

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ  
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
імені В. Н. КАРАЗІНА

На правах рукопису

**ДІН ШАОЦЗЕ**

УДК 159.923:345

**ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ЖІНОК З  
ГІНЕКОЛОГІЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ**

19.00.04 – медична психологія

Дисертація на здобуття наукового ступеня  
кандидата психологічних наук

**Науковий керівник:**  
доктор психологічних наук, професор  
Кочарян Олександр Суренович

Харків - 2016

## ЗМІСТ

ВСТУП.....	4
<b>РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ВИВЧЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПРИ ГІНЕКОЛОГІЧНІЙ ПАТОЛОГІЇ.....</b>	
1.1. Медичні аспекти гінекологічних патологій.....	10
1.2. Реакції на хворобу і психологічні особливості осіб з соматичною патологією.....	14
1.2.1. Особливості психологічного стану соматичного хворого.....	21
1.2.2. Вплив хвороби на психіку людини.....	28
1.3. Психологічні особливості жінок з гінекологічною патологією.....	43
1.4. Психотерапія жінок з гінекологічною патологією.....	47
Висновки до розділу 1:.....	51
<b>РОЗДІЛ 2. ХАРАКТЕРИСТИКА ВИБІРКИ І МЕТОДІВ ДОСЛІДЖЕННЯ.....</b>	
2.1. Характеристика вибірки.....	54
2.2. Характеристика методик дослідження.....	55
Висновки до розділу 2:.....	61
<b>РОЗДІЛ 3. ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ЖІНОК З ГІНЕКОЛОГІЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ.....</b>	
3.1. Особливості емоційної сфери жінок з гінекологічною патологією...	63
3.2. Особистісні особливості жінок з гінекологічною патологією.....	69
3.3. Особливості статевої сфери жінок з гінекологічною патологією.....	92
3.4. Особливості адаптивно-захисного комплексу у жінок з	

гінекологічною патологією.....	101
Висновки до розділу 3:.....	114
РОЗДІЛ 4. ПРОГРАМА ПСИХОКОРЕКЦІЇ ДИСФУНКЦІОНАЛЬНИХ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ЖІНОКЗ ГІНЕКОЛОГІЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ.....	118
4.1. Мета і основні етапи психокорекції.....	118
4.2. Теоретичні положення психокорекційної програми.....	119
4.3. Методи психокорекційної програми.....	124
4.4. «Мішені» психокорекційної програми дисфункціональних особистісних особливостей .....	133
4.5. Програма психокорекції.....	145
4.6. Оцінка ефективності психокорекційної програми.....	152
Висновки до розділу 4:.....	156
ВИСНОВКИ.....	158
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ.....	164
ДОДАТКИ.....	184

## ВСТУП

**Актуальність теми.** В останні роки спостерігається зростання числа гінекологічних захворювань [14; 50; 88], які ставлять жінку в ситуацію життєвої кризи [13; 46; 77; 101; 102; 103; 104; 105; 89; 90]. У структурі гінекологічної патології найбільш поширеними є ендометріоз та міома матки, частота яких неухильно зростає [3; 14; 88; 89; 90; 95; 129; 132; 133; 139; 140; 141; 142]. Поширеність міоми матки досягає 30% у жінок репродуктивного віку, з яких половина піддається радикальному оперативному втручанню, а ендометріозу - 5 - 33% серед безплідних жінок, 5 - 21% серед жінок, які звернулися до фахівців з скаргами на болі внизу живота, 7-10% при обстеженні з приводу пухлинних утворень у малому тазі. Ендометріоз займає третє місце серед усіх гінекологічних захворювань. Тривалий гінекологічний розлад є чинником, що суттєво трансформує усі ланки життя хворої жінки, значно знижує рівень її психічного функціонування [113; 174], призводить до маніфестації суб- та власне клінічних психічних розладів [50; 69; 70; 72; 79; 117; 174]. Гінекологічні захворювання стигматизовані переживаннями провини, сорому, тривоги, почуттям неповноцінності [8; 73; 101; 102; 103; 104; 105; 147; 148].

