

вправне. Таке ставлення до сексуальності призводить до табування тем, пов'язаних власне з сексом та його проявами, що у випадку видалення матки стає певним буфером для утворення дезадаптивних станів.

Список використаних джерел

1. Тихомиров А.Л. Миома матки и гормональная контрацепция/ А.Л. Тихомиров, Ч.Г.Олейник//Здоровье женщины и менопауза. – 2008. – №2(34). – С.90 – 91.
2. Венцівський Б.М. Профілактика і лікування системних порушень у жінок після гістероваріоектомії/ Б.М.Венцівський, М.Є.Яроцький, І.В.Сокол //Збірник наукових праць. Асоціації акушерів-гінекологів України. – К.: Інтермед, 2004. – С.48.
3. Адамян Л.В. Психоэмоциональное состояние женщин после гистерэктомии/ Л.В.Адамян, С.И.Аскольская, Т.А.Кудрякова, А.С.Горев// Акушерство и гинекология. – 1999. – №1. – С.31-34.
4. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология/ Менделевич В.Д. – М.: “МЕДпресс – информ”, 2005. – 432 с.
5. Запорожан В.М. Особливості психосоматичних реакцій у жінок після гістеректомії/ В.М.Запорожан, В.С.Вітеньський, Н.М.Рожковська, М.Л.Міловідова, А.Г.Тоня, В.А.Пахмурний//Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2002. – №1. – С.76 – 78.
6. Терещенко Н.М. Статеворольова структура жіночої тілесної ідентичності: Дис. канд. псих. наук: 19.00.01/ Н.М.Терещенко. – Х., 2003. – С.40-70.
7. Пайнз Д. Бессознательное использование своего тела женщиной: Пер. с англ./ Д.Пайнз. – СПб.: Совместное издание Восточно-Европейского института психоанализа и БСК, 1997. – 195 с.
8. Эриксон Э. Идентичность: юность, кризис: Пер. с англ./ Э. Эриксон. – М.: Издательская группа “Прогресс”, 1996. – С. 281- 306.
9. Юнг К.Г. Душа и миф: шесть архетипов: Пер. с англ./ К.Г.Юнг. – К.: Государственная библиотека Украины для юношества, 1996. – С.121.
10. Манегетти А. Женщина третьего тысячелетия: Пер. с итальянского/ А. Манегетти. – ННБФ “Онтопсихология”, 2007. – 250 с.
11. Gilchrist C. The circle of nine. A new mythology of the feminine. – London: Penguin Books ltd. – 1991. – 183 p.

The results of research of an actual problem of of women's psychology after hysterectomy were presented. The structure of corporeal and gender-role identity of women's and it forming influence on occurrence desadaptation conditions at women are after hysterectomy were given.

Keywords: hysterectomy, corporeal identity, gender-role identity.

Отримано: 10.03.2010

УДК 159.923.2

К.С. Максименко

Психологічна феноменологія чуттєвого образу особистості хронічно соматичного хворого

Хронічні захворювання, зокрема хронічний холецистит і серцева недостатність, виступають атрибутивними ознаками емоційного переживання особистості. Емоційне переживання психічного стану хвороби виступає серцевиною діяльнісного опосередкування особистісного розвитку. Перебіг хронічної хвороби виступає детермінантом прояву тих чи інших психічних станів.

Ключові слова: психічні стани, емоційне переживання хвороби, психологія понять: робота, щастя, здоров'я, сім'я, захисні механізми особистісного розвитку.

Хронические заболевания, в частности хронический холецистит и сердечная недостаточность, выступают атрибутивными признаками эмоционального переживания личности. Эмоциональное переживание психического состояния болезни сказывает опосредованное воздействие на личностное развитие. Течение хронической болезни выступает детерминантом проявления тех или других психических состояний.

Ключевые слова: психические состояния, эмоциональное переживание болезни, психология понятий: работа, счастье, здоровье, семья, защитные механизмы личностного развития.

Мета нашого експериментального дослідження полягала у встановленні наявності деяких особливостей переживання психічних станів соматично хворими людьми. Така ціль зумовила певні особливості дослідження.

Матеріалом вивчення особливостей емоційного переживання хвороби, а також значущих сферах життєдіяльності у хворих на хронічний холецистит (ХХ) і серцеву недостатність (СН) послужила методика КТВ (рос. “цветовой тест отношений”), в результаті застосування якої були одержані такі результати.

Середні значення показників емоційного відношення до трьох груп понять (хвороби і проявів, що її супроводжують; процедур лікування і самоконтролю, значущих сфер життєдіяльності) хворих на ХХ і СН склали 24,3 і 22,3; 17,2 і 15,4; 12,2 і 12,8 балів відповідно. Таким чином, хворі на СН в середньому дещо більш позитивно ставляться до хвороби, процедур її лікування і самоконтролю, а хворі на ХХ – до значущих сфер життєдіяльності, хоча статистично знаних відмінностей за даними параметрами між хворими на ХХ і СН виявлено не було.

