

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ

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

Гуманітарно-правовий факультет

Кафедра психології

## Дипломна робота

Магістр

(освітній ступень)

на тему **«Психологічні особливості людей зрілого віку з різними типами розладів опорно-рухового апарату»**

«ХАІ.704.7-96пс1/2.21В.053 410-9/19 ДР».

Виконав: студент 2 курсу групи №7-  
96пс1/2

Спеціальність 053 «Психологія»

(код та найменування)

Освітня програма: «Психологічне консультування та психотерапія»

(найменування)

Пастухова Еліна Олександрівна

(прізвище й ініціали студента)

Керівник: кандидат психологічних наук, доцент кафедри психології

Макаренко А. О.

(прізвище й ініціали)

Рецензент: доктор психологічних наук, професор Большакова А. М.

(прізвище й ініціали)

Харків – 2021

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

Факультет гуманітарно-правовий факультет  
(повне найменування)

Кафедра кафедра психології  
(повне найменування)

Рівень вищої освіти другий (магістерський)

Спеціальність 053 «Психологія»  
(код та найменування)

Освітня програма «Психологічне консультування та психотерапія»  
(найменування)

**ЗАТВЕРДЖУЮ**

завідувач кафедри 704 (психології),

доцент Ю. І. Гулій

“ 08 ” жовтня 2020 року

**З А В Д А Н Н Я**

**НА ДИПЛОМНИЙ ПРОЕКТ (РОБОТУ) СТУДЕНТУ**

Пастухова Еліна Олександрівна.

(прізвище, ім'я та по батькові)

1. Тема дипломного проекту (роботи) Психологічні особливості людей зрілого віку з різними типами розладів опорно-рухового апарату

керівник дипломного проекту (роботи) Макаренко Амалія Олексіївна,  
кандидат психологічних наук, доцент

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

затверджені наказом Університету № 11 уч від « 11 » січня 2021 року

2. Термін подання студентом дипломного проекту (роботи) 12 лютого 2021 р.

3. Вихідні дані до роботи визначення динаміки психологічних особливостей та типів розладів опорно-рухового апарату людей зрілого віку в звичайних умовах і в умовах психологічного впливу.

4. Завдання дипломної роботи (проаналізувати та узагальнити підходи в психології до вивчення психологічних особливостей людей зрілого віку, провести аналіз соматичних проблем у людей зрілого віку; визначити структуру та методи, адекватні цілі дослідження; скласти програму корекції особистісних особливостей людей зрілого віку з розладами опорно-рухового апарату; розглянути психологічні особливості людей зрілого віку з розладами опорно-рухового апарату в звичайних умовах; виділити загальне та специфічне у психологічних факторах психосоматичних розладів; виявити динаміку психологічних особливостей людей зрілого віку з розладами опорно-рухового апарату в умовах психологічного впливу; визначити різницю динаміки психологічних особливостей людей зрілого віку з розладами опорно-рухового апарату в звичайних умовах та в умовах психологічного впливу; провести порівняльний аналіз; розкрити взаємозв'язок психологічних особливостей та типу розладів опорно-рухового апарату людей зрілого віку.

5. Перелік графічного матеріалу \_\_\_\_\_

Рисунків- 7

Таблиць- 5

## 6. Консультанти розділів роботи

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		завдання видав	завдання прийняв
1	<i>Макаренко А.О., кандидат психологічних наук, доцент</i>	16.10.20	06.11. 20
2	<i>Макаренко А.О., кандидат психологічних наук, доцент</i>	09.11.20	27.11.20
3	<i>Макаренко А.О., кандидат психологічних наук, доцент</i>	14.01.21	22.01 21

Нормоконтроль \_\_\_\_\_ Кузьміна С. В. «12» лютого 2021 р.  
(підпис) (ініціали та прізвище)

7. Дата видачі завдання 08 жовтня 2020

## КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів дипломної роботи	Строк виконання етапів роботи	Примітка
1.	Затвердження теми, мети та завдань дипломної роботи	08.10.20-11.10. 20	
2.	Складання плану роботи	12.10.20-16.10. 20	
3.	Аналіз літературних джерел. Написання першого розділу дипломної роботи	16.10.20-06.11. 20	
4.	Визначення психодіагностичного інструментарія для проведення практичної частини дослідження . Написання другого розділу дипломної роботи.	09.11.20-27.11.20	
5.	Проведення практичної частини дослідження.	01.12.20-12.12.20	
6.	Статистична обробка отриманих даних.	14.12.20-31.12.20	
7.	Написання третього розділу дипломної роботи.	04.01.21-22.01 21	
8.	Написання загальних висновків. Оформлення списку використаних літературних джерел, додадку(ків) та змісту.	23.01.21-29.01.21	
9.	Передзахист.	01.02.2021	
10.	Внесення коректив до тесту дипломної роботи.	02.02.21-05.02.21	
11.	Оформлення та підписання відповідної документації.	08.02.20-09.02.21	
12.	Підготовка електронної презентації та тексту доповіді.	10.02.21-11.02.21	
13.	Строк подання студентом роботи на кафедру.	12 .02. 21	
14.	Захист.	16.02. 21	

Студент \_\_\_\_\_ Пастухова Е.О.  
( підпис ) (прізвище та ініціали)

Керівник роботи \_\_\_\_\_ Макаренко А.О.  
( підпис ) (прізвище та ініціали)

## **Реферат**

Дипломна робота. 74 с., 5 табл., 7 рис., 2 дод., 78 джерел

Ключові слова: ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК, РОЗЛАДИ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ, ТИП ОСОБИСТОСТІ, ЗРІЛИЙ ВІК, ВНУТРІОСОБИСТІСНІ КОНФЛІКТИ, ПСИХОСОМАТИЧНІ ЗАХВОРЮВАННЯ, ПСИХОЛОГІЧНА ПІДТРИМКА.

Об'єкт дослідження - психологічні особливості та типи порушень опорно-рухового апарату людей зрілого віку. Предмет дослідження - взаємозв'язок психологічних особливостей та типів розладів опорно-рухового апарату людей зрілого віку. Мета роботи - визначення динаміки психологічних особливостей та типів розладів опорно-рухового апарату людей зрілого віку в звичайних умовах і в умовах психологічного впливу. Методи дослідження - теоретичні: вивчення, аналіз та узагальнення соціально-психологічної і медичної літератури з теми дослідження; емпіричні - бесіда, спостереження, опитування, тестування Шістнадцятифакторним особистісним опитувальником Кетелла ( 16 PF) та Фрайбургським особистісним опитувальником ( FP); психологічний експеримент; статистичні - аналіз експериментальних даних за допомогою методів математичної статистики: кореляційного аналізу, T критерію Вілкоксона. Висновки - встановлено взаємозв'язок й взаємозалежність соматичних порушень від індивідуально-типологічних особливостей особистості, проведено констатуючий експеримент; розроблена система психолого- організаційних заходів прогностичної спрямованості на суб'єктів із соматичними порушеннями з урахуванням цього взаємозв'язку; встановлено достовірну ефективність запропонованої системи психолого-соматичного впливу для людей зрілого віку з розладами опорно-рухового апарату.

## **Abstract**

Diplomathesis 74 p., 5 tables, 7 pictures, 2 appendices, 78 sources

Key words: RELATIONSHIP, DISORDERS OF THE MUSCLE-MOTOR EQUIPMENT, TYPE OF PERSONALITY, ELDERLY, INTERNAL CONFLICT, PSYCHOSOMATIC DISEASES, PSYCHOLOGICAL SUPPORT.

The object of the research is the psychological characteristics and types of disorders of the musculoskeletal system of elderly people. The subject of the research is the relationship of psychological characteristics and types of disorders of the musculoskeletal system of elderly people. The aim of the work is to determine the dynamics of psychological characteristics and types of disorders of the musculoskeletal system of elderly people under normal conditions and under conditions of psychological influence. Research methods - theoretical: study, analysis and generalization of socio-psychological and medical literature on the research topic; empirical - conversation, observation, questioning, testing with the Ketell's sixteen-factor personality questionnaire (16 PF) and the Freiburg personality questionnaire (FP |) psychological experiment; statistical - analysis of experimental data using the methods of mathematical statistics: correlation analysis, Wilcoxon's T test. Conclusions - the relationship and interdependence of somatic disorders on the individual-typological characteristics of the personality has been established, an ascertaining experiment has been carried out; a system of psychological and organizational measures of prognostic focus on subjects with somatic disorders has been developed, taking into account this relationship; the reliable effectiveness of the proposed system of psychological and somatic effects for mature people with disorders of the musculoskeletal system has been established.

## **Реферат**

Дипломная работа. 74 с., 5 табл., 7 рис., 2 доп., 78 источников

Ключевые слова: ВЗАИМОСВЯЗЬ, РАССТРОЙСТВА ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА, ТИП ЛИЧНОСТИ, ЗРЕЛЫЙ ВОЗРАСТ, ВНУТРЕННИЙ КОНФЛИКТ, ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОДДЕРЖКА.

Объект исследования - психологические особенности и типы нарушений опорно-двигательного аппарата людей зрелого возраста. Предмет исследования - взаимосвязь психологических особенностей и типов расстройств опорно-двигательного аппарата людей зрелого возраста. Цель работы - определение динамики психологических особенностей и типов расстройств опорно-двигательного аппарата людей зрелого возраста в обычных условиях и в условиях психологического воздействия. Методы исследования - теоретические: изучение, анализ и обобщение социально-психологической и медицинской литературы по теме исследования; эмпирические - беседа, наблюдение, опрос, тестирование Шестнадцатифакторным личностным опросником Кетелла (16 PF) и Фрайбургским личностным опросником (FP ), психологический эксперимент; статистические - анализ экспериментальных данных с помощью методов математической статистики: корреляционного анализа, Т критерия Вилкоксона.

Выводы - определена взаимосвязь и взаимозависимость соматических нарушений от индивидуально-типологических особенностей личности, проведен констатирующий эксперимент; разработана система психолого-организационных мероприятий прогностической направленности на субъектов с соматическими нарушениями с учетом этой взаимосвязи; установлено достоверную эффективность предложенной системы психолого-соматического воздействия для людей зрелого возраста с расстройствами опорно-двигательного аппарата.

## ЗМІСТ

ВСТУП .....	4
РОЗДІЛ 1 РОЗЛАДИ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ У ЛЮДЕЙ ЗРІЛОГО ВІКУ .....	8
1.1 Психологічні особливості людей зрілого віку.....	8
1.2 Проблеми опорно-рухового апарату у зрілому віці.....	16
1.3 Взаємозв'язок психологічних та соматичних проблем у людей віку.....	29
Висновки до першого розділу.....	35
РОЗДІЛ 2 СТРУКТУРА ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ЛЮДЕЙ ЗРІЛОГО ВІКУ З РІЗНИМИ ТИПАМИ РОЗЛАДІВ ОПОРНО- РУХОВОГО АПАРАТУ .....	37
2.1 Структура дослідження психологічних особливостей та взаємозв'язку їх з типами порушень опорно-рухового апарату людей зрілого віку.....	37
2.2 Методи дослідження психологічних особливостей та взаємозв'язку їх з типами порушень опорно-рухового апарату людей зрілого віку.....	41
Висновки до другого розділу.....	45
РОЗДІЛ 3 ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ЛЮДЕЙ ЗРІЛОГО ВІКУ З РОЗЛАДАМИ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ .....	46
3.1 Дослідження психологічних особливостей людей зрілого віку з розладами опорно-рухового апарату .....	46

3.2 Дослідження психологічних особливостей людей зрілого віку з розладами опорно-рухового апарату в умовах психологічного впливу.....	51
3.3 Корекційна програма певних психологічних особливостей людей зрілого віку з розладами опорно-рухового апарату.....	53
3.4 Порівняльний аналіз психологічних особливостей людей зрілого віку з розладами опорно-рухового апарату в звичайних умовах та в умовах психологічного впливу.....	57
Висновки до третього розділу.....	60
ЗАГАЛЬНІ ВИСНОВКИ.....	62
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ.....	64
ДОДАТКИ.....	71



## ВСТУП

### **Актуальність дослідження.**

Зростаючий рівень вимог, що висуваються сучасним життям до людини, культурні, економічна та соціальна трансформації вимагають від неї надзвичайної мобілізації когнітивних, емоційних та особистісних ресурсів, постійної готовності вирішувати життєві проблеми, що виникають. Хронічна перенапруга, агресивність, конфліктність є повсякденністю сучасної людини, що відчуває на собі постійний тиск з боку соціальних та економічних інститутів. День сьогоднішній – хронічний стрес. Всі ми «варимося в одному котлу», а кажуть, що в киплячому котлу холодних місць не буває [6], [4].

Все це є причиною значного підвищення числа захворювань, етіологія яких тісно пов'язана із особливостями психологічної сфери. За даними Всесвітньої Організації Охорони здоров'я від 38% до 42% всіх пацієнтів, які відвідують кабінети лікарів, належать до групи психосоматичних хворих.

Становище в Україні погіршується за відсутності звичних вже для західного соціуму інститутів психологічної допомоги, функції яких, насамперед, пов'язані з підвищенням психологічної культури населення, навчанням навичкам саморегуляції, розв'язування психологічних труднощів. Існуючі психологічні проблеми, провокують психосоматичні дисфункції [25].

Психосоматичні розлади знаходяться у центрі уваги медичної психології (Ф. Александер, Ф. Данбар, Б. Д. Карвасарский, А.С.Кочарян, В. Любан-Плоцца, І.Г.Малкина-Пих та ін.). Багато уваги приділяється вивченню хронічних захворювань органів дихання, серцево-судинної системи та системи травлення організму (Ю.Ю Елисеєв). Але останнім часом особливо нагальною стала необхідність дослідження психосоматичних розладів опорно-рухового апарату людини. В розвинутих країнах світу остеохондроз та запалення суглобів складає вагомий частину від інших захворювань, що призводять до втрати працездатності.

В Україні біля 80% осіб зрілого віку в популяції на протязі життя переносять приступи поперекових болів [19].

Серед хвороб, на які страждає більшість людей, одне з перших місць займають порушення функцій опорно-рухового апарату і хребта. Рух є одним із найголовніших елементів життя людини. За поширеністю порушення функцій опорно-рухового апарату поступаються лише серцево-судинним захворюванням. Оскільки опорно-рухова система — це наш каркас, то її розбалансованість провокує хвороби інших систем і окремих органів, а також зниження рухливості й погіршення загального стану організму людини [1–6].

Але саме це психосоматичне порушення, менш ніж інші, розглядалося в зв'язку з психологічними чинниками його розвитку [16], [26].

Психосоматичні розлади визначаються як соматичне страждання, у виникненні якого центральна роль належить психологічним факторам, перш за все, нереалізованим емоційним переживанням різної модальності [2]. Гіппократ і Гален відзначали, що сильні емоційні переживання, особливо гнів і страх, можуть призводити до розладів у функціях тіла, і розглядали хворобу як ненормальну фізичну реакцію на стресові емоції [28].

Таким чином, в цілому, актуальність дослідження викликана необхідністю більш детального вивчення психологічних особливостей людей зрілого віку з психосоматичними розладами опорно-рухового апарату, розуміння психологічних механізмів для вибору адекватних форм лікування й профілактики.

Актуальність проблеми, перспективи її розвитку, необхідність практичного використання обумовили вибір теми: "Психологічні особливості людей зрілого віку з різними типами розладів опорно-рухового апарату"

**Об'єкт** дослідження – психологічні особливості та типи порушень опорно-рухового апарату у людей зрілого віку.

**Предметом** дослідження є взаємозв'язок психологічних особливостей та типів розладів опорно-рухового апарату людей зрілого віку.

**Мета** дослідження полягає у визначенні динаміки психологічних особливостей та типів розладів опорно-рухового апарату людей зрілого віку в звичайних умовах і в умовах психологічного впливу.

Відповідно з ціллю були сформульовані наступні **завдання дослідження:**

1) проаналізувати та узагальнити підходи в психології до вивчення психологічних особливостей людей зрілого віку, провести аналіз соматичних проблем у людей зрілого віку;

2) визначити структуру та методи, адекватні цілі дослідження; скласти програму корекції особистісних особливостей людей зрілого віку з розладами опорно-рухового апарату;

3) розглянути психологічні особливості людей зрілого віку з розладами опорно-рухового апарату в звичайних умовах; виділити загальне та специфічне у психологічних факторах психосоматичних розладів;

4) виявити динаміку психологічних особливостей людей зрілого віку з розладами опорно-рухового апарату в умовах психологічного впливу;

5) визначити різницю динаміки психологічних особливостей людей зрілого віку з розладами опорно-рухового апарату в звичайних умовах та в умовах психологічного впливу; провести порівняльний аналіз;

6) розкрити взаємозв'язок психологічних особливостей та типу розладів опорно-рухового апарату людей зрілого віку.

**Методологічну основу** дослідження складають основні положення психології: про необхідність цілісного, інтегрованого підходу у вивченні соматичного та психічного здоров'я (А.Лоуен), комплексного врахування впливу індивідуально-психологічних особливостей на виникнення та розвиток психосоматичних дисфункцій ( В.М. Мясіщев, Б.Д. Карвасарський), про роль механізмів загального адаптаційного синдрому у розвитку соматичних патологій (Г. Сельє, Р. Лазарус); уявлення про інтеграційні параметри особистості (Г. Аммон) та глибинні інтрапсихічні конфлікти (Ф. Александер) як загальні та специфічні психологічні фактори психосоматичних розладів.

