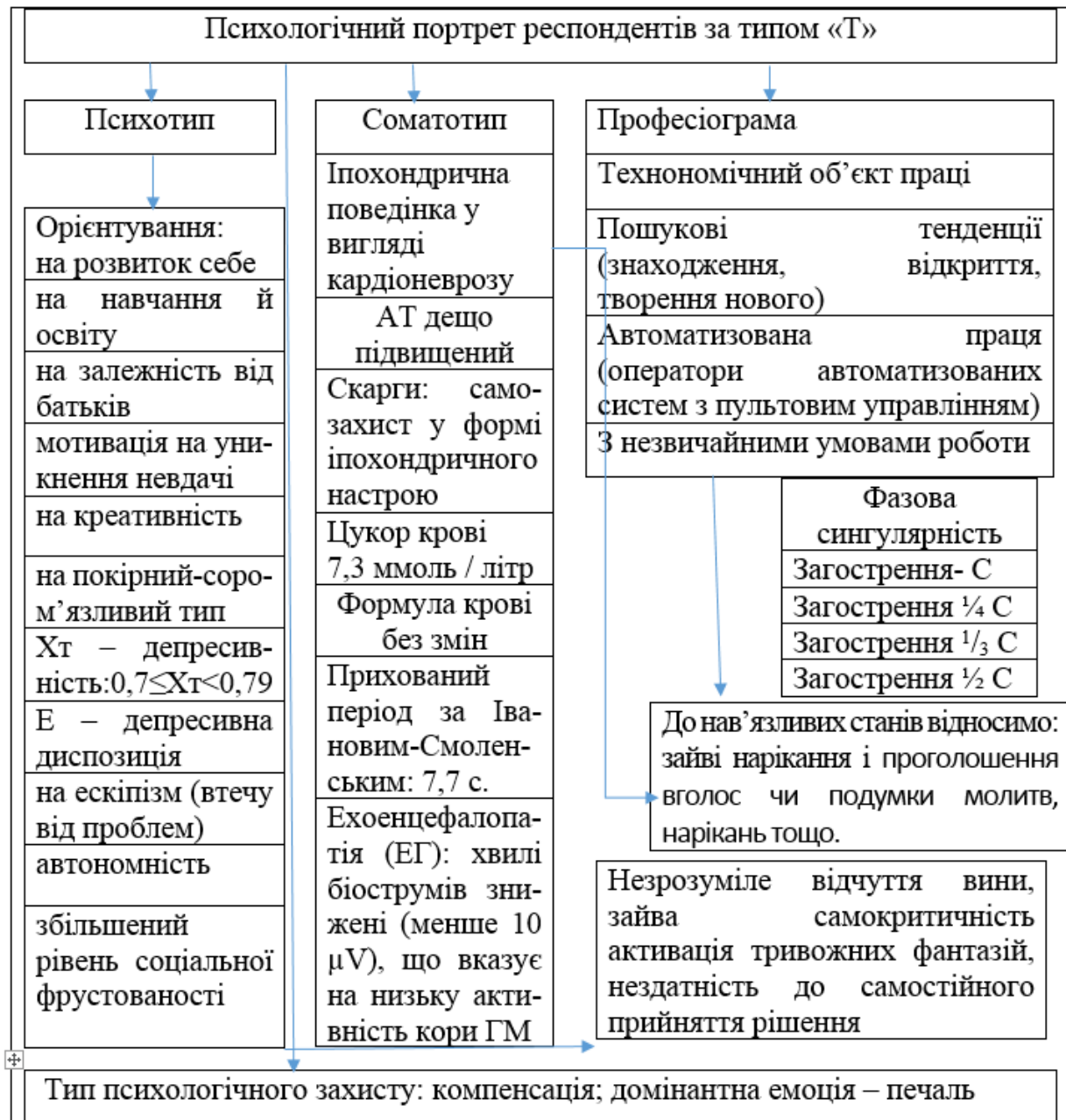


Рис. 3.43. Модель «Хронопсихологічного профілю особистості» за типом «Т»

За типом «людина-техніка» відзначаємо нездатність до прийняття рішень,

незрозуміле відчуття вини, зайву самокритичність і активацію тривожних фантазій в умовах підвищеного рівня соціальної фрустрованості, депресивної диспозиції у міжособистісних відносинах, схильності до психологічної залежності від батьків, мотивацію на уникнення невдачі, з урахуванням спрямованості на особистісний розвиток, навчання й освіти, частотою у загостренні С-періоду від $\frac{1}{4}$ С до $\frac{1}{2}$ С та іпохондричною поведінкою у вигляді кардіоневрозу (рис. 3.43).

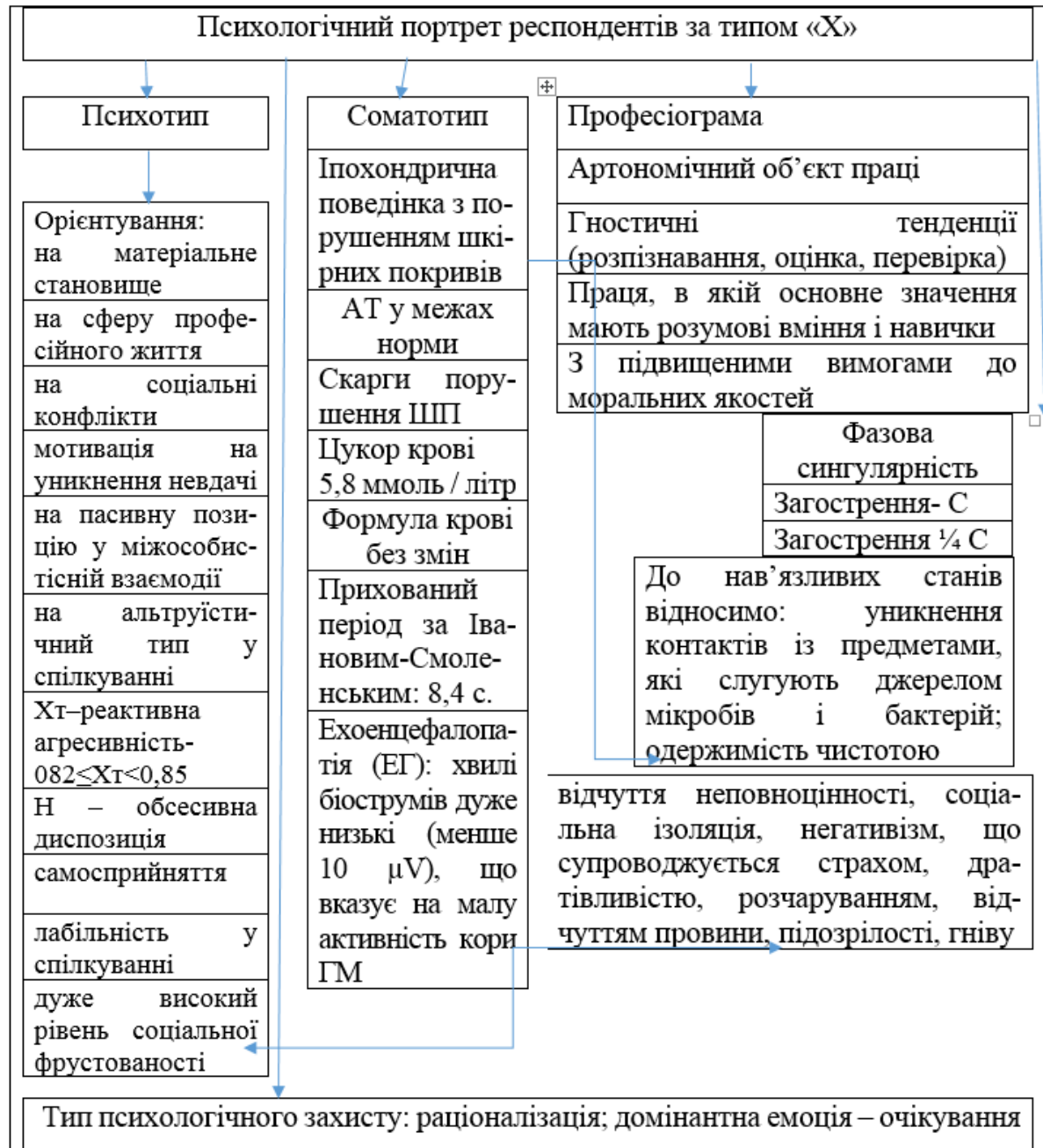


Рис. 3.44. Модель «Хронопсихологічного профілю особистості» за типом «Х»

За даним типом «Х» (рис. 3.44) спостерігається дуже високий рівень соціальної фрустрованості осіб, обсесивна диспозиція у відносинах, відчуття неповноцінності з урахуванням іпохондричної поведінки з порушенням шкірних покривів, мотивацію на уникнення невдачі та пасивну позицію у міжособистісній взаємодії.

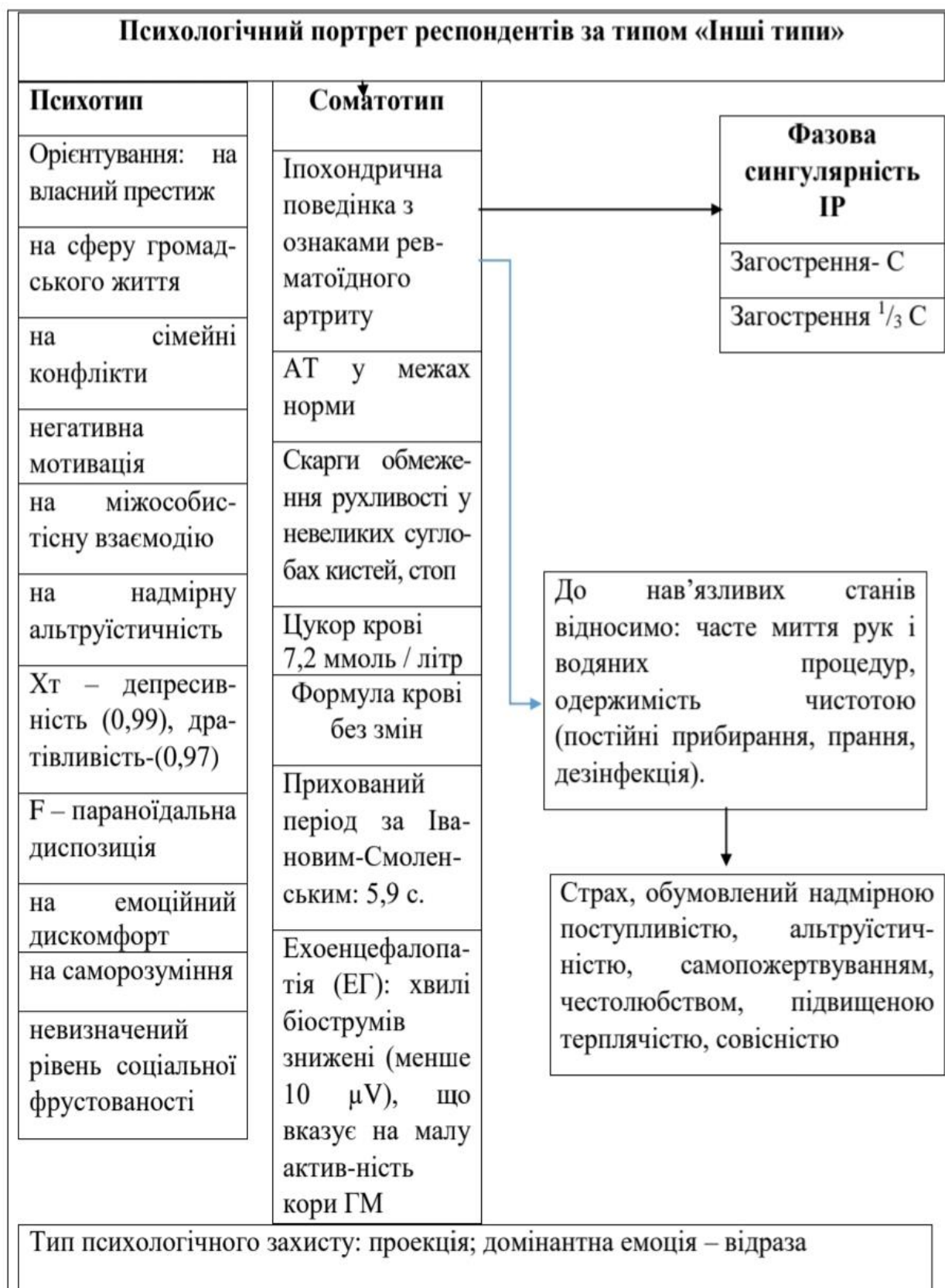


Рис. 3.45. Модель «Хронопсихологічного профілю особистості» за типом «І»

Згідно з цією моделлю розвитку іпохондричних розладів у осіб різнопланового професійного забезпечення (рис. 3.45), відзначаємо скарги на обмеження рухливості в невеликих суглобах кистей, стоп, що пов'язано з працевлаштуванням на будівельних майданчиках, шкідливістю умов зовнішнього середовища, відсутністю тривалої професійної організованості, з ознаками іпохондричної поведінки за симптоматикою ревматоїдного артриту. А також наявністю негативної мотивації й емоційного дискомфорту.

В аспекті аналізу професійної діяльності фахівців різного типу задля реалізації нашого дослідження було враховано метод спостереження за допомогою фотографій, що допомагає визначитись із моторикою рухів респондентів, а також метод анкетування на основі опитувальників, інтерв'ювання у процесі професійної їх організації і побудови, на цій основі, моделі «Хронопсихологічного профілю особистості» за укладанням їх психологічного портрету та професіограми. Трудовий метод вивчення професій за класифікацією О. Клімова полягає у тому, що ми враховували диференціацію особистісних потреб респондентів у процесі їх трудової організації, а також аналіз критичних випадків, травмування працівників, що перебувають у даній професії, за для визначення передумов і причин щодо зародження і розвитку іпохондричних розладів особистості.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ III

Повноцінна життєдіяльність людини характеризується прагненням розвиватись, наявністю якостей особистості, які сприяють саморозвитку і можливій реалізації себе в професійній діяльності. Серед основних завдань нашого дослідження було визначення психологічних особливостей формування особистості під час прояву іпохондричної хвороби, її фазової сингулярності в порівнянні з контрольними групами осіб. Контрольні групи осіб представлені вибіркою (194 особи) студентів Вінницького державного педагогічного університету імені Михайла Коцюбинського, з урахуванням їх генетичної схильності до проявів цієї нозології.

На етапі констатуючого етапу емпіричного дослідження встановлено, що особи з соматичним діагнозом переживають психічні стани у вигляді астений. Їх емоційні стани не відображають внутрішньої картини захворювання і тому мають неспецифічне походження. Хворі з соматичною патологією відрізняються емоційним вираженням нав'язливих ідей, іпохондричного марення, психологічного дискомфорту. Представники групи осіб із психологічним патологічним статусом характеризуються підвищеною емоційністю щодо переживань за наявність хвороби, що пов'язано з диференціацією соматичної залежності.

1. Враховуючи психосоматичний елемент в організації розвитку

іпохондричних розладів, ми у нашому дослідженні акцентували увагу на вивченні їх механізмів виникнення, етіології та патогенезу. На основі проведених клінічних і лабораторних випробувань стверджуємо, що в утворенні іпохондричних розладів важливе значення мають функціональні порушення кортико-вісцеральних зв'язків.

2. На фоні послаблення діяльності кори головного мозку та фазових явищ патологічні інтероцептивні імпульси й психогенні впливи (типу іатрогеній) викликають у ній утворення інертних, застійних явищ збудження у больових ділянках, що складають основу іпохондричних станів.

Аналіз результатів асоціативних експериментів вказує на те, що для хворих з іпохондричними станами характерне збільшення прихованого періоду майже всіх відповідних реакцій у середньому на 4,9 – 5,9 секунди. Це можна пояснити домінуванням гальмівного процесу, його інертністю, особливо у другій сигнальній системі. Відповіді деяких хворих мають ехолалістичний характер, що вказує на інертність процесів збудження.

На цьому фоні виділяються досить повільні відповіді на слова-подразники, що занадто значимі для хворих. Також у них прихований період значно збільшений від норми – до 55 секунд. Це явище свідчить про наявність у корі застійних явищ збудження. На наступні індиферентні слова-подразники відповіді також були сповільнені, але дещо менше, що вказує на наявність послідовного гальмування.

З застосування словесного експерименту в результаті з показниками на плівці електроенцефалограми дозволило виявити в корі головного мозку інертні, застійні явища збудження. Електроенцефалопатія у більшості хворих з іпохондричними станами дозволила виділити такі узагальнення: зменшення амплітуди коливань у всіх відведеннях; наявність невисоких, сповільнених хвиль, що посилювались при звукових, світлових і мовленнєвих подразниках; відзначається також періодичний альфа-ритм, а у деяких хворих дизаритмія коливань; індиферентні для хворих слова-подразники при їх вимові викликають короткочасні пригнічені альфа-хвилі; слова підвищеної значимості для обстежуваних, що стосуються їх хвороби, викликають пригнічення альфа-ритму на досить тривалий час (у деяких хворих аж до 8 секунд); за характером змін альфа-ритму при словесних подразниках можна виділити досить сильні реакції (повне пригнічення альфа-хвиль) і дещо слабкі реакції (короткочасне пригнічення альфа-ритму).

3. Дослідження показали, що склад цукру у крові натще у більшості хворих з іпохондричними розладами порівняно незначний: 72 – 80 мг%. Після введення глюкози та адреналіну переважали знижені показники цукрових кривих (нижче 1.5). Характерним було також сповільнене, поступове збільшення цукру в крові й раптове його зниження (навіть нижче рівня натще) після введення глюкози, що свідчить про знижену регуляторну функцію кори

головного мозку, обумовлену її гальмівним станом.

Виявлені особливості психосоматичних порушень дозволили отримати інформацію про чинники зародження та розвитку іпохондричних розладів особистості, що зумовлюють поведінку і прояви психічних властивостей осіб експериментальної групи, сформувані психодіагностичний інструментарій для наступного етапу дослідження. Важливим у цьому контексті є визначення стану тривожності, оцінка вагомості життєвих подій та форми реагування на них, адаптаційний потенціал, діагностика емоційної сфери досліджуваних, рівень самоактуалізації та особливості характерологічного конструкту особистості.

4. Також на констатувальному етапі емпіричного дослідження проводилось психодіагностичне обстеження осіб КГ та ЕГ за комплексом методик, валідних виявленням показникам іпохондричних розладів особистості. Проведення якісного аналізу результатів констатувального етапу дослідження дозволило виявити соціально-психологічні особливості зародження та розвитку іпохондричних розладів особистості у ситуації психосоматичного порушення у фахівців різних професій. Саме на цій основі було складено психологічний портрет особистості за кожним із типів.

Така психологічна стратегічність і провокує схильність та розвиток хвороб іпохондричного типу. На довершення, аби дійсно відобразити іпохондричну поведінку за соматотипом, відзначаємо наявність іпохондричних настроїв у вигляді порушень шкірних покривів (місцева гіперемія, алергічні висипи), АТ у межах норми, скарги щодо порушень ШП, цукор крові 5,8 ммоль / літр, формула крові без змін, прихований період за Івановим-Смоленським: 8,4 с., Ехоенцефалопатія (ЕГ): хвилі біопротоків дуже низькі (менше 10 μV), що вказує на малу активність кори ГМ і підвищений гальмівний процес у структурі мозкових центрів. Саме соматична обумовленість у такому випадку сприяє розвитку іпохондричної хвороби за соматичним типом. Соматика стає конфігурацією емпіричних доказів зародження і розвитку цих симптомів, в основі чого є страх, боязнь подати себе у незручному вигляді, невідповідно власним ідеалам і розсуду.

5. Таким чином, під час констатуючого дослідження ми розкрили психологічні особливості становлення і розвитку передумов іпохондричної поведінки та їх клінічні прояви. А також виділити реальні психосоматичні причини зародження і розвитку іпохондричних розладів особистості на етапі проведення психодіагностичного експерименту у фахівців різних професій за класифікацією О. Клімова та групою осіб незалежного спрямування за типом «І».

Іпохондричні розлади проявляються як психогенні реакції, що спровоковані психосоматичними порушеннями, нав'язливість їх стану обумовлена психопатологічними чинниками (типу канцерофобій, сифілофобій і

т. п.) й спостерігається при неврозах. Іпохондричні стани у випадку марення, нав'язливі ідеї та сенестоіпохондрія з синдромом постаддиктивної одержимості характерні у разі токсикоінфекцій, травм і астеній, які їх супроводжують.

6. Зображено іпохондричний тип особистості, який характеризується зосередженістю на суб'єктивних неприємних відчуттях і прагненням донести їх до оточуючих, створюючи навколо себе ауру співчуття і жалю. Вказано егоцентричні наміри людини стосовно її порятунку та адекватності життя. Побудовано психологічний портрет особистості з іпохондричними розладами соматоформного типу для розробки алгоритму хронобіологічного прогнозу психосимптоматики, перебігу, ефективності лікування та оптимізації адаптаційних можливостей хворих на іпохондричні розлади.

7. Обґрунтовано основні структурні компоненти механізмів генезу іпохондричних розладів як деструктивного особистісного утворення. Розкрито взаємозв'язки індивідуального розвитку в умовах дезадаптації особистості й психосоматичного здоров'я. Походження симптоматики, що імітує тілесну патологію, пояснюється механізмами конверсії в результаті відсутності адаптивного психологічного захисту.

8. Таким чином, в експериментальних групах спостерігається відмінність на рівні інтенсивності й різного рівня взаємодії: одні кореляційні зв'язки посилюються, інші – згасають. Ми вважаємо, що у випадку захворювання відбувається переструктурування, зміна інформаційних і енергетичних компонентів стану оптимального функціонування організму людини. Результати нашого дослідження свідчать про те, що соматична хвороба не прямо моделює відповідні стани, а процес тут досить складний і опосередкований. Зміни відбуваються й у самих настроях (у їх окремих складових), і вже потім відбувається утворення нових форм переживання станів.

9. Вважаємо, що іпохондричні розлади часто спровоковані професійною дезадаптивністю чи виснаженням, тому задля їх профілактики пропонуємо культурологічний підхід, впроваджений у структуру навчального процесу. Необхідність формування культури безпеки у фахівців різних професій є концептуальною основою професіоналізму майбутнього фахівця та регенеративним чинником у працюючих. Однією з ключових компетенцій фахівця ХХІ ст. є збереження оптимального стану функціонування організму людини, що передбачає високу міру відповідальності за професійну та особистісну безпеку, уміння ефективно оперувати інформаційними даними згідно специфіки своєї професійної діяльності на основі використання сучасних інформаційних технологій. Актуальною проблемою сьогодення є створення мережі освіти та науки, яка базується на сформованій культурі безпеки, в

першу чергу, у студентів, розвиток безперервного професійного навчання на основі інноваційних та безпечно орієнтованих технологій.

10. Завданням сучасної професійної освіти є високопрофесійна підготовка молоді до сучасних і майбутніх ринкових відносин, орієнтація у свідомості власного вибору та конкурентоспроможності, у збереженні культури безпеки усіх сфер життєдіяльності людини, її спроможність бути гідним громадянином і патріотом українського суспільства, забезпечувати сталий розвиток держави.

У наступному розділі плануємо розробити програму профілактики з метою попередження розвитку іпохондричних розладів, активації рефлексивних механізмів створення індивідуальної стратегії подолання іпохондричних розладів особистості; формування елементів навчальної компетентності у вимірі власних можливостей; створення діалогічного середовища для саморозвитку навичок конструктивної міжособистісної взаємодії; фасилітації активної життєвої позиції тощо.

РОЗДІЛ IV.

МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ЗБЕРЕЖЕННЯ ТА ВІДНОВЛЕННЯ ПСИХОСОМАТИЧНОГО ЗДОРОВ'Я ОСОБИСТОСТІ З ІПОХОНДРИЧНИМИ РОЗЛАДАМИ

В аспекті формування професійної придатності людини здійснюють вплив етнокультурні, гендерні та вікові чинники, відповідно до яких досягнення професійного успіху залежить від її індивідуально-типологічних якостей. Особистість, що вибирає певну професію, повинна володіти специфічними психологічними якостями для того, щоб не виявитися професійно нездатною. Закони корпоративності починають висувати свої вимоги та нав'язувати індивіду оригінальний стереотип поведінки, відхилення від якого можуть блокувати професійне зростання. У процесі довготривалої професійної діяльності формуються професійно значущі особистісні якості, що відрізняють представника однієї професії від іншої. Таким чином, відбуваються зміни психіки осіб, що виконують свої професійні обов'язки, які можуть спровокувати іпохондричні розлади з психосоматичним проявом.

Виникає потреба у виявленні та конкретизації взаємозв'язків професійних вимог та особистісних потенціалів; у встановленні чинників, які б сприяли збереженню психосоматичного здоров'я людини, особистісному становленню та саморозвитку у професійній діяльності. Вищезазначене і зумовило мету та завдання нашого подальшого дослідження. А також в обґрунтуванні основних підходів щодо розкриття причин дезадаптованості фахівців різних професій і встановленні особливостей їх структурного атрактора іпохондричної хвороби в онтогенезі.

4.1. Модель психокорекції та профілактики іпохондричних розладів у майбутніх фахівців

У цьому підрозділі ми плануємо розкрити модель психокорекційних заходів і психотерапевтичної допомоги респондентам нашого дослідження. А також у процесі її реалізації створити програму когнітивно-поведінкової психотерапії (КПТ), яка включатиме психологічну, поведінкову, терапевтичну, творчосамовизначальну, танцювальну, фізіотерапевтичну та професійно-відновлювану допомогу.

Дескриптивна функція моделі психокорективних і профілактичних заходів щодо розвитку іпохондричних розладів особистості полягає в уточненні психосоматичних симптомів їх прояву; прогностична функція дає змогу уявити перспективний розвиток окремих, найбільш значущих для здоров'я людини компонентів психологічного статусу особистості; реалізація нормативної функції моделі відображає конструювання бажаного ідеального образу процесу оволодінням

психологічної компетентності у разі зародження і розвитку іпохондричних розладів.

Ці характеристики враховані під час моделювання процесу лікування і профілактики зародження і розвитку іпохондричних розладів особистості, що дало змогу більш чітко увиразнити проблему нашого дослідження, простежити її зв'язки з подібними проблемами, накреслити напрями її вирішення та спрогнозувати результат, який дасть змогу перевірити гіпотезу дослідження і розробити програму їх психокорекції.

У філософській літературі моделювання тлумачиться як метод дослідження об'єктів на їх моделях – аналогах певного фрагмента природної чи соціальної реальності [384, с. 373]; побудова та вивчення моделей реальних предметів і явищ (органічних і неорганічних систем, інженерних пристроїв, різних процесів – фізичних, хімічних, біологічних, соціальних) і конструйованих об'єктів для визначення чи поліпшення їх характеристик, раціоналізації способів їх побудови, управління [385, с. 221]; опосередкований метод пізнання об'єктів чи явищ, пряме вивчення яких є складним чи й неможливим [401].

Доцільність моделі такого типу зумовлена тим, що: для виявлення сутності будь-якого об'єкта необхідно визначити його структуру; для структурних моделей характерні різні рівні абстрагування, узагальненості та застосування; установлення аналогії моделі й оригіналу за їх структурою дає змогу отримати необхідну інформацію про функції предмета дослідження на основі функціонування моделі. Цілісність моделі забезпечується єдністю та взаємовпливом її структурних і функціональних компонентів (рис. 4.1). (відповідальність, вимогливість, сумлінність, рішучість, наполегливість, самовладання тощо), позитивна професійна «Я-концепція» [202].

Модель відображає цілі, зміст лікування і профілактики зародження і розвитку іпохондричних розладів особистості, методiku його реалізації і спрямована на очікуваний результат – досягнення позитивної динаміки у формуванні психологічної компетентності в осіб із іпохондричними розладами.

Модель ґрунтується на синергетичних засадах узгодженості всіх елементів, що взаємодіють у системі психологічної підготовки майбутніх фахівців і осіб з іпохондричними розладами. Зважаючи на те, що для моделювання навчального процесу потрібно не лише спроектувати модель, а й визначити шляхи її впровадження в освітній процес [410], у структурі моделі зародження і розвитку іпохондричних розладів особистості виокремлено такі етапи дослідження як рефлексивно-продуктивний, мотиваційно-організаційний, когнітивно-діяльнісний. *Рефлексивно-регулятивний критерій* характеризують такі показники: здатність до самопроекування власних професійних якостей, самоорганізації, самоуправління своєю діяльністю; здатність до рефлексії; здатність до саморегуляції; уміння оцінити й коригувати результати власної професійної підготовки.

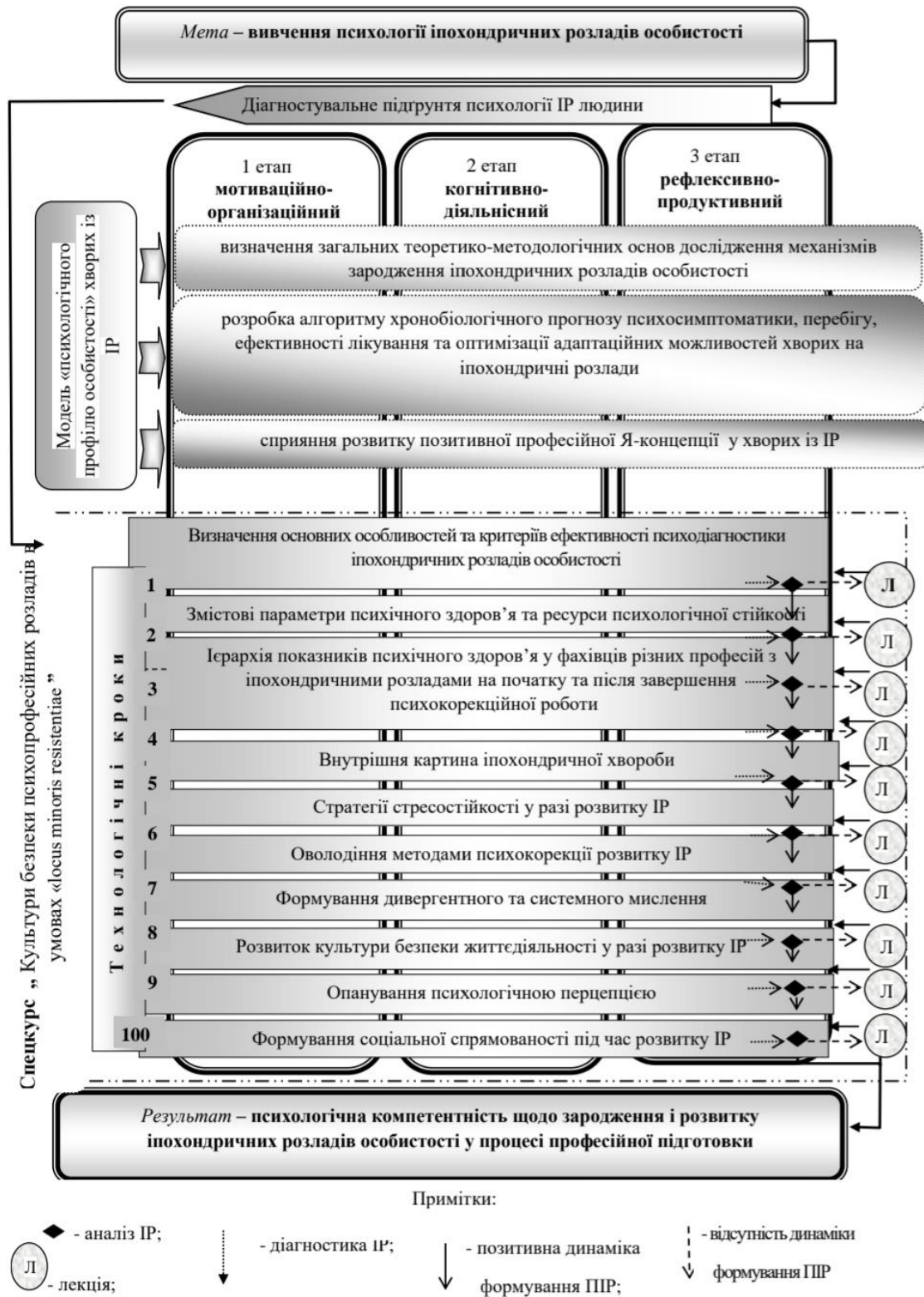


Рис. 4.1. Модель психокорекції іпохондричних розладів особистості

На мотиваційно-ціннісному етапі було визначено професійні мотиви (стійка спрямованість інтересів і потреб), що виражаються в усвідомленні суспільної значущості своєї діяльності та розумінні професійних цінностей, спрямованих на самореалізацію в процесі діяльності. Критерієм сформованості когнітивного етапу є наявність науково-теоретичних (загальнокультурна

підготовка), оперативних знань і здібностей до організації професійної діяльності. *Рефлексивно-регулятивний етап* характеризується наявною здатністю до саморегуляції та рефлексії [415].

Вважаємо за потрібне виділити в структурі психологічної компетентності особистості на етапі зародження та розвитку іпохондричних симптомів чотири взаємопов'язаних компоненти: мотиваційний, пізнавальний, операційний, рефлексивний. На рахунок їх деструктивного змінення або за відсутності якогось одного компонента симптоматика іпохондричних розладів набуває розвитку і диференціюється з іншими суміжними психосоматичними скаргами.

Відповідно до виокремлених компонентів нами визначено критерії (мотиваційно-ціннісний, когнітивно-особистісний, творчо-діяльнісний, рефлексивно-регулятивний) і показники готовності у осіб із іпохондричними розладами до професійної самореалізації і відновлення психосоматичного здоров'я. Мотиваційно-ціннісний критерій. Показниками його є: мотиви, цілі, інтереси, ціннісні орієнтації, ставлення до професійного вибору; наявність потреби в самореалізації, установка на самоздійснення; спрямованість на досконале оволодіння фаховими знаннями; усвідомлення значущості своєї діяльності та необхідності професійної самореалізації.

Емпатія можлива лише за умови емоційної соціальної децентрації, тобто за наявності вміння індивіда поставити себе на місце іншого. Безумовно, це досягається на певному рівні ідентифікації [426]. Ряд дослідників (Т. Гаврилова, Є. Басіна, О. Насіновська, Н. Авдєєва) розмежовують та порівнюють поняття емпатії та ідентифікації. Емпатія та ідентифікація не функціонують ізольовано, а доповнюють одна одну: емпатія може виникати в результаті ідентифікації з іншою людиною. Ідентифікація постає як одна з умов формування та реалізації смислових настанов особистості. Ознакою ідентифікації слугує наявність емоційного компонента, переживання своєї тотожності та привласнення, інтеріоризація певних характеристик об'єкта ідентифікації. Ідентифікація дає змогу не лише будувати сукупність суспільних відносин, а й створювати свою індивідуальну самість. Такий феномен є багаторівневим поліфункціональним універсальним механізмом позитивного розвитку особистості, що забезпечує соціалізацію та персоналізацію індивіда [425, с. 7]. В основі схильності людини до співпереживання лежить процес емоційної ідентифікації, яка постає як обов'язкова умова успішної емпатійності [427, с. 15].

Творчо-діяльнісний критерій. Показниками цього критерію є: сформованість практичних професійних умінь та навичок; творча активність, максимально повна актуалізація й реалізація фахових умінь у процесі практики, вміння творчо вирішувати професійні завдання; здатність до взаємодії (уміння та навички професійного спілкування) поряд з пацієнтом, лікарем, іншими медичними сестрами,

родичами пацієнта (за О. Кравченко); самостійність у квазіпрофесійній діяльності.

Ще одним критерієм самореалізації О. Петрова визначає активність. Уміння реалізувати в діяльності властиві людині потенції є характерним для зрілої особистості.

Таблиця 4.1.

Критерії психологічної компетентності хворих із іпохондричними розладами до самореалізації

№	Психологічні критерії
<i>Мотиваційно-ціннісний критерій. Показники:</i>	
1	мотиви, цілі, інтереси, ціннісні орієнтації, ставлення до професії медичного персоналу та до професійної самореалізації
2	наявність потреби у професійній самореалізації, установки на самоздійснення
3	спрямованість на досконале оволодіння фаховими знаннями й на професійну самореалізацію
4	усвідомлення значущості своєї діяльності та необхідності власної професійної самореалізації
<i>Когнітивно-особистісний критерій</i>	
5	рівень засвоєння фахових знань;
6	самостійність мислення
7	емпатійність (схильність до співпереживання)
8	сформованість особистісних якостей (відповідальність, вимогливість, сумлінність, рішучість, наполегливість, самовладання та ін.), позитивна професійна «Я-концепція»
<i>Творчо-діяльнісний критерій</i>	
9	сформованість практичних професійних умінь та навичок
10	творча активність, максимально повна актуалізація і реалізація фахових умінь у процесі практики, вміння творчо вирішувати професійні завдання
11	здатність до взаємодії (уміння та навички професійного спілкування) з пацієнтом, лікарем, медичними сестрами, родичами пацієнта
12	самостійність у квазіпрофесійній діяльності
<i>Рефлексивно-регулятивний критерій</i>	
13	здатність до самопроекування професійних якостей, самоорганізації, самоуправління діяльністю
14	здатність до рефлексії
15	здатність до саморегуляції
16	вміння оцінити й коригувати результати власної професійної підготовки

Активна участь у повсякденних подіях є усвідомленням цінності, значущості повсякденного життя й означає вміння людини жити в стані «тут і зараз», здатність насолоджуватися актуальним моментом, не порівнюючи його з минулими радощами й не знецінюючи передчуття [288]. Варто зазначити, що О. Петрова наголошує на складності вивчення самореалізації, тому що

самореалізація не може проявлятися безпосередньо й об'єктивно, ми можемо спостерігати лише її ефекти та результати, відображені в психіці суб'єкта. Самореалізацію важко виміряти через високий рівень її суб'єктивності, складно контролювати в ході експерименту через вплив значної кількості чинників, що практично унеможлиблює застосування вимірювальних та експериментальних методів дослідження [289]. Проте, у нашому дослідженні ми маємо спостерігати не власне процес самореалізації респондентів, а формування їхньої готовності до досліджуваної діяльності.

Визначені критерії й показники допомагають підкреслити значимість професійної самореалізації хворих із іпохондричних розладів і дають змогу здійснити початкову діагностику досліджуваної якості; визначити, обґрунтувати психологічні умови формування цієї якості та провести підсумкове діагностичне дослідження з метою визначення ефективності нашого експерименту.

У нашому дослідженні практичне обґрунтування концепції «Культури безпеки психопрофесійних розладів в умовах «locus minoris resistentiae» в аспекті розвитку іпохондричної хвороби ми пропонуємо розкрити шляхом методу хронометричної проби. Її результати було враховано під час впровадження спецкурсу для формування психологічної компетентності щодо зародження і розвитку іпохондричних розладів особистості в процесі професійної підготовки в навчальному закладі. Використовуючи даний підхід для розкриття нашої теми, ми скористалися таким психологічним інструментарієм як електронний хроноскоп, який дає можливість зафіксувати значення суб'єктивного сприйняття часу з точністю до 0,001 с. Враховуючи цю похибку, маємо можливість диференціювати частоту проявів індивідуально-типологічних і соматичних особливостей прояву іпохондричних розладів у досліджуваних.

Застосування методу хронометричної проби дозволило розробити алгоритм хронобіологічного прогнозу психосимптоматики, перебігу, ефективності лікування та оптимізації адаптаційних можливостей хворих на іпохондричні розлади, який складався із таких етапів:

- 1) психодіагностичний, з урахуванням об'єктивного та суб'єктивного критеріїв діагностики іпохондричних розладів; відповідно цей хронотип включає вимірювання і прогнозування базового емоційного фону індивіда, оцінку рівня суб'єктивного контролю, визначення схильності до зародження і розвитку іпохондричних розладів, наявність суміжних невротичних дисфункцій, прогнозування ступеня суб'єктивності виразності болю;

- 2) визначення тривалості С-періодів, а саме їх характеристика у разі періодів фазової сингулярності й, відповідно до них, планування комплексної медико-психологічної профілактики у терміни спаду біологічного циклу або ж під час найбільшої вірогідності проявів загострення іпохондрії.

Своєчасна профілактики, згідно з проведенням наших показань, забезпечить ефективність заходів професійного виснаження у разі самореалізації і попередить хронічний перебіг іпохондричних розладів. Хронотип може виконувати не тільки прогностичну функцію, а й забезпечувати ефективність фізіотерапевтичного впливу під час їх лікування як психолого-часовий індикатор. Основною перевагою даного методу є електроімпульсна дія на організм людини з урахуванням ходу біологічного годинника індивіда, що включає дію адаптивно-динамічного струму із прямокутною формою імпульсів відповідної частоти чергування, який відрізняється тим, що частоту дії погоджують із ходом власного біологічного годинника людини, а її числове значення визначається за допомогою формули: $V = 60/X_t$, де V – частота погодження з ходом власного біологічного годинника особистості, X_t – хронотип. Такий індивідуальний підхід значно посилює ефективність фізіотерапевтичного впливу на організм людини [190].

Отже, визначені вищезазначені критерії сприятимуть виокремленню психолого-часових індикаторів іпохондричних захворювань, що виступають як методологічне підґрунтя для розробки та практичного втілення системи хронопсихологічного прогнозування перебігу іпохондрії, окреслюють конкретні напрямки медико-психологічної реабілітації фахівців різних професій із іпохондричними розладами шляхом врахування диференціації механізмів їх виникнення, що зумовлює необхідність їх перевірки найвагомішим критерієм істинності – практикою.

Згідно з чинним Класифікатором професій України ДК 003:2010 станом на 26.10.2017 р. і багаторівневою психологічною класифікацією професій, виділимо основні відмінності у самореалізації людини, яка працює. Зазвичай її увага спрямована на предмет праці. Кожна робота має свою мету. Для будь-якої праці потрібні знаряддя. Для людини важливо, в яких умовах проходить робота. Є чотири ознаки, за якими класифікують професії. Вона зручна для обмірковування вибору. Класифікація складається з чотирьох ярусів.

Перший ярус – це типи професій, які поділяють залежно від особливостей предмета праці на п'ять типів [320]:

1) якщо провідним предметом праці є рослини, тварини або мікроорганізми, то перед нами тип П «людина – природа»;

2) якщо провідний предмет праці – людина, групи, колективи, спільноти, то перед нами тип Л «людина — людина»;

3) якщо провідним предметом праці є технічні системи, речові об'єкти, матеріали, види енергії, то перед нами тип Т «людина – техніка»;

4) якщо провідний предмет праці – умовні знаки, цифри, коди, природні або штучні мови, то перед нами тип З «людина – знак»;

5) якщо провідним предметом праці є художні образи, умови їх побудови,

то перед нами тип Х «людина – художній образ».

Другий ярус – це поділ на класи. Клас Г (гностичні професії – пірометрост, приймальник сільськогосподарської продукції, контролер-приймальник, вахтер, сторож, ревизор на транспорті, слідчий, журналіст, інспектор рибохорони, інспектор державної інспекції (ДАІ), інспектор з наукової організації праці, інспектор з техніки безпеки праці, контролер креслень, коректор, бухгалтер-ревизор тощо). Клас П (перетворюючі професії), під якими розуміють будь-які дії на предмет праці з метою збереження його властивостей, станів у відповідних межах. Перетворююча діяльність людини може бути спрямована не тільки на речі, а й на види енергії, інформацію, процеси побудови суспільного життя. Наприклад, майстер-реставратор, реставратор килимів, слюсар, кресляр-картограф, різальник з каменю тощо. Клас П – оперативний практичний пошук. До цього класу належать професії з розміщення лекал (фігурних лінійок, які виготовлені за формою деталей одягу) у швейному виробництві, розмітник (у суднобудуванні, металообробці), закрійник ательє індивідуального пошиття.

Третій ярус – це відділи професій. Введемо позначення: Р (рука) – професії ручної праці; М – машинно-ручні (використання машин із ручним управлінням); А (автомат) – використання автоматизованих систем, апаратів; Ф – професії з переважанням функціональних знарядь праці.

Четвертий ярус – групи професій (за ознакою предметних і соціальних умов праці). Можна виділити чотири групи професій, видів праці, позначивши їх буквами: праця в умовах звичайного «побутового» мікроклімату – П; праця на відкритому повітрі з різкими перепадами температури і вологості – В (відкрите повітря); праця в незвичних умовах (під землею, під водою, в гарячих цехах, у цехах з виробничими шкідливостями, на висоті, у повітрі), яку позначимо буквою Н (незвичні умови); праця з підвищеною моральною відповідальністю за здоров'я, життя, психічний (розумовий, моральний) розвиток людей, за великі суспільні, матеріальні цінності – М (моральна відповідальність) [320].

На закономірності та особливості формування професійної придатності людини здійснюють вплив етнокультурні, гендерні та вікові чинники, відповідно до яких досягнення професійного успіху залежить від її індивідуально-типологічних якостей. Особистість, що вибирає певну професію, повинна володіти специфічними психологічними якостями для того, щоб не виявитися професійно нездатною. Закони корпоративності починають висувати свої вимоги та нав'язувати індивіду оригінальний стереотип поведінки, відхилення від якого можуть блокувати професійне зростання. У процесі довготривалої професійної діяльності формуються професійно значущі особистісні якості, що відрізняють представника однієї професії від іншої.

Таким чином, відбуваються зміни психіки осіб, що виконують свої професійні обов'язки, які можуть спровокувати психосоматичні порушення та розлади.

Виникає потреба у виявленні та конкретизації взаємозв'язків професійних вимог та особистісних потенціалів; у встановленні чинників, які б сприяли збереженню психосоматичного здоров'я людини, особистісному становленню та саморозвитку у професійній діяльності. Іпохондричний розлад (МКХ-10: F45.2) – це стійка занепокоєність людини можливістю захворювання тяжкою соматичною хворобою, яка має прогресуючий перебіг і може призвести до інвалідності або смерті. У професійному забезпеченні актуальними іпохондричними симптомами є соматоформні розлади. Й тому у нашому дослідженні ми будемо використовувати цей термін в аспекті формування іпохондричної хвороби особистості для пояснення больової локалізації її симптомів [249].

Загальні дані офіційних джерел виявляють тенденцію до значного зниження рівня психологічного здоров'я [87]. Специфіка психологічних проблем сучасності визначається необхідністю освоєння нового соціально-економічного й професійного досвіду. З одного боку, у зв'язку з переходом до ринкової економіки з'явилися нові професії, права та обов'язки, які ще не мають коріння у професійній культурі нашого суспільства, з іншого – відбувається хворобливий процес ламання стереотипів традиційних форм професіоналізації, які також змінюються у сучасних умовах.

Високий рівень світових стандартів і вимог щодо будь-якої професійної діяльності вимагає від людини не тільки виконання обов'язків, володіння уміннями та навичками, але й професійності, освіченості, відповідальності, психологічної стійкості, надійності та ефективності у професійної діяльності фахівців. За даними англійського психолога й соціолога Л. Кларка [196], втрата здоров'я і працездатності через іпохондричні захворювання відбувається у межах 40-50 років, що веде до значних економічних та соціальних втрат для суспільства.

Такий феномен як успішність у професійній діяльності зазвичай обумовлюється відповідальністю, самоефективністю та критичністю до себе, орієнтацією на досягнення, професійною дієздатністю та ідентичністю тощо. *Під профпридатністю розуміють* взаємну відповідність конкретної людини певній галузі застосування її активності та у певний час [203, с. 45]. До профпридатних належать громадянські якості, ставлення до праці та професії, інтереси, нахили, дієздатність, спеціальні здібності, навички, звички, знання, досвід.

Оцінка рівня професійної готовності до певної праці, на думку низки науковців [99, 196, 237, 311], повинна ґрунтуватися на таких критеріях: задоволеність працею та взаєминами у колективі, успішність оволодіння

професією, успішність у роботі, психофізіологічна «ціна» праці, ступінь сформованості психічних регуляторів діяльності – суб'єктивного образу професії, самоусвідомлення професійної самосвідомості.

Психологічна стійкість – це складова психологічного інтелекту, що сприяє збереженню високої функціональної активності в умовах дії стресорів, фрустраторів як внаслідок пристосування до них, так і в результаті високого рівня розвитку емоційно-вольової саморегуляції. Її розглядають як особливість темпераменту людини, що дозволяє надійно виконувати цільові завдання діяльності за рахунок оптимального використання резервів нервово-психічної емоційної енергії [21].

Соматоформний розлад (соматизована психічна реакція) – психосоматичний розлад, що виявляється різними скаргами на хворобливий стан різних органів і систем організму, через відсутність об'єктивних підтверджень наявності серйозного соматичного захворювання. Головною ознакою соматоформних розладів є повторюване виникнення фізичних симптомів поряд із постійним аналізом медичних обстежень, які не підтверджують негативних результатів. Якщо фізичні розлади й присутні, то вони не пояснюють природу і вираженість симптоматики або дистресу і заклопотаності хворого. Навіть коли виникнення і збереження симптоматики тісно пов'язане з неприємними життєвими подіями, труднощами або конфліктами, хворий протестує спробам обговорення можливості її психологічної обумовленості; це може мати місце навіть при наявності виразних депресивних і тривожних симптомів. Досяжна ступінь розуміння причин симптоматики часто є такою, що розчаровує і фруструє як пацієнта, так і лікаря [17].

Даний стан не є проявом того, що такі пацієнти є симулянтами, вигадують свої проблеми з метою привернути до себе увагу. Насправді вони дійсно хворі, страждають і потребують кваліфікованої допомоги. Основна причина появи соматичних скарг при соматоформних розладах – реакція психіки на неприємні життєві події, складності, стреси або конфліктні ситуації.

Самі по собі такі скарги не з'являються. Якщо ретельно розпитати такого пацієнта про його життя, проблеми, то можна знайти «слабке місце». У когось це проблеми з профпридатністю або через її відсутність, в іншого – зрада дружини (чоловіка). Багато пенсіонерів, чий діти живуть окремо і практично не виявляють інтересу до долі батьків, страждають на соматоформні розлади. Тому їх походи по лікарях, всілякі обстеження – своєрідна, хоч і неусвідомлена, можливість привернути до себе увагу.

Загострення соматоформних розладів провокує не фізичне навантаження або зміна метеорологічних умов, а емоційно значимі стресові ситуації.

Таблиця 4.2

Психосоматичні кореляти девіантних проявів у професійній діяльності

Девіантні прояви	Професійна діяльність	Домінуючі особливості характеру	Вид психосоматичних порушень
Агресія	Вчені в галузі соціальних наук, наймані працівники, моделі, бізнес-леді	Тривожність, гнів, неврівноваженість, емоційна нестабільність	Булемія
Ергопатична поведінка	Авіадиспетчер, пілот, снайпер, керівник	Прихований нейротизм	Ішемічна хвороба серця (ІХС)
Аутоагресія	Інженери, науковці	Інтровертність	Ожиріння
Іпохондрія	Науковці вузької спеціалізації	Обмеженість інтересів, консерватизм	Бронхіальна ядуха (БЯ), кардіоневроз, ожиріння
Меланхолізм	Фінансовий менеджер, реалізатор, організатор проекту	Дослідники і консерватори, прихований пошук і відданість справі	Гіпотонічна хвороба
Апатія	Викладачі, журналісти, археологи	«Емоційно-мотиваційний параліч»	Ревматоїдний артрит
Дисфорія (неврастенія)	Ліфтери, лаборанти, ювеліри	Демонстративність, нестабільність, фобії	ІХС
Обсесивна фобія	Фанати, віруючі, студенти	Самонавіювання, ідолопоклонство	Кардіоневроз
Сенситивна поведінка	Шахтарі, водії, сторожі-охоронці	Нав'язливість ідей, соціоцентризм, фобії	Гіпертонічна хвороба
Ейфорія	Дослідники, детективи, консультанти	Маніакальність та гедоністичність ідей, розпад особистості	Цукровий діабет, головний біль, інфекційні хвороби
Егоцентризм	Військові, політичні лідери, рекламодавці	Опонент соціуму, занурення у світ «Я»	Кардіоневроз, БЯ

Продовження табл. 4.2

Анозогнозтизм	Письменники, спортсмени, артисти	Заперечення захворювання, оптимістичність	Виразка duodenum, захворювання шкіри
Параноя	Соціальний лідер, програміст	Підозрілість, ілюзії, галюцинації, трудоголізм, понаднормативна активність	Атеросклероз, гіпертонічна хвороба

Аналіз наукових джерел, зокрема робіт І. Малкіної-Пих, Дж. Ховарда та П. Медина, та наших архівних досліджень виявив механізми впливу особистісних характеристик і ситуаційних змінних, зокрема девіантних проявів і професійних стандартів, на виникнення психосоматичних симптомів. Для експрес-діагностики визначення професійної схильності до професійних порушень (таб. 4.2.).

Девіантна поведінка є наслідком порушення психологічної стійкості особистості. Вона, як і будь-яке відхилення чи професійна дезорієнтація, виникає у людини під час стресу, психологічного напруження. Не усвідомлюючи свій постстресовий стан, людина породжує невідреаговані переживання, загострює особистісний конфлікт, що призводить до неконструктивних поведінкових стратегій. Нашаровуючись одна на одну, численні стресові ситуації виявляються тільки при аналізі реальної біографічної хронології. Проте за адекватного рівня психологічної стійкості перепони та перешкоди – нормальні явища життя, конструктивне значення яких полягає у тому, що вони викликають активність суб'єкта, спрямовану на їх подолання, породжують потребу шукати і знаходити способи оволодіння перешкодами, виробляти стратегії їх подолання, що має надзвичайно важливе значення для успішного професійного процесу.

Професійна адаптація обумовлена такими особистісними якостями, як психологічна та емоційно-вольова стійкість, емоційна стабільність, урівноваженість, наполегливість тощо. Взаємне пристосування особистісних рис та особливостей професії здійснюється механізмами рефлексивного мислення, яке забезпечує при цьому збереження психосоматичного здоров'я.

Наведені показники актуальні для професійної орієнтації під час здійснення професійного вибору, для позитивної динаміки кар'єрного зростання та морально-етичної відповідальності особистості як суб'єктно орієнтованого, ціннісно-змістового і багатокомпонентного утворення з

властивими йому специфічними особливостями генезису та творчого потенціалу.

Для розв'язання завдань, насамперед у цьому напрямі, можна запропонувати:

1) встановлення (нормування) оптимальних допустимих і важких умов праці, що дасть змогу визначити вимоги до техніки та вжити заходів соціально-психологічного забезпечення;

2) профілактика вираженого розумового стомлення, нервово-психологічного перенапруження, депривації, гіподинамії, монотонії;

3) розробка критеріїв професійного відбору, критеріїв навчання та перепідготовки фахівців;

4) вивчення змін психофізіологічного стану, психічних процесів, утворень, які визначаються умовами та особливостями професійної діяльності;

5) вивчення психофізіологічних резервів людини. Протидії впливу екстремальних подразників та їх зниження.

Профілактика несприятливих функціональних змін в організмі, зокрема іпохондричних розладів, збереження і *підвищення психологічної стійкості й психофізіологічних резервів організму*, запобігання розвитку вираженої втоми і перевтоми у спеціалістів. Згідно з цією тенденцією виникають проблеми на двох рівнях. До першої групи заходів належать [22]:

- динамічний контроль за станом психофізіологічних резервів організму та працездатності;
- заходи з розширення психофізіологічних резервів організму в період між виконанням коротких або тривалих циклів;
- заходи в період виконання робочих циклів або окремих завдань;
- заходи після виконання роботи (завдань);
- заходи безпосередньої дії на організм (раціональний режим праці та відпочинку під час виконання роботи, активний та пасивний відпочинок, водні процедури, додаткова вітамінізація, ультрафіолетове опромінення, оптимізація емоційного стану).

Крім суто фізіологічних заходів, котрі дають змогу підвищити працездатність за рахунок регуляції функціонального стану й фізіологічних резервів організму, важливе значення для ефективного та безпечного виконання професійної діяльності мають так звані неспецифічні соціально-психологічні заходи, які належать до другої групи заходів підвищення працездатності.

Істотне значення має і соціально-психологічне забезпечення, яке передбачає психодіагностику, психокорекцію, психологічну реабілітацію, підготовку і допомогу в різні періоди робочого циклу [177].

Заходи другої групи проводяться в разі потреби для мобілізації резервних можливостей організму, щоб підтримати й негайно підвищити його працездатність. До таких заходів належать: вдихання кисню за нормального тиску, гіпербарична оксигенація, повітряно-теплові процедури, дія імпульсним електричним струмом, застосування електросну, використання фармакологічних препаратів.

Описані заходи мають на меті метафізіологічне забезпечення роботи і мають бути включені до системи медичного забезпечення діяльності разом із лікувально-профілактичними, санітарно-гігієнічними та протиепідемічними заходами. А також з урахуванням онтогенетичних проблем щодо зародження і розвитку іпохондричних розладів має бути розроблена система заходів їх подолання.

У положенні про формування структурного атрактора іпохондричної хвороби в онтогенезі йдеться про такі обумовленості щодо розвитку захворювання [208]:

1) генетична схильність щодо зародження і розвитку іпохондричних розладів особистості;

2) розвиваючись в основі генетичних посилень, психосоматичні варіанти вісцеральної патології являються наслідком формування структурних атракторів хвороби (багаторівневих функціональних патологічних психосоматичних систем);

3) структурні атрактори хвороби формуються у процесі онтогенетичного розвитку індивіда, що дозволяє стверджувати про іпохондричні посилення як про онтогенетичні адаптаційно-компенсаторні процеси, а здоров'я розглядаємо як процес набуття стійкості нестійкої взаємодії (динамічної рівноваги) адаптаційних і компенсаторних механізмів;

4) наведені чинники вказують на наявність специфічного емоційного конфлікту для кожного типу особистості;

5) динаміка розвитку іпохондричної нозології має стадію латентної, прихованої форми хвороби; оцінка її стану здійснюється за надлишкової емоційної напруженості донозологічного рівня, що має виражений вегетосоматичний еквівалент;

6) варіанти розвитку захворювання залежать від первинної репрезентативної системи хворого (поведінкової, емоційної чи когнітивної);

7) ключовими ознаками для розвитку іпохондричних розладів на онтогенетичному рівні є такі:

- порушення збалансованого функціонування адаптаційно-компенсаторних механізмів;
- формування структурного атрактора хвороби;

- дискретний перехід через точки біфуркації адапційно-компенсаторних можливостей із поведінкового на емоційний і з емоційного на когнітивний варіанти функціонування особистості;

8) стержнем теоретичної онтогенетичної концепції структурного атрактора хвороби є така формула:

$$САБ = f(a, b)(c, d),$$

САБ – структурний атрактор хвороби;

a – конституційно-генетичний фактор;

b – родова патологія, перенесені хвороби дитинства, що посилюють схильність до зародження і розвитку іпохондричних розладів;

c – умови виховання, перенесений психотравматичний досвід;

d – особистісні особливості дискретного типу.

Отже, іпохондричні розлади як соматогенії виступають як активні компенсаторні механізми, що полегшують переживання хвороби на психологічному рівні. При включенні цих механізмів спостерігаються дифузні реакції, що пригнічують первинно сформований патологічний функціональний психосоматичний патерн – структурний атрактор хвороби за рахунок включення диспансивних процесів, процесів перерозподілу енергії емоцій по інших системах, які включаються у цей патерн під час стресу. Саме тому, враховуючи вищезазначене, маємо зауважити той факт, що елімінація неврозоподібних реакцій може проходити не в очікуваний період ремісії іпохондрії, а до її загострення. Виникають проблеми з психологічною стійкістю та адаптацією в осіб із іпохондричними розладами.

Модель профілактики іпохондричних розладів особистості розкриває сутність проблем адапційного характеру, пов'язаних із критеріями, чинниками та формами іпохондричної патології, які, поєднуючись у механізмах їх розвитку, виступають як психотерапевтичні мішені у комплексному лікуванні та профілактичних заходах [8].

Розглядаючи передумови соціально-психологічної дезадаптованості в аспекті формування внутрішньої картини хвороби, вкажемо про існування певних типів ставлення до порушення цілісності організму людини: сенситивний (надмірна емоційна вразливість, страх щодо власної неповноцінності, недієздатність), тривожний (безперевні хвилювання з приводу стану оптимального функціонування організму, перебігу хвороби та її наслідків, пошук нових методів лікування, додаткової літератури тощо), меланхолійний (зневіра у компетентність лікарів, у одужання, у процес лікування, суїцидні наміри), апатичний (байдужість до хвороби, до свого майбутнього, втрата інтересу до життя, апатія у міжособистісних стосунках), неврастенічний (спалахи роздратування у разі больових проявів, неввірного

лікування), егоцентричний (прийняття хвороби у пошуку вигоди для себе, виставлення напоказ своїх страждань, маніпулювання скаргами за для співчуття), паранояльний (екстернальний підхід щодо розвитку хвороби, звинувачення інших у її розвитку, надмірна підозрілість, скарги на зурочення чи карму), анозогностичний (активне уникнення думок про хворобу, заперечення її наявності, відмова від медичного лікування й обстеження), дисфорійний (озлоблений настрій, незадоволений вигляд, підвищені вимоги щодо власної персони), ергопатичний (втеча від хвороби у роботу, селективне ставлення до лікування з метою за будь-яких обставин продовжувати роботу), гармонійний (адекватна оцінка свого стану, розумна зацікавленість у лікуванні, переключення уваги на більш досяжну діяльність) [196, 250].

Внутрішня картина хвороби відображає схильність людини до конфліктності, а особливо у разі наявності латентного перебігу внутрішньоособистісних розбіжностей, спровокованих іпохондричними переживаннями. Зазвичай вони проявляються у вигляді конверсійних симптомів, соматоформних розладів, функціональних синдромів, соматизованих розладів, психосоматичних реакцій, дисморфофобічних реакцій. Конверсійні розлади представлені у вигляді трансформації емоційних порушень, шляхом передачі патологічних імпульсів у рухові, сенсорні і вегетативні еквіваленти. Найчастіше вони зустрічаються з істеричним проявом емоцій. Конверсія симптому приносить людині первинну та вторинну вигоду. Первинна корисність полягає у тому, що істеричні прояви не долучають внутрішній конфлікт до свідомості. Вторинна корисність – в тому, що симптоми дозволяють безпосереднім шляхом задовольняти актуальні потреби [78, 84]. Зазначимо, що іпохондричні розлади в осіб працездатного віку маскуються у соматоформні, соматизовані, дисморфофобічні, соматоформні больові розлади тощо.

Соматоформні розлади (F 45.3) – це розлади, у разі яких соматичні симптоми неможливо пояснити органічними порушеннями і вторинними наслідками таких хвороб як депресія чи панічні атаки. Головна особливість – наявність постійних скарг на здоров'я, які тривають, незважаючи на негативні результати медичних показань і відсутність будь-якого патологічного процесу. Найчастіше зустрічаються соматизовані розлади. У наш час під соматизацією розуміють сукупність різних психопатологічних розладів із перевагою соматовегетативних компонентів.

Соматизовані розлади (F 45.0) – це соматоформні дисфункції, які характеризуються багатоповторюваним фізичним нездужанням, що не є органічної основи. Існує зв'язок цих скарг із психологічними факторами і підсвідомими конфліктами. Такі пацієнти – постійні відвідувачі поліклінік, і

лише випадковість дозволяє поставити правильний діагноз. Виділяють соматоформну вегетативну дисфункцію (F 45.3). Це соматофорний розлад, у разі якого спостерігаються переважно вегетативні збудження. Скарги такого типу мають вегетативний характер: сухість у роті, серцебиття, пітливість, теплові хвилі, гіперемія, неприємні відчуття у ділянці шлунка й додаткові неспецифічні скарги на будь-які органи та системи. Органічні зміни відсутні.

Дисморфофобічні розлади (F 45.2) – це соматоформний розлад, що характеризується хвилюванням з приводу уявних недоліків зовнішності чи неприємних для оточуючих особливостей. Люди з дисморфофобією стурбовані уявними та незначними недоліками своєї зовнішності або ж негативним враженням від оцінки оточуючими.

Соматоформні больові розлади (F 45.4) – це розлад, який характеризується болем, провідну роль у виникненні, інтенсивності й тривалості якого відіграють психологічні фактори. Головна особливість – скарги на біль при відсутності фізичних порушень та інших причин. Біль не розповсюджується згідно з ділянками інервації. Найчастіше біль викликаний психологічними причинами, і, як правило, хворий має вторинну корисливість від того чи іншого симптому. Тобто іноді вони користуються своїм хворобливим станом заради досягнення власних потреб, на угоду своїм егоїстичним намірам. У хворих переважно бувають багаточисленні соматоформні розлади. Їх патологічний стан трактується як недиференційне соматоформне порушення (F 45.1) або соматоформні розлади невідомої етіології (F 45.9). Ці ситуації для діагностики досить складні. Відмінною ознакою є наявність багаточисленних соматичних порушень без органічних причин. Для діагностування повинні бути від 4 до 6 симптомів [250].

Зазначимо також в етіопатогенезі їх розвитку значимість психологічного фактору, за допомогою якого диференціюються чотири рівні соціально-психологічної дезадаптації, що й пояснюватиме механізм зародження цих розладів.

Перший рівень психологічної дезадаптації особистості обумовлений її акцентуацією характеру. За визначенням А. Личко, акцентуації характеру – це надмірна вираженість рис, що призводить до структурних психологічних змін, а в несприятливих соціальних умовах – до розпаду особистості. Це крайнощі у варіативних нормах характерологічних тенденцій особистості, при яких визначні риси характеру займають відхилення від середньої норми, яскраво виражену своєрідність психічного складу. Позитивного або негативного забарвлення акцентуованості значною мірою надають зовнішні фактори, життєві умови тощо. Акцентуації індивідуальних відмінностей людини зазвичай виступають як преморбідні особливості особистості в зародженні та розвитку іпохондричних розладів [180, 236].

Другий рівень соціально-психологічної дезадаптації обумовлений наявністю довготривалої реактивної тривожності, яка виникає у результаті порушення особливо значних життєвих відношень людини та проявляється у специфічних клінічних феноменах при відсутності психологічних явищ. Отож, невротична тривожність продукована не стільки силою і кількістю психотравмуючих ситуацій, скільки їх значимістю у суб'єктивній системі відношень індивіда. Саме у цьому полягає сутність нервово-психічного напруження і невротичного конфлікту, які лежать в основі зародження та розвитку іпохондричних розладів особистості. У їх структурі виділяють три основних типи невротичних конфліктів: істеричний, неврастенічний і obsесивно-психастенічний [283].