Об'єкти, що пов'язані з хворобою, в основному асоціюються з чорним кольором. Це, вірогідно, пов'язано з наявністю негативних і фобічних переживань хворих на ХХ і СН. Об'єкти, що пов'язані з процедурами лікування і самоконтролю, у хворих на ХХ частіше асоціюються з сірим кольором, в той час як у хворих на СН спостерігається більший діапазон кольорових асоціацій. Об'єкти, що пов'язані зі значущими сферами життєдіяльності, як у хворих на ХХ, так і у хворих на СН частіше за все асоціюються з позитивними кольорами. Слід відмітити асоціацію поняття “самореалізація” (якій найбільш надають перевагу) з коричневим кольором у хворих на СН, що свідчить про недостатнє задоволення відповідної потреби, відчуття своєї слабкості, дефіциті енергетичного потенціалу.

Заслужує на увагу те, що основним кольором, з яким асоціювалася більша частина понять у хворих на ХХ, був жовтий, що свідчить про їх більшу оптимістичність, потребу у вірі в позитивну перспективу в майбутньому.

Непарний аналіз частот об'єднання різних смислових понять до єдиної кольорової групи дозволив дослідити емоційно-смислові комплекси хворих на ХХ і СД.

У хворих на ХХ частотний аналіз дозволив виділити такі емоційно-смислові групи. Поняття “робота” часто асоціювалося з поняттями “щастя”, “здоров'я”, “сім'я”, “життя”, “гастроентеролог”. Таким чином, до єдиної смислової групи потрапляли поняття, пов'язані зі значущими сферами життєдіяльності. Потрапляння до даної групи поняття “дієтолог”, імовірно, можна пояснити, з одного боку, розумінням важливості і необхідності лікування для підвищення якості життя, з іншого боку, перекладанням відповідальності за стан свого здоров'я на лікаря.

Дослідження усвідомленості ставлення до хвороби показало, що майже у всіх хворих на ХХ (у 96%) воно сказалось адекватним, на відміну від хворих на СН, у яких адекватне вставлення до хвороби було виявлено тільки у 60%. В інших випадках хвороба або переоцінювалася (41%), або недооцінювалася (19%). Таким чином, хворі на СН виявили тенденцію до переоцінки тяжкості своєї хвороби.

У більшості хворих на ХХ спостерігалось адекватне когнітивне оцінювання хвороби, позитивне ставлення до процедури лікування і самоконтролю і негативне ставлення до хвороби і станів, що її супроводжують, її емоційне відторгнення, що свідчить про розбалансування розуміння хвороби і емоційного ставлення до неї. На наш погляд, даний феномен можна проінтерпретувати як розбалансування когнітивної і емоційної складової у структурі внутрішньої картини хвороби (ВКХ), при якому знання про хворобу і розуміння правил самоконтролю не виступає регулятором реальної діяльності хворих щодо збереження здоров'я. Ми вважаємо, що вказане вище розбалансування є специфічним механізмом порушення смислової саморегуляції хворих на ХХ.

Матеріалом для дослідження локусу контролю хворих на ХХ і СН послужила методика ЛСК (Локус суб'єктивного контролю). В цілому хворі на ХХ відрізняються помірно інфернальним локусом контролю, хворі на СН – помірно екстернальним локусом контролю. Статистично значущі відміни між хворими на ХХ і СН були одержані за шкалою “невдачі” ($p < 0,01$), загальної інтернальності, “виробничі стосунки” ($p < 0,05$).

Нагадаємо, що локус контролю, або атрибуція відповідальності, пов'язаний з ефективністю функціонування смислової саморегуляції. Таким чином, хворі на СН, відрізняючись помірно екстернальним локусом контролю, приписують відповідальність зовнішнім факторам і характеризуються меншою ефективністю функціонування смислової саморегуляції порівняно з хворими на ХХ.

Матеріалом для дослідження захисних механізмів хворих на ХХ і СН послужили методики Келлермана-Плутчека, а також МНТ (Малюнок неіснуючої тварини). Критеріями оцінки захисних механізмів за методикою МНТ були: графологічні аспекти (гіперконтроль (раціоналізація), регресія, істеро-демонстративні риси (витиснення), назва тварини (раціоналізація, гумор), проєктивні оповідання (заперечення, раціоналізація, гумор).

Статистично значущі відмінності між групою норми і хворих на ХХ були виявлені за захисними механізмами раціоналізації ($p < 0,01$), заперечення і компенсації ($p < 0,05$), між групою норми і групою хворих на СН -раціоналізації ($p < 0,05$); між групами хворих

на ХХ і СН – регресії, заперечення, проєкції, компенсації і раціоналізації ($p < 0,05$).

Загалом хворі на СН відрізнялися меншою вираженістю різних механізмів психологічного захисту у порівнянні з хворими на ХХ і групою норми. Найбільш вираженими захисними механізмами хворих на ХХ і СН, порівняно з групою норми, виявилися раціоналізація і заперечення, особливо у групі хворих на ХХ. Механізм раціоналізації, очевидно, вказує на інтелектуальну стратегію подолання ситуації хронічного захворювання. Механізм заперечення ми схильні інтерпретувати скоріше як механізм ізоляції, що пов'язана з високим когнітивним контролем хронічних хворих над сферою афективного життя.

