

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ

Національний аерокосмічний університет ім. М.Є. Жуковського
«Харківський авіаційний інститут»

Гуманітарно-правовий факультет

Кафедра психології

Кваліфікаційна робота

(тип кваліфікаційної роботи)

Магістр

(освітнійступінь)

на тему «Особливості прояву механізмів психологічного захисту у пацієнтів хронічним гастритом залежно від стадії захворювання»

ХАІ.704.7-96п1.22О.053. 9749541 КР

Виконав: здобувач(ка) б курсу групи №7-96п1

Галузь знань 05 «Соціальні та поведінкові науки»

(код та найменування)

Спеціальність 053 «Психологія»

(код та найменування)

Освітня програма «Психологічне консультування та психотерапія»

(найменування)

Затейна А. М.

(прізвище та ініціали здобувача (ки))

Керівник: Научитель О. Д.

(прізвище та ініціали)

Рецензент: Приходько Д. П.

(прізвище та ініціали)

Міністерство освіти і науки України
Національний аерокосмічний університет ім. М. Є. Жуковського
«Харківський авіаційний інститут»

Факультет Гуманітарно-правовий факультет

Кафедра психології

Рівень вищої освіти другий магістерський

Галузь знань 05 «Соціальні та поведінкові науки»
(код і найменування)

Спеціальність 053 «Психологія»
(код і найменування)

Освітня програма «Психологічне консультування та психотерапія»
(найменування)

ЗАТВЕРДЖУЮ

Завідувач кафедри

Ю. І. Гулий
(підпис) (ініціали та прізвище)

«01» вересня 2022 р.

**ЗАВДАННЯ
НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ**

Затейна А. М.

(прізвище, ім'я та по батькові)

1. Тема кваліфікаційної роботи Особливості прояву механізмів психологічного захисту у пацієнтів хронічним гастритом залежно від стадії захворювання

керівник кваліфікаційної роботи Научитель О.Д, канд. психол. н., доцент
(прізвище, ім'я, по батькові, науковий ступінь, вчене звання)

затверджені наказом Університету №1586-уч від «17» листопада 2022 року

2. Термін подання здобувачем кваліфікаційної роботи «18» грудня 2022 р.

3. Вихідні дані до роботи: виявити особливості прояву механізмів психологічного захисту у пацієнтів з хронічним гастритом залежно від стадії захворювання

4. Зміст пояснювальної записки (перелік завдань, які потрібно розв'язати)

1. Провести теоретичний аналіз стану розробленості проблеми механізмів психологічного захисту у вітчизняній та зарубіжній літературі. 2. Виявити ієрархічну структуру механізмів психологічного захисту у пацієнтів з хронічним гастритом. 3. Виявити локус контролю стосовно здоров'я у пацієнтів з хронічним гастритом залежно від стадії захворювання. 4. Проаналізувати особливості характеру взаємозв'язків механізмів психологічного захисту з локусом контролю стосовно здоров'я у пацієнтів з хронічним гастритом залежно від стадії захворювання.

5. Перелік графічного матеріалу: _____

Рис. 2

Табл. 10

6. Консультанти розділів кваліфікаційної роботи

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		завдання видав	завдання прийняв
1	<u>Научитель О.Д, канд. психол. н., доцент</u>	11.10.22	15.10.22
2	<u>Научитель О.Д, канд. психол. н., доцент</u>	18.10.22-	23.10.22
3	<u>Научитель О.Д, канд. психол. н., доцент</u>	15.11. 22-	22.11.22

Нормоконтроль _____ С. В. Кузьміна «18» грудня 2022 р.
(підпис) (ініціали та прізвище)

7. Дата видачі завдання «01» вересня 2022 р.

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ п/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи	Строк виконання етапів кваліфікаційної роботи	Примітка
1.	Затвердження теми, мети та завдань дипломної роботи	01.09.22-07.10.22	
2.	Складання плану роботи	08.10.22-10.10.22	
3.	Аналіз літературних джерел. Написання першого розділу дипломної роботи	11.10.22-15.10.22	
4.	Визначення психодіагностичного інструментарія для проведення практичної частини дослідження . Написання другого розділу дипломної роботи.	18.10.22-23.10.22	
5.	Проведення практичної частини дослідження.	24.10.22-07.11.22	
6.	Статистична обробка отриманих даних.	08.11.22-12.11.22	
7.	Написання третього розділу дипломної роботи.	15.11. 22-22.11.22	
8.	Написання загальних висновків. Оформлення списку використаних літературних джерел, додадку(ків) та змісту.	23.11. 22-29.11.22	
9.	Передзахист.	30.11.2022-01.12.22	
10.	Внесення коректив до тесту дипломної роботи.	02.12.22-11.12.22	
11.	Оформлення та підписання відповідної документації(висновок керівника, висновок кафедри, рецензія та довідка на предмет наявності порушень академічної доброчесності)	12.12.22-17.12.22	
12.	Підготовка електронної презентації та тексту доповіді.	14.12.22-17.12.22	
13.	Строк подання студентом роботи на кафедру.	18.12.22	
14.	Захист.	20.12.22-21.12.22	

Здобувач

_____ (підпис)

А.М. Затейна

_____ (ініціали та прізвище)

Керівник кваліфікаційної роботи

_____ (підпис)

О.Д. Научитель

_____ (ініціали та прізвище)

Реферат

Кваліфікаційна робота: 48 с., 10 табл., 2 рис., 2 дод., 49 джерел.

Ключові слова: МЕХАНІЗМИ ПСИХОЛОГІЧНОГО ЗАХИСТУ, ЛОКУС КОНТРОЛЮ, СТАДІЯ ЗАХВОРЮВАННЯ, СВОЄ ЗДОРОВ'Я.
Об'єкт дослідження: механізми психологічного захисту особистості.
Предмет дослідження: прояв механізмів психологічного захисту у пацієнтів з хронічним гастритом. Мета дослідження – виявити особливості прояву механізмів психологічного захисту у пацієнтів з хронічним гастритом залежно від стадії захворювання.

Методи дослідження: теоретичний аналіз наукових джерел, психодіагностичний, методи математичної статистики. Висновки: виявлені східні тенденції та принципові відмінності у пацієнтів з різними стадіями хронічного гастриту стосовно особливостей прояву механізмів психологічного захисту. Виявлені відмінності взаємозв'язків механізмів психологічного захисту з локусом контролю стосовно здоров'я. Встановлено ведучі механізми подолання напруги: заміщення та проекція.

Qualifying paper

Diplomathesis: 48 pages, 10 tables, 2 pictures, 2 appendices, 49 sources.

Keywords: MECHANISMS OF PSYCHOLOGICAL PROTECTION, LOCUS OF CONTROL, STAGE OF DISEASE, OWN HEALTH.

Object of research: mechanisms of psychological protection of the individual.
The subject of the study: manifestation of psychological protection mechanisms in patients with chronic gastritis. The purpose of the study is to reveal the peculiarities of the manifestation of psychological protection mechanisms in patients with chronic gastritis, depending on the stage of the disease.

Research methods: theoretical analysis of scientific sources, psychodiagnostic, methods of mathematical statistics. Conclusions: eastern trends and fundamental differences in patients with various stages of chronic gastritis regarding the peculiarities of the manifestation of psychological protection mechanisms were revealed. Differences in the relationship between the mechanisms of psychological protection and the locus of control in relation to health have been revealed. The leading mechanisms for overcoming tension are established: substitution and projection.

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1 ПРОБЛЕМА МЕХАНІЗМІВ ПСИХОЛОГІЧНОГО ЗАХИСУ В ВІТЧИЗНЯНІЙ ТА ЗІРУБІЖІЙ ЛІТЕРАТУРІ.	5
1.1 Поняття «механізми психологічного захисту». Основні підходи вивчення механізмів психологічного захисту	5
1.2 Результати емпіричних досліджень особливостей механізмів психологічного захисту особистості	11
РОЗДІЛ 2 ПРОЦЕДУРА ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ	27
2.1 Описання вибірки і процедури дослідження	27
2.2 Методи дослідження	27
РОЗДІЛ 3 ОСОБЛИВОСТІ ПРОЯВУ МЕХАНІЗМІВ ПСИХОЛОГІЧНОГО ЗАХИСТУ У ПАЦІЄНТІВ З РІЗНИМИ СТАДІЯМИ ЗАХВОРЮВАННЯ ХРОНІЧНИЙ ГАСТРИТОМ	29
3.1 Ієрархічна структура механізмів психологічного захисту у пацієнтів з хронічним гастритом	29
3.2 Структура прояву локусу контролю стосовно здоров'я у пацієнтів з хронічним гастритом залежно від стадії захворювання	36
3.3 Характер взаємозв'язків механізмів психологічного захисту з локусом контролю стосовно здоров'я у пацієнтів з хронічним гастритом залежно від стадії захворювання.....	40
ВИСНОВКИ	46
СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ	48
ДОДАТКИ	56

ВСТУП

Актуальність. Проблема психологічного захисту особистості достатньо широко відображена у науковій літературі зарубіжних та вітчизняних авторів. Це питання розглядалося в роботах В. Д. Менделевич, Л. Дідковської, В. В Храмцова, Ч. Конверсано, П. Басіна, С. Зілча-Мано та інших.

Необхідність подальшого розроблення питання щодо механізмів психологічного захисту, як засобів пристосування особистості до подій навколишнього середовища, пов'язано з зростанням викликів для психіки людини, такими як, техногенні катастрофи, пандемія коронавірусу, бойові дії.

Найбільш дослідженим у проблемі механізмів психологічного захисту є питання, які розкривають їх зв'язок з соматичними захворюваннями; особливостями прояву у здорових людей та хворих з тяжкими соматичними захворюваннями; як вік та стать особистості впливає на особливості їх прояву.

Разом з тим, поза увагою залишилися питання про те як стадія захворювання та готовність брати відповідальність за своє здоров'я у боротьбі з хворобою позначається на прояву тих чи інших механізмів психологічного захисту особистості.

Відповідь на це питання поширить теоретичні знання щодо того, які механізми психологічного захисту є найбільш типовими для пацієнтів на різних стадіях хронічного гастриту; будуть у нагоді психологам, що працюють у медичних закладах у роботі щодо усунення їх негативного впливу на особистість.

Тому була обрана тема дослідження: «Особливості прояву механізмів психологічного захисту у пацієнтів хронічним гастритом залежно від стадії захворювання».

Об'єкт дослідження – механізми психологічного захисту особистості.

Предмет дослідження – прояв механізмів психологічного захисту у пацієнтів з хронічним гастритом.

Мета – виявити особливості прояву механізмів психологічного захисту у пацієнтів з хронічним гастритом залежно від стадії захворювання.

Задачі дослідження:

1. Провести теоретичний аналіз стану розробленості проблеми механізмів психологічного захисту у вітчизняній та зарубіжній літературі.

2. Виявити ієрархічну структуру механізмів психологічного захисту у пацієнтів з хронічним гастритом.

3. Виявити структуру прояву локусу контролю стосовно здоров'я у пацієнтів з хронічним гастритом залежно від стадії захворювання.

4. Проаналізувати особливості характеру взаємозв'язків механізмів психологічного захисту з локусом контролю стосовно здоров'я у пацієнтів з хронічним гастритом залежно від стадії захворювання.

Для розв'язання визначення поставлених задач були використані наступні **методи дослідження**: теоретичний аналіз літератури та результатів емпіричних досліджень; психодіагностичний метод: опитувальник «Індекс життєвого стилю» (Р. Плутчик, Г. Келлерманом, Х. Р. Конт), «Опитувальник рівня суб'єктивного контролю» (Є. Ф. Бажин, Є. А. Голинкіна, Л. М. Еткінд); методи математичної статистики (t-критерій Стьюдента, кореляційний аналіз).

Дослідження проводилось на базі терапевтичного відділення центральної Куп'янської районної лікарні. В ньому взяли участь 60 пацієнтів.

РОЗДІЛ 1. ПРОБЛЕМА МЕХАНІЗМІВ ПСИХОЛОГІЧНОГО ЗАХИСУ В ВІТЧИЗНЯНІЙ ТА ЗАРУБІЖНІЙ ЛІТЕРАТУРІ

1.1. Поняття «механізми психологічного захисту». Основні підходи вивчення механізмів психологічного захисту

«Психологічні захисні механізми» – це система психологічного пристосування, що оберігає особистість від негативних емоційних переживань та перцепцій. Вони сприяють збереженню психологічного гомеостазу та стабільності, швидко знижуючи високий рівень тривоги за рахунок спотворення, заперечення чи трансформації сприйняття дійсності та протікають на несвідомому та підсвідомому психологічних рівнях [18].

Це пристосувальні процеси, властивості та якості, які людина набуває за своєї соціалізації з метою її успішного проходження. Під впливом соціальних впливів психологічні захисту можуть виникати, змінюватись та перебудовуватися. Є. Романова, Л. Гребенников, А. Налчаджян, А. Вайнер виділяють групи психологічних механізмів за критерієм фрустраторів: захисні механізми, спрямовані на зовнішні фрустратори та для захисту від внутрішніх фрустраторів.

Механізми психологічних захистів сприяють стабілізації індивідуальної картини світу, і за невисокого ступеня виразності виступають здоровою творчою адаптацією протягом усього життя людини, сприяє збереженню позитивного «Я-образу» та уникнення інтерперсональних конфліктів [15]. Перевага певних психологічних захистів визначає індивідуальний стиль боротьби з труднощами. Психологічні захисту також можуть ставати мимовільною підсвідомою формою поведінки, що актуалізується, і діяти в ситуаціях, відмінних від фрустуючих. При цьому неможливість спонтанного реагування створює

енергетичну напругу, яка виражається у почутті занепокоєння з приводу дестабілізації позитивного образу «Я».

Більшість сучасних психологів визнають певний набір захисних механізмів, назви яких майже універсальними. У А. Фрейда описано 15 механізмів захисту, у словнику-довіднику з психіатрії, перераховується 23 механізми захисту, у словнику-довіднику з психологічного захисту Вайлента їх налічується 18 і т. ін. Дж. Вейллант дає класифікацію захисту за чотирма рівнями, що відбивають відносні ступеня їх складності: «нарцисичні» захисту – найпримітивніші, «незрілі», «невротичні» і «зрілі»: «Нарцисичні» механізми: заперечення, проєкція та спотворення; «Незрілі» захисту: фантазія, іпохондрія, рухова активність та пасивно-агресивна поведінка; «Невротичні» захисту включають: інтелектуалізацію, придушення, заміщення, реактивне утворення та дисоціацію (тобто поділ особистості); «Зрілі» захисту: сублимація, витіснення (тобто довільне придушення), альтруїзм, передбачення та гумор.