Наслідками вищезазначених розладів є порушення репродуктивного здоров'я, партнерських стосунків, функціонування сім'ї, системи значущих ставлень, звуження кола контактів, зміни жіночої та соціальної ролей [81; 82; 102; 103; 104] тощо. У ряді випадків психосоціальні наслідки хвороби переживаються більш гостро, ніж порушення власне соматичного функціонування [21; 22].

Захворювання, що зачіпає інтимну сферу особистості, є серйозним психотравмуючим чинником, подолання якого потребує значного психологічного ресурсу хворого, наявність у нього деяких психологічних особливостей [16; 63; 64; 65; 67; 68; 71; 73; 74; 75, 81; 82; 147; 148].

Тяжкість перебігу гінекологічного захворювання, його хронізація, ставлення до лікування багато в чому залежать від психологічних

особливостей пацієток [16; 17; 79; 172]. Тому більш ефективна допомога гінекологічним хворим має спиратися на знання психологічних ланок формування та перебігу хвороби, які можуть стати мішенями психокорекційної роботи. Вивчення психологічних особливостей жінок з гінекологічною патологією дозволить створити програму психокорекції з урахуванням як дезадаптивних складових, так й особистісних ресурсів хворих жінок. Встановлення загальних та специфічних психологічних особливостей при гінекологічній патології необхідне для визначення мішеней психокорекції та розробки ефективних заходів психологічної допомоги цьому контингенту хворих.

**Зв'язок роботи з науковими програмами, темами, планами.**

Дисертаційне дослідження виконано відповідно до тематики наукових досліджень кафедри психологічного консультування і психотерапії Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна в рамках НДР «Гендерний розвиток особистості сучасної молоді: особливості соціалізації та життєвих стратегій» (№ д/р 0111U010554, шифр 1–35–12; 01.01.2012–31.12.2014).

**Мета і задачі дослідження.** Мета – на основі поглиблення теоретичних уявлень про психологічні особливості жінок з гінекологічною патологією розробити програму психокорекції дисфункціональних психологічних особливостей жінок з гінекологічною патологією.

**Задачі дослідження:**

- 1) провести теоретико-методологічний аналіз літератури щодо психологічних особливостей гінекологічних хворих;
- 2) визначити емоційну сферу жінок з гінекологічною патологією;
- 3) виявити особливості особистості жінок з гінекологічною патологією;
- 4) визначити особливості статеворольової сфери жінок з гінекологічною патологією;
- 5) визначити захисні та адаптаційні стратегії жінок з гінекологічною патологією;

б) розробити програму психокорекції дисфункціональних психологічних особливостей жінок з гінекологічною патологією.

*Об'єкт дослідження* – особистість жінок, що страждають на гінекологічні розлади.

*Предмет дослідження* – психологічні особливості жінок з гінекологічною патологією (ендометріоз та міома матки) та їх корекція.

**Методи дослідження.** Для досягнення мети дослідження було використано комплекс методів: теоретичний (аналіз, систематизація, узагальнення), інтерв'ю, психодіагностичний, метод експертних оцінок, математико-статистичний.

**Теоретико-методологічною основою дослідження** є положення генетичної психології С.Д. Максименка, концептуальні ідеї соматопсихології та психосоматики (Ф. Александер, Г. Аммон, В.В. Ковальов, Р.О. Лурія, В.М. Ніколаєва, І. Харді та ін.), медико-психологічні дослідження в гінекологічній клініці (М.В. Маркова, А.О. Макаренко, В. Д. Менделевич, Р.Ф. Насирова, Е.А. Потьомкіна та ін.), дослідження емоційної сфери (К. Ізард, Д.Б. Ересько, М.Е. Телешевська та ін.), теоретичні та експериментальні розробки в галузі психології захисної і адаптивної поведінки (Т.Л. Крюкова, В.А. Ташликов та ін.), теоретичні та експериментальні положення психології статі та гендеру (Т.В. Бендас, О.С. Кочарян та ін.), основи медико-психологічної допомоги та психокорекції (Л.Ф. Бурлачук, О.С. Кочарян, К.С. Максименко, Б.В. Михайлов, Н.Ф. Шевченко, Л.Ф. Шестопалова та ін.).