**Методи дослідження:** для вирішення поставлених завдань було використано наступні методи:

- 1) теоретичні: вивчення, аналіз та узагальнення соціально-психологічної і медичної літератури з теми дослідження;
- 2) емпіричні: спостереження, бесіда, опитування, тестування («Шістнадцятифакторний особистісний опитувальник» Кеттелла (16 PF); «Фрайбургський особистісний опитувальник» (FPI), психологічний експеримент (констатуючий, формуючий);
- 3) статистичні: кількісний і якісний аналіз експериментальних даних.

Вибірка дослідження: в дослідженні приймали участь 40 осіб з різними розладами опорно-рухового апарату, серед них чоловіків – 18 осіб(45%); жінок – 22 особи(55%) на базі реабілітаційного центру Інституту патології хребта та суглобів ім. професора М.І. Ситенка НАМН України.

## РОЗДІЛ 1 РОЗЛАДИ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ У ЛЮДЕЙ ЗРІЛОГО ВІКУ

### 1.1. Психологічні особливості людей зрілого віку

По визначенню Д. І. Фельдштейна, життя дорослої людини - це рух, зміна, розвиток. На сьогоднішній день сучасна людина не тільки має нові можливості вибору, новий рівень самосвідомості, але і завдання, що повстали зараз на рубежі тисячоліття, вимагають від особистості подальшого розвитку в контексті розгортання міжособистісних взаємин, поглиблення самовизначення, «загального дорослішання». А постійно зростаючі можливості (обумовлені досягненнями науки, техніки, медицини, інформатизації й ін.) обумовлюють нову ситуацію розвитку дорослого, розширюючи рамки його життя [9].

Говорячи про особливості дорослого віку, А. А. Бодальов підкреслює, що для науки важливо простежити зв'язки між особливостями «акме» людини (вищий для кожної людини рівень у його розвитку, вершина його зрілості) і характером соціальної ситуації розвитку в цей період його життєвого шляху. Важливо зрозуміти роль самої людини в тім, якою буде вершина його життя, і коли вона явно в нього буде проглядатися [7].

У зрілому дорослому віці людина набуває життєвого досвіду, реалізовує життєві плани, формуються нові аспекти її Я-концепції, стабілізуються основні інтереси й емоційна сфера[4].

На цьому етапі її життя погіршуються психофізіологічні функції і здоров'я, часто непростим випробуванням стає неминучість виходу на пенсію. Людина, яка досягла середини життя, усвідомлює свою відмежованість не тільки від молоді, а й від тих, хто дожив до старості. У цей час вона починає відчувати, що від стану здоров'я залежать професійні успіхи. Психологічні ознаки зрілого дорослого віку пов'язані з проблемами майбутнього та зміни життя. На цьому етапі людина усвідомлює, що вона вже прийняла важливі

рішення щодо своєї професійної кар'єри та сімейного життя, а тому необхідно сконцентруватися на їх реалізації. Майбутнє не таїть у собі безмежних можливостей для неї. Воно може бути пов'язане і з професійною кар'єрою, тобто зайняттям вищої посади чи здобуттям певного статусу, або з усвідомленням нереалізованості життєвих планів. Подолання вікових меж молодості індивіди переживають по-різному. Одні розглядають цей життєвий етап як нову можливість реалізації свого потенціалу, інші відчують незадоволеність, внутрішнє збентеження і депресію[7].

Погляд людини на свою зрілу дорослість може бути зумовлений економічними умовами життя, соціальними обставинами та особливостями часу, в якому вона живе. Загалом, більшість дорослих без особливих проблем усвідомлюють, що вони вже немолоді, оскільки вважають, що перебувають у розквіті сил. А деяке зниження фізичної активності вони успішно компенсують набутими досвідом і знанням своїх можливостей, що забезпечує їм успіх у житті. Правда, немало їх ровесників починають відчувати, що їм важко розпорядитися власним життям, деякі починають втрачати життєву енергію. Внутрішній стан людини у зрілому дорослому віці може бути досить суперечливим. Кожна значна подія — смерть близьких, зміна роботи, розлучення — змушує подивитись на своє життя під новим кутом зору, задуматися над його минулістю. Криза середини життя — психологічний феномен, що полягає в критичній оцінці та переоцінці досягнутого в житті[8].

Нерідко така переоцінка зумовлює усвідомлення того, що життя минуло безглуздо і час уже втрачено. Внаслідок цього в настрої людини починають домінувати депресивні стани, знижується її життєдіяльність. Цей період життя характеризується втратою відчуття молодості, зниженням професійної активності, посиленням інтимності у подружніх стосунках, усвідомленням незворотності фізіологічних змін і пристосуванням до них[13].

Найвідчутнішими в житті дорослої людини є такі проблеми:

а) зниження життєвих сил, послаблення здоров'я, що змушує переключити енергію з фізичної на розумову діяльність. У свідомості людини визнання цінності фізичних сил змінюється визнанням цінності мудрості;

б) фізіологічні зміни, що спонукають людину до врівноваження соціального й сексуального аспектів у стосунках. Її спілкування з представником протилежної статі розгортається на товариських засадах, а не на сексуальній близькості чи конкуренції;

в) емоційне збіднення життєвих буднів, що потребує від особистості неабиякої емоційної гнучкості. Причиною цього можуть бути руйнування сім'ї, віддаленість від друзів, охолодження до того, що захоплювало на попередніх етапах життя;

г) розумова ригідність (негнучкість), тобто схильність надто вперто дотримуватися своїх життєвих правил, з недовірою ставитись до нових ідей. Зумовлюють її попередній досвід, звички, усталений стиль розмірковувань. Усе це актуалізує проблему розумової гнучкості особистості[22].

У зрілому дорослому віці людина опиняється перед неминучістю вирішення таких завдань:

а) необхідність диференціації Я (Я-професіонал, Я-потенційний пенсіонер, Я-сім'янин, Я-керівник, Я-зріла особистість та ін.), уникнення надмірної захопленості своїми соціальними ролями. Якщо люди стверджують себе тільки в межах своєї роботи чи сім'ї, то вихід на пенсію, зміна роботи чи покидання дітьми батьківського дому зумовлюють такий вплив негативних емоцій, з якими дорослий може не впоратися;

б) уникнення надмірного зосередження на хворобах, болях, якими супроводжується старість;

в) трансцендентація Я (вихід за межі Я до вічного, космічного, божественного), яка приходить на зміну захопленості Я. Особливе значення вона має у старості, але і в ранньому дорослому віці багатьох людей навідують думки про старість і смерть[49],[83].

У зрілому дорослому віці людина переглядає свої цілі, задумується, наскільки реалізовані поставлені перед собою завдання, часто по-новому починає бачити свою роботу, усвідомлюючи, що професійний вибір уже зроблено. Окремі з них, розчарувавшись у своїй роботі, втративши її чи не досягнувши бажаного професійного статусу, відчують гостре невдоволення собою і своїм життям. Інші, збагнувши, що надто багато часу було віддано професійним справам, зосереджуються на сім'ї, міжособистісних стосунках, духовному, моральному вдосконаленні. Нерідко на цьому віковому етапі людину переслідують не тільки традиційні, а й специфічні проблеми (алкоголізм, самотність, безпритульність, хронічні захворювання, інвалідність тощо), для подолання яких необхідні додаткові психологічні, емоційні сили, специфічні способи соціальної поведінки[53].

Життєдіяльність людей у 40-50 років значною мірою залежить від сприйняття ними свого віку, а також від соціальних умов. В цьому віці дорослий відчуває вибух неприємних переживань, думок стосовно марноїплинності часу, зауважує перші ознаки і симптоми втрати молодості, послаблення здоров'я. Людина все частіше задумується над сенсом життя, цінністю здійсненого та досягнутого. Провідним видом діяльності протягом зрілого дорослого віку залишається праця. Нагромаджений професійний досвід дає змогу людині компенсувати вікові зміни в організмі. Основним чинником розвитку особистості в цьому віці є успіхи на роботі, які сприяють її самоактуалізації. Серйозною проблемою людей зрілого дорослого віку в Україні є зміна місця роботи, професійної діяльності. Багато з них втрату роботи, проблеми працевлаштування, перекваліфікації сприймають як життєву катастрофу, що спричинює конфлікти у сім'ях та внутріособистісні конфлікти[26]. У більшості людей зрілого дорослого віку значних змін зазнає сімейне життя.

Спосіб життя і поведінки людини у зрілому дорослому віці пов'язані з типом акцентуації особистості. Гіпертимному типу акцентуації особистості властиві оптимізм, підвищений фон настрою, активність, комунікабельність,



ініціативність, авантюризм, соціальна гнучкість, легкість у спілкуванні, поверховість у міжособистісних стосунках, необов'язковість, байдуже ставлення до питань моралі. Такі люди важко переживають самотність, дисципліну та обмеження їхньої активності[28]. Представники психастенічного типу акцентуації особистості проявляють підвищену тривожність, невпевненість у собі, схильність до глибоких сумнівів, нерішучість у прийнятті рішень, загострене почуття обов'язку і відповідальності, тривожну метушливість у роботі, детальне продумування своєї поведінки, боязнь невдачі. Особливостями епілептоїдного типу акцентуації особистості є негнучкість емоційної сфери та мислення, послідовність у поведінці, спрямування інтересів на матеріальне благополуччя і власне здоров'я, акуратність, бережливість, розрахунок, диференційоване ставлення до людей (до вищих за статусом — запобігливість, до нижчих — жорсткість), напади сентиментальності. Ознаками нарцисичного типу акцентуації особистості є егоцентризм, самозахоплення, завищена самооцінка, прагнення особистої вигоди і благополуччя, експлуатація людей в особистих цілях, гіпертрофована здатність до витіснення зі свідомості своїх негативних якостей, любов до комфорту, байдуже ставлення до інших, нетерпимість до успішних людей, заздрість, прагнення принизити гідність інших, нещирість у стосунках[28],[30].

Тип акцентуації особистості зумовлює особливості пов'язаних зі старістю індивідуальних установок, якими можуть бути страх перед старістю, бунт проти старіння, емоційна і соціальна ізоляція, адекватне, раціональне сприйняття старості, рефлексія стосовно життєвих надбань. На індивідуальний спосіб життя людини зрілого дорослого віку впливають також такі соціально-психологічні характеристики особистості, як професійна активність, інтереси, фізична активність, яка відповідає стану здоров'я, умовам і способу діяльності. Успішні у своїй справі особистості легше переносяться неминучі для зрілої дорослості різноманітні вікові проблеми і труднощі, гармонійним є їх внутрішнє життя, оптимістичнішим погляд у майбутнє.

У зрілому дорослому віці Я-концепція залишається визначальним центром внутрішнього світу особистості. На цьому етапі домінує цілісне бачення себе у контексті життєдіяльності, вічних і перехідних цінностей. Я-концепція особистості у зрілій дорослості ґрунтується на оцінному процесі. Він полягає в тому, що особистість оцінює позитивно, прагне збагнути ті переживання, які свідчать про її позитивне функціонування (“Я правильно прожив більшу частину свого життя”, “Я досягаю основних життєвих цілей”, “Я живу в добробуті”, “Я маю дітей і онуків”, “Я зберігаю здоров'я”, “Мене очікує забезпечена і спокійна старість”), і оцінює негативно чи уникає переживань, які, на її думку, шкодять збереженню і функціонуванню Я (“Я помиляюся у житті”, “Я вже не досягаю своїх основних життєвих цілей”, “Я не забезпечую добробуту для себе і своєї сім'ї”, “Я не маю дітей”, “Я не зберіг здоров'я”, “Моя старість буде незабезпеченою і тривожною”)[19],[43].

На цьому етапі основні сутнісні сили особистості вже актуалізовані, програма саморозвитку, як правило, реалізована. Перед індивідом постає проблема узгодженості особистісного досвіду із Я-концепцією, а їх неузгодженість переживається боляче. У період зрілої дорослості залишаються актуальними основні функції Я-концепції. Вона сприяє самоузгодженню людини, стабільності її внутрішнього світу і поведінки; зумовлює особливості інтерпретації досвіду, який уже мало збагачується; залишається джерелом життєвих очікувань; забезпечує дотримання виробленої стратегії життя і поведінки[25].

Особливістю Я-концепції людини на цьому етапі є те, що вона вже не розглядає свою життєву перспективу як досить тривалу, виявляє реалістичне бачення свого майбутнього. Вона орієнтується на теперішнє, яке пов'язане із найближчим майбутнім і вже не є ізольованим від минулого, як у ранньому дорослому віці[31].

На розвиток Я-концепції людини зрілого дорослого віку впливає усвідомлення нею таких життєвих завдань:

- набуття духовно-моральної досконалості, життєвої мудрості та досвіду, громадянської і соціальної відповідальності;

- досягнення та підтримання гідного життєвого рівня;

- допомога дітям і внукам у тому, щоб вони стали відповідальними, розвиненими і щасливими дорослими;

- особлива чуйність у подружніх стосунках;

- підтримка батьків похилого віку;

- піклування про власне здоров'я.

Усе це модифікує, вдосконалює Я-концепцію людини, робить її реалістичнішою, позбавляє ілюзій ранньої дорослості в оцінці своїх життєвих перспектив і можливостей[33].

Суттю Я-концепції стає самоактуалізація, зумовлена духовно-моральними правилами і більш значущими, ніж ситуативні, особистісними цінностями. У період зрілої дорослості відбувається посилення когнітивного компонента в самооцінці. Людина прагне тверезо, раціонально, а не емоційно оцінити себе, своє життя, свої досягнення. Усвідомлене, розважливе, об'єктивне ставлення до себе має наслідком те, що знання про себе починають регулювати поведінку та емоційні переживання людини, які стосуються її Я. Кількість часткових самооцінок зменшується, самооцінка стає більш узагальненою. Особистість рідко оцінює окремо свої здібності, характер, інтелект, уміння та навички, а дає інтегровану оцінку своїм життєвим досягненням, способу життя, професійній діяльності, досягненню соціального статусу, збереженості здоров'я, найближчій життєвій перспективі[80].

Люди зрілого дорослого віку високо оцінюють свої можливості, на підставі чого легко змінюють свої соціальні ролі: стають керівниками підприємств, організацій і навіть держави. Впевненість у своїх силах є передумовою прийняття відповідальних рішень. Завдяки цьому вони виконують важливу роль у суспільстві, впливають на його розвиток. Актуальною для них є проблема наближення власної поведінки, способів діяльності, змісту думок до соціальних вимог. Орієнтація на соціально значущі

якості відображається в Я-концепції людини. Тому образ себе, в який вірить людина, містить риси, до яких вона прагне та які свідомо в собі визнає. Адекватним стає у зрілому дорослому віці рівень домагань особистості. Вона чітко усвідомлює свої реальні можливості, зміст очікувань від неї рідних та інших людей і відповідно діє. Багатьом дорослим властиві дуже низький рівень домагань, втрата сенсу життя, зневіра в собі, намагання жити минулим, ілюзорність щодо своїх можливостей. Окремі з них спиваються, прилучаються до наркотиків, стають бродягами тощо. Отже, у зрілому дорослому віці відбуваються зумовлені способом життя та проблемами віку важливі зміни у Я-концепції, зокрема узагальнюється життєвий досвід, з'являються відчуття реалізованості чи нереалізованості життєвих планів, втрати молодості, людина більше орієнтується на теперішнє[20].

У зрілому дорослому віці емоційне життя людини ще досить стабільне. Однак спостерігається зниження загальної емоційності в різних життєвих ситуаціях, при виконанні усіх видів діяльності. Зміст основних переживань особистості пов'язаний із сенсом життя, станом здоров'я, очікуванням старості[39].

Зрілий дорослий вік пов'язаний з великим ризиком виникнення стресу — стану організму, що виникає у відповідь на дію несприятливих зовнішніх чи внутрішніх факторів. Ними можуть бути втрата близьких, розлучення, хвороби тощо. Його глибина та сила залежать від того, наскільки болісно сприймає конкретна людина такі події[45].

Прояви стресу залежать від суті проблеми, глибини переживання її, володіння навичками щодо її вирішення, особливостей особистості (Я-концепції, спонукальної сфери, інтелекту тощо), системи соціальної підтримки, історії стресогенних (таких, що породжували стрес) подій і переживань. Загалом, емоційне життя людини зрілого дорослого віку збіднюється. Вона стає менш вразливою, ніж у ранній юності, не так бурхливо реагує на явища, події та ситуації[36].

Втрата завдань і контактів часто веде до ізоляції та самотності зрілої людини і позбавляє його сподівань. І ця безнадійність створює сприятливий клімат для появи психосоматичних захворювань[34].

## **1.2. Проблеми опорно-рухового апарату у зрілому віці**

Серед хвороб, з якими рано чи пізно зіштовхується більшість людей, на одному з перших місць стоїть порушення функцій опорно-рухового апарату і хребта. За поширеністю вони займають друге місце після серцево-судинних захворювань. Оскільки опорно-рухова система – це наш каркас, опора й основа, то її розбалансованість провокує хвороби інших систем і окремих органів, а також зниження рухливості і погіршення загального стану організму[49].

Хвороби хребта, кісток і суглобів однаково властиві і молодим, і людям похилого віку, практично з однаковою частотою хворіють старі і молоді, бідні і багаті.