Заперечення, як механізм психологічного захисту проявляється через відмову від ухвалення зовнішньої реальності через її загрозливий характер. Важливим моментом є відмінність заперечення від витіснення, що полягає в тому, що інформація, схильна до витіснення, спочатку була усвідомлена, і тільки потім витіснена, а інформація, зазнана заперечення, у свідомість взагалі не попадає.[23]

Спотворення – серйозне перекроювання зовнішньої реальності задля задоволення власних потреб. За допомогою механізму спотворення реальності людина рятується від неприємних переживань за рахунок їх заміщення протилежними почуттями. Спотворення реальності також може виявлятися у вигляді уявного злиття з іншою людиною в єдине ціле, нереалістичних містичних вірувань, одержимості нав'язливою ідеєю та її здійснення, галюцинацій, помилок у формі прийняття бажаного за дійсне, ілюзії переваги або виняткового права. Деякі спотворення, на думку

Дж.Вейланта, можуть бути приємними для людини. Як ілюстрація наводиться приклад містичного злиття з іншими в релігійній вірі.

Ілюзорна проекція – відверті помилки про зовнішню реальність, найчастіше у вигляді вихідної ззовні загрози. Захист у вигляді ілюзорної проекції дозволяє людині позбутися або полегшити важкий дистресовий стан за рахунок перенесення відповідальності за неприємні почуття, що відчуються зовні, як правило, на інших людей. Крім проекції на інших власних заборонених почуттів, людина може припускати, що оточуючі використовують його у своїх корисливих цілях та інтересах.

Фантазії – використовуються, щоб уникнути реальності, внаслідок чого виникають нереалістичні очікування та втрачається зв'язок з реальністю.

Іпохондрія – надмірне занепокоєння серйозною хворобою. Вейллант називає іпохондричну проекцію «іноземкою Его», оскільки на відміну від ідентифікації іпохондрії створює дисфорію та відчуття особистого нещастя, що глибоко переживається. Захисна іпохондрія виникає внаслідок перетворення закидів та звинувачень оточуючих у самозакиди та самозвинувачення, які незабаром замінюються скаргами на соматичний біль та фізичне захворювання.

Рухова активність (компульсивна поведінка)— зниження занепокоєння, викликаного забороненим спонуканням, шляхом дозволу його прямого чи непрямого вираження без розвитку почуття провини. Основна особливість полягає в невротичній схильності діяти під впливом імпульсу з метою уникнення напруги, яка б виникла або посилилася в результаті відстрочення прояву поза інстинктивною реакцією.

Пасивно-агресивна поведінка – модель поведінки, коли агресивність виражається, але швидше пасивним, ніж активним способом. Її різновидом є провокаційна поведінка для привернення уваги оточуючих людей,

створення садомазохістичних відносин, виставлення себе в ролі клоуна або «цапа-відбувайла».

Зміщення – захисний механізм, який перенаправляє агресивні імпульси на більш прийнятну або менш небезпечну людину або мету. Захист у формі перенесення може проявлятися в забобонах, анекдотах, та дотепних жартах, що мають прихований, часто ворожий, зміст. Перенесення почуттів також проявляється в більшості фобій, в істеричних проявах і деяких забобонах, прикметах, заснованих на механізмі переносу.

Дисоціація – захисний механізм, при якому особистість відчуває те, що відбувається з нею, як власне іншій людині.

Придушення – процес виключення зі сфери свідомості думок, почуттів, бажань і потягів, які спричиняють тривогу, біль, сором чи почуття провини.

Інтелектуалізація – спосіб дистанціюватися від емоцій, що викликають на сполох, і зосередитися на інтелектуальних аспектах. Інтелектуалізація описує абстрактні міркування про бажання, які так і залишаються неусвідомлюваними і тому не призводять до їх здійснення. При інтелектуалізації процес сприйняття людини спотворюється, що ідея перебуває у свідомості, але почуття відсутня.

Реактивне утворення (гіперкомпенсація) – це перетворення неприйнятних для людини імпульсів у їх протилежності. Наприклад, жадібна людина стає меценатом, а жорстока волонтером чи медиком. Цей механізм дуже цікавий, так як свідчить про те, що реальні дії людини н завжди є маркером її внутрішнього стану, оскільки вони можуть бути наслідком завуальованого спотворення його справжніх бажань.

Сублімація – перетворення нервової енергії на конструктивні проекти.

Витіснення – свідоме зусилля людини забувати фруструючі спогади шляхом перенесення уваги на інші форми активності, нефрустраційні

явища тощо.

Передбачення (антиціпація) – інвестиції у підготовку та планування як спосіб зменшити тривогу та стрес.

Альтруїзм – отримання задоволення, перспективи та сенсу від використання своїх ресурсів та талантів для допомоги іншим.

Гумор – здатність бачити кумедні, комічні або іронічні аспекти стресової або потенційно турбуючої ситуації. Гумор не може виникнути поза "спостереженням за Его" або в повному відриві від Его. Вдаючись до гумору, людина все-таки називає речі як вони є, хоч і робить це у дещо видозміненій формі.

У низці робіт, присвячених механізмам психологічних захистів, показано, що вони перебувають між потребою особистості та її задоволенням, тому психологічні захисти можна як нездійснені у минулому бажані мети [3,8]. У літературі особливості механізмів психологічних захисту досліджувалися лише у хворих на гіпертонічну хворобу, ревматоїдний артрит [31], виразкову хворобу дванадцятипалої кишки [6]. Поняття психологічного захисту є одним із основоположних у сучасній теорії особистості та соціальної психології. Воно має велику пояснювальну силу при вивченні патогенезу психічних і психосоматичних захворювань.

В.В. Храмцова зазначає, що широких та систематичних досліджень, спрямованих на вивчення співвідношення різних механізмів психологічних захистів у нормі та патології, проведено небагато. Пояснюється це, очевидно, відсутністю досі психологічних методик, дозволяючих комплексно й у одному дослідженні оцінити вираженість основних механізмів захисту, і навіть великими розбіжностями між дослідниками щодо загальної кількості цих механізмів і змісту застосовуваних термінів. Виділяють від 15 [5] до 23 форм захисту [16], і деякі автори розглядають окремі форми захисних механізмів не як самостійні, бо як окремий випадок інших, більш глобальних захистів. Так, передбачається [30], що термін

«інтелектуалізація» покриває собою такі захисту, як ізоляція, раціоналізація, ритуалізація, магічне мислення.

Для кількісної оцінки виразності захисних механізмів використовувалися, як правило, додаткові шкали ММРІ та окремі опитувальники, але вони дозволяють судити лише про обмежену кількість захистів (раціоналізація, заперечення, проєкція), а не про їх спектр.

На механізми психологічного захисту посилаються як на велику пояснювальну силу при вивченні патогенезу психічних і психосоматичних захворювань (А.М. Михайлов, В.С. Ротенберг). Виняткове значення має аналіз дії механізмів психологічного захисту для розуміння «внутрішньої картини хвороби» та вибору обґрунтованої психотерапевтичної тактики (В.А. Ташликов). Визначення конкретних форм психологічного захисту є відправним моментом у побудові будь-якої особистісно-орієнтованої терапії (В.М. Воловик, В.Д. Вид). Знання концепції захисту та різноманітності захисних механізмів є вирішальним для розуміння психоаналітичної діагностики характеру (Н. Мак-Вільямс). Система психологічного захисту виступає як психічної детермінанти поведінки людини, що грає важливу роль поряд із соціальною та біологічною детермінантами [24].

Питання виявлення та нормалізації механізмів психологічного захисту є значним перш за все тому, що торкається особливостей функціонування нормальної психіки. Збереження самоповаги, підтримання сильного, несуперечливого, позитивного почуття власного Я - одне з основних функцій захисних механізмів.

1.2 Результати емпіричних досліджень особливостей особистісного адаптаційного потенціалу

У прагненні позбутися неприємних емоційних станів людина виробляє психологічні захисні механізми. Психологічний захист «захищає» сферу свідомості від негативних переживань, що травмують особистість, і тому зустрічається у будь-якої людини. Механізм психологічного захисту полягає в ігноруванні реальної ситуації чи навіть підміні її ситуацією іншої суб'єктивно-психологічної значущості.

Деякі автори вказують, що за нестачі психічних засобів захисту відбувається зрушення у бік соматичних захисних сил. У разі прориву адаптаційного бар'єру та порушення гомеостазу розвиваються хвороби (розлади) адаптації. У найбільш загальному сенсі до цієї категорії можуть бути віднесені всі патологічні соматичні стани, що розвиваються у відповідь на психосоціальні дії [3,4, 5,12].

На думку Г. Шродера, у загальному континуумі психічної регуляції психологічні захисні реакції займають останній рівень подолання ексцезивних ситуацій, рівень, який вже має характер прогресуючої декомпенсації [49]. Таким чином, цікавить дослідження взаємовідносин, які можуть існувати між сприйняттям свого контролю над симптомами захворювання та психологічними захисними механізмами у хворих на хронічний гастрит. При цьому психологічний захист є вродженим механізмом, що запускається в екстремальних ситуаціях і виконує функцію зняття внутрішньої напруги як засіб вирішення конфлікту між свідомістю та несвідомим [2, 2].

У сучасній літературі представлено низку публікацій, присвячених особливостям психологічних захистів пацієнтів із психосоматичними захворюваннями. За наслідками досліджень М.В. Богданової, для системи психологічних захисних механізмів людей, що часто і довго хворіють

(мають кілька епізодів ГРВІ на рік) характерні: стереотипізація захисного репертуару, підвищення ригідності системи та її загальної напруженості, переважання психологічних захистів, властивих ранньому рівню розвитку особистості. При цьому ознаки деформації системи психологічних захистів пацієнтів, що часто і довго хворіють, спостерігаються як у період загострення, так і в період ремісії соматичного захворювання.

У системі психологічних захистів виявлена висока вираженість та поширеність механізму соматизації тривоги. Соматизація тривоги також виділяється і Ф.Б. Березином як одна з найбільш виражених в системі психологічних захистів при психосоматичній патології. В результаті її роботи тривога пов'язується з соматичними, а не з психологічними факторами. В клініці це проявляється картиною іпохондричного неврозу. Соматизація тривоги забезпечує соціально прийнятний вихід зі складних і емоційно значущих проблем, переносячи центр тяжкості цих проблем на тілесні відчуття [15]. Результати досліджень свідчать, що пацієнти з психосоматичними розладами переважно використовують «примітивні» механізми захисту Его (заперечення, проєкцію та ін.), які певною мірою перешкоджають когнітивно-афективній оцінці травмуючої ситуації. При цьому посилюється психогенний вплив внутрішніх умов (особливостей особистості) та зовнішніх психосоціальних факторів.

Механізм психологічних захистів як фактор, що впливає на виникнення та перебіг психосоматичного захворювання, на сучасному етапі вимагає подальшого дослідження. Г.С. Коритова зазначає, що «змістовна наповненість поняття «психологічний захист» варіює від глибоких теоретичних описів до емпіричних досліджень, від вдумливого проникнення в психічні процеси до прикладного використання, що не рефлексується» [23,19]. М.В. Богданова та інші автори також зазначають, що недостатня вивченість системи психологічних захистів перешкоджає підвищенню ефективності психотерапії, в особливості, пацієнтів, що довго

хворіють. При виділяються такі проблеми у вивченні цього питання: відсутність єдності в теоретичних підходах, у конкретизації визначення психологічного захисту, уявлення про їх кількість та класифікацію тощо [40,41]. Таким чином, можна відзначити, що для подальшого розвитку психосоматичного напрямку в медичній сфері є важливим вивчення механізму психологічних захистів як значущого компонента у структурі психосоматичного захворювання.

За останні 50 років емпіричні дослідження захисних механізмів зробили значний внесок у емпіричну науку. Починаючи з початкового опису захисту Фрейда депрес [5], в теорію захистів пропонувалися численні зміни. У світлі цих результатів ми стверджуємо, що ієрархія захисних механізмів [41,3], є вичерпним описом як більш адаптивних (т. е. зрілих захистів, які пов'язані з копінг-стратегіями), і менш адаптивних (тобто. незрілих і невротичних захистів) способів автоматичного реагування[49]. Очевидним результатом є те, що систематична оцінка захисту, що відображає цю ієрархію адаптації, підвищує цінність діагностики психічних розладів. На даному етапі існує спільна згода щодо ієрархічної організації захисних механізмів, що, наприклад, призвело до включення Тимчасової осі захисного функціонування до 4-го видання Діагностичного та статистичного посібника з психічних розладів (Американська психіатрична асоціація, 1994 р.). Широко продемонстровано вплив захисного функціонування на фізичне та психологічне благополуччя.

Менше, ніж дослідження захисту та психічних розладів, все більше досліджень захисту та захворювань [12]. Нещодавні дослідження показали, що у онкологічних хворих з самовідданим захисним стилем були більш короткі інтервали без ознак захворювання, більш короткий час виживання та більш несприятлива стадія раку в кінцевій точці [10].

Інші дослідження пов'язують пригнічені конфлікти з фізичними та психічними розладами серед тих, у кого в анамнезі повторювані незрозумілі

страждання та депресія. Відповідно до психосоматичної гіпотезою використання невротичних захистів, що пригнічують усвідомлення хвилюючих бажань, почуттів, думок, переживань та спогадів, призводить до порушення ендокринних та імунних функцій та відноситься до соматичних проявів психологічного дистресу. [2,25,39].

Аналіз поперечного перерізу показав, що копінг, орієнтований завдання, негативно пов'язані з ймовірністю кожного зі станів психічного здоров'я, копінг, орієнтований емоції, позитивно пов'язані з ймовірністю кожного стану, а копінг, орієнтований уникнення, не показав ніякого зв'язку. Проспективний аналіз показав, що з осіб, які мали підвищених депресивних симптомів на початковому рівні, лише емоційно-орієнтоване подолання труднощів передбачало ймовірність розвитку синдрому великої депресії під час наступного спостереження. Аналогічні закономірності результатів спостерігалися підвищених симптомів тривоги і дистресу, що з діабетом. Очевидно, лише орієнтоване на емоції співвладу грає роль розвитку депресивних симптомів, симптомів тривоги і дистресу, що з діабетом. Результати наголошують на важливості вивчення передбачуваних асоціацій та припускають, що втручання, спрямовані на конкретні стратегії виживання, можуть полегшити проблеми з психічним здоров'ям у людей з діабетом 2 типу [26,38,46].