**Наукова новизна** одержаних результатів дослідження полягає в тому, що в дисертації

*вперше:*

- визначені особливості статевої сфери особистості жінок з гінекологічною патологією, а саме: її інвертність (маскулінність), незрілість та дискордантність, заблокованність (незрілість) жіночої гендерної ідентичності (передчасна та дифузна);

- визначені особливості структури агресивного потенціалу особистості хворих жінок, а саме: підвищення показників деструктивної та дефіцитарної агресії та зниження показника конструктивної агресії, що відбивається у недостатньої загальної активності, браку здатності до ведення продуктивного діалогу, схильності до уникнення конфронтації;

*отримали подальший розвиток:*

- теоретичні уявлення про емоційну сферу особистості жінок з гінекологічною патологією: алекситимія, її дистанційованість й дисоційованість з еґо-структурами та з тілом, нерозвинена здатність до адекватного емоційного реагування;

- теоретичні уявлення щодо ролі інконгруентності досвіду та «Я»-концепції у підтримці «хибного кола» психосоматичного розладу, що робить його резистентним до терапії;

- теоретичні уявлення щодо складнощів формування та підтримки хворими жінками зрілих партнерських контактів у зв'язку з їх конотованістю інфантильними регуляторами – почуттями сорому, провини та неповноцінності;

- система уявлень про особливості особистості жінок з гінекологічною патологією, а саме: існують як загальні (зниження оптимізму, соціабельності, негативне самоствавлення, інфантильність тощо), так й специфічні (для жінок, які хворі на міому матки, - боязкість, сором'язливість, заглибленість у себе, поступливість, нерішучість тощо; для жінок, які хворі на ендометріоз, - зайвий самоконтроль, ворожість, підозрілість, потреба в домінуванні, амбітність тощо) риси особистості, які є психологічними чинниками резистентності до лікувального впливу;

*доповнені і уточнені:*

- наукові знання про захисні і адаптаційні особливості жінок з гінекологічною патологією, а саме: надмірне посилення механізмів психологічного захисту, які мають особливості функціонування в залежності від форми гінекологічної патології, а також зв'язків з показниками адаптації.

**Практичне значення одержаних результатів** дисертаційного дослідження полягає в тому, що запропонована програма психокорекції дисфункціональних психологічних особливостей жінок з гінекологічною патологією.

Результати дослідження впроваджені в лікувальний процес КЗОЗ «Харківського міського пологового будинку №1» (акт впровадження № 415 від 14.04.2016); а також в навчальний процес підготовки психологів у Харківському національному університеті імені В.Н. Каразіна у курсах: «Психологія соматичних хворих», «Основи психотерапії», «Основи сексології», «Методи психокорекції та психотерапії» (акт впровадження № 0202-1026 від 28.04.2016 ); у консультативну й психотерапевтичну практику ВГО «Інститут клієнт-центрованої та експерієнтальної психотерапії», м. Харків (акт впровадження № 01-26 від 29.04.2016).

**Особистий внесок здобувача.** У статті, написаній у співавторстві з О.С. Кочарян та А.О. Макаренко, здобувачу належить аналіз літературних джерел, розробка плану дослідження, обробка емпіричного матеріалу, формулювання висновків.

**Апробація результатів дисертації.** Основні результати дисертаційного дослідження було представлено й обговорено на засіданнях кафедри психологічного консультування і психотерапії Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна (2013–2016), Міжнародній молодіжній науковій конференції «Вектори психології – 2014» (Харків, 2014 р.); Науково-практичній конференції студентів і молодих учених «Психологія в сучасному світі» (Харків, 2014, 2015 р.), Міжвузівській конференції молодих вчених та студентів (Харків, 2014 р.), Міжвузівському науково-практичному семінарі «Актуальні питання сучасного соціогуманітарного знання» (Харків, 2015), Всеукраїнській науково-технічній конференції «Інтегровані комп'ютерні технології в машинобудуванні ІКТМ - 2015» (Харків, 2015 р.), Міжнародній науково-



практичній конференції «психологія та педагогіка: методика та проблеми практичного застосування» (Львів, 2015 р.).