Істеричний патогенний конфлікт визначається підвищеними вимогами з недооцінкою чи повним ігноруванням об'єктивних реальних умов; його відрізняє підвищена вимогливість до оточуючих і зависока непретензійність до себе (відсутність критичного ставлення до себе).

Невротичний конфлікт характеризується, навпаки, підвищеними вимогами до себе й надмірними потребами індивідуума, тобто наявністю протиріч між можливостями особистості, з одного боку, та її прагненнями й завищеними вимогами до себе – з іншої [377].

Obsесивно-психастенічний конфлікт обумовлений протиріччями внутрішніх тенденцій, що проявляються у боротьбі між бажаннями й обов'язком, актуальними потребами, бажаннями та нормативними установками, моральними принципами. Це протиріччя являє собою типову основу для виникнення неврозу нав'язливих станів.

Таким чином, невирішений невротичний конфлікт стає причиною довготривалої реактивної тривожності, високий ступінь напруженості якої обумовлений функціональною дезорганізацією особистості як на психологічному рівні у вигляді порушень вищих форм поведінки, так і на фізіологічному рівні – у вигляді соматичних дисфункцій із проявом моторних і вегетативних симптомів.

Третій рівень психологічної дезадаптації представлений у вигляді особистісних психопатій. Психопатії – патологічний, дисгармонійний стан особистості, який являє собою постійну генетичну обумовлену властивість індивідуума. Набуті життєві прагнення і видозміни цієї властивості незначні у разі психологічного комфорту. Патологічні властивості нестійкої особистості тотальні на етапі зародження та розвитку іпохондричних розладів у людини. Патологічні зміни настільки значні, що перешкоджають адекватній соціальній адаптації під час хвороботворчого періоду. За критеріями П. Ганнушкіна вони визначають такі мотиви як тотальність, відносна стабільність і порушення соціальної дезадаптації [114].

Четвертий рівень дезорганізації характеризується наявністю психозів. Причинами подібного захворювання являються зазвичай ендогенні фактори. Крайнощами у проявах психозів можуть бути депресія із тривалою вітальною тугою і сумом, повна відчуженість, галюцинації і параноя. Людина у такому стані не може зазвичай виконувати повсякденні функції й обов'язки: навчатись, працювати та виконувати справи домашнього вжитку. Наслідками цих психозів є втрата орієнтування у часі та просторі, психо-соціальна деградація, відсутність бажання щодо життя і особистісного зростання [148, 236].

При плануванні допомоги щодо вищезазначених проблем соціальної дезадаптації, психогенних чинників зародження та розвитку іпохондричних розладів, скарг на їх прояв та порівняння у відмінності симптомів і їх механізмів генезу, варто розкрити особливості психокорекційного підходу, як і зазначено у структурі моделі іпохондричних розладів особистості. Дослідженням у галузі психології здоров'я у зв'язку з представленими завданнями щодо терапії і профілактики цих розладів необхідно опиратись на такі психодіагностичні основи:

1. використання багаторівневого мультимодального підходу, інтегрованого зі сторін саногенетичних та патогенетичних взаємовпливів процесу розвитку й тривалості захворювання. Цей підхід обумовлений такими рівнями [96]:

а) *соціальний*: вивчення соціального, професійного статусу, інтерперсональних взаємодій, сімейних відносин [86];

б) *психологічний*: вивчення преморбідних особливостей особистості, індивідуальної структури хворого, способів психологічного захисту, копінг-поведінки, поведінки в ситуаціях фрустрації, ставлення до хвороби [123];

в) *психосоматичний*: вивчення генетичної спадковості, соматичного та нейрогормонального статусу у взаємозв'язку з соціально-психологічними параметрами;

г) *типологічний*: виділення та вивчення психосоматичних типів і психологічного портрета особистості в умовах професійного забезпечення [91];

д) *синдромологічний*: виділення і вивчення провідних синдромів і скарг зародження та розвитку іпохондричних розладів особистості;

е) *психотерапевтичний*: використання психотерапевтичних методів у комплексному лікуванні психосоматичних хворих [120];

ж) *профілактичний*: розробка програм для первинної, вторинної профілактики та реабілітації хворих [125];

2. використання методу секторного дослідження, а саме:

а) виділення і вивчення генеральних рис особистості та їх гормонального забезпечення у залежності від найбільшої вегетативної реактивності;

б) вивчення не тільки індивідуальних рис, але й їх кореляцій, тобто симптомокомплексів (у структурі особистості іпохондричних хворих відсутній монобазис);

в) вивчення сформованого із симптомокомплексів типу особистості (дослідження взаємозв'язків між рисами й цілісністю людини, тобто взаємовідносин людини з її світом);

г) вибір динамічних і перспективних методів як найбільш продуктивних;

д) використання методів моделювання у наукових дослідженнях психосоматичних співвідношень [129].

Психокорекційна робота згідно з даною моделлю іпохондричних розладів особистості направлення на посилення особистісного (індивідуального) превентивного ресурса та включає комплекс заходів, спрямованих на підвищення рівня когнітивного, емоційного й поведінкового інтелекту.

Психотерапія іпохондричних розладів спрямована на посилення як адаптаційних, так і компенсаторних механізмів. Перше завдання пов'язане з вирішенням стратегічних завдань щодо лікування психосоматичної симптоматики, друга – переважно з тактичними, насущними проблемами. Психокорекція обумовлена протекторною функцією в умовах хвороби, пом'якшуючи її реактивність і модулюючи активність психосоматичного контуру в здорове русло. Психологічний портрет особистості іпохондричної нозології має дещо особистісні відмінності у структурі формування особистості в умовах професійного забезпечення, які можуть виступати як психотерапевтичні мішені у комплексному лікуванні.

Виходячи з вищезазначених потенційних особливостей психокорекційних намірів, виділяємо такі мішені компенсаторного психотерапевтичного втручання:

1) *соціальна сфера* – зниження соціального статусу, соціальної значимості в суб'єктивній оцінці хворих; обмеження соціальних контактів; закритість, замкнутість – ось ці негативні тенденції, що спричиняють адекватну адаптацію до переживання щодо наявності хвороби;

2) *поведінкова (комунікативна) сфера* – сором'язливість, напруженість у міжособистісних взаємостосунках, особливо у групових ситуаціях; соціальна депривація; гіпердомінування мотивації на досягнення успіху та уникнення невдач;

3) *когнітивна сфера* – гіпертрофія дигітальної функції мислення; оперативне мислення; недостатність уявлення; домінування наочно-дійового мислення над абстрактним мисленням; обмежені можливості і категоризації у мисленні; обмежені можливості розуміння себе, що пов'язані з дефіцитом рефлексії; песимістична когнітивна карта світу;

4) *емоційна сфера* – тривожність, неспокій; зниження настрою, емоційна нестійкість збудливість; нетерпіння; нестійкість до фрустраційних впливів;

прихований гнів; образливість, чутливість до критики; песимістична оцінка перспектив;

5) *психосоматична сфера* – психофізична перевага, вегетативні прояви за адреналіновим типом.

Цілеспрямовані профілактичні наміри також слугуватимуть надійним превентивним чинником у подоланні іпохондричних розладів. Цілеспрямоване функціонування профілактичної системи – це формування і розвиток особистісного превентивного ресурсу людини, яка обслуговує її адаптацію до динамічних умов життя.

Особистісний превентивний ресурс – це комплекс здібностей індивіда, реалізація якого дозволяє зберігати баланс адаптаційно-компенсаторних механізмів. Відформатована співпраця цього комплексу забезпечує психічне, соматичне і соціальне благополуччя людини і, у відповідності, створює умови для відкриття нею своєї унікальної ідентичності та наслідкової саморегуляції. Психопрофілактичну роботу з іпохондричними хворими необхідно формувати в комплексі таких цілей і завдань [136]:

- 1) підвищення комунікативної компетентності (тренінг партнерського спілкування, тренінг за продукуванням асертивних властивостей);
- 2) навчання навичкам саморегуляції для зниження рівня тривожності й депресивної напруженості (аутогенне тренування, медитація, саморегуляційні уявлення);
- 3) створення умов для відреагування заблокованих емоцій (тілесно-орієнтована психотерапія, співконсультування, креативний тренінг);
- 4) підвищення фрустраційної толерантності (поведінкова психотерапія, тренінг управління дихання);
- 5) посилення екстрапунітивної спрямованості, оптимістичності (когнітивна психотерапія, медитації на зовнішньому світі).

Спеціалістам необхідно стратегічно більше звертати увагу на базові структури особистості на основі генетичної схильності; ці структури виступають як основа формування багаторівневих функціональних патологічних систем – структурних атракторів здоров'я. Профілактика даних атракторів пов'язана з виявленням і корекцією окремих компонентів загального синдрому дезадаптації.

Отож, *загальний синдром дезадаптації* – це базове порушення донозологічного стану порушення здоров'я людини на когнітивному, поведінковому та емоційному рівнях. Профілактика іпохондричних розладів може бути специфічна та неспецифічна; остання зазвичай орієнтована на виявлення симптомокомплексів загального синдрому дезадаптації.

У разі адекватного співвідношення вищезазначених структур професійна діяльність стимулюватиме розвиток творчої особистості, сприятиме збереженню психосоматичного здоров'я. Оптимальний для людини вибір професії, з огляду на результати нашого дослідження, можливий у випадку відповідності сталих особистісних структур (серед яких чільне місце належить психологічній стійкості) з професійними вимогами та у випадку пристосування змінних (залежних від впливу оточення, сформованих у процесі навчання, виховання та професіоналізації) рис особистості до професійної діяльності.

Правильно обрана професія допомагає людині у питаннях її самореалізації. Вибір професії – це особистісний аспект, на який повинен впливати рівень узгодженості між структурою особистості та структурою вимог до професії. Крім того, можливим є факт зворотного пристосування вимог професійної діяльності, завдяки їх змінним рисам, до сталих рис особистості. Ефективним механізмом, здатним забезпечити вищезазначені процеси взаємодії професійних вимог та особистісних потенціалів, є рефлексивне мислення.

Перспективи подальшого дослідження полягають в уточненні та виявленні факторної ваги особистих потенціалів, здатних забезпечити психосоматичне здоров'я у професійній діяльності людини, а також у розкритті та реалізації програми регенерації стану оптимального функціонування організму у фахівців різних професій.

4.2. Програма відновлення оптимального стану функціонування організму в осіб з іпохондрією

Сучасні реалії відображають неоднозначність психопатологічних інтерпретацій станів, кваліфікованих у рамках невротичної іпохондрії й відповідно специфіку особливостей лікувального процесу. В основі лікування іпохондричних розладів І. Енегольм надавав перевагу фармацевтичному, дієтичному і психологічному втручанням. Він вважав також, що ефективними методами у подоланні іпохондрії є працетерапія, яка відволікає хворих від переживань. «Нехай він (хворий), – писав Енегольм, – буде творцем своїх кольорів і своїх дерев, нехай він садить капусту, будує гроти й годує своїх голубів».

П. Ключников виділяв у психотерапії відповідний режим хворим, який сприятливо впливає на протікання хвороби. С. Корсаков важливого значення надавав загальновідновлювальній терапії, вживанню вітамінів і смачної їжі, препаратом миш'яка та заліза тощо. Він також підкреслював, що ставлення лікаря до хворого іпохондрією має бути уважним і підбадьорюючим. С. Карчян нав'язливі іпохондричні стани успішно лікував самонавіюванням [201].

Як відомо, в патогенезі іпохондричних розладів, про що йдеться у розділі III нашого дослідження, велике значення мають імпульси від внутрішніх

органів, що послаблюють функціонування центральної нервової системи. Саме тому у комплексній терапії хворих важливе місце повинні займати засоби, що нормалізують функцію нервової системи й впливають на патологічні інтероцептивні імпульси. До таких засобів належить один із загальноновживаних лікарських препаратів – новокаїн. Його значимість і впливовість на розвиток та динаміку іпохондричних розладів подаємо нижче.

Однак зазначимо, що параметрами оптимального стану функціонування організму людини є такі пріоритети, на які ми опиралися при здійсненні психокорекційної реабілітації наших досліджуваних. З позицій Г. Годфруа [208], психосоматично здорова людина в процесі життєдіяльності володіє такими рисами, на які ми опиралися під час розробки програми оптимізації психологічної здоров'я особистості:

- 1) відмінне тілесне здоров'я і його фізіологічна підтримка;
- 2) здатність встановлювати гармонійні міжособистісні відносини з іншими людьми;
- 3) вміння користуватися своїми ресурсами, швидко переключатись від прагнень до їх втілення у реальність, усвідомлення своїх здібностей та можливостей, удосконалення свого досвіду; пошук нових підходів для реалізації благополуччя;
- 4) володіння відчуттям справедливості, впровадження у життя власних ідей, визнаючи та корегуючи свої помилки;
- 5) встановлення невимушених відносин з іншими людьми, що дозволяє легко орієнтуватись на соціальному ступені та бути визнаним у суспільстві;
- 6) бути оптимістом, доброзичливим і життєрадісним, любити життя і відповідати на його вимоги, не відчувуючи примусу, відповідальним, зрілим, реалістичним, емоційно стійким, розсудливим, відвертим, володіти почуттям гумору тощо.

Дані критерії підкреслюють механізм рівноваги психосоматичної цілісності людини і прогнозують психосоціальну оцінку норм поведінки здорової особистості. Психокорекційний процес містив два незалежні етапи, які було впроваджено окремо один від одного. З профілактичною ціллю нами було розроблено лекційний курс «Культури безпеки психопрофесійних розладів в умовах «locus minoris resistentiae»» із профілактики іпохондричних розладів особистості й реалізовано його під час навчально-виховного процесу серед групи студентів Вінницького державного педагогічного університету імені Михайла Коцюбинського та програму комплексної когнітивно-поведінкової психотерапії (ПККПТ) для осіб із іпохондричними розладами.

Студентів навчали оволодівати методами психокорекції розвитку іпохондричних розладів із ціллю формування дивергентного та системного мислення й опанування психологічною перцепцією. Вони навчалися розвивати

культуру безпеки життєдіяльності у разі схильності до іпохондрії та формування соціальної спрямованості під час розвитку нав'язливих ідей щодо порушення здоров'я. Лекційний матеріал ПККПТ містив інформацію про змістові параметри психічного здоров'я та ресурси психологічної стійкості особистості, про ієрархію показників психічного здоров'я у фахівців різних професій з іпохондричними розладами на початку та після завершення психокорекційної роботи, а також було розкрито внутрішню картину іпохондричної хвороби та стратегії стресостійкості у разі розвитку ІР.

З огляду на те, що освітній процес являє собою підвищену напруженість у сфері міжособистісних комунікацій, несприятливу психологічну атмосферу щодо взаємодії «викладач – студент», а то й і «студент – студент», нечітку організацію та планування діяльності, спостерігаємо психологічне виснаження особистості майбутнього фахівця: емоційне збудження, негативне самосприйняття професійного досвіду, зниження самооцінки, дратівливість, напруженість, гнів, зміна настрою у бік песимізму, апатії, депресії, цинізму, психосоматичних порушень (втоми, розладів шлунково-кишкового тракту, захворювань шкірних покривів, серцево-судинної системи). Тому, керуючись даною симптоматикою, під час лекцій ми впроваджували тренінгові вправи з релаксаційною метою щодо збереження психоемоційних резервів в організмі.

Для подолання надлишкового психоемоційного напруження під час досягнення педагогічної освіти велику роль відіграє систематична робота щодо підвищення рівня психоемоційної культури майбутнього педагога. Основною її складовою вважаємо психоемоційну стійкість особистості, яка дозволяє протистояти емоційному дисбалансу під час навчання. Високий рівень психологічної стійкості формує у студента-педагога емоційну чуйність, пластичність щодо швидкого реагування на емоційні зрушення учнів, виразність у рухах, жестах, поставі, міміці та мові.

Для осіб експериментальної групи нами пропонувалася робота реабілітаційною ціллю із відновлення стану оптимального функціонування організму людини та з профілактичними намірами, ідентичними що й для групи студентів. Реабілітація пацієнтів із іпохондричними розладами становила сукупність заходів, які необхідно провести для сприятливого впливу на основну причину захворювання, а також для забезпечення найкращих можливостей щодо фізичного, соціального та ментального стану хворих, з метою самостійного попередження або відновлення здоров'я у них при втраті нормального життя у соціометричному вимірі. Реабілітацію не слід розглядати як ізольовану форму терапії, вона повинна бути включена в загальний психотерапевтичний процес.

Вважаємо за потрібне виділити основні завдання програми комплексної

когнітивно-поведінкової психотерапії (ПККПТ) для психокорекційної роботи з групою досліджуваних:

- 1) підвищення толерантності до психоемоційного навантаження;
- 2) збереження соціального статусу;
- 3) нормалізація кардіологічних показників;
- 4) зменшення ваги тіла та дотримання режиму харчування;
- 5) поліпшення дихальних рухів та їх ритмічності;
- 6) зниження скарг щодо загального нездужання;
- 7) підвищення рівня домагань і професійного росту в пацієнта;
- 8) зниження рівня упередженості та екстернальності з соціумом;
- 9) розробка, апробація і впровадження інтегративних науково-обґрунтованих методів з диференційованим, адекватним, комбінованим застосуванням для відновлення психологічної стійкості особистості;
- 10) здійснення психологічних впливів на особистісному, соціальному, мотиваційному та поведінковому рівнях як структурних елементах індивідуальної психологічної стійкості особистості;
- 11) застосування принципів психологічної допомоги під час формування психологічної стійкості у студентів із низьким і середнім її рівнем, що включали комплексність, безперервність, адекватність, насиченість і диференційований індивідуальний підхід;
- 12) підвищення стану оптимального функціонування організму.

Проведення реабілітаційних заходів відбувалося в амбулаторних умовах, шляхом індивідуальної та групової психотерапії на базі Вінницької обласної клінічної лікарні ім. М. Пирогова. З кожним із досліджуваних нами проводилася бесіда до та після здійснення тренувальних вправ. Групові техніки проводились в умовах підвищеної контактності між учасниками, відвертості й довіри.

Основною формою роботи з експериментальною групою осіб щодо оптимізації психологічної стійкості ми визначили фронтальні, групові та індивідуальні заняття. Фронтальна робота, консультативного характеру, проводилася протягом 16 занять, один раз на тиждень, із виконанням домашнього завдання. Заняття, присвячені оптимізації психологічної стійкості в позаробочий час, проводилися два рази на місяць із виконанням танцювально-релаксаційних вправ. Крім того, окремі вправи з корекції стану збереження оптимального функціонування організму були складовою інших занять. Наприклад, 15 – 20 хв. приділяли формуванню психологічної стійкості на заняттях із виховання фізичної культури, валеології, етики тощо. Індивідуальна робота щодо відновлення здоров'я проводилася у вільний від виконання обов'язків час із тими учасниками групової психотерапії, в яких іпохондричне насильство над собою, за результатами дослідження, мало необмежений потенціал.

Психокорекційна програма містила комплекс тренувальних вправ, спрямованих на підвищення психологічної культури, розвиток самопізнання, самоактуалізацію, вдосконалення рефлексивних характеристик особистості, і передбачає оволодіння прийомами довільної психічної та психофізичної саморегуляції. Психокорекційний комплекс поєднував прийоми саморегуляції емоційного стану, контролю та зміни соматичних проявів емоцій, прийоми нормалізації психоемоційного стану через фізичний стан тіла – вправи тілесної терапії, прийоми релаксації та зняття психологічних бар'єрів, техніки гармонійного дихання, психофізичне тренування. Розвиток індивідуальних властивостей та психічних функцій особистості, що зумовлюють психологічну стійкість, передбачав корекцію самооцінки, вивчення сильних сторін особистості, розвиток впевненості в собі, формування вольових якостей, тренування довільної уваги, візуалізацію.

У лікуванні іпохондричних розладів існує понад 200 методів проведення психотерапевтичних тренінгів. Вибір способу лікування залежить від індивідуальних особливостей іпохондричних проявів і реакції пацієнта на застосовувані техніки. Основні психотерапевтичні тактики подано у таблиці 4.3.

Таблиця 4.3.

Основні техніки комплексної когнітивно-поведінкової психотерапії (ПККПТ)

п/п	Етапи ПККПТ	Кількість занять	Час проведення (у хв.)
1	Індивідуальна психотерапія	8	10 – 15
2	Сімейна психотерапія	10	25 – 30
3	Групова психотерапія	6	30 – 45
4	Психодинамічна психотерапія	8	20 – 25
5	Когнітивно-поведінкова психотерапія	6	15 – 20
6	Раціональна психотерапія	8	10 – 15
7	Психосинтез психотерапія	8	10 – 15
8	Гештальт-терапія психотерапія	8	10 – 15
9	Символдрама психотерапія	12	20 – 25
10	Сугестивна психотерапія	4	10 – 15
11	Екзистенціальна психотерапія	6	10 – 15
12	Позитивна психотерапія	6	20 – 25
13	Танцювальна психотерапія	8	15 – 20

На першому занятті учасники групи ознайомились зі специфікою майбутніх занять та особливостями тренінгу з відновлення психологічної стійкості особистості. На наступних заняттях відпрацьовувались такі складові тактики: саморегуляція психоемоційного стану у ситуації психосоматичного порушення (вправи: «Заспокійливе дихання», «Поплавок в океані», «Відпочинок», «Підготовка до екзамену» тощо), регуляція емоційного напруження в процесі діалогу (вправи: «Уважний слухач», «Дискусія», «Зняття емоційної напруги в парах», «Паризька виставка» тощо), дезактивація психоемоційного напруження шляхом м'язової релаксації і психофізичного тренування (вправи: «Пластилінова людина», «Вогонь – лід», «Кінестетична емпатія» тощо) [118, 130, 157, 211, 229].

У процесі психокорекційної роботи ми прагнули від учасників експериментальної групи цілковитого усвідомлення подій за допомогою самоаналізу; спрямовували їх на діалогічну взаємодію, толерантне і позитивне сприйняття реальності; підтримували саногенне мислення.

Сутність *індивідуальної психотерапії* при іпохондрії полягає у формуванні довіри між психологом і пацієнтом на етапі плідної взаємодії і співпраці, внаслідок якої хворий намагається позбутись основних своїх страхів щодо зародження і розвитку іпохондричних розладів. Без примусового напруження і нервової тривожності пацієнт ділиться із психотерапевтом своїми переживаннями, розповідає їх значимість у його власному житті та інтерпретує з точки зору суб'єктивного бачення свої больові симптоми та скарги. У ході такого лікування лікар навчає індивіда нової моделі поведінки на основі власного прикладу. Також поведінка хворого корегується шляхом похвали та засуджувальних медиком.

Сімейна психотерапія об'єктом психокорекції визначає не лише самого пацієнта, а й усіх членів його родини. Цей вид лікування спрямований на відновлення міжособистісних стосунків, які в результаті конфліктної взаємодії спричиняють саме виникнення іпохондричної хвороби. Так, розвиток саме цього захворювання пов'язаний із усвідомленням хворого своєї непотрібності у власній сім'ї за умов емоційного та поведінкового безконтролю [423].

Параметри сімейної психотерапії відображали особливості взаємостосунків у сім'ї, установки та правила внутрішньосімейного вжитку, сімейні міфи, сімейні межі, стабілізатори сімейної системи, історію сім'ї. В основі цього методу нами пропонувались вправи, які містили елементи бесіди між членами родини про їх рольову взаємодію і розподіл обов'язків.

Групова психотерапія обумовлена створенням групи пацієнтів, члени якої пов'язані однаковими проблемами та потребами. Роль психолога полягає у забезпеченні повноцінного спілкування у групі. Ціллю таких тренувань є розв'язання внутрішніх конфліктів, боротьба зі страхами, виправлення

патологічних відхилень у поведінці. Аналізуючи розповіді інших учасників групи, пацієнт отримує можливість краще зрозуміти мотиви власної поведінки, усвідомити неправильні установки та змінити своє ставлення до захворювання.

Згідно з основними положеннями *психодинамічної терапії* в основі іпохондрії лежать внутрішньоособистісні конфлікти, які проявляються на підсвідомому рівні. Найвідомішим випадком у структурі цієї проблеми є наявність сильної образи на оточуючих у сукупності з бажанням бути прикладом для наслідування і викликати схвалення оточуючих. Іншою причиною цих розладів є прагнення до незалежності в поєднанні з бажанням отримувати від інших людей допомогу та підтримку. Значимість лікарської практики полягає у пошуку джерел проблеми, акцентуації уваги на чинниках, що викликають дезорієнтацію особистості у соціумі, аналізуючи життєвий шлях хворого [198, 226].

Когнітивно-поведінкова терапія зумовлена підходами, які пояснюють іпохондрикам сутність інформації про хворобу, яку вони неправильно трактують або ж інтерпретують по-своєму. Помилкове мислення є наслідком невірних установок і висновків пацієнтом, а також відхиленням від норми у його поведінці. Ціллю психологічних тренувань за цим методом є винайдення і виправлення руйнівних переконань у хворого та навчіння його більш ефективної моделі поведінки. В процесі психокорекції лікар змінює ставлення пацієнта до самого себе й своїх проблем, що не дозволяє йому стати жертвою хвороби й допомагає розгледіти у собі цілеспрямовану особистість, якій властиві помилки та хибні розуміння подій.

Відома також *когнітивно-поведінкова психотерапія* із комбінуванням медикаментозного впливу. Лікарські препарати при лікуванні іпохондрії використовують із ціллю зменшення прояву психофізіологічних симптомів тривоги, страху чи невгамовної істерії. Саме така психотерапія ефективна в умовах загострення іпохондричної нозології та її проявів у ситуації психосоматичних порушень. Ефективність такого лікування полягає у використанні експозиційних підходів відновлення здоров'я людини. Однак пролонгована дія цієї терапії супроводжується когнітивно-поведінковою психотерапією. Її сутність визначається створенням психологічних установок, викликів іпохондричному настрою, внаслідок якого страх хвороби людиною розсіюється шляхом нових психологічних утворень, ефективних у пригніченні підвищеного рівня тривожності [238].

Існують також переваги когнітивно-поведінкової психотерапії в умовах медикаментозного лікування, яке слугує дещо необ'єктивним методом лікування іпохондричної хвороби, що полягає у часовій необмеженості й довготривалості курсу. Наявність побічних ефектів лікувальної терапії у вигляді нудоти, діареї, безсоння, труднощів з концентрацією уваги та

сексуальної дисфункції призводить до її малоефективності в регенерації психіки людини.

Когнітивно-поведінкова психотерапія, навпаки, не має побічних ефектів і слугує чинним регулятором здоров'я протягом тривалого часу. Варто також враховувати шкідливість впливу медикаментозної терапії на організм людини для такої категорії осіб як діти, вагітні жінки та мами новонароджених дітей, які вигодовують їх грудним молоком. У нашій вибірці таких осіб немає, однак патологічний вплив медикаментів не завжди рекомендовано при вживанні інших лікарських препаратів як засобів відновлення соматичних розладів, про що йдеться у дослідженні. Малоефективним є також сам курс медикаментозної терапії, оскільки з часом її післядія послаблюється і можливість відновлення іпохондричної симптоматики матиме циклічну природу з повторювальними ефектами її прояву. Саме для їх подолання ми використовували в процесі психокорекційної роботи такі техніки.

Вправа 1. Когнітивні карти. Хворим було запропоновано скласти списки з 30-ти найкритичніших ситуацій із їх життя. Потрібно було обрати як позитивні, так і негативні ситуації із життя досліджуваних для подальшого їх аналізу. Особливістю цього списку було те, що спогади стосувалися дитячого, підліткового та дорослого віку. Далі, в процесі аналізу, кожен із вчинків і дій опитуваних інтерпретувався за схожістю й відмінністю, значимістю і необхідністю. Наприклад, ми вивчали самі думки пацієнта, їх різницю і відповідність до ситуації. У випадку, якщо в списку йшлося про внутрішні дилеми особистості, такі як «Я дуже недобра людина» чи «Мені потрібно бути неперевершеним (-ною)», то їх суміжність інтерпретувалась нами як комплекс неповноцінності з прагненням подобатись іншим і відчувати власну перевагу. Відчуття неповноцінності було породжене результатом нездійснених перфекціоністських стандартів.

В аспекті цієї вправи ми домагалися ефекту контраргументів у респондентів. Контраргумент пропонувалося знаходити самим пацієнтом, модулюючи відповідно до ситуації голос і поведінку для посилення контратаки. Спочатку проводилась контратака з розслабленими м'язами, потім із дещо напруженими та сильно стиснутими. Врешті-решт, пацієнт фізіологічно був виснаженим, і рівень емоційної напруженості помірно спадав, що свідчить про стимулювання врівноваженості людини.

На відміну від традиційних методів психотерапії, протягом періоду якого обговорювалися проблеми людини, в умовах когнітивно-поведінкового впливу здійснювалася оцінка особистістю власної іпохондричної симптоматики й шляхів щодо її подолання. Під час психотерапевтичних сеансів когнітивно-поведінкового впливу пацієнт експериментально в ситуації психологічного дискомфорту

отримував дозування страхами й підвищений рівень напруги, починаючи з найменших їх проявів. Експозиційна психотерапія (психологічне придушення хвороби) є основою цього методу та відображає значимість кожного страху в житті людини. Складаються списки фобій пацієнта в порядку їх зростання і значимості, й відповідно оцінюються настрій та поведінка хворого. У нашому дослідженні пацієнту пропонувалося домашнє завдання, яке між відвідуваннями психолога було орієнтовано на виклик власним страхам вдома, під час виконання професійних обов'язків чи навчання. Ці домашні завдання мали індивідуальний підхід і для кожного пацієнта розроблялися окремо.

Експозиційна психотерапія базувалася на використанні коротких історій і травматичних подій пацієнта, в основі чого домінували нав'язливі думки та ідеї. Ці історії записувалися на аудіо, дозволяючи людині переживати ситуації, в яких її власні думки викликали страх. Уявні ситуації послаблювали частоту та інтенсивність нав'язливих думок і настроїв, що сприяло зниженню індивідуальної чутливості до негативних установок й уявлень. Обумовлена на усвідомленій реальності когнітивно-поведінкова психотерапія сприяла формуванню у пацієнта безсуб'єктних сприймань дискомфортних переживань. Головною ціллю цього методу є здатність спокійно сприймати небажані думки, відчуття і почуття, бажання і події, не відповідаючи на них компульсіями, нав'язливою поведінкою чи їх уникненням, пошуком виправдовувань і пояснень, психічними ритуалами тощо. Для людей з іпохондрією страх хвороби обумовлений некомфортним психологічним досвідом або стресорами негативних життєвих подій як результату контролювати та знищувати дискомфорт через небажані почуття й образи. Спроби контролювати ситуацію підвищеного дискомфорту не є чинними у формуванні іпохондричних настроїв, а саме здатність їх уникати й призводить до небажаних нав'язливих станів [211].

Сутність *раціональної терапії* полягає в уточненні світобачення хворого логічної послідовності його дій і перспектив, стосовно зародження і розвитку іпохондричних розладів. Висловлювання лікаря спрямовані на формування правильного сприйняття своїх симптомів, узгоджуючись із фактами та протиріччями життя людини. Лікар пояснює пацієнту особливості його захворювання і наводить аргументи переконань щодо хибності установок і циклічності перебігу іпохондричних розладів.

Під час проведення *сугестивної терапії* психолог впливає на психіку пацієнта, навіюючи йому певні позитивні установки. Це можуть бути бажання вилікуватись або ж інші думки, які хворий навіює собі несвідомо. На відміну від раціональної терапії сугестивна методика базується на емоційному, а не на логічному впливі. Пацієнт під час її проведення зазвичай знаходиться у стані

свідомості або ж у трансі. Навіювання проводиться повільним тоном, акцентуючи увагу наказовим способом на деталях минулого та аналізі сьогодення. У той же час виказування та установки лікаря мають зрозумілий для хворого текст і конкретну обумовленість подій. Саме таким чином така процедура спрямована на самонавіювання, при якому індивід самостійно установлює словесні позиції, рекомендовані лікарем. Спочатку пацієнт досягає повного м'язового розвантаження, після чого сконцентровується на формуванні цих установок. Також досить ефективною є гіпносугестотерапія, у разі якої перед навіюванням хворий вводиться у стан гіпнотичного сну [201].

У нашому дослідженні, як приклад, ми використовували такі техніки:

Варіант 1. Після настановчої бесіди психолог віч-на-віч пояснював хворому вказівними побажаннями такі психологічні установки, напр.: «Ви не хворі, ви почуваетесь дуже добре, ваш організм у стані оптимального функціонування». У занадто сентиментальних осіб ми викликали таким чином впевненість і відчуття самоповаги за стійкість до хвороб, повторюючи їх багаторазово.

Варіант 2. Пацієнт займав зручну позу у кріслі психологічного кабінету і уважно дослуховувався до слів психолога. Психолог ставав напроти і тихим, але впевненим і вказівним тоном наказував: «Закрийте очі!» Потім вказівними пальцями обох рук легкими рухами погладжував бокові скроні голови хворого, примовляючи 3 – 4 рази підряд з інтервалом у кілька секунд формулу самонавіювання: «Ви спокійні, серце ваше здорове, настроїй оптимістичний, ви неперевершено щасливі! Відчуйте щастя – це життя!» В інтервалах між фразами варто кілька разів зменшити натиск рук на скронях. Далі здійснювався натиск на ділянку стравоходу, і кілька разів вказівним голосом психолог повторював: «Їжа проходить по стравоходу легко та вільно, жодних неприємних відчуттів немає». Тембр голосу психолога має бути тихим або ж, навпаки, яскравим і вираженим, але обов'язково з емоційним окрасом і впевнено.

Варіант 3. Пацієнт зручно лягав на кушетку, закривав очі і уважно слухав психолога, який проводив словесне навіювання. Наприклад, ми використовували у дослідженні наказовим тоном із ефектом повного психологічного підкорення такі установки: «Ви не спите, вам зовсім не хочеться відпочивати, але ви не чините опір, ви повністю вірите мені, і все буде так, як я вам кажу... Ви здорова людина! Ви неперевершений співрозмовник і справжня Людина, у вас є друзі, які бажають вам здоров'я. Здорово!»

У нашому дослідженні ми також скористалися *методом довільного самонавіювання Еміля Куе*, який полягає у заміні негативних установок особистості більш оптимальними психологічними настановами. Відомий французький психолог і фармацевт порівнював шкідливість уявлень у досліджуваних із застрягаючими в підсвідомості частками «Его» штифтами, які

з часом можна викоринити й замінити іншими. Цей метод психотерапії і особистісного зросту обумовлений самонавіюванням людини як засобом констатування факту. Кожна формула, за його прикладом, має містити прості, але дієві настанови ненасильницького характеру, які здійснюють переважно вплив на підсвідоме «Я» і легкодоступні для розуміння. Наприклад: «З кожним днем мені стає все краще і краще». Чим простішою буде формула, тим кращий спостерігатиметься ефект. «Формули повинні бути на зразок дитячих переконань, – стверджував він. – Вони призначені не для усвідомлення критичним «Я», а винятково як установки, як дитячі висловлювання» [238].

Використовувалось у дослідженні також аутогенне тренування (АТ) за методом Шульца, в основі якого пацієнт шляхом самонавіювання перебував у релаксації (низький ступінь) або ж у гіпнотичному трансі (високий ступінь). Ця методика складається із двох технік: первинної або початкової (АТ-1), і вторинної (АТ-2). Техніка АТ-1 проводиться в умовах настановної бесіди про ефективність і досягнення позитивних результатів у лікуванні в стані спокою та без зайвої концентрації уваги на емоційних переживаннях людини. Сеанси самонавіювання проводились 3-4 рази на день. Перші три місяці тривалість кожного сеансу не перевищує однієї чи трьох хвилин, потім дещо збільшується (АТ-2), але не перевищує півгодини. Повний курс тривалості за цією методикою займає близько одного року.

Сеанси проводяться у лежачому положенні чи сидячи, в позі «кучера» (голова схилена наперед, кисті і передпліччя – на колінах, ноги зручно розставлені).

Вправа 1. Викликання відчуття важкості. Пацієнти подумки повторювали: «Я спокійний (-на)» (1 раз); «моя права (ліва) рука важка» (6 разів); «я спокійний (-на)» (1 раз). Після декількох днів відчуття важкості у верхніх і нижніх кінцівках та й і у всьому тілі ставали чіткими й відчутними. Кожна вправа повинна закінчуватися формулою: «Я спокійний (-на)».

Вправа 2. Викликання відчуття тепла. Пацієнти подумки повторювали: «Я спокійний (-на)» (1 раз); «моя права (ліва) рука тепла» (6 раз); «я спокійний (-на)» (1 раз). Після декількох днів відчуття тепла у верхніх і нижніх кінцівках та й і у всьому тілі ставали чіткими й відчутними. Формула мала уже такий зміст: «Обидві руки теплі... обидві ноги теплі... все тіло тепле». Кожна вправа повинна закінчуватися формулою: «Я спокійний (-на)». Перші дві вправи об'єднували у одну загальну формулу: «Руки та ноги важкі й теплі». Їх ефективність полягала в установленні відчуття важкості й тепла до автоматичності.

Вправа 3. Регуляція ритму серцевої діяльності та дихання. До попереднього алгоритму дій додають таку установку: «Я спокійний (-на)... Обидві руки теплі... обидві ноги теплі... все тіло тепле й важке... Моє серце

б'ється ритмічно та спокійно... Я дихаю спокійно, глибоко та рівномірно». Остання фраза повторювалась 5 – 6 разів. Наступні рази формула скорочується до вислову: «Я дихаю спокійно».

Вправа 4. Врегулювання стану органів черевної порожнини. Ефективність вправи залежатиме від повідомлення хворому про значимість сонячного сплетіння і його локалізацію. За попередніми установками відбувається автоматизація рухів і релаксація м'язів вищезазначених частин тіла з наступною настановчою формулою, яка забезпечить нормалізацію функцій внутрішніх органів: «Сонячне сплетіння тепле... Воно випромінює тепло».

Вправа 5. Викликання відчуття прохолоди в лобовій частині голови людини. Спочатку, згідно вправ 1–4, викликали у досліджуваних ЕГ осіб релаксаційні установки за їх формулами. Надалі 5–6 разів вони повторювали: «Мій лоб прохолодний». На завершення техніки АТ-1 місткість настановчої формули було скорочено до таких висловлювань: «Спокійний (-на)...Важкість...Тепло...Серце і дихання ритмічні...Сонячне сплетіння тепле...Лоб прохолодний». Надалі рекомендовано самостійно вийти зі стану аутогенного занурення. Для цього варто було зігнути руки в ліктьових суглобах, глибоко вдихнути й на вдиху відкрити очі. Ці вправи забезпечували релаксацію вегетативної нервової системи та вегетовісцеральних функцій організму й слугували підготовчим етапом для техніки АТ-2.

До найвищого ступеня аутогенного тренування Йоганес Генріх Шульц відносить вправи, мета яких полягає у тренуванні процесів уявлення (здатність до візуалізації) і нейтралізації афективних переживань. В їх основі є медитація кольором, образом-відчуттям, абстракцією і людиною. Представимо деякі з них.

Вправа 1. Медитація на кольорі полягає в концентрації власної уваги пацієнтом на образах певного типу: засніжені гірські вершини, зелений луг, синя квітка. Ефективність вправи посилюється у разі, якщо пацієнт асоціює якісь негативні події із певним кольором і візуалізовує їх у позитив. Вона повторюється до того часу, поки у нього не сформується уся гама кольорів панорамного об'єкта проблеми.

Вправа 2. Медитація на образі певного якогось кольору. Мета цієї установки полягає в умінні цілеспрямовано обирати колір проблемних ситуацій, застосовуючи його для подолання негативних емоцій. Наприклад, фіолетовий – відчуття спокою, зелений – оновлення життя, жовтий – колір тепла і сонячного світла.

Вправа 3. Медитація на образі полягає у візуалізації конкретних предметів чи психологічних образів. Це може бути квітка, ваза чи людина. Критерієм успішності за цієї вправою була цілеспрямована візуалізація власного образу людиною.

Вправа 4. Медитація абстрактними ідеями, сутність якої полягає у візуалізації таких образних еквівалентів як воля, надія, радість, любов тощо. Еквіваленти

образів у кожної людини індивідуальні. У одних вони асоціюються із птахом, що летить у небесній висі, в інших – з морем, у когось – із безкрайним степом тощо.

Вправа 5. Медитація емоційним фоном орієнтована на перехід від проєктивних образних утворень до значимості власного «Я», на свої переживання. Наприклад, медитація відчуттями, які виникають не при уяві гірського простору, коли фокус уяви спрямований на чітко визначений об'єкт чи пейзаж (море, гори), а на відчуття, які з'являються при їх уяві.

Вправа 6. Медитація на людині обумовлена концентрацією уваги на незнайомих перехожих, а пізніше – на друзях, рідних і близьких. Сутність цієї вправи полягає у тому, щоб звільнитися від суб'єктивних установок і емоційних переживань щодо знайомих образів і перетворити їх на нейтральні.

Вправа 7. «Відповідь підсвідомого» полягає у досягненні попередніх ефектів візуалізації і, зважаючи на їх прояви у підсвідомості, отримати власну відповідь на спонтанні особистісні проблеми шляхом постановки питань: «Що я хочу від життя?», «Які помилки я найчастіше допускаю?», «У чому сутність моїх проблем?» тощо. Саме такий підхід був дієвим у регенерації стану оптимального функціонування організму людини в разі наявності іпохондричних установок.

Отож, лікувальні тактики іпохондричної симптоматики згідно з сугестивною терапією проводяться тільки під контролем власних відчуттів.

У процесі *екзистенціальної терапії* відбувається визначення причин іпохондричних розладів як результату неприйняття пацієнтом таких «повинностей» життєвого циклу як неминучість смерті, безсуттєвість існування, відсутність сенсу, самотність. Ціллю лікування у такому випадку є усвідомлення хворим своєї унікальності та можливості змінити життя. В процесі тренувань психолог пояснює пацієнту про необхідність у власному прийнятті рішень і відповідальності у досягненні цілей, здійсненні власного вибору та побудови життя далі. Головним завданням екзистенціальної терапії є пояснення пацієнту, що суттєвість і змістовність його життєдіяльності обумовлені бажанням долати труднощі та цілеспрямовано досягати свого рівня домагань [14].

Психосинтез як динамічна концепція психологічного життя людини, обґрунтована італійським психологом Роберто Асาดжиолі, була нами використана у процесі визначення особистісних проблем людини на етапі розвитку внутрішнього конфлікту. Причинами внутрішньоособистісного дискомфорту є конфлікт між свідомими та несвідомими мотивами людини. Отож, головним завданням психосинтезу як методу психологічної допомоги є вивчення особистістю свого підсвідомого «Я» і встановлення над ним контролю після посттравматичного шоку чи хвороби й створення нового образу істинного «Я» [10]. За цим методом нами були використані такі методики, за

якими здійснювалась робота з підструктурами особистості. Наприклад, людині потрібно було усвідомити, яким бажанням вона надає перевагу: кататись на лижах, плавати, грати в теніс чи ходити в походи, асоціюючи ці субтитри із загальним станом проблеми – бажанні займатись спортом на свіжому повітрі й усвідомленні алгоритму дій і потреб у зв'язку з цим. У нашому дослідженні виявилось, що більшість внутрішніх упереджень стосуються саме страху «а що подумают люди?». Нами було рекомендовано таку вправу.

Вправа 1. «Конфлікт внутрішніх підструктур». Респонденту пропонувалось зручне місце для сидіння, комфортні умови та музичний релаксаційний супровід. Потім потрібно було уявити образ однієї із власних підструктур особистості й відчувати її бажання, позу та візуалізувати їх. Надалі пропонувалось уявити власний центр реального «Я» і зробити крок назустріч цим обом підструктурам. Ефектором цієї техніки було усвідомлення необхідності в задоволенні цієї потреби чи бажань. Знову потрібно було відчувати себе у епіцентрі власного «Я» для здійснення контролю й усвідомлення цінності власних потреб. Потрібно зрозуміти можливість особистістю для їх виконання, особистісний мотив і потенціал.

Наступний крок у пізнанні себе полягав в інтерпретації подібних тактик в усвідомленні протилежних намірів і відчуттів. Наприклад, «навіщо мені реалізовувати це бажання, може, якось обійдусь?». Надалі потрібно було увійти у даний образ і відчувати значимість та відповідальність за цей стан протиборства власних потреб і невизначеність у ситуації. Знову активувати свідомість у напрямку самоконтролю та врівноваженості. Відчувши перебування у центрі власного «Я», потрібно було підсумувати відчуті переживання й усвідомити їх істинність, поступово повертаючись у реальність (відкрити очі, глибоко вдихнути, оптимізуватись і різко видихнути).

Таким чином, такі психологічні техніки сприяють усвідомленню причин особистісного конфлікту, а його уявлення створює яскравий окрас самих протиріч. Створення критичності подій допомагає вникнути в суть конфліктних ситуацій, інтерпретувати їх в умовах позитивного критичного мислення і реальності. Дуже часто в умовах сучасної реальності кожна людина виконує роль актора, головним спектаклем якого є життя. Міжролева конфліктність спричиняє внутрішнє протиборство протиріч, і людина знову постає перед вибором між власною потребою і значимістю ролей. У такому випадку ми пропонували таку вправу:

Вправа 2. «Я не роль». Кожен із нас щодня демонструє безліччі соціальних ролей. Виконуючи цю вправу, ми пропонували нашим респондентам усвідомити значимість кожної із них за такою настановою:

«Я задіяний (-на) у безліч різновидів діяльності та граю багато ролей у

моєму житті. Я повинен (-на) грати ці ролі, і я можу їх програвати як найкраще – бути митцем у повсякденному житті. Виконуючи роль чоловіка чи жінки, батька чи матері, учня чи наставника, підприємця чи політика, я хочу бути, перш за все, творцем своєї долі. Це більше ніж ролі, які я виконую – я їх відіграю із запалом і добровільно. Я у захваті від власного життя й отримую задоволення від реальності. Однак я розумію, що ці ролі – не я, і саме тому просто спостерігаю з боку за своєю грою. Також я можу бути не тільки гарним актором, але й режисером власного сюжету життя». Виконуючи цю вправу, потрібно зосередитись на думці: «Я виконую потрібну мені роль, але я – не роль!» Надалі ми обговорювали переживання досліджуваного в спектрі його відчуттів. Отож, психосинтез орієнтований на усвідомлення полярних відчуттів людини та їх співіснування і примирення у досягненні особистісної гармонії.

Внутрішньоособистісний конфлікт коригувався нами також шляхом короткотривалої позитивної психотерапії, такої як фокусування на рішеннях (solution focused therapy) або ж їх адекватному прийнятті. В концепції цієї терапії ми використали підхід, запропонований американським психотерапевтом Стівом де Шазером у 1985 році. В його основі сфокусовано пошук щодо прийняття рішень на меті, цілях і засобах вирішення проблеми, а не на вивченні її причинності. Як стверджує автор, конфронтація (боротьба) із проблемою не є ефективною тому, що адаптована до пошуку самого компромісу. У випадку прийняття адекватних рішень нашими досліджуваними ми керувалися заміною песимістичного погляду на життя більш позитивними діалектичними настановами. Людина, звісно, не зміниться у силу своїх життєвих орієнтувань і досвіду, але керуватиметься перспективами заміни світогляду на пошук ресурсів щодо подолання негативного мислення [368, 377].

Отож, акцент здійснено на ресурсах і позитивній динаміці проблеми. Сутність технічного підходу полягає у пластичності та індивідуальній психотерапії. Проблеми або ж вирішуються оптимальними шляхами, або ж зовсім ігноруються. Найпростіша із технік орієнтована на розповідь психолога про схожість ситуацій і шляхи їх подолання. Самі ж техніки не мають чіткої структури чи словесного алгоритму. Вони комбінуються й імпровізуються шляхом установок та інтуїції самого психолога.

Вправа 1. «Робота над проблемою».

Будь-яка термінологія, яка розкриває сутність патологічних змін в організмі людини або ж її ставлення до самої назви хвороби, спричиняє у неї низку негативних нав'язливих ідей іпохондричного характеру з переживаннями та емоційним напруженням. В основі психологічної тактики за даним підходом пропонувалося акцентувати увагу на заміні понять медичної термінології (назви хвороб, дисфункцій чи розладів) на більш доступні для сприйняття

людиною поняття поза межами їх ненормативної деструкції. Ця методика сприяла формуванню атмосфери надії та опосередкованого відношення до стану оптимального функціонування організму людини. Пропонувалося кожен медичний термін замінити на поняття, що асоціюється із позитивом і нетрадиційним ставленням до хвороби. Нове ім'я дозволяло неформально уявити сутність психосоматичних проблем і активувати прийняття рішення у напрямку їх творчої інтерпретації.

Головна функція цієї техніки полягала в уникненні людиною різних негативних асоціацій, пов'язаних із традиційною назвою соматичного явища. Що стосується прояву іпохондричних намірів, то спостерігалася така первинна реакція у хворих на назву розладу, яка розкривала наявність неіснуючих скарг. В новій інтерпретації понять за цими скаргами ми схиляли бесіду з хворим щодо їх проявів як сплеск емоцій і переживань у межах норми, а також виділяли їх як трамплін у пошуку нових позитивних рішень. Для подолання бар'єрів у пошуку позитивних продуктивних рішень нами було використано такі зразки запитань:

1. Якби вам знову довелося відчувати такі скарги та переживання, що б ви зробили?

2. Що означає у вашій інтерпретації поняття «творче рішення»? Чи стосується воно якихось абстрактних трактувань? Яких і чому?

3. Як, на вашу думку, можна було б подолати схожі скарги в умовах сучасності за допомогою інноваційних методів у психології та медицині? Уявіть, якщо відсутні спеціалісти за такою спеціальністю... Як можна було б вилікувати вашу симптоматику?

4. У нас є для вас одна пропозиція... Що ви про неї думаєте? Чи варто нею було б скористатися? Як ви думаєте, при нагоді варто було б нею скористатися?

5. Я знаю одну людину із схожою проблемою, як у вас... Чи згодні ви скористатися запропонованими нею методами психотерапії?

6. З огляду на вашу проблему щодо стану психосоматичного здоров'я радимо все ж скористатися нашими порадами. Однак, чи існує у вас індивідуальне рішення існуючої проблеми?

У випадку, якщо хворі пропонують власні точки зору щодо прийняття рішень у критичних ситуаціях або під час уявних чи реальних хвороб і беруть відповідальність на себе за їх активацію, можна стверджувати про їх компетентність у життєтворенні. Коли ж вони слідуєть вказівкам психологів і лікарів, то це свідчить про відсутність прогресу під час психокорекції й продовженні лікування. У нашому дослідженні дана методика ввійшла у комплекс підходів акумуляції позитивного мислення і слугувала одним із етапів

психокорекційного процесу.

В аспекті *позитивної психотерапії*, вперше представленої німецьким психотерапевтом Носсратом Пезешкіаном у 1972 році, нами було розглянуто особистість як цінність і значимість на арені людського буття. В основі цієї концепції патопсихологічні симптоми трактувалися як форми реакції адаптації (депресивність як реагування на глибокі емоційні конфлікти, фригідність як відмова (внутрішнє заперечення) за допомогою тіла чи відчуттів болю). Нашим головним завданням було зниження больової симптоматики в пацієнта шляхом стимулювання резервних його можливостей і психологічних здібностей. Отож, розуміючи значимість внутрішньої конфліктності особистості, ми можемо діагностувати її тілесні симптоматичні відчуття болю при переживанні різних емоційних перенавантажень та іпохондричних надумувань [259].

Позитивна терапія у такому випадку ґрунтувалася на: позитивному підході до хворого й іпохондричної симптоматики, всебічному оцінюванні значимості в нього внутрішнього конфлікту та самодопомозі. Автором було запропоновано чотири форми прояву на шляху його пізнання людиною за особливостями її природи: тіло/відчуття, діяльність/розум, контакти/традиції, майбутнє/фантазії. Інформація, що сприймається нею із внутрішнього та зовнішнього світу, проходить через призму власного досвіду, через цензуру набутих стереотипів і установок. Саме тому особистісна конфліктність сприймається нами як відповідне реагування організму людини на сутичку власних інтересів, потреб, мотивів в ототожненні цих чотирьох сфер.

Ядром психотерапевтичних втручань була п'ятиетапна стратегія лікування: спостереження і дистанціювання (терапевтичні акценти, симптоматика, транскультурний підхід, позитивне мислення), інвентаризація (механізми реакції на конфлікти та моделі для наслідування), ситуативне підбадьорення, вербалізація (відносність цінностей, парадоксальне підбадьорення, подолання опору, прогресивна релаксація й аутогенне тренування) та розширення системи цілей (здібність використовувати запас енергії не лише в проблеми, а у інші життєві сфери). Основою цього підходу є актуальні та базові здібності людини.

Зважаючи на зазначене, обґрунтуємо іпохондричну симптоматику за позитивною інтерпретацією. Так, за Носсратом Пезешкіаном агресивність означає здатність реагувати на стресові подразники спонтанно, емоційно, розторможено; депресивність як здатність до глибинної емоційності у відповідь на конфлікт; невроз нав'язливих станів як здатність до здійснення мрій із ретельною точністю, наполегливістю, пунктуальністю і послідовністю; сором'язливість як здатність стримувати себе і діяти на власний розсуд; інфаркт міокарда як уміння сприймати різні навантаження і фактори ризику близько до серця; лінь як засіб уникнення

потреб досягнення; нарцисизм як самозакоханість і внутрішня опозиційність соціуму щодо їх невідповідності оцінки у неперевершеності людини; нервова анорексія як засіб реагування організму на життєві негаразди тощо. Також за цією методикою нами було розроблено особистісний опитувальник для психодіагностики іпохондричних розладів особистості [258].

Наступним кроком у психотерапії іпохондричних розладів ми використали *гештальт-терапію*, як фактор цілісного впливу на особистість із психологічного, біологічного та соціального ефекторів. Цей підхід був застосований з метою розблокування внутрішньої конфліктності та стимулювання процесу регенерації людини в умовах соціуму для реалізації власних професійних можливостей, шляхом створення внутрішнього джерела опори та саморегуляції. До основних компетенцій гештальт-терапії ми відносили: розширення свідомості, інтеграцію протилежностей, посилення сенситивних відчуттів, роботу з мріями (фантазіями), прийняття відповідальності на себе, перемога над внутрішніми страхами тощо. Найбільш значимими у цій роботі були принципи цілісності, рівноваги та творчого пристосування, внаслідок яких був відновлений гомеостатичний баланс організму та здатність до творчості [264].

У роботі над розширенням свідомості увагу було акцентовано на співвідношенні контекстів «там і тоді» (життєві традиції) і «тут і тепер» (взаємодія психолога та пацієнта). Саме таким чином ми пропонували нашим респондентам нижчезазначені зразки вправ.

Вправа 1. Потрібно спробувати протягом кількох хвилин складати фрази, що означають дію у теперішньому вимірі з огляду на минуле. Наприклад, речення починались зі слів «зараз», «у цей момент», «тут і зараз».

Вправа 2. Кожен із фрагментів життя має свої протилежності, отож, в аспекті цієї вправи потрібно було кожному пацієнту придумати кілька таких дилем, у яких кожна частина не може існувати без реальної.

Вправа 3. Зважаючи на попередню вправу, потрібно було розглянути якусь обрану життєву ситуацію у ракурсі протилежної. Кожна з подій мала б ототожнюватись із зіткненням інтересів, думок, образів, що призводило до їх контролю та оцінки. Користь полягала у траєкторії руху протилежностей, кожна з яких оцінювалась, номінувалась за значимістю і контролювалась людиною.

Вправа 4. Посилення сенситивних відчуттів орієнтовано було на концентрацію уваги за власним тілом, світовідчуттям тощо. Хворому пропонувалось сконцентрувати увагу на власних відчуттях: «Зараз я усвідомлюю, що лежу на кушетці, поряд про щось говорить радіо...і пригадую, коли я ще чув (-ла) його». Особливістю цієї вправи є поверхневість мислення.

Людина має усвідомити пригадану ситуацію і зробити висновки, які у неї тілесні відчуття на даний момент часу. Напр.: «Я розумію, що у мене біль у спині. Востаннє він був тоді, коли я слухав (-ла) радіо. Думаю, що мені краще зручніше лягти, аби позбутися болю».

Вправа 5. Інтеграція протилежностей обумовлена тим, що пацієнт обирає одну з тактик поведінки чи якусь соціальну роль у ситуації підвищеного дискомфорту. Протягом 10 хв. він (-на) демонстрував (-ла) її перед психологом, захищаючи власні інтереси. Тематика захисту установлювалася самим психологом, який виконував функцію нападаючого. В процесі цієї гри психолог спостерігав за роллю пацієнта, який переважно вибачався, виправдовувався і щось пояснював. Серед наших респондентів такий підхід було відмічено у 87% хв., що свідчить про внутрішню залежність у них від соціуму, а також бажання подобатись і прагнення до визнання. Усі неточності поведінки у критичних ситуаціях обговорювалися між психологом і досліджуваним.

Вправа 6. Роботу з мріями (фантазіями) було проведено у вигляді інтерпретації сновидінь. Кожен із досліджуваних розповідав про свій сон. Кожен із них передавав образи сну на малюнок. Потім реалізовував побачених персонажів у дію для подальшого їх обговорення про відповідність вчинків.

Вправа 7. Перемога над внутрішніми страхами, в аспекті гештальт-терапії, полягала в заміні звичок на більш оптимальні та дієві у ситуаціях підвищеного дискомфорту. Пацієнтам пропонувалось пригадати усі свої звички – як одягаються, як спілкуються чи розмовляють по телефону, на яких скаргах акцентують увагу. Якщо ж вони не є ефективними у життєдіяльності людини, то їм пропонувалось замінити їх шляхом інтеграції протилежностей. Тобто, усвідомлення, поверхнєве оцінювання, контроль і перемога над звичками чи страхом. Наприклад, перегляд фільму (обраного психологом) ототожнювався із дією акторів у кадрі пацієнтами як власними звичками. Тобто у грі акторів вони бачили себе. Аби дійти внутрішньої згоди, їм допомагали знайти грань між позитивними та негативними власними звичками (чи страхами) та їх оригіналами на прикладі гри акторів і спрямовували на більш ефективні дії у житті.

Серед психокорекційних стратегій при лікуванні іпохондричних розладів високоефективним виявився метод глибинної психотерапії або катотимного переживання образів – *символдрама*. Ми розглядаємо його як психоаналіз за допомогою сновидінь того, що наяву (Клименко, Карловська, 1990). В основі цього методу були уявлення про іррадіацію болю як територію змін на шляху до відновлення стану оптимального функціонування організму людини. Цю стратегію було реалізовано за допомогою двох технік: сприйняття органу, що болить, як під екраном чи під склом і техніка зменшення пацієнта до розмірів мізерного хлопчика, який блукає за хворим органом і лікує його [10].

Психотерапевтичний вплив методу символдрами опирається на глибоку емоційну трансформацію внутрішнього підсвідомого конфлікту. Сутність цих проблем полягає в емоційному розподілі внутрішнього напруження під дією сильних емоцій. Завдяки цьому методу негативні переживання пацієнтів ми використовували як сильний психотерапевтичний ефект, який дозволяє глибинно простежити зародження і розвиток особистісного конфлікту в умовах його ліквідування.

Метод символдрами запропонований німецьким психотерапевтом Гансом Лейнером (Лейнер, Корнадт, 1997). У вигляді вільного фантазування у формі образів-картин на вказану психологом тему здійснювався контроль за якістю уявлених мотивів хворим. Символдрама як метод дуже близька до роботи зі сновидіннями в аналітичній психотерапії Юнга: мотиви, що використовувалися під час сеансу як такі стандартні образи як озеро чи річка, квіти, ліс, дім, ідеал «Я», занурення у глибини власного тіла й пошук больових точок, гори, лев, вулкан тощо.

Лейнер виділяв такі терапевтичні фактори, що дієві у психодрамі:

- 1) образне уявлення, фокусування уявних сцен в емоційні тони для того, щоб надати їм предметні поняття і формулювання;
- 2) предметизування і переміщення уявних образів у реальні символи;
- 3) звільнення емоцій і почуттів аж до катарсису;
- 4) ефект зворотного зв'язку, що перетворювався в об'єкт конфлікту та стимулювання їх креативного розв'язку.

Зазначимо також, що у трактуванні деяких стандартних символів ми пропонували такі смислові їх значення, розкриті згідно з автором цього методу:

- 1) мотив поляни означав початок сновидінь у реальності і сцену для проєкцій актуальних конфліктів;
- 2) мотив ріки звучав як прохання для здійснення динамічних рухів угору та вниз за течією чи проти неї;
- 3) мотив гори сприяв організації діяльності особистості в залежності її інтересів та можливостей (панорама бажань відповідно гірського схилу);
- 4) мотив дому асоціювався із затишком і комфортом уявного образу;
- 5) мотив лісу сприяв візуалізації образу невідомого, того, що найчастіше лякає або ж, навпаки, посилює інтерес до діяльності людини як стимул.

Малюючи власну картину життя респонденти виокреслювали окремі його епізоди, які призвели до порушення психоемоційного статусу та його нормалізації шляхом предметизації та інтерпретації символів у реальність.

Для фокусування відповідних емоцій Лейнер рекомендував акцентувати увагу на внутрішньому конфлікті. Спочатку пацієнт вербалізував цей конфлікт, потім, на етапі екскалації, ми йому пропонували відповідну символдраму для того, щоб уявити реальну картину його проблем. Уявлення в новому образі проблеми пластично та по-новому розкривали її суть. У процесі цих дій

обґрунтовувалися рішення щодо вирішення проблеми та ліквідації болю. Цей психокорекційний підхід відображено у нижчезазначених вправах.

Вправа «Картинки зі старої книги». Досліджувані уявляли, що знаходяться в приміщенні старого підвального приміщення дому. Їм потрібно було уявити, як вони викопують яму в земляній підлозі для того, щоб знайти заховану там старовинну книгу. В цій книзі дуже багато картинок. Кожному з них потрібно було описати кілька з них, розкриваючи зміст власного життя. Зазвичай уявні картинки з життя мають відношення до тих символічних сюжетів, які кожен із них уподобав. Візуалізація саме таким чином доповнює те, що залишилось невисловленим, надуманим чи незавершеним під час попередніх психокорекційних вправ.

Вправа «Вулкан». Сила виверження вулкану характеризується легкістю поривів, з якою кожен із респондентів може уявити початок цього діяння, а також про хімічний склад речовин, які вилітають під час стихійного лиха. Це природне явище ототожнюється із емоційною напругою людини; викидаючи як-найбільші хмари диму, вона звільняється від власних негативних емоцій. Легкість, при якій досліджувані звільнялись від емоційної напруги, свідчила про якість процесу візуалізації. Надалі кожна з вправ під керівництвом психолога виконувалась досліджуваними спонтанно з переживаннями драматичних подій, ефективністю яких було подолання страху, нав'язливих ідей та інших негативних емоцій.

Транзактний аналіз був наступним кроком у нашій психокорекційній програмі з ліквідації іпохондричних розладів особистості. Його сутністю є психотерапевтична методика групового та особистісного росту, запропонована американським психологом і психіатром Єріком Берном. Він заснований на процедурі аналізу структури особистості. Як особистісні структури як інтеріоризація соціального досвіду тут розглядаються особливості і взаємодія трьох станів «Я»: «Батько», «Дитина», «Дорослий». «Батько» представляє собою авторитарні тенденції індивіда, «Дитина» – підпорядковану позицію, «Дорослий» – вміння відстоювати власну думку та організовувати взаємовідносини з іншими на основі рівноправного партнерства.

Існує кілька ключових ідей, які лежать в основі теорії транзактного аналізу: модель его-станів, транзакцій, погладжування, структурування часу, життєвий сценарій та ігри. Практика показала, що іпохондричні розлади в транзактному аналізі базуються на переконаннях особистості про те, що жодне з попередніх рішень, установок, досвіду чи сценарні патерни поведінки мислення і почуттів можуть бути змінені. Ключовим висловлюванням у транзактному аналізі є такий підхід: «Для того, щоб краще себе почувати, не обов'язково хворіти».

Основна ціль цього терапевтичного методу – актуалізація «Дорослого» в людині, реконструкція особистості на новий перегляд життєвих позицій, непродуктивних стереотипів поведінки, формування нової системи цінностей.

У процесі психотерапевтичного консультування ми опиралися на наявний актуальний конфлікт і вплив соціальних факторів [48].

Цей метод обумовлений на контактному підході, при якому пацієнт і психолог несуть взаємну відповідальність за досягнення цілей контакту. Вони направлені на вихід із сценарію і досягнення автономії, отримання пацієнтом нових патерналістичних посилянь, створення інтегративного «Дорослого». Крім того, транзактний аналіз дозволяє проаналізувати ігри людей з іпохондричними розладами і виявити переваги, що характерні для них. Особистісні можливості кожної людини в грі спрямовані в тому чи іншому ступені на зміцнення самозахисту, отримання привілеїв, ухилення від конфліктів і втечу від іпохондричних намірів.

Вправа 1. «Визначення оптимальних транзакцій». Під час виконання цього завдання ми пропонували респондентам пригадати себе замкненим у рутині паралельних транзакцій із якою-небудь людиною. Це стосувалося ситуацій при виконанні професійної діяльності чи взаємостосунків із близькою людиною. За допомогою функціональної моделі потрібно було визначити позицію співрозмовників під час цієї взаємодії (дитина-дитина, батько-батько, дорослий-дорослий). Далі потрібно було обрати один з чотирьох способів, які можна було б застосувати при виборі его-стану з ціллю перерозподілу потоку транзакцій і досягнення успіху в вирішенні проблем.

Результатом взаємодії вважалося досягнення оптимального варіанту завершення конфронтації осіб у разі, коли було продемонстровано кожен із них і обґрунтовано подальшу тактику щодо правильності рішень. Інакше кажучи, кожен шлях подолання конфлікту програвався кілька разів і навіть відхилений варіант було обговорено аж до остаточного прийняття рішень. У груповій взаємодії кожен із досліджуваних описував замкнену ситуацію, із якої будь-що потрібно звільнитися.

Інші члени групи шляхом мозкового штурму допомагали визначити оптимальний вихід із ситуації, в якому дублювались пересічні ролі пацієнтів.

У процесі психологічної корекції було також використано метод *креативної візуалізації*. Креативна візуалізація являє собою спосіб застосування сили уявлень людини, створюючи реалістичні ідеї чи ментальні образи. У нашому дослідженні уявлення слугували для створення яскравого виразу внутрішніх несвідомих бажань, надаючи їм позитивний окрас. Кінцевим результатом ми очікували здійснення мрій і бажань людини [118].