Заперечення є клінічно значущою концепцією в онкологічних хворих. Його ретельно досліджували та обговорювали. Однак його визначення згодом зазнавало різних теоретичних тенденцій. З психоаналітичної погляду заперечення є патологічним, неефективним захисним механізмом. З іншого боку, згідно моделі стресу та копінгу, заперечення можна розглядати як адаптивну стратегію захисту від переважних подій та почуттів. Поширеність заперечення діагнозу у онкологічно хворих до 47%, заперечення впливу зустрічалось у 70% та заперечення афекту у 42% хворих. Літні хворі на рак були більш схильні заперечувати. Ні тип раку, ні

стать, мабуть, були пов'язані з запереченням, крім того, що чоловіки використовуватимуть заперечення частіше у термінальній фазі. В обмеженій кількості лонгітюдних досліджень було виявлено поступове зниження заперечення протягом хвороби. Вплив заперечення фізичне і соціальне функціонування залишалось незрозумілим, тоді як вплив на психологічне функціонування, очевидно, залежав від використовуваної концепції заперечення. Виявили, що відволікаючі стратегії зменшують дистрес, тоді як пасивні механізми втечі знижують психологічний добробут. [7].

Більш того, захисні механізми, як і інші стратегії регуляції емоцій, функціонують як важливі модератори психологічних реакцій на стресові життєві події [17], такі як хронічні фізичні та психічні стани [20]. А саме, що більшість пацієнтів із захворюваннями щитовидної залози є алекситиміками [47].

На додаток до досліджень у галузі психопатології, результати отримані у низці недавніх досліджень, проведених серед населення загалом у стресових умовах. Про неадекватні захисні реакції частіше повідомляли молоді люди під час першої хвилі пандемії COVID-19, тоді як у людей похилого віку під час пандемії була очевидна велика залежність від зрілих захисних реакцій. При чому виявилась відмінність між чоловіками та жінками. Жінки використовують більше невротичних та незріло-депресивних захистів, щоб впоратися з внутрішніми або зовнішніми стресорами, тоді як в аналогічних умовах чоловіки схильні більше покладатися на obsесивні та незріло-недепресивні захисту [29]. Ці дані були підтверджені Бересфордом, які виявили, що зрілість захисного функціонування була пов'язана з літнім віком, і це свідчило про нижчий рівень депресії у великої вибірки дорослих хворих на рак. Захисні механізми також пов'язані зі статтю. Ці результати були підтверджені також у осіб з діагнозом гендерна дисфорія, що вказує на те, що домінує

захисне функціонування людини пов'язане зі статтю, яку людина обирає, а не з статтю, призначеною при народженні [8,37].

Захисти діють значною мірою або частково поза свідомістю, і їх ефекти набувають незліченних форм. Обидві ці реальності створили проблеми виміру. Деякі заходи могли бути засновані на одних і тих же мотиваційних конструкціях, але представляли різні організаційні схеми. Незважаючи на їхню надзвичайну теоретичну та практичну значимість, захисні механізми ще не стали предметом досить широких досліджень. Великі розбіжності між дослідниками щодо загальної кількості цих механізмів та змісту застосовуваних термінів є одним із негативних факторів. Опис феноменів психологічного захисту часто визначається діяльністю дослідника, його загальнотеоретичної, методологічної позицією. Понад те, методичний арсенал з метою оцінки виразності основних захисних механізмів, які має вітчизняна наука, більш ніж обмежений. Захисні механізми, розташовані вище за ієрархією (тобто високоадаптивний захист), не відповідають диференціальним критеріям, описаним у теорії Крамера [6].

Більше 30 років досліджень з використанням рейтингових шкал захисних механізмів і похідних показників [25] продемонстрували, що люди, які використовують зрілі захисту, можуть: частково або повністю усвідомлювати їхню активацію (наприклад, альтруїзм, самоствердження або самоспостереження); навмисно використовувати адаптивну захисну стратегію, щоб упоратися з внутрішнім конфліктом чи стресовими ситуаціями (наприклад, очікування чи придушення); і збільшити ймовірність приємного дозволу внутрішніх чи зовнішніх стресорів без спотворення реальності (наприклад, самоствердження чи сублімації). У світлі цих результатів ми стверджуємо, що ієрархія захисних механізмів [24] є вичерпним описом як більш адаптивних (т. е. зрілих захистів, перезрілих захистів, перекр. з копінг-стратегіями), і менш адаптивних

(тобто. незрілих і невротичних захистів) способів автоматичного реагування. Очевидним результатом є те, що систематична оцінка захисту, що відображає цю ієрархію адаптації, підвищує цінність діагностики психічних розладів. Дослідження захисних сил додає інформацію про тяжкість симптомів, диференціальну діагностику, дотримання режиму лікування, рекомендовані втручання та очікуваний прогноз. Включення захисного функціонування до діагностики та формулювання випадку може збагатити загальне розуміння психічного функціонування пацієнтів. Таким чином, ретельна оцінка захисту дає деяку інформацію, необхідну для розробки дійсно ефективних, персоналізованих методів лікування [42].

Аналізуючи форму профілів психологічного захисту хворих з шкірною, нирковою та хірургічною патологією, можна сказати, що хірургічні хворі більш схильні до реактивних утворень та витіснення, а ниркові – до заміщення та компенсації. Таким чином, психологічний захист хірургічних хворих полягає у формуванні реакції, яка характеризується опануванням негативними імпульсами, емоціями, особистісними якостями шляхом заміни їх на протилежні (наприклад, пацієнт з фіксацією на сексуальних стосунках схильний виявляти реакції гніву або відрази щодо різного роду виявлення сексуальності, наприклад до порнографії, вигляду оголеного тіла, поцілунків молодої пари в парку тощо). Разом з цим вони схильні забувати, ігнорувати очевидні факти власної неправильної поведінки або симптомів хвороби, аж до повного її невизнання. Можливо, саме неконструктивне тривале використання механізму витіснення призвело до необхідності хірургічного втручання: адже більшість захворювань лікуються медикаментозно на більш ранніх етапах, і лише у запущеній формі потребують операції. Механізм психологічного захисту ниркових хворих (заміщення і компенсація) дуже близькі за своєю сутністю. Зміщення виявляється в тому, що реальний об'єкт, на який могли бути спрямовані негативні почуття, замінюється менш небезпечним

(наприклад, стримувана агресія відносно авторитетної особи переміщується на залежних людей: розізлився на начальника, а висварив сина). Компенсація основана на прагненні до досягнення успіхів у якійсь галузі й, таким чином, до компенсації невдач в іншій, зумовлених, наприклад, недостатніми фізичними здібностями, відсутністю обдарованості, дефектом мовлення. Часто компенсація відбувається у вигляді, коли нестача або відсутність внутрішнього задоволення собою, своїми досягненнями, своїм духовним світом замінюється зовнішніми атрибутами. Так жінка, може компенсувати внутрішній комплекс неповноцінності від недостатнього рівня освіти великою кількістю дорогоцінних прикрас. Спільним у заміщенні й компенсації є те, що зусилля особистості, її психічна та фізична активність спрямовуються «не за призначенням», заміщуються або компенсуються. Таким чином, з проведеного вище аналізу механізмів психологічного захисту в різних нозологічних групах можна зробити наступні висновки.

1. Пацієнтам з шкірними захворюваннями найбільш властивий механізм регресії, хірургічним – реактивні утворення та витіснення, а нирковим – заміщення та компенсація. Порівняно з хірургічними і дерматологічними хворими більш адаптованими є хворі з нирковими хворобами, в них менше виражені ознаки тривожності та меланхолії. Поведінка та переживання шкірних хворих характеризується дезадаптацією за інтерпсихічною спрямованістю (внутрішньо особистісною), а хірургічних хворих – за інтерпсихічною та інтрапсихічною спрямованістю, яка характеризується пригніченим станом, втечею в хворобу та відмовою від боротьби, а також дезадаптивною поведінкою, яка призводить до порушення соціального функціонування. Найбільш ефективними механізмами психологічного захисту при різних типах захворювань виявилися компенсація і заміщення (при цьому захист зміщується на інший об'єкт, а не фіксується на тілі), неефективні – регресія, реактивні утворення

та витіснення; 2. Тривалий захист за допомогою механізму витіснення у хірургічних хворих може пояснювати психосоматичну природу захворювання. Тобто, витіснена психічна енергія «знайшла» свій вихід у різноманітних тілесних утвореннях, які необхідно видалити (усі хворі, що склали групу хірургічних, потребують видалення пухлинних утворень, каміння або нагноєнь у гайморових пазухах); Одержані дані змушують звернутися до холистичного підходу, спрямованого на активізацію адаптивних, а не на редукцію дезадаптивних, сил. Тому зусилля у роботі із цією категорією обстежених пацієнтів мають бути спрямовані, перш за все, на стимуляцію власних ресурсів організму і адаптивних стилів реагування на захворювання. [20,27]

Якісний аналіз результатів дослідження механізмів психологічних захистів виявив, що частота використання психологічного захисту «заперечення», «пригнічення» та «гіперкомпенсація» знаходиться на рівні вище за норму у пацієнтів з психосоматичними захворюваннями. У контрольній групі частота використання психологічних захистів перебуває у межах норми. [22] Можна зробити висновок, що особи з психосоматичними захворюваннями не схильні до рефлексії, аналізу своїх дій і своїх бажань і намагаються або визнавати її тривожну для них інформацію, або розвивати прагнення, протилежні цій інформації. Виходячи з цих даних, можна припустити, що використання емоційної копінг-стратегії «оптимізм» обумовлено даними психологічними захистами: заперечення неприємної для людини інформації, протест разом зі спробами перетворити її на щось протилежне в результаті формує цей емоційний стан [28,27].

Кореляційний аналіз показав наявність статистично достовірних зв'язків між рівнем стресу та окремими психологічними захистами: запереченням та витісненням. 2. Хворі з доброякісними та злоякісними новоутвореннями не мають статистично достовірних відмінностей по

жодному з компонентів системи стабілізації особистості. Відповідно, у цьому дослідженні цих пацієнтів можна як представників єдиної генеральної сукупності. 3. У порівнянні зі здоровими випробуваними у онкологічних хворих: 1) достовірно нижче значення за копінг-шкалою «планування вирішення проблеми», простежується тенденція до уникнення конфронтативного копінгу; 2) достовірно вище значення психологічних захистів «заперечення» і «витіснення»; достовірно нижче значення за шкалами «інтелектуалізація» та «реактивні утворення». З цього можна дійти невтішного висновку, що онкологічні пацієнти у стресових обставинах захворювання мають виснажений адаптаційний ресурс, користуються переважно примітивними психологічними захистами, не можуть у застосуванні конфронтативного копінгу і не схильні планувати вирішення проблеми [28].

У групі осіб, які страждають на психосоматичні розлади, спостерігається достовірно вища, ніж у групі здорових випробуваних, вираженість таких видів психологічного захисту, як «компенсація», «раціоналізація», "заміщення", "реактивна освіта", "витіснення". Виразність механізму психологічного захисту «проекція» у цій групі піддослідних вище середніх значень. Особам, які страждають на психосоматичні розладами, властиві такі риси особистості, як підозрілість та висока критичність. Особам, які страждають на психосоматичні розлади, властиво фізично уникати стресових ситуацій, прагнути не потрапляти у конфліктні ситуації. Для таких осіб, як і для осіб, які страждають на невротичні розлади, характерно відчувати почуття розгубленості та безпорадності в ситуації стресу. Випробувані, які страждають на психосоматичні розлади, достовірно частіше здорових піддослідних використовують як спосіб вирішення проблеми емоційну розрядку, при цьому вони рідше вірять у благополучне розрешення ситуації. [14,28].

Поєднання механізмів захисту «компенсація» та «витіснення» з копінг-стратегією «самоконтроль», що спостерігається у депресивних хворих, також свідчить про неадекватність та суперечливість даного стилю реагування на стресову подію. Витіснення деяких змістовних аспектів психотравмуючої ситуації, а також спроба зняття емоційної напруги шляхом компенсації почуття неповноцінності в нормі передбачає активну поведінку, спрямовану на пошук виходу із ситуації та подолання зі стресом через посилення активності в інших сферах діяльності. Однак при неадекватно вираженому витісненні, що спостерігається у депресивних хворих, ігноруються всі аспекти ситуації, суттєві для ефективної адаптації. Депресивні хворі на фоні вираженого механізму захисту «витіснення» вибирали копінг-стратегії, пов'язані з підвищенням контролю над своїм емоційним станом або з визнанням власної ролі та відповідальності у цій ситуації, що призводить до посилення почуття провини та самокритики. Це спричиняє наростання афективної тривоги та емоційної напруги. Аналогічні протиріччя спостерігалися й інших стилях захисно-справляючої поведінки депресивних хворих. Загалом дослідження показало, що для хворих депресивними розладами характерний дисбаланс в системі захисно-власного стилю поведінки в бік переважання дезадаптивних емоційно-фокусованих копінг-стратегій та активації захисних форм поведінки. Можна припустити, що показник напруженості захисту може бути, з одного боку, результатом попередніх «невдалих» стратегій подолання стресових ситуацій та вказувати в цілому на неуспішність влаштовуючої поведінки. З іншого сторони, високий рівень напруженості психологічного захисту особистості може, у свою чергу, негативним чином впливати на сприйняття та когнітивну оцінку наступних стресових подій і тим самим сприяти вибору неадекватної копінг-стратегії. Проведене дослідження підтвердило доцільність розгляду адаптаційних механізмів особистості як єдиного

процесу взаємодії копінгстратегій та механізмів психологічного захисту, який умовно назвали «захисно-справляючим стилем» [14].

За опитувальником «Індекс життєвого стилю» виявлено, що у хворих на інфаркт міокарда психологічні захисту «заперечення», «витіснення», «інтелектуалізація», «реактивна освіта» були вищими за норму, а «регресія» та «заміщення» – нижчими за норму. Значна напруга чотирьох психологічних захистів свідчить про різноманітні, амбівалентні мотиви, що виявляються всередині особистості, а також вказує на те, що хворі на інфаркт міокарда не схильні до аналізу та рефлексії своїх вчинків, мотивів, бажань. Зниження показників за якоюсь із шкал опитувальника «Індексу життєвого стилю» свідчить про неефективність даного механізму психологічного захисту, про блокаду поведінки, спрямовану на зниження напруги, що викликається активацією пов'язаної з нею базової емоції і, за відповідних змін зовнішніх умов, є найбільш вірогідною причиною дезадаптації. Так, зниження середніх показників захисного механізму на кшталт «заміщення» говорить про те, що у хворих на інфаркт міокарда блоковано відносно безпечну розрядку роздратування (гніву) і, таким чином, підвищується ризик психосоматичних розладів (виразка шлунка, мігрень тощо). «Регресія» розглядається як психологічний захист, за допомогою якого особистість у своїх поведінкових реакціях прагне уникнути тривоги, використовуючи форми реагування, характерні для ранніх стадій розвитку. Низькі показники «регресії» можуть говорити про те, що вона не є тим механізмом психологічного захисту, який використовується хворими на інфаркт міокарда, оскільки для них характерне прагнення будь-що-будь зберегти професійний статус і можливість продовження активної трудової діяльності. [35,36,45].