Терміном «ревматичні захворювання» об'єднуються патологічні картини, загальною характеристикою і провідним симптомом яких є болі в опорно-руховому апараті. Це симптоматичне поняття включає етіологічно, патологічно та клініко-нозологічних різні синдроми. Слід розрізняти як мінімум три головні групи ревматичних захворювань: запальні процеси суглобів та хребта, дегенеративні захворювання суглобів та хребта та ревматичні ураження м'яких тканин. В якості четвертої групи слід привести так звані параревматичні захворювання, при яких біль у тканинних структурах опорно-рухового апарату є ознакою іншого захворюваннях[39].

Ревматоїдний артрит розглядається як системне запальне захворювання сполучних тканин із переважним ураженням суглобів.

Рівень функціонально стану опорно–рухливого апарату, активність запального процесу, перебіг ревматоїдного артриту впливають на психічний стан хворого, що обумовлює якість життя пацієнта[30],[34],[38].

Сучасний спосіб життя (особливо у містах), сприяє розвитку гіподинамії — зниження м'язової діяльності людини. Якщо людина проводить сидячий спосіб життя і не вправляє м'язів, то вони зменшуються в об'ємі, зменшується її сила. Гіподинамія поряд з іншими несприятливими факторами (забруднення навколишнього середовища, надмірні навантаження на нервову систему, шкідливі звички тощо) поступово призводять до порушення обміну речовин, а з часом і до виникнення ряду небезпечних захворювань нервової системи, серця, кровоносних судин та опорно-рухового апарату. М'язовій діяльності належить провідна роль у розвитку людини. З віком фізичні навантаження зменшуються, в силу специфіки професійної діяльності. Гіподинамія та стресові впливи негативно впливають на діяльність практично всіх фізіологічних систем. Вони особливо несприятливо впливають на центральну нервову систему, на обмін речовин, знижують опірність організму до захворювань, викликають передчасне старіння, Людину стає невитривалою, слабкою, непрацездатною. Здатність до виконання тривалих фізичних навантажень дещо зменшується у зрілому віці. Особливо виражене зниження працездатності спостерігається після 50 років. Час на відпочинок недостатній для повного відновлення сил, і, як правило, значно менший ніж час, затрачений на роботу. Робота середньої важкості та важка фізична робота викликають у жінок значно більші і різкіші фізіологічні зміни, ніж у чоловіків. Зниження фізичної працездатності зв'язане зі змінами власне у м'язах та у центральній нервовій системі. Перш за все втома розвивається у нервових центрах, і лише згодом — у м'язах[29][33].

У центральній нервовій системі, зокрема в корі великих півкуль, внаслідок інтенсивної роботи м'язів виснажуються клітини нервових центрів, що відповідають за виконання рухів. Про роль центральної нервової системи у розвитку втоми свідчить також зниження працездатності в під впливом негативних емоцій і мотивацій. У м'язах під час розвитку втоми нагромаджуються продукти обміну, які сповільнюють проведення нервових імпульсів через нервово-м'язові синапси. Це призводить до зниження

інтенсивності рухів, зменшенням їх сили. Чим старше людина, тим швидше настає втома при виконанні фізичних навантажень. Важливим переломним етапом у розвитку працездатності вважається вік 55-65 років, коли відбуваються суттєві зміни в енергетиці м'язового скорочення. Порушенню постави сприяє професійна діяльність людини. Праця професіонала зумовлює тривале перебування тіла в якомусь одному положенні чи постійну зміну положення тіла в одному напрямку. Тому професійна робота є причиною сильнішого розвитку одних частин тіла і деякого відставання інших. Ревматоїдний артрит (хронічний поліартрит) проявляється у вигляді ранкової скутості та хворобливості суглобів і навколосуглобових м'язів, тонус яких підвищений. Хвороба починається повільно, з роками вона необоротно деформує дрібні суглоби[41],[60].

Аналіз концептуальних моделей, присвячених вкладу психологічних факторів в етіологію та патогенез психосоматичних розладів представляє широкий спектр концептуальних побудовань, причин, що стосуються чинників психосоматичних розладів[48].

У широкому розумінні до складу психосоматичних дисфункцій (психосоматики) відносять конверсійні симптоми, функціональні синдроми (органні неврози), шкідливі звички, які впливають на соматичне здоров'я, ревматоїдний артрит, індивідуальну схильність до травматизму. В більш вузькому розумінні термін «психосоматичні розлади» (психосоматози) позначає групу захворювань, в основі яких лежить первинно тілесна реакція на конфліктне переживання, пов'язана із морфологічно встановленими змінами і патологічними порушеннями в органах[26].

До їхнього числа відносять: бронхіальну ядугу, виразковий коліт, есенціальну гіпертонію, нейродерматит, виразкову хворобу, ревматоїдний артрит. В даному дослідженні поняття «психосоматичні розлади» вживається в останньому, більш вузькому значенні.

Згідно із сьогоденними науковими позиціями поділ захворювань на психосоматичні, соматичні та психічні виглядає неоднозначними й

суперечить уявленню про цілісність та єдність людської істоти. Використання терміну «психосоматичний» є більш доречним у методологічному сенсі, як позначення підходу, що враховує різноманітність причин виникнення хвороб.

Розвиток психосоматики в якості наукового підходу має зв'язок із цілим рядом психодинамічних концепцій: конверсійних механізмів (З. Фрейд), місць найменшого опору (А. Адлер), профілів особистості (Ф. Данбар), специфічних конфліктів (Ф. Александер), переживань втрати об'єкту (М. Енгел). Психофізіологічні залежності аналізуються у роботах І. Павлова (вплив емоцій на фізіологічні процеси), В.Кеннона (реакції організму в екстремальних ситуаціях), Г.Сельє (загальний адаптаційний синдром), Б. Локке (психонейроіммунологія). Спроби цілісного, холістичного вирішення проблеми представлені в системно-теоретичних концепціях (Г. Бейтсон, Р. Матурана), соціопсихосоматичних моделях (В. Шафер, Г. Деліус). В цілому можна сказати, що вчення про психосоматичні захворювання ґрунтується на численних й переконливих клінічних спостереженнях, проте його окремі елементи малодоступні доказовим роз'ясненням, багато гіпотез не підтверджені експериментально [38].

Аналіз літератури, присвяченої проблемам психосоматичних розладів, дозволив нам виділити два основних підходи, в рамках яких по-різному вирішується питання про роль, яку відіграють психологічні чинники в етіології психосоматики. У рамках першого з них, який може бути названий специфічним, кожному захворюванню відповідає свій власний тип психологічних особливостей, свій паттерн емоційних проявів, окрема конфігурація рис особистості. Другий підхід (загальний) більшу увагу приділяє вивченню психологічних факторів, що мають вплив на всі без винятку психосоматичні розлади. В дослідженні аналізуються як загальні, так і специфічні психологічні фактори.

Одним з перших, хто дослідив специфічні психологічні чинники, був піонер психосоматичного напрямку у медицині Ф. Александер. Йому вдалося



встановити, що поява ревматоїдного артриту провокується особистісними конфліктами, пов'язаними із фрустрованою потребою у залежності [2].

Хворі на розлади опорно-рухового апарату можуть демонструвати амбіційність, наполегливість, впертість, агресивність, і при цьому на підсвідомому рівні вони жадають любові, опіки, залежності. Інтрапсихічний конфлікт зумовлює патологічний стереотип реакцій на стресові події, і таким чином, є передумовою розладів опорно-рухового апарату. Внутрішня психологічна конфліктність як базова характеристика особистості людей з розладами опорно-рухового апарату відзначається в цілій низці робіт (Коршунов Н.И., Аксенфельд Р.Г., Капустина Л.В., Малкина-Пих И.Г.). Наявність особистісного конфлікту простежується і в характеристиці профілю особистості: зовні честолюбні, амбітні, стійкі й часом уперті, але у глибині душі залежні й навіть дещо вразливі індивіди (Ф. Данбар).

Численні дані психологічних обстежень хворих не є однозначними. Серед їхніх особистісних особливостей відзначають: підвищену емоційну збудливість, надмірну сором'язливість, образливість, підвищену чутливість і вимогливість до себе (Е.А. Никольская), риси тривожності, залежності, надмірної інтроспекції, схильності до мовчазливості й надмірної довірливості (М.Ю. Губачов), психастеноподібні особливості (Н.И. Коршунов), виражені тривожні прояви (Р.Раймон), перевагу в особистісному профілі особливостей іпохондричного та депресивного характеру (И.Г.Малкина-Пих), наявність параноїдальних та істероформних тенденцій (М.И.Савельева).

Очевидна певна суперечливість результатів досліджень: у людей з розладами опорно-рухового апарату виявляються протилежні, часто несумісні характеристики особистості. Неоднозначність отриманих результатів, складність їхньої концептуалізації викликає певний песимізм щодо доцільності й перспектив досліджень психологічних особливостей пацієнтів, які страждають від цих розладів (Н.И.Коршунов). З іншого погляду суперечливі результати зумовлені тим, що увага дослідників була здебільшого прикута до поведінкових проявів особистості, проте їх недостатньо для

розуміння психосоматичних взаємовідносин. Ясно, що ступінь вираженості рис особистості чи певні їхні конфігурації самі по собі не можуть розглядатися в якості пускових факторів розладів опорно-рухового апарату, останні пов'язані із більш глибокими психологічними явищами[39].

Як пусковий фактор ревматоїдних артритів нами розглядається інтрапсихічний конфлікт, сторонами якого виступають фрустрована потреба у залежності і прагнення до домінування. Для того, щоб виявити цей конфлікт, недостатньо просто поміряти поведінкові особистісні характеристики пацієнтів, необхідно також проаналізувати структурні особливості особистості[53].

Концепція загального адаптаційного синдрому Г. Сельє є центральною серед концептуальних моделей, присвячених ролі загальних психологічних факторів. Численні експериментальні та емпіричні дані підтверджують, що в умовах стресу ризик виникнення психосоматичного захворювання суттєво зростає[67]. Проте концепція загального адаптаційного синдрому приділяє надзвичайно мало уваги тим психологічним особливостям чи тим психологічним механізмам, що опосередковують руйнівний вплив несприятливих умов. Замість цього деякими дослідниками пропонується відтворення рангів стресорів за силою їхнього впливу, за їх відносною значимістю [55].

Такий підхід не враховує індивідуально-психологічних, культурних та соціальних особливостей. Визначення загальних психологічних чинників є неможливим без звернення до психологічних особливостей, які обумовлюють вразливість чи резистентність стресу, що роблять можливим саме психосоматичний спосіб реагування на стрес[59].

В якості таких особливостей були виділено деякі характеристики Я, психічної інстанції, основна функція якої полягає в ефективній адаптації. «Слабкість Я» або «невпевненість Я», притаманна психосоматичним пацієнтам, проявляється у зменшенні здатності до інтроспекції, зниженні

фрустраційної толерантності, порушенні «базисної довіри» до себе, мінімальної здібності до набуття нових емоційних установок[38].

Клініцисти у якості загальної особливості психосоматичних пацієнтів визначають домінування переживань «втрати об'єкту» із відчуттям «душевної порожнечі», автоматично-механічним характером розумових процесів, зменшеною спроможністю до психічної переробки[62].

Психосоматичні розлади можуть бути розглянути як окремий особистісний спосіб реагування, зумовлений браком его-ідентичності або нечіткими кордонами тілесного его[5].

Психосоматичний симптом розуміють як захисну психічну реакцію, спрямовану на підтримку інтеграції Я, запобігання його розпаду або фрагменталізації. Брак самоідентичності розглядається як структурний дефект Я, витoki якого слід шукати на ранніх стадіях онтогенезу, пов'язаних із психологічним симбіозом «мати-дитина». Незадовільні емоційні стосунки в цьому психологічному союзі, недостатня підтримка й прийняття дитини можуть суттєво завадити становленню її психологічної автономності, визначенню власних психологічних кордонів, і т. ч. порушують процес формування его-ідентичності[81].

Недостатньо стабільний психологічний базис автономності, слабкість інтеграційних механізмів особистості призводять до того, що ситуацію стресу індивід сприймає як загрозу своїй психологічній цілісності. Його психологічних ресурсів та навичок виявляється недостатньо для психічної переробки стресу, емоційного відреагування, приведення в дію механізмів психологічного захисту та опанування ситуацією. Небезпека серйозного психічного зриву, психотичного розладу відвертається виникненням психосоматичних симптомів, «примітивних психічних сигналів тривоги тілу»[36]. З цієї точки зору психосоматичний симптом, на відміну від невротичного, не несе жодного символічного навантаження, не пов'язаний із репресованим конфліктогенним психологічним матеріалом. Він є

примітивною, довербальною спробою психічного відновити порушену цілісність Я, компенсувати брак почуття его-ідентичності[5].

Фізичне самопочуття та здоров'я стоять в тісному зв'язку з успіхом наших зусиль з самореалізації. Якщо в цьому сенсі ми говоримо про "психосоматики зрілої людини", мається на увазі не певний синдром, що позначається як психосоматичний, а різноманітні форми вияву соматичної патології у осіб зрілого віку перед обличчям кризових ситуацій, які несе з собою старіння[67].

Хворіють в основному жінки середнього та похилого віку, які пережили втрату близьких людей, у котрих є міжособистісні конфлікти, проблеми шлюбу та особистого авторитету. Провокуючим чинником може стати непоступливість раніше слухняного чоловіка, розчарування в чоловікові, в котрого багато вложено, нав'язування хворий жіночої ролі, народження дитини, дитячі ревності до брата чи сестри [60].

Хвороба призводить до втрати або зниження здатності до активної професійної діяльності, емоційної та соціальної ізоляції, зниження самооцінки, неадекватного подолання агресії, розвитку дисфорії і різних фобій, підвищення тривожності, сексуальних проблем. По мірі перебігу хвороби наростає конфлікт між автономією та залежністю. Оскільки багато хворих до початку захворювання відрізняються підвищеною рухливістю, вони насилу стримують свій гнів з приводу її зниження, що ще більше підсилює скутість суглобів. Хворі довго відмовляються від допомоги, часто змінюють лікарів, а потім ніби безмовно змиряються зі своїм стражданням[62].

При ревматичних ураженнях тканин в психічному стані виразно виражені переживання страху і депресії. Хворі мало схильні до гіперкомпенсованої поведінки. Їх латентні чи явні бажання, турботи і тенденції до залежності яскраво виражені, чітко визначається схильність до самопожертви і залежності. За симптомами може стояти ларвірована (прихована) депресія, коли хворі одночасно скаржаться на порушення спонукань і пригніченість. Цей діагноз стає більш імовірним за наявності

порушень сну, серцебиття, тахікардії і симптомів з боку шлунково-кишкового тракту. Впадає в очі застигла і перебільшена життєва позиція хворого. Вони часто демонструють підвищений самоконтроль і прагнення до перфекціонізму. Вони не можуть дозволити собі здорових агресивних імпульсів, розчарування і образу вони намагаються компенсувати внутрішньої стійкістю. Характерною для них є тенденція до самопожертви і перебільшеною готовності допомогти, яка проявляється не спонтанно, а за внутрішнім примусом. Зазвичай вони справляють враження «злої покори» або «велелюбної тиранії».

Блоковані агресивні імпульси хворих виражаються в підвищеному м'язовому напруженні і, нарешті, в локалізованих або генералізованих болях. Дані про локалізацію болю можуть змінюватися від обстеження до обстеження. Впадає в очі, що болі дуже швидко знижуються при зменшенні психічної навантаженні хворого[40].

Wweck (1971) описує такого пацієнта як людину, яка після маніфестації захворювання схильна до залежності і розвиває сильні потреби до віддачі під чийось опіку і бажання турботи. Часто розвивається невротична симптоматика, в особливості стан страху, депресії та психосоматичні симптоми у формі функціональних кардинальних, шлункових розладів, головного болю, астеничних картин[39].

Пацієнти бажають, з одного боку, залишатися пасивними і залежними від психотерапевта, з іншого ж боку, не дивлячись на фасадну готовність розкритися, недовірливі і схильні до відкинення. Описано конфлікт між самопожертвою і стабільністю, жертвовністю і егоїзмом, лагідністю та агресивністю. Емоційні стани, перш за все страх і депресія, витісняються менше. Таких хворих можна порівнювати з боксерами перед ударом гонгу, з бігунами перед стартом, коли готовність довго не реалізується. При схильності до самопожертви і залежності часто можна виявити наявність рентних установок[45],[72].

Ситуацію, що супроводжує хворобу, описують частково як таку, що викликає мобілізацію всього тіла, особливо при агресивних імпульсах. Grace, Graham (1952) описали у хворих з болями в спині наявність складної ситуації, що супроводжується яскравими уявленнями про ходьбі і втечу. « Мені більше за все хотілося б утекти з дому»; «Я хотів би тікати звідси»;» « Я хотів би піти геть»; «Я відчуваю себе так, ніби відлітаю назавжди».

Серед особливостей особистості цих хворих відзначаються тенденція до вторинної вигоди, потреба в жалобі, більш-менш відкрите бажання непрацездатності. Нерідко спостерігається розрив між об'єктивними даними та суб'єктивними бажаннями. У всякому разі, сумісний вплив невротичних-тенденційних мотивів виражено значно більше, ніж при хронічному суглобовому ревматизмі.

У психодинамічному плані відзначаються амбівалентний конфлікт між стороннім пануванням і самопануванням і в той же час наявна послужлива і жертвне поведінка. З цієї амбівалентності і хронічно загальмованої агресивності і відбувається підвищення м'язового тону у в типових місцях, частіше всього в області шийних і поперекових хребців[69].