Використання креативної візуалізації було спрямовано на реконструкцію внутрішнього стану пацієнта шляхом взаємодії тілесних відчуттів і його психіки. При цьому диференційована інтеріоризація, символічно обумовлена мовою образів, поступово ставала доступною для розуміння і пояснення іпохондричного настрою хворих. Однак розвиток здібностей впливу на процеси організму, шляхом уявних картинок, недостатньо для відновлення стану

оптимального функціонування організму людини. Оскільки іпохондричні розлади супроводжуються психосоматичними скаргами і порушенням адаптації у соціумі, то вони є певним способом психологічного захисту особистості при невирішеному внутрішньому конфлікті. Отож, саме таким чином ця психотерапія була зумовлена вивченням візуальної інтеріоризації хворого й реалізовано її в дію. Вивчаючи внутрішній світ респондентів, ми досліджували їх минуле: критичні ситуації, психотравми, емоційні виснаження, що дозволило виділити проблеми хворих іпохондричного характеру. Знайомство з їх життєвими обставинами дозволяють також діагностувати та трансформувати мотиви, спричинені тілесними дисфункціями.

У процесі цієї психологічної корекції було використано також тактику з визначенням планів на майбутнє у досліджуваних із долученням у них статусу хворого на здоровий – оптимальний стан функціонування організму людини в умовах виконання її професійних обов'язків. Для використання креативної візуалізації необхідно було, згідно з визначеннями Шакти Гавейна, «створити прекрасним кожний момент із життя, в умовах якого актуальним є свідомий вибір того, що забезпечує найбільшу повноту існування».

Креативна візуалізація складалася із чотирьох етапів:

- 1) формулювання завдань чи цілей, можливість яких досить висока на даний момент часу;
- 2) створення чіткої мисленнєвої картини, в умовах вже здійснених мрій, задіюючи якнайбільше деталей;
- 3) зосередження на цій картині життя, обумовлені постійною їх уявою аж до реалізації цілей;
- 4) додавання позитивної енергії у картину життя, в основу чого покладено позитивні настановки (афірмації), які заперечують існування моменту сумніву.

Використання позитивних афірмацій передбачає усунення сумнівів і формування установок у людини про уявні бажання як реальні та можливі. В аспекті цього ми пропонували такі нижчезазначені вправи.

Вправа 1. «Креативна візуалізація». В основу цієї вправи було покладено ідею про реалізацію мрій пацієнтом. Йому пропонувалося загадати найпростіші бажання, які вже реалізовано. Це міг бути будь-який предмет матеріального вжитку, подія чи ситуація, які гарантували би внутрішнє задоволення і спокій людини. Досліджуваному потрібно було зручніше влаштуватись і зняти напругу шляхом попередньо зазначених технік розслаблення тіла. Під час повного розслаблення потрібно було уявляти бажаний предмет у точності до малих дрібниць. Якщо це предмет, то варто було б уявити його в своїх руках і насолоджуватись від цієї утіхи. Якщо ж уявною була якась подія чи ситуація, то потрібно було її візуально описати так, начебто вже все склалось так як потрібно.

Тобто, уявну реальність потрібно було оцінити в усіх її аспектах, аж до точності візуальних образів, їх настрою, кольорової гами, яскравості та інших чинників, що довершують цю картину. Загалом образ мав бути позитивним.

Надалі в основі цієї тактики потрібно було зважати на час, який був необмежений, але й недовготривалий. Тривалість вимірювалась хвилинами радості та позитиву, подібних радощам дитини, що мріє про подарунок на день народження. У випадку, коли виникали сумніви чи протиріччя щодо уявної реальності, то не потрібно було з ними боротись, бо протидія лише б повернула свідомість у русло позитивних установок і намірів.

Вправа 2. «Медитація для знищення болю». Використовуючи попередню техніку виконання за методом креативної візуалізації, потрібно було припинити біль у хворих (головний чи інших частин тіла). Спочатку їм пропонувалось закрити очі й зручно лягти, повністю розслабившись. Порахувати від 10 до 1, зосереджуючи увагу на диханні. Дихання мало бути глибоким, повільним і природним.

Надалі досліджуваним пропонувалось уявити улюблений колір. Вони повинні візуалізувати його у сферу без меж і обмежень, яка ототожнювалась із розмірами болю і розросталась до неймовірних розмірів. Потім потрібно було візуально зменшити її в об'ємі до початкових форм і розпочати знищувати до повного зникнення внутрішніми силами бажань. Цю вправу потрібно було застосувати кілька разів із асоціацією про те, що улюблений колір – це біль, який швидко минає.

Наступним кроком у подоланні іпохондричних розладів особистості був застосований *метод психодрами* (театр спонтанності), запропонованої Джекобом Морено (1964). Метод являє собою систему ролевих ігор, які відображають внутрішній світ людини та її соціальну поведінку. Класична психодрама – це терапевтичний груповий процес, у якому використовується інструмент драматичної імпровізації для вивчення внутрішнього світу особистості. Ця тактика була використана у нашому дослідженні як елемент драматичного мистецтва, який відображає актуальні проблеми пацієнта, а не створює уявні сценічні образи. У психодрамі акторське мистецтво традиційного театру замінено на спонтанну поведінку її учасників [213].

Саме цей метод створений для вивчення особистісних проблем, конфліктів, мрій, страхів і фантазій. Він обумовлений дослідженням почуттів, формуванням нових відношень і моделей поведінки у разі їх наближення до подій, реально значних у житті людини.

До психодраматичних технік ми відносимо ролевий тренінг, усі ігрові підходи в педагогіці, за допомогою яких ми прагнули стимулювати особистісний ріст у пацієнтів. За допомогою її технік у них було продіагностовано та підтверджено наявність внутрішньоособистісного конфлікту, змодифіковано його вирішення і розкрито нові можливості на шляху

до відновлення здоров'я людини. основними компонентами психодрами є ролева гра, спонтанність, «теле», катарсис та інсайт.

Ролева гра – це імпровізація реальних ролей із життя людини. Спонтанність охарактеризована Дж. Морено як ключ, що відкриває двері в творчість. На основі спостережень за дитячою грою він запозичив саме такі їх тактики як випадковість, неочікуваність і миттєвість вчинків. Поняття «теле» описує двосторонній потік емоцій між учасниками психодрами. Воно включає в себе позитивні та негативні емоції, які можуть виникнути у психодраматичній ситуації. Катарсис чи емоційне звільнення виникає у актора під час психодрами. У нашому випадку катарсис розглядався як спосіб, що допомагає учасникам краще зрозуміти власні особливості та почуття. Інсайт розглядався нами в процесі психодрами як новий підхід у прийнятті рішень учасниками ЕГ осіб стосовно їх власного психоемоційного стану й ставлення до хвороби.

Основні ролі у психодрамі виконували психолог в образі режисера та учасники досліджуваної групи, кожен із яких почерзі був протагоністом (один із учасників – суб'єкт конкретної психодраматичної дії). Вона починалася із розминки, яка переходила у фазу психодраматичної дії, під час якої імпровізація одного з учасників була побудована на подіях із минулого, нав'язливих ідеях, недовірі до лікарів і психотерапевтичного лікування. Наступною була фаза обговорення, або інтеграції, в процесі якої досліджувалися усією групою і самим протагоністом переживання цієї психотравматичної ситуації.

Відомі дев'ять специфічних технік психодрами, які було використано в дослідженні: самопредставлення (знайомство), виконання ролей, діалог, монолог, дублювання, обмін ролями, репліки в сторону, пустий стілець, дзеркало. Однією із запропонованих нами вправ була техніка на заміну ролей, яка застосовувалась із ціллю пробудження у пацієнта перспектив на майбутнє, їх запозичування у інших учасників групи.

Вправа «Заміна ролей». Заміна ролей – це обмін ролями між двома учасниками психодрами, які начебто перевтілюються один в одного з ціллю свідомого контролю вчинків партнера, що надає можливість йому побачити себе з збоку. Завершуючи імпровізацію, кожен із них аналізує власне зіграну роль, конкретизує, обґрунтовує і прикрашає свій психологічний портрет, зображений партнером. Цю техніку ми впроваджували в трьох варіантах.

Класична заміна ролей полягала в імпровізації вчинків один одного, їх оцінки та аналізу гри. Результатом цієї взаємодії були обговорення про виконання ролей кожного з них, пояснення причин певного вчинку, виправдування і формування перспектив на майбутнє. У нашому дослідженні пацієнти імітували іпохондричну поведінку один одного, пояснювали причини

її виникнення і шукали нові шляхи щодо її подолання.

Неповна заміна ролей полягала в інтерпретації поведінки відсутнього учасника тренінгу протагоністом. Наприклад, ними обговорювались проблеми найближчого оточення учасників (сім'ї, колег по роботі), які саме й призвели до зародження і розвитку іпохондричних розладів у хворих, після чого ці проблеми обговорювались, аналізувались і корегувались.

Соціодраматична заміна ролей була обумовлена роллю протагоніста, який виконував її в образі вигаданого чи фантастичного персонажу, що дозволяло теж отримати інформацію про несвідомі мотиви власного характеру людини, її можливостей і перспектив. Ми пропонували нашим досліджуваним уявити себе в образі лікаря, Бога, ідеальної матері, злого чаклуна чи недосвідченого вчителя. Шляхом цієї тактики ми дозволили самостійно кожному з учасників обрати стратегію подолання іпохондричних ідей і відновити власний потенціал.

Танцювальну терапію було запропоновано респондентам нашого дослідження з ціллю психокорекції соціометричного статусу особистості. Цей метод психологічної допомоги обумовлений скаргами особистості у разі їх соціальної дискримінації, відсутністю відповідного професійного забезпечення, низьким матеріальним статком, дискомфортом у сім'ї, міграцією одного з членів родини чи еміграцією за кордон, затяжними інтерперсональними труднощами у спілкуванні, конфліктністю особистості тощо. Танцювально-рухова корекція як окремий напрямок психотерапії виник у 50-70-х роках ХХ століття. Вона дозволяє долати особистісні проблеми людини, пов'язані взаємодією з іншими людьми, тривогою і страхами, кризовими життєвими ситуаціями, втратою сенсу життя, нерозумінням себе та дезорганізацією її поведінки [213].

Значимість танцювальної терапії полягає у піднесенні психоемоційного стану людини, її фізіологічних відчуттів і загартуванні організму. Також у посиленні власного відчуття гідності за рахунок напрацювань щодо позитивного образу тіла. Танець дозволяє створити образ власного тіла більш приємним і досконалим, що обумовлено психокорекцією позитивного образу «Я». Розвиток соціальних навичок було передбачено шляхом набуття учасниками позитивного спілкування і приємних емоцій. Танцювальна терапія створює умови для творчої взаємодії, дозволяє долати мовленнєві бар'єри комунікацій.

У нашому дослідженні ми використовували танцювальну терапію як інструмент, за допомогою якого знайомились із невербальним світом особистості хворих. Однією із функцій цієї взаємодії було створення умов безпечного оточуючого середовища для учасників ЕГ осіб для того, щоб вони могли вільно контактувати, досліджувати й розуміти себе та свою взаємодію із іншими. Емпатія в цій групі проявлялась у вигляді фізичних рухів, які

демонстрували пацієнти на зразок керівника танцю. Танцювальний терапевт демонстрував емпатію, дзеркально відображаючи рухи пацієнта в танці. Спонтанні динамічні рухи індивідуума відображалися, розширялися і розвивалися психотерапевтом. У кожному випадку хворі виражали свої внутрішні конфлікти, тоді як керівник відповідав на них рухами, що означало розуміння і повагу їх вчинків. Розмову фізичних тіл було підкріплено відповідністю рухів між учасниками та їх партнерами. Гармонійний танець у парах означав урівноваженість і симпатію один до одного, а також відображав ефективну результативність вибору наших психокорекційних тактик.

Танц-терапевт пропонував різноманітні емоційні та психологічні теми нашої відновлювальної програми, які відповідали особистісній історії хвороби кожного учасника ЕГ осіб. Однією із основних тем групової роботи була тема під назвою «Як бути собою, контактуючи з іншими людьми». Серед основних методів ми застосовували переважно спонтанний, неструктурований танець для самовираження відносин, ціленаправлений вибір музики (як психотерапевтом, так і самими учасниками), кінестетичну емпатію, ритмічну синхронізацію, експериментальні рухи, роботу з «м'язовим панцером».

Головним завданням цієї тактики було звільнення учасників танцю від негативного досвіду і комплексів, пов'язаних із недооцінкою, страхом невдач і іпохондричними намірами в установлених життєвих позиціях людини. Окрім цього, суттєвим було при її виконанні звільнення м'язової напруги від псевдоболу і покращення роботи тіла людини в усіх можливих життєвих ситуаціях. Характеристику деяких із цих вправ подаємо нижче.

Вправа 1. «Відображення». Ця техніка сприяла розвитку емпатії, творчому мисленню і контролю за партнером. Усіх членів групи було поділено на пари, серед яких один із учасників ведучий, а інший – ведений. Дивлячись один одному в вічі, вони здійснювали будь-які повільні та витончені рухи верхніми та нижніми кінцівками, головою і тілом. Під час танцю контролювали рухи один одного. Ведучий відображав рухи партнера з точністю до його «дзеркального образу». Наприклад, якщо партнер витягував праву руку, то ведучий відображав підняття його лівої руки.

У процесі тренування кожен із партнерів перебував у спокої та ні про що не задумувався. Лише відчуття танцю спонукало їх до піднесення настрою і внутрішньої гармонії. Через кожні п'ять хвилин вони мінялись ролями й проявляли власну активність, випробовуючи партнера та надаючи йому можливість пристосуватися до умов танцювальної взаємодії, і навпаки. Після закінчення вправи вони обмінювалися відчуттями, емоціями, досвідом щодо власних соціальних впливів і настроїв.

Вправа 2. «Вільний танець». Ця техніка спрямована на визначення і

посилення індивідуальних танцювальних технік в умовах особистісного підходу до танцю. Кожен із учасників демонстрував у центрі кола свій власний танець, а інші спостерігали за його танцювальними рухами. Не конкуруючи з іншими, згідно зі своєю траєкторією руху, кожен із них мав можливість розкритися у танці перед іншими, дозволяючи аплодувати собі, вихвалитися перед ними танцювальною манерністю рухів і долати закомплексованість у їх колі.

Наступним кроком у подоланні іпохондричних розладів нами було запропоновано вправи з *тілесно-орієнтованої психотерапії*, яка обумовлена вивченням стресів і психотравм у наших досліджуваних із подальшим їх подоланням. Відомо, із нашого попереднього розділу, що іпохондричні розлади ґрунтуються на скаргах у вигляді тілесних проявів як переживань різних психологічних травм особистості. Тілесно-орієнтувальна психотерапія відчуттів. А також регенерація життєвих цінностей пацієнта та його світогляду [392].

Тілесно-орієнтувальна психотерапія є одним із ефективних способів особистісного зросту та цілісного розвитку людини, що поєднує тілесні відчуття, мудрість і здоровий глузд людини. В її основі є дотик. Відчуття дотику обумовлені внутрішнім пізнанням своїх глибинних істинних почуттів, резистентності організму та можливостей телесно-сензитивного усвідомлення себе та оточуючого світу. Саме цей досвід лежить в основі психічного розвитку та самопізнання особистості.

Використовуючи цей підхід, ми опиралися на дослідження і психокорекцію таких особливостей як:

- тілесний досвід як необхідна складова існування людини в умовах цілісності та гармонії;
- фізичне здоров'я як загальний енергетичний фон і вміння ефективного вирішення ситуацій підвищеного дискомфорту;
- тіло як втілення структури особистості та психологічних проблем;
- тіло як показник впливу на особистість і її внутрішню узгодженість;
- використання тілесних відчуттів із ціллю самопізнання і самовиховання;
- тілесний досвід як засіб формування езотеричного світопізнання особистістю.

В аспекті цього підходу нами були задіяні методики роботи з тілом в біоенергетиці за А. Лоуеном. Техніки за цією роботою були зорієнтовані на зняття напруги у м'язовій частині тіла, блокування активності, а також обмеження рівня експресії людини. Саме тому ми пропонували досліджуваним ЕГ осіб масаж тілесних покривів, спеціальні техніки зниження енергетичного рівня, дихання і катартичні вправи тощо.

Таким чином, психокорекційна програма ПККПТ містила комплекс тренувальних вправ, спрямованих на підвищення психологічної культури, розвиток самопізнання, самоактуалізацію, вдосконалення рефлексивних характеристик особистості і передбачала оволодіння прийомами довільної психічної та

психофізичної саморегуляції стану. Психокорекційний комплекс поєднував прийоми саморегуляції емоційного стану, контролю та зміни соматичних проявів емоцій, прийоми нормалізації психоемоційного стану через фізичний стан тіла – вправи тілесної терапії, прийоми релаксації та зняття психологічних бар'єрів, техніки гармонійного дихання, психофізичне тренування тощо. Розвиток індивідуальних властивостей та психічних функцій особистості, що зумовлюють відновлення психосоматичного здоров'я, передбачав корекцію самооцінки, вивчення сильних сторін особистості, розвиток впевненості в собі, формування вольових якостей, тренування довільної уваги, візуалізацію.

4.3. Алгоритм хронобіологічного прогнозу психосимптоматики, перебігу, ефективності лікування та оптимізації адаптаційних можливостей хворих на іпохондричні розлади

На закономірності та особливості формування професійної придатності людини здійснюють вплив етнокультурні, гендерні та вікові чинники, відповідно до яких досягнення професійного успіху залежить від її індивідуально-типологічних якостей. Особистість, що вибирає певну професію, повинна володіти специфічними психологічними якостями для того, щоб не виявитися професійно нездатною. Закони корпоративності починають висувати свої вимоги та нав'язувати індивіду оригінальний стереотип поведінки, відхилення від якого можуть блокувати професійне зростання. У процесі довготривалої професійної діяльності формуються професійно значущі особистісні якості, що відрізняють представника однієї професії від іншої. Таким чином, відбуваються зміни психіки осіб, що виконують свої професійні обов'язки, які можуть спровокувати іпохондричні розлади у ситуації психосоматичного порушення.

Виникає потреба у виявленні та конкретизації взаємозв'язків професійних вимог та особистісних потенціалів; у встановленні чинників, які б сприяли збереженню психосоматичного здоров'я людини, особистісному становленню та саморозвитку у професійній діяльності. Вищезазначене і зумовило мету та завдання нашого подальшого дослідження.

Здоров'я людини – це гармонія зі світом, почуттями, особистісними стосунками, внутрішніми факторами, що забезпечують нормальну життєдіяльність та функціонування особистості. Це реалізація мрій, потреб, обумовлених певними життєвими бажаннями, які формують людину як особистість, вдосконалюють її самопізнання, самореалізацію, самоспонування, заохочування та самокритику [46].

Як стверджує Г. Нікіфоров [242], професійна значимість проявляється у таких критеріях психологічного та соціального здоров'я: моральність (чесність,

справедливість), відчуття вдячності, безкорисливості, відповідальності за себе та інших, а також у таких особистісних якостях як самоконтроль, врівноваженість, оптимізм, здатність планувати та реалізувати свій життєвий шлях тощо. Неадекватність і дезінтеграція внутрішньої особистісної регуляції сприяють розвитку таких психологічних порушень як безсердечність (жорстокість), безвідповідальність, агресивність, відчуженість, ігнорування соціальних норм, схильність до звинувачення оточуючих у своїх поразках, що дезактивує власну необачність, егоцентричність, маскування, образливість і маніпулятивну поведінку, що характерно для осіб з іпохондричною поведінкою. Час від часу іпохондричні розлади проявляються у вигляді рецидиву. Повторюваність іпохондричних настроїв відображається у механізмі їх зародження і розвитку, що дозволяє прогнозувати ці прояви з психосоматичною локалізацією. Обстеження індивідів, які страждають на різні за нозологічними формами ознаки соматозів, надають можливість прогнозу їх відновлення у вигляді іпохондричних розладів.

Виникає потреба у виявленні та конкретизації характерологічних ресурсів людини, які б визначали її життєстійкість, особистісні потенціали та сприяли б збереженню психосоматичного здоров'я, готовності до змін, особистісному становленню та саморозвитку у професійній діяльності, що актуально для побудови алгоритму хронобіологічного прогнозу психосимптоматики, перебігу, ефективності лікування та оптимізації адаптаційних можливостей хворих на іпохондричні розлади.

Акцентуючи увагу на підтвердженні чи спростуванні гіпотези, ми дослідили взаємозв'язок психосоматичних проявів іпохондричного характеру з локалізацією у межах певного хронотипу, аби розкрити їх частоту й повторюваність. У таблиці 4. 1 представляємо основні взаємозв'язки цих структур для порівняння і оцінки стану активності їх дії в організмі людини. Тобто, довівши ці кореляційні взаємовідношення, ми можемо надалі простежити їх локалізацію та діагностувати частковий перебіг на ранніх етапах зародження і розвитку іпохондричних розладів. З цією метою ми спробували дослідити рівень та форму прояву ситуативної тривожності у спектрі «хронотипу» [67].

За методикою самооцінки рівня тривожності Спілберга-Ханіна та методу хронометричної проби визначили за допомогою кореляційного аналізу їх зв'язок. Зважаючи на те, що іпохондричні розлади у вигляді психосоматозів виникали в ситуації підвищеної тривожності, саме тому ми й визначали їх хронотип. З таблиці видно, що цей зв'язок досить високий в інтервалі $0,89 \leq X_T < 0,95$ за типом «Х», а саме: η_{X_T} , $T_c = 0,77$ і η_{T_c} , $X_T = 0,68$.

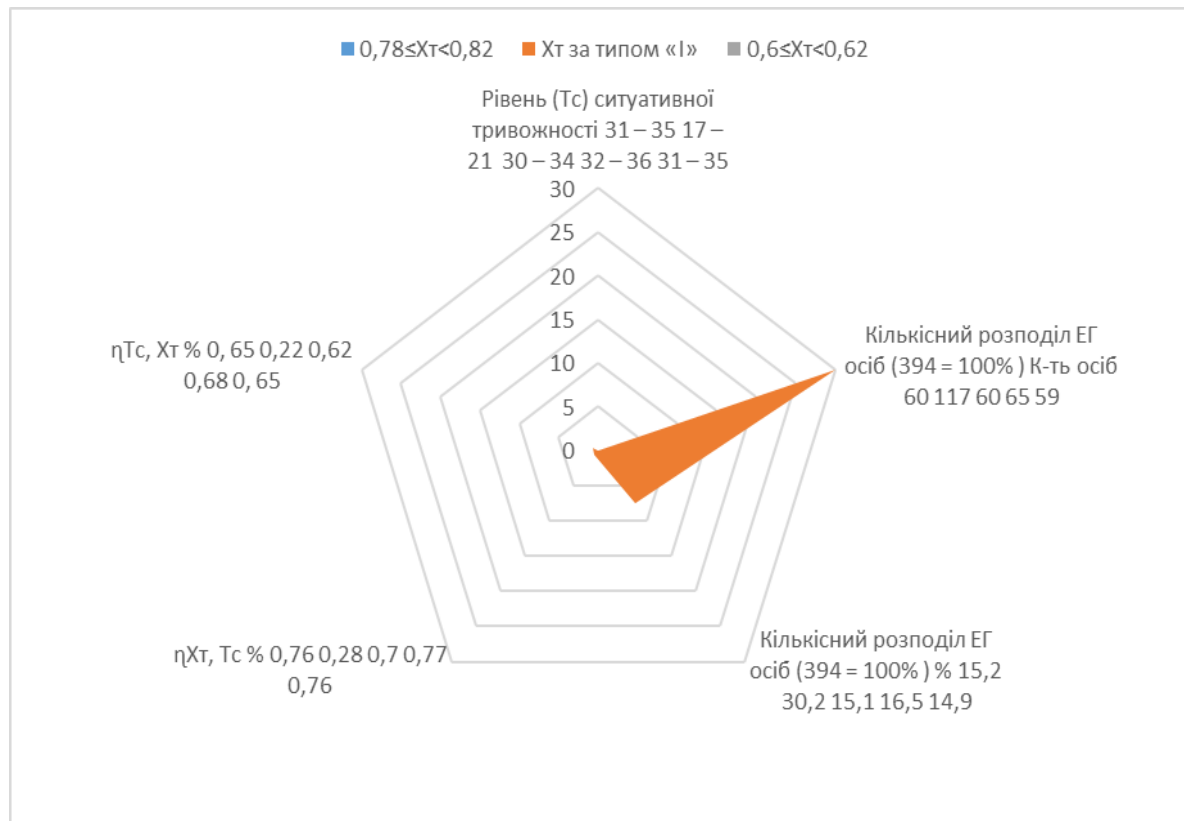


Рис. 4.1. Показники ситуативної тривожності

Примітка: η_{Xt} , T_c – кореляційне відношення між значеннями хронотипу та рівнем прояву ситуативної тривожності; η_{Tc} , Xt – взаємовідношення кореляційних показників між значеннями ситуативної тривожності та хронотипом респондентів

За показниками цієї таблиці видно, що найбільший взаємозв'язок спостерігається у групі осіб за типом «X» як у прямому, так і у зворотному порядку, що свідчить про високу ситуаційну тривожність. Враховуючи такі базові емоційні установки в організмі людини, можемо стверджувати, що ситуаційна тривожність є пусковим механізмом у патогенезі психосоматичних проявів іпохондричного характеру, а саме іпохондрична поведінка з порушенням шкірних покривів. До нав'язливих станів відносимо: уникнення контактів із предметами, які слугують джерелом мікробів і бактерій; одержимість чистотою тощо. Спостерігались також за іншими показниками проведеного дослідження страх і відчуття неповноцінності, соціальна ізоляція, негативізм, що супроводжується фрустрацією, дратівливістю, розчаруванням, відчуттям вини, підозрливості, гніву. Отож, алгоритм алгоритм хронобіологічного прогнозу за цим типом має містити елементи щодо усунення ситуативної тривожності в період входження пацієнтом у фазову сингулярність. Зауважимо також, що частота повторів прояву цієї нозології рівнялась до загострень $\frac{1}{4}$ С повторів.

Між іншими типами спостерігались помірні кореляційні зв'язки дещо

однотипного порядку, але з яскраво вираженою ситуативною тривожністю. За *типом «Т»* в інтервалі $0,72 \leq X_T < 0,8$: ηX_T , $T_c = 0,7$ і ηT_c , $X_T = 0,62$. було відмічено іпохондричну поведінку у вигляді кардіоневрозу з проявом таких нав'язливих станів як зайві нарікання і проголошення в голос чи подумки молитв, нарікань, прокльонів тощо. Незрозуміле відчуття вини, зайва самокритичність активація тривожних фантазій, нездатність до самостійного прийняття рішення із загостренням фазової сингулярності від $1/4 - 1/3 - 1/2$ С.

За *типом «З»* в інтервалі $0,78 \leq X_T < 0,82$: ηX_T , $T_c = 0,76$ і ηT_c , $X_T = 0,65$ простежувалась іпохондрична поведінка з ознаками гіпертиреозу з нав'язливими станами прагнення отримати від оточення підтримку в прийнятті рішень, порушення моторики (часті спроби забрати волосся з обличчя, моргання очей, повік), відчуття зайвого предмета у горлі й посіпування через цю причину. З фазовою сингулярністю від $1/3 - 1/4$ С, тобто з посиленням у часі в чотири рази.

За *типом «П»* в інтервалі $0,78 \leq X_T < 0,82$: ηX_T , $T_c = 0,76$ і ηT_c , $X_T = 0,65$ відзначаємо іпохондричну поведінку з гіпертонічним симптомом і нав'язливими станами колекціонування зайвих речей, частої перевірки уже здійснених дій (закритих дверей, вікон, газових кранів; установка предметів у певному порядку особистих речей, меблів, столових засобів). З частотою повторів до $1/2 - 1/3 - 1/4$ С, тобто теж у подвоєнні частоти повторів іпохондричних проявів.

За *типом «І»* в інтервалі $0,78 \leq X_T < 0,82$: ηX_T , $T_c = 0,72$ і ηT_c , $X_T = 0,6$ спостерігалася тенденція до іпохондричних розладів з ознаками ревматоїдного артрити та скаргами на часте миття рук і водних процедур, одержимість чистотою (постійні прибирання, прання, дезінфекція), що обумовлено страхом і надмірною поступливістю, альтруїстичністю, самопожертвуванням, честолюбством, підвищеною терплячістю, совісністю. З фазовою сингулярністю від $1/3$ С, чередується у межах постійності повторів.

За *типом «Л»* в інтервалі $0,78 \leq X_T < 0,82$: ηX_T , $T_c = 0,28$ і ηT_c , $X_T = 0,22$ виявилися найнижчі кореляційні взаємозв'язки, що свідчить про низьку ситуативну тривожність і прояв іпохондричних розладів. Оскільки йдеться про контрольну групу осіб, то ця особливість прояву пов'язана зі схильністю до іпохондричної поведінки на зразок дисфункції органів ШКТ, зі скаргами в ділянці duodenum без періодичних повторів. У зв'язку з цим доходимо висновку про те, що ця симптоматика не належить до структури іпохондричних розладів особистості, а пов'язана з невмінням регулювати режим харчування, зокрема ігнорування студентами вимог правильного харчування і вживання їжі масового виробництва «фаст-фус».

Рівень особистісної тривожності за методикою самооцінки рівня тривожності Спілбера-Ханіна та методу хронометричної проби не є доцільним

у нашому дослідженні, оскільки не розкриває ситуативність і повторюваність іпохондричних симптомів і не обумовлює характеристики фазової сингулярності. В перспективі ми обговоримо висновки щодо особистісної тривожності за нашою вибіркою осіб, оскільки поки що не вивчається їх індивідуальний стиль прояву іпохондрії та й за показниками статистичних значень ми не зможемо їх угрупувати за типовістю ознак досліджуваних.

В основі цієї проблематики ми й розробили алгоритм хронобіологічного прогнозу психосимптоматики, перебігу, ефективності лікування та оптимізації адаптаційних можливостей хворих на іпохондричні розлади. Його сутність полягала в тому, щоб ознайомити учасників дослідження з інформацією про рецидив іпохондричних розладів, причини їх повторного виникнення і наслідки.

Метою цього алгоритму є обговорення із учасниками дослідження причин виникнення іпохондричних розладів, їх впливу на соціалізацію особистості та відновлення психосоматичного здоров'я. А також знайомство з тактикою проведення тренінгових вправ для профілактики та попередження іпохондричних розладів. Ця програма складалася з теоретичного матеріалу (інтерактивних лекцій) і практичної складової – виявлення первинних симптомів і скарг іпохондричного характеру, побудові стратегічних рішень та конкретних методів щодо їх уникнення, організація системної роботи в колективі учасників.

У результаті такого навчання очікувалося підвищення професійної компетенції фахівців щодо іпохондричного настрою і безпеки їх життєдіяльності в умовах виконання обов'язків. Серед основних завдань з цієї роботи були:

- систематизація знань щодо зародження і розвитку іпохондричних розладів особистості в аспекті їх діяльності;
- ознайомлення з принципами організації системної психокорекційної роботи;
- набуття знань і умінь щодо проведення тренінгу асертивної поведінки.

Курс викладався як складова післядипломної освіти викладачів, психологів, соціальних педагогів та інших спеціалістів. Альтернативною формою навчання був триденний тренінг для фахівців різних професій з учасниками нашого дослідження. Загальний обсяг курсу тривав 36 годин, з них 12 годин – теоретичні (лекції), 12 годин – практичні заняття, 10 годин самостійної роботи та 2 години – підсумкове заняття. Тренінг було проведено на базі Вінницької обласної клінічної лікарні імені В. І. Пирогова в поліклініці.

У процесі такої відновлюваної роботи для поліпшення свого стану людина, яка відчуває повторний іпохондричний настрій, може скористатися комплексом нижчезазначених заходів. Алгоритм хронобіологічного прогнозу

психосимптоматики, перебігу, ефективності лікування та оптимізації адаптаційних можливостей хворих на іпохондричні розлади представлено згідно з такими тактиками:

- 1) знайомство з учасниками тренінгу;
- 2) акупунктура і електроakupунктура;
- 3) аромотерапія;
- 4) арттерапія (терапія музикою, співом, танцями);
- 5) аутогенне тренування, прогресивна релаксація (за Джекобсоном);
- 6) ведення щоденника Прогоффа, спілкування з друзями;
- 7) використання енергії мікрівібрацій (віброакустичні апарати, циркулярний душ) та мануальна терапія внутрішніх органів;
- 8) відновлення засобами фізіотерапії: ультрафіолетове опромінювання, аеронізація повітря, дія теплом і холодом, водні процедури;
- 9) дихальні вправи;
- 10) дієтотерапія;
- 11) масаж (класичний, вібромасаж, точковий масаж);
- 12) переключення уваги, повноцінний відпочинок, сон, секс, «шопінг-терапія»;
- 13) психологічне консультування і психотерапія;
- 14) механізми психологічного захисту;
- 15) фармакологічні засоби відновлення: вітаміни, препарати пластичної дії, препарати енергетичної дії, адаптогени;
- 16) фізичні вправи: динамічні, статичні, ізометричні;
- 17) вправи на рефлексію і підбиття підсумків.

1. *Знайомство* – це одна з ключових вправ проведення алгоритму психотерапії іпохондричних розладів. Ми її проводили для привітання із усіма учасниками цієї тренінгової програми. Радимо проводити знайомство на початку кожного профілактичного заняття для зняття загальної напруги між учасниками [328].

Вправи на знайомство:

1. Криголам (встановлення довірливих відносин у групі).
2. Сніжна грудка (назвати ім'я своє і всіх оточуючих).
3. Емоційні рухи (зобразити свої почуття чи настрій тілом, всі повторюють).
4. Взаємні презентації у парах (презентувати напарника в групі).
5. Емблема життєтворення (намалювати й прокоментувати життєвий символ).
6. Стікери (написати, наклеїти на дошку й прокоментувати).

1. Прийом «Криголам» розроблений для створення комфортних та доброзичливих взаємин між учнями. *Мета прийому* – оцінити емоційний стан

учнів, при необхідності відкоригувати його у кращий бік, усунути комунікативний бар'єр і налагодити контакт, подолати боязкість та допомогти розкритися у спілкуванні кожному учню.

Вправа 1. «Криголам».

Мета: встановлення довірливих відносин у групі.

Крок 1: Пояснення вправи і процедури її проведення. У будь-якій програмі, що навчає спілкуванню або впевненості в собі, важливо проговорювати свої почуття, думки тощо. Вправа м'яко «ламає кригу», надає кожному учаснику можливість поговорити з кількома іншими учасниками тренінгу. Працюючи в парах, учасники отримували завдання – провести короткий діалог тривалістю приблизно хвилину. Їм повідомляється тема для розмови. Коли закінчується відведений час, відбувається зміна партнера, учасники отримують нову тему для розмови, і так продовжується до тих пір, поки всі учасники не розкажуть один про одного.

Крок 2. Поділ учасників на пари, які разом зі своїми партнерами розташовуються по кімнаті. Неважливо, хто був партнером – знайома або незнайома людина, адже через хвилину вони всі об'єднувалися в інші, нові пари. Учасникам потрібно було визначити, хто з них буде першим, а хто другим номером.

Крок 3. Рухаючись від пари до пари, кожен із них отримував тему короткої розмови. Першим номерам потрібно було почати бесіду, тобто, зробити вступні зауваження, спроби розпочати розмову.

Крок 4. Через проміжок часу (хвилина або близько того) розмову починали другі номери, які переміститися до найближчого першого номера, що перебував праворуч від них. Надалі здійснювався повторний «крок 3», але тепер коротку розмову розпочинали другі номери.

Крок 5. З плином часу (хвилина або близько того) учасники ще раз обмінювалися партнерами. Здійснювався повтор кроків 3 і 4.

Крок 6. В кінці вправи учасники збиралися у загальне коло й з'ясовувалися їх враження на цю вправу.

2. Акупунктура та електроakupунктура.

Акупунктура є старовинним методом традиційної китайської медицини, обумовленої введенням голок в особливі точки, розташовані на тілі людини. Акупунктура і електроakupунктура – один із способів голкорексфлексотерапії, у разі якого через введення в точки акупунктури голки пропускають електричний струм різної форми та інтенсивності. Метод застосований нами у процесі психовідновлювальної екстратерапії іпохондричних розладів особистості з метою відновлення оптимального стану функціонування організму людини. Сутність процедури полягала у введенні в точку акупунктури специфічної

голки. З появою відповідних відчуттів до неї було підключено затискач від провідника вимикача апарату. Затискач прикріплювався так до стержня голки, що він дотикався і фіксувався на шкірі пацієнта у відповідному напрямку. Лікувальна дія електроакупунктури була обумовлена локалізацією струму в місцях больової симптоматики та зниженні її інтенсивності. Ефект такого впливу схожий з ефектом акупунктури, яка дозволяє виліковувати функціональні розлади і прискорювати одужання, а також усувати наслідки іпохондричних розладів і стресів [349].

3. Аромотерапія.

Аромотерапія – це мистецтво контрольованого використання ефірних олій рослин. Вона відноситься до альтернативної медицини поряд із гомеопатією, фітотерапією, натуропатією як допоміжний засіб лікування іпохондричних розладів. У нашому дослідженні ми використали аромотерапію двома способами [7]:

1. непряма інгаляція (у приміщенні, де знаходиться пацієнт, було розпилено ефірну олію або адаптовано тканину, просочену нею);
2. масаж (при масажній ароматерапії ефірна олія втиралася у шкіру, як правило, розбавлена з олією жожоба, оливковим і кокосовим оліями).

Механізм дії ароматів здійснює вплив на мозок (зокрема на лімбічну систему, яка регулює механізмами емоцій, поведінки, пам'яті та сну) та фармакологічну дію одорантів (участь «ароматних» молекул у процесах життєдіяльності людини), а також вплив ароматичних олій на тонус та емоційний стан людини. Нами було запропоновано низку олій, які найкраще допомагають боротися з такими станами: *стрес* (бергамот, ромашка, лаванда, олії цитрусових, іланг-іланг, ваніль), *тривога* (бергамот, ромашка, кедр, жасмин, неролі, пачулі, трояндова олія і олія сандалового дерева), *сум* (ладан, грейпфрут, лимон, жасмин, лаванда, апельсин), *втома* (бергамот, базилік, шавлія, ладан, імбир, грейпфрут, лимон, пачулі і м'ята перцева, розмарин).

Застосування ароматерапії може викликати серйозні побічні ефекти в пацієнта. Компоненти ефірних олій можуть викликати алергію, особливо при тривалому вживанні. Дослідження ефірних олій, використовуваних в ароматерапії, показало вкрай низький рівень побічних ефектів і ризиків при їх застосуванні за призначенням. При тривалому контакті ефірних олій зі шкірою можливі алергічні реакції і роздратування шкіри. Цитрусові та інші олії можуть збільшити чутливість до сонячного світла, коли наносяться на шкіру перед виходом на сонце [7].

Медсестри лікарні Froedtert (Вісконсін, США) з 2006 ведуть проект з безпеки застосування пацієнтами ефірних олій для використання полегшення симптомів. Вони не рекомендують наносити олію на шкіру (викликає роздратування), ковтати (небезпечні отрути) і використовувати розпилювачі

(провідники бактерій та інфекцій). Однак як безпечний методу, вони все ж рекомендують класти поблизу від себе або прикріплювати до одягу шматочки тканини, змочений ефірною олією [522, с. 473–478].

4. *Арттерапія (терапія музикою, співом, танцями).*

Арттерапія – це напрям психології, призначений допомогти клієнту усвідомити свій внутрішній стан шляхом створення ним візуального образу, метафор, символів (арт-терапевтичного продукту). З метою вивчення клієнтом свого власного світу цей метод застосовують для орієнтування клієнта у власній арт-терапевтичній продукції, її вербалізації і розумінні взаємозв'язку між зображенням і власним внутрішнім досвідом [26]. Серед основних новоутворень у поведінці іпохондрика щодо цієї терапії виділяємо такі як розвиток самоаналізу (кращого розуміння клієнтом власних мотивів, цінностей та стратегій поведінки), гармонізації емоційного стану, вирішення внутрішньої конфліктності, розвитку емоційно-вольової сфери (емоційного інтелекту, розуміння власних емоційних станів та почуттів), розкриття особистісного потенціалу пацієнта тощо.

У нашому дослідженні сеанси арттерапії проходили у безпечному середовищі (кабінет психолога, художня студія) та з використанням образотворчих матеріалів (фарби, крейда, глина, пластилін, тканини, природні матеріали тощо), музичного супроводу з танцювально-орієнтовним ефектом. Спеціалісти арттерапії виступали у ролі посередників між хворим та арт-терапевтичним продуктом, вони орієнтувалися серед багаття можливостей художньої творчості, мали професійні навички невербальної, символічної комунікації для оцінки змісту образотворчої продукції і поведінки пацієнта.

5. *Аутогенне тренування, прогресивна релаксація (за Джекобсоном).*

Значимість аутогенного тренування у нашому дослідженні полягала в активації ефектів фізіологічного характеру – запуску процесів відновлення в організмі людини. В процесі аутогенного тренування відзначається зниження рівня холестерину і м'язового тонусу, відновлення дихання і серцевого ритму. Збільшується насичення кінцівок кров'ю і піднімається активність мозку, особливо в альфа-хвильовому спектрі. Аутогенне тренування сприяє ліквідуванню головного болю і безсоння. Підвищення активності мозку в альфа-хвильовому спектрі сприяє релаксації свідомості, що корисно для групи людей («З») знакової системи та з активно прискореною розумовою діяльністю [48].

Основним психологічним ефектом аутотренінгу є допомога в подоланні психологічних травм і наслідків фізіологічних ушкоджень. Однією з основних цілей таких тренувань є позбавлення від іпохондричних навіювань, тривожного стану, пригніченості, зниження втоми і підвищення стресостійкості людини. Систематичні заняття за цією методикою рекомендуються фахівцям для зниження рівня тривоги під час іпохондричних рецидивів.

Як методу позбавлення від тривоги і стресових станів ефективною є ще одна методика – «релаксація по Джекобсону». Ця техніка заснована на взаємозалежності тривожності людини і психосоматичного стану у вигляді фізичних проявів (м'язовою напругою). Джекобсон враховував, що м'язова напруга завжди присутня в організмі при стресових ситуаціях як відповідна реакція підготовки тіла до втечі від соматичного болю. Простіше кажучи, м'язова релаксація по Джекобсону зосереджена на позбавленні напруги в м'язах за допомогою фізичних вправ, внаслідок чого знижується відчуття тривоги і зародження панічної атаки.

В основі цих вправ зберігається тенденція до візуалізації, що посилюватиме ефект релаксації й дозволить сильніше сконцентруватися, не звертаючи уваги на оточуючі подразники. Вони обумовлені такими підходами:

- 1) концентрацією на почутті важкості у верхніх і нижніх кінцівках;
- 2) концентрацією на почутті тепла у верхніх і нижніх кінцівках;
- 3) концентрацією на почутті тепла у ділянці грудної клітки (починаючи з серця);
- 4) концентрацією на диханні;
- 5) концентрацією на почутті тепла в ділянці живота;
- 6) концентрацією на почутті прохолоди в ділянці лоба.

Для збільшення розслабляючого ефекту можна включити в процес методичку візуалізації, аналогічно аутогенному тренуванню. Саме візуалізація відповідає за позбавлення від почуття розпачу, нав'язливих ідей, тривоги і появи почуття впевненості в собі і своїх силах. Після доведення тренувань з м'язами рук до автоматизму слід переключитися на відділ нижніх кінцівок і так далі. Шийні і лицьові м'язи «освоюються» останніми. Єдина умова при виконанні вправи на будь-які групи м'язів: спина в положенні сидячи повинна бути прямою [48].

6. Ведення щоденника Прогоффа, спілкування з друзями.

Щоденникову психотерапію Прогоффа ми використовували як і в груповій так і в індивідуальній роботі з людьми з іпохондричними розладами. Переваги цього методу полягали у роботі з самотніми, сором'язливими людьми зі скаргами психосоматичного характеру. Його суть полягала в описанні подій психотравматичного характеру. Щоденниковий текст не повинен бути ідеальним зі стилістичної точки зору, він може містити помилки, пропущені розділові знаки. Найважливіша значимість думки у передачі тексту: суть словесних виразів і відчуттів. Написані текстові повідомлення варто ще раз перечитати, адже довірені паперові (або комп'ютеру) проблеми виявляються далеко не такими серйозними, ніж здавалося на початку роздумів [31].

Нині існують різні терапевтичні сервіси, що формують написання тексту від 280 знаків до 750 слів у день. Процес майже не відрізняється від ведення звичайного щоденника, крім складнішої системи мотивації.

Спілкування із друзями як психотерапевтичний ефект є актуальним тоді, коли мають місце відвертість і довіра у взаємостосунках, прагнення розради та допомоги, емпатія і повага.

7. *Використання енергії мікровібрацій (віброакустичні апарати, циркулярний душ) та мануальна терапія внутрішніх органів.*

Навчання бути здоровим – це формування умінь і навичок збереження здоров'я. У процесі запропонованого нами алгоритму профілактики та запобігання рецидиву іпохондричних розладів ми пояснювали нашим досліджуваним про стан оптимального функціонування організму, його особливості лікування і покращення здоров'я. Навчання є важливою складовою лікувального процесу і часто воно є більш важливе, ніж саме лікування, оскільки ми піклуємось про те, щоб пацієнт добре розумів, які зміни проходять в його організмі під час нашого лікування. З цією ціллю ми використовували вібраційну терапію, мануальну терапію внутрішніх органів і циркуляторний душ [394].

Для *вібротерапії* ми використовуємо апаратуру, яка генерує вібрації з низькою амплітудою коливань, завдяки чому виникають «мікровібрації» із лікувальними властивостями. Це лікування стимулює дренаж лімфи з тканин, мікроциркуляцію крові та сприяє кращому видаленню з організму токсичних речовин і баласту. А також компенсаторностимулюючий механізм активації нервової системи організму людини. Активується гіпоталамо-гіпофізарна система, і відбувається мобілізація адаптаційних ресурсів організму. Вібрація біологічно активних зон і точок викликає активацію шкіряно-вісцеральних рефлексів.

Метою профілактики захворювань, зміцнення м'язів, підвищення витривалості, зменшення стомлення організму і поліпшення трофіки поверхневих тканин ми використовували *мануальну терапію внутрішніх органів*. Це унікальний метод традиційного масажу внутрішніх органів, який корегує роботу багатьох органів і систем. Він усуває спазм артеріального і венозного русла органів черевної порожнини. Комплексне застосування терапії внутрішніх органів веде до покращення здоров'я і продовжує тривалість життя пацієнта. *Лікувальний масаж* – це дозований механічний вплив на м'які тканини хворого за допомогою спеціальних прийомів, що виконуються навченою людиною в певній послідовності і поєднаннях [213].

Циркулярний (швейцарський) душ використовувався нами як система горизонтальних, розташованих по колу трубок невеликого діаметра, на внутрішній поверхні яких, через множинні отвори, вода під тиском направлялася на тіло людини. Тонкі струмені води по колу здійснювали подразнюючу дію на периферичні рецептори шкіри, внаслідок чого спостерігалася загальнозміцнююча й тонізуюча дія, що підвищувала емоційну і

фізичну активність, сприяла виведенню шлаків і токсинів, збільшувала приплив крові до всіх внутрішніх органів. Він справляв стимулюючу дію на головний і спинний мозок, зміцнював серцево-судинну систему, підвищував загальний тонус, посилював імунітет, сприяв загартовуванню організму людини.

8. *Фізіотерапія як засіб відновлення здоров'я: ультрафіолетове опромінювання, аеронізація повітря, дія теплом і холодом, водні процедури*

Ультрафіолетове випромінювання має широку біологічну дію, проникаючи в тканини на глибину 0,5 – 1,0 мм, воно активно впливає на імунологічну резистентність організму, підвищуючи активність гіпоталамо-гіпофізарно-наднирничкової системи. Призводить до активації біохімічних процесів і, таким чином, впливає на метаболізм клітин. Підвищується швидкість хімічних процесів в організмі, що, у свою чергу, поліпшує обмінні й трофічні процеси, прискорюється ріст і регенерація тканин організму, підвищується опірність організму, крім того, поліпшується фізична й розумова працездатність.

Аеронізація повітря сприяє зниженню стомлюваності, втоми, відновленню сил, призводить до поліпшення працездатності, активації діяльності. Повітря, що містить негативні аероіони, нормалізує функціональний стан центральної і периферичної нервової системи, а також склад і фізико-хімічні властивості крові. Застосування негативних аероіонів покращує легеневу вентиляцію, збільшує споживання кисню і виділення вуглекислоти, підсилює окислювально-відновні процеси в тканинах. Відзначимо також стимулюючу дію аероіонів на білковий, вуглеводний і водний обміни, синтез вітамінів (особливо групи В), стабілізуючий вплив на рівень кальцію і фосфору в організмі, на концентрацію цукру в крові. Отож, ми використали цей спосіб із ціллю біохімічної регенерації організму людини та активації її діяльності [134].

Водолікування (гідротерапія) ми застосовували з ціллю профілактики та реабілітації лікувальними властивостями води. Температурний фактор здійснював вплив на організм як засіб підвищення тонусу серцево-судинної системи, покращення умов венозного кровообігу та лімфообігу, активації обміну речовин; підвищення тонусу м'язів та артеріального тиску. Тонізуючий вплив холодних та прохолодних процедур на нервову систему виражався у відчутті бадьорості, свіжості, загального підйому сил та підвищення працездатності.

Використовуючи холодну воду (нижче 20 °), прохолодну (20-33 °), індиферентну (34-37 °), теплу (38-39 °) і гарячу (40 ° і вище) на рецептори шкіри, спостерігався спазм судин із підвищенням тонусу серцево-судинної системи, скелетної мускулатури, обмін речовин. Після чого наступала розслабленість тонусу серцево-судинної системи, скелетної мускулатури й пригнічення нервової системи. Цей ефект мав виражену заспокійливу дію, сприяв зниженню АТ і покращення сну.

Тривале застосування процедур як з холодною, так і гарячою водою

супроводжувалося пригніченням центральної нервової системи. У формуванні реакцій на термічний фактор водолікувальних процедур основним ефектором були терморецептори внутрішніх органів і терморецептори спинного, довгастого та середнього мозку. У відповідь на дію температурних подразників включалися шкірно-вісцеральні рефлексії, які впливали на кровообіг у внутрішніх органах. Прикладом є звичайне зігрівання рук теплою водою, яке покращує умови живлення міокарда. Холодні ванни застосовують для загартовування організму. Вони повинні бути короткочасними. Після них хворий відчуває стан свіжості, бадьорості [134].

9. Дихальні вправи

Дихання людини не є відокремленим від інших психофізичних процесів та існує в єдності з ними. Дихання, кероване корою великих півкуль головного мозку, залежить від потреб організму. Конкретна життєва потреба є вирішальною для розвитку будь-яких рухових навичок, серед них і дихання. До загальних принципів лікувального дихання при іпохондричних розладах відносимо такі: розміреність і ритмічність дихання; лікувальна гімнастика; пластичність дихання (без різких поворотів і нахилів); сконцентрованість на дихальних вправах (для зменшення тривожності й агресії); кожен вдих повітря потрібно здійснювати носом: так він додатково очищається і зволожується; для максимальної вентиляції легенів потрібно вдихати повітря «животом» тощо.

Якщо дихання супроводжується рухами та нескладними фізичними вправами, то при розвантажувальних рухах потрібно здійснювати вдих, а при нахилах, присіданні, опусканні рук – видих. Це дозволить правильно розподілити навантаження під час виконання вправ, не збитися з ритму, рівномірно насичувати киснем м'язову тканину. Серед основних тактик ми пропонували хворим такі розвантажувальні вправи для нормування дихання.

Вправа 1. Ритмічне дихання, при якому вдих виконується носом, рекомендовано було здійснювати по черзі кожною ніздрею (друга закрита), а видих – через рот. Вдихати необхідно на рахунок 1, видихати на рахунок від 2 до 4. Починати дихальну гімнастику пацієнтам з іпохондричними розладами пропонувалося з кількома повторами вправи, поступово збільшуючи їх частоту. Такий розмірений ритм гімнастики допомагає заспокоїти нерви та поліпшити носове дихання [145, 146].

Вправа 2. Грудне дихання забезпечує тренування верхньої частини легенів, покращує циркуляцію крові у верхній частині тіла. Важливо стежити за тим, щоб живіт був нерухомий протягом усієї вправи на дихання. Плавна вдихаючи повітря, потрібно максимально розправити грудну клітку, а на видиху – максимально звузити. Важливо дотримуватися рівної постави для оздоровчого ефекту.

Вправа 3. Дихання животом виконується поступово. Спочатку повітрям заповнюються груди, потім живіт, який випинається. Видих відбувається в зворотному порядку: спочатку видихається повітря з живота, потім – із грудей.

Ця вправа забезпечує максимальне розслаблення м'язів, поліпшення кровообігу, збільшення об'єму кисню в крові.

Такий підхід дозволив нам акумулювати процес дихання у досліджуваних й оздоровлення із ціллю регенерації організму при іпохондричній хворобі.

10. Дієтотерапія.

Лікувальне харчування є одним із найважливіших і, як показує практика, високоефективним лікувальним фактором, який володіє різнобічною лікувальною дією. Дієтотерапія має бути обов'язковим компонентом комплексного лікування хворих. Зазвичай лікувальне харчування дає хороші результати у тих випадках, коли інші методи є неефективними. Також дієтотерапія є надійним засобом профілактики загострення хронічних іпохондричної хвороби, важливою складовою реабілітаційних програм, засобом попередження переходу хвороби у хронічну форму [60].

Ефективність лікувального харчування при іпохондричному захворюванні визначається такими факторами як: кількісні та якісні пропорції продуктів харчування і поживних речовин, енергетична цінність раціону, фізичні властивості їжі, лікувальні якості окремих продуктів, режим харчування.

Достатньої ефективності дієтотерапії можна досягти лише за рахунок максимальної збалансованості основних поживних речовин у раціоні харчування, а також врахування хвороботворних механізмів захворювання і стану ферментативних систем організму. У основі лікувального харчування лежать принципи збалансованого харчування, що враховує фізіологічні потреби здорового організму в енергії та поживних речовинах, залежно від статі, віку, роду діяльності та інших характеристик. При цьому до раціону хворого вносяться корективи, відповідно до особливостей, механізмів протікання та розвитку, стадії захворювання, а також характеру обміну речовин [60].

Засобами дієтотерапії забезпечуються:

- 1) нормалізація обміну речовин;
- 2) щадіння хворих органів або систем;
- 3) покращення функції уражених органів або систем;
- 4) зміцнення імунної системи;
- 5) нормалізація роботи регуляторних систем організму;
- 6) підсилення ефективності інших факторів лікування.

При застосуванні лікувального харчування потрібно врахувати такі фактори як: вибір продуктів для раціону, особливості їх хімічного складу, кількісні пропорції окремих продуктів та поживних речовин, способи їх кулінарної обробки, ступінь механічного подрібнення, режим прийому їжі, калорійність раціону тощо. Інакше дієтотерапія може лише поглибити стан захворювання і зробити неефективними інші засоби лікування.

Сучасні принципи лікувального харчування передбачають: збалансованість раціону (повне забезпечення організму хворого білками, жирами, вуглеводами, вітамінами та мінералами), відповідність хімічного складу їжі (функціонального стану ферментних систем організму, які відповідають за засвоєння їжі); щадіння пошкоджених хворобою ферментних систем організму шляхом введення або виключення окремих харчових факторів; адаптацію до потреб хворого (кратності прийому їжі, а також її кулінарної обробки).

Також дієтотерапія використовується як фон для підсилення дії інших видів лікування та попередження прогресування і ускладнення хвороби.

11. *Масаж (класичний, вібромасаж, точковий масаж)*

Класичний масаж ми застосовували для усунення больового синдрому в досліджуваних. Він відмінно відновлював силу м'язів, підвищував їх працездатність, зміцнював зв'язки і суглоби. Масаж ефективний для зміцнення імунітету і відновлення психофізичного стану. У кожному індивідуальному випадку, залежно від віку пацієнта, стану його здоров'я й інших показників, класичний масаж сприяв поліпшенню лімфо- і кровообігу. Тривалість сеансів класичного масажу в кожному випадку індивідуальна. Оцінка його ефективності залежить від проведення повного курсу (10 – 15 процедур).

Вібромасаж впливає на судинну систему та покращує кровообіг, нормалізує серцево-судинну діяльність. Низькі коливальні частоти (50 Гц) здатні викликати зниження артеріального тиску, а високочастотні коливання (до 100 Гц), навпаки, піднімають артеріальний тиск, збільшуючи число серцевих скорочень. Апаратна вібрація покращує роботу органів дихання, активізує обмінні процеси в організмі. Сприятливий вплив вібромасаж здійснює на нервово-м'язовий апарат. Вібромасаж здатний підвищити працездатність стомлених м'язів, викликає позитивні реакції нервової системи, покращує їх кровопостачання, а також стимулює окислювально-відновні процеси в м'язовій тканині тощо [164].

Точковий масаж – це один з найдавніших видів лікувального масажу, за допомогою якого відновлюють функції всіх органів, виводять шлаки, покращують кровообіг і роботу лімфоїдної системи, лікують нервові затиски. Ми його використовували з метою знеболення. Техніка точкового масажу включає такі прийоми, як розтирання, погладжування, тиск (натиснення), вібрація, загарбання та ін. Погладжування на біологічно активних точках виконували внутрішньою поверхнею великого пальця (або подушечкою середнього) з обертальними рухами в ділянці голови, шиї, рук. Розминання (натиснення) виконувалося кінчиком великого пальця або двома великими пальцями на симетричних точках, а також середнім або вказівним пальцем вздовж усього тіла. Загарбання чи щипання виконувалося трьома пальцями правої кисті (вказівним, великим і середнім), уривчасто 3-4 рази. У місці дії

зазвичай з'являлося відчуття оніміння, розпирання. Розтирання виконували подушечкою великого або середнього пальця за годинниковою стрілкою після всіх інших прийомів точкового масажу.

12. *Переключення уваги, повноцінний відпочинок, сон, секс, «шопінг-терапія».*

Велику значимість надано було під час впровадження алгоритму хронобіологічного прогнозу психосимптоматики, перебігу, ефективності лікування та оптимізації адаптаційних можливостей хворих на іпохондричні розлади забезпечення дозвіллевої діяльності. Серед основних її пріоритетів спостерігалися саме такі як переключення уваги, повноцінний відпочинок, сон, секс, «шопінг-терапія» тощо.

Наші досліджувані також мали нагоду пройти всі етапи відновлюваної психотерапії у ВОПНЛ ім. акад. О. І. Ющенка. У кожному відділенні тут є реабілітаційні кімнати, де пацієнти можуть проводити вільний час та знайти заняття відповідно до своїх вподобань та інтересів: разом з інструкторами з праці можуть вишивати, малювати, займатися орігамі, аплікацією, декорувати посуд, розфарбовувати мандали, шити ляльки, м'які іграшки, виготовляти предмети для побуту та сувеніри. У вільний час пацієнти також грали у шахи, теніс, складали пазли, головоломки, переглядали фільми художнього та наукового змісту з подальшим їх обговоренням. У кожному відділенні є власний фонд літератури та аудіоматеріалів, які поповнювалися добродійниками та співробітниками лікарні [181].

Комплексність медико-соціальної допомоги забезпечується використанням у роботі мультидисциплінарного підходу – при одночасному реабілітаційному втручанні медичних працівників, психологів, психотерапевтів, інструкторів з праці, соціальних та інших працівників.

У структурі цього закладу є відділення соціально-трудової реадaptaції. Важливу роль у реабілітаційному процесі займали лікувально-трудові майстерні, де пацієнтів навчали трудової терапії та освоєння хворими нової професії, що відповідає ступеню їх працездатності. Процес трудового навчання, освоєння професійних навичок викликав у хворих інтерес і приносив їм емоційне задоволення.

Велика увага приділялася дозвіллю – регулярно проводилися вечори відпочинку, інформаційні години, концерти художньої самодіяльності та танцювальні заходи. Пацієнти брали участь у них і як глядачі, так і як учасники. У лікарні регулярно проводилися виставки творчості наших пацієнтів.

Колектив цього закладу постійно працює над покращенням лікувально-реабілітаційних заходів з урахуванням сучасного світового досвіду надання допомоги користувачам психіатричної служби [181].

Ефективною, на нашу думку, виявилася також «шопінг-терапія» як різновид дозвіллевої діяльності. Суть терапії шопінгом у тому, що придбання певної речі має бути негайним. Ефект досягається за рахунок того, що в момент прийняття позитивного рішення в кров людини викидаються ендорфіни, і людина відчуває неймовірний підйом

і навіть ейфорію. В цілому, вчинені покупки (навіть самі спонтанні і непотрібні) мають абсолютний позитивний ефект, так як призводять до підвищення настрою і не залишають ніякого жалю чи провини. Однак, має місце все ж матеріальна забезпеченість покупців і відповідність її вибору пацієнтом («аби не нашкодило»).

13. *Психологічне консультування і психотерапія*

Психологічне консультування і психотерапія – це активний цілеспрямований вплив на особистісний, поведінковий та інтелектуальний рівні функціонування людини, орієнтовані на клінічно здорову особистість. У нашому дослідженні ми застосовували їх з метою створення умов для повноцінного становлення особистості й для усунення недоліків у розвитку особистості з іпохондричними розладами. Скарги іпохондричного характеру як такі відіграють незначну роль, оскільки вже на початкових етапах роботи вони поглиблюються й переформулюються. Аналіз глибинних засад психіки призводить до розуміння причин патогенних переживань і поведінки й у такий спосіб сприяє вирішенню особистісних проблем [90].

Консультування і психотерапія зорієнтовані були на здорові сторони особистості незалежно від ступеня порушення. Ця орієнтація заснована на вірі, що людина здатна змінюватися, знаходити способи використання своїх задатків, навіть якщо вони невеликі через неадекватні установки й почуття, уповільнене дозрівання, культурну депривацію, недолік фінансів, хворобу чи іпохондричне навіювання.

14. *Механізми психологічного захисту*

Психологічні механізми захисту спрацьовують автоматично, знижуючи напруженість і тривожність, що сприяє активації життєвих потенцій особистості, адаптуючи її до ситуаційних умов реальності. У нашому дослідженні ми діагностували за методикою «Індекс життєвого стилю» (LSI) у респондентів домінуючий вид психологічного захисту з ціллю психокорекції іпохондричних розладів у експериментальній групі осіб [94, 111, 238, 302, 311, 312, 343].

Зазначимо, що для контролю іпохондричної поведінки потрібно багато внутрішніх сил. Психологічні механізми захисту у такому випадку спрямовані на утримання власного «Я» особистості в межах суб'єктного контролю, що, як наслідок, проявлятиметься у вигляді тривалої втомлюваності та загальної слабкості. Отож, механізми психологічного захисту містять у собі центральне протиріччя між прагненням людини до збереження психологічної рівноваги та втратою у тому випадку, коли її потенціал занадто перевищує рівень суб'єктивного контролю. Як видно, з одного боку, механізми захисту слугують позитивним чинником у разі формування психологічної резистентності організму до стресових чинників, а з іншого – їх вплив не дозволяє усвідомлювати об'єктивну істинну ситуацію реальності й адекватно взаємодіяти з оточуючим середовищем у складних обставинах.

Відзначимо, що найефективнішими були заперечення, витіснення, проекція, які сприяли відновленню емоційного фону та стану оптимального функціонування організму пацієнтів із мінімальною затратою сил.

15. *Фармакологічні засоби відновлення: вітаміни, препарати пластичної дії, препарати енергетичної дії, адаптогени*

Різні лікарські речовини вже багато століть застосовуються медициною для лікування і реабілітації людини. В останні роки деякі малотоксичні біологічно активні препарати цілеспрямовано використовуються у психокорекційній практиці для прискорення відновлення, активного заповнення витрачених пластичних і енергетичних ресурсів при великих затратах сил і емоційного виснаження. Серед них відмічаємо такі вітаміни: аєровіт, декамевіт, глутамевіт [110].

Серед препаратів енергетичної дії, які прискорюють заповнення витрачених ресурсів, активізують діяльність систем і підвищують стійкість організму, ми використовували глютамінову кислоту (амінокислота), яка стимулює процеси окислення в клітинах головного мозку, підвищує резистентність організму, поліпшує діяльність серця, прискорює відновлення при психічних навантаженнях, препарати пластичної дії, які прискорюють синтез білка і відновлюють клітинні структури, поліпшують плин біохімічних процесів, ми застосовували оротат калію, карнитин, а також різні харчові добавки, збагачені білками. Препарати цієї групи мають важливе значення для попередження психофізіологічних перенапруг, збереження високої працездатності в періоди підвищених емоційних навантажень.

Щодо адаптогенів, які здійснюють загальний тонізуючий вплив на організм і підвищують його стійкість до перенавантажень, ми скористались такими фармакологічними відновлювачами як препарати на основі жень-шеня, елеутерококу, левзеї, аралії, китайського лимоннику, мумійо і деяких інших. А також заспокійливих препаратів рослинного походження (валеріани, пустирника, материнки, м'яти й ін.).

16. *Фізичні вправи: динамічні, статичні, ізометричні.*

Гімнастичні вправи є системою рухів, спрямованою на виконання певного рухового завдання, пов'язаного з ходьбою, повільним бігом, рухами рук, ніг і тулуба і включають елементи лікувальної фізкультури. Статичні та динамічні вправи ми використовували з ціллю підвищення рухової і фізичної активності організму та працездатності хворого. Статичні вправи – це утримання певного положення тіла протягом деякого часу (як правило, 5-10 секунд). Маються на увазі досить незручні пози, утримання яких вимагає напруги. Класичним прикладом статичних вправ є асани в йозі. Динамічні вправи пов'язані з рухом і не передбачають фіксацію тієї чи іншої пози. Ходьба, біг, плавання, махи руками і ногами, присідання, випади, віджимання, нахили тулуба – все це класичні приклади динамічних вправ. Такі фізичні

вправи позитивно впливають на настрій і емоції хворого, викликають почуття радості, бадьорості, створюють більш врівноважений нервово-психічний стан [239].

17. Вправи на рефлексію і підбиття підсумків:

1. Стікери (зняти свій стікер, який висів на початку, й прокоментувати досягнення: що збулось) [60, 187].

2. Шкала прогресу і стікери (переклеїти стікер на шкалі, оцінюючи свій прогрес).

3. Піраміда почуттів (учасники в колі кладуть руки одна на одну, паралельно промовляючи те, що запропонує ведучий).