Схильність до когнітивного гіперконтролю хворих на ХХ і СН виявляється і при аналізі їх проєктивних малюнків (методика МНТ – малюнок неіснуючої тварини). Так, багаторазові обведення контуру тварини, що є показником тенденції до надмірного контролю (Дукаревич, 1990), мала місце в роботах, виконаних у 44% хворих на ХХ і 46% хворих на СН.

Аналіз проєктивних малюнків і оповідань до них також дозволив виявити характерні для хворих на ХХ і СН механізми психологічного захисту. Раціоналізація як провідний захисний механізм хворих на ХХ і СН виявилася притаманною 58% малюнків і 67% оповідань хворих на ХХ та в 46% малюнків і 58% оповідань хворих на СН. У проєктивних малюнках даний механізм проявився в характерних назвах тварин, що виражають раціональне сполучення смислових частин (наприклад, “меяць”, “бджоловух”), в оповіданнях він знайшов відбиток у багатофункціональному призначенні різноманітних деталей тварин, в обґрунтуванні їх житлових умов, живлення і способу життя.

Захисний механізм заперечення проявився в 58% проєктивних оповідань хворих на ХХ і 67% проєктивних оповідань хворих на СН. У таких оповіданнях тварини, що були намальовані, звичайно описувалися як дружелюбні і миролюбні; вони не мають ворогів і проблем, їх всі дуже люблять, “несуть у світ добро”, у них “завжди все добре” і живуть вони “для свого задоволення”.

Регресія в малюнках (положення тварини “анфас”) відмічалася у 29% хворих на ХХ і 58% хворих на СН, істеро-демонстраційні риси (наявність у тварин вій, прикрас) – у 36% хворих на ХХ і 42% хворих на СН. Інфантилізм та істеро-демонстраційні риси, на наш погляд, можна розглядати як непрямий показник такого захисного механізму, як витіснення.

Слід відмітити наявність такого захисного механізму, як гумор, який зустрічався тільки в проєктивних малюнках і оповіданнях хворих на

ХХ. Гумористичні оповідання виявилися у 17% хворих на ХХ. Гумористичні назви тварин відмічалися у 28% хворих на ХХ (наприклад, “дюдока-пятачоківна”, “телюлюлечка”, “сміхун триглазий”).

Отже, провідними захисними механізмами як хворих на ХХ, так і СН є заперечення і раціоналізація. Хворі на СН відрізнялися меншою вираженістю різноманітних механізмів психологічного захисту у порівнянні з хворими на ХХ і групою норми.

Матеріалом для дослідження смислу хвороби послужила методика візуалізації хвороби і її лікування. Критерії оцінки різних типів проєктивних малюнків представлені в таблиці 2.1.

Таблиця 2.1

Критерії оцінки різних типів проєктивних малюнків хворих на ХХ і СН (методика “Візуалізація хвороби і її лікування”)

| № | Тип малюнка | Критерії оцінки проєктивних малюнків |
|---|--|---|
| 1 | Механістичні малюнки | Обмеженість змісту малюнка прямими знаками хвороби і її лікування, відсутність образного простору в малюнках |
| 2 | Образні конкретні малюнки | Конкретність і простота образів хвороби і її лікування, відсутність зв'язку хвороби і її лікування на образному рівні |
| 3 | Образні символічні малюнки | Наявність переносного смислу в малюнках, метафоричність, символічність образів хвороби і її лікування |
| 4 | Образні абстрактно-філософські малюнки | Високий рівень абстрактності малюнків, наявність філософської проблематики в оповіданнях за малюнками |

У механістичних малюнках відсутній образний простір, смислове наповнення хвороби редуковане до уявлення про процедури лікування. Так, найбільш часто такі малюнки містили зображення печінки і жовчного міхура у хворих на ХХ, перекресленого або заштрихованого серця і серцевих препаратів у хворих на СН.

На наш погляд, велика кількість механістичних малюнків у хворих на ХХ, на відміну від хворих на СН, пов'язана з описаним вище феноменом розбалансування когнітивної і емоційної складових в структурі ВКХ. Емоційне відторгнення хвороби, її недостатня усвідомленість призводить до редукції її образного смислового наповнення. Дане припущення підтверджується статистично значущими відмінами, що отримані між групою з механістичними малюнками і групою з образними – малюнками, за показниками заперечення і раціоналізації ($p < 0,01$), що відбиває недооцінку емоційної складової хвороби і тенденцію до інтелектуального її подолання.

Образні малюнки носять метафоричний характер, в них присутній простір переносного смислу. Як можна побачити з гістограми, малюнки хворих на СН, на відміну від хворих на ХХ, носили переважно конкретний характер. Конкретні малюнки звичайно містили природні ландшафти із зображеннями самих хворих. Ось фрагмент оповідання Д.А., хворої на СН.