**Публікації.** Матеріали дисертаційної роботи опубліковані в 14 роботах, з них 4 статті – у фахових виданнях з психології, включених до переліку, затвердженого МОН України, 2 статті – у періодичних виданнях інших держав, включених до міжнародних науково метричних баз даних, 8 – в збірках матеріалів тез доповідей.

**Структура та обсяг роботи.** Дисертація складається з вступу, чотирьох розділів, висновків, списку використаної літератури (181 позиції). Загальний обсяг роботи - 206 сторінки, основний - 163.

# РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ВИВЧЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПРИ ГІНЕКОЛОГІЧНІЙ ПАТОЛОГІЇ

## 1.1. Медичні аспекти гінекологічних патологій

Згідно з даними медичної літератури, близько 30% жінок мають різні порушення функції репродуктивної системи. Постійне зростання гінекологічних захворювань жінок репродуктивного віку відбувається в останні роки практично за всіма нозологічними формами. Найбільш частими гінекологічними захворюваннями, асоційованими з порушенням реалізації репродуктивної функції, є ендометріоз і міома матки, частота і омолодження яких в останні роки неухильно зростає [2, 3, 9, 10, 11, 16, 24, 27, 29, 30, 32, 34, 36, 41, 46, 53, 59, 77, 88, 95, 109, 113, 114, 115, 120, 121, 125, 129, 130, 131, 132, 133, 139, 140, 141, 142].

Ендометріоз - доброякісне захворювання, при якому клітини слизової оболонки матки можуть виявлятися в інших органах / тканинах. Процес може бути геніальним і охоплювати органи малого тазу(маткові труби, яєчники, зв'язковий апарат) або / та екстрагенітальні, з залученням органів черевної порожнини, сечового міхура, легеневої тканини. Хвороба зустрічається у 10-15% жінок у віці від 25 до 44 років [2, 3, 9, 36].

Причини походження хвороби досі точно не встановлені. Певну роль відіграє спадковість. На думку багатьох фахівців, ендометріоз - гінекологічний прояв системної патології, що виникла в результаті порушення регуляції імунних і гормональних процесів [3, 10, 11].

Факторами ризику розвитку ендометріозу є ускладнені пологи і пологи у віці старше 30 років, кесарів розтин, аборти, а також діатермокоагуляція шийки матки, яка часто використовується для лікування ерозій. Якщо це втручання проводиться напередодні менструації, то висока ймовірність проникнення клітин ендометрію в ранову поверхню з подальшим розвитком

ендометріюїдних розростань в товщі шийки матки і порожнини малого таза [2, 14].

Типовими клінічними симптомами є болісні менструації, болі в області малого тазу, безпліддя, перед- і постменструальні мажучі виділення, маткові кровотечі. Рідше спостерігаються болі при дефекації і при статевих зносинах. При залученні в патологічний процес сусідніх органів (прямої кишки, сечового міхура) в ряді випадків можуть спостерігатися запори, прискорене сечовипускання, гематурія та ін. Характерною ознакою ендометріозу шийки матки є кров'янисті виділення зі статевих шляхів в між менструальні періоди. При ендометріозі піхви можуть відзначатися кров'янисті виділення зі статевих шляхів до і після менструації, а при проростанні стінки піхви виникають болі в піхві під час менструації, при статевих зносинах.

Аномально розташовані тканини ендометрія і спаяний процес, що розвинувся, можуть значно порушувати функцію уражених органів (кишкова непрохідність, безпліддя (в 20-25% випадків) [2, 9, 36].

Ендометріоз може протікати і практично без симптомно, і жінка може не здогадуватися про своє захворювання [9, 38].