Показники опитувальника «Індекс життєвого стилю» особам із хімічною залежністю і без хімічної залежності показали значні відмінності психологічних захистів. Для залежних провідними захистами є регресія,

заміщення, проекція, компенсація. Для людей без хімічної залежності – «витіснення», «проекція», «раціоналізація». Захисні психологічні механізми показують глибину спрямованості особистості людини, і як наслідок, є основою ставлення до себе, до людей, що оточують його, і в принципі до життєвої концепції. [43].

Для осіб з наркотичною залежністю з психічною травмою раннього віку характерно справляється поведінка, яка може розвиватися у двох напрямках - або наркозалежні прагнуть вирішувати свої проблеми або намагаються уникнути проблем, заперечувати їх наявність. Можна припустити, що в тому числі неможливість впоратися з психічною травмою дитинства і призвела їх до вживання наркотиків створюють ілюзію дозволу важких життєвих ситуацій. У наркозалежних із психічною травмою раннього віку спостерігаються такі захисні механізми, як проекція та заперечення, що виявляються у поведінці: стан дезадаптації, частіше вживання наркотичних засобів та виражена дезорганізація, яка може виявлятися у невротичному синдромі астеничного типу зі значними психосоматичними розладами. Таким чином, можна зазначити, що в цілому для наркозалежних з психічною травмою раннього віку та іншими психічними травмами, отриманими в пізнішому віці, характерні дезадаптивні типи власної поведінки як на свідомому, так і на несвідомому рівнях захисту особистості, у той час як у наркозалежних, які не мають раннього досвіду дитячої психічної травми, таких дезадаптивних типів власної поведінки не спостерігається. Ці дані необхідно враховувати в ході реабілітаційного процесу, у тому числі працюючи з дитячим травматичним досвідом і дезадаптивними схемами, що сформувалися в результаті. Отримані дані вказують на необхідність розробки та систематизації способів психологічної допомоги наркозалежним із психічною травмою раннього віку [19].

У процесі вивчення механізмів психологічного захисту дошкільнят з порушеннями зору та з типовим розвитком було виявлено значні відмінності. У дітей з типовим розвитком коефіцієнт дезадаптації вищий, ніж у групі дітей з порушенням зору, яким приділяється більше уваги педагогів та для яких створюються спеціальні умови. У процесі соціального взаємодії в дітей із типовим розвитком виникає більше стресових ситуацій та інших приводів прояви механізмів психологічного захисту. Нами було встановлено значні розбіжності у виборі психологічних захистів дітьми досліджуваних груп. Так, діти з типовим розвитком у важких ситуаціях найчастіше вдаються до використання захисних механізмів: «Витиснення», «Регресія», «Заміщення», «Заперечення», «Проекція». У групі дітей із порушенням зору психологічні захисту використовуються рідше, оскільки рідше з'являється привід їхнього застосування. Однак діти з порушенням зору частіше вдаються до таких психологічних захистів, як «компенсація», «заперечення», «витиснення». Так, дошкільнята з порушенням зору використовують більш примітивні захисту. Використання дошкільнятами з типовим розвитком регресії слід розглядати як повернення до знайомого способу дії після того, як було досягнуто нового рівня компетентності [21,22].

При аналізі розподілу за домінуючими типами захистів у хворих на фіброміалгію було встановлено, що у найбільшій кількості випадків як основні реєструвалися «Реактивні утворення» та «Інтелектуалізація». Наступними за частотою діагностувалися "Проекція", "Витиснення", "Регресія". Механізми психологічного захисту «Заперечення», «Компенсація», «Заміщення» проявляються в незначному відсотку випадків. Таким чином, спостерігається своєрідна «вибірковість» використання деяких психологічних захистів та їх суттєва напруга (проявляється високими значеннями середніх показників) може свідчити про досить обмежений спектр можливостей психологічної адаптації у

хворих на фіброміалгію. У хворих на фіброміалгію компенсувався за рахунок напруги психологічних захистів «Регресія» та «Заміщення», у сфері міжособистісних взаємин за рахунок напруги «Регресії» та «Проекції», у сфері загальної інтернальності (Із) підвищенням напруженості «Проекції». Таким чином, виявлені особливості психологічної компенсації у хворих з фіброміалгією являють собою варіанти дезадаптивних спроб особистості впоратися з хворобою, пов'язані з неприйняттям відповідальності на себе за події, що відбувається з ними, в тому числі і в умовах хвороби. Дане відкриття вказує на необхідність застосування методів психологічної допомоги у хворих на фіброміалгію. Повинна бути загальноновизнана важливість емоційного стану пацієнтів, їх стосунки та переконання, сприйняття існуючого захворювання та пов'язаних із ним проблем. Якщо психосоціальні проблеми пацієнтів не вирішені чи вирішені неадекватно, то хворі не зможуть дотримуватись найважливіших аспектів лікувально-реабілітаційного режиму. [34,4850].

Хворі системною червоною вочанкою виявляють виражену тенденцію до екстернальності (зниження рівня суб'єктивного контролю) у спільній сфері, а також у сферах невдач, виробничих відносин, міжособистісної взаємодії та особливо щодо здоров'я. Роль хворого, засвоєвана тією чи іншою мірою більшістю пацієнтів, формує почуття безпорадності, потребу у співчутті та опіці оточуючих, надію те що, що полегшення стану з'явиться результатом впливу зовнішніх чинників (допомога лікаря), або навіть щасливого випадку. Ці зміни мають неабияке клінічне значення, ускладнюючи клінічну симптоматику та перешкоджаючи здійсненню терапевтичних заходів. Виявлена деформація мотиваційної сфери особистості є важливим компонентом стану «наученої безпорадності» [41], коли очікування невдачі у діяльності починають набувати в людини велику емоційну значимість і особистісний сенс, ніж саме досягнення мети.

При попарному порівнянні груп хворих на ВКВ (чоловіки та жінки; ступінь активності захворювання – I, II та III) вдалося встановити такі достовірні відмінності між характеристиками локусу контролю: чоловіки більш інтернальні (підвищення локусу контролю у виробничій сфері, ніж жінки. Крім того, спостерігалось достовірне зміщення локусу контролю в екстернальний бік (зниження) щодо здоров'я при підвищенні ступеня активності захворювання. При аналізі показників інтернальності у підгрупах хворих на системну червону вовчанку з високим рівнем невротизації зазначено, що в міру підвищення рівня депресії знижуються показники за шкалами загальної інтернальності Іо, інтернальності щодо досягнень Ід та інтернальності в галузі міжособистісних відносин Ім. Також при високому рівні тривоги спостерігаються нижчі показники Ім. Разом з тим проведений кореляційний аналіз показників депресії, тривожності та локусу контролю показав, що між цими показниками існує помірний зворотний кореляційний зв'язок. Це дозволяє припустити, що у структурі та ієрархії джерел депресії і тривоги одне з центральних місць займає занепокоєння з приводу досягнень і міжособистісних відносин у зв'язку з опосередкованим фактом захворювання. Результати досліджень свідчать про напружену дію у хворих на системний червоний вовчак механізмів, що забезпечують психологічну переробку пов'язаних із хворобою проблемних ситуацій. Проведене обстеження показало, що у групі обстежених хворих на системну червону вовчанку відзначається досить виражена напруженість наступних типів психологічних захистів: «Реактивні утворення-гіперкомпенсація», «Проекція», і, меншою мірою, «Інтелектуалізація» та «Регресія». Показники напруженості за іншими типами захисту значно різноманітніші. Аналіз розподілу хворих за домінуючими типами свідчить, що основним типом захисту у 28,7 % випадків є «Реактивні утворення». У 19,5% випадків домінувало «Заперечення». Третім за поширеністю є типи психологічних захистів «Проекція» та «Інтелектуалізація», які

використовуються хворими як домінуючі з однаковою частотою. У той же час «Регресія» та «Витіснення» зустрічалися відповідно у 8,1 та 6,9 % хворих на системний червоний вівчак. І лише в одному випадку було зареєстровано використання як основний тип «Компенсації». Це все вказує на значний фруструючий вплив хвороби на систему відносин особистості та своєрідне «інтенсивне» використання психологічних захистів при глибинно-особистісному реагуванні на конфліктні ситуації. Найімовірніше, це пов'язано з тим, що у хворих на системний червоний вівчак проєктовані імпульси та емоції, як правило, мають негативний відтінок та інтенсивні спроби виправити або якось заповнити фізичну чи психічну неповноцінність призводять до використання менш зрілих форм поведінки [9].

Теоретичний аналіз літературних джерел дозволяє встановити наступне.

По-перше, механізми психологічного захисту є одним із способів стабілізації індивідуальної картини світу особистості. Існує досить велика кількість різних способів їх класифікації. Питання механізму психологічного захисту особистості розглядалося в межах психоаналітичного, гуманістичного, екзистенційного підходів.

По-друге, найбільш дослідженим є питання, які розкривають їх зв'язок з соматичними захворюваннями; особливостями їхнього прояву у здорових людей і людей з важкими хронічними захворюваннями; як вік та стать особистості впливає на особливості їх прояву, які торкаються ієрархічної організації захисних механізмів; зв'язки психологічних захистів із копінг-стратегіями.

По-третє, маловивченими залишаються питання, що стосуються організації та динаміки захисних механізмів хворих на різні захворювання, зв'язок механізмів психологічного захисту відповідно до локусу контролю особистості.

2. ПРОЦЕДУРА ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1. Описання вибірки та процедури дослідження.

Дослідження проводилося на базі терапевтичного відділення центральної районної лікарні міста Куп'янськ. Згідно до мети і завдань роботи дослідницьку вибірку склали пацієнти з хронічним гастритом. Загальний об'єм учасників дослідження склав 60 чоловік від 20 до 60 років (26 чоловіка та 34 жінок).

В основу розподілу усіх опитаних було покладено принцип тяжкості захворювання на хронічний гастрит за стадіями (слабка атрофія слизової шлунка; та помірна /важка атрофія слизової шлунка). У групу №1 увійшли пацієнти з I та II стадіями хронічного гастриту у кількості 28 чоловік (15 жінок та 13 чоловіків). У групу №2 увійшли пацієнти з III та IV стадіями хронічного гастриту у кількості 32 людини (19 жінок та 13 чоловіків).

2.2. Методи дослідження

Відповідно цілей і завдань дослідження були використаний психодіагностичний метод, а саме опитувальник ІЖС (індекс життєвого стилю) Плутчика-Келлермана-Конте та опитувальник РСК (рівень суб'єктивного контролю) розроблений Є. Ф. Бажиним, Є. А. Голинкіною, Л. М. Єткіндом на основі концепції локуса контролю Дж. Роттера.

Для виявлення структури прояву механізмів психічного захисту була використана методика Індекса життєвого стилю розроблений Р. Плутчиком, Г. Келлерманом та Х.Р. Контом. Тест побудовано за принципом опитувальника, містить 97 запитань. На кожне з яких можна дати відповідь «так» або «ні». Ця методика дозволила виявити як ведучі, основні механізми, так і оцінити ступень напруження кожної з них.

Методика дозволила оцінити 8 видів механізмів психологічного захисту: заперечення, витіснення, заміщення, компенсацію, реактивне

утворення, проекцію, інтелектуалізацію, регресію.

Для виявлення локуса контролю у пацієнтів використовувався «Опитувальник рівня суб'єктивного контролю» Є. Ф. Бажина, Є. А. Голинкіна, Л. М. Еткінда, на основі шкали Роттера. Опитувальник УСК (рівень суб'єктивного контролю) діагностував локалізацію контролю над значущими подіями, іншими словами – рівень особистої відповідальності. В основі його лежить розрізнення двох локусів контролю – інтернального та екстернального та, відповідно, двох типів людей – інтерналів та екстерналів. Опитувальник складається з 44 стверджень та оцінює 7 показників, а саме, загальну інтернальність, сфері досягнень; у сфері невдач; у сімейних відносинах; у виробничих відносинах; у сфері міжособистісних відносин; щодо здоров'я та хвороби. Ствердження оцінювались за 6-бальною шкалою, де -3 до +3. В нашому дослідженні використовувалися лише показники інтернальності стосовно здоров'я та хвороби.

Обидві методика прості при проведенні тестування та обробки результатів; дозволили провести тестування з групою. Отриманий результат звіряється з ключом. В цих методиках відсутня шкала брехні, тому щоб сприяти достовірності отриманих результатів, від подальшої обробки вилучалися ті відповіді опитаних, які неможливо було перевірити. З опитуваними заздалегідь проводилася бесіда, де їм пояснювалася ціль дослідження задля зменшення соціально-бажаних відповідей.

Математико-статистична обробка отриманих результатів включала t-критерій Стьюдента для порівняння середніх значень прояву механізмів психологічного захисту. Кореляційний аналіз використовувався для встановлення взаємозв'язку між механізмами психологічного захисту та локусом контролю стосовно здоров'я.

Математична обробка отриманих результатів проводилася за допомогою програми SPSS Statistics 17.0.

РОЗДІЛ 3. ОСОБЛИВОСТІ ПРОЯВУ МЕХАНІЗМУ ПСИХОЛОГІЧНОГО ЗАХИСТУ У ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНИМ ГАСТРИТОМ

3.1 Ієрархічна структура прояву механізмів психологічного захисту у пацієнтів з хронічним гастритом залежно від стадії захворювання

Заперечення, як механізм психологічного захисту проявляється через відмову від ухвалення зовнішньої реальності через її загрозливий характер.

Регресія – психологічний захист, що виражається у поверненні до дитячих моделей поведінки.

Проекція – незнання власного психологічного недоліку, що сприймається як недолік іншою людиною.

Заміщення – захисний механізм, який перенаправляє агресивні імпульси на більш прийнятну або менш небезпечну людину або мету.

Раціоналізація – використання в мисленні тільки тої частини інформації, і тільки тих висновків, завдяки яким власна поведінка постає як добре контрольована і не суперечить об'єктивним обставинам

Реактивне утворення -перетворення неприйнятних імпульсів у тому протилежності.

Компенсація – захисний механізм психіки, що полягає в несвідомій спробі подолання реальних та уявних недоліків.

Витіснення – свідоме зусилля людини забувати фруструючі спогади шляхом перенесення уваги на інші форми активності, нефрустраційні явища тощо.

На рисунках 3.1 та 3.2 відображено структура механізмів психологічного захисту у пацієнтів з різними стадіями хронічного гастриту.