“Це ліс, там далі галявинка. Стоїть хороша погода, світить сонце. Це я, у мене добрий настрій, я дихаю повною груддю, серце стукає рівно. Моя хвороба – це коли серце стукає дуже сильно і швидко (робить відмітку в області серця). Лікування – це коли моє серце стукає рівно”.

Можна бачити, що тут присутня спроба метафоричного опису хвороби і її лікування, однак, власне образи хвороби і лікування, а також їх взаємозв'язок відсутні.

У символічних малюнках, яких виявилось майже вдвічі більше у хворих на ХХ ($p \leq 0,05$), з'являються переносні, метафоричні образи і хвороби, і лікування. Так, хвороба може асоціюватися з зів'ялою квіткою, високою горою, підготовка до виверження вулкану, зламанним мотором, а її лікування – з процесом поливу і удобрення квітки, підніманням в гору, виверженням вулкану, поладженням мотору відповідно. Таким чином, в образних символічних малюнках заявляється простір для смислового, метафоричного наповнення хвороби. Цей простір за своєю функцією є простором для емоційної проробки і усвідомлення хвороби, а також шляхів подолання її.

У 22% хворих на ХХ і 6% хворих на СН спостерігалися образні абстрактно-філософські малюнки ($p \leq 0,01$). Так, Б.Ю., хвора на СН, уявила образ хвороби як замкнену спіраль, а образ лікування – як розімкнену спіраль, і дала пояснення своїм малюнкам: “Замкнена спіраль є образом обмежень і внутрішньої несвободи. Розімкнена спіраль символізує можливість внутрішньої свободи, свободи від обмежень, яка досягається за рахунок правильного лікування”.

Заслугує на увагу те, що у 30% хворих на ХХ, у порівнянні з 6% хворих на СН, діагностувався перешкодний смисл хвороби. Так, в малюнках часто звучав мотив “подолання перешкод”, а сама хвороба асоціювалася з перешкодами. На наш погляд, перешкодний смисл хвороби також пов'язаний з феноменом розбалансування когнітивної і емоційної складових в структурі ВКХ.

Також цікаво відмітити, що у 35% хворих на ХХ проти 12% хворих на СН у проєктивних малюнках було присутнє сонце. Даний феномен, на наш погляд, узгоджується з переважним вибором хворими на ХХ жовтого кольору в методиці КТВ і пов'язаний з їх підвищеною потребою віри в позитивне майбутнє.

Загалом при аналізі проєктивних малюнків хвороба і її лікування виявилися взаємопов'язаними у 52% хворих на ХХ і 59% хворих на СН, не пов'язаними – у 22% хворих на ХХ і 6% хворих на СН ($p \leq 0,01$). Образ лікування взагалі був відсутнім у 26% хворих на ХХ і 35% хворих на СН.

За емоційним фоном проєктивних малюнків і оповідань 57% малюнків хворих на ХХ і 47% малюнків хворих на СН виявилися позитивними, 22% і 18% відповідно – негативними, 22% і 35% – нейтральними. У позитивних малюнках і оповіданнях був присутній позитивний настрій на лікування і впевненість у позитивному майбутньому. Негативні малюнки відбивали негативні емоції, зокрема, страх, який часто виражався в образі труни або хреста. Отже, спостерігалася тенденція до поляризації емоційного забарвлення хвороби і її лікування у хворих на ХХ, що проявлялося у зниженні кількості нейтральних малюнків у хворих на ХХ у порівнянні з хворими на СН ($p \leq 0,05$).

Отже, в результаті дослідження смислу хвороби були отримані різні варіанти смислової редукції, які характерні для хворих на Х і СН, що виражалися у різних типах проєктивних малюнків і оповідань. Так, з редукціоністських типів малюнків (механістичні та конкретно-образні) для хворих на ХХ виявлялася характерною переважна наявність механістичних малюнків, яку можна пояснити дією захисних механізмів заперечення і раціоналізації. Захисне заперечення призводить до ізоляції негативних емоційних переживань, що пов'язані з хворобою, і, як наслідок, відсутності образного простору для емоційного і смислового наповнення хвороби. Захисна раціоналізація редукує усвідомлення хвороби до уявлення про процедури лікування і самоконтролю хвороби. Переважна наявність образних конкретних малюнків у хворих на СН є іншим варіантом смислової редукції і пов'язана, на наш погляд, з недорозвиненістю способів знаково-символічного опосередкування хвороби.

Матеріалом для дослідження емоційного досвіду хворих на ХХ і СН послужила методика вільної класифікації дескрипторів емоцій. В цілому хворі на ХХ краще справлялися з виконанням даної методики. Емоції, що входять до тієї або іншої групи, багато в чому відповідали їх експертній оцінці. Частіше всього групами, що виділялися, були: “депресія” (78%), “провина” (60%), “радість” (60%), “страх” (52%), “позитивне ставлення до людей” (50%).