Зовні слухняні, скромні й несамотійні хворі зазвичай шляхом пасивного ухилення уникають прямого протистояння, конфронтації з психотерапевтом. Вони не прагнуть до терапевтичних контактам, посилаючись на несерйозність захворювання, заперечують будь-яку необхідність якого-небудь соматичного або психологічного лікування. Хворих важко утримати на лікуванні, вони не підтримують контактів, дають психотерапевта зрозуміти, що занадто пильна увага до їх хвороби не отримає визнання. При остеохондрозі психічний конфлікт може бути недоступний хворим, він представлений мовою органів[76].

Weintraub (1969, 1973) намагався дати власне визначення значення кожного відділу хребетного стовпа.

Шийний відділ несе голову людини. Положення людської голови філогенетично встановилося з його прямоходіння. Ми говоримо, що людина

стверджує себе, якщо він «Не схиляє голови» перед труднощам і перешкодами. Це самоствердження не веде до цервікального синдрому до тих пір, поки здійснюється в межах психологічної норми. До цього синдрому можуть вести такі фактори, як неадекватні установки, при яких самоствердження перестає бути егосінтонним та / або потребує постійної додаткової вольової напруги з впертими спробами досягти одного разу поставленої мети[79],[81].

Грудний відділ. Зовсім іншим є психосоматичне значення середнього відділу хребта, який без анатомічно точного відмежування можна співвіднести з грудним відділом. Цей відділ найсильнішим і найбільш зримим чином відображає настрій людини. Печаль, відчай, втрата мужності змушують людину зігнутися, вони характеризуються його зігнутою спиною. Виникаючі при цьому хворобливі м'язові напруги неправомірно часто витлумачуються як локальні процеси неясного генезу, як «Ревматичні». Сутулість підлітків у багатьох випадках являє собою результат внутрішньої установки, що виникла внаслідок того, що вони не в змозі відповідати зовнішнім і внутрішнім вимогам, що пред'являються життям до духовно не дозрілого тілу. « Ці юнаки не доросли до своєї дорослості» (Weintraub, 1969).

Поперековий відділ. Хронічні болі в поперековому відділі часто є виразом психічного обтяження. Ми зустрічаємося з ними перш за все у жінок, які компенсують невпевненість у собі, у своєму відповідно сімейним або професійним вимогам перебільшено прямою постави, але також і у жінок, що залишили свій опір і пригнічені вантажем повсякденних турбот[37].

Хронічні болі в поперековому відділі можуть також бути вираженням фрустрації. Вони пов'язані насамперед з нереалізованими очікуваннями, зверненими до міжособистісних відносин, і з витікаючи з цього станом незадоволеності. У чоловіків вони нерідко являють собою неусвідомлену демонстрацію невдачі будь то в професії або в реалізації своїх чоловічих функцій.

При ревматоїдному артриті впадає в очі терпимість і невибагливість хворих. Їх терпляча невибагливість знаходиться в протиріччі з об'єктивними даними про захворювання. Пацієнти характеризуються як тихі, малопомітні люди. Їх відрізняє старанність і сумлінність. Майбутні пацієнти приділяють вкрай мало уваги своїй тілесності, відрізняючись бідним самосприйняття і зредукованим самопізнанням. Їх терплячість, ймовірно, відповідає внутрішній забороні на відкрите вираження залишкових агресивних спонукань[2],[3].

Хворі на ревматоїдний артрит зазнають великих труднощів у придушенні своїх ворожо-агресивних імпульсів, однак спроба вирішити ці імпульси протікає у них інакше і являє собою комбінацію самоконтролю і «благодійної» тиранії над іншими. Матері, які страждають на ревматоїдний артрит, схильні суворо контролювати майже всі рухові прояви у своїх дітей. Багато хто з них випробував в дитинстві подібний материнській вплив, маючи таких же владних матерів[39].

Специфіка «ревматичної особистості» полягає в нарощуванні самообмеження в життєвих відносинах, у власному Я, у власному тілі і в комунікативній сфері, в тому числі в соціальній поведінці. Сказане можна віднести і до рухових агресивних імпульсів, які, починаючи з раннього дитинства, описують як проблемну сферу. В цілому можна говорити про невдале врівноваження полюсів м'якості і жорсткості. Зазвичай тенденція до м'якості пригнічується посиленням моторної напруженості, м'язовими діями, у жінок. Шляхом напруги і жертвності набувається право змішувати прагнення до панування і мазохістську самопожертву. Відзначено перевага занять на свіжому повітрі і силових видів спорту, тенденція до придушення спонтанного вираження почуттів, до їх стримування. Ця характеристика застосовна в першу чергу до жінок, які в психосоматичних спостереженнях з вивчення ревматизму найчастіше виявляють контрастні або суперечливі показники[30],[31].

У всіх хворих на ревматоїдний артрит з достатньою постійністю зустрічаються три риси характеру:



1. Стійкі прояви сверхсовестливості, обов'язковості та зовнішньої поступливості, які поєднуються зі схильністю до придушення всіх агресивних і ворожих імпульсів, таких, як злість чи лють.

2. Мазохістський-депресивні прояви з сильною потребою до самопожертви і надмірним прагненням до надання допомоги, які поєднуються зі схильністю до депресивних розладів настрою.

3. Виражена потреба у фізичній активності до розвитку захворювання (професійний спорт, інтенсивна робота по дому, в саду і т. д.).

Ці три особливості характеру представляються при ревматоїдному артриті як щось застигле і перебільшене; вони негнучкі і не пристосовані до вимог середовища. З психодинамічних позицій це характерологічних-невротична переробка конфлікту в сфері агресивності й честолюбства[20].

Вищезазначені риси характеру є, крім того, гіперкомпенсаторними захисними заходами проти основоположного конфлікту. Сверхсовестливість, відмова від вираження своїх почуттів і жертвність створюють захисний бар'єр для можливого прориву агресивних імпульсів і дозволяють позбутися ворожих почуттів. Нав'язливі і депресивно-мазохістський прояви розцінюються як захисні структури проти деструктивного переживання сваволі. Часто описуються своєрідна терпимість, смиренність з долею, жвавість, незважаючи на обмежену рухливість і біль, що за психоаналітичним поглядом має двоїсте тлумачення. Хворі совісні, витримані, відповідальні.

Хворі з первинним хронічним поліартритом це навчені досвідом пацієнти, з якими буває мало клопоту, хоча саме у подібних хворих слід було б очікувати найбільших труднощів. Вони скромні й невибагливі, часто до байдужості. Вони майже ніколи не бувають явно депресивні, хоча доля обмежує можливості їх діяльності; не впадають у відчай або злість. Їх терплячість і помірність знаходяться в різкому протиріччі з тією катастрофою, яка відбувається в їхній долі. Врівноваженість, скромність і невимогливість є результатом того, що ці хворі не повною мірою оцінюють всі симптоми хвороби і тяжкість її наслідків. Хворі сприймають свої деформовані руки не

стільки як хвору частину тіла, скільки як прикру перешкоду. Всупереч очікуванням, хворі руки не виключаються зі схеми тіла; пацієнти їх не щадять, не ізолюють, а сприймають як цілком придатні для вживання органи і використовують їх відповідним чином. Їхній світ самосприйняття виявляє певну обмеженість, обумовлену редукцією їх свідомості на своїй тілесній сфері. Скрамність є своєрідним способом втечі від правди[38].

Більша частина хворих з первинним хронічним поліартритом до хвороби були особливо активними і діяльними. Примітна їх невтомність в турботі про близьких. Це люди, які допомагають в нужді й роками можуть виконувати роль помічника без будь-якої пози, безоплатно і без претензій на подяку. Це безкорисливість служіння та невтомності, а згодом (після захворювання) безкорисливість невимогливість і скромності. Обидві якості «псевдоальтруїстичний аскетизм і терпляче-покірливе самозречення» виходять з однієї і тієї ж структурної ознаки. Багато хто, якщо не всі хворі з хронічним поліартритом, виявляють ці ознаки. Значні дослідження Cobb (1959, 1962) про внутрішньо сімейний вплив на хронічний поліартрит показали наступне: у пацієток часто була холодна, претензійна і авторитарна мати і слабкий, придушений матір'ю батько. З дитинства у пацієток відзначається почуття страху перед матір'ю і залежності від неї, що супроводжується сильно пригніченим прагненням до бунту. Звикла з ранньої юності володіти своїми почуттями, пацієнтка схильна до того, щоб тиранити оточуючих, починаючи з чоловіка, якого вона, як і мати, вишукує серед слабких і послужливих чоловіків, кінчаючи дітьми, по відношенню до яких вона веде себе надзвичайно суворо. Сімейний анамнез чоловічих пацієнтів дає ті ж дані з відповідною зміною статевих ролей[46],[49].

### **1.3. Взаємозв'язок психологічних та соматичних проблем у людей зрілого віку**

Психосоматичні захворювання виникають в другій половині життя

частіше, ніж у першій. Це відбувається з різних причин. З одного боку, збільшується психіатрична навантаження з одночасним зниженням здатності компенсувати внутрішній стрес підвищенням продуктивності та іншими формами захисту. З іншого боку, літні хворі схильні до того, щоб замість невротичних симптомів або функціональних синдромів маніфестував психосоматичними захворюваннями[55].

Muller пояснює це тим, що "у розпорядженні літньої людини як правило є обумовлена зносом організму соматична патологія, в яку може укладатися психічна проблематика". Завдяки цьому в зрілому віці психосоматичні захворювання втрачають свою відносну спеціальність, бо тут не доводиться створювати типовий психосоматичний синдром як би з нічого.

Є відомості про збільшення дерматозів в старості. У людей похилого часто можна спостерігати зростання випадків хронічного гастриту, спастичного коліту та запорів. Вони також суб'єктивно більше стурбовані функціями свого травлення. Busse позначає цей типово вікової феномен як "орально-анальних регресію"[38].

Часті скарги на болі в області голови і хребта. Особливо характерним є залучення верхнього, психосоматичного відділу хребта. Цим хворим здебільшого важко впоратися зі своїми внутрішніми проблемами. Перед лицем фруструючих ситуацій та нарцисичної образ вони реагують спрямованої всередину агресією, яка може мати соматичні наслідки[60].

Чоловіки сильно страждають, особливо у великих містах, від функціональних серцевих захворювань. Багато що говорить на користь того, що у людей похилого віку часто спостерігається гіпертонія і ревматична патологія зумовлена не тільки зносом організму, але і спрямованою всередину агресією.

Переїдання - з можливим зв'язком з віковим діабетом - і зловживання алкоголем відносяться до саморуйнуючих дій і звичок перед гострим зламом життєвої лінії[71].

Така, переважно психічно зумовлена, симптоматика в літньому віці значимо корелює з прихованим почуттям страху в разі труднощі адаптації. Часто органі порушення є виразом ларвірованої депресії. Депресивний клімактеричний синдром проявляється також в основному в ларвірованої формі.

Симптоми вирішальним чином посилюються перед зворотним розвитком життя. Найвищий ризик у ці роки пов'язаний з недоліком комунікативного резонансу. Подружжю загрожує відчуження, коли "придбаний комплекс диванів з подушками, створено телевізійний вівтар, пройшло новосілля у власному будинку, не існує вже скільки-небудь значимої зовнішньої мети, для якої пара жила б і яка могла би цементувати і структурувати її життя"[40].

При відчуженні подружжя один від одного маленькі симптоми часто набувають неправомірну важливість, як якщо б пацієнтам потрібно захворіти, щоб знайти більш тісний контакт один з одним. Жінки при цьому особливо часто скаржаться на загальну стомлюваність без дефіциту заліза і калію.

Якщо хворий не в змозі інтегрувати зрілість у своє життя, його тіло дасть йому знати про це. Якщо хворий намагається вислизнути від страждання, що завдається йому старістю, заперечує або витісняє його, тим самим він буде страждати своїм тілом. Пацієнт як би вимикає себе як особистість і пластично говорить своїм тілом. Це безмовне страждання. Його конфлікт залишається анонімним. "Це не я хворий, а моє тіло", - говорить він своєму лікарю[41].

У другій половині життя кожна людина виявляє, що його фізична продуктивність знижується. Погіршуються зір і слух, постарілий зауважує, що при підйомі на сходи і швидкої ходьбі задишка з'являється раніше, ніж у молодості. Чоловіків турбують часто порушення потенції, жінок - прояви клімаксу. Коротше, людина хоч і знає тепер, у другій половині життя, багато чого з того, чого ще не знав у молодості, але також і не може вже багато чого, принаймні, так добре, як міг раніше. Якщо раніше невдачі та пов'язані з ними

дісфоричні стани компенсувалися збільшенням активності і продуктивністю, то тепер помітно, що власні компенсаторні можливості стали обмеженими[35].

Внутрішня психологічна конфліктність як пусковий фактор, передумови психосоматичних розладів була предметом багатьох досліджень. Генез особистісного конфлікту пов'язували із фрустрованою потребою в залежності, незадоволеною емоційною прихильністю та компенсаторним лідерством у соціальних відносинах, протиріччям між особистісними прагненнями та можливостями, «патологічним стереотипом емоційного реагування», що є наслідком ранньої емоційної депривації, викривленням статтеворолевої поведінки, дисбалансом «статтеворолевої структури», що проявляється як протиріччя між «маскулінним фасадом та внутрішньою фемінністю»[2],[7],[17].

Завдання даної роботи полягає не просто у виявленні та описі інтрапсихічного конфлікту особливого типу у людей з розладами опорно-рухового апарату, а у визначенні зв'язку психологічної конфліктності із особливостями структури особистості. Яким чином наявність протилежних особистісних тенденцій відбивається на структурі особистості хворих на розлади опорно-рухового апарату? В чому відмінність складових структури від такої, що є типовою з точки зору факторних моделей особистості?

Життєві події («Life events», як, наприклад, зміни у професійній діяльності, переселення, чиясь смерть тощо) і мікротравми (події, що накопичуються як, наприклад, непунктуальність партнера, запізнення поїзда, ненадійність і несправедливість співробітника) поєднуються в особистості однієї людини в їх фізичному, соціальному і духовному вимірах. У цьому поєднанні зовнішніх перевантажень і особистісно детермінованих можливостей і здібностей для переробки цієї напруги виникає актуальне конфлікт[51].

В цих подіях бере участь весь організм, особливо гормональна та вегетативна нервова система. У емоційних процесах задіяні як центральні (таламус, лімбічна система, структури активації та винагороди), так і

периферичні структури (катехоламіни, гормони кори надниркових залоз, вегетативна нервова система). Нейропептиди (наприклад, гормони гіпофіза і гіпоталамічні пептиди), які продукують ендокринними клітинами та ендокринними залозами гормони у вузькому сенсі слова, а також продукують центральними і периферичними нейронами медіатори використовуються як сигнальні речовини. Так можуть виникати функціональні порушення і так звані «Locus minoris resistentiae». Процеси обміну між різними стадіями цієї моделі повинні представлятися динамічними і функціонувати при зворотнім зв'язку, котрий може впливати, як індукуючи конфлікт, так і редуціюючи його. Наприклад, така саморегулююча система може посилювати вплив мікротравм на суб'єктивні кордони перевантажень (невротичні нав'язливості). З іншого боку, система постійного зворотного зв'язку визначає можливість терапевтичного впливу [60].

Наше суспільство різко ускладнює немолодим людям пошук нових завдань. Старіюча людина, яка раптом бачить себе протиставленою молодим, що не розуміють або відкидають його і його ціннісні орієнтації, має труднощі контакті з "молодим поколінням", до якого сам ще недавно ставився, і стоїть перед одним з найважчих навчальних процесів в житті: він повинен справитися зі своїм власним старінням. У наявних суспільних умовах це означає також, що він повинен дистанціюватися від уявлення про те, що старіння є "спуск від цінності до марності" або "початок дефіцитарного процесу"[58].

Зниження здатності до експансії і продуктивності у зрілої людини супроводжує збільшення життєвого досвіду. Ці якості, проте, мало значать у суспільстві, в якому життєві умови змінюються все швидше, що підносить динамічність, еластичність і пристосовність в ранг кумирів з-за чого необхідність пошуку нового зростає паралельно знеціненню минулого досвіду.

В особливій небезпеці знаходяться ті, хто ідентифікує себе з боргом і роботою. Ця установка залишає мало простору для індивідуального

дозрівання. Якщо чужі професії інтереси залишилися незначними, втрата ролей і функції може вести також і до втрати сенсу життя. Професійному формування сильного "професійного Я" відповідає втрата ідентичності до часу закінчення професійної діяльності[52].

Це ще більшою мірою стосується до хворих, які внаслідок відчуття порожнечі свого існування надмірно ідентифікують себе з роботою аж до настання трудоголізму.

Коли фрустрації та депресивні реакції компенсуються за допомогою соціального успіху і роботи, позбавлення цих компенсаторних можливостей повинно мати негативні наслідки. Навіть раптове припинення тривалої стресової ситуації може сприйматися як стрес, що за рівнем перевершує колишній тривалий стрес. Вирішальним моментом для краху деяких хворих після закінчення професійної діяльності є те, що з втратою професійних завдань втрачається надія на наповнену глиздом життя[58].

У цьому зв'язку можна нагадати про досвід військовополонених і в'язнів концтаборів: вони жили в нелюдських умовах, інколи лише надією на звільнення і повернення додому. Відомі випадки, коли в'язні роками жили в таборі, але вмирали протягом декількох днів після звільнення, дізнавшись про смерть дружини або втрати сім'ї. Ці долі особливо наочно демонструють, наскільки патогенним може виявитися крах надій і безцільність життя.