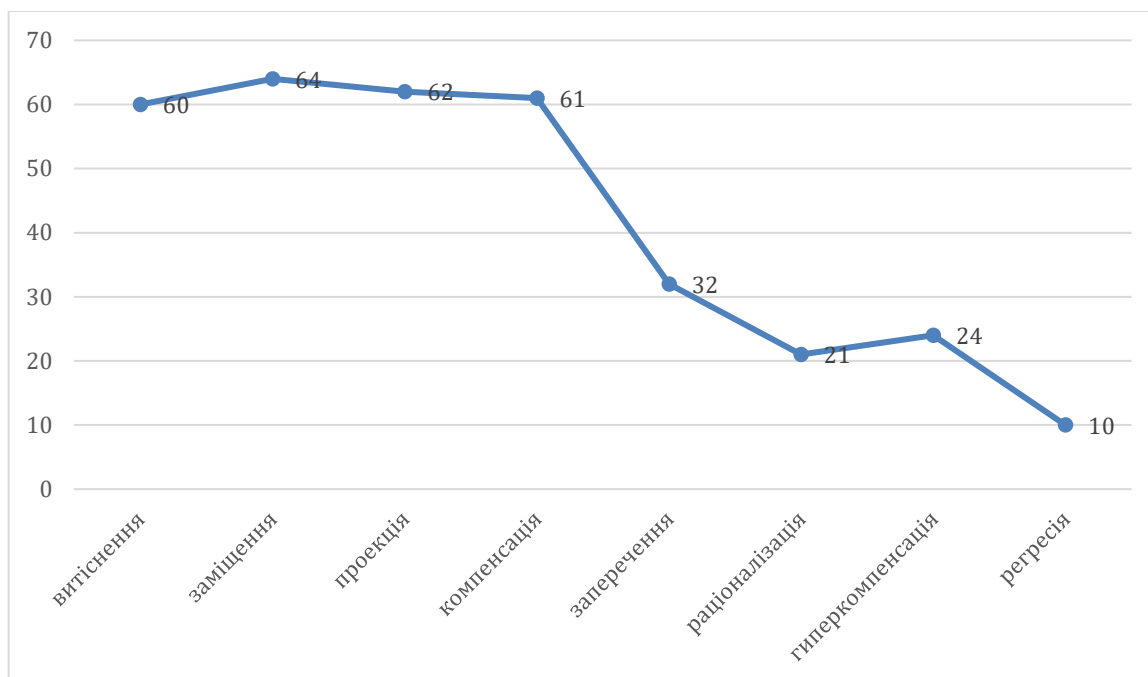


Рис. 3.1 Структура механізмів психологічних захистів у пацієнтів з хронічним гастритом I, II стадії (середні значення)

Аналіз даних, наведених у рисунку 3.1 дозволяє констатувати той факт, що в групі №1 частіше, щоб подолати напругу включаються наступні чотири механізми психологічного захисту: витіснення (60%), заміщення (64%), проекція (62%), компенсація (61%).

Подолання напруги через включення заперечення (32%), реактивного утворення (21%), раціоналізації (24%), регресії (10%) є, але воно скоріш за все є наслідком індивідуально-психологічних особливостей особистості, ніж пов'язана з його хворобою.

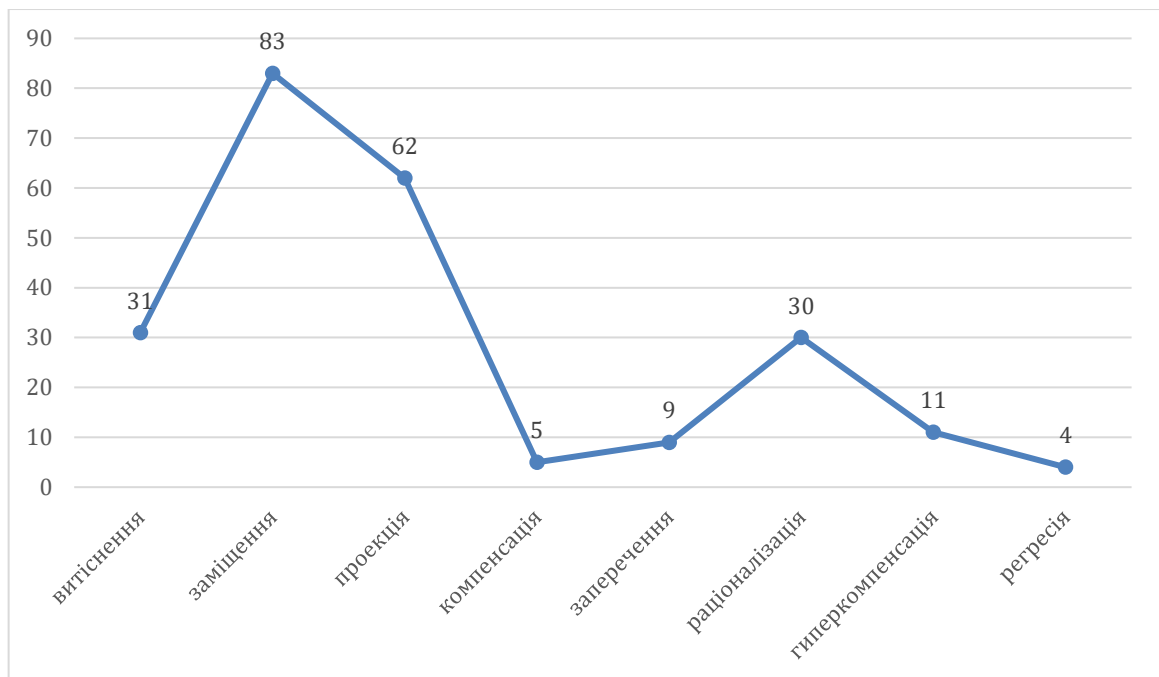


Рис. 3.2 Структура механізмів психологічного захисту у пацієнтів з хронічним гастритом III, IV стадії (середні значення)

Аналіз даних, що наведені у рисунку 3.2 дозволяє стверджувати, що в групи №2 частіше, щоб подолати напругу включаються наступні два механізми психологічного захисту: заміщення (83%) і проєкція (62%)

Наявне подолання напруги через включення витіснення (31%), раціоналізацію (24%), гіперкомпенсацію (11%), заперечення (9%), але це скоріш за все є наслідком індивідуально-психологічних особливостей особистості, ніж пов'язана з його хворобою.

В таблиці 3.1, 3.2 приведені порівняльні дані показників прояву механізмів психологічного захисту у кожній групі опитуваних

Таблиця 3.1

Механізми психологічного захисту у групі №1 (середнє значення)

Механізми психологічного захисту	Середнє значення	Середнє значення	t-критерій Стьюдента	P>2,04 8
Витіснення- заміщення	60	64	0,03	-
Витіснення- проєкція	60	62	1,34	-
Витіснення-компенсація	60	61	0,001	-

Механізми психологічного захисту	Середнє значення	Середнє значення	t-критерій Стьюдента	P>2,04 8
Витіснення-заперечення	60	32	7,75	0.05
Витіснення- раціоналізація	60	24	8,51	0.05
Витіснення- гіперкомпенсація	60	21	9,46	0.05
Витіснення-регресія	60	10	13,87	0.05
Заміщення- проекція	64	62	0,09	0.05
Заміщення-компенсація	64	61	0,12	0.05
Заміщення-заперечення	64	32	7,96	0.05
Заміщення- раціоналізація	64	24	9,04	0.05
Заміщення- гіперкомпенсація	64	21	9,78	0.05
Заміщення- регресія	64	10	13,87	0.05
Проекція-компенсація	62	61	0,002	-
Проекція-заперечення	62	32	7,95	0.05
Проекція- раціоналізація	62	24	8,57	0.05
Проекція- гіперкомпенсація	62	21	9,59	0.05
Проекція- регресія	62	10	13,03	0.05
Компенсація-заперечення	61	32	7,51	0.05
Компенсація-раціоналізація	61	24	8,33	0.05
Компенсація- гіперкомпенсація	61	21	9,27	0.05
Компенсація- регресія	61	10	12,85	0.05

Примітка. Для порівняння були внесені тільки ті показники, які притаманні для пацієнтів даної групи

Аналіз даних таблиці 3.1. підтвердив наше припущення, а саме, що не має суттєвої різниці між проявами у пацієнтів з групи 1 таких механізмів психологічного захисту, як витіснення, заміщення, проекція та компенсація.

Витіснення частіше проявляється у пацієнтів даної групи в порівнянні з механізмами психологічного захисту заперечення ($t=7,75$, $p<0,05$), раціоналізація ($t=8,51$, $p<0,05$), гіперкомпенсація ($t=9,40$, $p<0,05$) та регресія ($t=13,87$, $p<0,05$).

Така ж сама тенденція характерна і по відношенню до заміщення, проекція та компенсація.

Заміщення є більш характерним пацієнтам даної групи в порівнянні з механізмами психологічного захисту заперечення ($t=7,96$, $p<0,05$), раціоналізація ($t=9,04$, $p<0,05$), гіперкомпенсація ($t=9,78$, $p<0,05$) та регресія ($t=13,87$, $p<0,05$).

Заперечення ($t=7,95$, $p<0,05$), раціоналізація ($t=8,56$, $p<0,05$), гіперкомпенсація ($t=9,59$, $p<0,05$) та регресія ($t=13,03$, $p<0,05$) менш проявляються у пацієнтів з групи № 1 в порівнянні з проекцією.

Компенсація частіше проявляється у пацієнтів даної групи в порівнянні з запереченням ($t=7,51$, $p<0,05$), раціоналізацією ($t=8,33$, $p<0,05$), гіперкомпенсацією ($t=9,27$, $p<0,05$) та регресією ($t=12,85$, $p<0,05$).

Таблиця 3.2

Механізми психологічного захисту у групі №2 (середнє значення)

Механізми психологічного захисту	Середнє значення	Середнє значення	t-критерій Стьюдента	$P>2,02$
Витіснення- заміщення	31	83	7,21	0.05
Витіснення- проекція	31	62	10,38	0.05
Витіснення- раціоналізація	31	11	2,23	0.05
Витіснення- гіперкомпенсація	31	30	0,02	-
Заміщення- проекція	83	62	3,28	0.05
Заміщення- раціоналізація	83	11	10,09	0.05
Заміщення- гіперкомпенсація	83	30	8,28	0.05
Проекція- раціоналізація	62	11	5,24	0.05
Проекція- гіперкомпенсація	62	30	4,53	0.05

Аналіз даних таблиці 3.2. підтвердив наше припущення, а саме, що є суттєва різниця між проявами у пацієнтів з хронічним гастритом III, IV стадії таких механізмів психологічного захисту, як витіснення, заміщення та проекція.

Витіснення частіше проявляється у пацієнтів даної групи в порівнянні з механізмами психологічного захисту компенсація ($t=4,46$, $p<0,05$), витіснення ($t=7,21$, $p<0,05$), раціоналізація ($t=2,23$, $p<0,05$) та регресія ($t=5,08$, $p<0,05$).

Заміщення є більш характерним пацієнтам даної групи в порівнянні з механізмами психологічного захисту проекція ($t=3,28$ $p<0,05$), компенсація ($t=14,64$, $p<0,05$), заперечення ($t=12,5$ $p<0,05$), раціоналізація ($t=10,09$, $p<0,05$), гіперкомпенсація ($t=8,28$, $p<0,05$).

Компенсації ($t=9,76$, $p<0,05$), раціоналізація ($t=5,24$, $p<0,05$), гіперкомпенсація ($t=4,53$, $p<0,05$) менш проявляються у пацієнтів з групи №2 в порівнянні з проекцію.

Механізми психологічного захисту: компенсації, заперечення, раціоналізації та регресії є, але на незначному рівні, тому скоріш а все не пов'язані з хворобою, а є проявом індивідуально-психологічної структури пацієнтів.

В таблиці 3.3 наведені дані проявів психологічного захисту в обох групах

Таблиця 3.3

Механізми психологічного захисту в обох групах (середнє значення)

Механізми психологічного захисту	Група 1	Група 2	t-критерій Стьюдента	$P>2,02$
Витіснення	60	31	8,04	0,05
Заміщення	64	83	2,92	0,05
Проекція	62	62	0,00	
Компенсація	61	5	25,04	0,05
Заперечення	32	9	10,29	0,05
Раціоналізація	24	11	5,81	0,05
Гіперкомпенсація	21	30	2,50	0,05
Регресія	10	4	2,68	0,05

Аналіз даних таблиці дає можливість зробити висновок, щодо подібних тенденцій у прояві ієрархічної структури механізмів психологічного захисту у пацієнтів хронічного гастриту, так і принципові відмінності.

Подібності проявилися в тому, що механізм психологічного захисту проєкція проявляється на однаковому рівні в обох групах ($t=0,00$, $p>0,05$).

Навпаки, якщо у хворих з хронічним гастритом I, II стадій більш виражені такі механізми психологічного захисту як витіснення ($t=8,04$, $p>0,05$), компенсація ($t=25,04$, $p>0,05$), заперечення ($t=10,29$, $p>0,05$), раціоналізація ($t=5,81$, $p>0,05$) та гіперкомпенсація ($t=2,50$, $p>0,05$), а у хворих з хронічним гастритом III, IV стадій більш виражений механізм регресії ($t=2,68$, $p<0,05$) та заміщення ($t=2,92$, $p<0,05$).

Таким чином вивчення ієрархічної структури механізмів психологічного захисту у пацієнтів з різними стадіями захворювання хронічного гастриту дозволило встановити наступне.

По-перше, у пацієнтів з хронічним гастритом зі слабким ступенем атрофії слизової шлунка із восьми можливих способів подолати напругу частіше йде включення чотирьох, а саме, витіснення, заміщення, проєкція, компенсація. Характерно, що рівень їх прояву є майже однаковим.

На індивідуально-психологічному рівні у пацієнтів цієї групи є застосування механізмів психологічного захисту заперечення, раціоналізації, гіперкомпенсації та регресії.

По-друге, у пацієнтів з хронічним гастритом з середнім та сильним ступенем атрофії слизової шлунка задіяні лише два: заміщення, проєкція, при цьому заміщення використовується частіше.

На індивідуально-психологічному рівні у пацієнтів цієї групи є застосування шести інших механізмів психологічного захисту.

3.2 Структура прояву локусу контролю стосовно здоров'я у пацієнтів з хронічним гастритом залежно від стадії захворювання.

При екстернальному локусу контролю особистість приписує відповідальність за результати своєї діяльності зовнішнім силам або зовнішнього обставинам. При інтернальному, внутрішньому - відповідальність за результати своєї діяльності приписується власним здібностям та зусиллям.

Локус контролю стосовно здоров'я відображає відношення до свого здоров'я і хвороби, того наскільки людина бере на себе відповідальність за своє здоров'я.

На рис. 3.3. Наведено показники локусу контролю стосовно здоров'я у пацієнтів з хронічним гастритом залежно від стадії захворювання.