4. Іскринка (в колі взятись за руки, передавати один одному сильний тиск рукою).

Поряд із факторами, які підвищують імовірність іпохондричної поведінки, виділяють також антистресові фактори: акцентоване почуття обов'язку, зокрема усвідомлення батьківських і професійних обов'язків; уявлення про гріховність самонавіювання; заклопотаність станом власного здоров'я, страх перед фізичними стражданнями, болем, смертю; інтенсивна емоційна прив'язаність до близьких людей; наявність творчих планів; небажання виглядати негарним після хвороби тощо.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ IV

Таким чином, критеріально-результативна складова моделі психопрофілактики іпохондричних розладів віддзеркалює очікуваний результат – підвищення рівня готовності майбутніх фахівців до безпеки професійної самореалізації та критерії (мотиваційно-ціннісний, когнітивно-особистісний, творчодіяльнісний, рефлексивно-регулятивний) оцінювання рівня сформованості готовності майбутніх фахівців до професійної самореалізації, зокрема засобами ОІС.

Психологічна готовність фахівців із іпохондричними розладами орієнтована на розкриття особистості у спектрі певного «хронотипу» й сингулярності їх повторів. Сутність психокорекційної програми конкретизовано в очікуваному результаті, а саме: у забезпеченні розвитку мотивів, цілей, інтересів, ціннісних орієнтацій, ставлення до професії фахівців й до професійної самореалізації; у наявності потреби в професійній самореалізації, установки на самоздійснення; у спрямованості на досконале оволодіння фаховими знаннями й на професійну самореалізацію; в усвідомленні значущості своєї діяльності та необхідності професійної самореалізації; підвищенні рівня засвоєння фахових знань; у самотійності мислення; емпатійності (схильності до співпереживання); у сформованості особистісних якостей (відповідальності, вимогливості, сумлінності, рішучості, наполегливості, самовладання тощо), позитивної професійної «Я-концепції»; у сформованості практичних професійних умінь і навичок; творчої активності, максимально повної актуалізації й реалізації фахових умінь у процесі практики, уміння творчо вирішувати професійні завдання; у здатності до взаємодії

(умінь та навичок професійного спілкування) з пацієнтом, лікарем, іншими фахівцями, родичами пацієнта; у самостійності в квазіпрофесійній діяльності; у здатності до самопроектування власних професійних якостей, самоорганізації, самоуправління своєю діяльністю; здатності до рефлексії; здатності до саморегуляції; вміння оцінити й коригувати результати власної професійної підготовки тощо.

Змістово-процесуальна складова моделі віддзеркалює організаційно-методичні засади (зміст, форми, методи) формування готовності майбутніх фахівців до професійної самореалізації й безпеки життєдіяльності та охоплює такі етапи: пропедевтично-ціннісний, пізнавально-базовий, конструктивно-процесуальний, узагальнювально-корекційний; методичний інструментарій; педагогічні умови формування готовності майбутніх фахівців до професійної самореалізації, які буде впроваджено під час формувального етапу педагогічного експерименту: формування мотиваційних установок майбутніх фахівців на професійну самореалізацію засобами імітаційного моделювання; активізація пізнавальної діяльності студентів і фахівців різних професій засобами інформаційно-комунікаційних технологій; розробка й реалізація програми позааудиторних заходів, спрямованих на підготовку майбутніх фахівців до безпеки професійної самореалізації; створення в університеті рефлексивно-орієнтованого середовища, що передбачає застосування в навчальному процесі методики формування готовності майбутніх фахівців до безпеки професійної самореалізації. У результаті такого навчання очікувалося підвищення професійної компетенції фахівців щодо іпохондричного настрою і безпеки їх життєдіяльності в умовах виконання обов'язків.

Психокорекційна програма містила комплекс тренувальних вправ, спрямованих на підвищення психологічної культури, розвиток самопізнання, самоактуалізацію, вдосконалення рефлексивних характеристик особистості, і передбачала оволодіння прийомами довільної психічної та психофізичної саморегуляції стану. Психокорекційний комплекс поєднував прийоми саморегуляції емоційного стану, контролю та зміни соматичних проявів емоцій, прийоми нормалізації психоемоційного стану через фізичний стан тіла – вправи тілесної терапії, прийоми релаксації та зняття психологічних бар'єрів, техніки гармонійного дихання, психофізичне тренування тощо. Розвиток індивідуальних властивостей та психічних функцій особистості, що зумовлюють відновлення психосоматичного здоров'я, передбачав корекцію самооцінки, вивчення сильних сторін особистості, розвиток впевненості в собі, формування вольових якостей, тренування довільної уваги, візуалізацію.

У нашому дослідженні практичне обґрунтування освітньої концепції «Культури безпеки психопрофесійних розладів в умовах *«locus minoris resistentiae»* щодо розвитку іпохондрії в людини. Узагальнюючи її результати, ми

здійснили впровадження в освітній процес спецкурс з формування психологічної компетентності щодо зародження і розвитку іпохондричних розладів особистості в аспекті професійної самореалізації. Використовуючи даний підхід для розкриття теми, ми за допомогою психологічного інструментарію – електронного хроноскопу зафіксували значення суб'єктивного сприйняття часу з точністю до 0,001 с. Враховуючи цю похибку, маємо можливість диференціювати індивідуально-типологічні та соматичні особливості прояву іпохондричних розладів у досліджуваних. За методикою самооцінки рівня тривожності Спілберга-Ханіна та методу хронометричної проби визначили зв'язок між ситуативною тривожністю у спектрі «хронотипу» за допомогою кореляційного аналізу, що розкриває частоту повторів рецидиву іпохондричних розладів у фахівців різних професій.

За показниками результатів спостерігається найбільший взаємозв'язок у групі осіб за *типом «Х»* як у прямому, так і у зворотному порядку, що свідчить про високу ситуаційну тривожність. Враховуючи такі базові емоційні установки в організмі людини, можемо стверджувати, що ситуаційна тривожність є пусковим механізмом у патогенезі психосоматичних проявів іпохондричного характеру, а саме іпохондрична поведінка з порушенням шкірних покривів. До нав'язливих станів відносимо: уникнення контактів із предметами, які слугують джерелом мікробів і бактерій; одержимість чистотою тощо. Спостерігались також за іншими показниками проведеного дослідження страх і відчуття неповноцінності, соціальна ізоляція, негативізм, що супроводжується фрустрацією, дратівливістю, розчаруванням, відчуттям вини, підозрілості, гніву. Отож, алгоритм хронобіологічного прогнозу за цим типом має містити елементи щодо усунення ситуативної тривожності в період входження пацієнтом у фазову сингулярність. Зауважимо також, що частота повторів прояву цієї нозології рівнялась до загострень $\frac{1}{4}$ С повторів.

Між іншими типами спостерігались помірні кореляційні зв'язки дещо однотипного порядку, але з яскраво вираженою ситуативною тривожністю. За *типом «Т»* в інтервалі $0,72 \leq X_T < 0,8$: η_{X_T} , $T_c = 0,7$ і η_{T_c} , $X_T = 0,62$. було відмічено іпохондричну поведінку у вигляді кардіоневрозу з проявом таких нав'язливих станів як зайві нарікання і промовляння вголос чи подумки молитв, нарікань, прокльонів тощо. Незрозуміле відчуття вини, зайва самокритичність активація тривожних фантазій, нездатність до самостійного прийняття рішення з загостренням фазової сингулярності від $\frac{1}{4}$ - $\frac{1}{3}$ - $\frac{1}{2}$ С.

За *типом «З»* в інтервалі $0,78 \leq X_T < 0,82$: η_{X_T} , $T_c = 0,76$ і η_{T_c} , $X_T = 0,65$ простежувалась іпохондрична поведінка з ознаками гіпертиреозу з нав'язливими станами прагнення отримати від оточення підтримку в прийнятті рішень, порушення моторики (часті спроби забрати волосся з обличчя, моргання очей, повік), відчуття зайвого предмету у горлі й посіпування із цієї причини. З фазовою сингулярністю від $\frac{1}{3}$ - $\frac{1}{4}$ С, тобто з посиленням у часі в чотири рази.

За типом «II» в інтервалі $0,78 \leq X_T < 0,82$: ηX_T , $T_c = 0,76$ і ηT_c , $X_T = 0,65$ відмічаємо іпохондричну поведінку з гіпертонічним симптомом і нав'язливими станами колекціонування зайвих речей, частоті перевірки уже здійснених дій (закритих дверей, вікон, газових кранів; установка предметів у певному порядку особистих речей, меблів, столових засобів). З частотою повторів до $1/2 - 1/3 - 1/4$ С, тобто тяж у подвоєнні частоти повторів іпохондричних проявів.

За типом «Інші типи» в інтервалі $0,78 \leq X_T < 0,82$: ηX_T , $T_c = 0,72$ і ηT_c , $X_T = 0,6$ спостерігалася тенденція до іпохондричних розладів з ознаками ревматоїдного артрити та скаргами на часте миття рук і водяних процедур, одержимість чистотою (постійні прибирання, прання, дезінфекція), що обумовлено страхом і надмірною поступливістю, альтруїстичністю, самопожертвуванням, честолюбством, підвищеною терплячістю, совіслівістю. З фазовою сингулярністю від $1/3$ С, чергується у межах постійності повторів.

За типом «Людина - людина» в інтервалі $0,78 \leq X_T < 0,82$: ηX_T , $T_c = 0,28$ і ηT_c , $X_T = 0,22$ виявилися найнижчі кореляційні взаємозв'язки, що свідчить про низьку ситуативну тривожність і прояв іпохондричних розладів.

Оскільки йдеться про контрольну групу осіб, то ця особливість прояву пов'язана зі схильністю до іпохондричної поведінки на зразок дисфункції органів ШКТ, зі скаргами в ділянці duodenum без періодичних повторів. У зв'язку з цим доходимо висновку про те, що ця симптоматика не належить до структури іпохондричних розладів особистості, а пов'язана з невмінням регулювати режим харчування, зокрема ігнорування студентами вимог правильного харчування і вживання їжі масового виробництва «фаст-фус».

Рівень особистісної тривожності за методикою самооцінки рівня тривожності Спілбера-Ханіна та методу хронометричної проби не є доцільним у нашому дослідженні, оскільки не розкриває ситуативність і повторюваність іпохондричних симптомів і не обумовлює характеристики фазової сингулярності. В перспективі ми обговоримо висновки щодо особистісної тривожності за нашою вибіркою осіб, оскільки поки що не вивчається їх індивідуальний стиль прояву іпохондрії, та й за показниками статистичних значень ми не зможемо їх згрупувати за типовістю ознак досліджуваних.

В основі цієї проблематики ми й розробили алгоритм хронобіологічного прогнозу психосимптоматики, перебігу, ефективності лікування та оптимізації адаптаційних можливостей хворих на іпохондричні розлади. Його сутність полягала в тому, щоб ознайомити учасників дослідження із інформацією про рецидив іпохондричних розладів, причини їх повторного виникнення і наслідки.

Перспективою подальших досліджень є обґрунтування емпіричних результатів із висвітленням їх результативності за показниками психодіагностичних методик у разі порівняльного аналізу проблеми.

РОЗДІЛ 5.

ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ НА ОСІБ ІЗ ІПОХОНДРИЧНОЮ ПОВЕДІНКОЮ ПРОГРАМИ ПККПТ

У п'ятому розділі дослідження ми плануємо розкрити основні результати впровадження лекційного курсу «Культури безпеки психопрофесійних розладів в умовах «locus minoris resistentiae»» із профілактичною ціллю для студентів Вінницького державного педагогічного університету імені Михайла Коцюбинського, та програму комплексної когнітивно-поведінкової психотерапії (ПККПТ) для осіб із іпохондричними розладами. В межах цього підходу акцентовано увагу на висвітленні основних показників активації життєдіяльності особистості з іпохондричними розладами та їх профілактики.

У сучасному світі кожна людина піклується про стан свого здоров'я, забуваючи про саморозвиток і пізнання, які й є факторами його збереження. Завчасна профілактика іпохондричних розладів є запорукою відновлення стану оптимального функціонування організму людини та безпеки життєдіяльності. Основною метою у цьому розділі було обґрунтування наслідків психокорекції іпохондричних розладів, представлено результати апробації ПККПТ та здійснено аналіз ефективності й сформульовано психологічні рекомендації. За методикою самооцінки рівня тривожності Спілбергера-Ханіна та методу хронометричної проби було визначено зв'язок між ситуативною тривожністю у спектрі «хронотипу» за допомогою кореляційного аналізу, що розкриває частоту повторів рецидиву іпохондричних розладів у фахівців різних професій, внаслідок чого нами було розроблено алгоритм хронобіологічного прогнозу психосимптоматики, перебігу, ефективності лікування та оптимізації адаптаційних можливостей хворих на іпохондричні розлади. З огляду на вищезазначене ми й сформулюємо висновки щодо особливостей впровадження і реалізації психокорекційної програми у лікувально-відновлюваний і профілактичний процес.

5.1. Іпохондрична типологія пацієнтів у процесі порушення адаптації

На основі психологічних досліджень індивідуальних особливостей хворих із іпохондричними розладами з психосоматичною дисфункцією нами виділено три особистісних типи реагування на хворобу.

Перший, *пасивно-гетерономний тип* (рис 5.1), включає в себе до 46% респондентів кожного за класифікацією на дослідженні способу мислення. Під гетерономністю ми розуміємо набір таких психологічних ознак: залежність,

піддатливість, терпимість до інших, поступливість, безпорадність, почуття неповноцінності.

Ключовими характеристиками цього типу є високий рівень тривожності, домінування мотиву – «страху щодо невдачі» (мотиваційна схильність відрізняється неவிбагливістю щодо своїх досягнень), звуженість мотиваційного спектру в цілому; пасивний спосіб психологічного захисту з прагненням до уникнення шкідливих впливів; імпресивний тип реагування, низька самооцінка, передчасність переживань та інші риси, що належать до астеничного реєстру. У цій групі хворих спостерігається низька вмотивованість, невизначеність у цілях і перспективах; схильність до обезцінення досягнень. Незважаючи на іноді високий рівень домагань, самовираження стримується наявністю підвищеного самоконтролю, невпевненістю і високою тривожністю. Їх постійно переслідують відчуття провини та сорому, зосередженість на власних недоліках, самокритичність. Відзначається також стримана, з ознаками пригніченості, агресія. Особистісні детермінанти відображають психологічну залежність, схильність до пасивної покірності, фокусуванні уваги на невдачах і розчаруванні. Такий тип хворих відносимо до розряду кінестетично організованої структури особистості зі специфічною системою адаптаційно-компенсаторних процесів.

Вищенаведений перелік рис переважно стримує розвиток особистості, переключає її спрямованість тільки на самозбереження [121, 163, 186].

Для такого типу можна виділити такі «зони уразливості»: тривожність, пасивний стереотип поведінки, домінуюча потреба в уникненні невдач, знижений рівень самооцінки, пасивний прогноз життєдіяльності, негативізм у роботі механізмів антиципації. Указані «зони уразливості» можуть бути «мішенями» психокорекційного впливу. Найбільш патогенними для таких хворих є ситуації з елементами невизначеності при кардинальній зміні стереотипу поведінки, умов змагання, відповідальності та контролю.

Другий – активно-автономний (до 25%). Самостійні, критичні до інших, наполегливі, але в обмежених життєвих позиціях. У них спостерігається переважно стеничний стереотип реакцій, низький рівень тривожності та орієнтованість на успіх. Домінантний спосіб психологічного захисту – активне подолання перешкод при неадекватній реакції на ситуацію неуспіху, послабленому функціонуванні зворотного зв'язку, експансивному типу реагування. При наявності високого рівня Я-концепції у них проявляються несвідомі бажання ствердити себе в очах у інших, прагнення постати в найкращому гіперсоціальному світі, що відображає потребу у підвищеному рівні «Я-образу» (яким мене сприймають інші).

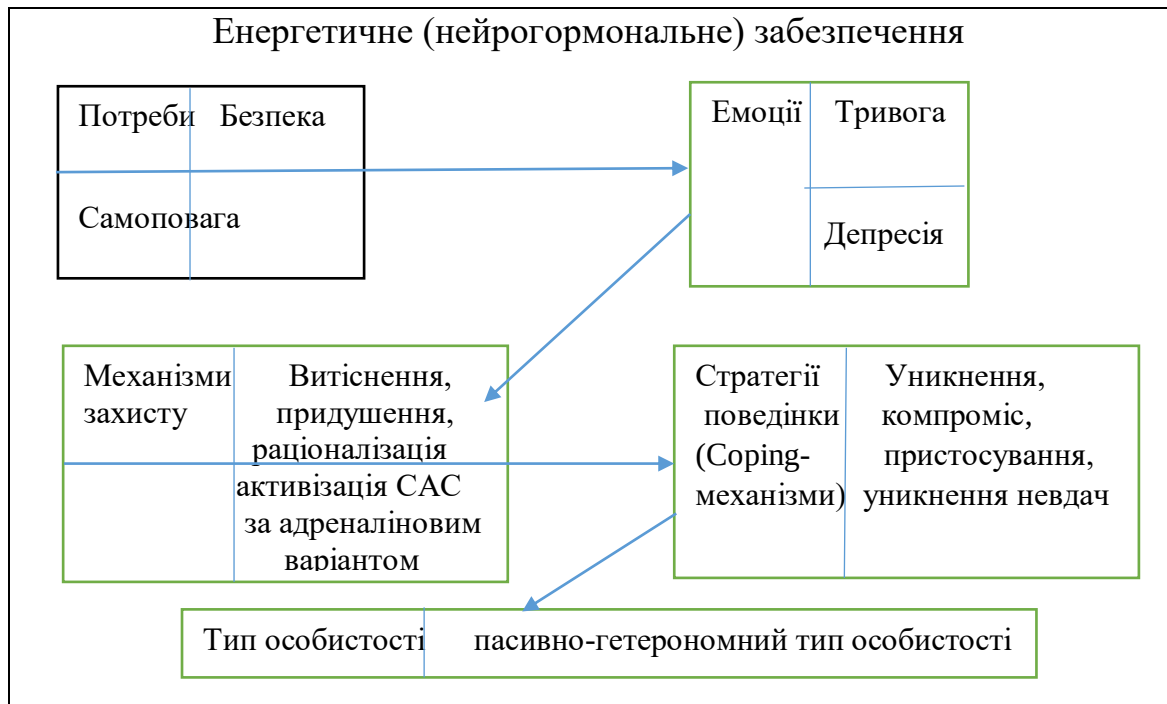


Рис. 5.1. Структурний аттрактор іпохондричних розладів у хворих пасивно-гетерономного типу особистості

Саме звідси виникає схильність до тривоги, дещо невираженої, яка визначається, головним чином, соціальними чинниками. Переживання стресової ситуації характеризується післядією, що формується вже після впливу подразника. Компенсація ригідних рис проявляється у вигляді структуризації свідомої діяльності, що регламентує її. Пацієнти, що складають саме цей тип, створюють для себе власний «звід принципів» і педантично його дотримуються, принципово виконуючи установлені норми і правила поведінки (рис. 5.2).

Перешкодою на шляху досягнення успіху слугують такі особистісні якості, як поверхневий егоцентризм із запереченням власних недоліків, із ригідною схильністю до накопичення зусиль на зміну поведінки в інших, але не на себе, конфліктність, постійне очікування образ з боку інших, незрілість емоційних реагувань, наявність рис педантичності, недостатньої емоційної чуйності. Ці негативні риси є фруструючим фактором потреби саморозвитку [127].



Рис. 5.2. Структурний аттрактор іпохондричних розладів у хворих активно-автономного типу особистості

Таким чином, *активно-автономний тип* особистості має такий перелік дестабілізуючих факторів: ригідність установок, гіпертрофовану потребу в регламентації життєдіяльності, наявність послабленого зворотного зв'язку, неадекватність реакцій переживання. Всі ці властивості створюють труднощі соціальної адаптації, звужують коло реалізації енергетичних ресурсів. Отож, сферою активності цих людей стають локальні професійні обов'язки або сім'я, де зазвичай проявляється дріб'язковий деспотизм. Описаний тип переважно включає в себе характеристики дискретного психосоматичного типу; його формування пов'язано з трансформацією візуально орієнтованого і аудіального типів [55, 398].

Третій тип особистості пацієнтів із хворобами адаптації – *врівноважений* (19%). Ця група хворих відрізняється стриманістю емоцій, стійким настроєм, помірно вираженою тривожністю. Спостерігається змішаність структурних радикалів особистості, їх антиномічність (змішування стенічного акценту з астенічними рисами за Е. Кречмером). Тип переживань найчастіше залежить від конкретних обставин і характеризується значимістю «тут і тепер». Співвідношення цих якісно відмінних характеристик відображається у гнучкості особистісної структури, переключеності розвинених репрезентативних систем, чим і обумовлена толерантність до психологічного стресу [66].

Різноманітність чинників психологічних структурних утворень особистості, на основі яких формувалась типологія, слугує вагомим базисом

для відмови виділення «специфічного емоційного конфлікту» в окрему нозологію іпохондричного типу. Наведені показники дозволяють стверджувати про наявність специфічного емоційного конфлікту при кожному з типів особистості пацієнтів із порушеннями адаптації.

Кожному типу пацієнтів при таких порушеннях соціальної адаптації (активно-автономному, пасивно-гетерохромному й врівноваженому) властиві свої специфічні способи подолання. Якщо у перших найчастіше зустрічаються активні (більш агресивні, ригідні) копінг-механізми, як компенсація виступає жорстко регламентована життєдіяльність, то другі демонструють пасивні механізми подолання – уникнення перешкод, очікування від соціального середовища відновлення розбалансованих відношень [8, 21].

Невротичні реагування на порушення стану оптимального функціонування організму людини, які прийнято називати в клініці соматичних розладів іпохондричними розладами, виступають як активні компенсаторні механізми, що знижують переживання болю як на психологічному, так і на фізіологічному рівнях. При включенні цих механізмів, спостерігаються дифузні реакції, що послаблюють первинно сформований патологічний функціональний психосоматичний патерн за рахунок включення диссипативних процесів, процесів перерозподілу енергії емоцій за іншими системами, що включені у цей патерн під час стресу. Якщо під час стресу візуально орієнтовані хворі продовжують посилювати свій «зручний» стереотип опису подій, то тим самим вони пригнічують актуалізацію патогенетичних механізмів. При переході на незручну систему сприйняття і опису подій відбувається послаблення інтенсивності патогенетичного патерна. Як правило, людина здійснює такий вибір несвідомо. Саме так через зазначений механізм відбувається психофізіологічна адаптація людини до свого захворювання, тобто з урахуванням компенсації дефіцитної модальності, що виникає тільки в іпохондричних хворих. Однак дискретний тип не керується підсвідомою орієнтацією на майбутнє, а розуміється на логіці подій, тобто саме в умовах стресу він стає ще більш поміркованим, логічним, раціональним, що й перешкоджає включенню механізмів адаптації до хвороби [20].

Згідно зазначених вище типів подаємо комплекс характеристик щодо порушень особистісно-типологічних рис осіб із іпохондричними розладами (табл. 5.1).

Таблиця 5.1.

Комплекс характеристик щодо порушень особистісно-типологічних рис осіб із іпохондричними розладами

Назва особистісних змінних	Рівні інтеграції особистості		
	Критерій оцінки	Пасивно-гетерономний тип	Активно-автономний тип
1. Поведінковий			
Спрямованість особистості	Орієнтація на успіх / невдачу	Мотив невдачі	Мотив успіху
Рівень домагань	Адекватний / неадекватний	Неадекватно занижений	Неадекватно завищений
Пасивно-компенсаторні можливості: 1) Види психологічного захисту 2) Копінг-механізми	Поведінкова сфера Емоційна сфера Когнітивна сфера	Пасивні способи психологічного захисту (витіснення, пригнічення, раціоналізація, компенсація, заперечення) Узгодженість, соціальний відступ Покірність, фаталізм Проблемний аналіз	Активне подолання шкідливих впливів Перцептивний рівень психологічного захисту (ізоляція, проекція, заперечення) Оптимізм, ізоляція, пригнічення емоцій Самоконтроль, самообладнання
Поведінка в умовах фрустрації	Стратегія подолання	Імпресивний тип реагування, самозахист	Експансивний тип реагування
Конфліктність особистості	Шляхи подолання конфлікту	Пристосування, уникнення	Суперництво, компроміс

Продовження табл. 5.1.			
Комунікативна сфера	Спрямованість взаємовідносин	Соціоцентризм, слухняність, м'якість	Егоцентризм, агресивність
II. Когнітивний			
Самоорієнтація: 1) Я-концепція 2) Орієнтування у часі	Адекватний рівень Часовий проміжок	Неадекватно занижений рівень Орієнтування на минуле	Дещо завищений рівень адекватності Орієнтування на майбутнє і теперішнє
III. Емоційний			
Соц.-психол. дезадаптація	Психотравмуючі впливи	Астенічність емоцій, підвищена тривожність, іпохондричний настрій	Стенічність емоцій, ригідність, іпохондрично-істеричний настрій
Стресостійкість		Внутрішня загальмованість	Накопичувальна агресивність
Типологічна диференціація	Домінування репрезентативної системи	Кінестетична	Візуальна
Внутрішня картина хвороби	Тип відношення до хвороби	Іпохондричний, меланхолічний, неврастенічний	Ергопатичний, анозогностичний, іпохондричний
Зони локалізації іпохондричного болю			
«Мішені» психотерапевтичних впливів	Дестабілізуючі фактори	Тривожність, пасивний стереотип поведінки, низька самооцінка, звужений кругозір і мотиваційний спектр	Ригідність установок, неадекватні реакції на неуспіх, відсутність гнучкості, схильність до конфліктності, егоцентризм

Наші дослідження показали, що в період загострення іпохондричних розладів у ситуації психосоматичних дисфункцій зазвичай відбувається загострення домінантних рис особистості. У цей період спостерігається повернення до первинної репрезентативної системи (так звана реадаптація). Актуалізується найбільш зручна та первинна система сприйняття й опис дійсності. Однак вона ж і є першопричиною розвитку іпохондрії. Отож, загострення домінуючих рис особистості не призводить до полегшення симптоматики, тобто потрібна нова репрезентація (незручна, трансова, але ефективна в плані подолання хвороботворчого процесу). Наприклад, у хворих терапевтичного типу з ознаками виразкової хвороби можна спостерігати посилення дезадаптуючих властивостей тривожності і депресивності у хворих пасивно-гетерономного типу, у хворих активно-автономного типу при загостренні такої симптоматики відмічається підвищення і так високих показників за шкалами 1, 4, і 6 MMPI. Характер переживань у цих хворих має свою стратегію і може бути описаним із витоків стереотипності первинної репрезентативної системи.

Більш ефективна адаптація (компенсація) спостерігається у випадку активної поведінки, основою якої є потреба у взаємодії з оточуючим соціальним полем, що і є активним подоланням іпохондричних розладів. Менш ефективна позиція у подоланні цієї симптоматики є пасивно-покірлива поведінка, песимістично окрашений настрій, когнітивні коливання у бік безвиході, самотичування, соціальної відчуженість, що характерно при пасивному подоланні хвороб даного типу.

5.2. Кількісно-якісний аналіз за результатами дослідження у вимірі локалізації іпохондричних розладів особистості

Основними психологічними детермінантами іпохондричних явищ, як видно з попередніх розділів дослідження, є індивідуально-особистісні особливості суб'єкта (тривожність фахівців різних професій; неадекватна занижена самооцінка, яка є проявом, перш за все, негативного уявлення людини про себе у цілому); вплив ситуацій підвищеного стресу; невизначеність у подальших життєвих планах тощо.

Особливості детермінант успішної діяльності фахівців у системі професійної освіти виявляються через властивості особистості, які визначають рівень її інтегральної стресостійкості. Для психологічно стійких осіб притаманний високий рівень інтегральної оцінки психологічної стійкості, яка складається з низьких оцінок рівня невротизації, спонтанної агресивності, депресивності, подразливості, сором'язливості, емоційної лабільності та високого рівня урівноваженості. В усіх досліджуваних групах відзначається високий рівень комунікативності та середні рівні відкритості [22].

Однак відзначимо, що успішність діяльності в групі з порушеннями серцево-судинної системи (ССС) помірна, як в осіб, впевнених у своїх можливостях і налаштованих на певні досягнення, але не на самоствердження. Самооцінка в осіб цієї категорії висока, з тенденцією до завищеної, що свідчить про високий рівень самоактуалізації особистості та надійності під час виконання діяльності. Однак цей підхід не є ознакою безпеки життєдіяльності людини в умовах виконання обов'язків і збереження здоров'я. Саме тому метою підрозділу 5.1 є якісно-кількісний аналіз за результатами дослідження у вимірі траєкторії іпохондричних розладів особистості.

На основі аналізу наукових джерел та результатів власного дослідження було встановлено, що гіпертонії стріяли такі чинники: пригнічена агресивність, внутрішньоособистісні конфлікти; хронічне напружене очікування; нереалізований конфлікт; психологічне успадкування; відчуття провини; психологічна відмова від майбутнього, втрата віри та оптимізму, високий рівень тривожності та мотивації досягнення. «Портрет» особистості, хворої на гіпертонію, виглядає так: охайні, добросовісні, комунікабельні, педантичні, пунктуальні, вразливі, самокритичні та вимогливі до себе, при довготривалому напруженні виявляють агресію, гнів, страх, озлобленість; іпохондричні, постійно знаходяться у невираженому стресі [97, 98].

Ішемічна хвороба серця спричиняється толерантністю і безпечністю до симптомів захворювання; дією сильного емоційного подразника; постійним страхом, напруженням, агресивністю, відчуттям виснаженості; напруженим життєвим ритмом, прагненням до успіху, соціальної значущості; одержимістю манією успіху і кар'єрного росту. «Портрет» особистості тепер такий: емоційні, гіперактивні, надмірно чутливі, екстравертовані, цілеспрямовані, активні керівники, демонстративні, часто „акули” сучасного ділового світу. До причин порушення серцевого ритму відносимо ситуативні конфлікти; внутрішнє перенапруження, придушення потреб. Особистісні характеристики при цьому такі: надмірно контролюють свої почуття та захищають свій емоційний світ; конформісти. Кардіоневрозу сприяють надмірна залежність від батьків; психологічні травми дитинства, депресивно-симбіотичні фантазії; самозахист у формі іпохондричного настрою. Хворі на кардіоневроз несамотійні, бояться самотності та розлуки з близькими; інтравертовані, уникають труднощів; надмірно піклуються про своє здоров'я, читають багато медичної літератури.

У хворих на ССЗ порівняно із здоровими особами значно вищі рівень дезінтеграції між життєвими потребами та доступністю у різних сферах існування, ступінь та варіації девіантних проявів, рівень депресії; значно нижчий рівень психологічної стійкості; неадекватне завищення соціальної значущості хвороби у таких сферах: матеріальні збитки, обмеження задоволень,

формування відчуття непотрібності, обмеження відчуття сили та енергії, погіршення становлення до хворого у сім'ї, погіршення становлення до хворого на роботі, обмеження кар'єрного росту; низький рівень професійної ідентичності [95, 96].

Встановлено, що найвагомішим чинником психосоматичних порушень був соціальний стрес: проблемні взаємини у професійній сфері, зокрема професійна нереалізованість (робота не за фахом, вимушена діяльність, безробіття тощо), міжособистісні конфлікти із керівником та з колективом, побутові проблеми. Другою за важливістю причиною виникнення кардіосимптомів, як ми з'ясували, є емоційний дискомфорт у сім'ї та сімейні стреси: несприятливі стосунки з близькими, скрутне матеріальне становище, відсутність надійної опори тощо. Тенденції патологічної поведінки з ознаками дисфункції ШКТ і шкірних покривів ми подавали вище за результатами констатуючого експерименту та побудови портрету особистості за типологічними показниками професійного забезпечення.

За опитувальником МТЖЦ (*морфологічний тест життєвих цінностей*) мотиваційно-ціннісна структура особистості усіх груп нашого дослідження характеризується узгодженістю інтересів і мотивів у побудові власного життя і планів на майбутнє.

Відмінність у поглядах на життєві цінності, як видно з рис. 5.3, спостерігається між контрольними та експериментальними групами в тому, що в КГ1 і КГ2 спостерігається тенденція до високих показників за шкалами «Збереження власної індивідуальності» (67,87 % і 55,67 %) і «Розвиток себе» (55,67 % і 44,56 %) як чинники самопізнання і розвитку. Схильність за цими параметрами означає збереження власної гідності, незалежності в умовах досягнення цілей, відповідальності за вчинки та своє життя. Дані характеристики означають наявність самоконтролю в умовах ведення господарсько-сімейного побуту й у сфері соціальної активності (узгодженість професійних інтересів і мотивів).

Введення у навчальний процес курсу «Культури безпеки психопрофесійних розладів в умовах «locus minoris resistentiae» сприяло свідомому вибору життєвих позицій студентами КГ2, відповідальності, акуратності, вибірковості у стосунках, комунікативності та соціальної розкутості. Саме представники цієї групи зросли у міжособистісній взаємодії у психосоціальному забезпеченні власної ваги у соціумі, що й ідентифікує їх із КГ1 осіб.

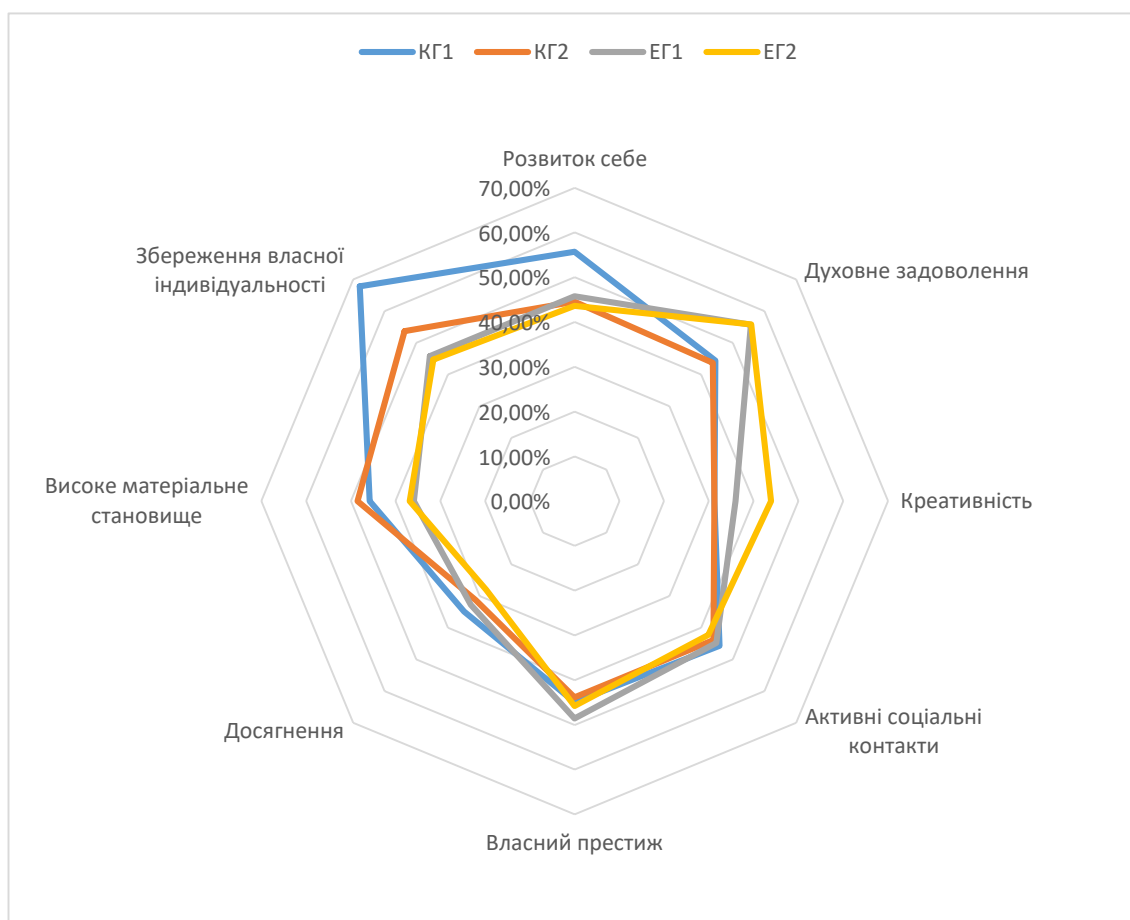


Рис. 5.3. Порівняльна гістограма середніх значень за шкалами Життєвих цінностей за опитувальником МТЖЦ

У $ЕГ_1$ і $ЕГ_2$ відзначаємо показники домінування шкал «Духовне задоволення» (55,67 % і 55,78 %) і «Креативність» (35,93 % і 43,87%), що свідчить про орієнтування на доброчинність, як чинник самовизначення віруючої людини, і прагнення до творчості в організації життя. Духовні потреби людини базуються на таких загальнолюдських цінностях як добро, милосердя, краса, мистецтво. Здорова особистість прагне забезпечення духовних потреб у сфері пізнання істини чи потреб у самореалізації й, не отримуючи їх, замикається у собі. Обмеженість і замкненість сприяють розвитку психосоматичних скарг і намірів щодо іпохондричної поведінки. Як і простежувалось на констатувальному етапі дослідження $ЕГ_1$ і $ЕГ_2$ осіб, вони відзначились відсутністю смисложиттєвих орієнтацій і планування життєвотворчої активності.

Досліджувані експериментальних груп внаслідок запропонованих нами психокорекційних впливів і вправ на самовдосконалення та саморозвиток відзначились сміливістю у справах, наполегливістю, самостійністю, прагненням до великих звершень і креативності. Саме креативність на шляху подолання їх іпохондричних настроїв відіграла роль створення смисложиттєвих образів легкості сприйняття, яскравості і духовності в побуті. Використовуючи

власний творчий потенціал і здібності, досліджувані самостверджувалися і вдосконалювалися шляхом створення нових цікавих ідей (для поліпшення життя або окремих їх аспектів). Будь-яке творче заняття допомагало їм знаходити особистісний сенс і осягати власні цінності. Адже саме це й є найважливішою духовною потребою людини, яка відрізняється від інших живих істот.

Аналізуючи потенціал наших респондентів згідно з такими шкалами як «Активні соціальні контакти», «Власний престиж», «Досягнення», «Матеріальне становище», зазначимо, що показники їх значимості відповідають нормативним еталонам поведінки людини в соціумі. Міжособистісна комунікативність активно посилює власний престиж і значимість у колективі, а рівень особистісних домагань досить ефективно відображається на їх матеріальному забезпеченні та власних досягненнях, що й підлягало регенерації і стимулюванню під час дослідження.

Висбаденський опитувальник Н. Пезешкіана (WIPPF) відображає оцінку характеріологічних і особистісних особливостей партнерів у ситуації конфлікту. Концепція Н. Пезешкіана будується на позитивному баченні людини та визначає модель конфлікту таким чином: стратегії поведінки в конфлікті; зразки конфліктної поведінки, запозичені у колі сім'ї; властивості особистості досліджуваного. Актуальні здібності згідно з цією методикою є соціальними і громадськими нормами, змінними соціалізації, рольовими стабілізаторами, груповими ознаками, рисами адекватності поведінки людини в соціумі (табл. 5.2).

Таблиця 5.2

Розподіл респондентів згідно показників шкал опитувальника в осіб з іпохондричними розладами (%)

Показники Шкали	Жінки			Чоловіки		
	Н	Ср	В	Н	Ср	В
1	2	3	4	5	6	7
Акуратність	15	31	54	61	30	9
Охайність	15	38	46	74	22	4
Пунктуальність	23	38	38	65	22	13
Ввічливість	38	23	38	26	43	30
Чесність	46	46	8	30	52	17
Працьовитість	8	62	31	52	39	9
Обов'язковість	31	54	15	61	35	4
Бережливість	15	23	62	74	26	0

Продовження табл. 5.2.						
Слухняність	0	77	23	74	26	0
Справедливість	38	23	38	13	39	48
Вірність	54	15	31	43	43	13
Терпіння	23	46	31	61	39	0
Час	38	62	0	57	30	13
Товариськість	54	31	15	61	22	17
Довіра	38	38	23	48	22	30
Надія	8	46	46	52	39	9
Сексуальність	38	31	31	57	17	26
Любов	23	54	23	74	22	4
Віра	46	38	15	91	9	0
Р/Тіло	31	46	23	87	9	4
Р/Діяльність	23	46	31	43	30	26
Р/Стосунки	46	15	38	39	26	35
Р/Фантазія	23	31	46	74	26	0
М/Я	38	31	31	43	39	17
М/Вони	31	46	23	43	43	13
М/Ми	46	23	31	52	22	26
М/Пра-ми	46	15	38	52	35	13

Примітка: Н – низькі (3-6), Ср – середні (7-8), В – високі (9-12)

Внаслідок проведеної корекційної програми показники досліджуваних у шкалах Вісбаденського опитувальника в цілому наблизилися до нормативних, що ми можемо побачити на рис. 5.4.

На рисунку 5.4 представлені різниці розподілів показників досліджуваних контрольних і експериментальних груп «на початку» (тонка лінія) та «після» експериментального дослідження (товста лінія). Відмітимо, що в результаті повторного тестування статистично значущих змін у показниках досліджуваних параметрів у представників контрольної групи виявлено не було. Таким чином доходимо висновку про наближення результатів за Вісбаденським опитувальником й у членів експериментальних груп до показників психосоматично здорових осіб.

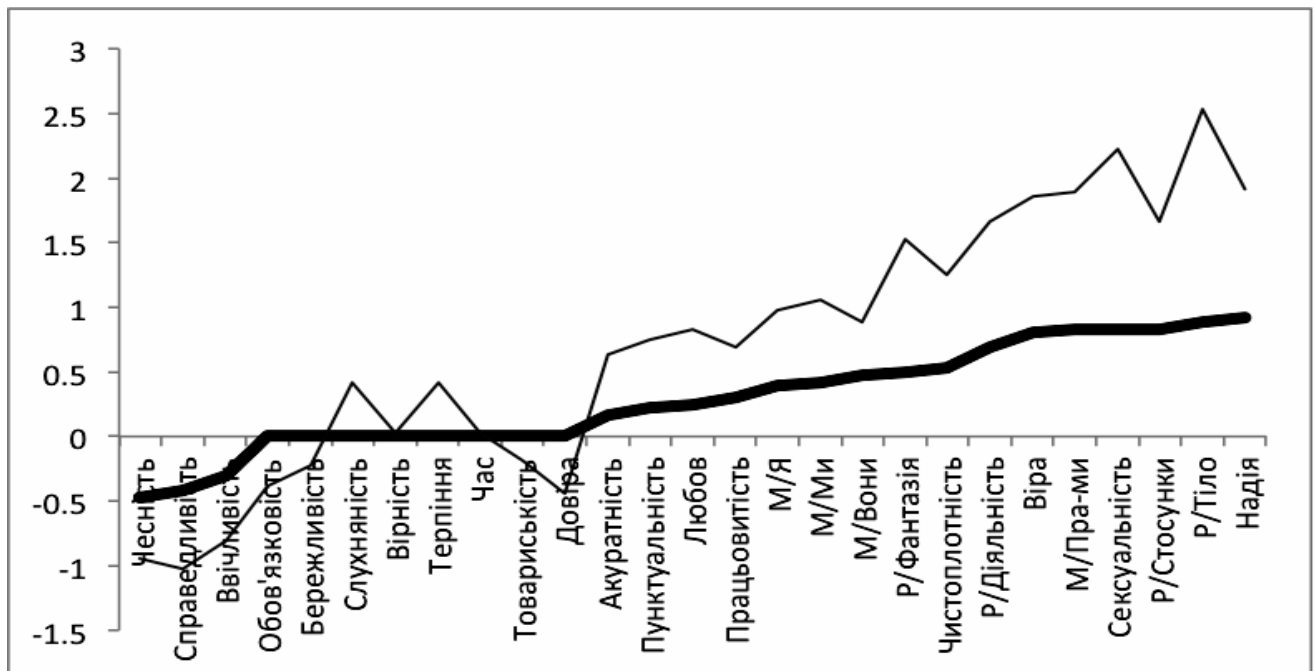


Рис. 5.4. Порівняльний аналіз різниці розподілів показників шкал за Вісбаденським опитувальником WIPPF (Н. Пезешкіана) КГ і ЕГ «до» та «після» психокорекційного тренінгу: «М/...» – модель; «Р/...» – реакція

Завдяки психокорекційному впливу в учасників цих груп найбільших змін (не менше, ніж $p \leq 0,05$) зазнали показники надії, віри, сексуальності, реакції на конфлікти тіла та стосунків – шкал, що найбільш чітко вирізняють наявність соматичних порушень у досліджуваних. Внутрішня конфліктність особистості до психокорекції полягала у невизначеності вибору життєвих перспектив, підвищеній чутливості до критики, зниженні рівня розумової діяльності. Після відновлення відмічаємо протилежні тенденції у формуванні світогляду особистості експериментальних груп.

Перевага низьких показників названих шкал показує природну тенденцію до збереження ресурсів психологічної стійкості особистості (зменшення активності, збільшення часових проміжків прийняття рішення), але спостерігається схильність до пролонгування складних ситуацій у житті та запізнених дій щодо їх вирішення.

За опитувальником А. Реана «Мотивація успіху і страх невдач» спостерігаємо тенденцію до підвищення мотивації за рахунок не лише професійного самовдосконалення, але й самопізнання і особистісного зростання. За показниками на рис. 5.5 видно, що досліджувані ЕГ₁ та ЕГ₂ помітно зросли в порівнянні з КГ₁, КГ₂, згідно з середніми статистичними значеннями. За типом «І» відзначаємо вмотивованість до професійного забезпечення і реалізації внутрішніх потенціалів.

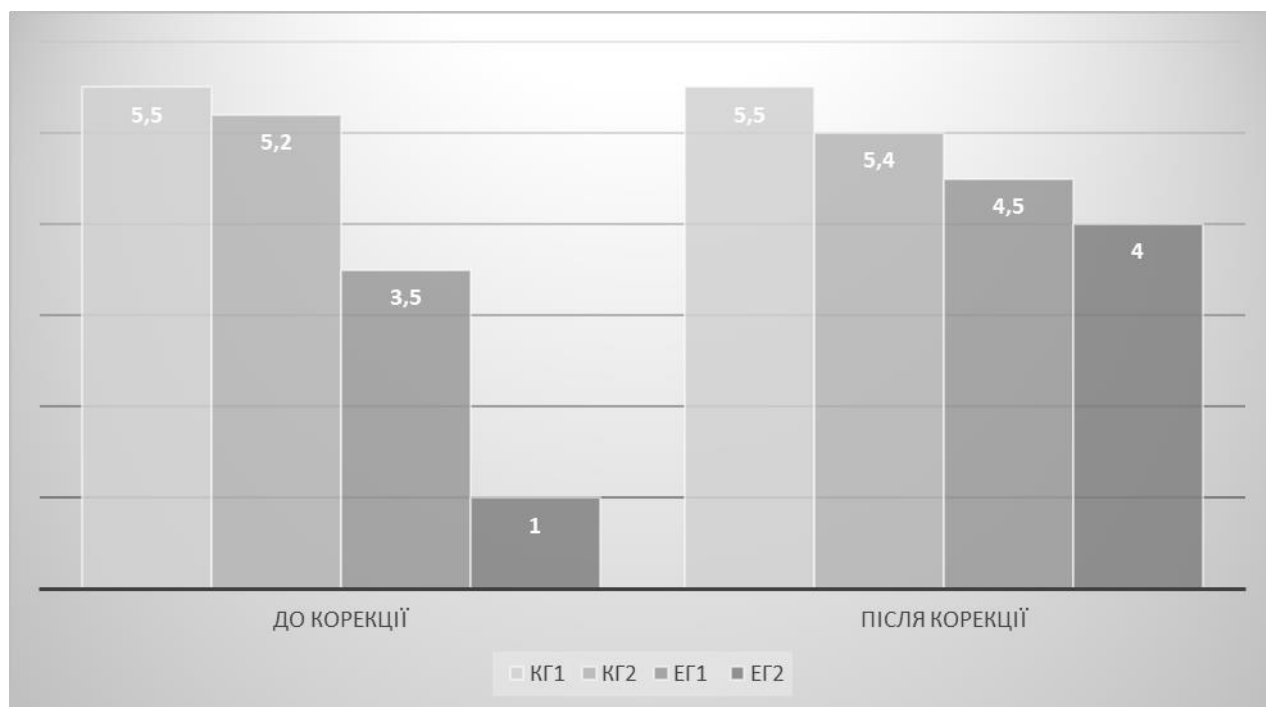


Рис. 5.5. Рівень мотивації за опитувальником А.Реана «Мотивація успіху і страх невдач»

Результати психологічного дослідження підкреслюють важливість підвищення мотивації на досягнення у респондентів шляхом цілеспрямованого управління їх вмотивованістю щодо прояву іпохондричного настрою. Під час психокорекційного процесу нами було розкрито особистісний потенціал у кожного з учасників на етапі подолання нав'язливих ідей психосоматичного характеру та підвищення особистісної дієздатності для досягнення успіху. До найбільш виражених потреб у респондентів відзначимо потреби у безпеці 36% (90 осіб), потреби у самовираженні – 29% (70 осіб), матеріальні потреби – 23% (58 осіб), і потреби у визнанні – 15% (38 осіб). Виділено також такі установки під час формування навичок щодо відновлення у пацієнтів психологічного здоров'я з метою самопізнання і самореалізації:

- 1) розуміння респондентами змісту психокорекційної роботи та усвідомлення значимості власних можливостей задля успішної діяльності;
- 2) можливість прояву під час корекційного процесу самостійності та ініціативності у виборі занять «для душі»;
- 3) використання активних методів оволодіння навичками пошукової діяльності щодо розкриття власних пріоритетів у подоланні невдачі;
- 4) створення проблемних ситуацій, орієнтованих на отримання нових знань щодо профілактичних заходів розвитку іпохондрії;
- 5) новизна та різноманітність психокорекційного процесу в умовах відновлення психосоматичного здоров'я людини;
- 6) емоційна забарвленість взаємодії експериментатора та досліджуваних;

7) врахування дослідником індивідуальних особливостей респондентів, що стосується значимості їх потреб і мотивів.

Таким чином, найбільш узагальненою формою відношення людини до професії є її професійне становлення, у разі якого зберігається інтерес до професії та схильність займатися нею. Відповідно й мотивація до особистісного зростання залежить від установок на успішність у професійній діяльності, що ефективно впливає на життєстійкість особистості та витривалість до хвороб.

Наступним кроком у нашому дослідженні було проведення факторного аналізу ролі домінантних потреб у цілепокладанні особистості з іпохондричними розладами. В ході дослідження було виявлено, що помірний зв'язок прослідковується між такими змінними:

- мотив успіху і боязнь невдачі та потреба у безпеці ($r=0,462$), також цей мотив корелює на помірному рівні з потребою у самовираженні ($r=0,355$);
- внутрішня конфліктність особистості за методикою Н. Пезешкіана корелює з потребою в безпеці ($r=0,311$), з потребою у визнанні ($r=0,437$), з потребою у самовираженні ($r=0,395$);
- мотив досягнення успіху корелює з матеріальними потребами ($r=0,39$), з потребою у самовираженні ($r=0,357$);
- оцінка мотивації до досягнення цілі корелює з потребою у безпеці ($r=0,412$), із потребою у самовираженні ($r=0,344$).

Після завершення етапу формування проводилися зіставлення результатів як у контрольних групах осіб («до» і «після» дослідження), так і в експериментальних групах осіб («до» і «після» дослідження), а також їх порівняльний аналіз результатів на початковому та завершальному етапі діагностики. Оцінка статистичних даних відмінностей між досліджуваними вибірками здійснювалась за критерієм t-Ст'юдента. Результати порівняльного аналізу даних КГ («до» і «після» дослідження) не виявили між ними статистично значущих розбіжностей. Разом з тим, результати аналогічного порівняння експериментальної вибірки виділили істотні відмінності (табл. 5.3).

Встановлено, що в осіб «до» експерименту рівень тривожності, дезадаптації значно вищий ніж «після», тоді як рівень самоактуалізації і врівноваженості «до» експерименту достовірно нижчий ніж «після» впровадження ПККПТ ($p \leq 0,05 - 0,01$).

За методикою діагностики міжособистісних стосунків Т. Лірі спостерігаємо такі відмінності у вибірці осіб, із яких переважаючими типами є: авторитарний – 24 особи, що складає 12,00% вибірки; егоїстичний тип – 16 осіб, що складає 8,00 %; агресивний тип – 24 (12,00%) особи; залежний тип – 55 осіб, або 27,50%; підозріливий тип – 59 осіб, тобто 29,50%. Таким чином, яскраво виражені типи поведінки складають 89,00% із загальної кількості

респондентів. Інші – 8,50% (17 осіб) характеризуються альтруїстичністю – 6 осіб, що складає із загальної кількості випробовуваних 1,00%; доброзичливістю – 4 особи, тобто 1,50%; підпорядкованістю – 7 осіб із групи випробовуваних, що складає 3,50%.

Таблиця 5.3

Відмінності середніх величин психологічних властивостей у осіб із соматозами іпохондричного характеру «до» і «після» дослідження

Соматичні порушення	ШКТ		СС		ШП	
Іпохондричні прояви	на початку	після	на початку	після	на початку	після
Мотивація на невдачу	27,5	8,9*	28,7	9,7*	26,5	9,1*
Тривожність	64,44	41,7**	41,2	28,19**	38,6	18,0**
Дезадаптивність	61,6	15,54	47,69	16,1*	43,84	20,18*
Конфліктність	16,0**	12,5	18,35**	13,29	17,42**	11,4

* – достовірність є значущою на рівні $p \leq 0,05$; ** – на рівні $p \leq 0,01$

Зазначимо, що п'ять осіб (2,00%), які залишилися із загального числа вибірки, мають змішаний тип відношення до оточуючих, тобто поєднання 2 типів, а саме: доброзичливий + альтруїстський – 1 особа; доброзичливий + підпорядкований – 1 особа; підозрілий + агресивний – 2 особи; підозріливий + егоїстичний – 1 особа. Таким чином, у представників змішаного типу поведінки відсутній переважаючий стиль поведінки у міжособистісній взаємодії, що характеризує помірно протіканні іпохондрії.

За наслідками проведеної методики, з 200 випробовуваних 134 мають яскраво виражені прояви іпохондричної поведінки (від 9 до 12 балів), що вказує на міжособистісну взаємодію як фактор ризику під час спілкування; 17 випробовуваних мали помірні оцінки (від 5 до 8 балів), що вказує на прояв адаптивної поведінки в міжособистісних відносинах. Відзначимо, що виявлення й аналіз переважаючих типів агресивної поведінки осіб з іпохондричними розладами встановили, що у цій вибірці переважають негативізм, фізична і вербальна агресія. Така тенденція спостерігалася переважно до психокорекційного процесу.

У таблиці 5.4 показано диференційні відмінності між показниками експериментальних груп до та після корекції.

Таблиця 5.4.

**Типи міжособистісної взаємодії респондентів
в експериментальних групах осіб**

Тип взаємодії	Бали			
	До корекції		Після корекції	
	Помірна (5-8)	Висока (9-12)	Помірна (5-8)	Висока (9-12)
Авторитарний		24	19	5
Егоїстичний		16	14	2
Агресивний		24	21	3
Підозріливий		59	52	7
Підпорядкований	7		5	
Залежний		55	48	7
Доброзичливий	6		8	
Альтруїстичний	4		6	
Змішаний	5		3	
Всього	22	178	176	24

У результаті проведення аналізу наявності міжгрупових відмінностей у показниках досліджуваних параметрів між членами КГ та ЕГ після експерименту ($t = 2,72$; $p \leq 0,01$) встановлено, що рівень міжособистісної взаємодії в учасників ЕГ наблизився до нормативних даних, який вказує на доцільність реалізації розробленої програми. До початку формувальних тренувань відмічаємо перевагу експресивної поведінки в осіб експериментальних груп (рис. 5.6).



Рисунок 5.6. Рівень міжособистісної взаємодії ЕГ осіб «до корекції»

Як видно з рис. 5.6 у експериментальних групах осіб домінує експресивна міжособистісна взаємодія, тоді як за показниками рис 5.7 після корекційного процесу спостерігаємо нормативні ознаки адаптивної поведінки під час спілкування. Дана результативність показує позитивістський підхід до

підвищення психологічного статусу особистості з огляду на присутність у неї іпохондричних розладів.

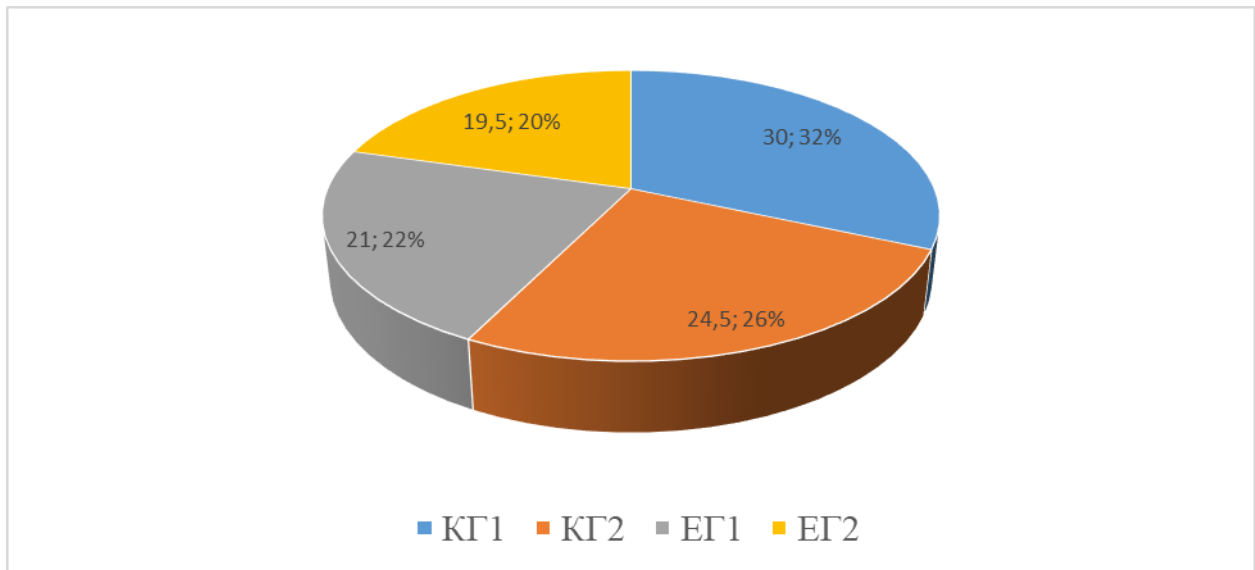


Рис. 5.7. Порівняльний аналіз адаптивної поведінки в досліджуваних групах

Порівняльний аналіз міжособистісних комунікацій між показниками КГ₁, КГ₂, ЕГ₁ та ЕГ₂, дозволяє скласти оцінку ефективності застосування корекційної програми формування для осіб з іпохондричними розладами.

Таким чином, впровадження психокорекційної програми відновлення психосоматичного здоров'я сприяє актуалізації ресурсів резистентних систем особистості, прагненню до самоактуалізації, формуванню ціннісно-смыслових орієнтацій, доброзичливості.

Аналіз результатів дослідження дає підстави зробити висновок, що інтегративна оцінка параметрів психологічної оцінки міжособистісної взаємодії особистості з оточуючими дозволяє надати достатньо об'єктивну прогностичну оцінку різноманітним іпохондричним настроям.

Методика дослідження особистості за допомогою модифікованої форми В опитувальника FPI відображає результати формуючого експерименту за типом емоційного настрою і поведінки людини, які домінують у її професійній діяльності. У таблиці 5.5 показано основні тенденції за результатами методики.

За попередніми показниками констатувального дослідження за типом «І» спостерігаємо наявність таких ознак як підвищення значення за шкалами «дратівливість» і «депресивність» у досліджуваних у відношенні 1:1, що вказує на виражену деструктивну поведінку, прояв надмірної психічної напруги, швидкої стомлюваності й відсутності стійкості до тривалого інтелектуального напруження. Така характеристика відповідає ознакам соціальних лінощів, обумовлених небажанням щодо довготривалих і помірних професійних перевантажень, досягнення кар'єрного росту. Саме на цій підставі діагностуємо

в них іпохондричні настрої. Застосування психокорекційної програми стимулювало осіб цієї групи до пошуку професійного забезпечення, відновлення емоційної стійкості та організації міжособистісної взаємодії.

За шкалами «Методики дослідження особистості за допомогою модифікованої форми «В» опитувальника FPI» диференціюємо показники наших досліджуваних за хронометричною ознакою, бо, згідно з констатуючим дослідженням, вона відображає найбільш суттєві результати. Особистісні характеристики відрізняються за такими домінантними утвореннями як невротичність за типом «П», депресивність за типом «Т», реактивна агресивність за типом «Х», дратівливість за типом «З» і спонтанна агресивність за типом «Л», кожна з яких є домінантною ознакою цих типів. За типом «І» відмічаємо перевагу таких ознак як дратівливість і депресивність у відношенні 1:1, що пов'язано з відсутністю постійного професійного забезпечення і не показує істотний хронометраж. Враховуючи, що саме ці ознаки створюють передумови виникнення іпохондричних розладів і періодичність їх рецидивів в умовах професійного забезпечення, ми виділяємо нижче їх основні показники, які свідчать про успішність проведеної роботи. Отож, як видно з таблиці 5.5, ефективність проведеної ПККПТ є досить значимою й успішною у разі розвитку та попередження виникнення цих розладів.

За результатами формувального експерименту найбільш відчутних змін зазнали показники за шкалою «невротичність» (від 0,632 до початку ПККПТ і після її впровадження 0,431, $r_s = 0,491$, $p \leq 0,01$). Встановлено, що проведена робота дозволяє свідомо нівелювати негативну роль внутрішніх і зовнішніх невротичних чинників в умовах виконання професійних обов'язків особами з іпохондричною поведінкою.

Таблиця 5.5.

**Результати формувального експерименту
за шкалами «Методики дослідження особистості за допомогою
модифікованої форми «В» опитувальника FPI»**

	Шкали	Професій- ний тип	Хронотип	«до» ПККПТ	«після» ПККПТ	R _s -критерій
1	невротичність	за типом «П»	$0,6 \leq X_T < 0,62$	0,632	0,431	$0,491, p \leq 0,01$
2	дратівливість	за типом «З»	$0,91 \leq X_T < 0,93$	0,667	0,511	$0,629, p \leq 0,01$
3	реактивна агресивність	за типом «Х»	$0,82 \leq X_T < 0,85$	0,585	0,459	$0,619, p \leq 0,01$
4	депресивність	за типом «Т»	$0,77 \leq X_T < 0,79$	0,603	0,502	$0,550, p \leq 0,01$
5	спонтанна агресивність	за типом «Л»	$0,67 \leq X_T < 0,7$	0,597	0,523	$0,505, p \leq 0,01$

Не менш вагомі результати отримано за показниками шкали «дратівливість» (від 0,667 до 0,511 застосування ПККПТ, $r_s = 0,629$, $p \leq 0,01$), що свідчить про істотне затухання дратівливості як провідної риси характеру під час реалізації творчого потенціалу, що й створює сприятливі умови для процесів удосконалення і саморегуляції особистості.

Наступним за успішністю застосування ПККПТ відзначено шкалу «реактивна агресивність» (з відмінністю від 0,585 на початку дослідження і після корекції 0,459, $r_s = 0,619$, $p \leq 0,01$). Отримані дані свідчать про те, що зниження реактивної тривожності сприяє самоконтролю особистістю життєвих подій, становленню врівноваженості й креативності, відновленню сенсу життя.

На четвертому місці за динамікою змін знаходяться показники за шкалою «депресивність» (від 0,603 до ПККПТ і після – 0,502, $r_s = 0,550$, $p \leq 0,01$), що свідчить про зниження внутрішньої конфліктності в умовах розвитку іпохондричної хвороби та її сублімацію у проблеми зовнішнього світу. Переорієнтація внутрішніх стереотипів особистості на шляху вдосконалення внутрішніх потенціалів і реалізації мрій.

У виконанні професійних завдань значну значимість було підтверджено за шкалою «спонтанна агресивність» (від 0,597 до ПККПТ і після – 0,523, $r_s = 0,505$, $p \leq 0,01$), яка характерна переважно для групи осіб зі схильністю до іпохондрії. Ця тенденція дає підстави стверджувати про безпечність різного типу дій під час професійного виконання. Специфічність отриманих результатів підтверджується достовірними відмінностями з використанням t-критерію Стюдента ($p \leq 0,01$), що доводить ефективність запропонованих психологічних засобів.

Таким чином, результати проведеного формувального експерименту дозволяють відзначити суттєві тенденції до покращення показників щодо відновлення здоров'я людини працездатного віку. Отримані вище результати засвідчили про те, що особливості прояву іпохондричних розладів у фахівців різних професій прямопропорційні балансу емоційного фону особистості, корегуючи який формуємо психологічну стійкість у них до труднощів.

Отримані наукові результати підтвердили наше припущення, що іпохондричні розлади є факторами порушення психосоматичної цілісності особистості та здійснюють дезадаптаційний вплив на неї у професійному вимірі. Однак, раннє їх відновлення і психокорекція сприяють стану оптимального функціонування організму людини, який варто підтримувати та прогнозувати за допомогою засобів моделювання і психологічного корегування.

За Методикою «Індекс життєвого стилю» (LSI) визначаємо домінантну диспозицію опитуваних стосовно рівня їх невротизації та схильності до

іпохондричних навіювань. Згідно з констатуючим дослідженням, типологія фахівців різних професій включає в себе певні види психологічного захисту особистості, в аспекті яких нейтралізується її схильність до іпохондрії, що обумовлено низкою таких диференційних відмінностей:

- за типом «П» – «людина-природа» відмічаємо домінантний механізм захисту регресію, емоції переважно подиву та «G» – диспозицію психопатії;
- психологічний портрет респондентів за типом «Л» – «людина-людина» відрізняється перевагою психологічного захисту заміщення і домінантною емоцією гніву та «C» – агресивною диспозицією;
- за типом «З» «людина-знакова система» констатуємо домінування типу захисту придушення, домінантну емоцію страху та «B» – пасивну диспозицію;
- за типом «Т» «людина-техніка» відзначаємо перевагу такого психологічного захисту як компенсація, домінантну емоцію печалі та «E» – депресивну диспозицію;
- за типом «Х» «людина-художній образ» спостерігаємо такий тип психологічного захисту як раціоналізація, домінування емоції очікування і «H» – obsесивну диспозицію, до категорії «різноробочі»;
- за типом «І» спостерігаємо перевагу такого психологічного захисту як проекція, домінантну емоцію відрази та «F» – параноїдальну диспозицію.