Важким ускладненням ендометріозу є безплідність, яка виникає більш ніж у 60% хворих. За даними медичної статистики, ендометріоз діагностується в кожному другому випадку жіночого безпліддя. При здавлюванні нервових стовбурів можуть виникнути різні неврологічні порушення. Часті кровотечі можуть призвести до анемії (малокрів'я), внаслідок якої можуть виникати підвищена стомлюваність, блідість шкірних покривів, задишка, серцебиття, головні білі, а також запаморочення, шум у вухах, неприємні відчуття в області серця, різка загальна слабкість. Найважчим ускладненням ендометріозу є малігнізація - переродження ендометріюїдних тканин в злоякісну пухлину [36, 109, 133].

Одним з найпоширеніших гінекологічних захворювань на сьогодні є міома матки (її частота, за даними різних авторів, коливається в межах 17-45%) - майже кожна п'ята жінка має цю патологію. Якщо раніше вважалося,

що міома матки частіше зустрічається у жінок старше 30-35 років, то в наш час вона нерідко зустрічається у 18-25-річних жінок [16, 24, 27, 29].

Міома матки (лейоміома, фіброміома, фіброма) - гормонозалежна доброякісна пухлина міометрію. Розвиток пухлини пов'язаний з порушеннями в гіпоталамно-гіпофізарній зоні і підвищеною продукцією естрогенів. В залежності від локалізації міоматозних вузлів розрізняють інтрамуральні, субсерозні і субмукозні міоми матки. Найчастіше вузли розташовуються в тілі (95%), рідше - в шийці матки (5%) [29, 31, 50].

Досі не сформульована єдина причина розвитку міоми матки. Більшість дослідників пов'язують її з підвищеною гормональною сприйнятливістю і генетичною схильністю, називаючи однією з вирішальних причин виникнення міоми зміни в гормональному гомеостазі, що призводять до морфологічних змін в міометрії. Жінки можуть мати генетичну схильність до розвитку міоми матки, проте захворювання розвивається за наявності певних чинників, серед яких: штучне переривання вагітності; численні хірургічні маніпуляції на слизовій оболонці (при абортах, вискоблюваннях); супутні екстрагенітальні і гінекологічні захворювання; життя в мегаполісах; переважно м'ясна дієта; надлишкова маса тіла; серцево-судинні захворювання (гіпертонічна хвороба та ін.); супутні гінекологічні захворювання (ендометріоз, хронічні запальні захворювання придатків матки та ін.); спадкова схильність; психологічні аспекти; стан хронічного стресу; відкладання перших пологів на пізній вік (30 -35 років) і т.д. [113, 114, 115].

У більшості жінок захворювання може протікати безсимптомно. Проте, залежно від місця розташування, розміру і числа фіброматозних вузлів, жінка може відзначати наступні типові ознаки міоми матки:

- Розлади менструації (тривалі, рясні, або навіть мізерні місячні, між менструальні крововтрати, які можуть призводити до зниження рівня гемоглобіну).
- Тазові болі або відчуття тяжкості, дискомфорту внизу живота.
- Біль під час інтимних стосунків.

- Біль у спині, попереку, сідницях, пов'язана з тиском міоми на нерви, що йдуть до тазу і нижніх кінцівок.
- Порушення функції сечової системи, що найчастіше проявляється частими позивами до сечовипускання, включаючи потребу прокинутися вночі.
- Порушення репродуктивної функції (безпліддя, невиношування вагітності).

Дуже важливо диференціювати міому якнайскоріше, зокрема її точні розміри і розташування, від цього залежить тактика її лікування.

У жінок репродуктивного віку при наявності менструацій, міома може не рости, але зникнути зовсім, на жаль, не здатна.

Іноді цей вираз використовують для пояснення «зворотнього» розвитку фіброміоми в постменопаузі - через кілька років після припинення менструацій фібротозні вузли в міометрії в результаті регресії при УЗД мають вигляд «кальцинатів» [113, 120, 121].