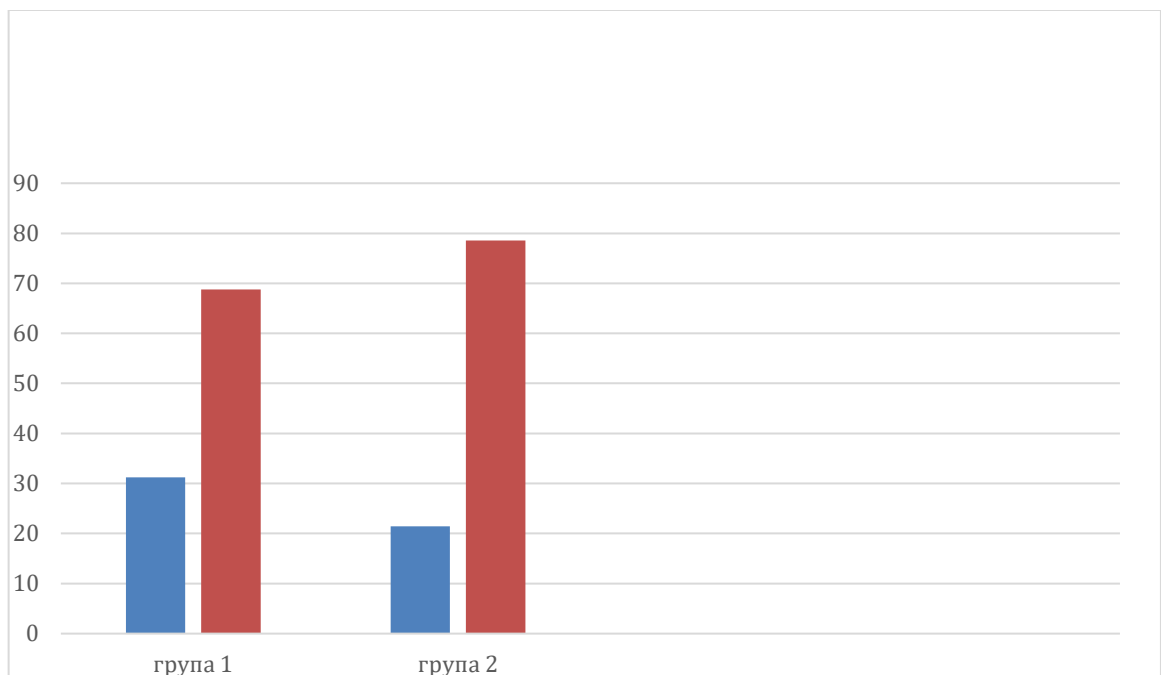


Рис. 3.3, Локус контролю стосовно здоров'я у пацієнтів з хронічним гастритом: %,

Примітка 1. ■ екстернальний локус контролю, ■ - інтернальний локус контролю стосовно здоров'я

Аналіз даних діаграми дає можливість констатувати, що в обох групах домінує екстернальний локус контролю.

При цьому у пацієнтів з хронічним гастритом I, II стадії людей з інтернальним локусом контролю 31,25% (десять чоловік), а з екстернальним локусом контролю 68,75% (двадцять дві людини).

Натомість у пацієнтів з хронічним гастритом III, IV стадії людей з інтернальним локусом контролю 21,43% (шість чоловік), а з екстернальним локусом контролю 78,57% (двадцять дві людини).

Таблиця 3.4 Шкали локусу контролю стосовно здоров'я у групі №1
(середнє значення)

Шкала локусу контролю стосовно здоров'я	Середнє значення ₁	Середнє значення ₂	t-критерій Стьюдента	P>2,02
Інтернальність-екстернальність	44	56	1,66	-

Аналіз даних таблиці 3.4. дозволив констатувати факт того, що при стадії захворювання хронічним гастритом, якій притаманна відсутня або низька ступінь атрофії слизової шлунка значущої різниці. Це може пояснюватися тим, що люди з інтернальним локусом контролю стосовно здоров'я вчасно звертаються по медичну допомогу на ранніх стадіях захворювання.

Таблиця 3.5 Шкали локусу контролю стосовно здоров'я у групі №2
(середнє значення)

Шкала локусу контролю стосовно здоров'я	Середнє значення ₁	Середнє значення ₂	t-критерій Стьюдента	P>2,02
Інтернальність-екстернальність	31	69	5,98	0,05

Аналіз даних таблиці 3.5. дозволив констатувати факт того, що екстернальний локус контролю стосовно свого здоров'я частіше зустрічається у пацієнтів з захворювання хронічним гастритом при стадії, якій притаманна середня та сильна ступінь атрофії слизової шлунка. Це може бути пов'язано з тим, що III та IV стадія є наслідком відсутності, недостатнього або невдалого лікування I та II другої стадії і тому більшість людей з інтернальним локусом контролю готові брати на себе відповідальність за своє здоров'я і не допускають розвитку важких стадій хвороби.

Таблиця 3.6

Локус контролю стосовно здоров'я в обох групах (середнє значення)

Шкала локусу контролю	Група 1	Група 2	t-критерій Стьюдента	P>2.02
Інтернальність	44	33	1,94	-
Екстернальність	56	69	2,36	0,05

Аналіз даних таблиці 3.6. дає підстави зробити висновок, що при різних стадіях захворювання хронічним гастритом по-різному пацієнти готові нести відповідальність за стан свого здоров'я. А, саме, якщо наявна стадія захворювання з відсутньою або низькою ступінню атрофії слизової шлунка то пацієнти частіше мають інтернальний локус контролю та більшу його вираженість аніж пацієнти з середньою та сильною атрофією слизової шлунка. Також ми можемо зазначити, що інтегральність локусу контролю не пов'язана з захворюванням, а екстернальність, навпаки, значущо більше проявляється у хворих з середньою та сильною атрофією слизової шлунка.

Таким чином ми можемо зробити наступні висновки щодо зв'язку локусу контролю стосовно здоров'я. Екстернальний локус контролю домінує в обох групах, при чому у другій групі хворих з екстернальним локусом більше. Інтегральність локусу контролю ніяк не пов'язана з

частотою захворюваності на хронічний гастрит. Екстернальний локус контролю значущо більше проявляється у пацієнтів з хронічним гастритом з середньою та сильною атрофією шлунка.

3.3 Характер взаємозв'язків механізмів психологічного захисту з локусом контролю стосовно здоров'я у пацієнтів з хронічним гастритом залежно від стадії захворювання.

У таблицях 3.7 і 3.8 наведен кореляційний аналіз механізму психологічного захисту стосовно інтернальності (таблиця 3.7) і екстернальності (таблиця 3.8) у групі 1.

Таблиця 3.7

Взаємозв'язок інтернального локусу контролю здоров'я та механізмів психологічного захисту у групі 1

Показники: інтернальності локусу контролю та механізми психологічного захисту	I	В	Зам	П	К	Зап	Рац	Г	Рег
Інтернальність									
Витіснення	0,58								
Заміщення	-0,33	-0,60							
Проекція	-0,40	-0,11	0,34						
Компенсація	-0,20	-0,38	0,74	0,23					
Заперечення	0,06	-0,18	-0,11	-0,07	-0,23				
Раціоналізація	-0,27	0,15	-0,26	-0,06	0,06	0,16			
Гіперкомпенсація	-0,45	-0,29	-0,04	0,32	0,37	-0,33	0,23		
Регресія	0,42	-0,005	-0,16	-0,14	0,31	-0,30	-0,09	0,50	

Примітка 1. $r=0,63$, $p>0,05$

Примітка 2. I – інтернальність, В – витіснення, Зам – заміщення, П – проекція, К – компенсація, Зап – заперечення, Рац – раціоналізація, Г – гіперкомпенсація, Рег - регресія

Аналіз даних таблиці 3.7 дозволив встановити, що між інтернальним локусом контролю стану свого здоров'я та механізмами психологічного захисту у пацієнтів даної групи відсутній взаємозв'язок. Це можна пояснити тим, що пацієнти з I, II стадіями хронічного гастриту та інтернальним локусом контролю не використовують конкретні механізми психологічного захисту, так як приймають свій стан яким він є та беруть на себе відповідальність за своє здоров'я.

Таблиця 3.8

Взаємозв'язок екстернального локусу контролю здоров'я та механізмів психологічного захисту у групи 1

Показники: екстернальності локусу контролю та механізми психологічного захисту	Е	В	Зам	П	К	Зап	Рац	Г	Рег
Екстернальність									
Витіснення	-0,38								
Заміщення	-0,33	-0,60							
Проекція	0,60	-0,17	0,34						
Компенсація	-0,20	-0,38	0,74	0,23					
Заперечення	0,58	0,18	-0,11	-0,07	-0,24				
Раціоналізація	0,47	-0,15	-0,26	0,24	0,08	0,16			
Гіперкомпенсація	0,27	0,39	0,04	0,36	-0,37	-0,48	0,29		
Регресія	0,37	-0,05	-0,40	0,18	0,18	0,31	0,19	0,45	

Примітка 1. $r=0,43$, $p>0,05$

Примітка 2. Е – екстернальність, В – витіснення, Зам – заміщення, П – проекція, К – компенсація, Зап – заперечення, Рац – раціоналізація, Г – гіперкомпенсація, Рег - регресія

Аналіз даних таблиці 3.8 дозволив встановити, що у даної групи між екстернальним локусом контролю стану свого здоров'я та механізмом проекції ($r=0,60$, $p<0,05$) є прямий взаємозв'язок. Це можна пояснити тим, що пацієнти з I, II стадіями хронічного гастриту та екстернальним локусом контролю намагаються перекласти відповідальність за своє здоров'я з себе

на інших людей та приписувати їм свої недоліки та негативні почуття. Також аналіз даних таблиці дозволив встановити прямий зв'язок екстернального локусу контролю з механізмом заперечення ($r=0,58$, $p<0,05$). Це може свідчити про те, що пацієнти з I, II стадіями хронічного гастриту та екстернальним локусом контролю не хочуть усвідомлювати всю повноту свого стану, применшуючи можливі негативні причини і наслідки свого стану. Окрім цього аналіз даних таблиці дозволив встановити прямий зв'язок екстернального локусу контролю з механізмом раціоналізації ($r=0,47$, $p<0,05$). Це може вказувати на те, що пацієнти з I, II стадіями хронічного гастриту та екстернальним локусом контролю намагаються знайти альтернативні пояснення свого стану та методи виходу з нього, а також знаходити виправдовування своїй безвідповідальності стосовно здоров'я.

У таблицях 3.9 і 3.10 наведен кореляційний аналіз механізму психологічного захисту стосовно інтернальності (таблиці 3.9) і екстернальності (таблиця 3.10) у групі 2.

Таблиця 3.9

Взаємозв'язок інтернального локусу контролю здоров'я та механізмів психологічного захисту у групі 2

Показники: інтернальності локусу контролю та механізми психологічного захисту	I	B	Зам	П	К	Зап	Рац	Г	Рег
Інтернальність									
Витіснення	0,85								
Заміщення	0,44	0,64							
Проекція	-0,61	-0,45	-0,34						
Компенсація	0,21	0,22	0,74	0,23					

Закінчення табл. 3.9

Показники: інтернальності локусу контролю та механізми психологічного захисту	I	B	Зам	П	К	Зап	Рац	Г	Рег
Заперечення	-0,76	-0,18	-0,11	0,77	-0,28				
Раціоналізація	0,83	0,50	0,36	-0,86	-0,37	0,17			
Гіперкомпенсація	-0,55	0,56	0,08	0,32	0,78	-0,59	0,46		
Регресія	-0,43	-0,05	-0,10	-0,14	0,38	-0,30	-0,09	0,66	

Примітка 1. $r=0,81$, $p>0,05$

Примітка 2. I – інтернальність, B – витіснення, Зам – заміщення, П – проекція, К – компенсація, Зап – заперечення, Рац – раціоналізація, Г – гіперкомпенсація, Рег - регресія

Аналіз даних таблиці 3.9 дозволив встановити, що між інтернальним локусом контролю стану свого здоров'я та механізмом витіснення ($r=0,85$, $p<0,05$) та раціоналізації ($r=0,60$, $p<0,05$) є прямий взаємозв'язок. Це можна пояснити тим, що пацієнти з III, IV стадіями хронічного гастриту та інтернальним локусом контролю свідомо намагаються впоратися з тривогою, перенаправляючи свою увагу на ті аспекти, що від них залежать, поводитися розсудливо, аналізуючи свій стан та можливості для його покращання.

Таблиця 3.10

Взаємозв'язок екстернального локусу контролю здоров'я та механізмів психологічного захисту у групі 2

Показники: екстернальності локусу контролю та механізмів психологічного захисту	Е	В	Зам	П	К	Зап	Рац	Г	Рег
Екстернальність									
Витіснення	-0,27								
Заміщення	0,57	0,44							
Проекція	0,68	-0,18	0,34						
Компенсація	-0,29	-0,32	0,74	-0,23					
Заперечення	0,38	-0,12	0,13	0,17	-0,24				
Раціоналізація	-0,48	0,65	-0,26	-0,54	0,08	-0,34			
Гіперкомпенсація	0,36	-0,41	0,04	0,36	-0,37	0,58	0,39		
Регресія	-0,19	-0,07	-0,40	0,48	0,27	0,31	-0,29	-0,25	

Примітка 1. $r=0,42$, $p>0,05$

Примітка 2. Е – екстернальність, В – витіснення, Зам – заміщення, П – проекція, К – компенсація, Зап – заперечення, Рац – раціоналізація, Г – гіперкомпенсація, Рег - регресія

Аналіз даних таблиці 3.10 дозволив встановити, що у пацієнтів при екстернальному локусі контролю стану свого здоров'я є прямий взаємозв'язок з механізмами проекції ($r=0,68$, $p<0,05$) і заміщення ($r=0,57$, $p<0,05$). Це можна пояснити тим, що пацієнти з III, IV стадіями хронічного гастриту та екстернальним локусом контролю намагаються перекласти відповідальність за своє здоров'я з себе на інших людей чи обставини, звинувачують інших замість того щоб прикласти зусилля для покращення свого стану, не бачать своєї ролі в цьому процесі та внаслідок підозрливості саботують процес лікування.

Було встановлено зворотній взаємозв'язок між екстернальним локусом контролю та механізмом раціоналізації ($r=-0,48$, $p<0,05$). Це може свідчити про низький рівень логічного осмислення свого стану та

необхідності брати на себе відповідальність у пацієнтів з III, IV стадіями хронічного гастриту та екстернальним локусом контролю.

Таким чином характеристик взаємозв'язку між локусом контролю та механізмами психологічного захисту у пацієнтів з різними стадіями захворювання хронічного гастриту дозволило встановити наступне.

По-перше, для пацієнтів з першої групи є характерною різниця у прояву механізмів психологічного захисту для пацієнтів з інтернальним та екстернальним локусом контролю. У пацієнтів з інтернальним локусом контролю стосовно здоров'я між локусом контролю та механізмами психологічного захисту не було виявлено взаємозв'язку. Натомість був виявлений прямий взаємозв'язок між екстернальним локусом контролю стосовно здоров'я та механізмами проєкції, заперечення та раціоналізації.