Частіше за все хворими на СН виділялися такі групи: “страх” (91%), “депресія” (74%), “позитивне ставлення до людей” (64%), “радість” (64%), “агресія” (52%). При цьому, на відміну від хворих на ХХ, вони часто включали до групи емоції, які не належали до

даної групи за експертним віднесенням. Найбільш часто змішані емоційні групи являли собою комплекси “страх-агресія” (64%) і “провина-агресія” (55%). Заслугує на увагу, що при цьому групи носили назви “страх” і “провина” відповідно, тобто переживання власне агресивних емоцій не усвідомлювалися хворими на СН. З одного боку, даний феномен узгоджується з даними літератури про наявність у хворих на СН прихованої, неусвідомлюваної, стримуваної агресії, яка може трансформуватися у переживання багатоемоційного спектру, в нашому випадку, страху і провини. Цей факт стає особливо цікавим, якщо врахувати протилежність в системі емоційних координат Злобіна емоційних комплексів провини і агресії. Імовірно, тут діє захисний механізм реактивного утворення (або гіперкомпенсації, за Плутчиком), внаслідок якого агресія на рівні суб’єктивного переживання перетворюється на свою протилежність, тобто провину. З іншого боку, така недиференційованість емоційних комплексів та їх недостатня усвідомленість хворими на СН свідчить на користь наявності у них алекситимічних рис.

Бланковий варіант методики класифікації дескрипторів емоцій не виявив значних відмінностей між хворими на ХХ і СН за параметрами об’єму загального і частотного словників емоційного досвіду, які склали 76 і 27 дескрипторів відповідно у хворих на ХХ і 70 і 25 дескрипторів у хворих на СН. Однак процедура частотного аналізу змісту словників частотного емоційного досвіду хворих на ХХ і СН і співвіднесення дескрипторів емоцій, що його складають, з виділеними експертними групами дозволяє виявити деякі цікаві відмінності, які представлені в таблиці 2.2.

Отже, з таблиці можна побачити, що в цілому поняття для емоцій, які часто переживаються, багато в чому схожі у хворих на ХХ і СН. У хворих на ХХ виявився більш диференційованим і частотним емоційний комплекс “сором-провина”, у хворих на СН – “страх”. Це ще раз указує на підвищену суб’єктивну значущість станів тривоги для хворих на СН, що, ймовірно, напряму пов’язано зі специфікою захворювання. Перманентний ризик настання серцевого нападу, а також його реально пережитий досвід створюють ситуацію вітальної загрози для хворих на СН, що обумовлює виникнення тривожно-фобічних станів.

Тривожність вивчалася нами в її проявах як на усвідомлюваному, так і на неусвідомлюваному рівнях з метою більш повного уявлення про її регулюючу функцію. Ми вже відмічали більшу диференційованість і представленість тривожного комплексу в емоційному досвіді хворих на СН, що свідчить про більш високий рівень тривоги у даної групи хворих у порівнянні з хворими на ХХ.

Таблиця 2.2

Розподіл найбільш частотних дескрипторів емоцій, що часто переживаються, за кожною з 9-ти експертних груп у хворих на ХХ і СН

| Експертні групи | Хворі на ХХ | Частота (у %) | Хворі на СН | Частота (у %) |
|-----------------------|--------------------|---------------|----------------|---------------|
| Страх | Занепокоєння | 81 | Занепокоєння | 75 |
| | Хвилювання | 76 | Хвилювання | 75 |
| | Тривога | 62 | Тривога | 63 |
| | Настороженість | 43 | Настороженість | 44 |
| | Побоювання | 43 | Побоювання | 44 |
| | | | Страх | 44 |
| | | | Переляк | 44 |
| | | Напруженість | 44 | |
| Безстрашність | - | - | Рішучість | 38 |
| Радість | Веселість | 81 | Веселість | 88 |
| | Радість | 76 | Радість | 75 |
| | Задоволення | 52 | Задоволення | 56 |
| | | | Насолода | 44 |
| Смуток | Смуток | 76 | Смуток | 44 |
| | Засмучення | 57 | Сум | 44 |
| | Сум | 48 | Апатія | 44 |
| | Туга | 43 | Зневіра | 31 |
| Сором | Жаль | 57 | Жаль | 44 |
| | Провина | 52 | Незручність | 31 |
| | Незручність | 48 | | |
| | Ставання на заваді | 43 | | |
| | | Ніяковіння | 43 | |
| Гнів | Невдоволення | | Роздратування | 75 |
| | Роздратування | | Невдоволення | 63 |
| | Обурення | | Обурення | 44 |
| | Гнів | | Гнів | 31 |
| Симпатія | Ніжність | 71 | Ніжність | 75 |
| | Симпатія | 67 | Любов | 75 |
| | Жалість | 62 | Симпатія | 56 |
| | Любов | 57 | Гордість | 50 |
| | Зачарованість | 38 | Жалість | 38 |
| Антипатія | Неприязнь | 33 | - | - |
| Інтелектуальні емоції | Інтерес | 86 | Інтерес | 88 |
| | Удоволення | 71 | Подив | 69 |
| | Подив | 43 | Удоволення | 63 |