Рис. 5.8. Психологічна диспозиція особистості за типом психологічного захисту у фахівців різних професій

На рис. 5.8 відображено основні тенденції особистості за механізмами психологічного захисту та внутрішньої диспозиції у респондентів нашого дослідження. Відзначимо, що саме вони є дієвим засобом на етапі формування безпеки життєдіяльності та психологічної стійкості особистості. Однак ці домінанти не є зразковим чинником у подоланні іпохондричних розладів у фахівців різних професій, адже являють собою пасивну позицію у їх усуненні.

З психодіагностичною ціллю ми використали дану методику для виокремлення ознак іпохондричного характеру у фахівців різних професій. Володіючи інформацією про типи психологічного захисту, ми врахували їх амбівалентність при побудові системи психокорекційних заходів відновлення здоров'я у разі лікування іпохондрії.

«Методику діагностики соціально-психологічної адаптації К. Роджерса та Р. Даймонда» у дослідженні було використано для вивчення особливостей соціально-психологічної адаптації особистості з іпохондричними розладами та її індивідуальних характеристик. За її результатами відображено рівень соціальної адаптації в осіб із іпохондричними розладами.

Таблиця 5.6.

Показники за «Методикою діагностики соціально-психологічної адаптації К. Роджерса та Р. Даймонда»

Показники СПА	КГ ₁ %		КГ ₂ %		ЕГ ₁ %		ЕГ ₂ %	
	до	після	до	після	до	після	до	після
Адаптивність	78	80	74	77	47	67	36	70
Самоприйняття себе	81	82	72	75	52	73	47	68
Прийняття інших	72	73	68	71	49	67	51	72
Емоційна комфортність	68	70	67	71	57	66	42	60
Інтернальність	74	73	68	73	45	64	49	67
Схильність до домінування	55	53	48	50	62	49	72	50
Ескапізм	13	12	11	12	17	15	16	13

Досить істотні відмінності спостерігаються між контрольними та експериментальними групами у розвитку соціально-психологічної компетентності. Як видно з таблиці 5.6, динаміка зросту адаптації у досліджуваних із іпохондричними розладами досить значима: на 20% зросла адаптивність у КГ₁ осіб і на 24% підвищено її у КГ₂ за рахунок психокорекційних вправ ПККПТ. У представників контрольної групи осіб відмічаємо помірні показники адаптованості особистості зі схильністю до іпохондрії (близько 3%), що свідчить про психосоматичне здоров'я особистості та швидку адаптованість до умов зовнішнього середовища. КГ₁ осіб показала зразкові результати за період дослідження. Таким чином, запропоновану та апробовану ПККПТ рекомендовано до впровадження як і в учбовий процес із метою підвищення безпеки життєдіяльності під час виконання обов'язків, так і з лікувально-профілактичною метою.

Відмінності у показниках соціально-психологічної адаптації між контрольними та експериментальними групами визначено також шляхом використання t-критерію Ст'юдента, що свідчить про позитивну динаміку впроваджуваної програми. За показниками шкали «адаптація» відмічаємо значущість відмінностей між групами на рівні $t=3,744$, де $p=0,000$, що підкреслює позитивну динаміку адаптованості особистості з іпохондричними розладами. За шкалою «самосприйняття» різниця у показниках рівняється $t=3,008$, де $p=0,002$, що відображає спрямованість людини до самоідентифікації з іншими як фактора врівноваженості, взаєморозуміння і емпатії. За шкалою «прийняття інших» видно різницю у показниках ($t=3,7194$, де $p=0,005$) за рахунок внутрішньої тенденції ЕГ₂ до гармонії із соціумом. «Емоційний комфорт» ($t=3,816$, де $p=0,000$) показано у вмінні людиною демонструвати власну поведінку під час іпохондричного настрою чи рецидивів. За шкалою «домінування» ($t=2,885$, де $p=0,005$) видно відповідність поведінки людини з іпохондричними розладами згідно з нормативами міжособистісної взаємодії.

На основі отриманих даних за методикою Роджерса-Даймонда (СПА) спостерігається такий рівень соціальної адаптованості до та після ПККПТ в осіб з іпохондричними розладами.

Із рис. 5.9 видно, що ПККПТ є ефективною і доцільною формою роботи з особами, які хворіють на іпохондричні розлади, оскільки рівень їх адаптованості відображає позитивну динаміку з подолання іпохондрії. Відмітимо, що у КГ₁ і КГ₂ переважає висока адаптивність (КГ₁ – 78% і КГ₂ – 74%) «до» та «після» проведеного експерименту; у ЕГ₁ і ЕГ₂ «до» психокорекційного втручання (ЕГ₁ – 47% і ЕГ₂ – 36%) спостерігаються значно нижчі показники рівня адаптованості людини з іпохондричними розладами. Ефективність впровадженої нами ПККПТ полягає у встановленні високого рівня адаптованості у контрольній та досліджуваних

експериментальних групах і в групі зі схильністю до іпохондрії ($КГ_1$ – 80%, $КГ_2$ – 77%, $ЕГ_1$ – 67% і $ЕГ_2$ – 70%). Отож, зазначимо, що рівень адаптованості впливає на зародження і розвиток іпохондричних розладів особистості та їх нейтралізацію.

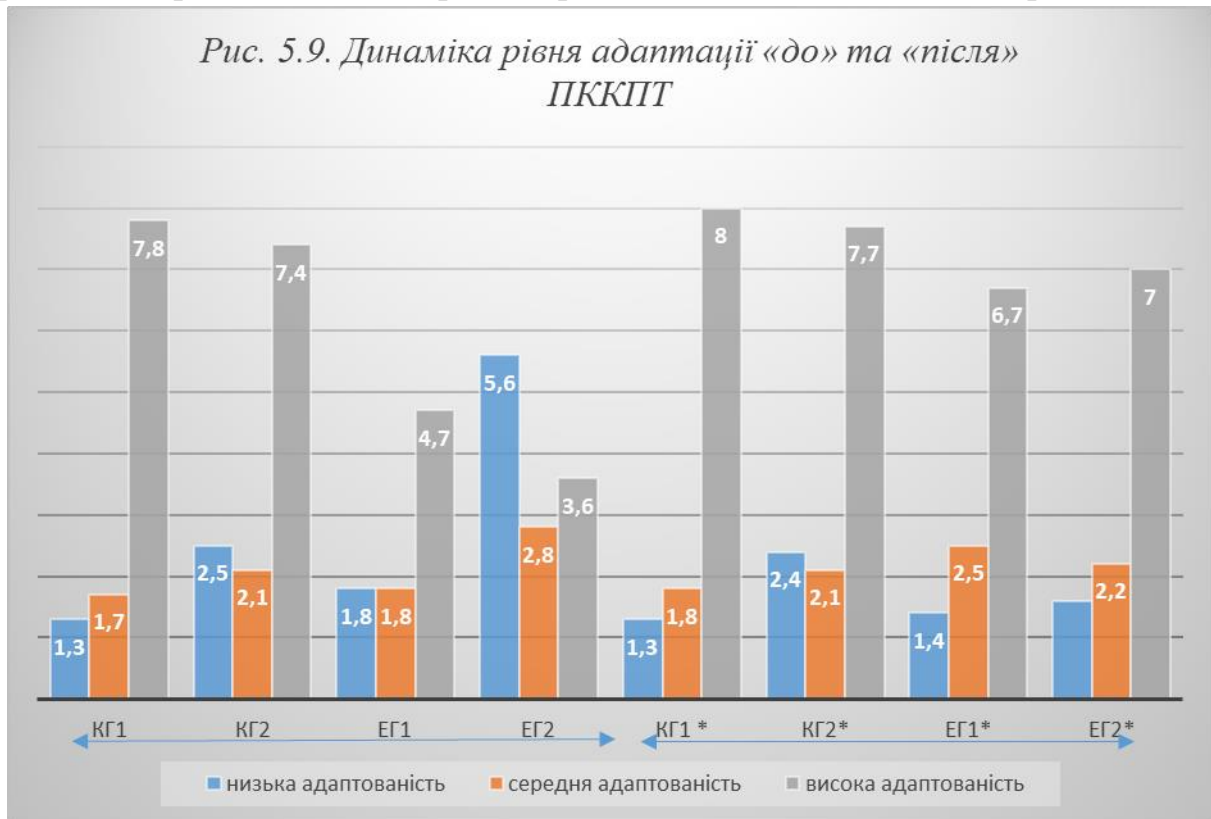


Рис. 5.9. Динаміка рівня адаптації «до» та «після» ПККПТ

Примітка: де $КГ_1$, $КГ_2$, $ЕГ_1$ і $ЕГ_2$ – до ПККПТ; $КГ_1^*$, $КГ_2^*$, $ЕГ_1^*$ і $ЕГ_2^*$ – після ПККПТ

За методикою «Діагностика самоактуалізації особистості» (А. В. Лазунін в адаптації Н.Ф. Каліна) виділяємо рівень самоактуалізації фахівців різних професій, після проведення психокорекційної програми. Як зазначалося вище, кожен із групи респондентів різних представників професій, відрізняється конкретною характерною ознакою, яка відповідає тому чи іншому типу професій. Загалом нами було виділено на етапі констатуючого дослідження такі особливості за цією методикою, які показані на рис. 5.10.

Згідно з моделлю «Хронопсихологічного профілю особистості» за професійними типами відмічаємо такі особливості самоактуалізації фахівців за іпохондричною ознакою за цією методикою: за типом «Л» домінує шкала «Потреба у пізнанні» – 87 %, за типом «П» – шкала «Аутосимпатія» (62%), за типом «З» – шкала «Спонтанність» (71%), за типом «Т» – шкала «Автономність» (87%), за типом «Х» – шкала «Лабільність у спілкуванні» (90 %), за типом «І» – шкала «Саморозуміння» (82%). Саме такий підхід дозволяє оцінити значимість проведеної психокорекційної роботи у фахівців різних професій і продіагностувати їх відмінності на етапі відновлення здоров'я.

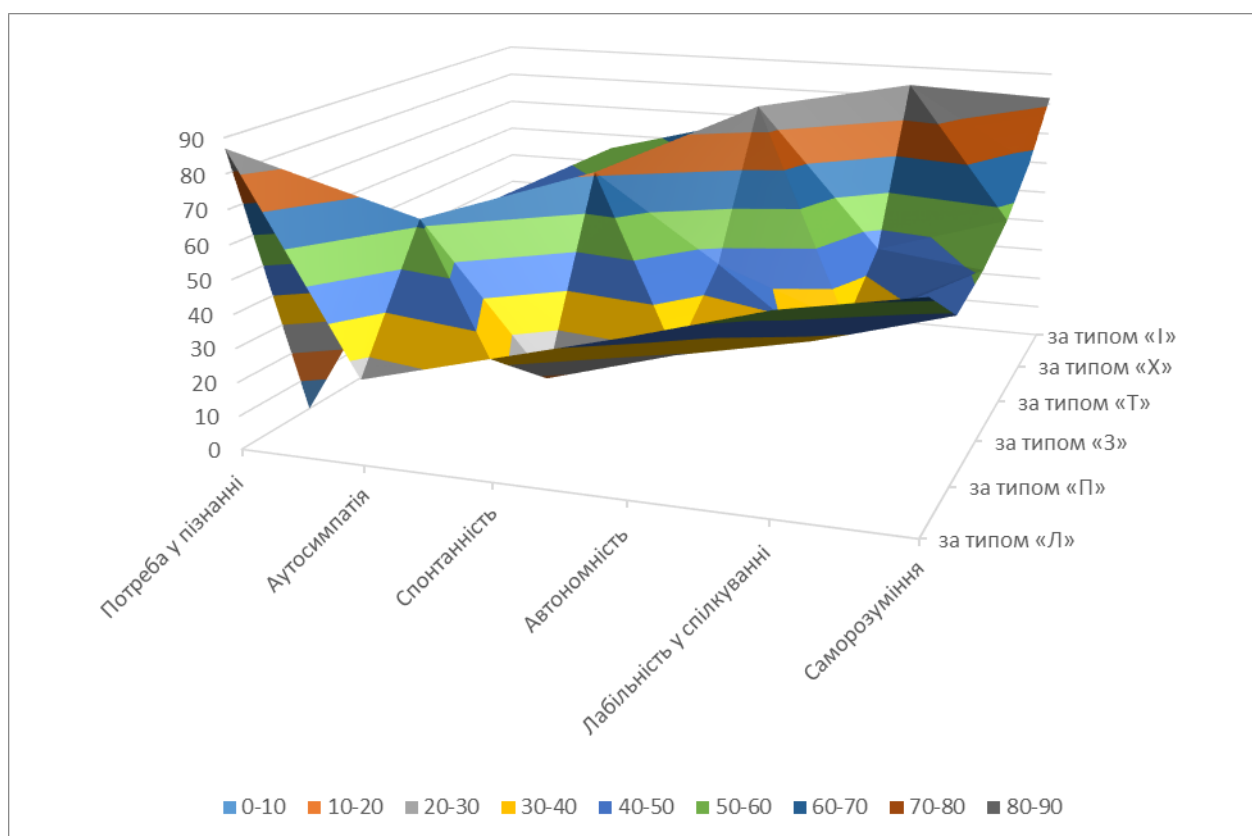


Рис. 5.10. Типологічні особливості самоактуалізації особистості за хронометражем

Автори методики виділяють самоактуалізацію особистості за сукупністю таких ознак як шкала «Орієнтація у часі», шкала «Цінності», шкала «Погляд на природу людини», шкала «Потреба в пізнанні», шкала «Креативність», шкала «Автономність», шкала «Спонтанність», шкала «Саморозуміння», шкала «Аутосимпатія», шкала «Контактність», шкала «Лабільність у спілкуванні». Такі орієнтири дозволяють оцінити самоактуалізацію особистості як чинник задоволення від реалізації власних потенціалів, можливостей і відповідного професійного забезпечення. Саме сукупність усіх цих ознак дозволяє оцінити рівень самоактуалізації фахівця.

Як видно за результатами констатуючого дослідження, кожна з представлених груп володіє якоюсь однією ознакою, що не розкриває потенціал і самореалізацію кожного з них. Низькі показники за іншими шкалами не підкреслюють рівень самоактуалізації особистості фахівця.

У процесі формувального етапу дослідження ми акцентували увагу на посиленні чинників, які сприяють підвищенню рівня самоактуалізації й активації діяльності у нереалізованих осіб за рахунок підняття мотивації і відновлення сенсу життя. Після проведення ПККПТ маємо такі результати, висвітлені у нижченаведеній діаграмі (рис. 5.11).

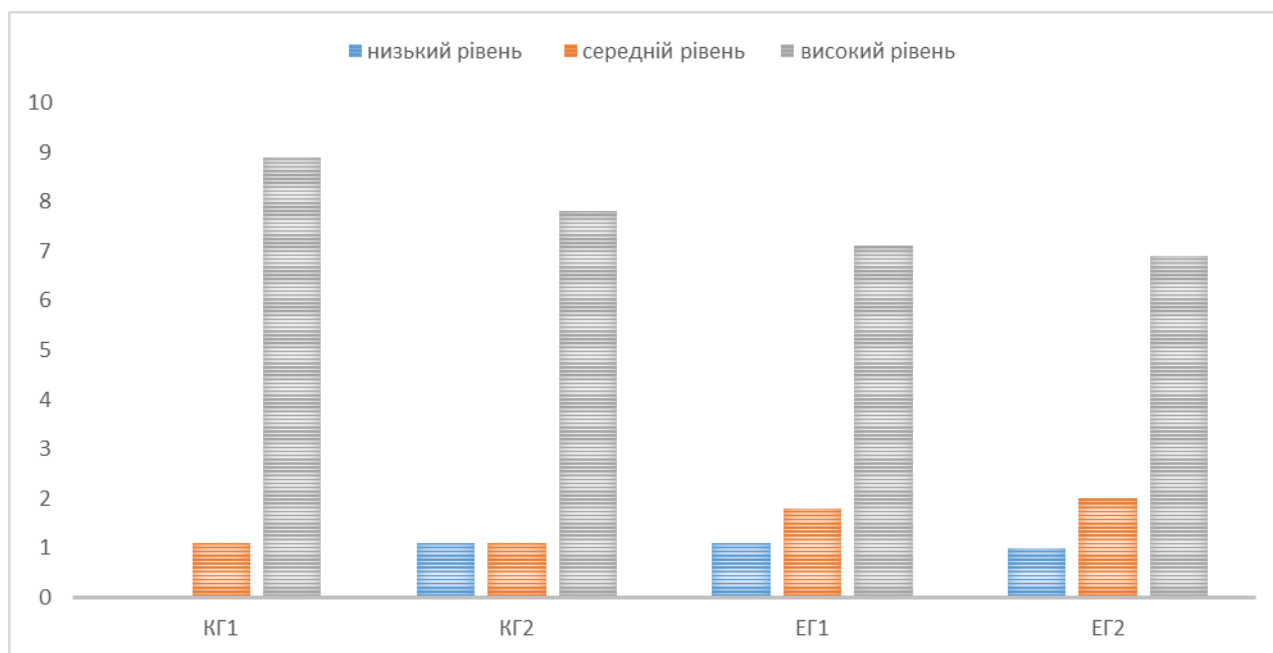


Рис. 5.11. Рівень самоактуалізації особистості після ПККПТ

За показниками діаграми видно, що в усіх досліджуваних групах переважає високий рівень самоактуалізації, який характеризується підвищеною схильністю особистості до життєдіяльності в теперішньому часі, тобто «тут і тепер». Відсутня тенденція у минуле, відчуття жалю за його подіями та уникнення невдачі на майбутнє. У КГ₂ відмічаємо 78 % (46 осіб) самоактуалізації, у ЕГ₁ – 71% (43 осіб), у ЕГ₂ – 69% (41 особа), що наближено до високого рівня за показниками КГ₁ – 89% (53 осіб).

За середніми показниками рівня самоактуалізації особистості відмічаємо у КГ₁ – 11% (7 осіб), КГ₂ – 11% (6 осіб), ЕГ₁ – 18% (10 осіб), ЕГ₂ – 2 % (2 особи), що характерно для фахівців із такими життєвими орієнтирами як життєстійкість, унікальність, справедливість, пошук і самовдосконалення, щирість, простота, відвертість, легкість у спілкуванні та життєвій позиції, самодостатність тощо.

Низькі показники самоактуалізації спостерігаємо у таких групах осіб: КГ₂ – 11% (6 осіб), ЕГ₁ – 11% (6 осіб), ЕГ₂ – 1 % (1 особа), які характеризуються помірною здатністю до адекватного самовираження під час спілкування, аутентичній взаємодії із оточуючим середовищем і саморозкриттям. Переважно налаштовані на песимістичність, схильність до самонавіювання й іпохондричних настроїв.

Таким чином, за методикою «Діагностика самоактуалізації особистості» (А. В. Лазунін в адаптації Н. Ф. Каліна) відображено рівень самоактуалізації фахівців різних професій після впровадження психокорекційної програми. За її показниками констатовано, що їх активність носить помірний характер за однією домінантною ознакою, тоді як процес самоактуалізації являє собою систему спрямованостей особистості та її прагнення до якомога повнішого виявлення і

розвитку своїх особистісних можливостей. Отож, представникам КГ₂, ЕГ₁ і ЕГ₂ притаманне несвідоме бажання уникнення власної активності в професійній діяльності, що пов'язано з невідповідністю її забезпечення чи незадоволеністю від виконуваних обов'язків. Доходимо висновку, що у цієї категорії осіб професійний відбір здійснено поза власним бажанням, що є чинником зародження внутрішньої конфліктності, психосоматичних порушень, іпохондричного настрою. Визначати в дослідженні професійну орієнтацію кожного з них не є нашим завданням. Контрольна група осіб підтвердила основні критерії розвитку компетентної особистості у галузі працевлаштування, що й позитивно позначилось на їх психосоматичному здоров'ї.

Методика діагностики рівня соціальної фрустрованості Вассермана-Бойко фіксує ступінь незадоволеності соціальними досягненнями в особистісних аспектах життєдіяльності. Наявність соціальної фрустрованості залежить від величини одиниці вимірювання за опитувальником згідно з кожним його пунктом: чим вищий бал, тим вищий рівень.

Анамнестичні дані за цією методикою було доповнено інформацією із бесід досліджуваних. На цій підставі, як зазначалося у розділі II, ми, використовуючи авторський опитувальник схильності особистості до іпохондричних розладів (дод. А), карту первинного огляду хворого (дод. Б.) і мультимодальний опитувальник життєвої історії (дод. В.), враховували їх показники й у післякорекційний процес – було розкрито рівень задоволеності респондентами власним життям, поданий у таблиці 5.7.

Таблиця 5.7.

**Рівень задоволеності життєдіяльністю за ознакою
соціальної фрустрованості після проведення ПККПТ**

Рівень задоволеності	Кількісний показник (серед. знач. у балах)	
	КГ ₁ , КГ ₂	ЕГ ₁ , ЕГ ₂
Своєю освітою	1,7*	2,3**
Взаєминами з колегами	1,6**	1,9*
Взаєминами з адміністрацією на роботі	1,9**	2,7*
Взаєминами з клієнтами	0,7*	1,9**
Професійною діяльністю	1,5*	1,7**
Умовами професійної діяльності	1,2**	2,9*
Своїм становищем у суспільстві	1,4**	1,9*
Сферою медичного обслуговування	1,8*	1,4*

<i>продовження таблиці 5.7</i>		
Матеріальним становищем	1,7*	1,9*
Взаєминами з сім'єю	1,2*	1,9**
Взаєминами з друзями	1,8**	1,4**
Можливістю власного вибору	1,3*	1,2**
Соціальним оточенням	1,5**	1,7*
Суспільним життям	1,1**	1,7**
Самореалізацією	1,7**	1,8**
Дозвіллевою діяльністю	1,9*	1,3*
Тенденцією державотворення	1,4*	1,1*
Перспективами на майбутнє	1,2**	1,8*
Спілкуванням із родиною (батьками)	0,8**	1,2*
Власним життєтворенням	1,8*	1,3**

*– достовірність є значущою на рівні $p \leq 0,05$; ** – на рівні $p \leq 0,01$

Аналіз анамнестичних показників респондентів дозволив константувати переважну більшість чоловіків (77,2 %) і жінок (78,9%), які орієнтуються на ефективність від виконання обов'язків і задоволені професійним забезпеченням. У експериментальних групах в осіб із іпохондричними розладами спостерігається тенденція після проведення ПККПТ до суб'єктивного задоволення своєю фізичною працездатністю – у чоловіків 66,8% осіб, а у жінок (58,7% осіб). Показник тривалості працевлаштування у кожного з фахівців різних професій вже понад 10 – 25 років, враховуючи цю особливість, зазначаємо, що потенціал заохочування щодо професійного виконання значно зріс (приблизно в 3 рази), а ефективність виконуваної роботи було підвищено за зразком контрольних груп.

Також було отримано дані, які відображали рівень побутової адаптованості особистості з іпохондричними розладами. Серед них відмічаємо чоловіків (67,3%) і жінок (63,4%), які проводили активний відпочинок, спілкуючись із друзями, із родиною, із колегами та задоволені власним життєвим досвідом, матеріальним забезпеченням й ієрархією потреб. Подальший аналіз показників за цією методикою показав наявність низького та середнього рівня фрустрованості у фахівців різних професій.

Установлено, що детермінантами інтегрального показника психологічного благополуччя для осіб із низьким рівнем соціальної фрустрованості характерно: «вступ у соціальний контакт», «професійна відданість», «альтруїзм», «задоволеність життям», «професійна дипломатичність», «життєва апатія», «послідовність у досягненні цілей», «самоприйняття» й «пізнавальна активність» (8,8 %). У фахівців, які працюють

у звичайних умовах, найбільшою мірою виражені характеристики природної «неупередженості» ($\beta=0,731$) в ознаках доброзичливості, цілеспрямованості, сформованого інтересу до життя, безконфліктного ставлення до себе й діяльності, оптимізму та пізнавальної активності, альтруїзму; вони позбавлені «реактивності» ($\beta=-0,178$), а тому енергетично економні та врівноважені; а також є прагнення до соціального статусу через визнання оточуючими («соціальне утвердження» ($\beta=-0,153$)).

До прогностичних детермінант професійної безпеки фахівців із середнім рівнем прояву соціальної фрустрованості, які працюють у звичайних умовах, найбільшою мірою належать характеристики «цілеспрямованості» ($\beta=0,574$) із почуттям чіткого усвідомлення подій минулого та сьогодення; вираженої «креативності» ($\beta=0,255$), але в ознаках «професійної продуктивності» ($\beta=-0,132$) ці фахівці не відрізняються стійким, емоційно витриманим ставленням до різноманітних професійних ситуацій.

Застосування методу множинного регресійного аналізу дало змогу визначити основні детермінанти інтегрального показника психологічного благополуччя респондентів із середнім рівнем прояву соціальної фрустрованості. До цього типу можна віднести виражену «робочу спрямованість» ($\beta=0,455$), що підкріплена творчою активністю, схильністю до неординарних й оригінальних рішень, емоційною врівноваженістю; їх блокуване «самоприйняття» ($\beta=-0,382$) підтверджує наявність труднощів у соціальних контактах («уникнення соціальних контактів» ($\beta=0,137$)), але не позбавляє цих працівників «допитливості» ($\beta=0,130$) як підкріплюючого стимулу пізнавальної активності та потреби самовдосконалення.

У процесі вивчення особливостей психофізіологічного стану в осіб із іпохондричними розладами зауважимо, що після проведення ПККПТ їх психосоматичний стан відповідає стану оптимального функціонування організму людини, професійне середовище має позитивний вплив на формування особистісного та кар'єрного росту. А також вони позитивно оцінюють свої фізичну та розумову працездатність, стан здоров'я, зацікавленість у виконанні обов'язків і надають перевагу суспільно прийнятим, адаптивно-сприятливим моделям поведінки. Показник соціальної фрустрації у респондентів в цілому є низьким. Помірний або середній рівень фрустрації спостерігається у фахівців різних професій у взаєминах із адміністрацією на роботі ($2,7 \text{ } p \leq 0,05$), незадоволеність своєю освітою ($2,3 \text{ } p \leq 0,01$) і умовами професійної діяльності ($2,9 \text{ } p \leq 0,05$). Таким чином, зауважимо, що істотної відмінності за цією методикою між контрольними та експериментальними групами не існує.

Запропоноване обґрунтування ресурсних аспектів професійного впливу в психологічній практиці з формування професійної безпеки особистості суттєво доповнить технології корекційної роботи з організації такої професійної активності, яка б забезпечила особистісну стратегію поведінки, перегляд життєво важливих орієнтирів і пошук принципово нових форм професійного вдосконалення особистості в процесі соціального розвитку суспільства й професійного середовища.

5.3. Рекомендації щодо дотримання особистісної безпеки у професійному становленні особистості з іпохондричними розладами

Термін *«психологічна безпека»* вперше було введено С. Рощиним та В. Сосніним у 1995 році, під яким вони розуміли стан суспільної свідомості, в якому суспільство в цілому та кожна окрема особистість сприймають існуючу якість життя як адекватну й надійну, оскільки вона створює реальні можливості для задоволення природних і соціальних потреб і дає підстави бути впевненим у майбутньому. При цьому психологічна безпека трактується як такий стан психіки особистості, при якому забезпечується успішний психічний розвиток, і адекватно відображаються внутрішні й зовнішні погрози психічному здоров'ю [2, с. 335].

На думку І. Баєвої, використання поняття *«психологічної безпеки»* часто пов'язується з надзвичайними ситуаціями, з роботою людей на об'єктах високого ризику. Втім сьогодні можна говорити про виникнення нового напрямку, у рамках якого категорія *«психологічна безпека»* може розглядатися на декількох рівнях, у тому числі на рівні особистості [24, с.212 – 215].

У нашому дослідженні ми звертаємо увагу передусім на особистісний аспект переживання осіб із іпохондричною деструкцією своєї захищеності чи незахищеності в контексті професійної діяльності, наявність ресурсу опору зовнішнім і внутрішнім деструктивним впливам у конкретній ситуації професійного характеру.

Психологічна безпека – цілісна система процесів, результатом протікання яких є відповідність потреб, цінностей. Таким чином, психологічна безпека фахівців із іпохондричною поведінкою може розглядатися як багаторівнева динамічна система, що складається з психічних процесів, станів і властивостей, які перебувають у певному взаємозв'язку й взаємодії відповідно до психологічної структури професійної їх організації. У свою чергу, структура роботи кожного фахівця складається із мотивів діяльності – потреби якісно, професійно, незалежно і чесно виконувати свою роботу; мети – майстерного надання індивідуальних консультацій та інших видів психологічної допомоги; смислу діяльності – очікуваних змін завдяки результатам своєї праці.

Компетентність кожного фахівця має бути на високому рівні розвитку, тому що уміння правильно та якісно встановити причину, яка стосується проблеми іпохондричного настрою, є важливою основою для успішного вирішення питань особистісного характеру та досягнення кар'єрного зростання. Адже безпека життєдіяльності людини в умовах виконання обов'язків може залежати не лише від зовнішніх соціальних факторів, творчості та креативності, а й індивідуального підходу до подолання проблемних ситуацій.

Отже, *психологічна безпека фахівців* – це багаторівнева динамічна система, яка визначає рівень захищеності психіки фахівців, її здатність підтримувати оптимальний дієздатний рівень функціонування та спроможність усунення зовнішніх і внутрішніх загроз, що виникають під час здійснення професійної діяльності. Також вона включає в себе професійне дотримання вимог та правил Етичного кодексу у процесі виконання обов'язків.

Носієм культури безпеки є людина, розумова діяльність якої перетворюється на цінності, норми, знання, поведінку, ставлення до інших людей та середовища існування. Вона виявляється у використанні методів, способів і прийомів побутової і професійної поведінки, яка мінімізує певні ризики та загрози. Безпека людини – це стан її повного фізичного, соціального та духовного добробуту, який визначається внутрішніми (спадковість, фізичне та психічне здоров'я) і зовнішніми (навколишнє природне, антропогенне, техногенне, соціальне середовище) чинниками.

Знання та досвід досягнення особистої безпеки, проходячи через розум і психіку людей, сприяють прищепленню їм необхідних для цього регуляторів поведінки, які є гарантом особистісної безпеки в соціумі.

Необхідне формування компонентів культури безпеки життєдіяльності майбутніх фахівців можна розділити на три рівні: знань та вмінь, культури професійної безпеки, культури безпеки життєдіяльності – ідеології «людина-безпека» [13, 22].

Фактори, що впливають на культуру формування безпеки життєдіяльності особистості:

- 1) світогляд (система цінностей);
- 2) нормативноправова база та її дотримання;
- 3) рівень професійних знань, умінь та навичок, отриманих у навчальних закладах;
- 4) особистісні якості людини (індивідуально-психологічні властивості, установки).

Професійна діяльність фахівців обумовлена умінням правильно спілкуватися та взаємодіяти у трудовому процесі, дотримуватись культури безпеки у відносинах. Кваліфіковані фахівці повинні бути мотивованими навчальними закладами, у яких вони отримують знання, до безпечної поведінки та раціонального уміння долати можливу небезпеку [145, с.101 – 104].

Поняття «особистісна культура безпеки» – нове у психологічній науці, але поступово вже входить до сучасної наукової літератури. Існує безліч визначень поняття «культура», які можна узагальнити в такій дефініції, що культура це певний спосіб організації людської діяльності, представлений системою духовних та матеріальних цінностей, а також процес самореалізації та розкриття творчого потенціалу.

Отож, можна стверджувати, що особистісна культура є одним із результатів загального процесу соціалізації, активного присвоєння і відтворення соціального досвіду. Особистісна культура безпеки у роботі фахівця з іпохондричною поведінкою базується на нормативних засадах та законодавчих актах, які регламентують та регулюють їх роботу, але переважно поза межами індивідуально-психологічного підходу [16, с.272].

Якостями, які перешкоджають ефективності професійної діяльності фахівця високого гатунку є: психічна й емоційна неврівноваженість, агресивність, замкнутість, нерішучість, відсутність схильності до роботи з людьми, невміння зрозуміти позицію іншої людини, ригідність мислення (нездатність змінювати способи вирішення задань у відповідності з умовами середовища, що змінюються), низький інтелектуальний рівень розвитку.

Також визначено перелік чинників, які показують низьку ефективність професійної діяльності фахівця: схильність до перенапруження, велика кількість професійних помилок у сфері взаємодії «людина – людина», наявність будь-якої психічної патології, виражених акцентуацій (збудливого, демонстративного, застрягаючого та дистимного типу), висока емоційна нестабільність, агресивність, глибока інтровертованість, конфліктність, низькі емпатійність та комунікативність, слабо виражені соціальні компоненти енергійності та пластичності, знижений рівень логічного мислення та уважності [243, с. 11 – 16].

Отож особистісна безпека у професійному становленні на етапі безпеки життєдіяльності фахівців включає в себе ознаки ефективної і корисної праці, високого професіоналізму та компетентного підходу до розв'язання життєвих ситуацій. Вона є складною інтегративною системою широкого соціального та організаційного впливу на особистість, результатом якої є наявність етичного відношення до себе та до навколишнього світу.

На нашу думку, завдяки дотриманню культури безпеки у професійній діяльності фахівці справедливо й чесно зобов'язані виконувати свої обов'язки, не порушуючи норм та правил з боку закону та етичного кодексу. Наявність знань, умінь та навичок, не завжди є повноцінною складовою професіоналізму, адже важливу роль відіграє уміння їх використовувати за «інструкцією» задля того, щоб не нашкодити особистості зі схильністю до іпохондрії. Саме тому

особистісна культура безпеки фахівців має значний вплив на розвиток їх професійної трудової діяльності та співпраці з іншими колегами.

Ми прагнемо надати рекомендації та розкрити основні пріоритети збереження здоров'я і безпеки життєдіяльності особам із іпохондричними розладами під час виконання їх професійних обов'язків. Рекомендуємо почати, насамперед, з простих програм, наприклад: прибрати зі свого життєвого глосарію слова негативного вжитку з іпохондричними настроями, заборонити тенденцію до егоїстичних намірів у повсякденному житті, долати погану звичку до самозвинувачувань і нав'язливих нарікань, формувати оптимістичні ідеї щодо світлого та радісного майбутнього, до самопізнання.

Особливу увагу приділяємо проблемі формування культури самовиховання. Серед стратегічних мотивів цих спрямувань відрізняємо формування в осіб з іпохондричною хворобою негативних установок щодо власного здоров'я, претензії особистості на визнання свого гідного місця у колективі, прагнення до визнання чи конфліктологічні ідеї щодо власної значимості серед інших. Саме тому з метою розвитку самовиховання плануємо впровадження у процес професійної діяльності фахівця проведення етичних бесід, тематика форм роботи яких охоплювала б різноманітні підходи проблеми професійного самовиховання. З цією метою корисно обговорювати про створення цілей самовиховання із подальшим подоланням внутрішньої невизначеності, конфліктності, недоліків у поведінці та характері, а також використання методів самопереконавання, самонавіювання тощо.

З метою саморозвитку рекомендуємо фахівцям із іпохондричною поведінкою самовдосконалення, що характеризується зрілістю поглядів, одухотвореністю; зв'язком мотивів роботи над собою із духовним ядром особистості; володінням системою знань і вмінь самовдосконалення; високим рівнем самостійності особистості, готовністю до будь-якої діяльності та взаємодопомоги; креативністю мислення; результативністю й організованістю на шляху до самоформування особистості.

У процесі організації самовиховання і саморозвитку рекомендовано слідувати таким спеціальним прийомам над собою:

1) самопереконавання як основа самоконтролю у ситуації іпохондричного настрою і ефекту критичного мислення на шляху до подолання проблем, психосоматичних розладів і внутрішньої конфліктності;

2) самопідбадьорювання як засіб регулювання особистісних потенціалів і можливостей на шляху досягнення цілей і стану оптимального функціонування організму людини;

3) самонавіювання передбачає формулювання чітких установок щодо страху перед труднощами невпевненості у власних силах, нерішучості тощо;

- 4) самозаохочення як спонука в подоланні складних життєвих ситуацій і труднощів через призму негативних рис особистості на етапі їх вдосконалення;
- 5) самопримус як засіб у боротьбі з внутрішньою неорганізованістю, небажанням працювати, лінощами;
- 6) активна життєва установка як «крок уперед» в управлінні власною організованістю, плануванні на майбутнє, аналізу своїх дій, вчинків, недоліків;
- 7) відчуття власної значимості як чинник особистісного та професійного росту;
- 8) активна вмотивованість щодо подолання перешкод, нав'язливих станів і стресу;
- 9) позитивне та раціональне мислення;
- 10) здатність до контролю ситуацій у складних життєвих обставинах;
- 11) використання власних способів і методів досягнення бажаних цілей (творчість, здібності, талант);
- 12) здатність до когнітивного переосмислення ситуації;
- 13) матеріальна життєстійкість: високий рівень матеріального забезпечення і безпеки життя;
- 14) зниження рівня тривожності шляхом корекції тимчасової орієнтації з майбутнього в теперішній час.

Отож, ці рекомендації спрямовані на використання саногенного мислення як чинника превентивного ресурсу організму, як комплексу властивостей людини, реалізація яких дозволить зберегти баланс адаптаційно-компенсаторних механізмів. Адаптаційна здатність у такому випадку посилює інтенсивність своєї діяльності більше ніж у випадку стану іпохондричної безнадійності. Таким чином, процес самовиховання і саморозвитку сприяють цілісній гармонічній рівновазі фізіологічних, психічних, соціальних установок, які сприяють психологічній стійкості особистості та її самопізнанню і розвитку в умовах збереження психосоматичного здоров'я.

На основі зазначеного визначаємо деякі підходи щодо причин, які посилюють формування іпохондричних розладів особистості за рахунок суспільної дезорганізації їх лікування:

- 1) погіршення соціально-побутових, екологічних, гігієнічних, психологічних та інших умов життя людей із іпохондричною поведінкою;
- 2) існуюча система професійного нагляду за працівниками не завжди відповідає правилам безпеки в установі чи засобам її профілактики;
- 3) необхідна пропедевтика психосоматичних хвороб і курс детального їх вивчення у вищих закладах освіти, які б забезпечували організацію безпеки життєдіяльності людини в умовах профілактичного захисту;
- 4) особливу потребу являють на сьогодні розробка та реалізація

комплексних оздоровчо-профілактичних заходів, спрямованих на зниження рівня іпохондричних настроїв серед фахівців;

5) виділення основних факторів ризику іпохондрії;

6) зниження рівня функціональної напруженості в умовах виконання обов'язків;

7) відсутність зворотного відновлення здоров'я, особливо на етапі зародження і розвитку іпохондричних розладів;

8) регламентація режимів життєдіяльності з урахуванням «критичного періоду» іпохондричної хвороби на етапі її індивідуального розвитку в людини;

9) оцінка генетичної схильності щодо іпохондрії в умовах адаптивності людини до міжособистісної взаємодії.

Отже, розшифрувати іпохондричне «посилання» можливо лише у разі аналізу порушених трансакцій між індивідом і його сім'єю або його соціальним оточенням. Іпохондрія сигналізує про страх і відчай особистості, яка використовує своє тіло як захисний механізм, щоб не зізнаватися у деструкціях із собою і оточенням. Іпохондрик використовує невербальну мову тіла, щоб приховати свої справжні потреби і глибоке почуття самотності.

Критичний рівень розвитку деструктивної поведінки у професійному середовищі свідчить про низький рівень культури безпеки життєдіяльності людини. Незважаючи на детальне дослідження «факторів ризику» у фахівців, доходимо висновку, що ними можна пояснити лише половину випадків захворювань, зумовлених іпохондричними розладами [16].

Самоусвідомлення особистістю своєї сутності як цілісної структури, активація процесів індивідуального розвитку дозволяють сформувати життєві тактики, спрямовані на збереження та відновлення власного здоров'я. Оптимальне співвідношення структурних компонентів особистості й підтримка ієрархічної субпідрядності рівнів забезпечує збереження основних внутрішньопсихічних зв'язків, стійкість і стабільність психіки на даному етапі розвитку (структурний аспект здоров'я). Разом з тим динаміка взаємодії цих компонентів і ступінь узгодженості основних психічних процесів визначає своєрідний характер становлення індивіда цілісною й унікальною індивідуальністю (динамічний або процесуальний аспект здоров'я).

Здорова особистість характеризується впорядкованістю й співпідпорядкованістю складових її елементів з одного боку та узгодженістю процесів, що забезпечують цілісність і гармонійний розвиток, з іншого. При цьому здоров'я є тим вагомим показником, що характеризує особистість у її цілісності, є необхідною умовою інтеграції усіх складових особистостей у єдину неповторну гармонійну Самість.

Вважаємо, що проблема вдосконалення професійної підготовки та культури безпеки фахівців у системі систематизованої освіти має стати актуальним напрямком державної політики, яка обрала європейський вектор свого розвитку. З огляду на зазначене, виникає потреба вдосконалення мережі підготовки, перепідготовки, підвищення кваліфікації спеціалістів даного профілю в умовах неперервної освіти, зміст якої має відповідати галузевому стандарту вищої освіти, Національній рамці кваліфікацій, Європейському портфолію з підготовки спеціаліста у системі професійної освіти. Розробка програм вивчення підготовчих дисциплін має відбуватися відповідно до сучасних вимог Ради Європи і методик інтенсивного вдосконалення професійного забезпечення з метою одержання випускниками ЗВО знань. Водночас студентів необхідно ознайомлювати з міжнародною рамкою кваліфікацій для сприяння їхньому саморозвитку.

На рівні держави, згідно постанов Кабінету Міністрів України та наказів МОН України водночас має бути доступною правова й фінансова засадовість закордонного стажування цих фахівців і запрошення для їх навчання у вітчизняних вищих навчальних закладах учених.

Перспективи подальших досліджень проблеми розвитку іпохондричних явищ у фахівців у системі професійної освіти вбачаються у таких напрямках: виявлення взаємозв'язку нав'язливих ідей та психологічного здоров'я людини, відмінностей цих невротичних станів у різних вікових групах; особливостей прояву явищ соматоформного типу в разі здійснення професійної діяльності, гендерної диференціації іпохондричних проявів.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ V

Мета формувального етапу дослідження реалізовувалася через призму сучасних уявлень про механізми розвитку іпохондричних станів та основні принципи діагностики. На основі стратегії зіставлення з'ясовано, що в умовах психологічної організації вивчення особливостей корекції іпохондричних розладів, еталонна контрольна (психосоматично здорові особи) та експериментальна (особи з іпохондричною характеристикою) групи не мають суттєво різних значень щодо ознак психологічної стійкості. Виявлені якісні та кількісні відмінності стали основою формувальної стратегії, основним завданням якої було наближення показників членів ЕГ до показників учасників КГ-еталонної, тобто відновлення психосоматичного здоров'я.

Доведено, що стійкість у подоланні труднощів, збереження віри в себе, упевненості в собі, своїх можливостях, досконалість психічної саморегуляції – невід'ємна частина психічного життя кожного фахівця. Відчуття, сприйняття, переживання й оцінка власної життєвої позиції детермінують ступінь резистентності організму, його витривалість до психологічного дискомфорту та соматичних порушень, визначають ресурси психологічної стійкості особистості.

Детермінантами впливу на відновлення психосоматичного здоров'я у післякорекційний процес іпохондричних розладів є:

1) мотиваційно-ціннісна структура особистості усіх груп нашого дослідження, яка характеризується узгодженістю інтересів і мотивів у побудові власного життя і планів на майбутнє;

2) оцінка характеріологічних і особистісних особливостей партнерів у ситуації конфлікту, яка будується на позитивному баченні людини та визначає модель конфлікту таким чином: стратегії поведінки в конфлікті; зразки конфліктної поведінки, запозичених у колі сім'ї; властивості особистості досліджуваного;

3) тенденція до підвищення мотивації за рахунок не лише професійного самовдосконалення, але й самопізнання і особистісного зростання;

4) переважаючий стиль поведінки у міжособистісній взаємодії, що характеризує рівень протікання іпохондрії;

5) за типом емоційного настрою і поведінки людини, які домінують у її професійній діяльності;

6) за типом домінантної диспозиції і механізму психологічного захисту опитуваних стосовно рівня їх невротизації та схильності до іпохондричних навіювань;

7) особливості соціально-психологічної адаптації особистості з іпохондричними розладами та її індивідуальні характеристики;

8) рівень самоактуалізації фахівців різних професій після проведення

психокорекційної програми;

9) рівень соціальної фрустрованості за ступенем незадоволеності людини соціальними досягненнями в особистісних аспектах життєдіяльності.

Високий рівень психологічної стійкості особистості пов'язаний із розвиненою уявою і креативністю у нестандартних ситуаціях, при високому рівні напруження. Адекватне усвідомлення та оцінка ситуації, стійке переживання людиною своїх дій і обставин, які є результатом особистісного вибору та відповідальності, у соматично хворих осіб з високою життєстійкістю набувають значення ресурсу, досвіду, що дозволяє адаптуватись до проблем із здоров'ям, гармонійно трансформуючи смисложиттєві орієнтації.

Таким чином, самоусвідомлення особистістю своєї сутності як цілісної структури, активація процесів індивідуального розвитку дозволяють сформувати життєві тактики, спрямовані на збереження та відновлення власного здоров'я. Оптимальне співвідношення структурних компонентів особистості й підтримка ієрархічної субпідрядності рівнів забезпечує збереження основних внутрішньопсихічних зв'язків, стійкість і стабільність психіки на даному етапі розвитку (структурний аспект здоров'я). Разом з тим динаміка взаємодії цих компонентів і ступінь узгодженості основних психічних процесів визначає своєрідний характер становлення індивіда цілісною й унікальною індивідуальністю (динамічний або процесуальний аспект здоров'я).

Здорова особистість характеризується впорядкованістю й співпідпорядкованістю складових її елементів з одного боку та узгодженістю процесів, що забезпечують цілісність і гармонійний розвиток, з іншого. При цьому здоров'я є тим вагомим показником, що характеризує особистість у її цілісності, є необхідною умовою інтеграції усіх складових особистостей у єдину неповторну гармонійну Самість.

Саме тому організація корекційного процесу відновлення психосоматичного здоров'я має бути спрямована на самовизначення ресурсів психологічної стійкості особистості кожного учасника, на зміну ставлення до проблемно-конфліктної ситуації, на розвиток самоактуалізації та формування належних смислових орієнтацій.

Особливості детермінант успішної діяльності фахівців у системі професійної освіти виявляються через властивості особистості, які визначають рівень її інтегральної стресостійкості. Для психологічно стійких осіб притаманний високий рівень інтегральної оцінки психологічної стійкості, яка складається з низьких оцінок рівня невротизації, спонтанної агресивності, депресивності, подразливості, сором'язливості, емоційної лабільності та високого рівня урівноваженості. В усіх групах відзначається високий рівень комунікативності та середні рівні відкритості. Однак відмітимо, що успішність

діяльності у групі з порушеннями серцево-судинної системи помірна, як в осіб, впевнених у своїх можливостях і налаштованих на певні досягнення, а не на самоствердження. Самооцінка в осіб цієї категорії висока з тенденцією до завищеної, що свідчить про високий рівень самоактуалізації особистості та надійності під час виконання діяльності.

Основними психологічними детермінантами іпохондричних явищ є індивідуально-особистісні особливості суб'єкта (тривожність фахівців різних професій; неадекватна занижена самооцінка, яка є проявом, перш за все, негативного уявлення людини про себе у цілому); вплив ситуацій підвищеного стресу; невизначеність у подальших життєвих планах тощо. Таким чином, концептуальні основи психологічного здоров'я особистості в умовах психосоматичної декомпенсації передбачають, насамперед, формування у досліджуваних глибоких знань і розуміння здорового способу життя, а також моральний, духовний та культурний розвиток.

Перспективи подальшого дослідження полягають в уточненні та виявленні факторної ваги особистісних потенціалів, здатних забезпечити психосоматичне здоров'я у професійній діяльності людини; у конкретизації чинників, які блокують психологічну стійкість особистості. Потребують подальшої розробки та вдосконалення конкретні предметні програми навчання із використанням рефлексивних механізмів навчальної діяльності на основі психокорекційної програми, створення предметних посібників і тестів на основі цих розробок.

ПІСЛЯМОВА

Здоров'я особистості є найважливішим складником життя, допомагає людині бути активною та творчою, сприяє її зростанню. Іпохондричні розлади часто слугують чинником емоційного вигорання у професійній діяльності людини, а іноді вказують на її психологічну несумісність із можливостями та бажаннями. Психологічне здоров'я виступає необхідною умовою стресостійкості та духовного й гармонійного розвитку особистості. Воно забезпечує соціальну єдність, продуктивність праці, суспільний спокій і стабільність оточуючого середовища та сприяє соціально-економічному розвитку суспільства.

Неоднозначність психопатологічної інтерпретації станів, кваліфікованих у межах невротичної іпохондрії, знаходить відображення і в гетерогенності цих розладів у сучасних класифікаціях. *Іпохондрією* називається перебільшена заклопотаність про власне здоров'я і переконаність в існуванні того чи іншого захворювання всупереч аргументованим медичним дослідженням. Іпохондрична хвороба може бути як самостійною нозологією, так і симптомом у структурі важкого захворювання. У першому випадку хвороба носить назву іпохондричного розладу. У другому випадку вона є одним із низки симптомів. Якщо цей симптом домінує у клінічних проявах захворювання, то тоді він формує іпохондричний синдром.

Експериментальні групи склали фахівці різних професій, диференційованих за класифікацією О. Клімова, які в умовах виконання обов'язків переживають симптоматичні ознаки іпохондричної поведінки. Їх вибірка осіб обумовлена перебуванням в умовах стаціонару під час лікування у Вінницькій обласній лікарні імені М.І. Пирогова та Вінницькій обласній психоневрологічній лікарні імені академіка О. І. Ющенка у кількості 200 осіб. Загальна вибірка за номінативним маркером «психосоматичне здоров'я» (КГ) була сформована за даними медичного професійно-консультативного висновку (форми № 086) і становила 194 особи.

За допомогою авторського психодіагностичного опитувальника шляхом використання кількісних і якісних критеріїв оцінки було відібрано осіб із психосоматичними порушеннями та іпохондричними розладами (ЕГ). Склад експериментальної вибірки якісно і кількісно репрезентує генеральну сукупність, оскільки для її формування застосовано техніки моделювання і рандомізації. Використаний експериментальний план, методи статистичної обробки, її проведення та інтерпретація результатів забезпечили внутрішню та зовнішню валідність.

На етапі констатуючого етапу емпіричного дослідження встановлено, що особи з соматичним діагнозом переживають психічні стани у вигляді астеній. Їх

емоційні стани не відображають внутрішньої картини захворювання і тому мають неспецифічне походження. Хворі з соматичною патологією відрізняються емоційним вираженням нав'язливих ідей, іпохондричного марення, психологічного дискомфорту. Представники групи осіб із психологічним патологічним статусом характеризуються підвищеною емоційністю щодо переживань за наявність хвороби, що пов'язано з диференціацією соматичної залежності.

Зазначимо, що за нормативними показниками кореляційних зв'язків існують відмінності у становленні особистісної рівноваги в разі цілісності організму людини. Встановлено, що при соматичній патології спостерігається різна інтенсивність і різні види взаємодії: одні кореляційні зв'язки посилюються, інші – згасають. Вказано, що під час захворювання відбувається переструктурування, зміна інформаційних і енергетичних компонентів стану. Доведено, що іпохондричні розлади є передумовою виникнення соматичних захворювань.

Механізмом виникнення і зародження іпохондричних розладів є функціональні порушення кортико-вісцеральних зв'язків. На основі проведених клінічних і лабораторних випробувань стверджуємо, що в утворенні іпохондричних розладів важливе значення мають, на фоні послаблення кори головного мозку та фазових явищ, патологічні інтероцептивні імпульси й психогенні впливи (типу іатрогеній), які викликають у корі мозку утворення інертних, застійних явищ збудження у больових ділянках, що й складають основу іпохондричних станів. З застосування словесного експерименту у результаті з показниками на плівці електроенцефалограми дозволило виявити в корі головного мозку інертні, застійні явища збудження. Індиферентні для хворих слова-подразники на разі їх вимови викликають короточасні пригнічені альфа-хвилі; слова, підвищеної значимості для обстежуваних, що стосуються їх хвороби, викликають пригнічення альфа-ритму на досить тривалий час (у деяких хворих аж до 8 секунд);

Проведення якісного аналізу результатів констатувального етапу дослідження дозволило виявити соціально-психологічні особливості зародження та розвитку іпохондричних розладів особистості у ситуації психосоматичного порушення у фахівців різних професій, і складено їх психологічний портрет особистості за кожним із типів.

Психологічний портрет особистості за *типом «людина-природа»* має такі психологічні особливості як орієнтування на духовне задоволення під час виконання обов'язків і на фізичну активність, що за показниками кореляції ($0,25, p \geq 0,01$) спрямовує людину до діяльності та виконання обов'язків у фанатичному прискоренні й прагненні до вдосконалості у всьому, зосередженості на власних переживаннях і підвищеній міжособистісній

конфліктності. Психотип до того ж відрізняється високою вмотивованістю на успіх в умовах незалежно-домінуючого типу під час спілкування. Прагнення емоційного комфорту у життєтворенні сприяє домінуванню аутосимпатії, замкнутості та помірного рівня соціальної фрустрованості. Саме така внутрішня картина цієї групи розкриває приховані симптоми іпохондричної поведінки. За хронотипом відрізняємо невротичність у межах X_t – невротичність: $0,6 \leq X_t < 0,62$ та G – диспозицію психопатії, з періодичною фазовою сингуляторністю за інтервалом загострення від $\frac{1}{2} C$ періоду захворювання до кількості повторів із частотою $\frac{1}{3} C$ і $\frac{1}{4} C$, що свідчить про прискорення повторів іпохондричної симптоматики. За клінічними ознаками спостерігаємо соматотип із вираженою іпохондричною поведінкою і гіпертонічним симптомом, скаргами кардіологічного типу.

За типом «людина-людина» ми представляємо учасників контрольної групи осіб зі схильністю до зародження і розвитку іпохондричних розладів особистості та з їх відсутності. Спостерігаємо такі психологічні особливості як орієнтування на професійне життя, на активні соціальні контакти, корелюючи ($0,75, p \geq 0,01$) які зумовлюють часто сімейні конфлікти. Спостерігаємо також за цим психотипом мотивацію на успіх, співпрацюючий тип виконання обов'язків і схильність за хронотипом до спонтанної агресивності у KG_2 : $0,67 \leq X_t < 0,7$, C – агресивна диспозиція. Вони переважно керуються прийняттям інших, але прагнуть до задоволеності актуальним моментом у часі, що й свідчить про їх адекватну часову характеристику та знижений рівень соціальної фрустрованості. Відсутність іпохондричних нарікань у цій групі також спростовуємо за типом психологічного захисту – заміщення, у разі чого застосовують переважаючу емоцію гніву у межах норми. Спостерігаються дещо підвищені вимоги до дотримання моральних якостей, фазова сингулярність загострень іпохондричних настроїв, які зустрічаються рідко з $\frac{1}{2} C$ -періодом у KG_2 . Зазвичай іпохондрична поведінка у цій групі осіб обумовлена дисфункцією ШКТ, про що свідчать скарги в ділянці duodenum, але у силу вікових зумовленостей і генетичної схильності.

Психологічний портрет респондентів за типом «людина-знакова система» орієнтує нас на визначення таких домінуючих факторів поведінки цієї групи осіб як орієнтування на збереження власної індивідуальності, на сферу захоплень, у кореляції яких ($0,75, p \geq 0,01$) зустрічаємо тенденцію до посилення особистісних переваг над іншими та часто невідповідність своїх настроїв і бажань, що призводить до особистісного конфлікту. За хронотипом діагностуємо схильність до дратівливості: $0,91 \leq X_t < 0,93$ м. і B – пасивної диспозиції, що розкриває психотип цієї групи осіб як спонтанно аддиктивних працівників, де спонтанність виступає як потреба в пізнанні, прагнення до домінування. Сильний страх, обумовлений саме з цієї причини: раптовості, що

стосується соматичних показників, і тривожністю за життя. Дуже часто вони приписують собі важкі хвороби за показниками під час перегляду інформації у мережі Інтернет і схильні вважати себе важко хворими. Тип психологічного захисту: пригнічення, функціонує як домінантна емоція прояву страху, щойно описаного. Соматотип відрізняється проявом іпохондричної поведінки з ознаками гіпертиреозу та загостренням $1/3$ С-періоду з інтервалом до $1/4$ С-періоду, що показує прискорення частоти повторів дисфункції такого психопатичного стану з іпохондричною зумовленістю.

Психологічний портрет респондентів за *типом «людина-техніка»* розкривається у психотипі за таким зразком як орієнтування на розвиток себе, на навчання й освіту, що у позитивній кореляції ($0,65, p \geq 0,01$) відповідає залежності від батьків, мотивації на уникнення невдачі, на креативність у виконанні професійних обов'язків і покірний-сором'язливий тип у міжособистісній взаємодії. Така характеристика свідчить про завзятість і педантичність у діяльності особистості, у перевищенні міри якої зустрічається депресивність: $0,7 \leq X_T < 0,79$ і Е – депресивна диспозиція, що підкреслює схильність до есхіпізму (втечу від проблем), до інтернальності як засобу виправдовування своїх учинків і підвищеного рівня соціальної фрустрованості. Соматотип підкреслює наявність іпохондричної поведінки у вигляді кардіоневрозу, АТ дещо підвищений, спостерігаємо скарги у вигляді самозахисту як форми іпохондричного настрою. Фазова сингулярність повторів іпохондричної поведінки помітно зникає і проявляється у такій послідовності: загострення $1/4$ С, загострення $1/3$ С, загострення $1/2$ С, що детермінується із фаховою спрямованістю і самокорегується.

Психологічний портрет респондентів за *типом «людина-художній образ»* відрізняється за таким психотипом як орієнтування на матеріальне забезпечення і на сферу професійного життя, що у структурі кореляційних взаємозв'язків ($0,47, p \geq 0,01$), відображає схильність до соціальних конфліктів і мотивацію на уникнення невдачі за будь-що. Прагнення до визнання і довершеності спонукає їх бути у центрі уваги, не отримуючи чого вони доходять гнітючого настрою думок і негативів у міжособистісній взаємодії. За хронотипом спостерігаємо домінування реактивної агресивності у межах $0,82 \leq X_T < 0,85$ і Н – obsесивну диспозицію, що спрямовує представників цієї групи до самосприйняття, лабільності у спілкуванні, навіть деякої обережності в обміні думок, що й виділяє їх дуже високий рівень соціальної фрустрованості, відчуття неповноцінності, соціальну ізоляцію, негативізм, який супроводжується страхом, дратівливістю, розчаруванням, відчуттям вини, підозрілості та гнівом. Фазова сингулярність захворювання спостерігається із чіткою послідовністю загострень $1/4$ С-періоду, що свідчить про тривале протікання цього хвороботворчого процесу.

За психологічним портретом респондентів за типом «Інші типи» спостерігаємо орієнтування на власний престиж і на сферу громадського життя (0,27, $p \geq 0,01m$), що відображає їх позицію щодо сімейних конфліктів, негативної мотивації на міжособистісну взаємодію, надмірну альтруїстичність. За хронотипом відображено домінування депресивності (0,99) і дратівливості (0,97) та F – параноїдальна диспозиція, що підкреслює схильність представників цієї групи осіб до емоційного дискомфорту, самотності й показує невизначений рівень соціальної фрустрованості. Соматотип розкриває іпохондричну поведінку з ознаками ревматоїдного артриту. Фазова сингулярність повторень хвороби з загостренням 1/3 С-періоду.

Таким чином, зображено іпохондричний тип особистості, який характеризується зосередженістю на суб'єктивних неприємних відчуттях і прагненням донести їх до оточуючих, створюючи навколо себе ауру співчуття і жалю. Вказано егоцентричні наміри людини стосовно її порятунку та адекватності життя. Побудовано психологічний портрет особистості з іпохондричними розладами соматоформного типу для розробки алгоритму хронобіологічного прогнозу психосимптоматики, перебігу, ефективності лікування та оптимізації адаптаційних можливостей хворих на іпохондричні розлади.

Експериментальні дані виявляють суттєво вищу адаптованість осіб КГ та їх раціональний підхід до життєтворення. Саме тому психокорекційна робота була побудована на формуванні позитивних характерологічних тенденцій гармонійної особистості. Запропонований підхід дав достатньо високі результати у студентів ЕГ на шляху формування незалежної особистості, здатної неординарно мислити, активно діяти, приймати рішення і нести за них відповідальність, а також аналізувати та прогнозувати життєві позиції щодо збереження психосоматичного здоров'я.

Сутність психокорекційної програми конкретизовано в очікуваному результаті, а саме: у забезпеченні розвитку мотивів, цілей, інтересів, ціннісних орієнтацій, ставлення до професії фахівців й до професійної самореалізації; у наявності потреби в професійній самореалізації, установки на самоздійснення; у спрямованості на досконале оволодіння фаховими знаннями й на професійну самореалізацію; в усвідомленні значущості своєї діяльності та необхідності професійної самореалізації; підвищенні рівня засвоєння фахових знань; у самостійності мислення; емпатійності (схильності до співпереживання); у сформованості особистісних якостей (відповідальності, вимогливості, сумлінності, рішучості, наполегливості, самовладання тощо), позитивної професійної «Я-концепції»; у сформованості практичних професійних умінь і навичок; творчої активності, максимально повної актуалізації й реалізації фахових умінь у процесі практики, уміння творчо вирішувати професійні завдання; у здатності до взаємодії

(умінь та навичок професійного спілкування) з пацієнтом, лікарем, іншими фахівцями, родичами пацієнта; у самостійності в квазіпрофесійній діяльності; у здатності до самопроектування власних професійних якостей, самоорганізації, самоуправління своєю діяльністю; здатності до рефлексії; здатності до саморегуляції; вмінні оцінити й коригувати результати власної професійної підготовки тощо.

Таким чином, критеріально-результативна складова моделі психопрофілактики іпохондричних розладів віддзеркалює очікуваний результат – підвищення рівня готовності майбутніх фахівців до безпеки професійної самореалізації та критерії (мотиваційно-ціннісний, когнітивно-особистісний, творчо-діяльнісний, рефлексивно-регулятивний) оцінювання рівня сформованості готовності майбутніх фахівців до професійної самореалізації, зокрема засобами ОІС.

Психокорекційна програма містила комплекс тренувальних вправ, спрямованих на підвищення психологічної культури, розвиток самопізнання, самоактуалізацію, вдосконалення рефлексивних характеристик особистості, і передбачала оволодіння прийомами довільної психічної та психофізичної саморегуляції стану. Психокорекційний комплекс поєднував прийоми саморегуляції емоційного стану, контролю та зміни соматичних проявів емоцій, прийоми нормалізації психоемоційного стану через фізичний стан тіла – вправи тілесної терапії, прийоми релаксації та зняття психологічних бар'єрів, техніки гармонійного дихання, психофізичне тренування тощо. Розвиток індивідуальних властивостей та психічних функцій особистості, що зумовлюють відновлення психосоматичного здоров'я, передбачав корекцію самооцінки, вивчення сильних сторін особистості, розвиток впевненості в собі, формування вольових якостей, тренування довільної уваги, візуалізацію.

У нашому дослідженні практичне обґрунтування освітньої концепції «Культури безпеки психопрофесійних розладів в умовах *«locus minoris resistentiae»* щодо розвитку іпохондрії в людини розкрито шляхом методу хронометричної проби. Узагальнюючи її результати, ми здійснили впровадження в освітній процес спецкурс з формування психологічної компетентності щодо зародження і розвитку іпохондричних розладів особистості в аспекті професійної самореалізації. В основі цієї проблематики ми й розробили алгоритм хронобіологічного прогнозу психосимптоматики, перебігу, ефективності лікування та оптимізації адаптаційних можливостей хворих на іпохондричні розлади. Його сутність полягала в тому, щоб ознайомити учасників дослідження із інформацією про рецидив іпохондричних розладів, причини їх повторного виникнення і наслідки.

Доведено ефективність психокорекційної програми відновлення психологічної стійкості особистості, що виявилось у суттєвому поліпшенні емоційно-вольової регуляції, визначальних індивідуальних характеристик: самоповаги та впевненості. Водночас зниження ситуативної тривожності, підвищення готовності до діяльності, поліпшення психічних станів – активації, інтересу емоційного тону і комфорту, що за побічними показниками суттєво відрізнялись від початкового рівня. Повторне тестування показників досліджуваних параметрів у експериментальній групі та порівняння її показників з контрольною групою підтвердило, що запропонована програма має значний психокорекційний ефект.

Позитивні зрушення, які спостерігалися після застосування корекційної програми відновлення психологічного здоров'я особистості, призвели до суттєвих змін її визначальних елементів в особистій, соціальній, поведінковій, емоційно-вольовій сферах. Корекційні вправи щодо формування стратегій подолання пасивності, нерішучості, впертості, нервозності, дратівливості, дискомфорту, тривожності призвели до підвищення психологічної стійкості з низького до середнього рівня.

Результати дослідження підтвердили висунуту гіпотезу і дали можливість зробити висновок, що психологія іпохондричних розладів особистості в ситуації психологічного порушення обумовлена ієрархією базових утворень (цілеспрямованість, життєрадісність, енергійність, наполегливість, терпіння, ентузіазм, сміливість, толерантність, безпечність тощо), які сприяють урівноваженості та адаптації людини у сфері соціально-комунікативних взаємозв'язків і внутрішній узгодженості. Основними психологічними детермінантами іпохондричних явищ є індивідуально-особистісні особливості суб'єкта (тривожність фахівців різних професій; неадекватна занижена самооцінка, яка є проявом, перш за все, негативного уявлення людини про себе у цілому); вплив ситуацій підвищеного стресу; невизначеність у подальших життєвих планах тощо.

Вважаємо, що проблема вдосконалення професійної підготовки та культури безпеки фахівців у системі професійної освіти має стати актуальним напрямком державної політики, яка обрала європейський вектор свого розвитку. З огляду на зазначене, виникає потреба вдосконалення мережі підготовки, перепідготовки, підвищення кваліфікації спеціалістів даного профілю в умовах неперервної освіти, зміст якої має відповідати галузевому стандарту вищої освіти, Національній рамці кваліфікацій, Європейському портфолію з підготовки спеціаліста у системі професійної освіти. Розробка програм вивчення підготовчих дисциплін має відбуватися відповідно до сучасних вимог Ради Європи і методик інтенсивного вдосконалення професійного забезпечення з метою одержання випускниками

ВНЗ знань. Водночас студентів необхідно ознайомлювати з міжнародною рамкою кваліфікацій для сприяння їхньому саморозвитку.