По-друге, у пацієнтів з другої групи також був виявлен прямий взаємозв'язок з механізмами психологічного захисту та локусом контролю стосовно здоров'я. Було виявлено позитивний взаємозв'язок між механізмами витіснення і раціоналізації та інтернальним локусом контролю. З екстернальним локусом контролю стосовно здоров'я був встановлен прямий взаємозв'язок з механізмами проєкції та заміщення і зворотній взаємозв'язок з механізмом раціоналізації.

ВИСНОВКИ

1. Механізми психологічного захисту є одним із основних способів адаптації до навколишнього світу шляхом структуризації та стабілізації внутрішньої картини світу. Питання механізму психологічного захисту особистості розглядається в межах психоаналітичного, екзистенційного та гуманістичного підходів.

Найбільш дослідженими є питання, щодо зв'язку механізмів психологічного захисту з соматичними захворюваннями; вік, стать та гендер особистості впливає на особливості прояву механізмів психологічного захисту, які торкаються їх ієрархічної організації; виявлені особливості їхнього прояву у людей із важкими хронічними захворюваннями та здорових; вплив віку на прояв механізмів психологічного захисту у хворих на нехронічні захворювання; зв'язки психологічних захистів із копінг-стратегіями.

2. Незалежно від стадії хронічного гастриту у пацієнтів є східні тенденції щодо особливостей прояву механізмів психологічного захисту. Ведучими механізмами подолання напруги є механізми приписування іншим власних рис та почуттів, та механізм перенаправлення імпульсів на інший безпечний об'єкт. Це може означати, що пацієнти з хронічним гастритом віддають перевагу не займатися питаннями свого здоров'я та не бачать зв'язку між образом свого життя і захворюванням.

У пацієнтів є як інтернальний, так і екстернальний локус контролю стосовно здоров'я. Екстернальний локус стосовно здоров'я має прямий характер взаємозв'язків з механізмом приписування іншим власних рис та почуттів. Це пояснюється тим, що ці пацієнти не готові визнати своєї ролі у появі та загостренні протікання хвороби, їм легше перекласти відповідальність за своє здоров'я на інших людей чи обставини.

3. В залежності від стадії розвитку хронічного гастриту є принципові відмінності. Лише у пацієнтів з першої групи серед ведучих механізмів психологічного захисту додаються ще два: свідоме перенесення уваги на іншу активність і несвідомої спроби подолання недоліків. Це пояснюється тим, що пацієнти з хронічним гастритом з легкою ступінню атрофії слизової шлунка намагаються відволіктись, не звертати увагу на своє захворювання та намагаються заповнити неповноцінність, спричинену хворобою.

Якщо у пацієнтів з хронічним гастритом середня та сильна ступінь атрофії шлунка, то екстернальний локус контролю стосовно здоров'я виявляється частіше за інтернальний. Це скоріше за все обумовлено тим, що так пацієнтам легше погодитися з прогресування хвороби, а ніж признатися самому собі, що вони могли самі робити аби не допустити такого погіршення.

Якщо у пацієнтів з хронічним гастритом слабка ступінь атрофії шлунка, то зв'язку між інтернальним локусом контролю та механізмами психологічного захисту немає. Це пояснюється тим, що інтернальний локус, тобто здатність адекватно реагувати на ситуацію хвороби виключає потребу включення механізмів психологічного захисту. При середньому та сильному ступені атрофії слизової шлунка наявний зв'язок між інтернальним локусом контролю стосовно здоров'я та механізмами психологічного захисту свідомого перенесення уваги на іншу активність і логічних суджень та виправдовування. Це скоріше за все пов'язано з тим, що важка стадія захворювання може послаблювати здібності особистості справлятися зі своїм станом самостійно. Саме тому, щоб подолати у себе фрустрацію і починають діяти механізми психологічного захисту.

Якщо у пацієнтів слабка атрофія слизової і екстернальний локус контролю, то в них наявний прямий взаємозв'язок із механізмами логічних суджень та виправдовування та заперечення факту, що фруструє. У пацієнтів із хронічним гастритом середня та сильна ступінь атрофії слизової

шлунка є прямий зв'язок з механізмом перенаправлення імпульсу та зворотній зв'язок з механізмом логічних суджень та виправдовування. Такі взаємозв'язки можна пояснити тим, що в природі цього локусу контролю особистості йде орієнтація на пошук зовнішніх причин подіям, тобто механізми психологічного захисту і дозволяють таким чином особистості виправдати чому її хвороба прогресує.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Абітов, І. Р., Менделевич, В.Д. Особливості совладаючої поведінки при психосоматичних і невротичних розладах // І. Р. Абітов, В. Д. Менделевич / Казанський державний медичний університет, Казань.

2. Абрамов, В.А., Васильєва, А.Ю. Соматоспецифічні особливості депресивних розладів у мережі первинної медичної мережі / В. А. Абрамов, А. Ю. Васильєва // Архів психіатрії. - 2003. - № 1 (32). - С. 71-73.

3. Американська психіатрична асоціація Діагностичний та статистичний посібник з психічних розладів, 4-те вид. – Вашингтон, округ Колумбія: American Psychiatric Publishing Inc., 1994. – С.357.

4. Березін, В. Ф. Психічна адаптація та тривога. Психічні стани / В. Ф. Березін - СПб. : Пітер, 2000. - С. 435.

5. Березін, Ф. Б. Психічна та психофізіологічна адаптація людини. / Ф. Б. Березін. - Л., 1988. - 625с.

6. Бересфольд, Т., Уолберг Л. Зрілість психологічного адаптивного механізму передбачає хороші результати лікування рефрактерного посттравматичного стресового розладу. / Т. Бересфольд, Л. Уолберг // *Frontiers Psychol*—2021. —№2867 – С.210-243.

7. Вос, М.С., де Хаес Заперечення у хворих на рак, дослідження і обзор. / М. С. Вос, де Хаес // *Психоонкологія* – 2007 – №16 – С. 12-25.

8. Джованарди, Г., Мірабелла, М., ді Джузеппе М. Захисне функціонування людей с діагнозом «гендерна дисфорія» на початку гормонального лікування / Г. Джованарді, М. Мірабелла, М. ді Джузеппе // *Frontiers Psychol* —2021. — №2851–С.95-128.

9. Грехов Р. А., Харченко С. А., Сулейманова Г. П., Зборовська І. А. Механізми психологічного захисту і елементи внутрішньої картини хвороби у хворих на системний червоний вівчак / Р. А. Грехов, С. А. Харченко, Г. П. Сулейманова, І. А. Зборовська // Фундаментальні дослідження – 2013. – № 9 (частина 4) - С. 616-620.

10. Ді Джузеппе М., Дженнаро А., Лінарджи В., Дж Перрі К. Роль захисних механізмів у формуванні розладів особистості у клінічних підлітків / Ді Джузеппе М., Дженнаро А., Лінарджи В., Перрі Дж. К. // Психіатрія – 2019. – №82 – С. 128-142.

11. Ді Джузеппе, М., Перрі Дж. К. Ієрархія захисних механізмів : оцєнка захитного функціонування с помощью рейтингowych шкал захитных механізмов/ М. Ді Джузеппе, К. Дж. Перрі // Frontiers Psychol – 2021. – №2862 – С.135-161.

12. Зілча-Мано, С. На шляху до персоналізованої психотерапії: важливість відмінності риси/стану для розуміння терапевтичних змін / С. Зілча-Мано // Є. Психол. – 2021. – №76 – С.516-528.

13. Ізотова, І. Ю Специфіка психологічно захисту в осіб із хімічною залежністю / І. Ю Ізотова // ЖУРНАЛ E-Scio – 2020. – №65 – С.25-48.

14. Ісаєва, Є. Р. Захисно-власний стиль поведінки хворих на депресивні розлади / Є. Р. Ісаєва, Н. В. Зуйкова // Сиб. психол. журн. - 2002. - № 16-17. - С. 84-88.

15. Карвасарский, Б. Д. Медична психологія / Б. Д. Карвасарський - Л., 1982. - 245с.

16. Карвасарский, Б. Д. Неврози /Б.Д. Карвасарський. - М: Медицина, 1980. - 448 с.

17. Карвасарский, Б. Д., Простомолотів, В. Ф. Невротичні розлади внутрішніх органів / Б.Д. Карвасарський, В. Ф. Простомолотів – Кишинів: Штіінця, 1983. - 166 с.

18. Ковальов, І. А., Капустіна, Т. В., Ільїна І. С. Поведінка і психологічні захисти у наркозалежних з психічною травмою раннього віку / Вектор науки Тольяттінського державного університету // Серія: Педагогіка, психологія. –2019. – №2 – С. 82-87

19. Конверсано Ч. К., Ді Джузеппе. М. Психологічні фактори як дермінанти хронічних станів: клінічні і психодинамічні досягнення / Ч. К. Конверсано, М. Ді Джузеппе // *Frontiers Psychol* — 2021. —№3353 – С.56-72.

20. Коритова, Г. С. Первинна профілактика психосоматичних розладів / Г. С. Коритова –2007. – № 4.– С. 29-32.

21. Дідковська, Л. Особливості психологічного захисту в структурі ЧКВ при різних соматичних захворюваннях / Л. Дідковська – Львівський національний університет імені Івана Франка – 2014.– С.76.

22. Лебедев, О. П., Реунова, О. О., Севастьянова, У. Ю., Куфтяк, О. В. Адаптаційні механізми у дітей із обмеженими можливостями здоров'я / О. П. Лебедев, О. О. Реунова, У. Ю. Севастьянова, О. В. Куфтяк – Костромський державний університет – 2012. – С. 65.

23. Луценко, А., Лях, С., Аношкін, Д. Типи ставлення до хвороби у чоловіків з ананкастним розладом особистості // А. Луценко, С. Лях, Д. Аношкін / *Медична психологія* – 2010. – 5 № 2 (18). – С. 28-30.

24. Мак-Вільямс, Н. Психоаналітична діагностика: Розуміння структури особистості в клінічному процесі / Н. Мак-Вільямс – Москва: Класс –1998. — 480 с.

25. Мартіно, Г., Капуто, А. Алекситимія, емоційний стресс і якість життя у пацієнтів с тиреоїдитом Хашимото / Г. Мартіно, Капуто А. // *Frontiers Psychol*—2021. —№2389 – С.120-137.

26. Марчіні, Ф., Лангер, Ст., Наполі, А., Балонан, Дж. Т., Феделі, Ф., Мартіно, Г. та ін. Обробка несвідомих втрат при діабеті: зв'язок з дотриманням режиму лікування та якістю лікування / Ф. Марчіні, В. Лангер, А. Наполі, Дж. Т. Балонан, Ф. Феделі, Г. Мартіно та ін // Психоанал. Психотер. –2021.– №35 – С.236-258.

27. Нічипоренко, Н. П. Система стабілізації особистості як фактор етіології психосоматичного процесу та подолання хвороби/ Н. П. Нічипоренко – Казанський державний медичний університет – 2012. – С.87.

28. Овчинніков, А. А., Султанова, А. Н., Войтова, А. С. Взаємозв'язок механізмів антиципації, психологічного захисту та копіngu у психосоматичних хворих / А. А. Овчинніков, А. Н. Султанова, А. С. Войтова – Новосибірський державний медичний університет – 2016. – С.72.

29. Праут, Т.А., Зілча-Мано, С., Ааф'єс-ван Дорн, К., Бекес, Ст, Крістман-Коен, І., Уістлер, К., та ін. Виявлення предикторів психологічного стресу під час COVID- 19: підхід машинного навчання / Т. А. Праут, С. Зілча-Мано, К. Ааф'єс-ван Дорн, Ст. Бекес, І. Крістман-Коен, К. Уістлер, та ін // Frontiers Psychol-2020. —№2389 – С.167-199.

30. Реан, А. А.. Проблеми та перспективи розвитку концепції локусу контролю особистості / А. А. Реан// Психологічний журнал. - 1998. - Вип. 19, № 4. - С. 3-12.

31. Ревматичні хвороби: Посібник для лікарів/За ред. В.А. Насонової, Н.В. Бунчука. - М.: Медицина, 1997. - 520 с.

32. Сулейманова, Г. П. Психологічні захисні механізми особистості та рівень суб'єктивного контролю у хворих первинної фіброміалгії // Сучасні проблеми науки і освіти. – 2014.– С.7.

33. Суміна, Н. Є., Нічипоренко, Н. П. Взаємозв'язок антиципаційної спроможності з особистісними властивостями / Н. Є. Суміна, Н. П. Нічипоренко // Ріс. психол. журн. - 2007. - Т. 4, № 4. - С. 22-29.

34. Табеєва, Г. Р. Фіброміалгія / Г.Р. Табеєва, С.Б. Короткова, А.М. Вейн // Журнал невропатології и психіатрії. – 2000. – № 4. – С. 68-77.

35. Юсупходжаєв, Р. В., Єфремушкин, Г. Г. Вплив психотерапії на психологічні особливості хворих на інфаркт міокарда на санаторному етапі реабілітації. Кардіоваскулярна терапія та профілактика./ Р. В. Юсупходжаєв., Г. Г. Єфремушкин // – 2008.– №7 (3) – С.74-78.

36. Юсупходжаєв, Р. В. Копінг-стратегії та механізми психологічного захисту у хворих на інфаркт міокарда та їх психотерапевтична корекція на санаторному етапі реабілітації / Р. В. Юсупходжаєв, Т. І. Сидорова, Г. Г. Єфремушкін // Бюл. З РАМН. - 2007. - № 3. - С. 186-190.

37. Bornstein R. F. The Study of Defense Mechanisms: Gender Implications, The Psychodynamics of Gender and Gender Role / R. F. Bornstein, J. M. Masling, D. C. Washington // American Psychological Association. — 2002. — P. 81–121.

38. Burns R. J. Associations Between Coping Strategies and Mental Health in Individuals With Type 2 Diabetes: Prospective Analyses / R. J. Burns, S. S. Deschênes, N. Schmitz // Health Psychol. — 2015.

39. Emotional coping is a better predictor of cardiac prognosis than depression and anxiety / C. Chiavarino [et al.] // J. Psychosom Res. — 2012. — Vol. 73 (6). — P. 473–5.

40. Freud A. The Ego and the mechanisms of defense // The writings of Anna Freud –vol. – London, – 1977.– P. 1-56.

41. Laurence A. Bradley. Psychological aspects of arthritis / A. Laurence Bradley // Bulletin on the Rheumatic Diseases. – 1985. – Vol. 35 – № 4. – P. 1–12.

42. Mitscherlich A. The mechanism of bi-phasic defense in psychosomatic diseases / A. Mitscherlich // Int. J. Psychoanal. – 1995. – № 49. – P. 236-240.