Вичікувальна тактика, тобто спостереження за жінкою з діагнозом міома матки без лікування, нині багатьма авторами вважається прийнятною. При безсимптомному перебігу міоми матки розміром до 12 тижнів жінка потребує динамічного спостереження з подальшим поглибленим обстеженням для виявлення іншої патології, що сприяє розвитку міоми матки і відповідно її лікування. УЗД-діагностику пацієнткам проводять не рідше рази на рік. [130, 142].

Вибір методу лікування залежить від багатьох чинників: локалізації та розміру вузлів, їх кількості, темпу зростання, клінічних проявів міоми, ступеня порушення менструальної функції, наявності порушення функції суміжних органів, віку жінки, планів на вагітність, гінекологічного анамнезу і т.д.

Наведемо можливі варіанти сучасних методів лікування міоми матки: медикаментозне лікування; оперативне лікування (радикальне, консервативне – органозберігаюче) із застосуванням традиційних методів і

сучасних малоінвазивних методик (лапароскопія, гістероскопія) емболізація маткових артерій; ФУЗ-абляція (термічна) міоми матки; лапароскопічна коагуляція (міолізис) з використанням Nd: YAG лазера т.д.

Показаннями до консервативної терапії міоми матки є:

- Розмір міоми до 12 тижнів вагітності.
- Інтрамуральне і субсерозне (на широкій основі) розташування фіброматозних вузлів.
- Клінічно малосимптомний перебіг захворювання.
- Відсутність протипоказань до оперативного втручання.
- Бажання пацієнтки зберегти репродуктивну функцію
- Консервативне лікування, як підготовчий етап до операції, або як реабілітаційна терапія в післяопераційному періоді після консервативної міомектомії.

Оперативне лікування. Вибір методу хірургічного лікування міоми матки залежить від різних чинників. Існують радикальні і консервативні (органозберігаючі) методи хірургічного лікування міоми матки [132, 140, 141].

## **1.2. Реакції на хворобу і психологічні особливості осіб з соматичною патологією**

Людству з давніх часів відомо про те, що почуття і переживання позначаються не тільки на душевному, але також і на фізичному стані людини. Думка про єдність психічного і тілесного була висловлена ще Гіппократом. Відомі випадки смерті в результаті раптового психічного потрясіння: в стародавні часи вони стосувалися порушників табу, пізніше - при фіктивному виконанні ритуалу кари. Ще Платон і Арістотель дали філософське пояснення таким соматичним наслідкам емоцій, ідеалістично

протиставивши два начала в людині: всякий розлад психіки або тіла є наслідком диспропорції і порушення рівноваги між тим і іншим [8, 39, 52].

До початку 20 ст. у вивченні питання про взаємини психічного і соматичного чітко позначилися два напрямки: прихильники першого виходили з переважного впливу психіки і запропонували термін психосоматика, другий напрямок вважав більш значущим соматичний фактор і протиставив «психосоматиці» термін «соматопсихологія». Обидва напрямки розглядали складну проблему взаємовідносин «тіла і духу» примітивно і схематично [4, 39].

20 ст. ознаменувалось виникненням так званої «психосоматичної медицини», засновники якої підкреслювали цією назвою, що формальний поділ в медицині дисциплін, які вивчають окремо психіку і окремо внутрішні захворювання, неправомірно і шкідливо [39].

Психічне і соматичне в людині завжди виступає в єдності, в будь-якій реакції на порушення гомеостазу незалежно від того, виходить воно із зовнішнього або внутрішнього середовища. І в тому, і в іншому випадку подразник викликає в мозку відповідні реакції, що активують нейроендокринну і вегетативну системи. Таким чином, психічний чинник розглядався як одна з ланок загального патогенезу. «Психосоматична медицина» наполягає на тому, що немає окремо ні соматичних, ні психічних хвороб, а є просто хвороба [4, 17, 116, 119].