На рівні держави, посередництвом видання постанов Кабінету Міністрів України та наказів МОН України має бути забезпечена правова й фінансова засадовість закордонного стажування цих фахівців і запрошення для їх навчання у вітчизняних вищих навчальних закладах учених.

Перспективи подальших досліджень проблеми розвитку іпохондричних явищ у фахівців у системі професійної освіти вбачається у таких напрямках: виявлення взаємозв'язку нав'язливих ідей та психологічного здоров'я людини, відмінностей цих невротичних станів у різних вікових групах; особливостей прояву явищ соматоформного типу в разі здійснення професійної діяльності, гендерної диференціації іпохондричних проявів.

ГЛОСАРІЙ ТЕРМІНІВ

АГРЕСИВНІСТЬ – особливості поведінки індивіда стосовно оточуючих, що характеризується вираженою спрямованістю на спричинення їм неприємностей або заподіяння збитку, шкоди (фізичної, моральної, психологічної].

АДАПТАЦІЙНИЙ КОНФЛІКТ – конфлікт, що виникає внаслідок порушення оптимального для організму людини процесу психофізіологічної, психічної, психологічної або соціальної адаптації за певних умов навколишнього середовища.

АКТИВНІСТЬ – поняття, яке вказує на здатність живих істот спонтанно діяти і змінюватися під впливом зовнішніх або внутрішніх стимулів-подразників і визначається її спрямованістю і мотивами.

АЛЬТРУЇЗМ – безкорислива турбота про благо інших людей, готовність жертвувати своїми інтересами заради інших.

АМБІВАЛЕНТНІСТЬ – подвійність переживання, що виражається, тому, що один об'єкт викликає у людини одночасно два протилежні відчуття, наприклад, симпатію й антипатію.

АНАЛІЗ КОНФЛІКТУ – процес поділу конфлікту на частини та компоненти, етапи розвитку з метою докладного і досконалого його розгляду і вивчення.

АНТАГОНІЗМ – непримиренна суперечність.

АНТАГОНІСТ – людина, яка жорстко, непримиренно і навіть вороже відстоює свої інтереси в конфлікті, не налаштована ні на які поступки, дотримується крайніх поглядів, сприймає опонента як особистого "ворога", "супротивника"; у конфлікті дотримується стилю протиборства (або суперництва].

АНТИПАТІЯ – стійке негативне емоційне ставлення індивіда до іншої людини (групи людей], що виявляється в неприязні, непривітності, недоброзичливості.

АПАТІЯ – стан, що характеризується емоційною пасивністю, байдужістю до подій довколишньої дійсності й ослабленням інтересів.

АУТИЗМ – крайня форма психологічного відчуження, що виражається у відході індивіда від контактів із навколишньою дійсністю і зануренні у світ власних переживань.

АУТОАГРЕСІЯ – агресивні дії, спрямовані на самого себе (наприклад, суїцидальна поведінка).

АФЕКТ – короткочасний, нестримний стан сильного емоційного збудження, що виникає в результаті фрустрації або який-небудь інший, сильно діючої на психіку причини, звичайно пов'язаної з незадоволенням дуже важливих для людини потреб.

АФІЛІАЦІЯ – прагнення людини бути у товаристві інших людей. Тенденція до афіліації зростає в разі залучення індивіда до потенційно небезпечної стресової ситуації, коли близькість з оточенням зумовлює зниження тривожності, пом'якшуючи наслідки стресу.

ВЗАЄМОДІЯ – процес безпосередньої або опосередкованої дії об'єктів (суб'єктів) один на одного, що зумовлює їхню взаємну обумовленість і зв'язок.

ВЗАЄМОДІЯ МІЖОСОБИСТІСНА – особистий контакт двох і більше індивідів, наслідком якого є можливі взаємні зміни їхньої поведінки, діяльності, відносини й установки.

ВИТІСНЕННЯ – один із видів "психологічного захисту" від внутрішнього конфлікту, в результаті якого прийнятні для індивіда думки і переживання "витісняються" зі свідомості та переводяться у сферу несвідомого.

ГПНОЗ – тимчасовий стан свідомості, що характеризується звуженням його об'єму і різким фокусуванням на утриманні навіювання, що пов'язане із зміною функції індивідуального контролю і самосвідомості.

ВНУТРІШНЬООСОБИСТІСНИЙ КОНФЛІКТ – стан незадоволеності людини певними обставинами його життя, пов'язаний із наявністю у нього суперечливих інтересів, прагнень, потреб, які породжують афекти і стреси.

ГЕНЕРАЛІЗАЦІЯ КОНФЛІКТУ – перехід у конфлікті від поверхневих до глибших суперечностей, збільшення діапазону різних точок зіткнення, що супроводжується розширенням меж конфлікту.

ДЕВІАНТНА ПОВЕДІНКА (відхилення) – система вчинків або окремі вчинки, що суперечать прийнятим у суспільстві правовим або етичним нормам.

ДЕПЕРСОНАЛІЗАЦІЯ – зміна самосвідомості особистості, для якої характерне відчуття втрати власного "Я" і болісне переживання цього.

ДЕПРЕСІЯ – стан душевного розладу, пригніченості, що характеризується упадком сил і зниженням активності.

ДИСПОЗИЦІЯ ОСОБИСТОСТІ – ієрархічно організована система інтересів, ціннісних орієнтацій, установок і мотивів, що визначають готовність особистості до тієї або іншої поведінки.

ДИСТРЕС – негативний вплив стресу на життєдіяльність індивіда, аж до її повної дезорганізації.

ЗАХИСТ ПСИХОЛОГІЧНИЙ – спеціальна регулятивна система стабілізації особистості, спрямована на усунення або зведення до мінімуму відчуття тривоги, пов'язаного з усвідомленням внутрішньоособистісного конфлікту.

ЕВОЛЮЦІЯ КОНФЛІКТУ – одна з основних категорій аналізу конфлікту; поступовий, безперервний розвиток конфлікту від простих до складніших форм.

ІДЕНТИФІКАЦІЯ – уподібнення, ототожнення з кимось або чимось; процес пізнання тієї якості особистості (або соціальної спільності), на підставі якої вона може бути віднесена до певного класу або типу, або ж на підставі якого особа (соціальна спільність) може бути визнана цілісною й ідентичною самій собі.

ІМПУЛЬСИВНІСТЬ – характерологічна межа людини, що виявляється в її схильності до скороспішних рішень, непродуманих дій і вчинків.

ІНЦИДЕНТ – збіг обставин, що є приводом для конфлікту.

ІПОХОНДРИЧНИЙ РОЗЛАД (МКХ-10: F45.2) – це стійка занепокоєність пацієнта можливістю захворювання тяжкою соматичною хворобою, яка має прогресуючий перебіг і може призвести до інвалідності або смерті.

ІПОХОНДРІЯ (від дав.-гр. ὑπο-χόνδριον – «ділянка, яка знаходиться під хрящовими ребрами (несправжніми)»); рідко – гіпохондрія; іпохондричний розлад; іпохондричний синдром) – стан людини, клінічний синдром, що проявляється в постійному занепокоєнні з приводу можливості захворіти на одну або декілька хвороб.

ІПОХОНДРІЯ – постійне відчуття хворобливого стану, переконаність у наявності серйозного захворювання, надмірне занепокоєння з приводу свого здоров'я за відсутності до того об'єктивних причин.

КАТАРСИС – душевне полегшення, яке настає у людини після сильних емоційних переживань типу афекту або стресу, які проявляються впродовж конфлікту.

КОЛІЗІЯ – зіткнення протилежних поглядів, прагнень, інтересів; розбіжність між окремими законами однієї держави або суперечності законів, судових рішень.

КОМПЛЕКС НЕПОВНОЦІННОСТІ – психопатологічний синдром, стійка впевненість людини у власній неповноцінності, що призводить до невротичних відхилень і невротичного конфлікту.

КОМПРОМІС – один із стилів поведінки в конфлікті, що характеризується готовністю суб'єкта йти на поступки за умови адекватної позиції та поведінки опонента.

КОНКУРЕНЦІЯ (лат. concurrere – стикатися) – одна з основних форм організації міжособистісної взаємодії, що характеризується досягненням індивідуальної або групової мети, інтересів в умовах протистояння з іншими індивідами або групами.

КОНСЕНСУС – згода, спосіб урегулювання конфліктів, орієнтований на спільне погоджене вирішення проблеми.

КОНФЛІКТ – зіткнення протилежно спрямованих, взаємовиключних цілей, інтересів, потреб, мотивів, поглядів.

КОНФЛІКТ ЛАТЕНТНИЙ – прихований, неявний конфлікт, початкова стадія розвитку конфлікту, що характеризується відсутністю відкритих дій опонентів.

КОНФЛІКТНА СИТУАЦІЯ – суперечності, що накопичилися і містять дійсну причину конфлікту.

КОНФЛІКТОГЕНИ – слова, дії або бездіяльність, які сприяють виникненню і розвитку конфлікту.

КОНФОРМНІСТЬ – податливість людини реальному або уявному тиску групи.

КОНФРОНТАЦІЯ – протистояння, суперництво, зіткнення сторін, їх інтересів і цілей.

КРИЗА – різке загострення конфлікту, після якого настає якісна зміна ситуації

ЛАТЕНТНИЙ КОНФЛІКТ – один з основних типів конфлікту, психічний стан, що складно переживається, спричинений тривалою боротьбою мотивів, цінностей, інтересів, що відображає суперечливі зв'язки з соціальним середовищем, і затримує ухвалення рішення; 2) поняття, використовуване для позначення початкової (латентної) фази розвитку конфлікту, яка характеризується відсутністю зовнішніх (відкритих) дій опонентів один проти одного.

ЛІБІДО – одне з ключових понять психоаналізу, що позначає психічну енергію, яка знаходиться в основі всіх сексуальних проявів індивіда.

ЛІДЕР – член групи, за яким вона визнає право ухвалювати рішення в значущих для неї ситуаціях завдяки особистому авторитету або займаній посаді.

МЕЖІ КОНФЛІКТУ – зовнішні структурно-динамічні межі конфлікту (розрізняють: суб'єктні, просторові та тимчасові межі).

МІЖГРУПОВА ДИСКРИМІНАЦІЯ – встановлення суттєвих відмінностей (у політичній, соціальній, культурній та інших сферах) між власною та іншими групами, які можуть сприяти виникненню конфлікту.

МІЖСОБІСПСНІ ВІДНОСИНИ – взаємозв'язки між індивідами, які суб'єктивно переживаються і проявляються в характері та способах взаємних впливів під час спільної діяльності й спілкування.

МІЖСОБІСТИСНИЙ КОНФЛІКТ – важковирішувана суперечність, що виникає між людьми, спричинена несумісністю їхніх поглядів, інтересів, цілей, потреб.

МОЗКОВА АТАКА (брейнштормінг) – вільне висловлювання ідей членами групи з певного питання. Методика стимуляції творчої активності та продуктивності, яка передбачає, що під час звичайних прийомів обговорення і вирішення проблем виникненню новаторських ідей перешкоджають контрольні механізми свідомості, які сковують потік цих ідей під тиском стереотипів, звичних форм ухвалення рішень.

МОРАЛЬНИЙ КОНФЛІКТ – конфлікт, який виникає на основі етичної суперечності в соціальній сфері або в свідомості окремого індивіда і яка полягає в зіткненні та протидії сторін, думок, оцінок, ціннісних орієнтацій, що мають виражений етичний компонент.

МОТИВАЦІЯ – потяг або спонукання, що активізують життєдіяльність суб'єкта і визначають її спрямованість.

НАВ'ЯЗЛИВІ СТАНИ – мимовільні обтяжливі думки, стани або спонукання до дії, що сприймаються людиною як чужі, емоційно-неприємні, які можуть супроводжувати внутрішньоособистісний конфлікт.

НАПРУЖЕНІСТЬ – стан підвищеного фізичного або психологічного збудження, що супроводжується неприємними внутрішніми відчуттями та вимагає розрядки.

НАСИЛЬСТВО – будь-які форми примусу стосовно індивіда або групи: один із радикальних способів вирішення конфлікту.

НЕВРОЗИ – найпоширеніші нервово-психічні розлади, основою яких є невротичний конфлікт.

НЕВРОТИЧНИЙ КОНФЛІКТ – непродуктивно вирішуване протиріччя між особою і значущими для неї сторонами дійсності, супроводжуване виникненням хворобливо-обтяжливих переживань невдачі, недосяжності життєвих цілей, непоправності втрати і ін.

НЕГАТИВІЗМ – невмотивована поведінка суб'єкта, що виявляється в діях, протилежних вимогам і очікуванням інших людей.

НЕНАВИСТЬ – стійке негативне почуття індивіда, спрямоване на об'єкти, що суперечать його потребам, переконанням, цінностям й інтересам.

НЕЙРОТИЗМ – особливість особистості, що характеризується підвищеною збудливістю, імпульсивністю і тривожністю.

НЕСВІДОМЕ – сукупність психічних процесів, актів і станів суб'єкта, що знаходяться поза сферою його свідомості, але які впливають на його поведінку, як і свідомість, але з тією істотною різницею, що він не контролює їх вплив (разом із свідомістю, надсвідомістю і підсвідомістю є частиною психіки).

НЕСУМІСНІСТЬ – взаємне неприйняття партнерів під час спілкування, діяльності; нездатність людей разом працювати, успішно виконувати завдання, які вимагають від них узгодженості дій і хорошого взаєморозуміння.

ОБ'ЄКТ КОНФЛІКТУ – конкретна матеріальна (ресурс), соціальна (влада) або духовна (ідея, принцип, норма) цінність, до володіння або користування якою прагнуть опоненти.

ПАРОКСИЗМ – гостра форма переживання певної емоції (наприклад, люті, жаху, відчаю).

ПОТРЕБА – стан індивіда, що створюється його необхідністю в певних об'єктах, потрібних для життєдіяльності й розвитку. Потреба є джерелом активності суб'єкта.

ПОСТУПКА – див. "пристосування".

ПРЕДМЕТ КОНФЛІКТУ – об'єктивно існуюча або уявна проблема, яка слугує джерелом розбіжностей між конфліктуючими сторонами.

ПРОБЛЕМНА СИТУАЦІЯ – суперечність, яка не має однозначного рішення співвідношення обставин і умов, в яких розвивається діяльність особи або групи.

ПРЕТЕНЗІЯ – домагання, заява права на володіння будь-чим.

ПРИСТОСУВАННЯ – один із стилів поведінки в конфлікті, що характеризується прагненням одного із суб'єктів конфлікту поступитися іншій стороні у виниклій розбіжності з метою збереження партнерських відносин на майбутнє.

ПРОТИБОРСТВО – один із стилів поведінки в конфлікті, що характеризується нав'язуванням опонентам пріоритетного для себе рішення, винятковою орієнтацією на власні інтереси, відкритою антагоністичною боротьбою за реалізацію своїх цілей.

ПСИХОПАТІЯ – патологія характеру, за якої у суб'єкта спостерігається практично безповоротна вираженість властивостей, що перешкоджають його адекватній адаптації в соціальному середовищі.

ПСИХОСОМАТИЧНІ РОЗЛАДИ – порушення функцій внутрішніх органів і систем, виникнення і розвиток яких найбільшою мірою пов'язане з

нервово-психічними чинниками, переживанням гострої або хронічної психологічної травми, специфічними особливостями емоційного реагування особистості.

ПСИХОСОМАТИЧНІ ЗАХВОРЮВАННЯ (дав.-гр. *ψυχή* — душа *σῶμα* — тіло) — група хворобливих станів, що з'являються у результаті взаємодії психічних і фізіологічних факторів. Являють собою психічні розлади, що проявляються на фізіологічному рівні, фізіологічні розлади, які проявляються на психічному рівні, або фізіологічні патології, що розвиваються під впливом психогенних факторів.

ПСИХОСОМАТИЧНІ ПОРУШЕННЯ — патології, які розвиваються під впливом психогенних факторів: стресу, психологічних травм, внутрішніх конфліктів.

РЕЛАКСАЦІЯ — стан спокою, розслаблення, що виникає у суб'єкта внаслідок зняття напруги після сильних переживань або фізичних зусиль.

РОЛЬ — соціальна функція особи; відповідний прийнятим нормам спосіб поведінки людини залежно від його статусу в суспільстві або в групі.

САМОАКТУАЛІЗАЦІЯ — прагнення особи до можливо повнішого розвитку своїх можливостей.

САМООЦІНКА — оцінка особою самою себе, своїх можливостей, якостей і місця серед інших людей. Самооцінка є важливим регулювальником поведінки особи.

СОВІСТЬ — здатність особи здійснювати етичний самоконтроль, самостійно формулювати для себе етичні обов'язки і виробляти самооцінку здійснюваних учинків.

СУПЕРНИЦТВО — стратегія поведінки опонента в конфлікті, що характеризується орієнтацією на власні інтереси.

СПІВПРАЦЯ — стратегія поведінки опонента в конфлікті, що характеризується орієнтацією на спільний пошук рішень.

СОЦІАЛІЗАЦІЯ — процес засвоєння індивідом соціального досвіду в різних його формах, який здійснюється у спілкуванні та життєдіяльності.

СТАТУС — місце суб'єкта в суспільстві або групі, що визначає його права й обов'язки.

СТЕРЕОТИП СОЦІАЛЬНИЙ — порівняно стійкий і спрощений образ соціального об'єкта — групи, людини, події.

СТРЕС — стан людини, що виникає у відповідь на екстремальні дії (стресори). Стрес може здійснювати і позитивну, мобілізуючу дію, і негативний вплив на діяльність (дистрес аж до повної дезорганізації).

СУБ'ЄКТ КОНФЛІКТУ — індивід або група, що є носієм певного ступеня активності в конфліктній ситуації.

СУБЛІМАЦІЯ — один із механізмів психологічного захисту, що знімає напругу в ситуації внутрішньоособистісного конфлікту шляхом трансформації інстинктивних форм психіки, прийнятних для індивіда і суспільства.

СУЇЦИД — акт самогубства, що здійснюється людиною в стані сильного душевного розладу або під впливом психічного захворювання.

ТОЛЕРАНТНІСТЬ – 1) терпимість до чужого способу життя, поведінки, звичаїв, думок, ідей, вірувань; 2) відсутність або послаблення реагування на певний несприятливий чинник.

ТРИВОЖНІСТЬ – властивість індивіда приходити в стан підвищеного неспокою, відчувати страх і тривогу в специфічних соціальних ситуаціях.

ФОБІЇ – неадекватні переживання страхів, що охоплюють людину в певній обстановці. Фобії трапляються в межах невротичного конфлікту.

ФРУСТРАЦІЯ – переживання невдачі, блокування цілеспрямованої поведінки.

УНИКНЕННЯ, УХИЛЕННЯ – один із стилів поведінки в конфлікті, що характеризується прагненням вийти з конфлікту не поступаючись, але і не наполягаючи на своєму.

ЦІННІСНІ ОРІЄНТАЦІЇ – ідеологічні, політичні, моральні та інші підстави для оцінки людиною довколишньої дійсності.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Абульханова-Славская К. А. Деятельность и психология личности. М.: Наука, 1980. 335 с.
2. Аведисова А. С. Начальные этапы малопрогрессирующей ипохондрической шизофрении: автореф. дисс. ...канд. мед. наук : 19.00.04. М., 1983. 24 с.
3. Адлер А. О. невротическом характере. СПб. : «Унив. кн.», 1997. 385с.
4. Александер Ф. Психосоматическая медицина: принципы и применение. М. : Ин-т Общегуманитар. иссл-ний, 2004. 336 с.
5. Александровский Ю. А. Социально-стрессовые расстройства // Обзор психиатрии и медицинской психологии. Л.:1992. В. 2. С. 5—10.
6. Алексеев Н. Г. Методологические принципы проектирования образовательных систем // Проектирование в образовании : проблемы, поиски, решения. М. : Ин-т пед. инноваций РАО, 1994. С. 20—23.
7. Амириди Э. С. Специфика психокоррекционной работы психолога в лечебном учреждении // Психологический журнал. 1986. № 5 С. 126—131.
8. Аммон Г. Психосоматическая терапия. СПб. : Речь, 2000. 238 с.
9. Ананьев Б. Г. Избранные психологические труды в 2-х томах. Т. 1. М.: Педагогика, 1980. 271 с.
10. Ананьев В. А. Введение в психологию здоровья : учебное пособие. СПб. : ПИТЕР, 1998. 148 с.
11. Ананьев В. А. Основы психологии здоровья // Концептуальные основы психологии здоровья. СПб. : Речь, 2006. 384 с.
12. Андрос М. Є. Психічне здоров'я особистості в навчальних закладах // Педагогіка і психологія. 1995. № 4. С. 27—32.
13. Анисимов О. С. Основы общей и управленческой акмеологии. Новгород: РАГС, 1995. 272 с.
14. Анисимова Н. П. Основные направления профилактики и коррекции профессионального выгорания // Ярославский педагогический вестник. Я., 2011. С. 212—215 с.
15. Антропов Ю. Ф. Психосоматические расстройства и патологические привычные действия у детей и подростков М. : Изд-во Института психотерапии, Изд-во НГМА, 2000. 320 с.
16. Ануфриев А. К. Патология общего чувства и аффективные расстройства с эквивалентами. Психосоматические расстройства при циклотимных и циклотимоподобных состояниях. М., 1979. 824 с.
17. Ануфриев А. К. Скрытые эндогенные депрессии (клиническая симптоматика) // Журн. «Невропат. и психиатр им. С. С. Корсакова». М., 1978. С. 234—256.
18. Анцыферова Л. И. Личность в трудных жизненных условиях: переосмысливание, преобразование ситуаций и психологическая защита // Психологический журнал. 1995. Т. 16. № 1. С. 3—19.
19. Анцыферова Л. И. Сознание и действия личности в трудных жизненных ситуациях // Психологический журнал. 1991. № 1. С. 23—31.

20. Аршава І. Ф. Емоційна стійкість людини та її діагностика : монографія. Д. : Вид-во ДНУ, 2006. 336 с.
21. Аршава І. Ф. Психологія здоров'я : навчальний посібник. Д. : РВВ ДНУ, 2006. 92 с.
22. Асмолов А. Г. Психология личности: культурно-историческое понимание развития человека. [3-е изд]. М.: Смысл: Изд. Центр «Академия», 2007. 528 с.
23. Аствацатуров М. И. Избранные работы // Медицина, 1939. 360 с.
24. Баева И. А. Психологическая безопасность в образовании. СПб. : СОЮЗ, 2002. 271 с.
25. Бажин Е. Ф., Корнева Т. В. О взаимодействии психологии и психиатрии в связи с современными задачами реабилитации. // Новое в теории и практике реабилитации психически больных. Л., 1985. С. 15—20.
26. Балл Г. А. Анализ психологических воздействий и его педагогическое значение // Вопросы психологии. К. : Изд-во Основа, 1994. № 4. С. 56—66.
27. Балл Г. А. Концепция самоактуализации личности в гуманистической психологии. Донецк : Ровесник, 1993. 32 с.
28. Балл Г. А. Особистісний підхід до визначення цілей виховання і шляхів їх досягнення // Психологія. К., 1989. Вип. 32. С. 88—92.
29. Балл Г. А. Психологическое содержание личностной свободы: сущность и составляющие // Психологический журнал. 1997. Т. 18. № 5. С. 96—114.
30. Балл Г. А. Психология в радиогуманистической перспективе // Избранные работы. К. : Изд-во Основа, 2006. 408 с.
31. Барабанщикова Т. А., Рыжкова А. Н. Психологические методики изучения личности : практикум. М. : Ось-89, 2007. 303с.
32. Баранов Ю. А. Нервно-психическая неустойчивость и способы ее раннего выявления // Материалы конференции ВИКИ им. А. Ф. Можайского. Л., 1976. С. 156—163.
33. Бассин Ф. В., Бурлакова М. К., Волков В. Н. Проблема психологической защиты // Психол. журнал. 1998. № 3. С. 79—86.
34. Батаршев А. В. Психодиагностика пограничных расстройств личности. М. : Изд-во Инст-та Психотерапии, 2004. 320 с.
35. Белинская Е. П. Временные аспекты «Я-концепции» и идентичность // Мир психологии. 1999. №3. С. 140—147.
36. Белобрыкина О. А. Традиции как средство развития профессиональной идентичности студентов-психологов. М. : 2004. С. 99—109 с.
37. Белов В. И. Психология здоровья. М. : Изд-во Инст-та психотерапии, 1994. 285 с.
38. Берак О. Установка на развитие личности студента // Вестник высшей школы. 1990. 23—28 с.
39. Березин Ф. Б. Психосоматические соотношения при бронхиальной астме / Ф. Б. Березин, Е. М. Куликова, Н. Н. Шаталов // Журн. невропатол. и психиатр. 1997. № 4. С. 35—38.
40. Бехтерев В. М. Личность и условия ее развития и здоровья : 2-е изд. СПб. : ПИТЕР, 1905. С. 43—67.
41. Біла книга національної освіти України // Акад. пед. наук України; за ред. В. Г. Кременя, 2009. Київ, 2009. 198 с.

42. Блейлер Э. Руководство по психиатрии. Берлин. Изд-во «Врачъ», 1920. 128 с.
43. Блінов О. А. Формування емоційної стійкості у військовослужбовців аеромобільних військ під час повітряно-десантної підготовки : автореф. дис. на здобуття ступеня канд. психол. наук: 20.02.02 «Військова педагогіка та психологія». К., 1999. 19 с.
44. Бобрицька В. І. Як зберегти психічне здоров'я // Директор школи. 2002. № 15. С. 8—10.
45. Бодров В. А. Прогнозирование эмоциональной устойчивости операторов с помощью моделей стресс-ситуаций. ВМЖ., 1973. № 1. С. 47—50.
46. Большой психологический словарь // под ред. Б. Г. Мещерякова, В. П. Зинченко : 3-е изд., доп. и перераб. СПб. : Прайм-Еврознак, 2006. 672 с.
47. Бондаренко А. Ф. Психологическая помощь: теория и практика. К. : Укртехпресс, 1997. 216 с.
48. Бородин Ю. А., Добровольский В. Б., Романчук С. В., Таран В. С. Воспитание психической устойчивости курсантов средствами и методами физической подготовки // Физ. воспитание студ. творч. спец. 2003. № 1. 30—40.
49. Бояринцева И. Г., Горбачевич Л. А. Оценка взаимосвязи клинических проявлений малопрогредиентной шизофрении с генетико-эпидемиологическими особенностями заболевания // Акт. вопросы психиатрии. Томск, 1985. №2. С. 64—69.
50. Братусь Б. С. Аномалии личности. М. : Мысль, 1988. 301 с.
51. Бройтигам В. Психосоматическая медицина. М. : ГЭОТАР Медицина, 1999. 375 с.
52. Будинайте Г. Л. Личностные ценности и личностные предпочтения субъекта // Вопросы психологии. 1993. № 3. С. 99—105.
53. Булатов П. К. Опыт психосоматического подхода в изучении бронхиальной астмы // Вопр. гематол., нефрол. и пульмунол. М., 1975. С. 330—332.
54. Буренина Н. И. Патологические телесные сенсации в форме телесных фантазий (типология, клиника, терапия) : автореф. дисс. канд. мед. наук : 19.00.04. М., 1997. 23с.
55. Бурлаков А. В. Шизофрения и расстройства шизофренического спектра, коморбидные сердечно-сосудистой патологии (клиника, психосоматические соотношения, терапия) : автореф. дисс. канд. мед. наук : 19.00.04. М., 2006. 24 с.
56. Бурлачук Л. Ф. Индивидуально-типологические особенности больных сердечно-сосудистыми заболеваниями в процессе их социальной адаптации // Психологический журнал. 1992. № 3. С. 112—119.
57. Бурлачук Л. Ф. Словарь-справочник по психодиагностике. СПб. : Питер Ком, 1999. 528 с. (Серия «Мастера психологии»).
58. Былкина Н. Д. Развитие зарубежных психосоматических теорий // Психологический журнал. 1997. № 2. С. 149—160.
59. Варбан М. Ю. Проблема рефлексивної підтримки професійного становлення особистості на етапі переходу від юності до дорослості // Український соціум. № 1. 2002. С. 95—104.
60. Василенко Н. Проблема здорового способу життя в освіті європейських країн // Шлях освіти. 2000. № 1. С. 19—22.
61. Васильев И. А. Влияние индивидуальных психологических различий на процесс решения проблем // Вопросы психологии. 1985. № 1. С. 140—148.

62. Васильев И. А. Эмоции и мышление. М. : Изд-во Моск. ун-та, 1980. С. 3—192.
63. Васильева З. А. Резервы здоровья. М., 1984. С. 8—84.
64. Васильева О. С. Психология здоровья человека. М. : Академия, 2001. 352 с.
65. Вассерман Л. И. О психологической диагностике типов отношения к болезни // Психологическая диагностика отношения к болезни при нервно-психической и психосоматической патологии. СПб., 1990. С. 8—16.
66. Вассерман Л. И., Ерышев О. Ф., Клубова Е. Б., Беспалько И. Г., Аристова Т. А. и др. Психологическая диагностика индекса жизненного стиля: пособие для врачей и психологов. СПб., 1998. 48 с.
67. Вассерман Л. И., Иовлев Б. В. Психологическая диагностика типов отношения к болезни при психосоматических и нервно-психических расстройствах: метод рекомендации. СПб., 1991. 26 с.
68. Великий тлумачний словник сучасної української мови / уклад. і голов. ред. В. Т. Буш. К., Ірпінь : ВТФ «Перун», 2005. 1728 с.
69. Вилюнас В. В. Психология развития мотивации: Современные и классические исследования. Научные данные и жизненные примеры. СПб. : Речь, 2006. 458с.
70. Візнюк І. М. Детермінанти розвитку іпохондричних явищ у фахівців різних професій // Сучасні інформаційні технології та інноваційні методики навчання у підготовці фахівців: методологія, теорія, досвід, проблеми. 2016. Вип. 46. С. 128—132. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Sitimn_2016_46_34 (дата звернення 12.03.17).
71. Візнюк І. М. Психологічні детермінанти розвитку іпохондричних розладів у людини за психодіагностичними параметрами // Проблеми сучасної психології. 2017. Вип. 35. С. 55—66. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Pspl_2017_35_7 (дата звернення 12.03.17).
72. Вільш І. Вибір професії: особистісний аспект // Педагогічний процес: теорія і практика: зб. наук. праць. К.: ЕКМО, 2003. Вип. 1. С. 36—53.
73. Вільш І. Концепція сталих індивідуальних рис особистості як засіб удосконалення освіти. // Неперервна професійна освіта: теорія і практика. 2001. № 1. С. 23—31.
74. Водопьянова Н. Е. Психология здоровья // Весник ЛГУ. 1991. Вып. № 4. С. 50—58. (Серия 6).
75. Водопьянова Н. Е. Синдром «психического выгорания» в коммуникативных профессиях // Психология здоровья; под ред. Г. С. Никифорова. СПб. : СПбГУ, 2000. С. 443—461.
76. Возрастные аспекты групповой психотерапии при нервно-психических заболеваниях // под ред. Б. Д. Карвасарского, В. Е. Рожнова ; Ленингр. н.-и. психоневрол. ин-т. Л. , 1988. 164 с. (Сб. науч. тр. / Ленингр. н.-и. психоневрол. ин-т им. В. М. Бехтерева ; т. 121).
77. Войткевич С. А. «Эфирные масла для парфюмерии и ароматерапии» : справ. М. : Пищевая промышленность, 1999. — 329 с.
78. Волель Б. А. Небредовая ипохондрия при соматических, психических заболеваниях и расстройствах личности : дисс. ...док. медиц. наук : 19.00.04. НЦПЗ. Москва, 2009. С. 154—160 с.
79. Волков В. Т. Личность пациента и болезней. Томск : Сиб. Мед. ун-т, 1995. 328 с.

80. Волков В. Т. Психология больных бронхиальной астмой // Актуальные вопросы терапии. Томск. : Сиб. Мед. ун-т, 1992. С. 59—65.
81. Воловик В. М., Вид В. Д. «Психологическая защита» как механизм компенсации и ее значение в психотерапии больных шизофренией // Психологические проблемы психогигиены, психопрофилактики и медицинской деонтологии. Л., 1976. С. 26—28.
82. Воронов М. Психосоматика: Практическое руководство. Киев : Ника-Центр, 2002. 256 с.
83. Габриэл М. Т. Самооценка как метод изучения личности // Проблемы патопсихологии : тезисы докладов конференции. М., 1972. С. 105—118.
84. Галант И. Б. Об ипохондрии и ипохондрической шизофрении // Вопросы невропатологии и психиатрии. Сборник трудов хабаровского научного общества невропатологов и психиатров. М., 1956, С. 101—111.
85. Ганнушкин П. Б. Постановка вопроса о границах душевного здоровья // Избранные труды. М. : Мысль, 1964. С. 97—108.
86. Гарбузов В. И. Концепция инстинктов и психосоматическая патология : монография. СПб. : СОТИС, 1999. 320 с.
87. Геринг Р., Зимбардо Ф. Психология и жизнь. СПб. : Питер, 2004. 955 с.
88. Герт В. А. Моделирование образовательного пространства образовательного учреждения // Педагогическое образование в России. 2013. № 2. С. 139—145.
89. Глазачев С. Н. Моделирование пространства формирования экологической культуры: теоретический аспект // Электронное периодическое издание «Вестник Международной академии наук. Русская секция». 2011. № 1. С. 1—8.
90. Глэддинг С. Психологическое консультирование [4-е изд.]. СПб. : Питер, 2002. 736 с. (Серия «Мастера психологии»).
91. Голобурда А. В. Динамика отношений личности больных неврозами в процессе групповой психотерапии // Психологический журнал. 1991. № 1. С. 90—95.
92. Горноста́й П. П. Личность и роль: ролевой подход в социальной психологии личности // АПН Украины; Институт социальной и политической психологии. К. : Интерпресс ЛТД, 2007. 312с.
93. Грановская Р. М. Элементы практической психологии. Л.: Изд-во Ленинград. ун-та. СПб., 1988. 650 с.
94. Гребенников Л. Р. Механизмы психологической защиты: генезис, функционирование, диагностика : дисс. канд. психол. наук : 19.00.04. М. : СПб., 1994. 220 с.
95. Гримак Л. П. Тело и психика // Резервы человеческой психики. М. : Политиздат, 1987. С. 75—89.
96. Гройсман А. Л. Клиническая психология, психосоматика, психопрофилактика. М. : Изд. Дом МАГИСТР-ПРЕСС, 2002. 452 с.
97. Групповая психотерапия // под ред. Б. Д. Карвасарского, С. Ледера. М. : Медицина, 1990. 384 с.
98. Гулина М. Терапевтическая и консультативная психология. СПб., 2001. 64 с.
99. Гурвич И. Н. Социальная психология здоровья. СПб. : СПбГУ., 1999. 1023 с.
100. Гутенева Т. С. Клинико-психопатологические особенности

- сенестопатических расстройств при шизофрении: автореф. дисс. ...канд. мед. наук : 19.00.04. М., 1981. 23 с.
101. Гуткина Н. И. Несколько случаев из жизни школьного психолога. М. : Мысль, 1991. 157 с.
 102. Данилова Т. А. Формирование копинг-поведения у учителей средних школ и его роль в профилактике психогенных расстройств у школьников : дисс. канд. психол. наук. Бишкек. СПб., 1997. 211 с.
 103. Дахин А. Н. Педагогическое моделирование : монография. Новосибирск : Изд-во НИПКиПРО, 2005. 230 с.
 104. Державний комітет статистики України URL: http://ugaport.org.ua/sites/default/files/bl_posiv_2013.pdf (дата звернення 12.03.17).
 105. Джидарьян И. А. Психология личности: новые исследования // Счастье и его типологические характеристики. СПб., 1998. С. 67—83.
 106. Диагностика здоровья. Психологический практикум // под ред. проф. Г. С. Никифорова. СПб. : Речь, 2007. 950 с.
 107. Додонов Б. И. Гармоническое развитие и типологическое своеобразие личности // Психология формирования и развития личности. М., 1981. С. 56—64.
 108. Додонов Б. И. Классификация эмоций при исследовании эмоциональной направленности личности // Вопросы психологии. 1975. № 6. С. 21—23.
 109. Донченко О. А., Татенко В. О., Титаренко Т. М., Романець В. А., Абульханова К. О. Людина. Суб'єкт. Вчинок // Філософсько-психологічні студії. К. : Либідь, 2006. 359 с.
 110. Дороженко И. Ю. Современные аспекты психофармакотерапии психодерматологических расстройств // Психиатрия и психофармакотерапия : Журнал им. П. Б. Ганнушкина. 2004. Том №6. С. 274—276.
 111. Доценко Е. Л. Механизмы психологической защиты от манипулятивного воздействия : дисс. канд психол. наук. М. : СПб., 1993. 162 с.
 112. Дробижев М. Ю., Лебедева М. О. Психофармакотерапия соматоформных расстройств. // В сб. : Ипохондрия и соматоформные расстройства. Под ред. А. Б. Смулевича. М., 1992. 346 с.
 113. Дьяченко М. И. О подходах к изучению эмоциональной устойчивости // Вопросы Психологии. 1990. № 1. С. 106—112.
 114. Ересько Д. Б., Исурина Г. Л., Е. В. Кайдановская и др. Алекситимия и методы ее определения при пограничных психосоматических расстройствах : метод. пособие. СПб. : ПИТЕР, 1994. 17 с.
 115. Єгорова Л. О. Профілактика психосоматичних захворювань у студентів в аспекті проблеми алекситимії // Проблеми загальної та педагогічної психології : збірник наукових праць Інституту психології ім. Г. С. Костюка АПН України ; за ред. С. Д. Максименка. К. : Гнозис, 2002. Т. 4., ч. 4. С. 106—109.
 116. Завгородня О. В. Психологічне здоров'я людини: теоретичні та прикладні аспекти : монографія. К. : ДП «Інформаційно-аналітичне агентство», 2008. 167 с.
 117. Залевский Г. В. Супервизия: практика в поисках теории // Сибирский психологический журнал. 2008. С. 7—13.
 118. Зарубежная практическая психология : учебное пособие. Под общей

редакцией Л. М. Попова и С. В. Петрушина. Казань: КГУ, 2000. 176 с.

119. Зачепиский Р. А. Социальные и биологические аспекты психологической защиты // Социально-психологические исследования в психоневрологии. Л.: Медицина. СПб., 1984. 182 с.
120. Зачепиский Р. А. Симптоматические методы и патогенетическая система психотерапии и психокоррекции // Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. Л. : Медицина, 1983. С. 208—231.
121. Зейгарник Б. В. Методологические тенденции в патопсихологических исследованиях // Психологический журнал. 1985. № 2. С. 119—125.
122. Зейгарник Б. В. Патопсихология. М.: Изд-во Моск. ун-та. СПб., 1986. 287 с.
123. Ибриегит М. О. Социальная компетентность при шизофрении: обзор современных теоретико-методологических подходов // Обозрение психиатрии к медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. СПб., 1996. С. 24—31.
124. Иванова Л. А. Депрессивное расстройство с патологическими телесными сенсациями (типология, течение, коморбидность, факторы риска): дисс. ... канд. мед. наук : 19.00.04. Иркутск, 2006. С. 76—98.
125. Ильин Е. П. Дифференциальная психология профессиональной деятельности. СПб. : Питер, 2008. 432 с. (Серия «Мастера психологии»).
126. Информационные технологии в медицине: учеб. / под ред. Г. А. Титаренко. М.: ЮНИТИ, 2000. 335 с.
127. Исаева Е. Р. Копинг-механизмы в системе приспособительного поведения больных шизофренией : дисс. ...канд. психол. наук. СПб., 1999. 140 с.
128. Кабанов М. М. Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. Л., Медицина, 1983. 312 с.
129. Кабанов М. М. Психосоциальная реабилитация и социальная психиатрия. СПб.: изд. Санкт-Петербургского НИИ им. В. М. Бехтерева, 1998. 255 с.
130. Каган В. Е. Внутренняя картина здоровья – термин или концепция? // Вопросы психологии. 1993. № 1. С. 86—88.
131. Каган В. Е. Внутренняя картина здоровья и психосоматический потенциал индивида // Психогенные и психосоматические расстройства. Тарту, 1988. Ч. 1. С. 201—204.
132. Казначеев В. П. Внутренняя картина здоровья // Вестник высшей школы. 1988. № 9 С. 49—52.
133. Калитеевская Е. Р. Адаптация или развитие: выбор психотерапевтической стратегии // Психологический журнал. 1995. № 1 С. 115—121.
134. Калитеевская Е. Р. Психическое здоровье как способ бытия в мире: от объяснения к переживанию // Психология с человеческим лицом: Гуманистическая перспектива в постсоветской психологии. М., 1999. С. 231—239.
135. Калмыкова Е. С. Психотерапия за рубежом: история и современное состояние (краткий обзор). М., Психологический журнал, 2000. № 2. С. 88—99.
136. Калмыкова Е. С. Психотерапия за рубежом: история и современное состояние (краткий обзор) // Психологический журнал. 2000. № 2. С. 88—99.
137. Карвасарский В. Д. Неврозы // Руководство для врачей. М. : Медицина, 1980. 448 с.
138. Квасенко А. В. Психология больного. Л. : Медицина, 1980. 184 с.
139. Келли Дж. А. Теория личности. Психология личных конструктов / А. А.

Алексеев (пер.с англ.и науч.ред.). СПб. : Речь, 2000. 249 с.

140. Кельмишкейт Э. Г. Астеновегетативный синдром при вялопротекающей поступательной шизофрении // Тр. Московского НИИ психиатрии МЗ РСФСР. М., 1979. Т.87. С. 116—125.

141. Кириленко Т. С. Емоційне самопізнання особистості: переживання та стани // Психологія у ХХІ столітті: перспективи розвитку : матер. VI Костюківських читань. К., 2003. Т. 2. С. 98—122.

142. Кириленко Т. С. Пошук гармонії: емоційні переживання та стани особистості (вчинково – орієнтований підхід). К., 2004. 443 с.

143. Киришбаум Э. И., Еремеева А. И. Психологическая защита : 2-е изд. М. : Смысл. 2000. 181 с.

144. Клиническая психология : учебник / под ред. Б. Д. Карвасарского. СПб. : Питер, 2004. 960 с.

145. Ковальчук А. М. Психологічні аспекти поведінкових стилів, що впливають на здоров'я // Проблеми загальної та педагогічної психології: збірник наукових праць Інституту психології ім. Г. С. Костюка АПН України / за ред. Максименка С. Д. Київ. : Гнозис, 2002. Т. 4., ч. 3 С. 101—104.

146. Кокун О. М. Теоретичні та практичні засади психологічного забезпечення професійного становлення особистості. «УКРБ», 1999. 201с.

147. Колесов Д. В. Поведение: физиология, психология, этика : учеб. пособие. М. : Издательство Московского психолого-социального института; Воронеж: Издательство НПО «МОДЕК», 2006. 696 с.

148. Колосов А. Особливості когнітивного стилю кваліфікованих спортсменів та його значення в підвищенні стрес-стійкості // Теорія і методика фіз. виховання і спорту. 2005. № 2—3. С. 120—123.

149. Кондрашин И. И. Глоссарий философских терминов. М. : ИНФРА-М, 2006. 794 с. URL: <http://www.psyoffice.ru/slovar-s308.html> (дата звернення 19.03.18).

150. Консторум С. И., Окунева Э. Г., Барзак С. Ю. Ипохондрическая форма шизофрении // Проблемы пограничной психиатрии. М.-Л., 1935. С. 150—203.

151. Консторум С.И., Барзак С.Ю., Окунева Э.Г. Ипохондрическая форма шизофрении II. // Тр. Ин-та им. Ганнушкина. М., 1939. Вып.3. С. 85—92.

152. Коржова Е Ю. Диагностика влияния заболевания на изменение отношения к своему здоровью. СПб., 1993. 174 с.

153. Корнилова Т. В. Личностные ценности и личностные предпочтения субъекта // Вопросы психологии. 1993. № 3. С. 99—105.

154. Королева Е.Н. Клинические особенности простой формы шизофрении с ипохондрическими нарушениями // Вопросы социальной и клинической психоневрологии. М., 1965. С. 90—97.

155. Корольчук М. С. Психодиагностика : навч. посібник. К. : Ельга; Ніка-Центр, 2004. – 400 с.

156. Косенюк С. М., Карлышев В. М., Исаев А. П. и др. Психологический потенциал и реальный уровень здоровья педагогов // Педагогика. М., 2003. № 4. С. 157—204.

157. Костюк Г. С. Навчально-виховний процес і психічний розвиток особистості. Київ. : Рад. школа, 1989. 608 с.

158. Костюк Г. С. О роли наследственности, среды и воспитания в психическом

- развитии ребенка // Советская педагогика. 1940. № 6. С. 15—39.
159. Костюк Г. С. Принцип развития в психологии // Методологические и теоретические проблемы психологии. М. : Наука, 1969. С. 118—152.
160. Кочергин А. Н. Моделирование мышления. М. : Наука, 1969. 96 с.
161. Кравченко О. Д. Психологічні аспекти самовизначення особистості в юнацькому віці // Проблеми загальної та педагогічної психології: збірник наукових праць Інституту психології ім. Г. С. Костюка АПН України / за ред. С. Д. Максименка. К. : Гнозис, 2004. Т. VI. Вип. 2. С. 169—175.
162. Краевский В. В. Целостность подхода к исследованию образования на современном этапе развития научной рациональности. URL http://kraevskyvv.narod.ru/papers/zelost_podchoda.htm (дата звернення 02.09.17).
163. Крайнюк В. М. Психологічний комфорт як умова психічного здоров'я особистості // Проблеми загальної та педагогічної психології : зб. наук. праць Ін-ту психології ім. Г. С. Костюка АПН України / за ред. С. Д. Максименка. К., 2001. Т. III, ч. 2. С. 137—142.
164. Крайнюк В. М. Методи формування стресостійкості особистості в екстремальних умовах // Наук. вісн. Миколаїв. держ. ун-ту. Біологічні та психологічні науки. М., 2006. Вип. 13. С. 108—113.
165. Крайнюк В. М. Механізми формування стресостійкості особистості // Проблеми загальної та педагогічної психології : зб. наук. праць Ін-ту психології ім. Г. С. Костюка АПН України / за ред. С. Д. Максименка. К. : Гнозис, 2004. Т. 6 Вип. 7. С. 155—162.
166. Крайнюк В. М. Психологічний аналіз понять емоційної, психологічної стресостійкості // Вісник Харківського університету. Х., 2004. № 617. С. 96—100.
167. Краснов В. Н. Диагноз и классификация психических расстройств в русскоязычной психиатрии: раздел расстройств аффективного спектра // Социальная и клиническая психиатрия. М. : 2010. 863 с.
168. Криворучко П. П. Комплексне психологічне забезпечення професійної діяльності військових спеціалістів : зб. наук. праць. К. : КВГІ, 1999. С. 17—9.
169. Крупник Е. П. Психологическая устойчивость личностных конструктов в период взрослости // Психологический журнал. 2000. Т. 21. № 6. С. 12—23.
170. Крыло Д. Н. Критические периоды формирования личности // Здоровье, развитие, личность / под ред. Г. Н. Сердюковской, Д. Н. Крылова, У. Кляйнпедер. М. : Медицина, 1990. С. 210—221.
171. Кудинов С. И. Системная модель самореализации личности // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия «Психология и педагогика». 2008. № 1. С. 28—37.
172. Кулаков С. А. Основы психосоматики. СПб. : Речь, 2007. 288 с.
173. Кулик Б. В. Сучасні методи терапії невротичних розладів за наявності іпохондричного синдрому // Український вісник психоневрології. 2009. Т. 17, вип. 2. С. 98—100. URL : http://nbuv.gov.ua/UJRN/Uvp_2009_17_2_27 (дата звернення 22.11.17).
174. Куликов Л. В. Личностный фактор в преодолении стресса // Актуальные проблемы психологической теории и практики. Экспериментальная и прикладная психология / отв. ред. А. А. Крылов. СПб. : Питер, 1995. № 14. С. 92—99.

175. Куликов Л. В. Психогигиена личности. Вопросы психологической устойчивости и психопрофилактики : учебное пособие. СПб. : Питер, 2004. 464 с.
176. Кунченко Ю. П. Стохастические полиномы. К. : Наук. думка, 2006. 275 с.
177. Куприянов С. Ю. Системный подход к оценке нервно-психических факторов в развитии и течении бронхиальной астмы // Вест. Академии мед. наук СССР. 1989. № 2. С. 29—31.
178. Лазарус Р. Теория стресса и психофизиологические исследования // Эмоциональный стресс / Под ред. Л. Леви. СПб., 1970. С. 178—208.
179. Лакосина Н. Д. Клиническая психология: учебн. для студ. мед. вузов. М. : МЕДпресс-информ, 2003. 416 с.
180. Лакосина Н. Д., Панкова О. Ф. Динамика невротических расстройств с вегетативными пароксизмами // Ж. неврол. и психиатр, им. С. С. Корсакова. 1988. №88(4). С. 74—79.
181. Лакосина Н. Д., Сергеев И. И., Панкова О. Ф. Клиническая психология : учеб. для студ. мед. вузов. М. : МЕДпресс-информ, 2003. 416 с.
182. Ларіна Т. О. Внутрішня структура особистості юнаків та підлітків, схильних до самогубства // Психологія на перетині тисячоліть: збірник наукових праць учасників П'ятих Костюківських читань. К. : Гнозис, 1998. Т. 2. С. 293—298.
183. Левензон Ф. А. Трудоспособность при шизофрении с выраженным ипохондрическим синдромом // Тр. ин-та им. Ганнушкина. М., 1939. Вып.3. С. 93—121.
184. Леви В. Л. Ошибки здоровья: книга о вкусной и здоровой жизни. М. : Торбоан, 2006. 413 с. (Серия «Конкретная психология»).
185. Леонтьев Д. А. Ответственность // Человек: Философско-энциклопедический словарь / под ред. И. Т. Фролова. М. : Наука, 2000. С. 244—245.
186. Леонтьев Д. А. Психология смысла: природа, строение и динамика смысловой реальности. Смысл, 2007. 511 с.
187. Леонтьев Д. А. Развитие идеи самоактуализации в работах А. Маслоу // Вопросы психологии. 1987. № 3. С. 150—158.
188. Леонтьев Д. А. Тест жизнестойкости. М. : Смысл, 2006. 63 с.
189. Либина А. П., Либин А. В. Стиль реагирования на стресс: психологическая защита или совладение со сложными обстоятельствами // Стиль человека: психологический анализ. М. : Смысл, 1998. С. 190—204.
190. Лисовская Е. Б. Самоактуализирующаяся личность // Научно-техническая революция и социальная психология : материалы межгородской конференции. М. : Наука, 1981. С. 76—84.
191. Литер С. А. Формирование копинг-поведения студентов медицинского вуза и его исследование : дисс. ... канд. психол. наук. : 19.00.01. Бишкек. СПб., 1997. 191 с.
192. Ліщук Р. М. Іпохондричні стани невротичного генезу (клініка, патогенез, лікування та профілактика): дис... канд. мед. наук: 14.01.16 / Український НДІ клінічної та експериментальної неврології та психіатрії. Х., 1997. 137 с.
193. Лодатко Є. О. Моделювання освітніх систем у контексті ціннісної орієнтації соціокультурного простору // Вісник Черкаського університету. Серія : Педагогічні науки. Вип. 112. Черкаси, 2007. С. 32—40.
194. Ложкин Г. В., Носкова О. В., Толкунова И. В. Психология здоровья человека: учеб. пособие для студентов вузов // под ред. проф. В. И. Носкова.

Севастополь : Вебер, 2003. 257 с.

195. Луньов О. Психодинамічна інтерпретація специфіки поведінки соматичних хворих // Актуальні проблеми сучасної української психології. До 60-річчя від дня народження академіка С. Д. Максименка: наук. зап. Ін-ту психології ім. Г. С. Костюка АПН України / за ред. Н. В. Чепелевої. К. : Нора-прінт, 2002. Вип. 22. С. 156—165.
196. Лурия Р. А. Внутренняя картина болезней и иатрогенные заболевания. М. : Медицина, 1977. 111 с.
197. Лурье З. Л. Поражение нервной системы при внутренних болезнях : 2-е изд., перераб. и доп. М. : Медгиз, 1960. 242 с.
198. Лусканова Н. Г. Пути психологической коррекции аномалий развития личности // Здоровье, развитие, личность / под ред Г. Н. Сердюковской, Д. Н. Крылова, У. Кляйнпетер. М. : Медицина, 1990. С. 280—290.
199. Лушин П. В. Понятие о психическом здоровье как процессе // Українська психологія: сучасний потенціал : матеріали Четвертих Костюківських читань. Т. 2. Київ, 1996. С. 115—128.
200. Лэнгле А. Р. Экзистенциально-аналитическая теория личности: сб. статей: пер. с нем. 2-е изд. М. : Генезис, 2008. 158с.
201. Любан-Плоцца Б. Психосоматичний хворий на прийомі у лікаря / пер. з нім. за ред. проф. О. К. Напрєєнка. Київ : «АДЕФ-Україна», 1997. 328 с.
202. Мадди С. Р. Теория личности: сравнительный анализ. СПб. : Речь, 2002. 539 с.
203. Макаревич О. П. Психологія регуляції поведінки особистості у складних ситуаціях: монографія. К. : Оріяни, 2001. 223 с.
204. Макаров И. М. Автоматизация синтеза и обучение интеллектуальных систем управления. М. : Наука, 2009. 228 с.
205. Максименко С. Д. Генезис существования личности. К.: Издательство ООО «КММ», 2006. 240 с.
206. Максименко С. Д. Генетическая психология (методологическая рефлексия проблем развития в психологии). М. : Рефл-бук, К.: Ваклер, 2000. 320 с.
207. Максименко С. Д. Загальна психологія : підруч. для студентів вищ. навч. закладів. К. : Форум, 2000. 543 с.
208. Максименко С. Д. Психологія у соціальній та педагогічній практиці: методологія, методи, програми, процедура. К. : Наукова думка, 1998. 226 с.
209. Максименко С. Д. Розвиток психіки в онтогенезі : [у 2-х т.] // Теоретико-методологічні проблеми генетичної психології. Т. 1. К. : Форум, 2002. 319 с.
210. Максименко С. Д. Теоретико-методологічний контекст сучасної практичної психології // Практична психологія в контексті культур : зб. наук. праць. К. : Ніка-Центр, 1998. С. 6—17.
211. Макшанов С. И. Психогимнастика в тренинге: каталог в 2-х частях. СПб., 1993. Ч. 1. 106 с. ; Ч. 2. 91 с.
212. Максименко С. Д. Основи генетичної психології. К.: НЦП Перспектива, 1998. 220 с.
213. Малкина-Пых И. Г. Психосоматика. М. : Изд-во Эксмо, 2008. 1024 с.
214. Малкина-Пых И. Г. Телесная терапия. М. : Изд-во Эксмо, 2005. 752 с.
215. Манойлов А. Е. Соматоформные расстройства и основы психосоматики :

учебное пособие. Челябинск, 2004. 24с.

216. Маноха І. П. Сучасна освіта в ідеологічному та психологічному вимірах: елементи історичної феноменології // Педагогіка вищої школи: методологія, теорія, технології. К. : Гнозис, 2009. С. 26—30.
217. Марищук В. Л. Поведение и саморегуляция человека в условиях стресса. СПб. : Изд. дом «Сентябрь», 2001. 260 с.
218. Марковець О. М. Проблема стресу в професійній діяльності психолога. К.: НПУ ім. М.П. Драгоманова, 2001. С. 311—316.
219. Маслоу А. Самоактуализация личности и образовании. К. ; Донецк : Инст-т психологии АПН Украины, 1994. 52 с.
220. Маслоу А. Г. Дальние пределы человеческой психики. СПб. : ЕВРАЗИЯ, 1997. 430с.
221. Маслоу А. Г. Мотивация и личность. СПб. : Евразия, 1999. 478с.
222. Матяш Н. В. Самовоспитание профессиональной компетентности будущего учителя. Брянск, 1994. 160 с.
223. Медведев В. И. Устойчивость физиологических и психологических функций человека при действии экстремальных факторов. Л. : Наука, 1982. 106 с.
224. Меерсон Ф. З. Адаптация организма к стрессовым ситуациям и предупреждение нарушений ритма сердца. Успехи физиолог. наук. 1987. Т. 18. № 4. С. 56—79.
225. Международная Классификация болезней (МКБ-10). Классификация психических и поведенческих расстройств. Санкт-Петербург, 1994. 302 с.
226. Менделевич В. Д. Психология девиантного поведения : учебное пособие. СПб. : Речь, 2005. 445 с.
227. Менделевич В. Д. Клиническая и медицинская психология : практическое руководство. М. : МЕДпресс-информ, 2002. 592 с.
228. Менегетти Антонио. Система и личность: пер. с итал. // Изд. 2-е, испр. и доп. М. : Онтопсихология, 2007. 342с.
229. Мерлин В. С. Психология индивидуальности : избранные психологические труды. М. : Институт практической психологии, 1996. 446с.
230. Минченков А. В. Методы структурной психосоматики. СПб. : «Ювента»; М. : Институт общегуманитарных исследований, 2002. 409 с.
231. Мироненко И. А. Современные теории в психологии личности. СПб. : Издательство Михайлова В. А., 2003. 224с.
232. Морозова Т. Н. Психопатология эндогенной депрессии: автореф. дисс. докт. мед. наук Т. Н. Морозова. М. 1968. 34с.
233. Мотков О. И. Личность и психика. Сущность, структура и развитие. Самара : Бахрах-М, 2008. 159с.
234. Мурашкин М. Г. Компенсаторная реакция на опосредованность сознания (на примере состояния НЕМРИ): монография // Днепропетровская гос. финансовая академия. Д. : Лира ЛТД, 2008. 328с.
235. Мясищев В. Н. К вопросу теории психотерапии // Рук-во по психотерапии : под ред. В. Е. Рожнова. Ташкент : Медицина, 1979. С. 12—23.
236. Мясищев В. Н. Личность и неврозы. Л. : Изд-во ЛГУ, 1960. 426 с.
237. Нальчаджян А. А. Социально-психическая адаптация личности (формы,

- ме-ханизмы, стратегии). Ереван: АН Арм. ССР, 1988. 263 с.
238. Наранхо Клаудио. Энеа- типологические структуры личности: самоанализ для ищущего. Воронеж : НПО «МОДЭК», 1995. 224с.
 239. Нартова-Бочачер С. К. «Coping behavior» в системе понятий психологии личности // Психол. журнал. 1997, № 5. С. 20—30.
 240. Немиринский О. В. Гештальт-терапия психосоматических расстройств // Моск. психотерап. журн., 1997. № 1. С. 84—91.
 241. Низовских Н. А. Человек как автор самого себя: психосемантическое исследование жизненных принципов в структуре саморазвивающейся личности: монография. М. : Смысл, 2007. 255 с.
 242. Никифоров Г. С. Психология здоровья. Спб. : Речь, 2002. 256 с.
 243. Николаева В. В. Влияние хронической болезни на психику. М. : Изд-во Моск. ун-та, 1987. 167 с.
 244. Николаева В. В. От традиционной психосоматики к психологии телесности // Вестник Московского ун-та. 1996. № 2. С. 8—18.
 245. Никольская И. М., Грановская Р. М. Психологическая защита у детей. СПб.: Речь, 2000. 507 с.
 246. Новиков А. М. Методология образования. М. : «Эгвес», 2006. 488 с.
 247. Носенко Е. Л. Емоційний інтелект: концептуалізація феномену, основні функції. К. : Вища шк., 2003. 126 с.
 248. Носенко Э. Л. Теоретико-психологические основы компьютерной диагностики эмоциональной устойчивости : монография. Д. : РВВ ДНУ, 2006. 235 с.
 249. Нуллер Ю. Л. Депрессия и деперсонализация // Соматизированное расстройство (клинико-психопатологический аспект, коморбидность, факторы риска). М. 1981. 207с.
 250. Оллпорт Г. В. Личность в психологии. М. : КСП, 1998. 347с.
 251. Осипова А. А. Общая психокоррекция. М., 2002. 512 с.
 252. Осипова А. А. Психологический профиль личности больных бронхиальной астмой и хроническим обструктивным бронхитом // Журн. невропатол. и психиатр. им. Корсакова. 1990. Т. 90. № 10. С. 89—92.
 253. Павлов И. П. Общие типы высшей нервной деятельности животных и человека // Психология индивидуальных различий: под ред. Ю. Б. Гиппенрейтер, В. Я. Романова. М., 1980. С. 21—23.
 254. Панин Л. Е. Психосоматические взаимоотношения при хроническом эмоциональном напряжении. Новосибирск : Наука, 1981. 176 с.
 255. Панок В. Г., Рудь Г.В. Психологія життєвого шляху особистості: монографія. К. : Ніка-Центр, 2006. 277с.
 256. Пахальян В. Э. Психопрофилактика в образовании // Вопросы психологии. 2002. № 1. С. 38—44.
 257. Пашенков С. З. Ипохондрические состояния. Москва: Государственное издательство медицинской литературы МЕДГИЗ, 1958. 130 с.
 258. Пезешкиан Н. Психосоматика и позитивная психотерапия. М. : Институт позитивной психотерапии, 2006. 464 с.
 259. Пезешкиан Н. Психотерапия повседневной жизни // Тренинг в воспитании партнерства и самопомощи ; пер. с нем. М. : Медицина, 1995. 336 с.

260. Первин Л. А., Джон О. П. Психология личности: Теория и исследования : учеб. для использования в учеб. процессе в вузах // Институт «Открытое общество». М. : Аспект Пресс, 2000. 607 с.
261. Петленко В. П. Эпюды валеологии: здоровье как человеческая. М.: СПб., 1998. 124 с.
262. Петренко В. Ф. Основы психосемантики. Смоленск : Изд-во СГУ, 1997. 400 с.
263. Петрова Е. А. Профессиональная самореализация студентов социального вуза: постановка проблемы // Ученые записки РГСУ. 2009. №10. URL : <http://cyberleninka.ru/article/n/professionalnaya-samorealizatsiya-studentov-sotsialnogo-vuza-postanovka-problemy> (дата звернения: 18.02.2017).
264. Петровская Л. А. Теоретические и методические проблемы социально-психологического тренинга. М., 1982. 168 с.
265. Петрунько О. В. Депрессивно-ипохондрические расстройства непсихотического уровня (клинические особенности и лечение) : автореф. канд. мед. наук: 14.00.18. Томск, 2004. 21 с.
266. Пикельная В. С. Теория и методика моделирования управленческой деятельности (школоведческий аспект) : дисс. ... д-ра пед. наук : 13.00.01. Кривой Рог, 1993. 374 с.
267. Писаренко В. М. Устойчивость эмоционального состояния спортсмена в условиях соревнований // Пути достижения трудной цели в спорте. М., 1964. С. 51—68.
268. Платонов Ю. П. Социальная психология поведения : учебн. пособие. СПб. : Питер, 2006. 464 с.
269. Подоляк Л. К. Психологія вищої школи. К.: «Каравела», 2008. 351 с.
270. Поливанова К. Н. Психология возрастных кризисов. М. : Академия, 2002. 447 с.
271. Поляков Ю. Ф. Психологическая коррекция: ее роль и место в профилактике заболеваний. // Совр. формы и методы орг-ции психогигиенич. и психопрофилактич. работы. Л., 1985. С. 119—126.
272. Практическая психодиагностика / под ред. Д. Я. Райгородского. Самара : «БАХРАХ», 1998. 672 с.
273. Приснякова Л. М. Системный анализ поведения личности // Днепропетровский гуманитарный ун-т : В. Присняков (предисл.и ред.). Д. : Издатель О. Ю. С., 2007. 218с.
274. Пряжников Н. С. Профессиональное и личностное самоопределение. М. : Изд-во «Институт практической психологии». НПО «МОДЭК». 1996. 256 с.
275. Психологическая диагностика при нервно-психических и психосоматических заболеваниях : сб. науч. тр. Ленингр. науч.-исслед. психоневрол. ин-та им. В. М. Бехтерева // под общ. ред. М. М. Кабанова и Г. В. Морозова. Т. 112. Л. : 1985. 162 с.
276. Психология здоровья : учебник для вузов // под ред. Г. С. Никифорова. СПб : Питер, 2006. 607 с.
277. Психологічне забезпечення психічного і фізичного здоров'я // М. С. Корольчук, В. М. Крайнюк, А. Ф. Косенко та ін.; заг. ред. М. С. Корольчука. К. : Фірма «Інкос», 2002. 272 с.
278. Психосоматика. Взаимосвязь психики и здоровья : хрестоматия / сост. К. В. Сельчонок. Минск, 1999. 543 с.
279. Психосоматические заболевания : полный справочник // под ред. Ю. Ю.

Елисеєва. М. : ЕКСМО. 2003. 608 с.

280. Райх Вильгельм. Анализ личности. М. : КСП, 1999. 333с.

281. Рациборинська Н. В. Біопсихосоціальні зв'язки у генезі психосоматичних розладів / Проблеми загальної та педагогічної психології: збірник наукових праць Інституту психології ім. Г. С. Костюка АПН України // за ред. С. Д. Максименка. К. : Гнозис, 2002. Т. 4., ч. 2. С. 214—220.

282. Рациборинська Н. В. Психодинамічні передумови виникнення та перебігу психосоматичних розладів / Проблеми загальної та педагогічної психології : збірник наукових праць Інституту психології ім. Г. С. Костюка АПН України // за ред. С. Д. Максименка. Київ : Гнозис, 2002. Т. 4., ч. 1. С. 225—231.

283. Реан А. А. Психологический анализ проблемы удовлетворенности избранной профессией / Вопросы психологии, 1988. № 1. С. 83—88.

284. Рева О. М. Формування емоційної стійкості у ранньому юнацькому віці: автореф. дис. на здобуття ступеня канд. психол. наук: 19.00.01. «Педагогічна та вікова психологія». К., 2005. 20 с.

285. Рефлексивная психология и педагогика на рынке услуг : материалы научно-практического семинара / под общ. ред. Г. Ф. Похмелкиной. Винница, 1991. 180 с.

286. Рефлексивные процессы и творчество // под ред. И. С. Ладенко, И. Н. Семенова, С. Ю. Степанова и др. Новосибирск : Изд-во Новосиб. ун-та, 1990. 80 с.