Занадто часто погляд у минуле показує, що життя було, може бути, і наповнене, але таке, що не принесло бажаних і відчутних результатів; що не людина управляла своїм життям, а життя командувало ним; що не вдалося повністю розкрити себе і свої первісні таланти.

## Висновки до першого розділу

У першому розділі «Розлади опорно-рухового апарату у людей зрілого віку» розглянуто проблеми психосоматичних дисфункцій у людей зрілого віку взагалі та розладів опорно-рухового апарату, що відносяться до психосоматичних. Досліджені психологічні особливості людей з розладами опорно-рухового апарату у зрілому віці.

Виявлено:

1) Зрілий дорослий вік пов'язаний з великим ризиком виникнення стресу — стану організму, що виникає у відповідь на дію несприятливих зовнішніх чи внутрішніх факторів, його глибина та сила залежать від того, наскільки болісно сприймає конкретна людина такі події.; в зрілому віці з одного боку, збільшується психіатричне навантаження, з іншого боку, літні хворі схильні до того, щоб замість невротичних симптомів або функціональних синдромів маніфестувати психосоматичні захворювання,

2) Фізичне самопочуття та здоров'я стоять в тісному зв'язку з успіхом наших зусиль з самореалізації. Якщо в цьому сенсі ми говоримо про "психосоматики зрілої людини", мається на увазі не певний синдром, що позначається як психосоматичний, а різноманітні форми вияву соматичної патології у осіб зрілого віку перед обличчям кризових ситуацій, які несе з собою старіння. Під терміном психосоматичних розладів опорно-рухового апарату об'єднуються патологічні картини, загальною характеристикою і провідним симптомом яких є болі в опорно-руховому апараті, розрізняють три головні групи: запальні процеси суглобів та хребта, дегенеративні захворювання суглобів та хребта та ревматичні ураження м'яких тканин;

3) Психосоматичний симптом розуміють як захисну психічну реакцію, спрямовану на підтримку інтеграції Я, запобігання його розпаду або фрагменталізації. Недостатньо стабільний психологічний базис автономності, слабкість інтеграційних механізмів особистості призводять до того, що ситуацію стресу індивід сприймає як загрозу своїй психологічній цілісності.



Його психологічних ресурсів та навичок виявляється недостатньо для психічної переробки стресу, емоційного відреагування, приведення в дію механізмів психологічного захисту та опанування ситуацією. Небезпека серйозного психічного зриву, психотичного розладу відвертається виникненням психосоматичних симптомів.

## **РОЗДІЛ 2 СТРУКТУРА ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ЛЮДЕЙ ЗРІЛОГО ВІКУ З РІЗНИМИ ТИПАМИ РОЗЛАДІВ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ**

### **2.1. Структура дослідження психологічних особливостей та взаємозв'язку їх з типами порушень опорно-рухового апарату людей зрілого віку**

Проведені дослідження на рівні теоретичного осмислення проблеми вивчення психологічних особливостей людей зрілого віку з порушеннями опорно-рухового апарату та зроблені нами висновки дозволили приступити до проведення експериментальної роботи по вивченню взаємозв'язку психологічних особливостей та типу порушень опорно-рухового апарату людей зрілого віку.

Експериментальною базою виступив реабілітаційний центр Інституту патології хребта та суглобів ім. професора М.І.Ситенка. Хворі були обстежені клініко-рентгенологічними та лабораторними методами. Для вивчення загального стану пацієнта планується використовувати загальноприйняті методи: огляд, лабораторні та інструментальні дослідження.

Докладно опишімо групи піддослідних.

Для дослідження було обрано 4 категорії людей, що зверталися до реабілітаційного центру: з розладами шийного, грудного, попереково-крижового відділу хребта та ревматоїдним артритом.

У дослідженні приймали участь 40 осіб.

Діагнози пацієнтів були поставлені на підставі обстежень в реабілітаційному центрі. У 50% пацієнтів спостерігається стабільні порушення в шийно-грудному відділі, в поперековому відділі — у 45%, ревматоїдний артрит — у 5%. Серед них чоловіків — 18 осіб; жінок — 22 особи. З порушеннями шийного відділу — 14 осіб (всі жінки), грудного відділу — 3 чоловіка, 3 жінки, попереково-крижового — 18 осіб (14 чоловіків, 4

жінки), з ревматоїдним артритом — 2 особи (чоловік та жінка). Тривалість соматичного порушення опорно-рухового апарату становила від півроку до 25 років. У більшості випадків серед суб'єктів спостерігаються сполучувані порушення артеріального тиску (85%), шлунковими розладами (55%) та серцево-судинними порушеннями (42%).

Переважає більшість випробуваних (85%) мають вищу освіту, дані особи займаються розумовою працею. 10% — мають середню або незакінчену вищу освіту. 5% — є співробітниками торговельних організацій та службовцями держструктур.

Відповідно до завдання дослідження випробувані поділено на контрольну (КГ) та експериментальну групу (ЕГ) по 20 осіб в кожній. У результаті аналізу обстеження встановлено, що для обох досліджуваних груп суб'єктів властиві однакові первинні одиниці соматичних порушень.

До контрольної групи увійшли особи, що зверталися до лікаря протягом одного року, та отримували традиційне лікування. З випробуваними цієї групи ніяких додаткових корекційних занять не плануємо проводити.

В експериментальну групу увійшли особи, які спостерігалися лікарем протягом 1 року і з якими плануємо проводити спеціально організовану корекційну роботу за допомогою гештальт-методів з урахуванням індивідуально-типологічних особливостей.

Контрольна група: чоловіки – 12 осіб; жінки – 8 осіб. Загалом - 20 осіб.  
Експериментальна група: чоловіки – 6 осіб; жінки – 14 осіб. Загалом – 20 осіб.

У констатуючому експерименті за результатами якого, відповідно висновкам комплексного обстеження та поставленого діагнозу, хворі умовно поділені на 4 групи: з порушеннями шийного відділу; грудного, попереково-крижового та з ревматоїдним артритом для більш детального вивчення психологічного й соматичного станів.

Далі плануємо провести тестування, з метою виявити психологічні особливості людей зрілого віку з розладами опорно-рухового апарату в звичайних умовах.

З піддослідними було проведено психологічне дослідження за допомогою наступних методів:

-«Шістнадцятифакторний особистісний опитувальник» Кеттелла (16 PF);

-«Фрайбургський особистісний опитувальник» (FPI).

За одержаними результатами зробимо спробу виявити взаємозв'язок.



Рис.2.1. Схема дослідження

Перший етап. Обираємо групу піддослідних які мають вади стосовно руху, тобто з різними типами порушень опорно-рухового апарату. Для цього використовуємо методи роботи, огляд опит та робота з «історію хвороб».

Проводимо тестування за допомогою двох методик, та визначаємо психологічні особливості піддослідних. Тобто вивчимо психологічні особливості людей зрілого віку з розладами опорно-рухового апарату в звичайних умовах. Визначимо рівень особливостей: низький, середній, високий, визначимо індивідуально-психологічних особливостей особистості піддослідних.

Потім поділяємо їх на чотири групи. За допомогою методів математичної статистики виявляємо чи є особливості психологічні особливості людей зрілого віку з розладами опорно-рухового апарату в звичайних умовах, за допомогою коефіцієнта Пірсона.

2 етап. Проводимо корекційну роботу з експериментальною групою за методами гештальта-терапії.

Потім повторимо тестування групою експериментальною та групою контрольною й за робимо розрахунки одержаних результатів та порівнюємо за допомогою Т критерію Вілкоксона. Цими діями ми вирішуємо наше 5 завдання: визначити різницю динаміки психологічних особливостей людей зрілого віку з розладами опорно-рухового апарату в звичайних умовах та в умовах психологічного впливу; провести порівняльний аналіз.

## **2.2.Методи дослідження психологічних особливостей та взаємозв'язку їх з типами порушень опорно-рухового апарату людей зрілого віку**

Для проведення експериментальної частини дослідження був складений набір методик адекватний цілям та методам роботи- визначенню психологічних особливостей та взаємозв'язку їх з типами порушень опорно-

рухового апарату людей зрілого віку. Включення в методологічний апарат дослідження конкретних тестів відбувалося на основі наступних критеріїв:

- обґрунтованість методу;
- висока валідність;
- відповідність цілям та завданням дослідження

З піддослідними було проведено психологічне дослідження за допомогою наступних методів:

- «Шістнадцятифакторний особистісний опитувальник» Кеттелла (16PF);
- «Фрайбургський особистісний опитувальник» (FPI)

Результати застосування «Шістнадцятифакторного особистісного опитувальника» Кеттелла (16 PF) дозволяють визначити психологічну своєрідність основних підструктур темпераменту і характеру. Причому кожен фактор містить не тільки якісну і кількісну оцінку внутрішньої природи людини, а й включає в себе її характеристику з боку міжособистісних відносин.

Це - загальний рівень інтелекту; - рівень розвитку уяви; - сприйнятливність до нового радикалізму. - емоційна стійкість; - ступінь тривожності; - наявність внутрішньої напруги; - рівень розвитку самоконтролю; - ступінь соціальної нормуваності і організованості; - відкритість або замкнутість; - сміливість; - відношення до людей; - ступінь домінування; - залежність від групи; - динамічність.

Опитувальник FPI містить 12 шкал за допомогою яких можна:

- визначити рівень невротизації особистості, високий рівень відповідає вираженому невротичному синдрому астеничного типу із значними психосоматичними порушеннями.

- виявити і оцінити психопатизації інтротенсивного типу, високі оцінки свідчать про підвищений рівень психопатизації, що створює передумови для імпульсивної поведінки;

- діагностувати ознаки, характерні для психопатологічного депресивного синдрому, високі оцінки відповідають наявності цих ознак в

емоційному стані, поведінці, у відносинах до себе і до соціального середовища.

- судити про емоційну стійкість. Високі оцінки свідчать про нестійкому емоційному стані зі схильністю до афективного реагування

- характеризувати як потенційні можливості, так і реальні прояви соціальної активності. Високі оцінки дозволяють говорити про наявність вираженої потреби в спілкуванні і постійній готовності до задоволення цієї потреби.

- дослідити стійкість до стресу. Високі оцінки свідчать про гарну захищеності до впливу стрес-факторів звичайних життєвих ситуацій, що базується на впевненості в собі, оптимістичність та активності

- виявити наявність ознак психопатизації екстратенсивного типу. Високі оцінки свідчать про високий рівень психопатизації, що характеризується агресивним ставленням до соціального оточення і вираженим прагненням до домінування.

- помітити схильність до стресового реагування на звичайні життєві ситуації, що протікають по пасивно-оборонного типу. Високі оцінки за шкалою відображають наявність тривожності, скутості, невпевненості, наслідком чого є труднощі в соціальних контактах.

- проаналізувати ставлення до соціального оточення і рівень самокритичності. Високі оцінки свідчать про прагнення до довірливо-відвертого взаємодії з оточуючими людьми при високому рівні самокритичності. Оцінки за даною шкалою можуть в тій чи іншій мірі сприяти аналізу щирості відповідей обстежуваного при роботі з даними опитувальником, що відповідає шкалами брехні інших опитувальників.

- визначити направленість особистості. Високі оцінки за шкалою відповідають вираженій екстравертірованості особистості, низькі - вираженою інтровертованості.

- діагностувати емоційну лабільність. Високі оцінки вказують на нестійкість емоційного стану, що виявляється в частих коливаннях настрою,



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

-судити про маскуленізм - фемінізм. Високі оцінки свідчать про протікання психічної діяльності переважно за чоловічим типом, низькі - по жіночому.

Таким чином за допомогою цих методик можливо зробити висновок щодо тотожності уявлень людини про себе самому собі, відмінність між Я реальним та Я соціальним, а також виявити внутрішній психологічний конфлікт який є пусковим фактором психосоматичних розладів.

## **Висновки до другого розділу**

У другому розділі «Структура та методи дослідження» розглянуто етапи емпіричного дослідження нашої роботи.

Визначено місце проведення дослідження, реабілітаційний центр Інституту патології хребта та суглобів ім. професора М.І.Ситенка.

Визначено вибірку піддослідних, описані групи за поставленим діагнозом опорно-рухового апарату та групу контрольну та експериментальну.

Обрани методи та методики за допомогою котрих ми плануємо вирішити поставлені завдання.

Згідно до цього обрано методи дослідження структури особистості та міжособистих взаємовідносин, що приводять до психосоматичних розладів опорно-рухового апарату у людей зрілого віку. Вони спрямовані на дослідження загального рівня інтелекту; рівня розвитку уяви; сприйнятливості до нового радикалізму; емоційної стійкості; ступіню тривожності; наявності внутрішньої напруги; рівню розвитку самоконтролю; ступіню соціальної нормированості і організованості; відкритості, замкнутості; сміливості; відношенню до людей; ступіню домінування - підлеглості; залежності від групи; динамічності; невротичності; агресивності; товариськості; врівноваженості; сором'язливості; відкритості; емоційній лабільності.

Враховуючи те, що літні хворі схильні до того, щоб замість невротичних симптомів або функціональних синдромів маніфестувати психосоматичні захворювання, обгрунтовані завдання і цілі корекційної програми з психологічними проблемами людей зрілого віку в яких порушення опорно-рухового апарату діагностуються як психосоматичні.

### **РОЗДІЛ 3 ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ЛЮДЕЙ ЗРІЛОГО ВІКУ З РОЗЛАДАМИ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ**

#### **3.1. Дослідження психологічних особливостей людей зрілого віку з розладами опорно-рухового апарату**

В експериментальній частині дослідження вибірка людей, що страждають від розладів опорно-рухового апарату різних форм склала 40 осіб, із них 18 чоловіків та 22 жінки. 20 осіб - хворі які відвідують групи психологічної допомоги. Хворі, з діагностованими порушеннями опорно-рухового апарату середньої тяжкості, ведуть в основному сидячий спосіб життя (вчителі, програмісти, офісні працівники). Проблемні міжособистісні стосунки та деформація комунікативних зв'язків у вигляді порушень статево-ролевих та соціально-статусних емоційних взаємовідносин були поширеними і значущими для пацієнтів з порушенням опорно-рухового апарату. Родинна дезадаптація, що проявлялась в мікрокліматі з домінуванням конфліктів, виробнича дезадаптація, що провокувалася деформацією комунікативних зв'язків у вигляді вимушеного надмірного (інтенсивного) спілкування протягом робочого дня. Ці особливості родинного та виробничого мікросоціуму пацієнтів формували стиль звичної комунікації та способу життя, що сприяли негативній динаміці стану здоров'я. Діагнози пацієнтів були поставлені на підставі обстежень в реабілітаційному центрі. У пацієнтів спостерігається стабільні порушення в шийному відділі у 35% хворих, в поперековому відділі - у 45%, у грудному відділі – 15%, ревматоїдний артрит - у 5%. Всім хворим в період проведення дослідження за показаннями проводили загальноприйнятту терапію.

На діаграмі 3.1. відображує розподіл властивостей особистості в залежності від типу порушень опорно-рухового апарату.

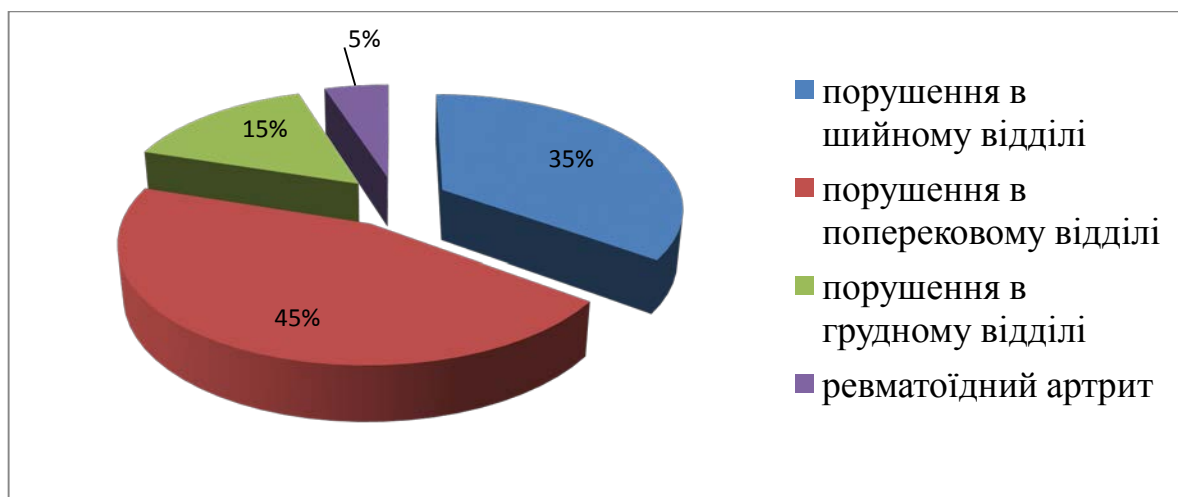
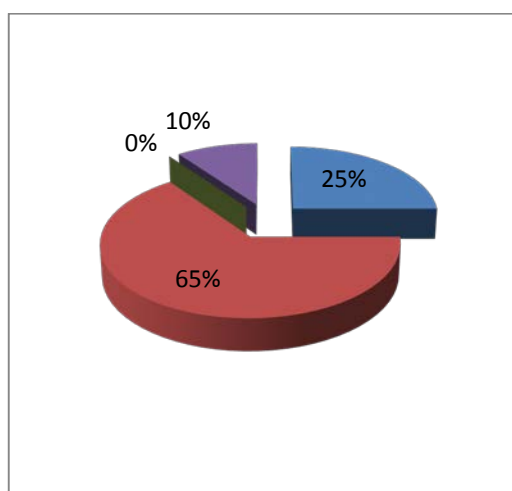
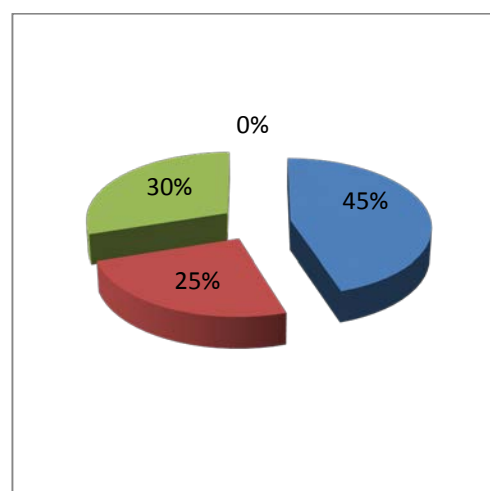


Рис.3.1 Загальний склад групи досліджених



КГ



ЕГ

Рис.3.2. Дольовий розподіл досліджуваних за типами розладів в експериментальній та контрольній групах

Як видно з наведених діаграм, контрольна та експериментальна група, нерівномірно розподіляється за типами порушень опорно-рухового апарату.