За результатами використання методик, спрямованих на вивчення самооцінки емоційних станів, зокрема А. Уесмана і Д. Рікс, а також Спілбергера, не було виявлено значущих відмінностей між хворими на ХХ і СН. Середні показники самооцінки тривожності склали 42 і 43 Т-бала відповідно. Однак у процентному співвідношенні кількість людей, що показали підвищений рівень тривожності (вище 46 Т-балів), мала певні відмінності: підвищений рівень тривожності виявився характерним для 50% хворих на СН і тільки 33% хворих на ХХ ($p \leq 0,01$). Таким чином, можна дійти висновку, що хворі на СН відрізняються більш високим рівнем усвідомлюваної тривожності.

Неусвідомлювана тривога вивчалася за допомогою розкладання за уподобаннями в процесі реалізації методики КТВ (тест Люшера), а також аналізу проєктивних малюнків (МНТ).

За результатами тесту Люшера відсутність неусвідомлюваної тривоги (розміщення основних кольорів на перші чотири позиції, а другорядних кольорів негативного спектру на останні позиції) показали 36% хворих на ХХ і 53% хворих на СН. Таким чином, хворі на ХХ відрізняються більш високим рівнем неусвідомлюваної тривожності. Заслуговує на увагу той факт, що 44% хворих на ХХ помістили синій колір на останній позиції (проти 16% хворих на СН, $\leq 0,01$), що свідчить про фрустрацію потреби у спокої, емоційній напрузі.

Графологічний аналіз методики МНТ виявив високий рівень неусвідомлюваної тривожності хворих на ХХ і її середній рівень у хворих на СН. Графічні знаки тривоги зустрічалися у 81% проєктивних малюнків хворих на ХХ і 46% малюнків хворих на СН ($p \leq 0,01$).

Отже, за результатами дослідження тривожності хворі на ХХ і СН виявили дисбаланс усвідомлюваного і неусвідомлюваного рівнів тривожності. Хворі на ХХ мали високий рівень неусвідомлюваної тривожності і середній рівень усвідомлюваної тривожності, тобто виявили тенденцію до заперечення тривоги. Імовірно, даний феномен виконує захисну функцію і пов'язаний з недостатнім прийняттям захворювання хворими на ХХ.

Хворі на СН, навпаки, мали високий рівень усвідомлюваної тривожності і середній рівень неусвідомлюваної тривожності, тобто виявили тенденцію до переоцінки тривоги. На наш погляд, даний феномен може пояснити значущий вклад емоційних факторів у провокування серцевих нападів і рецидивуючий хід СН. Між хворими з тяжким (напади більше одного разу на тиждень) і середнім ходом СН були виявлені значущі відмінності за шкалою самооцінки тривожності ($p \leq 0,05$).

На наш погляд, виявлені варіанти дисбалансу усвідомлюваного і неусвідомлюваного рівнів тривожності є регуляторними феноменами, оскільки в обох випадках мають місце труднощі довільного управління станами тривоги.

Слід відмітити, що в рамках даної роботи ми не ставимо питання про те, чи є емоційні феномени, що розглядаються нами, станами або стійкими особистісними рисами, тому ми розглядаємо їх скоріш як стани, тому що це не несе такого науково-теоретичного навантаження, як у випадку розглядання їх як емоційно-особистісних рис.

Вивчення агресивності також проводилося нами на усвідомлюваному і неусвідомлюваному рівнях. Показником усвідомлюваного рівня агресії служила шкала самооцінки рівня агресивності, неусвідомлюваного – аналіз проєктивних малюнків і оповідань.

За результатами використання методики, яка спрямована на вивчення самооцінки емоційних станів, зокрема станів агресії (СТАФР), також не було виявлено значущих відмінностей між хворими на ХХ і СН. Середні показники самооцінки агресивності склали 43 і 44 Т-бала відповідно. У процентному співвідношенні кількості людей, що показали підвищений рівень агресивності (вище 46 Т-балів), також мали місце невеликі відмінності: підвищений рівень агресивності виявився характерним для 43% хворих на СН і 39% хворих на ХХ ($p \leq 0,05$). Таким чином, можна заключити, що хворі на ХХ і СН значуще не розрізняються за рівнем усвідомлюваної агресивності, який розташовується у нормативних межах.

За методикою МНТ були отримані такі результати. Частота повторюваності знаків відкритої агресивності (присутність в малюнках рогів, зубів, кігтів) склала 42% у хворих на ХХ і 56% у хворих на СН ($p < 0,05$); подавленої агресивності (наявність гострих кутів в малюнках) – 28 і 46% відповідно ($p \leq 0,05$). Таким чином, хворі на СН відрізняються підвищеним рівнем стриманої агресії у порівнянні з хворими на ХХ, що узгоджується з даними літератури.