43. Muller W. Generalisierte Tendomyopathien/ Hrsg. W. Muller. //Darmstadt: Steinkopff –1991.–P. 354.

44. Parildar H. Depression, Coping Strategies, Glycemic Control and Patient Compliance in Type 2 Diabetic Patients in an endocrine Outpatient Clinic / H. Parildar, O. Cigerli, N. G. Demirag // Pakistan Journal of Medical Sciences. — 2015. — Vol. 31 (1). — P. 19–2.

45. Psychological coping and recurrent major adverse cardiac events following acute coronary syndrome / N. Messerli-Bürgy [et al.] // The British Journal of Psychiatry. — 2015. — Vol. 207 (3). — P. 256–261.

46. Risk Factors and Coping Style Affect Health Outcomes in Adults With Type 2 Diabetes / C. Y.Huang [et al.] // Biol. Res. Nurs. — 2015.

47. Meissner W. W. Psychoanalysis and the mindbody relation / W. W. Meissner // Psychosomatic perspectives. — 2006. — N 70 (4). — P. 295–315.

48. Schroder H.D. Muscle biopsy in fibromyalgia / H.D. Schroder // J. Musculoskel. – 1993. –Vol. 1. – P. 165.

49. Vaillant G. Ego mechanisms of defense and personality psychopathology // Journal of Abnormal Psychology. –1994.– Vol. 103, no. 1. –P. 44–50

ДОДАТОК А

МЕТОДИКИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Опитувальник Плутчика-Келлермана-Конте «Індекс життєвого стилю»

Опитувальник призначений для діагностики механізмів психологічного захисту «Я» і включає 97 тверджень, що вимагають відповіді на кшталт «вірно – неправильно». Вимірюються вісім видів захисних механізмів: витіснення, заперечення, заміщення, компенсація, реактивне утворення, проекція, інтелектуалізація (раціоналізація) та регресія. Кожному з цих захисних механізмів відповідають від 10 до 14 тверджень, що описують особистісні реакції людини, що виникають у різних ситуаціях. На основі відповідей будується профіль захисної структури обстежуваного. За допомогою опитувальника Плутчика-Келлермана-Конте можна досліджувати рівень напруженості 8 основних психологічних захистів, вивчити ієрархію системи психологічного захисту та оцінити загальну напруженість всіх вимірюваних захистів (ОНЗ), тобто. середнього арифметичного із всіх вимірів 8 захисних механізмів.

Тест «Індекс життєвого стилю» є одним з небагатьох методів оцінки прояву механізмів психологічного захисту, який був верифіційован методами математичної статистики.

Мета роботи: виявити ієрархічну структуру механізмів психологічного захисту, провести тестування.

Інструкція

На наступних сторінках Ви знайдете ряд висловлювань про певні способи поведінки та налаштування.

Ви можете відповісти так чи ні (згоден чи не згоден). Вибравши відповідь, поставте, будь ласка, знак х (хрест) у передбаченому для цього місці на бланку відповідей.

1. Я людина, з якою дуже легко порозумітися. Так, Ні
2. Коли я чогось хочу, я не вистачаю терпіння почекати. Так, Ні
3. Завжди була така людина, на яку я хотів би бути схожим. Так, Ні
4. Люди вважають мене стриманою, розважливою людиною. Так, Ні
5. Мені гидкі непристойні фільми. Так, Ні
6. Я рідко пам'ятаю свої сни. Так, Ні
7. Люди, які всюди розпоряджаються, наводять мене на сказ. Так, Ні
8. Іноді в мене виникає бажання пробити стіну кулаком. Так, Ні
9. Мене дуже дратує, коли малюються. Так, Ні
10. У своїх фантазіях завжди головний герой. Так, Ні
11. У мене не дуже гарна пам'ять на обличчя. Так, Ні
12. Я відчуваю деяку незручність, користуючись громадською лазнею. Так, Ні
13. Я завжди уважно вислуховую всі погляди у суперечці. Так, Ні
14. Я легко виходжу з себе, але швидко заспокоююсь. Так, Ні
15. Коли в натовпі хтось штовхає мене, я відчуваю бажання відповісти тим самим. Так, Ні
16. Багато чого в мені захоплює людей. Так, Ні
17. Вирушаючи до поїздки, я обов'язково планую кожну деталь. Так, Ні
18. Іноді, без жодної причини, на мене нападає впертість. Так, Ні
19. Друзі майже ніколи не підводять мене. Так, Ні

20. Мені траплялося думати про самогубство. Так, Ні
21. Мене ображають непристойні жарти. Так, Ні
22. Я завжди бачу світлі сторони речей. Так, Ні
23. Я ненавиджу недобррозичливих людей. Так, Ні
24. Якщо хтось каже, що я не зможу щось зробити, то я навмисне хочу зробити це, щоби довести йому неправоту. Так, Ні
25. Я відчуваю труднощі, згадуючи імена людей. Так, Ні
26. Я схильний до надмірної імпульсивності. Так, Ні
27. Я терпіти не можу людей, які домагаються свого, викликаючи до себе жалість. Так, Ні
28. Я ні до кого не належу з упередженням. Так, Ні
29. Іноді мене турбує, що люди подумують, ніби я поводжуся дивно, безглуздо чи смішно. Так, Ні
30. Я завжди знаходжу логічні пояснення будь-яким неприємностям. Так, Ні
31. Іноді мені хочеться побачити кінець світу. Так, Ні
32. Порнографія погана. Так, Ні
33. Іноді, будучи засмучений, я їм більше, ніж звичайно. Так, Ні
34. У мене немає ворогів. Так, Ні
35. Я не дуже добре пам'ятаю своє дитинство. Так, Ні
36. Я не боюся постаріти, бо це відбувається з кожним. Так, Ні
37. У своїх фантазіях я роблю великі справи. Так, Ні
38. Більшість людей дратують мене, бо вони надто егоїстичні. Так, Ні
39. Дотик до чогось слизького викликає в мені огиду. Так, Ні
40. У мене часто бувають яскраві, сюжетні сновидіння. Так, Ні
41. Я переконаний, що якщо необережний, люди скористаються цим. Так, Ні
42. Я не скоро помічаю погане в людях. Так, Ні
43. Коли я читаю чи чую про трагедію, це не надто зачіпає мене. Так, Ні

44. Коли є привід розсердитися, я волюю все обміркувати. Так, Ні
45. Я відчуваю сильну потребу у компліментах. Так, Ні
46. Сексуальна нестримність огидна. Так, Ні
47. Коли в натовпі хтось заважає моєму руху, у мене іноді виникає бажання штовхнути його плечем. Так, Ні
48. Щойно не по-моєму, я ображаюся і похмурюю. Так, Ні
49. Коли я бачу закривавлену людину на екрані, це майже не хвилює мене. Так, Ні
50. У складних життєвих ситуаціях я не можу обійтись без підтримки та допомоги людей. Так, Ні
51. Більшість оточуючих вважають мене дуже цікавою людиною. Так, Ні
52. Я ношу одяг, який приховує недоліки моєї фігури. Так, Ні
53. Для мене дуже важливо завжди дотримуватись загальноприйнятих правил поведінки. Так, Ні
54. Я часто схильний суперечити людям. Так, Ні
55. Майже у всіх сім'ях подружжя одне одному зраджує. Так, Ні
56. Очевидно, я надто відсторонено дивлюся на речі. Так, Ні
57. У розмовах із представниками протилежної статі я намагаюся уникати делікатних тем. Так, Ні
58. Коли мені щось не виходить, мені іноді хочеться плакати. Так, Ні
59. З моєї пам'яті часто випадають деякі дрібниці. Так, Ні
60. Коли хтось штовхає мене, я відчуваю сильне обурення. Так, Ні
61. Я викидаю з голови те, що мені не подобається. Так, Ні
62. У будь-якій невдачі я обов'язково знаходжу позитивні сторони. Так, Ні
63. Я ненавиджу людей, які завжди намагаються бути в центрі уваги. Так, Ні
64. Я майже нічого не викидаю і дбайливо зберігаю безліч різних речей. Так, Ні

65. У компанії друзів мені найбільше подобаються розмови про минулі події, розваги та задоволення. Так, Ні
66. Мене не надто дратує дитячий плач. Так, Ні
67. Мені траплялося так роздратуватися, що я готовий був перебити всі вщент.
68. Я завжди оптимістичен. Так, Ні
69. Я почуваюся незатишно, коли на мене не звертають уваги. Так, Ні
70. Які б пристрасті не розігравалися на екрані, я завжди усвідомлюю, що це тільки на екрані. Так, Ні
71. Я часто відчуваю ревності. Так, Ні
72. Я б ніколи спеціально не пішов на відверто еротичний фільм. Так, Ні
73. Неприємно те, що людям, як правило, не можна довіряти. Так, Ні
74. Я готовий майже на все, щоб справити гарне враження. Так, Ні
75. Я ніколи не бував панічно наляканий. Так, Ні
76. Я не прогавлю нагоди подивитися хороший трилер чи бойовик. Так, Ні
77. Я думаю, що ситуація у світі краща, ніж вважає більшість людей. Так, Ні
78. Навіть невелике розчарування може привести мене до смутку. Так, Ні
79. Мені не подобається, коли люди відверто фліртують. Так, Ні
80. Я ніколи не дозволяю собі втрачати самовладання. Так, Ні
81. Я завжди готуюся до невдачі, щоб не бути захопленим зненацька. Так, Ні
82. Здається, деякі з моїх знайомих задрять моєму вмінню жити. Так, Ні
83. Мені траплялося зі зла так сильно вдарити або штовхнути по чомусь, що я ненавмисно завдав собі болю. Так, Ні
84. Я знаю, що за очі дехто відгукується про мене погано. Так, Ні
85. Я навряд чи можу згадати свої перші шкільні роки. Так, Ні
86. Коли я засмучений, я іноді поводжуся по-дитячому. Так, Ні

87. Мені набагато простіше говорити про свої думки, ніж про свої почуття.
Так, Ні
88. Коли я буваю у від'їзді і у мене трапляються неприємності, я відразу починаю сильно тужити по дому. Так, Ні
89. Коли я чую про жорстокість, це не надто глибоко чіпає мене. Так, Ні
90. Я легко переносю критику та зауваження. Так, Ні
91. Я не приховую свого роздратування з приводу звичок деяких членів моєї сім'ї. Так, Ні
92. Я знаю, що є люди, налаштовані проти мене. Так, Ні
93. Я не можу переживати свої невдачі наодинці. Так, Ні
94. На щастя, у мене менше проблем, ніж більшість людей. Так, Ні
95. Якщо щось хвилює мене, я іноді відчуваю втому і бажання виспатися.
Так, Ні
96. Огідно те, що майже всі люди, які досягли успіху, досягли його за допомогою брехні. Так, Ні
97. Нерідко я відчуваю бажання відчутти у своїх руках пістолет чи автомат.
Так, Ні

Таблиця А.1

Ключ

№	Назва шкал	Номера тверджень	n
A	Заперечення	1, 16, 22, 28, 34, 42, 51, 61, 68, 77, 82, 90, 94	12
B	Витіснення	6, 11, 19, 25, 35, 43, 49, 59, 66, 75, 85, 89	12
C	Регресія	2, 14, 18, 26, 33, 48, 50, 58, 69, 78, 86, 88, 93, 95	14
D	Компенсація	3, 10, 24, 29, 37, 45, 52, 64, 65, 74	10
E	Проекція	7, 9, 23, 27, 38, 41, 55, 63, 71, 73, 84, 92, 96	13
F	Заміщення	8, 15, 20, 31, 40, 47, 54, 60, 67, 76, 83, 91, 97	13
G	Інтелектуалізація	4, 13, 17, 30, 36, 44, 56, 62, 70, 80, 81, 87	12
H	Реактивне утворення	5, 12, 21, 32, 39, 46, 53, 57, 72, 79,	10

Таблиця А.2

Шкала переводу сирих балів у процентілі

Сирі очки	Заперечення	Витіснення	Регресія	Компенсація	Проекція	Заміщення	Інтелектуалізація	Реактивне утворення
	A	B	C	D	E	F	G	H
0	0	2	1	2	2	4		13
1	2	15	6	5	2	15	0	38
2	8	34	15	16	4	27	3	56
3	19	54	30	29	9	40	16	71
4	33	71	47	45	16	53	32	81
5	52	83	61	62	26	69	51	88

Закінчення табл. А.2

Сирі очки	Заперечення	Витіснення	Регресія	Компенсація	Проекція	Заміщення	Інтелектуалізація	Реактивне утворення
6	70	91	73	79	39	83	74	93
7	83	96	82	90	53	90	87	95
8	91	99	89	97	68	94	95	98
9	97		93	99	70	96	99	99
10	99		97		88	99		

Опитувальник Є. Ф. Бажиним, Є. А. Голинкіною, Л. М. Єткіндом оцінки рівня рівень суб'єктивного контролю

Однією з важливих інтегральних характеристик самосвідомості, що пов'язують почуття відповідальності, готовність до активності та переживання «Я», є якість особистості, яка отримала назву «локус контролю».

Поява цього поняття в психологічній літературі насамперед пов'язане з роботами американського психолога Дж. Роттера, який запропонував розрізнити людей відповідно до того, де вони локалізують контроль над

значущими собі подіями. Існують два крайні типи такої локалізації, або локус контролю: інтервальний і екстернальний. Опитувальник рівня суб'єктивного контролю (УСК) складається із 44 пунктів.

Для оцінки виразності цієї якості особистості Роттер створив спеціальну шкалу (Rotter Internal - External Control, Scale, 1966). У нашій країні широкого поширення набули кілька методик для дослідження локусу контролю: одна з них створена Бажиним, Голинкіною та Еткіндом (1984).

Мета роботи: визначити локус контролю стосовно здоров'я; провести тестування; аналіз даних.

Інструкція

Дайте відповідь, будь ласка, на кожен пункт опитувальника, використовуючи одну з градацій 7-бальної шкали від -3 до 3, де -3 – повністю незгоден, 3 – повністю згоден:

1. Хвороба - справа випадку; якщо вже судилося захворіти, то нічого не вдієш
2. Думаю, що правильний спосіб життя може більше допомогти здоров'ю, ніж лікарі та ліки.
3. Думаю, що мій спосіб життя жодною мірою не є причиною моїх хвороб.
4. Дитину завжди можна вберегти від застуди, якщо за нею стежити і правильно її одягати.

Локус контролю стосовно здоров'я визначається по ключю:

$$I_z = (2+4)-(1+3)$$

Таблиця А.3

Переклад сирих балів у стени

1	від	-12	до	-6	6	Від	3	до	4
2	Від	-5	до	-4	7	Від	5	до	6
3	Від	-3	до	-2	8	Від	7	до	8
4	від	-1	до	0	9	Від	9	до	10
5	Від	1	до	2	10	Від	11	до	12

Оцінка результатів:

До 5 балів – екстернальний локус контролю стосовно здоров'я;

6 балів і вище – інтернальний локус контролю стосовно здоров'я.