Неоднорідність спостерігається також за статевою ознакою, професійним та віковим складом.

Результати проведених обстежень було оброблено за допомогою методів математичної статистики. За даним кореляційного аналізу індивідуально-психологічні властивості в досліджуваних групах виявились значущими за 18 вимірними шкалами.

Для дослідження було виділено 10 стилів інтерперсональної поведінки і 8 індивідуально-психологічних особливостей особистості.

Таблиця 3.1.

**Результати порівняння показників індивідуально-психологічних властивостей досліджуваних груп за критерієм  $\chi^2$  Пірсона, при значимості  $p \leq 0,01$**

Показники методик	КГ+ЕГ	КГ1	ЕГ1.
16 PF (індивідуально-психологічні особливості особистості)			
А(Відкритість, замкнутість)	-12,2	-0,72	-6,34
С(Емоційна стабільність)	54,4	31,32	29,47
Е(Домінування, підлеглість)	41,3	25,79	21,29
Л(Підозрілість, довірливість)	50,8	30,74	25,01
О(Схильність до почуття провини)	58,9	32,95	30,87
Q1(Радикалізм, консерватизм)	44,6	27,03	22,96
Q2(Самостійність, залежність)	39,2	26,35	17,54
Q3(Самоконтроль, індеферентність)	60,9	33,60	33,06
FPI (стили інтерперсональної поведінки)			
II (Спонтанна агресивність)	43,5	18,95	29,71
III Депресивність	57,6	30,92	31,81
IV Дратівливість	59,6	32,28	32,47
V Товариськість	53,3	31,80	26,74
VI Врівноваженість	53,2	28,45	29,72
VII Реактивна агресивність	55	29,83	30,21
VIII Сором'язливість	49,5	24,49	29,99
IX Відкритість	62,3	33,26	34,29
XI Емоційна лабільність	56,3	30,85	30,45
XII Маскулінізм - фемінізм	26,3	18,29	14,17

КГ+ЕГ – всі піддослідні;

КГ1- контрольна група;

ЕГ1- експериментальна група

Як видно з таблиці, за всіма параметрами, крім «відкритості-замкнутості», відмінності в групах не являються статистично значущими. Це говорить про те, що контрольна та експериментальна група, незважаючи на нерівномірність розподілу за типами порушень опорно-рухового апарату, статевою ознакою, професійному та віковим складом статистично може вважатися однорідною.

Можна помітити, що в процентному відношенні, саме за критеріями, які були обрані за допомогою кореляційного аналізу спостерігаються високі рівні (див. Додаток А, Додаток Б).

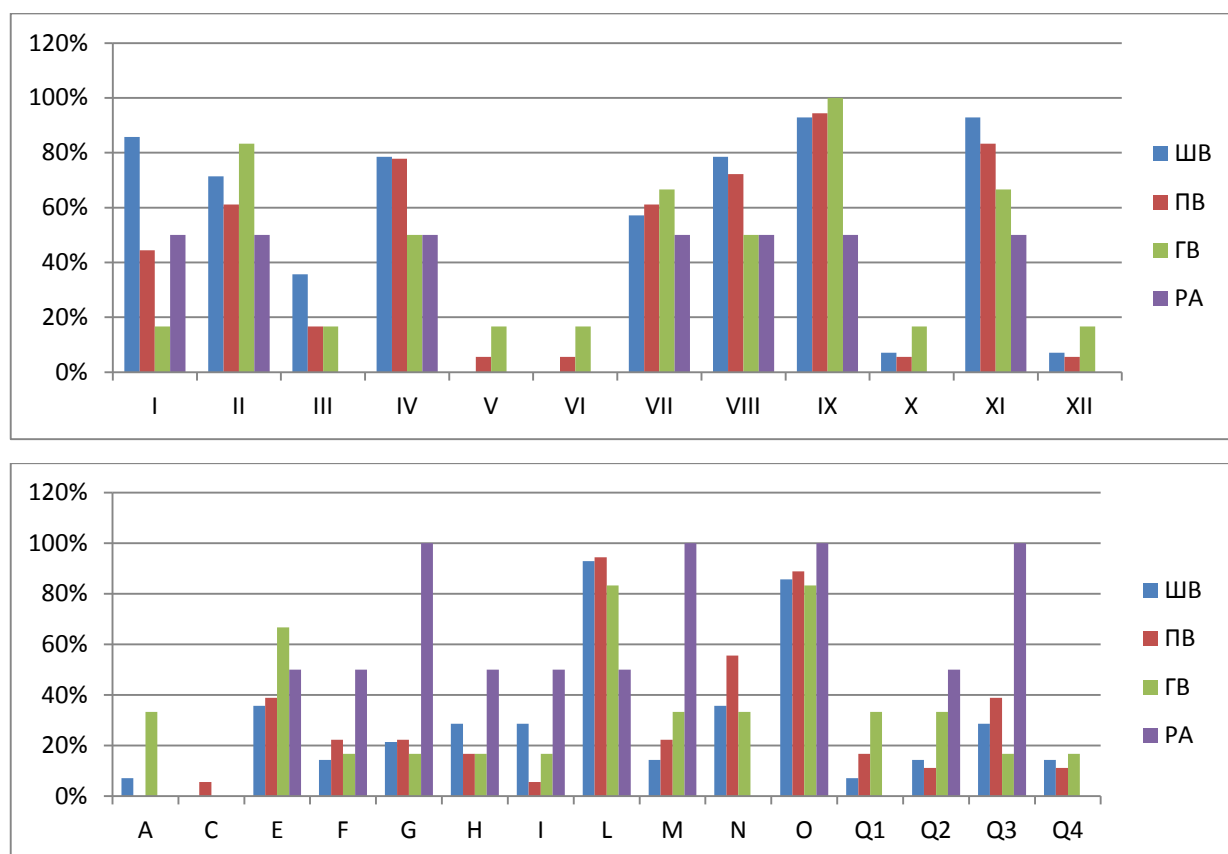


Рис.3.3. Розподіл параметрів з високим рівнем в групах досліджуваних з різними типами порушень (%)

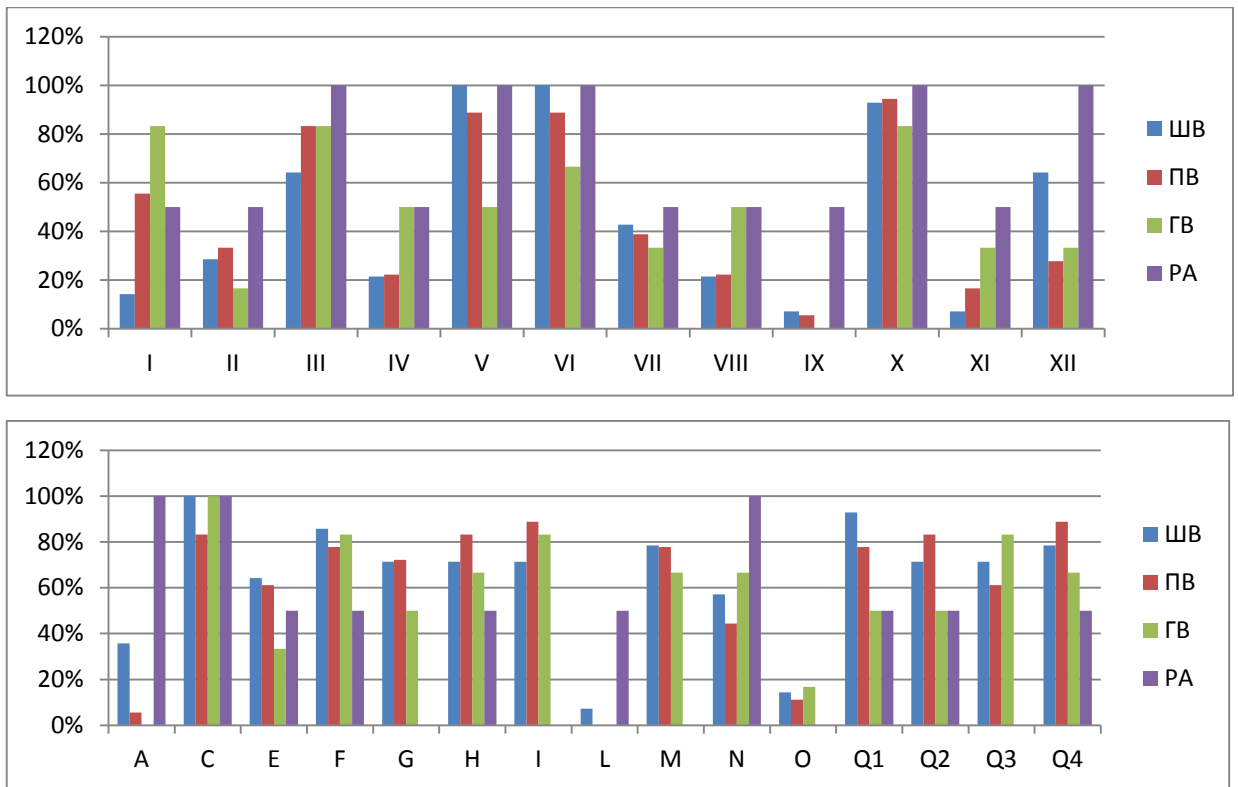


Рис.3.4. Розподіл параметрів з середнім рівнем в групах досліджуваних з різними типами порушень (%)

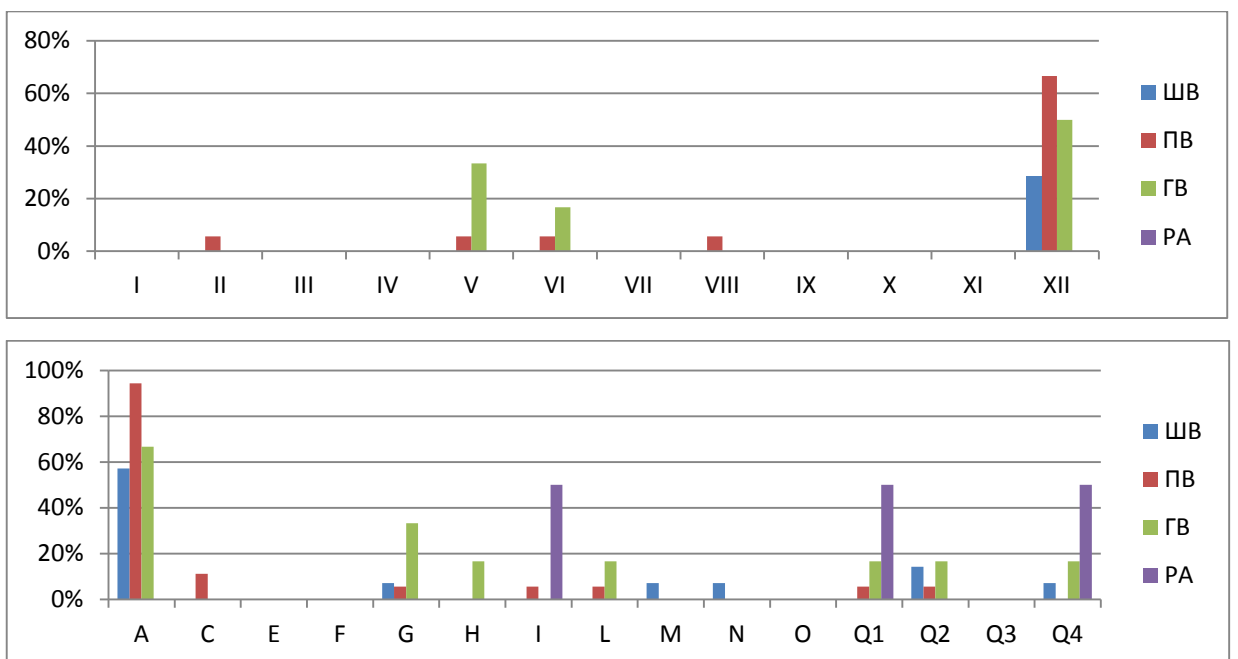


Рис.3.5. Розподіл параметрів з низьким рівнем в групах досліджуваних з різними типами порушень (%)

Як видно з таблиць та гістограм в групах з різними типами порушень опорно-рухового апарату спостерігається різне співвідношення високих і низьких рівнів параметрів індивідуально-психологічних особливостей

особистості. Це говорить про те, що для різних типів порушень опорно-рухового апарату існують різні якості особистості, що мають статистично значимий рівень.

### **3.2. Дослідження психологічних особливостей людей зрілого віку з розладами опорно-рухового апарату в умовах психологічного впливу**

До підготовчого етапу входило пояснення хворому цілей і завдань психотерапевтичного процесу. Після визначення проблеми з розладами опорно-рухового апарату хворі відвідували групи психологічної допомоги. Заняття в групі були спрямовані на створення у кожної людини відчуття себе як унікального та неповторного утворення.

Робота в групі була спрямована на зняття блокування і стимулювання процесу розвитку людини, реалізація його бажань за рахунок створення внутрішнього джерела опори й оптимізації процесів саморегуляції.

Основною метою роботи з учасниками групи було формування переконання, що здатність індивіда до саморегуляції нічим не може бути адекватно замінена. Тому особлива увага приділялась розвитку у пацієнта готовності приймати рішення і робити вибір. Ключовим аспектом терапевтичного процесу було усвідомлення і переживання контакту з самим собою та оточенням. Увага концентрувалась на тому, щоб допомогти пацієнтові в розширенні та збагаченні усвідомлення і здібності переживання свого контакту з навколишнім і внутрішнім світом. Багато уваги приділялось підвищенню свідомості різних установок і способів поведінки і мислення, які закріпилися в минулому, а також розкриттю їх значень і функцій в даний час.



Таблиця 3.4.

**Індивідуально-психологічні особливості особистості та стилі  
інтерперсональної поведінки в умовах психологічного впливу**

Показники методик	ЕГ1	ЕГ2.
16 PF (індивідуально-психологічні особливості особистості)		
А(Відкритість, замкнутість)	2,25	2,45
С(Емоційна стабільність)	3,75	3,94
Е(Домінування, підлеглість)	6,1	5,31
Л(Підозрілість, довірливість)	7,95	6,75
О(Схильність до почуття провини)	7,8	5,16
Q1(Радикалізм, консерватизм)	4,95	5,05
Q2(Самостійність, залежність)	4,75	4,81
Q3(Самоконтроль, індеферентність)	6,85	6,79
FPI (стилі інтерперсональної поведінки)		
II спонтанна агресивність	6,25	6,05
III депресивність	5,95	3,15
IV дратівливість	7,05	4,76
V товарицькість	3,95	3,93
VI врівноваженість	4,3	4,3
VII реактивна агресивність	6,25	3,93
VIII сором'язливість	7,8	7,3
IX відкритість	7,75	7,75
XI емоційна лабільність	7,25	6,98
XII маскулінізм - фемінізм	3,1	3,2

ЕГ1-експериментальна група 1-й замір

ЕГ2-експериментальна група 2-й замір

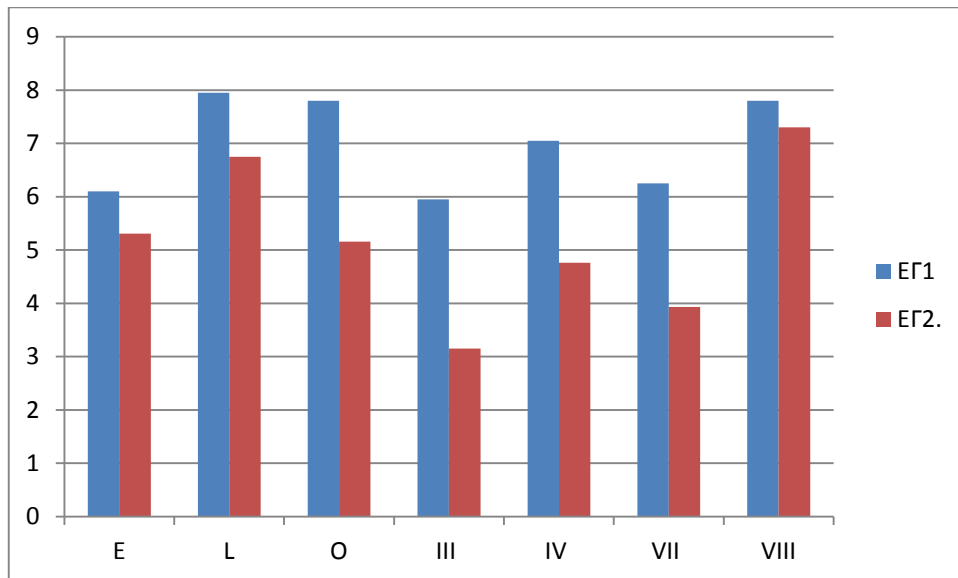


Рис.3.5. Динаміка показників в умовах психологічного впливу

За даними, підтвердженими результатами Т критерію Вілкоксона для зв'язаних вибірок, в експериментальних групах до (EG1) та після (EG2) застосування корекційної програми відмічено динаміку показників психометричного опитування в вигляді суттєвого зниження показників реактивної агресії (на 37,2%;  $p \leq 0,001$ ), схильності до почуття провини (на 33,8%;  $p \leq 0,01$ ), депресії (на 47,1%;  $p \leq 0,001$ ), непрямой агресії (на 32,4%;  $p \leq 0,001$ ), підозрливості (на 15,0%;  $p \leq 0,001$ ). Найменшу динаміку було зафіксовано за показником домінування (12,9%).