Звертає на себе увагу контраст рясності графологічних знаків агресії і їх відсутність у проєктивних оповіданнях хворих на СН. Так, погрозливі, хижі на вигляд тварини описуються як траводні, дуже добрі і безневинні істоти. При цьому графологічні знаки агресії звичайно раціоналізувалися і несли важливе природне функціональне навантаження ("санітари лісу"). Частота проявів розходження наявності графологічних знаків агресії і її відсутність у проєктивних оповіданнях склала 50% у хворих на СН і тільки 17% у хворих на ХХ ($p \leq 0,01$). Даний факт ще раз указує на підвищений рівень стриманої агресії у хворих на СН.

Підвищений рівень неусвідомленої агресії хворих на СН підтверджується також описаними вище результатами класифікації дескрипторів емоцій з включенням емоційного комплексу гніву в інші емоційні комплекси (страху і сорому).

На наш погляд, дисбаланс усвідомленого і неусвідомленого рівнів агресивності хворих на СН можна розглядати як регуляторний феномен, що також має своїм наслідком їх нездатність контролювати вплив емоційних факторів на хід хвороби.

Шкала самооцінки агресивності оцінює когнітивний аспект відбиває скоріше рівень ворожості хворих на ХХ і СН. Але з метою термінологічної зручності будемо говорити про агресивність у широкому розумінні слова, яке відображає загальну негативну ворожу когнітивну позицію.

Матеріалом для вивчення фрустрованості і ригідності хворих на ХХ і СН послужила інформація, отримана в процесі реалізації методики самооцінки емоційних реакцій А. Уесмана та Д. Рікс. Результати представлені в таблиці 2.3.

Фрустрація як суб'єктивне сприйняття ситуації як безвихідної і безперспективної, на наш погляд, також може мати відношення до емоційної саморегуляції з точки зору адекватності емоційного оцінювання. Емоційна ригідність сприяє хроніфікації афекту (особливо негативного) і, як наслідок, хроніфікації психосоматичного захворювання.

Таблиця 2.3

Середні значення тестових балів методики самооцінки емоційних реакцій

| Хворі | Обсяг емоц. досвіду | Обсяг част. емоц. досвіду | Тривожність | Агресія | Фрустрація | Ригідність |
|-------|---------------------|---------------------------|-------------|---------|------------|------------|
| ХХ | 76 | 27 | 42 | 43 | 42 | 47 |
| СН | 70 | 25 | 43 | 44 | 44 | 50 |

За результатами проведення методики А. Уесмана і Д. Рікс, середні показники фрустрації і ригідності склали 42 і 47 Т-балів у хворих на ХХ і 44 і 50 Т-балів у хворих на СН. При цьому підвищений рівень фрустрації проявили 28% хворих на ХХ і 36% хворих на СН; підвищений рівень ригідності – 67% хворих на ХХ і 64% хворих на СН. Підвищений рівень ригідності виявився характерним як для хворих на ХХ, так для хворих на СН.

Як вже було сказано вище, ми не ставили спеціальної мети дослідження алекситимії. Необхідність звернення до даного конструкту виникла в ході аналізу даних літератури. При оцінці вираженості алекситимії ми виходили з уявлення про неї як складного

інтегративного феномену, що характеризується специфічними емоційними, когнітивними і особистісними особливостями.

Матеріалом для дослідження алекситимії хворих на ХХ і СН послужила методика класифікації дескрипторів тілесних відчуттів і емоцій, “Зайве відчуття” (емоційні особливості), методика візуалізації хвороби і її лікування, методика МНТ (когнітивні і особистісні особливості).

За результатами методики класифікації дескрипторів тілесних відчуттів базовий поділ на фізичні і емоційно-оціночні характеристики тілесних відчуттів виявили 55% хворих на ХХ і тільки 38% хворих на СН. Спеціальна організація матеріалу у формі завдань на виключення дозволила виявити подібний поділ у хворих на ХХ. Середня кількість виключень, що відповідають поділу тілесного досвіду на фізичні і емоційно-оціночні характеристики відчуттів, склало у них 8,6 із 10 завдань (86%) проти 5,7 (57%) у хворих на СН). До недостатньої диференційованості фізичних і емоційно-оціночних характеристик тілесних відчуттів при їх вільній класифікації у хворих на ХХ і СН призводять різні механізми порушення тілесної саморегуляції. Таким чином, хворі на СН виявляють труднощі диференціації тілесних і емоційних станів, які розглядаються як один з алекситимічних проявів (Николаєва, 1993).

При виконанні хворими на СН завдань методики класифікації дескрипторів емоції феномен алекситимії проявився у труднощах диференціації емоцій, які вони часто не відносили до “правильних” експертних груп (пригадаємо змішані емоційні комплекси “страх-агресія” і “сором-агресія”). Також на користь наявності алекситимічних рис у хворих на СН свідчить часте використання дескрипторів тілесних відчуттів для опису емоційних станів.