287. Роджерс К. Р. Взгляд на психотерапию. Становление человека ; пер. с англ. М. : Прогресс, «Универс», 1994. 480 с.

288. Розвиток рефлексій у підлітків: метод. реком. / упоряд. О. В. Савицька ; Кам'янець-Подільський держ. педагогічний ун-т. Кам'янець-Подільський, 1999. 24 с.

289. Розин В. М. Рефлексия в структуре сознания личности // Проблемы рефлексии. Современные комплексные исследования. Новосибирск.: Наука, 1987. С. 222—228.

290. Розов М. А. Рефлектирующие системы, ценности и цели // Идеал, утопия и критическая рефлексия; под ред. В. А. Лекторского. М. : РОССПЭН, 1996. С. 188—242.

291. Романов Д. В. Экзистенциальные кризы в дебюте небредовой ипохондрии. Москва, 2008. С. 17—24.

292. Романова Е. С. 99 популярных профессий. Психологический анализ и профессиограммы. СПб. : Питер, 2008. 464 с.

293. Романова Е. С. Психодиагностика : учебное пособие. СПб. : Питер, 2005. С. 303—312.

294. Рохлин Л. Л. Ипохондрическая форма шизофрении // Актуальные проблемы невропат, и психиатр. Куйбышев, 1957. С. 179—187.

295. Рубинштейн С. Л. Вопросы преподавания психологии в педвузе // Педагогическое образование. 1935. № 4. С. 40—44.

296. Рубинштейн С. Л. О программе по психологии // Педагогическое образование. 1936. № 5. С. 21—29.

297. Рубинштейн С. Л. Педагогика и психология // Педагогическое образование. 1936. № 6. С. 16—24.

298. Рубинштейн С. Л. Психологическая наука и дело воспитания // Проблемы

- общей психологии. М. : Педагогика, 1976. С. 182—192.
299. Рудестам К. Групповая психотерапия ; пер. с англ. СПб. : Питер, 2001. 384 с.
300. Савенко С. Ю. Ипохондрический невроз. // Современное понимание : независимый психиатрический журнал. 2004. № 2. С.37—39.
301. Сайко Э. В. Здоровье как явление социального бытия и основание действенной силы человека в его эволюции / Мир психологии. 2000. № 1(21). С. 3—11.
302. Самосознание и защитные механизмы личности: хрестоматия // Ред. Д. Я. Райгородский. Самара: БАХРАХ-М, 2000. 656 с.
303. Сандберг Н. Клиническая психология. СПб. : Прайм-ЕВРОЗНАК, 2005. 384 с.
304. Санникова О. П. Феноменология личности: избранные психологические труды. О. : СМІЛ, 2003. 256с.
305. Свядощ А. М. Неврозы. // Изд. 3-е. М., 1982. 367 с.
306. Семенов И. Н. Рефлексия в организации творческого мышления и саморазвитии личности // Вопросы психологии. 1983. № 2. С. 35—42.
307. Серебрякова Е. В. Небредовая ипохондрия (кознесе́зипа́тия) при шизотипическом расстройстве личности и шизофрении: автореф дисс. канд. мед. наук. М., 2007. 25 с.
308. Серпуховитина Т. В. Клинико-генетический анализ вялотекущей ипохондрической шизофрении // Ж. невропатол. и психиатр, им. С.С.Корсакова. 1990. №1. С. 78—83.
309. Сидельников В. Я. К вопросу о так называемой сенестопатически-ипохондрической шизофрении // Шизофрения (Диагностика, соматические изменения, патоморфоз). М., 1975. с. 65—78.
310. Сидоренко Н. І. Розвиток усвідомленої саморегуляції довільної активності майбутніх вчителів : автореф. дис. на здобуття ступеня канд. психол. наук за спец. 19.00.01. «Педагогічна та вікова психологія». О., 2005. 20 с.
311. Сирота Н. А. Копинг-поведение в подростковом возрасте : дисс. ... докт. мед. наук. : 19.00.04. СПб, 1994. 283 с.
312. Сирота Н. А., Ялтонский В. М. Копинг-поведение и профилактика психосоциальных расстройств у подростков // Обзорение медицинской психологии и психиатрии им. В. М. Бехтерева. 1994. В. 1. С. 63—74.
313. Сірко Р. І. Експериментальне вивчення взаємозв'язків особистісних характеристик та рівнів психічного здоров'я / Проблеми загальної та педагогічної психології: збірник наукових праць Інституту психології ім. Г. С. Костюка АПН України // за ред. С. Д. Максименка. Київ. : Гнозис, 2002. Т. 2., ч. 6. С. 192—197.
314. Слободчиков В. И. Безопасное образование: психология и педагогика здоровья / Развитие и образование особенных детей: проблемы, поиски // под ред. В. И. Слободчикова. М., 1999. С. 44—48.
315. Слободчиков В. И. Становление рефлексивного сознания в раннем онтогенезе // Проблемы рефлексии. Современные комплексные исследования. Новосибирск. : Наука, 1987. С. 60—68.
316. Словник іншомовних слів / за редакцією члена-кореспондента АН УРСР О. С. Мельничука. К. : Головна редакція української радянської енциклопедії Академії наук Української РСР, 1974. 775 с.

317. Сидоров П.И., Парняков А.В. Введение в клиническую психологию. М., 2000. С. 145—147.
318. Словарь психолога-практика / сост. С. Ю. Головин. М. : Харвест, 2001. 976 с.
319. Смирнов В. М. Основные принципы и методы психологического исследования «внутренней картины болезни» / Методы психологической диагностики коррекции в клинике // под ред. М. М. Кабанова, А. Е. Личко, В. М. Смирнова. Л. : Медицина, 1983. С. 38—62.
320. Смирнова Е. Є. Фактори, які визначають діяльність фахівця // Становлення фахівця. Л.: «ЛГУ», 1989. С. 38—60.
321. Смулевич А. Б. Депрессии в общей медицине // Медицинское информационное агентство. М. : 2007. С. 38—52.
322. Смулевич А. Б. Ипохондрия и соматоформные расстройства. М., 1992. 175с.
323. Смулевич А. Б. К проблеме аллопатических состояний // Ипохондрия и соматоформные расстройства. Москва, 1992. С. 40—58.
324. Смулевич А. Б. Нажитые, соматогенно обусловленные, ипохондрические психопатии (к систематике расстройств личности). // Психиатрия и психофармакотерапия. М., 2006. №1. С. 124—145.
325. Смулевич А. Б. Неманифестные этапы шизофрении психопатология и терапия // Журн. невропат. и психиатр, им. С.С. Корсакова. 2005. №5. С. 78—90.
326. Смулевич А. Б. Расстройства личности и соматическая болезнь (к проблеме нажитых ипохондрических состояний) // Психиатрия М., 2005. №5. С. 123—134.
327. Смулевич А. Б. Расстройства личности. М., 2007. С. 123—156.
328. Смулевич А. Б. Учение А. В. Снежневского и концепция позитивной-негативной шизофрении // Психиатрия и психофармакотерапия. М., 2004. №2. С. 52—54.
329. Смулевич А. Б., Дубницкая Э. Б. Современный взгляд на проблему ипохондрии в аспекте клиники и терапии // Фарматека. Неврология, психиатрия. 2006. №7(122). С. 34—41.
330. Снежневский А. В. Клиническая психопатология // Руководство по психиатрии в двух томах. М. : Медицина, 1983. С. 16—97.
331. Снежневский А. В. Общая психопатология: Курс лекций. М.: МЕДпресс-информ, 2004. 208 с.
332. Собенников В. С. Аффективные расстройства и соматизация (к построению психопатологической модели) // Психич. расстройства в общ. медицине. 2012. С. 15—20
333. Собенников В. С., Беялов Ф. И. Соматизация и психосоматические расстройства: монография. Иркутск: РИО ИГИУВа, 2010. 230 с.
334. Собчик Л. Н. Психология индивидуальности: теория и практика психодиагностики. СПб. : Речь, 2005. 624 с.
335. Сохор А. М. Логическая структура учебного материала. М. : Педагогика, 1974. 192 с.
336. Ставицька С. О. Генеза духовності особистості: становлення та розвиток в юнацькому віці : монографія. К. : 2012. 727 с.
337. Старшенбаум Г. В. Психосоматика и психотерапия: Исцеление души и тела. М. : Изд-во Института психотерапии, 2005. 489 с.

338. Степанов О.М. Психологічна енциклопедія. Київ «Академвидав», 2006. С. 315—328.
339. Столин В. В. Самосознание личности. М., 1983. 284 с.
340. Сукиасян С. Г, Манасян Н. Г., Маргарян С. П. Депрессии: коморбидность или клиническое многообразие // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. Бехтерева. Том 4. 2007. С. 124—203.
341. Тайны сознания и бессознательного : хрестоматия // Сост. К. В. Сельченко. Минск.: Харвест, 1998. С. 450—465.
342. Талант И. Б. Об ипохондрических синдромах и их отношении к шизофрении. // В кн.: Труды 4-го Всесоюзного съезда невропатологов и психиатров. М. : 1965. Т.3. Вып.1. С. 244—248.
343. Ташлыков В. А. Личностные механизмы совладания (копинг-поведение) защиты у больных невротами в процессе психотерапии / Медико-психологические аспекты охраны психического здоровья. Томск, 1990. С. 60—61.
344. Ташлыков В. А. Психология лечебного процесса. М. : Медицина, 1984. 192 с.
345. Тиганов А. С. Аффективные расстройства и синдромообразование // Журн. «Неврол. и психиатрии им. С. С. Корсакова», 1999. Т. 99. № 1. С. 8—10.
346. Тиганов А. С. Руководство по психиатрии. // А. С. Тиганов, А. В. Снежневский, Д. Д. Орловская и др.; Под ред. А. С. Тиганова. М. : «Медицина», 1999. 712 с.
347. Тищенко П. Д. Психосоматическая проблема (объективный метод и культурологическая интерпретация) // Телесность человека: междисциплинарные исследования. М., 1991. С. 26—35.
348. Тополянский В. Д. Психосоматические расстройства // В. Д. Тополянский, М. В. Струковская. М. : Медицина, 1986. 384 с.
349. Трансформация личности: Нейролингвистическое программирование // Ксендзюк О. (анализ и коммент.). О. : Хаджибей, 1995. 351с.
350. Тювина Н. А., Балабанова В. В. Патокинез эндогенных депрессивно-ипохондрических нарушений непсихотического регистра на фоне терапии сульпиридом // Современная терапия психических расстройств. М. : 2012. С.22—27.
351. Тювина Н. А., Прохорова С. В., Максимова Т. Н. Эффективность и особенности действия сульпирида при вялотекущей шизофрении // Журн. Психические расстройства в общей медицине. М. : 2011. С 24—34.
352. Федосеев Г. Б. Бронхиальная астма как способ психологической адаптации к микросоциальной среде // Тер. Архив. 1985. № 5. С. 31—36.
353. Фельдштейн Д. И. Психология развивающейся личности. М. : «Институт практической психологии», Воронеж : НПО МОДЭК, 1996. 512 с.
354. Фельдштейн Д. И. Психология развивающейся личности. М. : «Институт практической психологии», Воронеж : НПО МОДЭК, 1996. 512 с.
355. Филиппов В. Л. К вопросу о роли социально-психологических факторов при бронхиальной астме / Социально-психологические исследования в психоневрологии // под ред. Е. Ф. Бажина. Л. : Тр. Ленингр. психоневрол. ин-та им. Бехтерева, 1980. С. 136—141.
356. Философия и методология науки : учеб. пособие для студентов высш. учеб. заведений // под ред. В. И. Купцова. М. : Аспект Пресс, 1996. 551 с.

357. Философский энциклопедический словарь // гл. ред. : Л. Ф. Ильичёв, П. Н. Федосеев, С. М. Ковалёв, В. Г. Панов. М. : Сов. Энциклопедия, 1983. 840 с.
358. Філософський словник // за ред. В. І. Шинкарука. 2.вид., перероб. і доп. К. : Голов. Ред. УРЕ, 1986. 800 с.
359. Формування здорового способу життя молоді : навч.-метод. посіб. для працівників соц. служб для сім'ї, дітей та молоді // Т. В. Бондар, О. Г. Карпенко, Д. М. Дикова-Фаворська та ін. К. : Укр. ін-т соц. дослідж., 2005. 115 с.
360. Франкл В. Человек в поисках смысла: сборник // пер. с англ. и нем.; общ. ред. Л. Я. Гозмана и Д. А. Леонтьева; вст. ст. Д. А. Леонтьева. М. : Прогресс, 1990. 368 с.
361. Фрейд З. Введение в психоанализ. М. : Наука, 1989. 456 с.
362. Фрейд З. Психология «Я» и защитные механизмы. М., 1993. С. 124—145.
363. Фрейджер Р., Фейдимен Дж. Телесноориентированные и женские теории личности: учеб. пособие // В. Кучерявкин (пер.с англ.). СПб. : Прайм-ЕВРОЗНАК, 2007. 123с.
364. Фридман Б. Д. Основные вопросы построения мягкой формы шизофрении // Сов. невропат., психиатр, и психогиг. М., 1934. Т.3. Вып.5. С. 14—26.
365. Фромм Э. Духовная сущность человека. Способность к добру и злу // Философские науки. 1990. № 8. С. 85—95.
366. Холл Л. М., Боденхамер Б. Г., Болстэд Р., Хэмблетт М. Структура личности: Моделирование «Личности» с помощью НЛП и нейросемантики: пер. с англ. М. : КСП, 2003. 606 с.
367. Холмогорова А. Б. Культура, эмоции и психическое здоровье / Вопросы психологии. № 2. 1999. С. 61—74.
368. Хомик В. С. Психотерапия, ориентированная на реконструкцию будущего / Life Line и другие новые методы психологии жизненного пути. М. : Издательская группа «Прогресс» – Культура», 1993. С. 152—171.
369. Хорни К. Невроз и рост личности. Борьба за самореализацию // Е. И. Замфир (пер.с англ.). М. : Академический проект, 2008. 398с.
370. Хьелл Л. А. Теория личности (Основные положения, исследования и применение) // Л. Хьелл, Д. Зиглер. СПб. : Питер, 1997. 608 с.
371. Хьелл Л. А., Зиглер Д. Дж. Теории личности: Основные положения, исследования и применение: учеб. пособие для студ. вузов, обучающихся по направлению и спец. психологии: пер. с англ. 3-е междунар. изд. СПб. : Питер, 2003. 606с.
372. Цехмістрова Г. С. Основи наукових досліджень : навч. посібник. К. : Слово, 2003. 240 с.
373. Цуканов Б. И. Время в психике человека // Науковий центр психології часу Одеського держ. ун-ту ім. І.І.Мечникова. О. : АстроПринт, 2000. 220с.
374. Чан В. Н., Тювина Н. А. Клинические закономерности формирования ипохондрических расстройств в рамках различных психических заболеваний // Журн. «Неврол. и психиатрии им. С. С. Корсакова». 1987. С. 57—72.
375. Чебыкин А. Я. Исследование эмоциональной устойчивости и психологические средства ее формирования у спортсменов /А. Я. Чебыкин, Л. М. Аболин // Психологический журнал. 1984. № 4. С. 83—96.
376. Чебыкин А. Я. Проблема эмоциональной устойчивости // Южноукраинский

педагогический ун-т им. К. Д. Ушинського. Одесса, 1995. 195 с.

377. Чехлатый Е. И. Личностная и межличностная конфликтность и копинг-поведение у больных невротами и их динамика под влиянием групповой психотерапии: автореф. дисс. ... канд. мед. наук. : 19.00.04. СПб, 1994. 25 с.

378. Чудаков В. М. Гипертимические ипохондрии (типологическая дифференциация, предпосылки развития, терапия): автореф. дисс. ... канд. мед. наук. : 19.00.04. М., 1994. 23 с.

379. Чудновский В. Э. Становление личности и проблема смысла жизни: избранные труды // Российская академия образования; Московский психолого-социальный ин-т. М. : Издательство МПСИ, 2006. 767с.

380. Шарп Дарэл. Типы личности: Юнговская типологическая модель. СПб. : Б. С. К., 1996. 216с.

381. Шахов В. І. Теоретико-методологічні основи базової педагогічної освіти майбутніх учителів : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня д-ра пед. наук : спец. 13.00.04 «Теорія і методика професійної освіти». Тернопіль, 2008. 43 с.

382. Швалб Ю. М. Целеполагающее сознание (психологические модели и исследования). К. : Миллениум, 2003. 152 с.

383. Шебанова В. І. Іпохондричний дискурс сучасності як базова основа викривленої турботи про себе (нав'язливе прагнення зниження ваги) // Проблеми сучасної психології. 2014. Вип. 25. С.638—651. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Pspl_2014_25_51 (дата звернення: 18.09.2017).

384. Шевандрин Н. И. Психодиагностика, коррекция и развитие личности. М. : Владос, 1998. 512с.

385. Шевченко Н. Ф. Становлення професійної свідомості практичних психологів у процесі фахової підготовки: монографія. К.: «Міленіум», 2005. 298 с.

386. Шеннон Р. Ю. Имитационное моделирование систем – искусство и наука : пер. с англ. // под ред. Е. К. Масловского. М. : Мир, 1978. 418 с.

387. Шинаев Н. Н., Акжигитов Р. Г., Волкова Н. П. Атипичный нейрорептик сероквель: возможности применения в клинике пограничных психических расстройств / Психиатрия и психофармакотерапия. М., 2004. Т. 6. № 3. С. 17—19.

388. Шмелев А. Г. Психодиагностика личностных черт. СПб. : Речь, 2002. 473с.

389. Шнейдер К. Ценности, которые мы выбираем // Новый мир. 1994. № 8. С. 56—59.

390. Шнейдер Л. Б. Личностная, гендерная и профессиональная идентичность: теория и методы диагностики. М.: Московский психолого-социальный институт, 2007. 128 с.

391. Шостром Э. Анти-Карнеги или Человек-манипулятор. Минск : ТПЦ «Полифакт», 1992. С. 93—107.

392. Штофф В. А. Роль модели в познании. Л. : Изд-во Ленингр. ун-та, 1963. 128 с.

393. Щекатунова Г. Д. Теоретико-методологічні основи моделювання освітніх систем // Моделі розвитку сучасної української школи : матеріали Всеукр. наук.-практ. конф. 11-13 жовтня 2006 р., Черкаси – Сахнівка. К. : СПД Богданова А. М., 2007. С. 32—38.

394. Эйдемиллер Э. Г. Семейная психотерапия у подростков при психопатиях, акцентуациях характера, невротизмах и невротизмоподобных состояниях : методические рекомендации. М. : МЗ СССР, 1980. 27 с.

395. Эмоциональный стресс в этиологии и патогенезе психических и психосоматических заболеваний // под ред. Н. Е. Бачериков, Н. П. Воронцов, П. Т. Петрюк, А. Я. Цыганенко. Х. : Основа, 1995. 275 с.
396. Юдин Б. Г. Здоровье: факт, норма и ценность / Мир психологии. 2000. № 1. С. 54—68.
397. Юдіна О. М. Психологічні особливості формування емпатійності майбутніх лікарів: автореф. дис. ... канд. психол. наук : 19.00.01.; Ін-т психології ім. Г. С. Костюка АПН України. К., 2004. 17 с.
398. Юнг К. Г. Психологические типы // Психология индивидуальных различий; под ред. Ю. Б. Гиппенрейгер, В. Я. Романова. М., 1982. С. 199—218.
399. Яковенко С. І. Психічна стійкість військовослужбовців до впливу екстремальних чинників. К. : Вид-во КВГІ, 1997. 65 с.
400. Ялом И. Теория и практика групповой психотерапии. Спб. : Изд-во «Питер», 2000. 640 с.
401. Ялтонский В. М. Копинг-поведение здоровых и больных наркоманией : дисс. докт. ... мед. наук. : 19.00.04. СПб., 1995. 396 с.
402. Ялтонский В. М., Сирота Н. А. Личностный контроль как копинг-ресурс больных наркоманией // Обзор. психиатр, и мед ; психол. им. В. М. Бехтерева. 1994. В. 4. С. 103—105.
403. Яньшин П. В. Практикум по клинической психологии. Методы исследования личности. СПб. : Питер, 2004. 336 с.
404. Ясвин В. А. Образовательная среда: от моделирования к проектированию. М. : Смысл, 2001. 365 с.
405. Яценко Т. С. Теорія і практика групової психокорекції. К. : Вища школа, 2004. 679 с.
406. Allport G. W. Personality // A psychological interpretation. N.Y.: Holt, 1964. 312 p.
407. Amirkhan J. H. Seeking person-related predictors of coping: Exploratory analyses // Eur. J. Pers. 1994. V. 4. № 1. P. 13—30.
408. Arnd-Caddigan M. M. Somatoform disorders and history of Abuse // J. of Social Work. 2006. №6(1). P. 21—31.
409. Aronson K., Barret L., Quigley K. Feeling your body or feeling badly: Evidence for the limited validity of the somatosensory amplification scale as an index of somatic sensitivity // J. of Psychosom. Res. 2001. №51. P. 387—394.
410. Arnd-Caddigan M. Somatoform disorders and history of Abuse // J. of Social Work. 2006. №6(1). P. 21—31.
411. Arnold V. B. An excitatory theory of emotion // Feelings and emotions. The Mooseheart Sympos. New York: McGraw-Hill, 1950. P. 11—33.
412. Aronson K. K., Barret L. M., Quigley K. C. Feeling your body or feeling badly: Evidence for the limited validity of the somatosensory amplification scale as an index of somatic sensitivity // J. of Psychosom. Res. 2001. №51. P. 387—394.
413. Bach M. E., Nitzinger D. O., Hartl L. M. Comorbidity of anxiety disorders and hypochondriasis considering different diagnostic system // Compr. Psychiatry. 1996. №1. P. 62—67.
414. Bach M. M., Nitzinger D. O., Hartl L. T. Comorbidity of anxiety disorders and hypochondriasis considering different diagnostic system // Compr. Psychiatry. 1996.

№1. P. 62—67.

415. Baker J. T. Stress appraisals and coping with everyday hassles // *Progr. Reversal Theory*. Amsterdam, 1988. P. 117—128.

416. Bandura A. C. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change // *Psychological Review*. 1977. V. 84. P. 191—215.

417. Bandura A. E. *Social Foundation of Thought and Action: A social-cognitive theory*. Englewood. N. Y.: Prentice-Hall, 1986. P. 124—145.

418. Barsky A. J. The patient with hypochondriasis. // *N. Engl. J. Med.*, 2001. Vol. 345. №19 P. 134—167.

419. Barsky A. J. The patient with hypochondriasis. *Med*. 2001. №19. 345 p.

420. Barsky A. J., Ahern D. K., Bailey E. D., Sainform R., Liu E.B., Peekna H. M. Hypochondriacal patients' appraisal of health and physical risks. // *Am. J. Psychiatry* 2001(may). P. 158—178.

421. Barsky A. J., Ahern D. K. Cognitive behavior therapy for hypochondriasis: a randomized controlled trial. *JAMA*, 2004. P. 1464—1470.

422. Barsky A. J., Fama J. M., Bailey E. D., et al. A prospective 4- to 5-year study of DSM-III-R hypochondriasis. *Arch Gen Psychiatry*, 1998. P. 37—44.

423. Barsky A. J., Klerman J. L. Overview: Hypochondriasis, Bodily Complaints and Somatic Style // *American J. of Psychiatry*. 1983. №3. P. 273—283.

424. Barsky A. J., Wyshak H. C., Klerman G. L. Psychiatric comorbidity in DSM-III-R hypochondriasis // *Arch. Gen. Psychiatry*. 1992. №49. P. 101—108.

425. Barsky A. J., Ahern D. K., Bailey E. D., Sainform R., Liu E. B., Peekna H. M. Hypochondriacal patients' appraisal of health and physical risks. // *Am. J. Psychiatry* 2001(may); 158(5). P. 783—798.

426. Barsky A. J., Ahern D. K. Cognitive behavior therapy for hypochondriasis: a randomized controlled trial // *JAMA* 2004; 291. P. 1464—1470.

427. Barsky A. J., Fama J. M., Bailey E. D., et al. A prospective 4- to 5-year study of DSM-III-R hypochondriasis // *Arch Gen Psychiatry* 1998. P. 737—744.

428. Barsky A. J., Wyshak G. M., Klerman G. L. Psychiatric comorbidity in DSM-III-R hypochondriasis // *Arch. Gen. Psychiatry*, 1992. №49. P. 101—108.

429. Barsky A. J., Klerman J. L. Overview: Hypochondriasis, Bodily Complaints and Somatic Style // *American J. of Psychiatry*. 1983. №3. P. 273—283.

430. Beck A. T., Ward C. H., Mendelson M. M., Mock J. E., Erbaugh M. J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*, 1961. P. 61—71.

431. Beck A. T., Ward C. H., Mendelson M.M., Mock J. C., Erbaugh J. M. An inventory for measuring depression // *Arch Gen Psychiatry*, 1961, 4 (6). P. 561—71.

432. Billings A. G. The role of coping responses and social resources in attenuating the stress of life events // *J. of Behavioral Medicine*. 1981. № 4. P. 139—157.

433. Bornstein R. F., Gold S. H. Comorbidity of personality disorders and somatization disorder: A meta-analytic review // *J. of Psychopathol. and Behav. Assessment*. 2008. №30. P. 154—161.

434. Bornstein R. F., Gold S. H. Comorbidity of personality disorders and somatization disorder: A meta-analytic review // *J. of Psychopathol and Behav Assessment*, 2008. №30 P.154—161.

435. Bouman T. K., Visser S. E. Cognitive and behavioral treatment of

- hypochondriasis // Psychotherapy. Psychosom. 1998. № 67. P. 214—221.
436. Bouman T. K., Visser S. M. Cognitive and behavioral treatment of hypochondriasis // Psychotherapy. Psychosom. 1998. № 67. P. 214—221.
437. Braun-Galkowska M. Psychologia domowa. Lublin : Wydawnictwo KUL, 2008. 476 p.
438. Breiman L. E. Classification and regression trees. Chapman & Hall, 1984. 358 p.
439. Buwalda F. M., Bouman T. K., Marijtje A. J. The Effect of a Psychoeducational Course on Hypochondriacal Metacognition // Cogn. Ther. Res., 2008. № 32. P. 689—701.
440. Callahan L. A., Silver E. M. Factors Associated with the Conditional Release of Persons Acquitted by Reason of Insanity: A Decision Tree Approach // Law and Human Behavior, 1998. V. 22, № 2. P. 147—164.
441. Carver C. S. Assessing coping strategies: A theoretically based approach // J. of Personality and Social Psychology. New York, 1989. V. 56. № 2. P. 267—283.
442. Cohen S. M. Measuring stress. A guide for health and social scientists. New York; Oxford: Oxford University Press, 1995. 256 p.
443. Cohen S. M., Edwards J. R. Personality characteristics as moderators of the relationship between stress and disorder // Advances in the investigation of Psychological Stress, John Wiley and Sons. New York, 1988. P. 125—147.
444. Coyne J. C., Aldwin C. M. and Lazarus R. S. Depression and Coping in stressful episodes // Journal of Abnormal Psychology. 1981. 90. P. 439—447.
445. Coyne J. C., Lazarus R. S. Cognitive style, stress perception and coping // Handbook of stress and anxiety. Schlesinger. 1980. P. 144—158.
446. Creed F. E., Barsky A. A. Systematic review of the epidemiology of somatization disorder and hypochondriasis. // J. Psychosom Res. 2004. P. 391—408.
447. De Wall M. et al. Somatoform disorders suggest psychiatric treatment need // Br. J. Psychiatry, 2004. P. 470—476.
448. Demopulos C. C., Fava M. M., Alpert J. E., Nierenberg A. A., Rosenbaum J. F. Hypochondriacal concerns in depressed outpatients // Psychosom. Med. 1996. №4. P. 314—320.
449. Dise-Lewis J. E. The Life Events and Coping Inventory: An assessment of stress in children // Psychosomatic Medicine. 1988. V. 50. P. 484—499.
450. Dunbar F. C. Emotions and bodily changes. New York, 1954. 143 p.
451. Dupre E. F. Les cenestopathies // Encephale. 1907. №2. P. 616—631.
452. Edelman R. J. Anxiety: Theory, research and intervention in clinical and health psychology. New York: Wiley, 1992. 366 p.
453. Ehrenwald H. A. Versuche zur Zeitauffassung des Unbewussten Arche [Text] / H. Ehrenwald // Psychologie. H. 1-2. Leipzig, 1958. 213 p.
454. Elderkin V. A. Narratives of Somatizing and non-somatizing Patients in Primary Care Setting // Journal of Health psychology. 1998. Vol. 3. Number 35. P. 62—71.
455. Endler N. S. Coping Inventory for Stressful Situations (CISS): Manual. Toronto: Multi-Health Systems, 1990. P. 123—156.
456. Ericson E. M. Identity: Youth and crisis. New York: Norton, 1968. P. 28—56.
457. Escobar J. E., Rubio-Stipec M. C., Canino G. K. et al. Somatic Symptom Index (SSI): a new and abridged somatization construct // Prevalence and epidemiological correlates in two large community samples. J. Nerv MentDis, 1989. P. 140—146.

458. Escobar J. I., Burnam M. A., Karno M. M. Somatization in the Community // Arch Gen Psychiatry 1987; 44 (8): 713—780.
459. Fallon B. A., Altamash Q. I., Schneier F. R. et al. An Open Trial of Fluvoxamine for Hypochondriasis // Psychosomatics. 2003. № 44. P. 298—303.
460. Fallon B. A. Hypochondriasis and its relationship to obsessive-compulsive disorder // Psychiatr. Clin. North. Am. 2000. Sep; V. 23. №3. P. 605—609.
461. Faravelli C. E., Salvatori S. M., Galassi F. E., Aiazzi L. C., Drei C., Cabras P. Epidemiology of somatoform disorders: a community survey in Florence // Social Psych, and Psychiatric Epidem, 1997; 32. P. 24—29.
462. Fink P. E., Ombol E. M., Toft T. E., Sparle K.C., Frostholm L., Olesen F. A new empirically established hypochondriasis diagnosis // Am. J. Psychiatry, 2004. P. 680—691.
463. Fisher S. E. Stress and strategy. London: Erlbaum, 1986. 272 p.
464. Folkman S. An analysis of coping in a middle-age-community sample // J. of Health and Social Bchavior. 1980. V. 21. P. 219—239.
465. Folkman S., Lazams R. S., Delongis A., Groen R. J. Appraisal, coping, heals status, and psychological symptoms. // J. Personal, and Soc. Psychol. 1986. № 50. P. 571—579.
466. Folkman S., Lazarus R. S. Coping as a mediator of emotion // Journal of Personality and Social Psychology. 1984. V. 54. P. 466—475.
467. Folkman S., Lazarus R. S. If it changes, it must be a process: a study of emotion and coping during three stages of a college examination // Journal of Personality and Social Psychology. 1985. P. 150—170.
468. Frankl V. E. Der Mensch vor der Frage nach dem Sinn. Munchen: Piper, 1979. 309 p.
469. Frijda N. H. The emotions. Cambridge and New York: Cambridge University Press, 1986. 544 p.
470. Glatzel J. Leibgefiihlsstorungen bei endogenen Psychosen // Schizonhrenie und Ziclothymie. Stuttgart, 1969. P. 163—176.
471. Glatzel J. Larvierte Depressionen. Stuttgart: Hippokrates, 1971. 256 p.
472. Goodman W. K., Kozak M. J., Liebowitz M. R., White K. L. Treatment of oCd with fluvoxamine. A multicentre double-blind, placebo-controlled trail // Int. Clin. Psychopharmacol. 1996. №11. P. 21—29.
473. Greeven A., van Balkom A. J. L. M., Visser S. et al. Cognitive Behavior Therapy and Paroxetine in the Treatment of Hypochondriasis: a randomised Controlled trial // Am. J. Psychiatry., 2007. №164. P. 91—99.
474. Gupta M. M., Gupta A. M. The Use of Psychotropic Drugs in Dermatology // Dermatol Clin. 2000. P. 711—725.
475. Gureje O., Ustiin T. B., Simon G. E. The syndrome of hypochondriasis: a cross-national study in primary care // Psychol. Med., 1997. P. 101—107.
476. Hansen M. S., Fink P., Frydenberg M., Oxhoj M., Sondergaard L., Munk-Jorgensen P. Mental disorders among internal medical inpatients: prevalence, detection and treatment status // J. Psychosom. Res, 2001(apr); 50(4). P. 199—204.
477. Hartman H. E. Ego Psychology and the Problem of Adaptation // Organization and Pathology of Thought. N. Y., 1961. P. 343—365.
478. Heim E. M. Coping und Adaptivitat: Gibt es geeignetes oder ungeeignetes Coping, Psychother., Psychosom., med. Psychol. 1988. № 1. P. 8—17.
479. Her Rachel S. Aromatherapy Facts and Fictions: A Scientific Analysis of

- Olfactory Effects on Mood, Physiology and Behavior : англ. // International Journal of Neuroscience. 2009. Vol. 119, P. 263—290.
480. Hiller W., Reif W., Fitcher M. M. Dimensional and categorical approaches to hypochondriasis // Psychol. Med., 2002. №32. P. 707—718.
481. Hiller W. Differentiating hypochondriasis from panic disorder // J. Anxiety Disord. 2005. V. 19. №1. 29—49.
482. Holovacs J. E. Computer modelling of characteristics of structures with short periods: proc. 4th inter. Conf // Applied Informatics. EgerNoszvaj (Hungary), 1999. P. 51—57.
483. Horowitz M. Coping with grim news from genetic tests // Psychosomatics. 2001. V. 42. P. 100—105.
484. Huber G. Indizien für die Somatosehypothese bei den Schizophrenien // Fortschr. Neurol. Psychiat. 1976. Bd.44, № 3. P.77—94.
485. Huber G. Die coenasthetische Schizophrenie // Fortschr. Neurol. Psychiat. 1957. V.25. P.491—520.
486. Kass G. V. An exploratory technique for investigating large quantities of categorical data // Applied Statistics, 1980. P. 119—127.
487. Katon W, Lin E, Von-Korff M. Et al. Somatization, a spectrum of severity // Amer J Psychiatry 1991; 148 (1). P. 34—110.
488. Kellner R. Somatization and hypochondriasis. New-York, 1986. P. 319—324.
489. Kellner R., Slocumb J., Wiggins R. G., Abbott P. J., Winslow W. W., Pathak D. Hostility, Somatic Symptoms, and Hypochondriacal Fears and Beliefs //J. Nerv. Ment. Disease. 1985. №9. P. 554—560
490. Kormos J., Csizer K. The interaction of motivation // Self-regulatory strategies and autonomous learning behavior in different learner groups. TESOL Quarterly, 48 (2). P. 275—299.
491. Kenyon F. E. Hypochondriasis: a survey of some historical, clinical, and social aspects // Br. J. of Med. Psychol. 1965. №38. P. 117—133.
492. Kirmayer L. J., Robbins J. M. Three forms of somatization in primary care: prevalence, cooccurrence, sociodemographic characteristics // J. Nerv. Ment. Disease. 1991. №11. P.647—655.
493. Kleist K. E. Fortschritte der Psychiatrie // Frankfurt am Main: Kramer, 1947. 21p.
494. Klimov E. A. The Accuracy and Truth of Knowledge and a Technological Intention in Psychology // A journal of translations. July/august, 1991. (0,7 п.л.)
495. Krahn L. E., Bostwick M. J., Stonnington M. C. Looking Toward DSM-V: Should Factitious Disorders Become a Subtype of Somatoform disorders? // Psychosomatics. 2008. №49. P. 277—282.
496. Kroenke K. E., Spitzer R. L., Williams J. B. The PHQ-15: validity of a new measure for evaluating the severity of somatic symptoms // Psychosom Med. 2002. P. 258—266.
497. Kroenke K. E., Swindle R. C. Cognitive-behavioral therapy for somatization and symptom syndromes: a critical review of controlled clinical trials // Psychother. Psychosom. 2000. № 69. P. 205—215.
498. Ladwig K. H., Marten-Mittag B., Erazo N., Gundel H. Identifying somatization disorder in a population-based health examination survey: psychosocial burden and gender differences. // Psychosomatics. 2001. P. 511—580.

499. Lazarus R. S. and Folkman S. Transactional theory and research on emotions and coping // *European journal of personality*. 1987. P. 141—169.
500. Lazarus R. S. and Launier R. Stress-Related Transactions between Person and Environment // *Perspective in International Psychology* N. Y: Plenum, 1978. P. 287—327.
501. Lazarus R. S. Coping theory and research: Past, present, and future // *Psychosomatic Medicine*. 1993. V. 55. P. 234—47.
502. Lazarus R. S. Emotion and adaptation. New York; Oxford: Oxford University Press, 1994. 72 p.
503. Lazarus R. S. Fifty years of research and theory of R. S. Lazarus (An analyses of historical and perennial issues). New York, 1998. P. 29—45.
504. Lazarus R. S. Progress on a cognitive motivational-relational theory of emotions // *American Psychologist*. 1991. V. 46. P. 819—837.
505. Lazarus R. S. Psychological stress and coping in aging // *American Psychologist*. 1983. № 38. P. 245—254.
506. Lazarus R. S. Psychological stress and the coping process. Me-Graw Hill, № 4, 1996. 29 p.
507. Lazarus R. S., Folkman S. Stress, Appraisal and Coping. N. Y., 1984. 218 p.
508. Leibbrand R., Hiller W., Fichter M. M. Hypochondriasis and somatization: two distinct aspects of somatoform disorders? // *J. Clin. Psychol*. 2000. №56. P. 63—72.
509. Leonhard K. Aufteilung der endogenen Psychosen // *Akademie-Verlag GmbH* – Berlin, 1957. 526 p.
510. Lesse S. The multivariant masks of depression // *Am. J. Psychiatry*. 1968. Vol. 124, N 1. P. 35—40.
511. Lipowski Z. J. Somatization: the experience and communication of psychological distress as somatic symptoms // *Psychother. Psychosomatics*. 1987. Vol. 47. P. 160—167
512. Lopes J. J. Depressive equivalents in: Masked depression. Stuttgart, 1973, P. 97—112.
513. Mai F., Merskey L. I. Briquet's treatise of hysteria // *Arch. Gen. Psychiatry*. 1980. №37. P. 1401—1405.
514. Maillouz J., Brenner L. Somatosensory amplification and its relationship to heartbeat detection ability // *Psychosomatic medicine*. 2002. № 64. P. 353—357.
515. Martis R. J. Application of higher order cumulants to ECG signals for the cardiac health diagnosis // *Annual International Conference of the IEEE Engineering in Medicine and Biology Society*, 2011. P. 1697—1700.
516. Maslow A. H. The farther reaches of human nature. Harmondsworth: Penguin, 1976. XXII. 407 p.
517. Mathes B.M. Cyberchondria: Overlap with health anxiety and unique relations with impairment, quality of life, and service utilization. // *Psychiatry Res*. 2018 Mar; 261: 204-211. doi: 10.1016 / j.psychres.2018.01.002. Epub 2018 Jan 3.
518. Mayou R., Kirmayer L. J., Simon G., Kroenke K., Sharpe M. Somatoform Disorders: Time for a New Approach in DSM-V // *Am. J. Psychiatry*. 2005. №162. P. 847—855.
519. McClure E. B., Lilienfeld S. O. Personality traits and health anxiety // In G.J.G. Amundson, S. Taylor and B.J. Cox (Eds), *Health Anxiety*. Chichester: John Wiley, 2001. P. 65—91.
520. Merskey H. Pain disorder, hysteria or somatization. *Pain Res Manag*. 2004.

№9(2). P. 67—71.

521. Montgomery S. A., Asberg M. A new depression scale designed to be sensitive to change. *Br J Psychiatry*, 1979. P. 382—390.

522. Muller J. E., Wentzel I, Nel D. G, Stein D. J. Depression and anxiety in multisomatoform disorder: prevalence and clinical predictors in primary care. *S. Afr Med. J.* 2008; 98 (6). P. 473—478.

523. Murphy L. B. The widening world of childhood. New York Basic Books, 1962. 134 p.

524. Murphy L. B., Moriarity A. Vulnerability, Coping and Growth. New Haven: Yale University Press, 1976. P. 223—261.

525. Murphy L. Coping vulnerability and residence in childhood – coping and adaptation. N. Y., 1974. 258 p.

526. Nacano K. Coping strategies and psychological Symptoms in Japanese Samples // *J. clin. Psychol.* 1991. V. 47. № 3. P. 346—350.

527. Nakano K. The role of coping strategies on psychological and physical well-being // *J. of Psychol. Res.* 1991a. V. 33. № 4. P. 160—167.

528. Nijenhuis E. R. Somatoform dissociation: Major symptoms of dissociative disorders in the 19th and 20th Century // *J. Traum. Dissoc.* 2000. № 1 (4). P. 7—32.

529. Noyes R. Jr. Comorbidity of generalized anxiety disorder // *Psychiatr. Clin. North Am.* 2001 (mar); 24 (1). P. 41—55.

530. Noyes R. Jr., Stuart S.P., Watson D. D., Langbehn DR. Distinguishing between hypochondriasis and somatization disorder: a review of the existing literature // *Psychother Psychosom*, 2006; 75 (5). P. 270—81.

531. Noyes. R. Jr., Stuart S. P., Watson D. D. A Reconceptualization of the Somatoform Disorders // *Psychosomatics*. 2008. Vol. 49. P. 14—22.

532. Noyes R. Hypochondriacal concerns in panic disorder and major depressive disorder: a comparison // *Int. J. Psychiatr. Med.* 2004. V.34. № 2. P.143—154.

533. Paunescu-Podeanu A. Probleme vechi i noi de terapéutica medicala // Bucuresti: Editura Medicala. 1973. 355 p.

534. Perrez M. Stress and Coping with stress in the Family // *Forschungsbericht. Psychologisches Institut. Universitat Freiburg (Schweiz)*, 1994. P. 234 —250.

535. Pickering Th. The effects of occupational stress on blood pressure in men and women // *Acta Physiol. Scand. Suppl.* 1997. V. 161, Suppl. № 640. P. 125—128.

536. Pilowsky I. Primary and secondary hypochondriasis // *Acta Psychiatr. Scand.* 1970. Vol. 46. P. 273—285.

537. Plutchik R., Conte H. R. Circumflex Models of Personality and Emotions: Edited by R. Plutchik and H. R. Conte. 1997. 484p.

538. Preisig M., Merikangas K.R., Angst J. Clinical significance and comorbidity of subthreshold depression and anxiety in community // *Acta Psychiatr. Scand.* 2001. Vol. 104. P. 96—103.

539. *Psychiatr. Scand.* 2001. Vol. 104. P. 96—103.

540. Rief W., Shaefer S., Hiller W., Fichter M. M. Lifetime diagnoses in patients with somatoform disorders: which came first. *Ene Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1992; (4). P. 236—310.

541. Rief W., Hessel A., Elmar Braehler E. Somatization Symptoms and Hypochondriacal Features in the General Population. // *Psychosomatic Medicine*.

Vol. 63. 2001. P. 595—602.

542. Robbins G. M., Kirmayer L. J. Cognitive and social factors in somatization // *Current Concepts of Somatization: Reserch and Clinical Perspectives*. 1991- Washington: American Psychiatryc Press Inc., 1993. P. 107—141.

543. Savenkova I. Prognostic manifestations of reactive and personal anxiety in patients with psychosomatic diseases // *Engineering in Medicine and Biology Society, EMBC*, 2012. P. 1697—1700.

544. Saxe G. N., Chinman G., Berkowitz R., Hall K., Lieberg G., Schwartz J. van der Kolk B. A: Somatization in patients with dissociative disorders // *Am. J. Psychiat.* 1994. №151. P. 1329—1334.

545. Schilder P. *The Image and appearance of the human body*. New York: International Universities Press, 1950. 353 p.

546. Schmidt A. J. Bottlenecks in the diagnosis of hypochondriasis. // *Compr Psychiatry*, 1994 Jul-Aug; 35(4). P. 306—315.

547. Schmidt N. B., Teich M. J., Joiner T. E. Jr. Factors influencing health perceptions in patients with panic disorder. *Compr Psychiatry* 1996; 37 (4). P. 253—260.

548. Schneider K. *Klinische Psychopathologie*. Stuttgart: G. Thieme Verlag, 1962. P. 145—167.

549. Serra G., Forgione A. et al. Possible mechanism of antidepressant effect of L – sulpiride. *Clin Neuropharmacol* 1990; 13(1). P. 76—83.

550. Shader R. I., Greenblatt D. J. Use of Benzodiazepines in Anxiety Disorders // *The New England J. of Medicine*, 1993. P. 139—181.

551. Sharpe M., Mayou R. Somatoform disorders: a help or hindrance to good patient care // *Brit J. Psychiatry* 2004. P. 465—479.

552. Shyyan O. International Experience and Ukrainian Approach in Health Promotion through Physical Education // *Prozdrowotny styl zycia – uwarunkowania społeczne*. Gdansk, 2005. P. 133—139.

553. Siegenthaler W., Aeschlimann A. Differential diagnosis in internal medicine. 2007. P. 19—21.

554. Smith G. C., Clarke D. M., Handrinos D., Dunsis A., McKenzie D. P. Consultation-liaison psychiatrists' management of somatoform disorders. // *Psychosomatics*. 2000 (nov-dec); 41 (6). P. 481—498.

555. Starcevic V., Lipsitt D. R. *Hypochondriasis. Modern perspectives on an ancient malady* Oxford University Press, 2001. 402 p.

556. Stuart S., Noyes R. Treating hypochondriasis with interpersonal psychotherapy // *J. of Contemporary Psychotherapy*. 2005. №35. P. 269—283.

557. Sumathipala A. What is the Evidence for the Efficacy of Treatments for Somatoform Disorders? A Critical Review of Previous Intervention Studies // *Psychosom. Med*. 2007. № 69. P. 889—900.

558. Tarter R. E. Evaluation and treatment of adolescent substance abuse: A decision tree method // *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 1990. V. 16 P. 12 – 46.

559. Thompson S. A., Duncan J. S., Smith S. J. M. Partial seizures presenting as panic attacks // *Br. Med. J.* 2000. № 321. P. 1002—1003.

560. Wearden A., Perryman K., Ward V. Adult attachment, reassurance seeking and hypochondriacal concerns in college students // *J. of health psychology* 2006. №11 (6). P. 877—886.

561. Weick H. Psychovegetative Allgemeinstörungen in der Sprechstunde // Med. Welt. 1974. №5 (8). P. 295—298.
562. Weitbrecht H. J. Depressive und Manische endogene Psychosen // In: Psychiatrie der Gegenwart, 1972. Bd. 11/1. P. 83—140
563. Winkler D., Pjrek E., Heiden A, Wiesegeger G. Et al. Gender differences in the psychopathology of depressed inpatients // European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience. 254(4). P. 209—214.
564. Zimmermann H. J. Fuzzy Set Theory – and its Applications. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, 1996. 315 p.

ДОДАТКИ

Додаток А

Авторський психодіагностичний опитувальник схильності особистості до іпохондричних розладів

1. Чи подобається вам розмовляти про своє здоров'я із близькими людьми чи колегами пороботі? (2 бали; 0 балів)
2. Чи вірите ви у результативність лікувальної терапії? (2 бали; 0 балів)
3. Чи вважаєте ви осінь порою року, при якій все живе помирає? (2 бали; 0 балів)
4. За вашими переконаннями, чи є заняття спортом травматизмом? (2 бали; 0 балів)
5. Чи є для вас обов'язковим предметом медикаментозна аптечка, без якої ви не виходите з дому? (2 бали; 0 балів)
6. Чи випиваєте ви воду з-під крана у випадку несамовитої спраги? (0 балів; 2 бали)
7. Чи є властиве вам хвилювання через наявність незначної припухлості на шкірі та причиною відвідин до лікаря? (2 бали; 0 балів)
8. Купуючи продукти на ринку, ви їх перевіряєте на смак? (0 балів; 2 бали)
9. Чи вживаєте ви фрукти без первинної їх обробки та очистки від зовнішнього покриття? (0 балів; 2 бали)
10. Чи властиво вам взимку вийти на вулицю без головного убору? (0 балів; 2 бали)
11. Ви завжди маєте руки перед вживанням їжі та після її споживання? (2 бали; 0 балів)
12. Чи обмежуєте ви вживання кави тому, що цей напій шкідливий для здоров'я? (2 бали; 0 балів)
13. Чи викликає у вас відчуття небезпеки факт присутності у будинку домашньої тваринки? (2 бали; 0 балів)
14. Роздумуючи про різні захворювання, ви асоціюєте їх із перенесенням на собі? (2 бали; 0 балів)
15. Чи викликає у вас неприємні емоції сам факт існування хвороб? (2 бали; 0 балів)
16. Чи знайоме вам відчуття огиди під час перебування на громадських берегах відпочинку (пляжах)? (2 бали; 0 балів)
17. Чи вважаєте ви, що вітаміни не приносять значимої користі? (0 балів; 2 бали)
18. Чи використовуєте ви алкогольні препарати заради дезінфекції організму чи речей домашнього вжитку? (2 бали; 0 балів)
19. Чи подобається вам перебувати на морозі? (0 балів; 2 бали)

20. На вашу думку, чи можливо заразитись бідь-яким захворюванням у лазнях загального користування? (2 бали; 0 балів)
21. Чи існує висока ймовірність, стоячи в черзі до лікаря, інфікуватись будь-яким захворюванням? (2 бали; 0 балів)
22. Чи ігноруєте ви зазвичай болеві симптоми (головний біль, спазми у шлунку тощо)? (0 балів; 2 бали)
23. Чи часто ви відчуваєте біль у серці та н7авколосерцевій ділянці? (2 бали; 0 балів)
24. Чи переймаєтесь ви наявністю запаморочення і час від часу контролем АТ? (2 бали; 0 балів)

Висока кількість балів свідчить про іпохондричну схильність у досліджуваного.

Від 0 до 10 балів – даний результат говорить про відсутність схильності до іпохондричного розладу. У деяких випадках може означати, що вам слід приділяти більше уваги своєму фізичному здоров'ю.

Від 11 до 20 балів – означає низьку схильність до захворювання. Такий результат тесту може говорити про те, що ви усвідомлюєте важливість медичних обстежень і відповідально ставитеся до свого здоров'я.

Від 21 до 30 балів – така кількість балів означає сильну стурбованість перед можливими захворюваннями, що свідчить на користь високої схильності до іпохондрії.

Від 31 до 48 балів – означає високу ймовірність наявності однієї з форм іпохондричного синдрому. Щоб підтвердити або спростувати цей факт, вам необхідно звернутися до фахівця.

Додаток Б

Карта первинного огляду хворого

ППП _____
 Рік народження _____
 Дата заповнення _____
 Чи знаходиться на обліку у психіатра _____
 Анонімне звернення _____
 Адреса _____
 Хто звернувся: дитина, дорослий, представники навчального закладу чи інші (підкреслити) _____
 Діагностичні категорії: _____
 Скарги _____
 Генетичний анамнез (спадковість) _____
 Сімейний анамнез _____
 Психологічна характеристика сім'ї _____
 Актуальність матеріальних проблем для сім'ї _____

Генограма сім'ї _____

Анамнез захворювання _____

Наркологічний анамнез _____

Ресурси та позитивні особливості людини _____

Соматичний статус, включаючи оцінку статевого розвитку _____

Неврологічний статус _____

Сензитивність _____

Опорно-рухова сфера _____

Тремор _____

Стан зіниць _____

Психічний статус:

Свідомість _____

Поведінка та зовнішній вигляд _____

Емоційна сфера _____

Когнітивна сфера _____

Увага, пам'ять, мислення, інтелект _____

Наявність патопсихологічних симптомів _____

Критика власної поведінки _____

Суїцидальні наміри _____

Соціально-психологічна адаптація _____

Мотивація пацієнта до змін _____

Клінічний (психологічний) діагноз _____

Показники психологічного тестування _____

Підпис консультанта _____

Додаток В

МУЛЬТИМОДАЛЬНИЙ ОПИТУВАЛЬНИК ЖИТТЄВОЇ ІСТОРІЇ

ЗАГАЛЬНА ІНФОРМАЦІЯ

Дата _____

ППП _____

Адреса _____

Телефон: робочий _____ домашній _____

Вік _____ Професія _____ Стать _____ Ч _____ Ж _____

Дата народження _____

Місце народження: _____ Релігія: _____

Зріст: _____ Вага: _____ Ваша вага коливається? _____ Так _____ Ні _____

Якщо так, то як саме? _____

Чи є у вас сімейний лікар? _____ Так _____ Ні _____

Прізвище сімейного лікаря: _____ Телефон: _____

Хто направив вас на консультацію? _____

Сімейний склад (обрати одну позицію) _____ Не одружений(а) _____

Заручений(а) _____ Одружений(а) _____ Розлучений(а) _____

Вдівець(а) _____ Живу з громадському шлюбі _____

Вступив(а) в новий шлюб _____

Скільки разів ви були одружені _____

Ви живете в: _____ домі _____ кімнаті _____ квартирі _____ інше: _____

З ким ви живете (відмітьте все, що описує вашу ситуацію): _____ Один _____

З батьками _____ З друзями _____ З чоловіком (дружиною) _____

З коханцем _____ З дітьми _____ Інше _____

Роботу якого типу ви реалізуєте на даний момент часу _____

Чи задоволені ви цією роботою? _____ Так _____ Ні _____

Якщо ні, то поясніть, чому саме: _____

Ким ви працювали в минулому? _____

Чи отримували ви раніше психологічну консультативну допомогу? _____

_____ Так _____ Ні _____

Якщо так, то де і коли? _____

У вас були коли-небудь спроби суїциду? _____ Так _____ Ні _____

СІМЕЙНЕ І СОЦІАЛЬНЕ СТАНОВИЩЕ

Батько: _____

Ім'я _____ Вік _____ Професія _____ Здоров'я _____

Якщо помер, то вкажіть його вік у момент смерті: _____

Скільки вам було років? _____

Причина смерті: _____

Мати: _____

Ім'я _____ Вік _____ Професія _____ Здоров'я _____

Якщо померла, то вкажіть вік у момент смерті _____

Скільки вам було років: _____

Причина смерті: _____

Вік брата (братів) _____ Вік сестри (сестер) _____

Суттєві відомості про братів і сестер: _____

Якщо вас виховали не батьки, то хто? _____

Коли і в яких період вас виховували інші _____

Опишіть риси характеру вашого батька _____

Опишіть риси характеру вашої матері _____

Як саме вас у минулому виховували? _____

Опишіть відносини між батьками і дітьми у вас _____

Чи довіряєте ви своїм батькам? _____ Так _____ Ні _____

Чи люблять вас батьки? _____

Чи є у вас мачуха чи вічим? _____

Чи допомогли вам обрати батьки дружину (чи чоловіка)? _____

Якщо так, то як саме: _____

Шкільні успішні предмети _____

Шкільні неуспішні предмети _____

Ваша освіта _____

Згадайте щось з вашого дитинства _____

Щасливе дитинство _____ нестача друзів _____

Нешасливе дитинство _____ проблеми у школі _____

Емоційні проблеми _____ Фінансові проблеми _____

Поведінкові _____ Правові порушення _____

Релігійні переконання _____ Проблеми зі здоров'ям _____

Вживання алкоголю _____ Відчуженість _____

Суворі покарання _____ Сексуальне насилля _____

Глузування _____ Порушення харчування _____

Інше _____

Опис реальних проблем _____

Суть ваших основних проблем _____

Оцінка вашого стану: _____ Досить серйозні _____

Незначні _____ Травмуючі _____ Дуже серйозні _____

Примітивні _____ Занадто небезпечні _____

Коли розпочались ваші проблеми? _____

Що посилює ваші проблеми? _____

Що ви зробили для їх знищення? _____

Наскільки ви задоволені життям? _____

Зовсім не задоволений (а) _____

Задоволений(а) _____

Оцініть загальний рівень напруги за останній місяць? _____

Напружений(а) _____ Розслаблений(а) _____

Що ви очікуєте від консультації? _____

Чи вірите ви у терапію? _____

Як довго, на вашу думку, вам потрібне лікування? _____

Якими якостями, на вашу думку, має володіти психолог? _____

МОДАЛЬНИЙ АНАЛІЗ РЕАЛЬНИХ ПРОБЛЕМ

ПОВЕДІНКА

Зазначте ті види поведінки, які характерні саме для вас:

Переїдання: _____ Труднощі з концентрацією _____

Вживання наркотиків _____ Порушення сну _____

Невпевненість _____ Фобії _____ Ексцентрична поведінка _____

Безмірна трата коштів _____ Зловживання алкоголем _____

Постійна зміна роботи _____ Занадто важка робота _____

Безсоння _____ Відкладання справ «на потім» _____

Безмірний ризик _____ Проблеми з харчуванням _____

Спроби суїциду _____ Агресивна поведінка _____

Насилля _____ Плач _____ Паління _____

Спалахи люті _____ Вихід _____ Нервовий тик _____

Інше: _____

Якими особливостями таланту чи навичками ви володієте? _____

Що вам подобається робити? _____

Як ви проводите вільний час? _____

Які види хобі вам подобаються? _____

Чи важко вам отримувати задоволення від відпочинку? _____ Так _____ Ні

Якщо так, то поясніть, чому _____

Якби була можливість виконати два бажання, то що б ви загадали? _____

ПОЧУТТЯ

Зазначте ті відчуття, які ви найчастіше обираєте _____

Злість _____ Надія _____ Дратівливість _____

Безпорадність _____ Печаль _____ Спокій _____

Депресія _____ Ревнощі _____ Занепокоєння _____

Відчуття _____

нещастя _____ Страх _____ Нудьга _____

Паніка _____ Тривожність _____ Активність _____

Самотність _____ Заздрощі _____ Задоволення _____

Відчуття вини _____ Збудження _____ Відчуття щастя _____

Оптимізм _____ Конфліктність _____ Напруженість _____

Сором'язливість _____ Каяття _____ Відчай _____

Інше: _____

Перерахуйте основні свої види страхів:

1. _____
2. _____
3. _____

Які позитивні відчуття ви нещодавно відчули? _____

Що найбільш є вірогідним у разі втрати вами контролю? _____

Опишіть ситуації, коли ви почували себе спокійними _____

ФІЗИЧНІ ВІДЧУТТЯ

Зазначте фізичні відчуття, які характерні для вас: _____

Біль в шлунку _____ Глухуватість у вусі _____

Біль під час сечовипускання _____ Сльозливість _____

Менструальні проблеми _____ Прилив крові _____

Головний біль _____ Нудота _____ Запаморочення _____

Проблеми з шкірою _____ Сильне серцебиття _____ Сухість у

роті _____ Спазми у м'язах _____ Свербіж шкіри _____

Напруженість _____ Біль у грудній клітці _____

Статеві порушення _____ Часте серцебиття _____ Нездатність

зосередитись _____ Гидуватись дотику _____ Шлункові

розлади _____ Повне відключення _____ Гуркіт у

вухах _____ Інтенсивне потовиділення _____ Заціпеніння _____

Проблеми зі зором _____ Шлунковий біль _____ Проблеми зі

слухом _____ Втома _____ Судоми _____

Біль у спині _____ Тремор _____ Втрата свідомості _____

Інше: _____

Які відчуття вам приємні? _____

Які відчуття вам неприємні? _____

УЯВЛЕННЯ

Відмітьте, що характерно для вас? _____

Я вважаю себе:

Щасливим _____ Слабким _____ Стражденим _____

Невстигаючим _____ Безпорадним _____ Ображеним _____

Керівником _____ Який втратив контроль _____ Інше: _____

У мене бувають:

Приємні сексуальні образи _____ Спокусливі образи _____

Неприємні дитячі образи _____ Образи любові _____

Негативні тілесні уявлення _____ Інше: _____

Неприємні сексуальні образи _____ Образи самотності _____

Опишіть дуже приємні образи, уявлення, фантазії _____

Опишіть найнеприємніші образи, уявлення, фантазії _____

Як часто у вас бувають нічні жахи? _____

ДУМКИ

Відмітьте, що характерно для вас:

Хитрий _____ Неадекватний _____ Впевнений _____
 Сором'язливий _____ Фахівець чи аніматор _____ Дратівливий _____
 Спокійний _____ Честолюбний _____ Нігеліст _____ С
 ентиментальний _____ Наївний _____ Некомпетентний _____
 Вірний _____ Чесний _____ Надійний _____
 Тривожний _____ Який шкодує про скоєне _____ Конфліктний _____
 Нікудишній _____ Нікчемний _____ Порушення концентрації
 уваги _____ Безкорисливий _____ Проблеми з пам'яттю _____
 Злий _____ Симпатичний _____ Нездатний прийняти
 рішення _____ Асоціативний _____ Здатний до суїциду _____
 Тактовний _____ Ригідний _____ З відхиленням від норми _____
 З гарним почуттям гумору _____ Несимпатичний _____
 Небажаний _____ Працьовитий _____ Лінивий _____
 Ненадійний _____ Нечесний _____ Інше: _____
 Як ви вважаєте, які ваші думки чи ідеї занадто непристойні _____
 Чи переслідують вас якісь нав'язливі думки? _____
 _____ Так _____ Ні _____
 Що псує вам настрої? _____

Додаток Д

АНКЕТА

**НА ДОСЛІДЖЕННЯ ІПОХОНДРИЧНИХ ОСОБЛИВСТЕЙ ПОВЕДІНКИ
ОСОБИСТОСТІ В ПРОЦЕСІ ВИКОНАННЯ ПРОФЕСІЙНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ**

Розробник: Візнюк Інесса Миколаївна – кандидат психологічних наук, старший викладач кафедри психології та соціальної роботи Вінницького державного педагогічного університету імені Михайла Коцюбинського

Шановний респонденте, вас запрошують стати учасником дослідницького проекту, мета якого – виявлення особистісних особливостей, які сприяють психосоматичному здоров'ю. Ви були відібрані випадково як частина загальноукраїнської репрезентативної вибірки. Ваші відповіді будуть повністю конфіденційними – ніхто не дізнається, що саме ви відповіли. До того ж, немає правильних чи неправильних відповідей – ми просто хочемо дізнатися вашу думку, тобто можете відповідати так, як самі захочете. Результати дослідження будуть використовуватися тільки в узагальненому вигляді.

У перебігу проекту вам поставлять соціально-демографічні запитання та проведуть психодіагностичне дослідження стандартизованими професійними методиками. Уважно ознайомтесь з інструкцією кожного опитувальника та дійте відповідно до неї.

Ваша участь у дослідженні добровільна, не потребує від вас жодних матеріальних витрат, ніхто не отримає матеріальних винагород. У разі незручностей чи певного емоційного дискомфорту, пов'язаного з цим дослідженням, гарантуємо психологічну підтримку.

Результати будуть повідомлені вам після завершення програми, до їх публікації у наукових виданнях чи представлення на наукових конференціях.

Щиро дякуємо вам за участь у дослідженні!

ЧАС ПОЧАТКУ ІНТЕРВ'Ю _____ ГОДИН _____ ХВИЛИН
РОЗДІЛ 1. Соціально-демографічні запитання

П.І.П. _____

1. Стать респондента (чоловіча чи жіноча)? _____

2. Скільки років вам уже виповнилося? _____ років

3. Який ваш сімейний стан? Оберіть один цифровий варіант _____

Не одружений / Не заміжня	1	Розлучений / розлучена; удівець / вдова	3
Одружений / Заміжня; Живемо разом	2	Важко сказати / Не знаю	4

4. Яка у вас освіта? Оберіть один цифровий варіант _____

Початкова (менш ніж 7 класів)	1	Середня спеціальна (технікум тощо)	6
Неповна середня (менш ніж 10 класів)	2	Неповна вища (3 курси і більше)	7
РУ, ФЗУ, ПТУ після 7-8 класів	3	Вища без наукового ступеня	8
Повна середня, загальна (10-11 класів)	4	Вища з науковим ступенем	9
СПТУ, ПТУ після 10-11 класів	5	Важко сказати/ Не знаю	10

5. Ким ви вважаєте себе за національністю? Оберіть один цифровий варіант _____

Українець(ка)	1
Росіянин(ка)	2
Українець(ка), і росіянин(ка) (якщо респондент сам так визначає)	3
Інша національність	4
Важко сказати / Не знаю	5

6. Скажіть, до якої конфесії ви належите? Оберіть один цифровий варіант _____

Українська Православна Церква (Київський патріархат)	1	Мусульманська	7
Українська Православна Церква (Старослов'янський Патріархат)	2	Інша конфесія	8
Українська Автокефальна Православна Церква	3	Віруючий, але не належу до жодної конфесії	9
Греко-католицька Церква	4	Інша відповідь	10
Римо-католицька Церква	5	Невіруючий, атеїст	11
Протестантські християнські церкви	6	Важко сказати / не знаю	12

7. Не враховуючи вінчання, похорон та хрещення, як часто ви відвідуєте релігійні служби зараз? _____

частіше, ніж раз на тиждень	1	рідше, ніж раз на рік	6
раз на тиждень	2	ніколи, майже ніколи	7
раз на місяць	3	не знаю (не зачитувати)	8
тільки на релігійні свята	4	немає відповіді (не зачитувати)	9
раз на рік	5		

8. Який ваш основний рід занять? Оберіть один цифровий варіант _____

Робітник, сільськогосподарський робітник	1	Веду домашнє господарство	7
Службовець (заняття, що не потребує вищої освіти)	2	Знаходжуся на пенсійному відпочинку (за віком, за інвалідністю)	8
Спеціаліст (заняття, що потребує вищої освіти)	3	Навчаюся (учень, студент)	9
Військовий, службовець правоохоронних органів	4	Шукаю роботу (безробітний)	10
Зайнятий індивідуальною трудовою діяльністю	5	Інший	11
Підприємець, хазяїн своєї справи, фермер	6	Важко сказати/ Не знаю	12

РОЗДІЛ II. АНКЕТУВАННЯ

МЕТОДИКА №1 ОПИТУВАЛЬНИК МТЖЦ (МОРФОЛОГІЧНИЙ ТЕСТ ЖИТТЄВИХ ЦІННОСТЕЙ) *Діагностика ставлення до головних життєвих цінностей:*

Інструкція. Просимо оцінити ваші бажання і прагнення, які спонукають вас до певних дій, за 5-бальною шкалою, промовляючи фразу:

"Для мене зараз (ваша оцінка) ..."