### 3.3. Корекційна програма певних психологічних особливостей людей зрілого віку з розладами опорно-рухового апарату.

Заключення лікарів, поставлені діагнози та отримані нами результати досліджень психологічних особливостей піддослідних (за тестами Кеттела та FPI), дають підставу для розглядання питання про корекцію певних психологічних особливостей людей зрілого віку з розладами опорно-рухового апарату. В якості методу нами було обрано метод гештальт-терапії (нім. Gestalt - форма, образ, структура), що традиційно розглядається як один з ефективних методів терапії в роботі з широким спектром інтрапсихичних і

міжособистісних конфліктів. Завдяки цілісному поглядіві на людину, що припускає єдність його психологічного, біологічного і соціального існування, її парадигма виявляється досить продуктивною для розуміння і терапії психосоматичних розладів.

Метою терапевтичної роботи було зняття блокування і стимулювання процесу розвитку людини, реалізація його можливостей і прагнень за рахунок створення внутрішнього джерела опори й оптимізації процесів саморегуляції.

Основним теоретичним принципом гештальт-терапії є переконання, що здатність індивіда до саморегуляції нічим не може бути адекватно замінена. Тому особлива увага приділялась розвитку у пацієнта готовності приймати рішення і робити вибір. Ключовим аспектом терапевтичного процесу було усвідомлення і переживання контакту з самим собою та оточенням. Увага концентрувалась на тому, щоб допомогти пацієнтові в розширенні та збагаченні усвідомлення і здібності переживання свого контакту з навколишнім і внутрішнім світом. Багато уваги приділялось підвищенню свідомістю різних установок і способів поведінки і мислення, які закріпилися в минулому, а також розкриттю їх значень і функцій в даний час.

В основі всіх порушень лежить обмеження здатності індивіда до підтримання оптимального рівноваги з середовищем, порушення процесу саморегуляції організму. Найбільш значущими для психотерапевтичної роботи в умовах клініки були наступні принципи гештальт-підходу:

1. Принцип цілісності - людина являє собою цілісний організм в єдності його біологічних, психологічних, соціальних і духовних аспектів (є єдиним гештальтом), і, що не менш важливо, він представляє єдиний гештальт зі своєю навколишнім середовищем (поле організм / середа).

2. Принцип рівноваги - здоровий організм здатний підтримувати гомеостатичну рівновагу зі своїм середовищем, тобто здатний, використовуючи навколишнє середовище, задовольняти значущі потреби.

3. Принцип творчого пристосування - здоровий організм пристосовується до мінливих умов середовища, знаходячи можливості для задоволення своїх потреб (Перлз, 1996; Робін, 1996).

Відповідно у індивіда, психічне або фізичне здоров'я якого порушено, відзначається порушення узгодженості між окремими фізіологічними і психічними процесами, порушення гомеостатичного рівноваги (життєво важливі потреби організму не задоволені в силу зовнішніх або внутрішніх причин) і порушення здатності до творчого пристосуванню (використання власних можливостей і можливостей середовища для задоволення потреб).

Відповідно до зазначених вище принципів, цілями проведених терапевтичних заходів було відновлення гомеостатичного балансу організму і здатності до творчого пристосуванню, (в іншому випадку відновлений організмом баланс не буде зберігатися довго).

Відповідно до теорії гештальт-терапії, патологічні симптоми виникають тоді, коли індивід знаходиться в полі, в якому фруструються його значимі потреби - в матеріальному добробуті, соціальному статусі, фізичної безпеки, що задовольняють міжособистісних відносинах і т. д. Гомеостатичні рівновагу порушено, причому в поточний момент часу особистість не знає, як задовольнити перервані потреби, і нездатна відновити порушений баланс. У зв'язку з цим першочерговим завданням психологічної допомоги було створення поля, в якому хоча б частково можуть бути задоволені деякі потреби пацієнта - потреба в безпеці, увазі, повазі та ін.

Інша частина роботи з корекції психологічного стану полягла в здійсненні власне психотерапевтичного процесу. В умовах обмеження часу принциповим було фокусування на найбільш актуальних проблемах пацієнта. Це, наприклад, реакція на гостру стресову подію (розлучення, смерть близьких, зміна фінансового чи соціального статусу і т. п.), що призвела до декомпенсації психічного та соматичного стану, або стійкий дезадаптивний патерн поведінки, що привів до стану хронічного дистресу. Головними цілями були усвідомлення пацієнтом і психотерапевтом найбільш значущих фрустрованих

потреб, які привели до психічних і психосоматичних порушень, і пошук варіантів поведінки, які дозволять задовольнити ці потреби, або відмова від потреб, які вже неможливо задовольнити (наприклад, неможливість повернути шлюбного партнера), і проживанні пов'язаних з цим почуттів. Таким чином досягався феномен «завершення гештальта» і виникали умови для усвідомлення життєвих можливостей, які залишаються для індивіда доступними.

Стратегія роботи з соматичними та психосоматичними захворюваннями складається з чотирьох етапів.

1. Генералізація проєкції. Пацієнту пропонується побути своєю хворобою і поговорити від її імені. Можна розпитати пацієнта про характер хвороби, попросити описати її.

2. Прояв активної нереалізованої потреби, що стоїть за хворим органом, усвідомлення цієї потреби. Слід зробити акценти на позитивному аспекті хвороби («Що ти можеш дати мені цінного і необхідного, без чого я не можу обійтись?»).

3. Вираз заблокованого почуття, усвідомленої потреби по відношенню до особистого оточення.

4. Інтеграція отриманого досвіду, включення його в систему цілісної особистості.

При роботі з пацієнтом аналізувалось функціональне значення хвороби, ступінь її життєвої важливості, тобто з'ясувалось, що означає для нього бути хворим такою хворобою; з'ясувалось, в чому полягає особистісний смисл цієї хвороби для оточення, сім'ї, яке екзистенціальне послання ховається за цим симптомом і якими альтернативними шляхами воно може бути передано оточуючим.

Робота в групах продовжувалось протягом півроку, сеанси проводились раз на тиждень, тривалістю 3-4 години кожен. В цілому методиками гештальт-терапії було проліковано 20 осіб.

### **3.4. Порівняльний аналіз психологічних особливостей людей зрілого віку з розладами опорно-рухового апарату в звичайних умовах та в умовах психологічного впливу**

Віддалені результати лікування, отримані через 1 рік у 40 хворих на розлади опорно-рухового апарату, дозволили нам проаналізувати 2 групи пацієнтів. Контрольну групу (КГ) склали особи, що отримували традиційне лікування, у Експериментальну групу (ЕГ) увійшли хворі, які отримували традиційне лікування та відвідували групу психологічної підтримки. При контрольному обстеженні у пацієнтів контрольної групи (20 чоловік) цифри АТ у середньому склали: САТ —  $171 \pm 4$  мм рт. ст., ДАТ —  $95 \pm 6$  мм рт. ст... Ускладнення у виді повторних звернень спостерігались у 8,5% хворих. Інші результати були отримані у хворих експериментальної групи (20 чоловік) у яких середнє значення САТ —  $148 \pm 2$  мм рт. ст., ДАТ —  $79 \pm 4$  мм. рт. Ст. При цьому кількість повторних звернень скоротилась на 16,6%) .

У частині хворих, які відвідували групу психологічної підтримки спостерігалось, крім стабілізації основних динамічних показників, покращання самопочуття та загального емоціонального фону, не відмічалось протягом року ускладнень у виду повторних звернень, і їх було переведено до групи “ремісія”. Подібну динаміку відмічено у 82 % хворих. Таким чином основні результати проведених досліджень, а також віддалені результати лікування не тільки підтвердили концепцію, що розлади опорно-рухового апарату носять психосоматичний характер, але і визначили підходи до ефективного застосування психотерапії хворих на розлади опорно-рухового апарату.

Таблиця 3.5.

**Порівняльні індивідуально-психологічні особливості особистості та стилі  
інтерперсональної поведінки по групах**

Показники методик	КГ1	КГ2.	ЕГ1	ЕГ2.
16 PF (індивідуально-психологічні особливості особистості)				
А(Відкритість, замкнутість)	2,25	2,3	2,25	2,45
С(Емоційна стабільність)	3,75	3,78	3,75	3,94
Е(Домінування, підлеглість)	6,1	5,9	6,1	5,31
L(Підозрілість, довірливість)	7,8	7,6	7,95	6,75
О(Схильність до почуття провини)	7,95	7,8	7,8	5,16
Q1(Радикалізм, консерватизм)	5,3	5,1	4,95	5,05
Q2(Самостійність, залежність)	4,45	4,32	4,75	4,81
Q3(Самоконтроль, індеферентність)	6,05	6,15	6,85	6,79
FPI (стили інтерперсональної поведінки)				
II спонтанна агресивність	7	6,8	6,25	6,05
III депресивність	5,65	4,9	5,95	3,15
IV дратівливість	6,65	6,05	7,05	4,76
V товариськість	4,15	3,98	3,95	3,93
VI врівноваженість	4,2	4,3	4,3	4,3
VII реактивна агресивність	6,5	6,4	6,25	3,93
VIII сором'язливість	7,6	7,5	7,8	7,3
IX відкритість	8,25	7,95	7,75	7,75
XI емоційна лабільність	7	6,9	7,25	6,98

КГ1 - контрольна вибірка 1-й замір;

КГ2- контрольна вибірка 2-й замір;

ЕГ1-експериментальна група 1-й замір

ЕГ2-експериментальна група 2-й замір

За даними, підтвердженими результатами Т критерію Вілкоксона, в контрольних групах (КГ1) та (КГ2) істотної динаміки показників небуло відмічено. В експериментальних групах, навпаки, спостерігалася істотна динаміка (див. 3.2).

При ураженнях опорно-рухового апарату в психічному стані виражені переживання депресії, реактивної агресії, почуття провини та дратівливості. Хворі мало схильні до вираженої агресії. Їх бажання, турботи і тенденції до залежності яскраво виражені, чітко визначається схильність до самопожертви і залежності. Люди одночасно демонструють прагнення до домінування та сором'язливість. Цей діагноз супроводжують порушення сну, серцебиття, тахікардія та симптоми з боку шлунково-кишкового тракту. Хворі часто демонструють підвищений самоконтроль. Можна відмітити, що динаміка показників в експериментальній групі досліджуваних відрізняється по показниках в групах з різними типами розладів опорно-рухового апарату. До груп психологічної допомоги охоче записуються хворі з ураженнями грудного відділу, але краща динаміка спостерігається у досліджуваних з розладами шийного відділку.



## Висновки до третього розділу

В результаті виявлено, що для того, щоб виявити інтрапсихічний конфлікт, недостатньо просто поміряти поведінкові особистісні характеристики пацієнтів, необхідно також проаналізувати структурні особливості особистості.

У результаті психологічного обстеження було проведено докладний диференційно-структурний аналіз показників, які дозволили виділити певні характеристики особистості хворих і згідно з теоретичними дослідженнями виділити для дослідження найбільш значущі риси.

Соціологічне обстеження передбачало вивчення анамнестичних даних: рівня освіти, трудової діяльності, впливу сімейних і професійних мікро- і макросоціальних факторів на психічний і соматичний стани.

Результати соматичного обстеження статистично оброблені за таблицями відсотків та їх помилок, результати психологічного обстеження оброблені методом кореляційного аналізу. Застосування кореляційного аналізу дозволяє встановити, чи існує якийсь зв'язок між двома показниками в одній вибірці і якщо цей зв'язок існує, то чи супроводжується збільшення одного показника зростанням(позитивна кореляція) або зменшенням(негативна кореляція) іншого. Кореляційний аналіз допомагає встановити, чи можна прогнозувати можливі значення одного показника, знаючи величину іншого, що важливе в даному дослідженні; вірогідність результатів визначалася за допомогою дисперсійного аналізу.

У результаті проведеного експерименту розроблена дослідницька процедура з метою виявлення взаємозв'язку і взаємозалежності індивідуально-типологічних особливостей суб'єктів зрілого віку від типів порушень опорно-рухового апарату.

Аналіз результатів дослідження показав, що існує різниця між показниками в залежності від типів розладів, але не всі показники є статистично значущими. Встановлено, що істотна динаміка спостерігається за

показниками: домінування-підлеглість; підозрілість-довірливість; схильність до почуття провини; репресивність; дратівливість; реактивна агресивність; сором'язливість.

За даними, отриманими за допомогою опитування, тестування підтвердженими результатами Т критерію Вілкоксона, динаміка соматичних показників підтвердила ефективність комплексної програми лікування в групі, що брала участь у корекційній програмі: зниження артеріального тиску 8,9% ( $p \leq 0,05$ ); скорочення гострих нападів болю — 2,9% ( $p \leq 0,05$ ); зменшення частоти серцевих нападів — 11,0% ( $p \leq 0,05$ ).

В контрольній групі, що лікувалась лише традиційними засобами спостерігався значний, але короткотривалий ефект. При психотерапії отримання помітного ефекту відбувалося не раніше трьохмісячного терміну, що в порівнянні з іншими видами терапії оцінюється як запізніле. Але група, що брала участь у корекційній програмі, після отримання ефекту, зберегла його до кінця дослідження .

## ЗАГАЛЬНІ ВИСНОВКИ

Проведене теоретичне та емпіричне дослідження дозволило зробити висновки:

1. Результати аналізу даних наукової літератури дозволили встановити взаємозв'язок й взаємозалежність соматичних порушень від індивідуально-типологічних особливостей особистості.

2. Проведений констатуючий експеримент удосконалив систему дослідницьких процедур для виявлення взаємозв'язку й взаємозалежності індивідуально-типологічних особливостей суб'єктів зрілого віку із порушеннями опорно-рухового апарату від типу порушень.

3. На підставі отриманих результатів дослідження розроблена система психолого-організаційних заходів прогностичної спрямованості на суб'єктів із соматичними порушеннями з урахуванням взаємозв'язку, взаємозалежності та їхніх співвідношень між індивідуально-типологічними особливостями і типами порушень опорно-рухового апарату.

4. Установлено достовірну ефективність запропонованої системи психолого-соматичного впливу для людей зрілого віку з розладами опорно-рухового апарату.

Подальше продовження дослідження з даної проблеми ми вбачаємо у розробці практичних методичних рекомендацій, зручних стандартів, придатних для широкого практичного застосування, розширення профілактичних й оздоровчих заходів, спрямованих на поліпшення здоров'я громадян України.

Отже, розроблена й впроваджена програма психологічної корекції приводить у відповідність з новими життєвими цілями актуальні ресурси за рахунок адекватної трансформації життєвої стратегії, сприяє зменшенню психопатологічної симптоматики. Отримання довготривалого стійкого ефекту від застосування психокорекційної програми до хворих на розлади опорно-рухового апарату, який значно перевищує ефективність традиційного

лікування, підтвердило доцільність застосування принципів інтеграції медицини та психології для діагностики та лікування психосоматичних порушень у пацієнтів зрілого віку з розладами опорно-рухового апарату.