Як було сказано вище, за результатами методики візуалізації хвороби і її лікування у хворих на СН була виявлена смислова редукція, яка пов'язана з дефіцитарністю засобів знаково-символічного опосередкування хвороби, що також традиційно розглядається в рамках феномена алекситимії як її когнітивні особливості (Николаєва, 1993).

Про незрілість, інфантилізм хворих на СН як особистісні прояви феномена алекситимії свідчать дані клініко-психологічної бесіди, а також графологічні знаки інфантилізму в даних методики РНТ (положення тварини анфас), які відмічалися у 58% хворих на СН і тільки у 29% хворих на ХХ ($p < 0,01$).

На наш погляд, феномен алекситимії є результатом загальної дефіцитарної здатності психіки до диференціації. Відразу ж оговоримося, що це всього лише гіпотеза, і ми не претендуємо на глобальний науково-теоретичний статус нашого припущення, яке

виражає власну авторську позицію. На рівні тілесної сфери ця дефіцитарність виражається у несформованості базових універсальних категорій організації тілесного досвіду, що детально буде обговорюватися пізніше, на рівні емоційної сфери – у недиференційованості емоційного досвіду і наявності дифузних емоційних комплексів, на рівні смислової сфери – у дефіцитарності засобів знаково-символічного опосередкування хвороби хворих на СН.

Особливо цікавими у світлі нашої гіпотези про загальну дефіцитарну здатність психіки до диференціації у хворих на СН представляються результати дослідження особливостей їх сексуальної і статево-рольової ідентифікації, які отримані в ході аналізу проєктивних оповідань за методикою МНТ. Так, виявилось, що при визначенні статі тварини 75% хворих на СН визначили її як середню (8%) або протилежну своїй біологічній (67%), завдяки чому можна зробити припущення про деякі порушення у них сексуальної і статево-рольової ідентифікації і розглянути, на наш погляд, як прояв загальної дефіцитарної здатності їх психіки до диференціації. Для порівняння тільки 33% хворих на ХХ визначили стать тварини як середню (8%) або протилежну своїй біологічній (25%, $p < 0,01$). Результати, що свідчать про порушення у хворих на СН сексуальної і статево-рольової ідентифікації, узгоджуються з даними літератури.

Отже, можна вважати, що хворі на СН характеризуються наявністю алекситимії, яку можна розглядати як феномен емоційної саморегуляції, що проявляється в комплексі емоційних, когнітивних і особистісних особливостей.

Отже, аналіз результатів дослідження особливостей емоційної саморегуляції хворих на ХХ і СН дозволив виявити недостатню диференційованість емоційного досвіду і наявність дифузних емоційних комплексів “страх-агресія” і “провина-агресія” у хворих на СН. Також для хворих на СН характерна свідомо переоцінка тривоги, неусвідомлювана агресія і наявність алекситимічного радикалу в структурі їх особистості. Для хворих на ХХ, навпаки, характерна свідомо недооцінка тривоги. Загальним для хворих на ХХ і СН є підвищений рівень емоційної ригідності.

Список використаних джерел

1. Максименко К. С. Переживання емоційних станів при соматичних захворюваннях / К. С. Максименко // Практична психологія та соціальна робота. – 2007. – № 12. – С. 26–30.
2. Максименко К. С. Теоретичні проблеми самоздійснення особистості / К. С. Максименко [за ред. академіка С. Д.

Максименка, Л. А. Онуфрієвої] // Збірник наукових праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка, Інституту психології ім. Г. С. Костюка АПН України. – Вип. 5. – [Кам'янець-Подільський: Аксіома] 2009. – С. 3–13.

3. Маляров С. А. Прогностическое значение недостаточности сна в динамике депрессивных состояний и выбор ее терапии / С.А.Маляров, Т. В. Витебская, В. А. Демченко // Український вісник психоневрології. – 2003. – Том 11. – Вип. 3 (36). – С. 48–51.
4. Николаева Е. И. Зависимость эмоциональных реакций человека от негативных переживаний в детстве / Е. И. Николаева, В. П. Купчик, А. М. Сазонова // Психологический журнал. – 1996. – Т. 17, № 3 – С. 92–98.
5. Николаева В. В. Влияние хронической болезни на психику / В.В.Николаева. – М., 1987. – 168 с.
6. Простомолотов В. Ф. Психосоматические расстройства (клиника, терапия, профилактика): руководство для психологов и врачей / В.Ф.Простомолотов. – Одесса, КПОГТ, 2007. – 296 с.
7. Прохоров А. О. Психические состояния и их функции / А.О.Прохоров. – Казань, 1994. – 168 с.

An annotation is the Chronic diseases, in particular, chronic kholicistid and cardiac insufficiency come forward the attributive signs of the emotional experiencing of personality. The emotional experiencing of mental condition of illness comes forward the core of diyal'nisnogo oposeredkuvannya of personality development. Motion chronic illness comes forward the determinant of display of those or other mental conditions.

Keywords: mental conditions, emotional experiencing of illness, psychology of concepts: work, happiness, zdorov'ya, sim'ya, nocifensors.

Отримано: 12.03.2010