- Якщо твердження НЕ МАЄ ЖОДНОГО ЗНАЧЕННЯ, поставте цифру "1"
- Якщо твердження МАЄ НЕВЕЛИЧКЕ ЗНАЧЕННЯ, поставте цифру "2"
- Якщо твердження МАЄ ПЕВНЕ ЗНАЧЕННЯ, поставте цифру "3";
- Якщо твердження ВАЖЛИВЕ, поставте цифру "4";
- Якщо твердження ДУЖЕ ВАЖЛИВЕ, поставте цифру "5".

Опитувальник МТЖЦ

1. Постійно підвищуєте свою професійну кваліфікацію
2. Вчитеся, щоб дізнаватися щось нове в досліджуваній галузі знань
3. Прагнете, щоб вигляд вашої оселі постійно змінювався
4. Спілкуватися з різними людьми, брати участь у громадській діяльності
5. Люди, з якими ви проводите вільний час, захоплюються тим же, що й ви.
6. Участь у спортивних змаганнях допомагала мені у встановленні особистих рекордів
7. Відчуваєте антипатію до інших
8. Маєте цікаву роботу, яка повністю поглинає вас
9. Створюєте щось нове в досліджуваній вами галузі знань
10. Ви прагнете бути лідером у родині
11. Не відстаєте від часу, цікавитеся суспільно-політичним життям
12. У своєму захопленні швидко досягаєте поставленої мети
13. Фізична підготовленість дозволяє надійно виконувати роботу, що дає хороший зарібок
14. Ви любите позлословити, коли у людей неприємності
15. Вчитися, щоб «не закопувати свій талант у землю
16. Разом з сім'єю відвідуєте концерти, театри, виставки
17. Застосовуєте свої власні методи в громадській діяльності
18. Перебуваєте членом будь-якого клубу за інтересами
19. Прагнете, щоб оточуючі помічали вашу спортивну підтягнутість
20. Чи не відчуваєте почуття досади, коли висловлюють думку, протилежну вашій
21. Винаходити, удосконалювати, придумувати нове в своїй професії властиво вам
22. Рівень вашої освіченості дозволяє відчувати себе впевнено в спілкуванні з різними людьми
23. Бажаєте вести такий спосіб сімейного життя, який цінується суспільством
24. Чи варто домагатися конкретних цілей, займаючись громадською діяльністю?
25. Чи допомагає ваше захоплення зміцнити ваше матеріальне становище
26. Фізична підготовленість робить вас незалежним в будь-яких ситуаціях
27. Сімейне життя виправляє деякі недоліки вашої натури
28. Знаходите внутрішнє задоволення від активного громадського життя
29. У вільний час створюєте щось нове, що раніше не існувало
30. Ваша фізична форма дозволяє вам впевнено спілкуватися у будь-якій компанії
31. Чи не відчуваєте ви хвилювання, коли комусь потрібно допомогти в біді?
32. Маєте приятельські стосунки з колегами по роботі
33. Вчитеся, щоб не відстати від людей вашого кола
34. Хочете, щоб мої діти випереджали у своєму розвитку однолітків
35. Хочете отримувати матеріальну винагороду за суспільну діяльність

36. Ваше захоплення підкреслює вашу індивідуальність
37. Чи варто розвивати свої організаторські здібності, займаючись громадською діяльністю?
38. Чи варто повністю зосередитися на своєму захопленні, проводячи вільний час за хобі?
39. Чи варто придумувати нові вправи для фізичної розминки?
40. Перед тривалою поїздкою завжди продумуєте, що взяти з собою
41. Яке враження ваша робота справляє на інших людей?
42. Чи варто отримати вищу освіту або вступити до аспірантури, одержати вчений ступінь?
43. Чи прагнете, щоб ваша сім'я мала дуже високий рівень матеріального добробуту?
44. Чи варто твердо відстоювати певну точку зору в суспільно-політичних питаннях?
45. Чи варто знати свої здібності в сфері хобі?
46. Чи варто отримувати задоволення навіть від важкого фізичного навантаження?
47. Чи варто уважно слухати співрозмовника, хто б він не був?
48. Чи варто у роботі швидко досягати поставленої мети?
49. Прагнете, щоб рівень вашої освіти допоміг би зміцнити ваше матеріальне становище
50. Чи варто зберігати повну свободу і незалежність від членів вашої сім'ї?
51. Чи дозволяє ваша активна фізична діяльність змінювати ваш характер?
52. Чи думаєте, коли у людей неприємності, то вони отримали по заслугах
53. Прагнете, щоб на роботі була можливість отримання додаткових матеріальних благ (премії, путівки, вигідні відрядження і т. п.)
54. Вчитися, щоб «не загубитися в натовпі»
55. Кидати щось робити, коли не впевнений у своїх силах
56. Прагнете, щоб ваша професія підкреслювала індивідуальність
57. Чи варто займатися вивченням нових вмінь у вашій професійній діяльності?
58. Вчитися, отримуючи при цьому задоволення
59. Постійно цікавитися новими методами навчання і виховання дітей в сім'ї
60. Чи варто, беручи участь у суспільному житті, взаємодіяти з досвідченими людьми?
61. Чи можливо завоювати повагу у людей завдяки своєму захопленню?
62. Чи варто завжди досягати намічених спортивних розрядів і звань?
63. Чи не варто кидати роботу, якщо немає впевненості в своїх силах?
64. Варто отримувати задоволення не від результатів роботи, а від самого процесу
65. Підвищувати рівень своєї освіти, щоб внести вклад в досліджувану дисципліну
66. Чи має для вас значення, хто лідер у родині?
67. Прагнете, щоб ваші суспільно-політичні погляди збігалися з думкою авторитетних людей?
68. Займаючись на дозвіллі улюбленою справою, детально продумуєте свої дії
69. Беручи участь у різних змаганнях, завоюєте будь-який приз, винагороду
70. Чи не варто говорити з наміром неприємні речі?
71. Чи можливо рівня освіти досягти з вашими здібностями, аби їх удосконалювати?
72. Чи варто у шлюбі бути завжди абсолютно надійним?
73. Чи прагнете ви, щоб життя вашого оточення постійно змінювалося?
74. Чи варто захоплюватися чимось у вільний час, спілкуючись з людьми?
75. Чи варто брати участь у спортивних змаганнях, щоб продемонструвати свою перевагу?
76. Чи не відчуватете внутрішнього протесту, коли вас не просять надати послугу?
77. Чи прагнете, ви щоб прийоми вашої роботи змінювалися?
78. Чи варто підвищувати рівень своєї освіти, щоб бути схожим на коло розумних і цікавих людей?
79. Чи прагнете ви мати чоловіка (дружину) з родини високого соціального становища?
80. Чи варто досягати поставленої мети в своїй громадській діяльності?
81. Чи варто у своєму захопленні створювати необхідні в житті речі (одяг, меблі, техніку)?

82. Фізична підготовка, зазвичай, надає свободу в рухах, створює відчуття особистої свободи
83. Навчитися розуміти характер дружини (чоловіка), щоб уникнути сімейних конфліктів
84. Бути корисним для суспільства
85. Чи варто вносити різні удосконалення у сферу хобі?
86. Чи прагнете, щоб серед членів вашої спортивної секції (клубу, команди) було багато друзів?
87. Уважно стежите за тим, як ви одягнений
88. Чи варто, щоб під час роботи постійно була можливість спілкуватися з товаришами по службі?
89. Чи варто, щоб рівень вашої освіти відповідав рівню освіти людини, чию думку ви цінуйте?
90. Чи варто, ретельно планувати своє сімейне життя?
91. Чи варто, займати таке місце в суспільстві, яке зміцнювало б ваше матеріальне становище?
92. Чи варто, щоб ваші погляди на життя виявлялися у вашому захопленні?
93. Чи варто займатися громадською діяльністю і вчитися переконувати людей щодо своєї точки зору?
94. Чи варто, щоб захоплення займало більшу частину вашого вільного часу?
95. Чи варто, щоб ваша вигадка виявлялася навіть у ранковій зарядці?
96. Ви завжди охоче визнаєте свої помилки?
97. Чи варто, щоб ваша робота була на рівні і навіть краще, ніж у інших
98. Чи варто, щоб рівень вашої освіти допоміг би вам зайняти бажану посаду
99. Чи варто, щоб чоловік (дружина) отримувала високу зарплату
100. Чи варто мати власні політичні переконання?
101. Чи варто, щоб коло ваших захоплень постійно розширювалося?
102. Чи варто мати, перш за все, реальне задоволення від досягнутих успіхів у спорті?
103. Чи не придумуєте ви зазвичай вагому причину, щоб виправдатися?
104. Перед початком роботи чітко її плануєте?
105. Чи прагнете ви, щоб ваша освіта давала можливість отримання додаткових матеріальних благ (гонорари, пільги)?
106. У сімейному житті ви опираєтесь лише на власні погляди, навіть якщо вони суперечать громадській думці?
107. Чи варто витрачати багато часу на читання літератури, перегляд передач і фільмів про спорт?
108. Чи не заздрите удачі інших?
109. Чи варто мати високооплачувану роботу?
110. Чи варто вибрати рідкісну, унікальну спеціальність для навчання, щоб краще проявити свою індивідуальність?
111. Чи варто поводитися за столом вдома так само, як і на людях?
112. Чи варто, щоб ваша робота не суперечила вашим життєвим принципам.

МЕТОДИКА № 2. ВІСБАДЕНСЬКИЙ ОПИТУВАЛЬНИК (Н.ПЕЗЕШКІАНА)

Відповідаючи на нижчеподані запитання, необхідно відмітити вибране твердження за 4-бальною шкалою: 4 бали – завжди, 3 бали – часто, 2 бали – рідко, 1 бал – ніколи.

№	Твердження	Ніколи	Рідко	Часто	Завжди
1	2	3	4	5	6
1	Я прочитав інструкцію і готовий чесно оцінити кожний вислів				
2	Я завжди планую свій час, і тому мені не потрібно перетворювати день на ніч				
3	За формою спілкування можна глибше пізнати людину, оцінити, чого вона варта				
4	Мої знайомі вважають мене надійною людиною				
5	Дитина, яка при спокійному зверненні до неї не робить того, про що її просять, потребує батьківської дисципліни				
6	Я часто буваю безсилим, виснаженим				
7	Моя мама була для мене прикладом				
8	Терпіння і витримка є для мене показником внутрішньої сили				
9	Єдність людства – важлива ціль для мене				
10	Коли всі справи йдуть абияк, то можна зійти з розуму				
11	Я хотів би бути щирим із багатьма людьми, а не лише з однією				
12	Я маю стійкий кругозір, незважаючи ні на які зовнішні впливи				
13	Я молився разом із моїми батьками				
14	При здійсненні покупки я звертаю увагу на ціну				
15	Мені часто здається, що зі мною обійшлись несправедливо				
16	Часті рукостискання шкідливі тому, що з ними можуть передаватися бактерії				
17	Мені завжди можна довіритися				
18	Спочатку робота, а потім задоволення				
19	Особисті контакти на роботі для мене дуже важливі				
20	Мій батько був дуже терпеливим зі мною				
21	Іноді я забуваю образу і не подаю про неї вигляду, хоча потім дуже злюсь на себе за це				
22	Більшість людей, з якими я спілкуюсь, відверті				
23	Мені більш подобаються стійкі відносини з однією людиною, ніж короточасні з усіма				
24	Коли у мене з'являються проблеми, я завжди знаходжу правильне рішення				
25	Я часто захоплююсь тим, що з головою поринаю у працю				
26	Я завжди планую свою роботу				
27	Мої батьки вміли відвернути конфлікт між собою				
28	Мої батьки були ввічливі з чужими людьми				
29	У мене багато знайомих				
30	Я не спішу приймати важливі рішення, обдумую				
31	На роботі і вдома я працюю «як віл»				
32	Я дію за принципом «час - гроші»				
33	Я прагну сприймати тих людей, які мають протилежні зі мною погляди				

34	Мої батьки обдумували сенс життя				
35	Коли хтось не приходить до певного часу, я нервую				
36	Я можу відверто виразити свої потреби та інтереси				
37	Моя мама була дуже терпелива зі мною				
38	Несправедливість щодо мене призводить мене до хвороби				
39	Навіть у найважчих ситуаціях зазвичай я зберігаю спокій				
40	Лестоці та похвалу я вважаю приємними				
41	Вірність для мене є абсолютною цінністю				
1	2	3	4	5	6
42	Мої батьки брали участь у діяльності громадських організацій				
43	Навіть, якщо всі налаштовані проти мене, я не відступаю від своїх переконань				
44	При виникненні професійних проблем я звертаюся до колег і визнаю свою невдачу				
45	Мої батьки добре жили один з одним				
46	Мій організм дуже чутко реагує, коли я не можу вирішити проблеми				
47	Я лише тоді добре себе почуваю, коли я повністю поринаю в роботу				
48	Мене дратує, коли в квартирі безлад				
49	Я бачу сенс свого життя, навіть якщо в мене є труднощі				
50	Я не можу уявити людство без пунктуальності				
51	Мені подобаються люди, які відверто висловлюють власну думку, навіть якщо у мене інша				
52	Я завжди відкрито висловлюю свою думку, навіть якщо це небезпечно				
53	Коли я був дитиною, мої батьки розмовляли зі мною на релігійні теми				
54	Без взаємної довіри я не можу жити чи працювати з оточуючими людьми				
55	Якщо я щось пообіцяв, то обов'язково виконаю				
56	Мені важливо знати, чи існує життя після смерті				
57	З усіма людьми потрібно спілкуватися однаково, інакше буде панувати несправедливість				
58	Чистота у домі свідчить про чистоту характеру				
59	Коли у мене є труднощі на роботі, я звертаюсь до колег та керівництва				
60	Мій батько був для мене прикладом у дитинстві				
61	Мені подобається знайомитися з новими людьми за межами дому				
62	До моїх батьків часто приходять друзі, які їх теж запрошують				
63	Я працюю і старанна людина				
64	Я надіюсь досягнути в своєму житті ще більше успіхів				
65	Я дуже ввічливий, щоб бути визнаним іншими				
66	Секс – це найкраще, що є на Землі				
67	Моя мама завжди для мене знаходить час				
68	Я довго шукаю контакти, щоб не бути самотнім				

69	Я економлю навіть тоді, коли в цьому немає потреби				
70	Коли я знайомлюсь з людьми, я спочатку їх випробовую на довіру				
71	Коли мене критикують, у мене з'являється біль у шлунку та судоми				
72	У мого батька для мене знаходилось багато часу				
73	Те, що кожен із нас розуміє під почуттями, є малою частиною дійсності				
74	При виникненні проблем вся моя енергія направлена на пошук їх вирішення, і я завжди знаходжу вихід				
75	Я вважаю, що мої рішення (сімейні чи професійні) повинні виконуватись без довгих роздумувань				
76	Мене не цікавить, що думають інші люди про мене				
77	Праця – це зміст мого життя				
78	Гість для мене зовсім не байдужий, і я завжди знайду для нього час				
79	Мені дуже неприємно, коли все знаходиться в безпорядку				
80	У важких ситуаціях мої батьки завжди відверто розмовляли між собою				
81	Мені дуже незручно, коли приходять відвідувачі, а дім не сяє чистотою				
82	Є люди, які мені подобаються, не дивлячись на те, що в них інші погляди				
83	Я дуже нервую, коли хтось змушує мене чекати				
84	Я переконаний, що в моєму житті можна досягти ще більшого				
85	Коли проблему неможливо подолати зараз, тоді я перечекаю доти, доки з'явиться інша нагода				

МЕТОДИКА 3. МОТИВАЦІЯ УСПІХУ І БОЯЗНЬ НЕВДАЧІ (ОПИТУВАЛЬНИК РЕАНА)

Інструкція: Відповідаючи на нижченаведені запитання, необхідно вибрати відповідь «так» чи ні».

Текст опитувальника

1. Включаючись в роботу, як правило, оптимістично сподіваюся на успіх.
2. У діяльності активний.
3. Схильний до прояву ініціативності.
4. При виконанні відповідальних завдань прагну по можливості знайти причини відмови від них.
5. Часто вибираю крайнощі: або занижені легкі завдання, або нереалістично високі за трудністю.
6. При зустрічі з перешкодами, як правило, не відступаю, а шукаю способи їх подолання.
7. При чергуванні успіхів і невдач схильний до переоцінки своїх успіхів.
8. Продуктивність діяльності в основному залежить від моєї власної цілеспрямованості, а не від зовнішнього контролю.
9. При виконанні достатньо важких завдань, в умовах обмеження часу, результативність діяльності погіршується.
10. Схильний проявляти наполегливість у досягненні мети.
11. Схильний планувати своє майбутнє на достатньо віддалену перспективу.
12. Якщо ризикую, то, скоріше, з розумом, а не відчайдушно.
13. Не дуже наполегливий у досягненні мети, особливо якщо відсутній зовнішній контроль.
14. Вважаю за краще ставити перед собою середні за труднощами або злегка завищені, але досяжні цілі, ніж нереально високі.
15. У разі невдачі при виконанні якого-небудь завдання його привабливість, як правило, знижується.
16. При чергуванні успіхів і невдач схильний до переоцінки своїх невдач.
17. Вважаю за краще планувати своє майбутнє лише на найближчий час.
18. При роботі в умовах обмеження часу результативність діяльності поліпшується, навіть якщо завдання достатнє важке.
19. У разі невдачі при виконанні чого-небудь від поставленої мети, як правило, не відмовляюся.
20. Якщо завдання вибрав собі сам, то у разі невдачі його привабливість ще більш зростає.

Бланк для відповідей

	так	ні		так	ні		так	ні		так	ні		так	ні
1			5			9			13			17		
2			6			10			14			18		
3			7			11			15			19		
4			8			12			16			20		

МЕТОДИКА 4. МЕТОДИКА ДІАГНОСТИКИ МІЖСОБИСТІСНИХ ВІДНОСИН Т. ЛІРІ.

Інструкція: Відповідаючи на нижченаведені запитання, необхідно вибрати відповідь «так» чи ні».

1. інші думають про вас прихильно?	45. Не терпить, щоб ним командували
2. Справляє гарне враження на оточуючих?	46. Скептичний
3. Уміє розпоряджатися, наказувати	47. На нього важко справити враження
4. Уміє наполягти на своєму	48. Образливий, делікатний
5. Володіє почуттям гідності	49. Легко бентежиться
6. Незалежний	50. Невпевнений у собі
7. Здатний сам подбати про себе	51. Поступливий
8. Може проявляти байдужість	52. Скромний
9. Здатний бути суворим	53. Часто вдається до допомоги інших
10. Строгий, але справедливий	54. Дуже шанує авторитети
11. Може бути щирим	55. Охоче приймає поради
12. Критичний до інших	56. Довірливий і прагне радувати інших
13. Любить поплакатися	57. Завжди люб'язний у спілкуванні
14. Часто сумний	58. Дорожить думкою оточуючих
15. Здатний проявляти недовіру	59. Товариський, ладнає з усіма
16. Часто розчаровується	60. Добросердечний
17. Здатний бути критичним до себе	61. Добрий, вселяє впевненість
18. Здатний визнати свою неправоту	62. Ніжний, м'якосердий
19. Охоче підкоряється	63. Любить піклуватися про інших
20. Поступливий	64. Безкорисливий, щедрий
21. Вдячний	65. Любить давати поради
22. Захоплюється, схильний до наслідування	66. Справляє враження значної людини
23. Поважний	67. Начальницько-наказовий
24. Шукає схвалення	68. Владний
25. Здатний до співпраці, взаємодопомоги	69. Хвалькуватий
26. Прагне ужитися з іншими	70. Гордовитий і самовдоволенний
27. Приязний, доброзичливий	71. Думає тільки про себе
28. Уважний, ласкавий	72. Хитрий, розважливий
29. Делікатний	73. Нетерпимий до помилок інших
30. Підбадьорюючий	74. Корисливий
31. Чуйний на заклики про допомогу	75. Відвертий
32. Безкорисливий	76. Часто недружелюбний
33. Здатний викликати захоплення	77. Озлоблений
34. Користується в інших повагою	78. Скаржник
35. Володіє талантом керівника	79. Ревнивий
36. Любить відповідальність	80. Довго пам'ятає свої образи
37. Впевнений в собі	81. Самобичувальний
38. Самовпевнений, напористий	82. Сором'язливий
39. Діловий, практичний	83. Безініціативний
40. Любить змагатися	84. Лагідний
41. Стійкий, наполегливий, де треба	85. Залежний, несамотійний
42. Невблаганний, але неупереджений	86. Любить підкорятися
43. Дратівливий	87. Вміє дати право іншим приймати рішення
44. Відкритий, прямолінійний	88. Легко потрапляє в халепу
	89. Легко піддається впливу друзів

90. Готовий довіритися будь-кому
91. Прихильний до всіх без розбору
92. Всім симпатизує
93. Прощає всім
94. Переповнений надмірним співчуттям
95. Великодушний, терпимий до недоліків
96. Прагне протегувати
97. Прагне до успіху
98. Чекає захоплення від кожного
99. Розпоряджається іншими
100. Деспотичний
101. Сноб, судить про людей лише за
рангом і достатком
102. Марнославний
103. Егоїстичний
104. Холодний, черствий
105. Уїдливи́й, глузливи́й
106. Злий, жорстокий
107. Часто гнівливий
108. Байдужий, байдужий
109. Злопам'ятний
110. Пройнятий духом протиріччя
111. Впертий Недовірливий, підозрілий
112. Боязкий
113. Сором'язливий
114. Відрізняється надмірною готовністю
підкорятися
115. М'якотілий
116. Майже ніколи нікому не заперечує
117. Нав'язливий
118. Любить, щоб його опікали
119. Надмірно довірливий
120. Прагне знайти розташування кожного
121. З усіма погоджується
122. Завжди доброзичливий
123. Любить всіх
124. Дуже поблажливий до оточуючих
125. Намагається утішити кожного
126. Піклується про інших на шкоду собі
127. Псує людей надмірною добротою

Бланк для відповідей

	так	ні		так	ні		так	ні		так	ні		так	ні		так	ні		так	ні
1			21			41			61			81			101			121		
2			22			42			62			82			102			122		
3			23			43			63			83			103			123		
4			24			44			64			84			104			124		
5			25			45			65			85			105			125		
6			26			46			66			86			106			126		
7			27			47			67			87			107			127		
8			28			48			68			88			108			128		
9			29			49			69			89			109					
10			30			50			70			90			110					
11			31			51			71			91			111					
12			32			52			72			92			112					
13			33			53			73			93			113					
14			34			54			74			94			114					
15			35			55			75			95			115					
16			36			56			76			96			116					
17			37			57			77			97			117					
18			38			58			78			98			118					
19			39			59			79			99			119					
20			40			60			80			100			120					

МЕТОДИКА 5. ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБИСТОСТІ ЗА ДОПОМОГОЮ МОДИФІКОВАНОЇ ФОРМИ В ОПИТУВАЛЬНИКА FPI.

Інструкція: Відповідаючи на нижченаведені запитання, необхідно вибрати відповідь «так» чи «ні».

1. Я уважно прочитав інструкцію і готовий відверто відповісти на всі питання анкети.
2. Вечорами я віддаю перевагу розважатися у веселій компанії (гості, дискотека, кафе).
3. Моєму бажанню познайомитися з ким-небудь завжди заважає те, що мені важко знайти підходящу тему для розмови.
4. У мене часто болить голова.
5. Іноді я відчуваю стук у скронях і пульсацію в ділянці шиї.
6. Я швидко втрачаю самовладання, але і так само швидко беру себе в руки.
7. Буває, що я сміюся над непристойним анекдотом.
8. Я уникаю про що-небудь розпитувати і віддаю перевагу дізнаватися те, що мені потрібно, іншим шляхом.
9. Я вважаю за краще не входити в кімнату, якщо не впевнений, що моя поява пройде непоміченою.
10. Можу так розлютитись, що готовий розбити все, що потрапить під руку.

11. Відчуваю себе ніяково, якщо оточуючі чомусь починають звертати на мене увагу.
12. Я іноді відчуваю, що серце починає працювати з переборами або починає битися так, що, здається, готове вискочити з грудей.
13. Не думаю, що можна було б пробачити образу.
14. Не вважаю, що на зло треба відповідати злом, і завжди дотримуюся цього.
15. Якщо я сидів, а потім різко встав, то у мене темніє в очах і паморочиться голова.
16. Я майже щодня думаю про те, наскільки краще було б моє життя, якби мене не переслідували невдачі.
17. У своїх вчинках я ніколи не виходжу з того, що людям можна повністю довіряти.
18. Можу вдатися до фізичної сили, якщо потрібно відстояти свої інтереси.
19. Легко можу розвеселити саму найнуднішу компанію.
20. Я легко ніяковію.
21. Мене анітрохи не ображає, якщо роблять зауваження щодо моєї роботи або мене особисто.
22. Нерідко відчуваю, як у мене німіють або холонуть руки і ноги.
23. Буваю незграбним у спілкуванні з іншими людьми.
24. Іноді без видимої причини відчуваю себе пригніченим, нещасним.
25. Іноді немає ніякого бажання чим-небудь зайнятися.
26. Часом я відчуваю, що мені не вистачає повітря, начебто я виконував дуже важку роботу.
27. Мені здається, що в своєму житті я дуже багато робив неправильно.
28. Мені здається, що інші нерідко сміються наді мною.
29. Люблю такі завдання, коли можна діяти без довгих роздумів.
30. Я вважаю, що у мене достатньо підстав бути не дуже-то задоволеним своєю долею.
31. Часто у мене немає апетиту.
32. У дитинстві я радів, якщо батьки або вчителі карали інших дітей.
33. Зазвичай я рішучий і дію швидко.
34. Я не завжди говорю правду.
35. З інтересом спостерігаю, коли хтось намагається виплутатися з неприємної історії.
36. Вважаю, що всі засоби хороші, якщо треба наполягати на своєму.
37. Те, що пройшло, мене мало хвилює.
38. Не можу уявити нічого такого, що варто було б доводити кулаками.
39. Я не уникаю зустрічей з людьми, які, як мені здається, шукають сварки зі мною.
40. Іноді здається, що я взагалі ні на що не придатний.
41. Мені здається, що я постійно перебуваю в якійсь напрузі, і мені важко розслабитися.
42. Нерідко у мене виникає біль «під ложечкою» і різні неприємні відчуття в животі.
43. Якщо скривдять мого друга, я намагаюся помститися кривдникові.
44. Бувало, я запізнювався до призначеного часу.
45. У моєму житті було так, що я чомусь дозволив собі мучити тварину.
46. При зустрічі зі старим знайомим від радості я готовий кинутися йому на шию.
47. Коли я чогось боюся, у мене пересихає в роті, тремтять руки і ноги.
48. Частенько у мене буває такий настрій, що із задоволенням би нічого не бачив і не чув.
49. Коли лягаю спати, то зазвичай засинаю вже через кілька хвилин.
50. Мені приносить задоволення, як то кажуть, ткнути носом інших у їх помилки.
51. Іноді можу похвалитися.
52. Беру активну участь в організації громадських заходів.
53. Нерідко буває так, що доводиться дивитися в іншу сторону, щоб уникнути небажаної зустрічі.
54. У своє виправдання я іноді щось вигадував.

55. Я майже завжди рухливий і активний.
56. Нерідко сумніваюся, чи дійсно цікаво моїм співрозмовникам те, що я говорю.
57. Іноді раптом відчуваю, що весь покриваюся потом.
58. Якщо сильно розлючуся на кого-то, то можу його і вдарити.
59. Мене мало хвилює, що хтось погано до мене ставиться.
60. Зазвичай мені важко заперечувати моїм знайомим.
61. Я хвилююся і переживаю навіть при думці про можливу невдачу.
62. Я люблю не всіх своїх знайомих.
63. У мене бувають думки, яких слід було б соромитися.
64. Не знаю чому, але іноді з'являється бажання зіпсувати те, чим захоплюються.
65. Я віддаю перевагу змусити будь-яку людину зробити те, що мені потрібно, ніж просити її про це.
66. Я нерідко неспокійно рухаю рукою або ногою.
67. Віддаю перевагу провести вільний вечір, займаючись улюбленою справою, а не розважаючись у веселій компанії.
68. У компанії я веду себе не так, як вдома.
69. Іноді, не подумавши, скажу таке, про що краще б помовчати.
70. Боюся стати центром уваги навіть у знайомій компанії.
71. Хороших знайомих у мене дуже небагато.
72. Іноді бувають такі періоди, коли яскраве світло, яскраві фарби, сильний шум викликають у мене болісні, неприємні відчуття, хоча я бачу, що на інших людей це так не діє.
73. У компанії у мене нерідко виникає бажання когось образити чи роздратувати.
74. Іноді думаю, що краще б не народитися на світ, як тільки уявлю собі, скільки всяких неприємностей, можливо, доведеться зазнати в житті.
75. Хороших знайомих у мене дуже небагато.
76. Якщо хтось мене серйозно образить, то отримає своє сповна.
77. Я не соромлюся у висловах, якщо мене виведуть з себе.
78. Мені подобається так поставити запитання чи так відповісти, щоб співрозмовник розгубився.
79. Бувало, відкладав те, що було потрібно зробити негайно.
80. Не люблю розповідати анекдоти чи кумедні історії.
81. Повсякденні труднощі і турботи часто виводять мене з рівноваги.
82. Не знаю, куди подітися при зустрічі з людиною, яка була в компанії, де я поведився ніяково.
83. На жаль, я належу до людей, які бурхливо реагують навіть на життєві дрібниці.
84. Я ніяковію при виступі перед великою аудиторією.
85. У мене досить часто змінюється настрій.
86. Я втомлююся швидше, ніж більшість оточуючих мене людей.
87. Якщо я чимось сильно схвилюваний або роздратований, то відчуваю це ніби всім тілом.
88. Мені докучають неприємні думки, які настирливо лізуть у голову.
89. На жаль, мене не розуміють ні в родині, ні в колі моїх знайомих.
90. Якщо сьогодні я посплю менше звичайного, то завтра не буду почувати себе відпочилим.
91. Намагаюся вести себе так, щоб оточуючі побоювалися викликати моє незадоволення.
92. Я впевнений у своєму майбутньому.
93. Іноді я опинявся причиною поганого настрою кого-небудь з навколишніх.
94. Я не проти посміятися над іншими.
95. Я належу до людей, які «за словом в кишеню не лізуть».
96. Я належу до людей, які до всього ставляться досить легко.
97. Підлітком я виявляв інтерес до заборонених тем.

98. Іноді для чогось заподіював біль коханим людям.
99. У мене досить часті конфлікти з оточуючими через їхню упертість.
100. Часто відчуваю докори совісті в зв'язку зі своїми вчинками.
101. Я нерідко буваю неуважним.
102. Не пам'ятаю, щоб мене особливо засмутили невдачі людини, якого я не можу терпіти.
103. Часто я занадто швидко починаю гніватися на інших.
104. Іноді несподівано для себе починаю впевнено говорити про такі речі, в яких насправді мало що тямлю.
105. Часто у мене такий настрій, що я готовий вибухнути з будь-якого приводу. Нерідко відчуваю себе млявим і втомленим.
106. Я люблю розмовляти з людьми і завжди готовий поговорити і зі знайомими і з незнайомими.
107. На жаль, я часто дуже поспішно оцінюю інших людей.
108. Вранці я зазвичай встаю в хорошому настрої і нерідко починаю насвистувати або наспівувати.
109. Чи не відчуваю себе впевнено у вирішенні важливих питань навіть після тривалих роздумів.
110. Виходить так, що в суперечці я чомусь намагаюся говорити голосніше свого опонента.
111. Розчарування не викликають у мене яких-небудь сильних і тривалих переживань.
112. Буває, що я раптом починаю кусати губи або гризти нігті.
113. Найбільш щасливим я відчуваю себе тоді, коли буваю один.
114. Іноді долає така нудьга, що хочеться, щоб всі пересварилися один з одним.

Бланк для відповідей

	так	ні		так	ні		так	ні		так	ні		так	ні		так	ні
1			21			41			61			81			101		
2			22			42			62			82			102		
3			23			43			63			83			103		
4			24			44			64			84			104		
5			25			45			65			85			105		
6			26			46			66			86			106		
7			27			47			67			87			107		
8			28			48			68			88			108		
9			29			49			69			89			109		
10			30			50			70			90			110		
11			31			51			71			91			111		
12			32			52			72			92			112		
13			33			53			73			93			113		
14			34			54			74			94			114		
15			35			55			75			95					
16			36			56			76			96					
17			37			57			77			97					
18			38			58			78			98					
19			39			59			79			99					
20			40			60			80			100					

МЕТОДИКА 6. ВИЗНАЧЕННЯ «ІНДЕКСУ ЖИТТЄВОГО СТИЛЮ» (LSI)

Інструкція

На наступних сторінках ви знайдете ряд висловлювань про певні способи поведінки і установки. Ви можете відповісти так чи ні (згоден чи не згоден). Вибравши відповідь, поставте, будь ласка, знак «+» (хрестик) в передбаченому для цього місці на бланку для відповідей.

1. Я людина, з якою дуже легко порозумітися.
2. Коли я чогось хочу, у мене не вистачає терпіння почекати.
3. Завжди була така людина, на яку я хотів би бути схожим.
4. Люди вважають мене стриманою, розважливою людиною.
5. Мені огидні непристойні кінофільми.
6. Я рідко пам'ятаю свої сни.
7. Люди, які всюди розпоряджаються, доводять мене до сказу.
8. Іноді у мене виникає бажання пробити кулаком стіну.
9. Мене сильно дратує, коли люди щось демонструють.
10. У своїх фантазіях я завжди головний герой.
11. У мене не дуже хороша пам'ять на обличчя.
12. Я відчуваю деяку незручність, користуючись громадської лазнею.
13. Я завжди уважно вислуховую всі точки зору в суперечці.
14. Я легко виходжу з себе, але швидко заспокоююся.
15. Коли в натовпі хтось штовхає мене, я відчуваю бажання відповісти тим же.
16. Багато що в мені захоплює людей.
17. Вирушаючи в поїздку, я обов'язково планую кожну деталь.
18. Іноді, без будь-якої причини, на мене нападає впертість.
19. Друзі майже ніколи не підводять мене.
20. Мені траплялося думати про самогубство.
21. Мене ображають непристойні жарти.
22. Я завжди бачу світлі сторони речей.
23. Я ненавиджу недобррозичливих людей.
24. Якщо хто-небудь говорить, що я не зможу щось зробити, то я навмисне хочу зробити це, щоб довести йому неправоту.
25. Я відчуваю труднощі, згадуючи імена людей.
26. Я схильний до зайвої імпульсивності.
27. Я терпіти не можу людей, які домагаються свого, викликаючи до себе жалість.
28. Я ні до кого не ставлюся з упередженням.
29. Іноді мене турбує, що люди подумують, ніби я веду себе дивно, нерозумно або смішно.
30. Я завжди знаходжу логічні пояснення будь-яких неприємностей.
31. Іноді мені хочеться побачити кінець світу.
32. Порнографія огидна.
33. Іноді, будучи засмучений, я їм більше звичайного.
34. У мене немає ворогів.
35. Я не дуже добре пам'ятаю своє дитинство.
36. Я не боюся постаріти, бо це відбувається з кожним.
37. У своїх фантазіях я здійснюю великі справи.
38. Більшість людей дратують мене, тому що вони занадто егоїстичні.
39. Дотик до якої-небудь слизової викликає в мені огиду.
40. У мене часто бувають яскраві, сюжетні сновидіння.
41. Я переконаний, що якщо буду необережний, люди скористаються цим.
42. Я не скоро помічаю погане в людях.
43. Коли я читаю або чую про трагедію, це не дуже зворушує мене.
44. Коли є привід розсердитися, я вважаю за краще ґрунтовно все обдумати.

45. Я відчуваю сильну потребу в компліментах.
46. Сексуальна нестриманість огидна.
47. Коли в натовпі хтось заважає моєму руху, у мене іноді виникає бажання штовхнути його плечем.
48. Як тільки що-небудь не по-моєму, я ображаюся і стаю похмурим.
49. Коли я бачу закривавлену людину на екрані, це майже не хвилює мене.
50. У складних життєвих ситуаціях я не можу обійтися без підтримки і допомоги людей.
51. Більшість оточуючих вважають мене дуже цікавою людиною.
52. Я ношу одяг, що приховує недоліки моєї фігури.
53. Для мене дуже важливо завжди дотримуватися загальноприйнятих правил поведінки.
54. Я схильний часто суперечити людям.
55. Майже у всіх сім'ях подружжя один одному зраджують.
56. Мабуть, я занадто відсторонено дивлюся на речі.
57. У розмовах з представниками протилежної статі я намагаюся уникати делікатних тем.
58. Коли у мене щось не виходить, мені іноді хочеться плакати.
59. З моєї пам'яті часто випадають деякі дрібниці.
60. Коли хтось штовхає мене, я відчуваю сильне обурення.
61. Я викидаю з голови те, що мені не подобається.
62. У будь-якій невдачі я обов'язково знаходжу позитивні сторони.
63. Я терпіти не можу людей, які завжди намагаються бути в центрі уваги.
64. Я майже нічого не викидаю і бережу безліч різних речей.
65. У компанії друзів мені найбільше подобаються розмови про минулі події, розвагах і задоволеннях.
66. Мене не дуже дратує дитячий плач.
67. Мені траплялося так розлютитися, що я готовий був перебити всі вщент.
68. Я завжди оптимістичний.
69. Я відчуваю себе незатишно, коли на мене не звертають уваги.
70. Які б пристрасті не розігравалися на екрані, я завжди віддаю собі звіт в тому, що це тільки на екрані.
71. Я часто відчуваю почуття ревності.
72. Я б ніколи спеціально не пішов на відверто еротичний фільм.
73. Неприємно те, що людям, як правило, не можна довіряти.
74. Я готовий майже на все, щоб справити хороше враження.
75. Я ніколи не бував панічно переляканий.
76. Я не пропущу нагоди подивитися хороший трилер або бойовик.
77. Я думаю, що ситуація в світі краща, ніж вважає більшість людей.
78. Навіть невелике розчарування може привести мене до зневіри.
79. Мені не подобається, коли люди відверто фліртують.
80. Я ніколи не дозволяю собі втрачати самовладання.
81. Я завжди готуюся до невдачі, щоб не бути захопленим зненацька.
82. Здається, деякі з моїх знайомих заздять моєму вмінню жити.
83. Мені траплялося зі зла так сильно вдарити або штовхнути по чому-небудь, що я ненавмисно завдавав собі болю.
84. Я знаю, що поза очі дехто відгукується про мене погано.
85. Я навряд чи можу пригадати свої перші шкільні роки.
86. Коли я засмучений, я іноді веду себе по-дитячому.
87. Мені набагато простіше говорити про свої думки, ніж про свої почуття.
88. Коли я буваю у від'їзді і в мене трапляються неприємності, я відразу починаю сильно сумувати за домівкою.
89. Коли я чую про жорстокості, це не дуже глибоко зворушує мене.
90. Я легко переношу критику і зауваження.
91. Я не приховую свого роздратування з приводу звичок деяких членів моєї сім'ї.

92. Я знаю, що є люди, налаштовані проти мене.
 93. Я не можу переживати свої невдачі в наодинці.
 94. На щастя, у мене менше проблем, ніж має більшість людей.
 95. Якщо щось хвилює мене, я іноді відчуваю втому і бажання виспатися.
 96. Огидно те, що майже всі люди, що домоглися успіху, досягли його за допомогою брехні.
 97. Нерідко я відчуваю бажання відчутти в своїх руках пістолет або автомат.

Бланк для відповідей

	так	ні		так	ні		так	ні		так	ні		так	ні
1			21			41			61			81		
2			22			42			62			82		
3			23			43			63			83		
4			24			44			64			84		
5			25			45			65			85		
6			26			46			66			86		
7			27			47			67			87		
8			28			48			68			88		
9			29			49			69			89		
10			30			50			70			90		
11			31			51			71			91		
12			32			52			72			92		
13			33			53			73			93		
14			34			54			74			94		
15			35			55			75			95		
16			36			56			76			96		
17			37			57			77			97		
18			38			58			78					
19			39			59			79					
20			40			60			80					

МЕТОДИКА 7. ДІАГНОСТИКА СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ АДАПТАЦІЇ К. РОДЖЕРСА ТА Р. ДАЙМОНДА

Інструкція: Відповідаючи на нижченаведені запитання, необхідно вибрати відповідь «так» чи «ні».

1. Чи відчуваєте незручність, коли вступаєте з ким-небудь в розмову?
2. Немає бажання розкриватися перед іншими?
3. У всьому любите змагання, боротьбу.
4. Чи пред'являєте до себе високі вимоги?
5. Часто лаєте себе за зроблене?
6. Часто відчуваєте себе приниженим?
7. Сумніваєтесь у тому, що можете подобатись кому-небудь із осіб протилежної статі?
8. Свої обіцянки виконуєте завжди.
9. Теплі, бадьорі стосунки з оточуючими.
10. Ви людина стримана, замкнута; тримаєтесь від усіх трохи в стороні.
11. У своїх невдачах звинувачуєте тільки себе.
12. Ви людина відповідальна; на вас можна покластися.
13. Відчуваєте, що не в силах хоч що-небудь змінити, що всі зусилля марні.
14. На багато що дивитесь очима однолітків.
15. Приймаєте в цілому ті правила і вимоги, яких слід дотримуватися.
16. Власних переконань і правил не вистачає.
17. Любите мріяти - іноді просто серед білого дня. Насилу повертається від мрії до реальності.
18. Завжди готовий до захисту і навіть нападу: «застрає» на переживаннях образ, подумки перебираючи способи помсти.
19. Вміє керувати собою і власними вчинками, змушувати себе, дозволяти собі; самоконтроль для нього - не проблема.
20. У вас часто псується настрій: накочує смуток, нудьга.
21. Все, що стосується інших, не хвилює: зосереджений на собі, зайнятий собою.
22. Люди, як правило, вам подобаються.
23. Ви не соромитесь своїх почуттів, відкрито їх виражаєте.
24. Серед великого збігу народу буває трошки самотньо.
25. Зараз дуже не по собі. Хочеться все кинути, кудись сховатися.
26. З оточуючими зазвичай ладнаєте.
27. Всього найважче боротися з самим собою.
28. Насторожує незаслужене доброзичливе ставлення оточуючих.
29. У душі ви оптиміст, вірите в майбутнє.
30. Людина ви неподатлива, вперта; таких називають важкими.
31. До людей ви критичний і судите їх, якщо вважаєте, що вони цього не заслуговують.
32. Зазвичай відчуваєте себе не провідним, а підлеглим: вам не завжди вдається діяти самостійно.
33. Більшість з тих, хто вас знає, добре до вас ставиться, любить.
34. Іноді бувають такі думки, якими не хотілося б ні з ким ділитися.
35. Ви людина з привабливою зовнішністю.
36. Відчуваєте себе безпорадним, потребуєте когось, хто був би поруч.
37. Прийнявши рішення, слідуєте йому.
38. Беручи, здавалося б, самостійні рішення, не може звільнитися від впливу інших.
39. Відчуває почуття провини, навіть коли звинувачувати себе не має в чому.
40. Відчуває неприязнь до того, що вас оточує.
41. Всім задоволений.
42. Вибитий з колії: не можете зібратися, взяти себе в руки, організувати себе.
43. Відчуває млявість: все, що раніше хвилювало, стало раптом байдужим.
44. Урівноважений, спокійний.

45. Розлютившись, нерідко виходить з себе.
46. Часто відчуваєте себе скривдженим.
47. Людина поривчаста, нетерпляча, гарячкувата.
48. Буває, що брешете.
49. Не дуже довіряє своїм почуттям: вони іноді підбивають його.
50. Досить важко бути самим собою.
51. На першому місці розум, а не почуття: перш ніж що-небудь зробити, подумаете.
52. Те, що відбувається з вами тлумачите на свій лад, здатні напридумувати зайвого ... Словом - не від світу цього.
53. Ви – людина терпима до людей і приймаєте кожного таким, яким він є?
54. Намагаєтесь не думати про свої проблеми.
55. Вважаєте себе цікавою людиною - привабливим як особистість, помітним.
56. Ви людина сором'язлива, легко ніяковієте?
57. Обов'язково потрібно вам нагадувати, підштовхувати, щоб ви довели справу до кінця.
58. У душі відчуваєте перевагу над іншими.
59. Немає нічого, в чому б висловили себе, виявили свою індивідуальність, своє Я.
60. Боїтесь того, що думають про вас інші.
61. Честолюбний, небайдужий до успіху, похвали; намагаєтесь бути кращим серед кращих.
62. Ви людина, у якої в даний час багато презирства.
63. Ви людина енергійна, сповнена ініціатив.
64. Пасуєте перед труднощами і ситуаціями, які загрожують ускладненнями.
65. Себе просто недостатньо цінуєте.
66. За вдачею ватажок і вмієте впливати на інших.
67. Ставитесь до себе в цілому добре.
68. Ви людина наполеглива, завжди наполягаєте на своєму.
69. Ви не любите, коли з ким-небудь псуються стосунки.
70. Подовгу не можете прийняти рішення, а потім сумніваєтесь у його правильності.
71. Перебуваєте в розгубленості, все сплуталось, все змішалось
72. Чи задоволений собою?
73. Невдаха.
74. Ви людина приємна, яка прихиляє до себе.
75. Вродою, може, і не дуже гарний, але подобаєтесь як людина, як особистість.
76. Нехтуєте осіб протилежної статі і не зв'язуєтесь з ними.
77. Коли потрібно щось зробити, охоплює страх: а раптом не впораюся, а раптом не вийде.
78. Легко, спокійно на душі, немає нічого, що сильно б турбувало.
79. Вмієте наполегливо працювати.
80. Відчуваєте, що зростає, дорослішаєте: змінюєтесь самі ставлення до навколишнього світу.
81. Трапляється, що ви говорите про те, в чому зовсім не розбираєтесь.
82. Завжди говорите тільки правду.
83. Стривожений, стурбований, напружений.
84. Щоб змусити хоч щось зробити, потрібно як слід наполягти, і тоді ви поступитесь.
85. Відчуваєте невпевненість в собі.
86. Обставини часто змушують захищати себе, виправдовувати свої вчинки.
87. Ви людина поступлива, податлива, м'яка у відносинах з іншими.
88. Ви людина, яка любить міркувати.
89. Інколи любите похвалитися.
90. Приймаєте рішення і тут же їх змінюєте; зневажаєте себе за безвілля, а зробити з собою нічого не можете.
91. Намагаєтесь покладатися на свої сили, не розраховуєте на чийсь допомогу.
92. Ніколи не виправдовуєтесь.
93. Відчуваєте відчуття скутості, внутрішньої несвободи.

94. Виділяєтесь серед інших.

95. Не дуже надійний товариш, не в усьому можна на вас покластися.

96. У собі все ясно, добре розумієте.

97. Комунікбельна, відкрита людина; яка легко сходиться з людьми.

98. Сили і здібності цілком відповідають усім завданням; з усім можете впоратися.

99. Себе не цінуєте й ніхто вас всерйоз не сприймає; в кращому випадку до вас поблажливі, просто терплять.

100. Турбуєтесь, що особи протилежної статі у вас занадто часто займають думки.

101. Всі свої звички вважаєте хорошими.

	так	ні		так		ні		так	ні		так	ні		так	ні
1			21				41			61			81		
2			22				42			62			82		
3			23				43			63			83		
4			24				44			64			84		
5			25				45			65			85		
6			26				46			66			86		
7			27				47			67			87		
8			28				48			68			88		
9			29				49			69			89		
10			30				50			70			90		
11			31				51			71			91		
12			32				52			72			92		
13			33				53			73			93		
14			34				54			74			94		
15			35				55			75			95		
16			36				56			76			96		
17			37				57			77			97		
18			38				58			78			98		
19			39				59			79			99		
20			40				60			80			100		
													101		

**МЕТОДИКА 8. «ДІАГНОСТИКА САМОАКТУАЛІЗАЦІЇ ОСОБИСТОСТІ»
(А. В. ЛАЗУНІН В АДАПТАЦІЇ Н.Ф. КАЛІНА)**

Інструкція до тесту

З двох варіантів тверджень виберіть той, який вам більше подобається або краще узгоджується з вашими уявленнями, точніше відображає ваші думки. Тут немає хороших чи поганих, правильних або неправильних відповідей, найкращою буде та, яка дається за першим спонуканням.

1. а) Прийде час, коли я заживу по-справжньому, не так, як зараз. б) Я впевнений, що живу по-справжньому вже зараз.
2. а) Я дуже захоплений своєю професійною справою. б) Не можу сказати, що мені подобається моя робота і те, чим я займаюся.
3. а) Якщо незнайома людина виявить мені послугу, я відчуваю себе їй зобов'язаним. б) Приймаючи послугу незнайомої людини, я не відчуваю себе зобов'язаним їй.
4. а) Мені буває важко розібратися у своїх почуттях. б) Я завжди можу розібратися у власних почуттях.
5. а) Я часто замислююся над тим, чи правильно поведівся в тій чи іншій ситуації. б) Я рідко замислююся над тим, наскільки правильна моя поведінка.
6. а) Я внутрішньо ніяковію, коли мені говорять компліменти. б) Я рідко ніяковію, коли мені говорять компліменти.
7. а) Здатність до творчості - природна властивість людини. б) Далеко не всі люди обдаровані здатністю до творчості.
8. а) У мене не завжди вистачає часу на те, щоб стежити за новинками літератури та мистецтва. б) Я докладаю сили, намагаючись стежити за новинками літератури та мистецтва.
9. а) Я часто приймаю ризиковані рішення. б) Мені важко приймати ризиковані рішення.
10. а) Іноді я можу дати співрозмовнику зрозуміти, що він здається мені дурним і нецікавим. б) Я вважаю неприпустимим дати зрозуміти людині, що вона мені здається нецікавою.
11. а) Я люблю залишати приємне "на потім". б) Я не залишаю приємне "на потім".
12. а) Я вважаю неввічливим переривати розмову, якщо вона цікава тільки моєму співрозмовнику. б) Я можу швидко і невимушено перервати розмову, якщо вона цікава тільки одній стороні.
13. а) Я прагну до досягнення внутрішньої гармонії. б) Стан внутрішньої гармонії, швидше за все, є недосяжним.
14. а) Не можу сказати, що я собі подобаюся. б) Я собі подобаюся.
15. а) Я думаю, що більшості людям можна довіряти. б) Думаю, що без крайньої необхідності людям довіряти не варто.
16. а) Погано оплачувана робота не може приносити задоволення. б) Цікавий, творчий зміст роботи - сама по собі нагорода.
17. а) Досить часто мені буває нудно. б) Мені ніколи не буває нудно.
18. а) Я не стану поступатись від своїми принципами навіть заради корисних справ, які могли б розраховувати на людську вдячність. б) Я б вважав за краще поступитись своїми принципами заради справ, за які люди були б мені вдячні.
19. а) Іноді мені важко бути щирим. б) Мені завжди вдається бути щирим.
20. а) Коли я подобаюся собі, мені здається, що я подобаюся і оточуючим. б) Навіть коли я собі подобаюся, я розумію, що є люди, яким я неприємний.
21. а) Я довіряю своїм раптовим бажанням. б) Свої раптові бажання я завжди намагаюся обдумати.
22. а) Я повинен домагатися досконалості в усьому, що я роблю. б) Я не дуже засмучуюсь, якщо мені це не вдається.
23. а) Егоїзм - природна властивість будь-якої людини. б) Більшості людей егоїзм не властивий.
24. а) Якщо я не відразу знаходжу відповідь на питання, то можу відкласти його на невизначений час. б) Я буду шукати відповідь на цікаве для мене питання, незважаючи на витрати часу.
25. а) Я люблю перечитувати книги, які мені сподобалися. б) Краще прочитати нову книгу, ніж повертатися до вже прочитаної.
26. а) Я намагаюся робити так, як очікують оточуючі. б) Я не схильний замислюватися про те, чого чекають від мене оточуючі.

27. а) Минуле, сьогодення і майбутнє представляються мені єдиним цілим. б) Думаю, моє сьогодення не дуже-то пов'язане з минулим або майбутнім.
28. а) Велика частина того, що я роблю, приносить мені задоволення. б) Лише деякі з моїх занять по-справжньому мене радують.
29. а) Прагнучи розібратися в характері і почуттях оточуючих, люди часто бувають нетактовним. б) Прагнення розібратися в оточуючих людях цілком природно і виправдовує деяку нетактовність.
30. а) Я добре знаю, які почуття я здатен відчувати, а які ні. б) Я ще не зрозумів до кінця, які почуття я здатний відчувати.
31. а) Я відчуваю докори сумління, якщо серджуся на тих, кого люблю. б) Я не відчуваю докорів сумління, коли серджуся на тих, кого люблю.
32. а) Людина повинна спокійно ставитися до того, що вона може почути про себе від інших. б) Цілком природно образитися, почувши неприємну думку про себе.
33. а) Зусилля, яких вимагає пізнання істини, варті того, бо приносять користь. б) Зусилля, яких вимагає пізнання істини, не варті того, бо не приносять задоволення.
34. а) У складних ситуаціях треба діяти випробуваними способами - це гарантує успіх. б) У складних ситуаціях треба знаходити принципово нові рішення.
35. а) Люди рідко дратують мене. б) Люди часто мене дратують.
36. а) Якби була можливість повернути минуле, я б там багато чого змінив. б) Я задоволений своїм минулим і не хочу в ньому нічого змінювати.
37. а) Головне в житті - приносити користь і подібати людям. б) Головне в житті - робити добро і служити правді.
38. а) Іноді я боюся здатися занадто ніжним. б) Я ніколи не боюся здатися занадто ніжним.
39. а) Я вважаю, що висловити свої почуття зазвичай важливіше, ніж обдумувати ситуацію. б) Не варто необдуманно висловлювати свої почуття, не зваживши ситуацію.
40. а) Я вірю в себе, коли відчуваю, що здатен впоратися із завданнями, що стоять переді мною. б) Я вірю в себе навіть тоді, коли нездатний впоратися зі своїми проблемами.
41. а) Здійснюючи вчинки, люди керуються взаємними інтересами. б) За своєю природою люди схильні піклуватися лише про власні інтереси.
42. а) Мене цікавлять всі нововведення у моїй професійній сфері. б) Я скептично ставлюся до більшості нововведень у своїй професійній області.
43. а) Я думаю, що творчість має приносити користь людям. б) Я вважаю, що творчість має приносити людині задоволення.
44. а) У мене завжди є своя власна точка зору щодо важливих питань. б) Формуючи свою точку зору, я схильний прислухатися до думок шановних і авторитетних людей.
45. а) Секс без любові не є цінністю. б) Навіть без любові секс - дуже значуща цінність.
46. а) Я відчуваю себе відповідальним за настрій співрозмовника. б) Я не відчуваю себе відповідальним за це.
47. а) Я легко мирюся зі своїми слабкостями. б) Змиритися зі своїми слабкостями мені нелегко.
48. а) Успіх у спілкуванні залежить від того, наскільки людина здатна розкрити себе іншому. б) Успіх у спілкуванні залежить від уміння підкреслити свої достоїнства і приховати недоліки.
49. а) Моє почуття самоповаги залежить від того, чого я досяг. б) Моя самоповага не залежить від моїх досягнень.
50. а) Більшість людей звикли діяти "по лінії найменшого опору". б) Думаю, що більшість людей до цього не схильні.
51. а) Вузька спеціалізація необхідна для справжнього вченого. б) Заглиблення у вузьку спеціалізацію робить людину обмеженим.
52. а) Дуже важливо, чи є у людини в житті радість пізнання і творчості. б) У житті дуже важливо приносити користь людям.
53. а) Мені подобається брати участь у палких суперечках. б) Я не люблю суперечок.

54. а) Я цікавлюся передбаченнями, гороскопами, астрологічними прогнозами. б) Подібні речі мене не цікавлять.
55. а) Людина повинна працювати заради задоволення своїх потреб і блага своєї сім'ї. б) Людина повинна працювати, щоб реалізувати свій творчий хист і бажання.
56. а) У вирішенні особистих проблем я керуюся загальноприйнятими уявленнями. б) Свої проблеми я вирішую так, як вважаю за потрібне.
57. а) Воля потрібна для того, щоб стримувати бажання і контролювати почуття. б) Головне призначення волі - підхльостувати зусилля і збільшувати енергію людини.
58. а) Я не соромлюся своїх слабкостей перед друзями. б) Мені нелегко виявляти свої слабкості навіть перед друзями.
59. а) Людині властиво прагнути до нового. б) Люди прагнуть до нового лише в разі потреби.
60. а) Я думаю, що вираз "Вік живи - вік учись". б) Вираз "Вік живи - вік учись" я вважаю правильним.
61. а) Я думаю, що сенс життя полягає в творчості. б) Навряд чи в творчості можна знайти сенс життя.
62. а) Мені буває непросто познайомитися з людиною, яка мені симпатична. б) Я не відчуваю труднощів, знайомлячись з людьми.
63. а) Мене засмучує, що значна частина життя проходить даремно. б) Не можу сказати, що якась частина мого життя проходить даремно.
64. а) Обдарованій людині можна пробачити нехтування своїми обов'язками. б) Талант і вміння значать більше, ніж обов'язок.
65. а) Мені добре вдається маніпулювати людьми. б) Я вважаю, що маніпулювати людьми неетично.
66. а) Я намагаюся уникати прикростей. б) Я роблю те, що вважаю за потрібне, не рахуючись з можливими засмученнями.
67. а) У більшості ситуацій я не можу дозволити собі дуріти. б) Існує безліч ситуацій, де я можу дозволити собі дуріти.
68. а) Критика на мою адресу знижує мою самооцінку. б) Критика практично не впливає на мою самооцінку.
69. а) Заздрість властива тільки невдахам, які вважають, що їх обійшли. б) Більшість людей заздрісні, хоча і намагаються це приховати.
70. а) Вибираючи для себе заняття, людина повинна враховувати його суспільну значимість. б) Людина повинна займатися перш за все тим, що їй цікаво.
71. а) Я думаю, що для творчості необхідні знання в обраній галузі. б) Я думаю, що знання для цього зовсім не обов'язкові.
72. а) Мабуть, я можу сказати, що живу з відчуттям щастя. б) Я не можу сказати, що живу з відчуттям щастя.
73. а) Я думаю, що люди повинні аналізувати себе і своє життя. б) Я вважаю, що самоаналіз приносить більше шкоди, ніж користі.
74. а) Я намагаюся знайти підстави навіть для тих своїх вчинків, які здійснюю просто тому, що мені цього хочеться. б) Я не шукаю підстав для своїх дій і вчинків.
75. а) Я впевнений, що будь-хто може прожити своє життя так, як йому хочеться. б) Я думаю, що у людини мало шансів прожити своє життя, як хотілося б.
76. а) Про людину ніколи не можна сказати з упевненістю, добра вона чи зла. б) Зазвичай оцінити людину дуже легко.
77. а) Для творчості потрібно дуже багато вільного часу. б) Мені здається, що в житті завжди можна знайти час для творчості.
78. а) Зазвичай мені легко переконати співрозмовника в своїй правоті. б) У суперечці я намагаюся зрозуміти точку зору співрозмовника, а не переконати його.
79. а) Якщо я роблю щось виключно для себе, мені буває ніяково. б) Я не відчуваю незручності в такій ситуації.

80. а) Я вважаю себе творцем свого майбутнього. б) Навряд чи я сильно впливаю на власне майбутнє.
81. а) Вираз "Добро має бути з кулаками" я вважаю правильним. б) Навряд чи правильний вираз "Добро має бути з кулаками".
82. а) Як на мене, недоліки людей набагато помітніші, ніж їхні переваги. б) Переваги людини побачити набагато легше, ніж її недоліки.
83. а) Іноді я боюся бути самим собою. б) Я ніколи не боюся бути самим собою.
84. а) Я намагаюся не згадувати про свої колишні неприємності. б) Час від часу я схильний повертатися до спогадів про минулі невдачі.
85. а) Я вважаю, що метою життя повинно бути щось значне. б) Я зовсім не вважаю, що метою життя неодмінно має бути щось значне.
86. а) Люди прагнуть до того, щоб розуміти і довіряти один одному. б) Замикаючись в колі власних інтересів, люди не розуміють оточуючих.
87. а) Я намагаюся не бути "білою вороною". б) Я дозволяю собі бути "білою вороною".
88. а) У довірчій бесіді люди зазвичай щирі. б) Навіть в довірчій бесіді людині важко бути щирою.
89. а) Буває, що я соромлюся виявляти свої почуття. б) Я ніколи цього не соромлюся.
90. а) Я можу робити що-небудь для інших, не вимагаючи, щоб вони це оцінили. б) Я вправі очікувати від людей, що вони оцінять те, що я для них роблю.
91. а) Я проявляю свою прихильність до людини незалежно від того, чи взаємна вона. б) Я рідко проявляю свою прихильність до людей, не будучи впевненим, що вона взаємна.
92. а) Я думаю, що в спілкуванні треба відкрито проявляти своє невдоволення іншими. б) Мені здається, що в спілкуванні люди повинні приховувати взаємне невдоволення.
93. а) Я мирюся з протиріччями в самому собі. б) Внутрішні протиріччя знижують мою самооцінку.
94. а) Я прагну відкрито висловлювати свої почуття. б) Думаю, що у відкритому вираженні почуттів завжди є елемент нестриманості.
95. а) Я впевнений в собі. б) Не можу сказати, що я впевнений в собі.
96. а) Досягнення щастя не може бути головною метою людських відносин. б) Досягнення щастя - головна мета людських відносин.
97. а) Мене люблять, тому що я цього заслуговую. б) Мене люблять, тому що я сам здатний любити.
98. а) Нерозділене кохання здатне зробити життя нестерпним. б) Життя без любові гірше, ніж нерозділене кохання в житті.
99. а) Якщо розмова не вдалася, я пробую вибудувати її по-іншому. б) Зазвичай у тому, що розмова не склалася, винна неухильність співрозмовника.
100. а) Я намагаюся справляти на людей гарне враження. б) Люди бачать мене таким, який я насправді.

Прагнення до самоактуалізації виражається такими пунктами тесту. Обрати варіант відповідей, який відповідає вашому твердженню (визначити у «%» відношенні рівень самоактуалізації)

1б	2а	3б	4б	5б	6б	7а	8б	9а	10а
11а	12б	13а	14б	15а	16б	17б	18а	19б	20б
21а	22б	23б	24б	25а	26б	27а	28а	29б	30а
31б	32а	33б	34б	35а	36б	37б	38б	39а	40б
41а	42а	43б	44а	45а	46б	47а	48а	49б	50б
51б	52а	53а	54б	55б	56б	57б	58а	59а	60б
61а	62б	63б	64б	65б	66б	67б	68б	69а	70б
71б	72а	73а	74б	75а	76а	77б	78б	79б	80а
81б	82б	83б	84а	85а	86а	87б	88а	89б	90а
91а	92а	93а	94а	95а	96б	97б	98б	99а	100б

Варіанти відповідей, які визначають самоактуалізацію (100 %) особистості

**МЕТОДИКА 9. ДІАГНОСТИКИ РІВНЯ СОЦІАЛЬНОЇ
ФРУСТРОВАНOSTІ ВАССЕРМАНА-БОЙКО (МОДИФІКАЦІЯ О.М.
КОКУНА ДЛЯ СТУДЕНТІВ)**

Інструкція обстежуваним. Прочитайте кожне запитання і вкажіть одну із найбільш відповідних відповідей: 0 - повністю задоволений; 1 - швидше задоволений; 2 - важко відповісти; 3 - швидше не задоволений; 4 - повністю не задоволений.

Текст опитувальника (оберіть ваш варіант відповіді)

Чи задоволені ви:	«0»	«1»	«2»	«3»	«4»
- своєю освітою					
- взаєминами з колегами по роботі					
- взаєминами з керівництвом на роботі					
- взаєминами з суб'єктами своєї професійної діяльності (пацієнти, підлеглі, клієнти)					
- змістом своєї роботи в цілому					
- умовами професійної діяльності (навчання)					
- своїм становищем в суспільстві					
- матеріальним становищем					
- житлово-побутовими умовами					
- стосунками з чоловіком (дружиною)					
- стосунками з дитиною (дітьми)					
- стосунками з батьками					
- обстановкою в суспільстві (державі)					
- стосунками з друзями, найближчими знайомими					
- сферою послуг і побутового обслуговування					
- сферою медичного обслуговування					
- проведенням дозвілля					
- можливістю проводити відпустку					
- можливість вибору місця роботи					
- своїм способом життя в цілому					

РОЗДІЛ 3. ОСОБЛИВОСТІ ПРОВЕДЕННЯ ДОСЛІДЖЕННЯ

ЧАС ЗАКІНЧЕННЯ ІНТЕРВ'Ю _____ ГОДИН _____ ХВИЛИН

1. В ЯКОМУ РЕГІОНІ ПРОХОДИЛО ІНТЕРВ'Ю (СЕЛО ЧИ МІСТО) _____
2. ТИП ТА РОЗМІР НАСЕЛЕНОГО ПУНКТУ ДОСЛІДЖУВАНОВОГО _____

Село	1	Середнє місто (20 - 99 тис.)	4
Селище міського типу	2	Велике місто (100 - 499 тис.)	5
Маленьке місто (до 20 тис.)	3	Дуже велике місто (500 тис. і більше)	6

3. ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОСОМАТИЧНОГО СТАНУ

ДОСЛІДЖУВАНОВО:

Стан психосоматичного здоров'я (здоровий)	1	Виразка duodenum	6
ІХС	2	Цукровий діабет	7
Ревматоїдний артрит	3	Виразковий коліт	8
Ожиріння	4	Бронхіальна ядуха	9
ГХ	5	Шкірні хвороби	10

4. ПРИМІТКИ: результати спостереження діагноста за виконанням завдань методики; порушення інструкції; стан обстежуваного; дія відволікаючих факторів та інші умови, які б могли вплинути на результати діагностики:

ДАТА ІНТЕРВ'Ю : _____ 2017 року.

5. ДОСЛІДНИК: ВІЗНЮК ІНЕСА МИКОЛАЇВНА (ПІДПИС) _____

Щиро вам дякуємо за співпрацю!

Для нотаток:

Наукове видання

ВІЗНЮК Інесса Миколаївна

Психологія іпохондричної поведінки фахівця

монографія

Підписано до друку 25.06.2019 р.
Формат 60×84 1/4. Папір офсетний.
Друк цифровий. Гарнітура Times New Roman
Замовлення № 2042/19. Наклад 300 прим.

Видруковано з оригінал-макетів замовника

Видавець та виготовлювач ТОВ «Друк»
м. Вінниця, вул. 600-річчя, 25
тел.: (0432) 46-51-17
E-mail: ua.druk2015@ukr.net

Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи до
Державного реєстру видавців, виготовлювачів і розповсюджувачів
видавничої продукції ДК № 1077 від 25.04.2007 р.