Мета магістерського дослідження, визначити психологічні особливості та типів розладів опорно-рухового апарату людей зрілого віку в звичайних умовах і в умовах психологічного впливу досягнута.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Александер Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и применение / Александер Ф. – М.: Ин-т ОГИ, 2006. – 336 с.
2. Александер Ф. Человек и его душа / Александер Ф., Селесник Ш. – М.: Прогресс-Культура, 1995. – 607 с.
3. Аммон Г. Психосоматическая терапия / Аммон Г. – СПб.: Речь, 2000. – 238 с.
4. Анискин Д.Б. Психический стресс и соматические расстройства / Анискин Д.Б. // Лечащий врач. – 1998. – Т. 2. – № 1. – С. 54 – 58.
5. Баранов В. Г. Депрессии при соматических заболеваниях / Баранов В. Г. – М., 1984. – 116 с.
6. Барлоу Уилфред. Техника Александра / Барлоу Уилфред. – М.:Издательство Спб.:Речь, 2003. – 89 с.
7. Баскаков В.Ю. Свободное тело / Баскаков В.Ю. – М.: Институт Общегуманитарных Исследований, 2004. – 222с.
8. Бейтсон Г. Природа и разум Необходимое единство / Бейтсон Г. Новосибирск: Институт семейной терапии 2005. – 188 с.
9. Бехтерев В.М. Личность и условия ее развития и здоров'я / Бехтерев В.М. //Избранные труды по психологии личности. Объективное изучение личности [Под ред. Г. С. Никифорова, Л.А. Коростылевой]. – СПб.:Изд-во С.-Петербур.ун-та,1999. –Том 2– 283 с.
10. Бодров В.А. Психологический стресс: развитие и преодоление / Бодров В.А. – М.: ПЕРСЭ, 2006. – 528 с.
11. Брайтигем В. Психосоматическая медицина / Брайтигем В., Кристиан П., Род М. – М.: ГЭОТАР Медицина, 1999. – 376 с.
12. Бурбо Л.Твое тело говорит «Люби себя!» / Бурбо Л. – София: Гелиос, 2019. – 320 с.
13. Бурлачук Л.Ф. Психотерапия: психологические модели: / Бурлачук Л.Ф., Кочарян А.С., Жидко М.Е. – СПб.: Питер, 2009. – 472 с.

14. Василюк Ф.Е. Психология переживания (анализ преодоления критических ситуаций) / Василюк Ф.Е.– М.: Изд-во МГУ, 1984. – 200 с.
15. Ващенко Ю.А. Причины психосоматических расстройств (Психоаналитическая точка зрения) / Ващенко Ю.А.// Практична психологія та соціальна робота. – 1998. – № 2. – С. 21-24.
16. Вотчал Б. Е. Роль психических факторов в происхождении, течении и лечении соматических болезней / Вотчал Б. Е. – М.: Медицина, 1972. – С.79-81.
17. Величко М. Психосоматика. Когда болеет тело, а причины в душе. – М.:«Кислород», 2020. – 340 с.
18. Гиндикин В.Я Соматика и психика / Гиндикин В.Я., Семке В.Я. – М.: Просвещение, 2004. – 385 с.
19. Елисеев Ю.Ю. Психосоматические заболевания: [Полный справочник] / Елисеев Ю.Ю. – М.: Эксмо, 2003 г. – 608 с
20. Кабанов М.М. Методы психологической диагностики и коррекции в клинике / Кабанов М.М., Личко А.Е., Смирнов В.М.— Л.: Медицина, 1983.— 312 с.
21. Карвасарський Б.Д. Медицинська психологія / Карвасарський Б.Д. — Л.: Медицина, 1982. – 272с.
22. Квасенко А. В. Психология больного / Квасенко А. В., Зубарев Ю. Г — Л.: Медицина, 1980. — 184 с.
23. Конечный Р. Психология в медицине / Конечный Р., Боухал М. — Прага: Авиценум, 1983. — 405 с.
24. Коршунов Н.И. Ревматоидный артрит как психосоматическое заболевание. Психологические аспекты лечения /Коршунов Н.И. // Новости медицины и фармации. — 1994. — № 2. — С. 42-47.
25. Коршунов Н.И. Ревматоидный артрит: отношение пациентов к болезни / Коршунов Н.И., Аксенфельд Р.Г., Капустина Л.В. // Психологическая диагностика отношения к болезни при нервно-психической и соматической патологии — Л.: Изд - во НИПИ им. В.М. Бехтерева, 1990. — С. 89-94.

26. Коршунов Н.И. Психологические защиты "ревматоидной личности" / Коршунов Н.И., Аксенфельд Р.Г., Савельева М.И. // Познавательные процессы и личность в норме и патологии — Ярославль, 1995. — С. 88
27. Лакосина Н.Д. Неврозы, невротические развития личности/Лакосина Н.Д., Трунова М.М. – М.:Медицина, 1994. – 192с.
28. Липтон Б. Биология веры — М.:Эксмо, 2018. – 352с.
29. Личко А.Е. Медико-психологическое обследование соматических больных / Личко А.Е., Иванов Н.Л. // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. — 1980. — № 8. — С. 1195—1198.
30. Лоуэн А. Предательство тела / Лоуэн А. — М.: Институт Общегуманитарных Исследований, 2010. — 252 с.
31. Лоуэн А. Психология тела: биоэнергетический анализ тела / Лоуэн А.; [Пер, с англ. С.Коледа]. — М.: Институт Общегуманитарных Исследований, 2000. — 256 с.
32. Лукаш А. Сколиоз излечим Профилактика и лечение ортопедических проблем у детей / Лукаш А. Шубина Е. Белянчикова Н. — СПб, Наука и Техника, 2008. — 272 с.
33. Любан-Плоцца В. Психосоматический больной на приеме у врача / В. Любан-Плоцца, В. Пельдингер, Ф. Кригер. — СПб.: Изд-во инст-та им. Бехтерева, 1996. — 281 с.
34. Малкина-Пых И.Г. Психосоматика: Справочник практического психолога /Малкина-Пых И.Г. – М.: Изд-во Эксмо, 2012. – 992с.
35. Манухина Н.М. Системная семейная психотерапия соматических больных в период их госпитализации / Манухина Н.М. // Семейная психология и семейная терапия. — 2000. — №2, с. 15-20.
36. Менегетти А. Психосоматика / Менегетти А. – М.:Онтотопсихология, 2018. — 361с.
37. Михайлов А.Н. Особенности психологической защиты в норме и при соматических заболеваниях / Михайлов А.Н., Ротенберг В.С. // Вопросы психологии. — 1990. — №5. —С. 106—111.

38. Михайлов Б. В. Психотерапия в общесоматической медицине [клиническое руководство] / Михайлов Б. В., Сердюк А. И., Федосеев В. А. [Под общ. ред. Б. В. Михайлова]. — Харьков: Прапор, 2002. — 108 с.
39. Мышанова Н.И. Страхи здоровых людей / Мышанова Н.И. — СПб.: Комплект, 1997. — 217 с.
40. Мясищев В.Н. Вопросы взаимоотношения психического и соматического в психоневрологии и общей медицине / Мясищев В.Н. — М.: Медицина, 1963. — 302 с.
41. Немчин Т. А. Мясищев и медицинская психология / Немчин Т. А. , Серебрякова Р. О. // Вопросы психологии. — 1983. — №1. — С 82—84
42. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику / Николаева В.В. — М.: Издательство: Московского университета, 1987. — 168 с.
43. Никольская Е.А. Психоэмоциональные нарушения у больных ревматоидным артритом (обзор) / Никольская Е.А. // Психологическая диагностика отношения к болезни при нервно-психической и соматической патологии. — Л., 1990. — С. 145 — 152.
44. Обухов Я.Л. Глубинно-психологические подходы в психотерапии психосоматических заболеваний / Обухов Я.Л. // Вісник психічного здоров'я. — 1999. — №2. — С. 34—44.
45. Пезешкиан Н. Психосоматика и позитивная психотерапия / Пезешкиан Н. [Пер. с Нем.] — М.: Институт позитивной психотерапии, 2006. — 464 с.
46. Пельцман Л. Стрессовые состояния у людей, потерявших работу / Пельцман Л. // Психологический журнал — 1992. — Т. 13. — № 1. — С. 126—130.
47. Психосоматика: Взаимосвязь психики и здоровья. [Хрестоматия] / [Сост. К.В.Сельченко]. — Минск, 1999. — 230 с.
48. Психосоматическая медицина / [Brautigam W. et al.]. — М.: ГЭОТАР Мед., 1999. — 376 с.



49. Психосоматические расстройства в общей медицинской практике / [Любан-Плоцца В., Пельдингер В., Кригер Ф., Ледерах-Хофман К.]. — СПб.: Изд-во инст-та им. Бехтерева, 2000. — 287 с.
50. Психосоматические расстройства (клиника, эпидемиология, терапия, модели медицинской помощи) / [Смулевич А.Б., Сыркин А.Л., Козырев В.Н, Иванов С.В. и др.] //Журн. невропатол. и психиатр. — 1999. — Т. 99. — №4.
51. Психологическая диагностика отношения к болезни при нервно-психической и соматической патологии / [Под ред. Л.И. Вассермана Л.И.]. — Л., 1990. —310 с.
52. Райх Вильгельм. Анализ характера / Райх Вильгельм [Пер. с англ. Е. Поле]. — М.: Изд-во Эксмо-Пресс, 2000. — 528 с.
53. Ревматоидный артрит / [Под ред. В. Д.. Насоновой, З. Лайне]. — М.: Медицина, 1983. —240 с.
54. Савельева М.И. Личность больных ревматоидным артритом и эффект лечения / Савельева М.И. // Новости медицины и фармации. — 1994. — № 2. —С. 58.
55. Саймонтон К. Возвращение к здоровью. Новый взгляд на тяжёлые болезни / Саймонтон К., Саймонтон С. [ Пер. с англ.]. — СПб.: Питер, 1995. — 283 с.
56. Сандомирский М.Е. Психосоматика и телесная психотерапия: [Практическое руководство] / Сандомирский М.Е. — М.: Независимая фирма «Класс», 2005. — 592 с.
57. Саргаутите Р. Опыт психотерапии с больными ревматоидным артритом / Саргаутите Р., Семенова Н.Д // Московский психотерапевтический журнал. — 1996. — №4. — С. 99 – 105.
58. Саховский П.И. Влияние психологического статуса личности на развитие остеохондроза / Саховский П.И // В.М.Бехтерев и современная психология: Тез. междунар. науч.-практ. конф., Казань, — 1995. — С. 143–144.
59. Селье Г. Стресс без дистресса / Селье Г. — М.: Прогресс, 1982. — 128 с

60. Сидоренко Е.В. Методы математической обработки в психологии / Е.В.Сидоренко — СПб.: «Речь», 2003. — 350 с.
61. Соколов Е.И. Эмоции и патология / Соколов Е.И., Белова Е.В. — М.: Медицина, 1983. — 309 с.
62. Соколова Е.Т. Самосознание и самооценка при аномалиях личности / Соколова Е.Т. — М.: Изд-во МГУ, 1990. — 215 с.
63. Соколова Е.Т. Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях / Соколова Е.Т., Николаева В.В. — М.: SVR-Аргус, 1995. — 359 с..
64. Старшенбаум Г. Психосоматика и психотерапия. Исцеление души и тела — М., 2015. — 352 с.
65. Тарнавский Ю.Б. Под маской телесного недуга: проблемы психосоматики / Тарнавский Ю.Б.— М.: Знание, 1990. — 63 с.
66. Ташлыков В.А. Психологическая защита у больных неврозами и с психосоматическими расстройствами / Ташлыков В.А. — СПб., 1997. — 24с.
67. Теплов Б.М. Типологические свойства нервной системы и их значение для психологии // Психология индивидуальных различий: [Тексты]. — М., 1982.
68. Теппервайн К . О чем хочет сказать твоя болезнь: язык симптомов / Теппервайн К. — М.: АСТ, Астрель, 2005. — 228 с.
69. Тополянский В.Д. Психосоматические расстройства / Тополянский В.Д., Струковская М.В. — М.: Медицина, 1986. — 384 с.
70. Тхостов А.Ш. Психология телесности / Тхостов А.Ш. — М.: Смысл, 2002. — 287 с.
71. Шамионов Р.М. Здоровый образ жизни и личностная зрелость как объект изучения психологии здоровья / Шамионов Р.М. // Психология здоровья. Психологическое здоровье. — Вып. 2. — Саратов. — 1998. —С. 131—133.
72. Шубина Е. Основы Телесной Терапии / Шубина Е. — СПб.:Наука и Техника, 2007 — 240 с.

73. Фельденкрайз М. Понимание при делании / Фельденкрайз М. // Хрестоматия по телесно-ориентированной психотерапии и психотехнике [Под ред. В.Ю.Баскакова.]. — М.: Смысл, 1997. — 159 с.
74. Фрейд З. Психология бессознательного / Фрейд З. — М.: Просвещение, 1990. — 448 с.
75. Хамер Р. Новая Германская Медицина — М.: «Белая Альфа», 2012. — 519с.
76. Эльштейн Н.В. Диалог о медицине / Н. В. Эльштейн—Таллин: Валгус, 1986 — 253 с..
77. Эмоциональный стресс в этиологии и патогенезе психических и психосоматических заболеваний / [Бачериков Н. Е., Воронцов М. П., Петрюк И. Т., Цыганенко А. Я.]. — Харьков: Основа, 1995.— 276 с.
78. Яковлев Г.И., Психосоматика необходима другая концепция / Г.И.Яковлев— М.:Links, 2003 г. – 180 с.

## ДОДАТКИ

## Додаток А

Таблиця

Дольовий розподіл досліджуваних в групах за рівнем критеріїв стилів  
інтерперсональної поведінки (%)

Стилі інтерперсона льної поведінки		I	II	III	IV	V	VI	VI I	VI II	IX	X	XI	XI I	
		%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	
Ш В	Рівні за тестуванням	Н	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	29
		С	14	29	64	21	100	100	43	21	7	93	7	64
		В	86	71	36	79	0	0	57	79	93	7	93	7
ПВ		Н	0	6	0	0	6	6	0	6	0	0	0	67
		С	56	33	83	22	89	89	39	22	6	94	17	28
		В	44	61	17	78	6	6	61	72	94	6	83	6
ГВ		Н	0	0	0	0	33	17	0	0	0	0	0	50
		С	83	17	83	50	50	67	33	50	0	83	33	33
		В	17	83	17	50	17	17	67	50	100	17	67	17
РА		Н	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		С	50	50	100	50	100	100	50	50	50	100	50	100
		В	50	50	0	50	0	0	50	50	50	0	50	0

Н-Низький рівень

С-Середній рівень

В- Високий рівень

ШВ - Хворі в яких спостерігалися порушення в шийному відділі хребта

ПВ - Хворі в яких спостерігалися порушення в поперековому відділі хребта

ГВ - Хворі в яких спостерігалися порушення в грудному відділі хребта

РА - Хворі в яких спостерігався ревматоїдний артрит

I (невротичність) характеризує рівень невротизації особистості.

II (спонтанна агресивність) дозволяє виявити і оцінити психопатизації інтротенсивного типу.

III (депресивність) дає можливість діагностувати ознаки, характерні для психопатологічного депресивного синдрому.

IV (дратівливість) дозволяє судити про емоційної стійкості.

V (товариськість) характеризує як потенційні можливості, так і реальні прояви соціальної активності.

VI (врівноваженість) відображає стійкість до стресу.

VII (реактивна агресивність) має на меті виявити наявність ознак психопатизації екстратенсивного типу.

VIII (сором'язливість) відображає схильність до стресового реагування на звичайні життєві ситуації, що протікає по пасивно-оборонного типу.

IX (відкритість) дозволяє характеризувати ставлення до соціального оточення і рівень самокритичності.

X (екстраверсія - інтроверсія).

XI (емоційна лабільність) вміння володіти собою.

XII (маскулінізм - фемінізм). Високі оцінки свідчать про протікання психічної діяльності переважно за чоловічим типом, низькі - по жіночому.

## Додаток Б

Таблиця

Дольовий розподіл досліджуваних в групах за рівнем критеріїв індивідуально-психологічних особливостей (%)

Індивідуально-психологічні особливості		A	B	C	E	F	G	H	I	L	M	N	O	Q <sub>1</sub>	Q <sub>2</sub>	Q <sub>3</sub>	Q <sub>4</sub>
		%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
ШВ	Н	57	0	0	0	0	7	0	0	0	7	7	0	0	14	0	7
	С	36	64	10 0	64	86	71	71	71	7	79	57	14	93	71	71	79
	В	7	36	0	36	14	21	29	29	93	14	36	86	7	14	29	14
ПВ	Н	94	0	11	0	0	6	0	6	6	0	0	0	6	6	0	0
	С	6	78	83	61	78	72	83	89	0	78	44	11	78	83	61	89
	В	0	22	6	39	22	22	17	6	94	22	56	89	17	11	39	11
ГВ	Н	67	0	0	0	0	33	17	0	17	0	0	0	17	17	0	17
	С	0	33	10 0	33	83	50	67	83	0	67	67	17	50	50	83	67
	В	33	67	0	67	17	17	17	17	83	33	33	83	33	33	17	17
РА	Н	0	0	0	0	0	0	0	50	0	0	0	0	50	0	0	50
	С	100	50	10 0	50	50	0	50	0	50	0	10 0	0	50	50	0	50
	В	0	50	0	50	50	10 0	50	50	50	10 0	0	10 0	0	50	10 0	0

ШВ - Хворі в яких спостерігалися порушення в шийному відділі хребта

ПВ - Хворі в яких спостерігалися порушення в поперековому відділі хребта

ГВ - Хворі в яких спостерігалися порушення в грудному відділі хребта

РА - Хворі в яких спостерігався ревматоїдний артрит

Н-Низький рівень

С-Середній рівень

В- Високий рівень

А – Відкритість, замкнутість

В – Розвинуте, обмежене мислення

С – Емоційна стабільність

Е – Домінування, підлеглість

F – Безпечність, заклопотаність

Г – Свідомість, безпринципність

Н – Сміливість, сором'язливість

І – Чуттєвість, твердість

L – Підозрілість, довірливість

М – Богемності, практичність

N – Витонченість, простота

О – Схильність до почуття провини, спокійна самовпевненість

Q<sub>1</sub> – Радикалізм, консерватизм

Q<sub>2</sub> – Самостійність, залежність

Q<sub>3</sub> – Самоконтроль, індіферентність

Q<sub>4</sub> – Внутрішня напруженість