Будь-яка подія зовнішнього середовища здатна через вплив на сенсорні системи викликати в організмі відповідну реакцію напруги. Ця теорія виявила відсутню ланку між психічними і соматичними явищами. Туга, тривога, страх перекладаються мовою фізіології і викликають соматичні наслідки через нейро-вегетативно-ендокринну систему. При цьому гальмування зовнішнього (психомоторного або словесного) вираження тривоги може мати патогенне значення, коли стимули з ЦНС відводяться в автономну область і, відповідним чином, призводять до патологічних змін у внутрішніх органах. Психологічний стрес може бути зрозумілий тільки з

урахуванням того значення, яке має подразник для даної конкретної особистості з погляду її життєвого шляху і психологічних формувань. Якщо з фізіологічної точки зору адекватність переживання «небезпеки» не має важливого значення, то для психологічного розуміння хвороби і психотерапевтичних впливів аналіз саме цього моменту має важливе значення.

Психосоматична медицина, з точки зору представників цього напрямку, розвиває гіппократівський принцип. Вона накопичила чимало цікавих клінічних та експериментальних фактів, особливо в області тих захворювань, в патогенезі яких психогенія займає основне місце. Це такі захворювання: гіпертонічна хвороба, виразкова хвороба, цукровий діабет, тиреотоксикоз, нервова анорексія, ревматоїдний артрит, бронхіальна астма, нейродерматит, мігрень та ін. Одним з головних суперечливих питань психосоматики виявилася специфічність психологічного стресу для певної органічної системи [7, 82, 119].

На виділення в якості самодостатнього розділу медичної психології претендує цілий комплекс проблем, що відносяться до дослідження природи, методів лікування і профілактики психосоматичних захворювань, важливість яких в структурі захворюваності населення постійно зростає [85, 86].

Б. Д. Карвасарський вважає, що перспективними є дослідження психосоматичних залежностей шляхом використання методології психофізіологічного підходу, витоки якого містяться в працях І. М. Сеченова, І. П. Павлова, Н. Е. Введенського, А. А. Ухтомського. Великим внеском у розробку цієї методології з'явилися праці В. М. Бехтерева і В. Н. Мясищева. Представники цього напрямку ще до виникнення концепції стресу практично вивчали його психофізіологічні і психосоматичні закономірності, хоча й описували отримані результати в рамках інших концептуалізацій [39,42].

У психосоматичній медицині основне питання - це питання про специфічність синдромів. У цьому напрямку існує кілька теорій [42, 80, 81]:



1. Спадково-конституціональна схильність до пошкодження тих, чи інших органів.
2. Конституціональна схильність, яка стала результатом раннього періоду життя (пренатального і дитячого).
3. Зміни особистості в більш пізній період, що відбилися на функціях органу.
4. Ослаблення органу в результаті травми або інфекції.
5. Значення активної діяльності органу в момент психологічного стресу.
6. Символічне значення органу в системі особистості.
7. Фіксації органу в результаті затриманого психічного розвитку.

І. М. Сеченов писав про те, що «всяка хвороба тіла супроводжується психічним розладом у найрізноманітніших формах». Для розуміння механізму цього зв'язку велике значення мають роботи І. П. Павлова і його школи, які вивчали це питання з позицій кортико-вісцеральних взаємин. М.Биковим та І. Т. Курциним була показана можливість створення в експерименті умовних рефлексів внутрішніх органів і особливості формування цих рефлексів. Цими та іншими роботами підтверджувалася ідея психофізіологічного монізму, згідно якої не існує окремо ані психічних, ані фізіологічних процесів. Організм цілісний у своєму реагуванні на подразнення, що йдуть із зовнішнього або внутрішнього середовища [52, 85].

І. П. Павлов вважав, що сутністю психогенії є порушення сили і рухливості основних нервових процесів, тобто збудження і гальмування, а також порушення відносин між сигнальними системами, які виникають в результаті психотравми. Вегетативна дисфункція з переважною зацікавленістю того, чи іншого органу має місце при будь-якій формі неврозу. Можна сказати, що емоційність є сполучною ланкою між психічним і вісцеральним життям [39].

Важливо відзначити, що уявлення про тісний взаємозв'язок самопочуття людини з його психічним, насамперед емоційним станом є

одним з найважливіших у сучасній медицині та медичній психології. Вплив соматичних факторів на психіку ще недостатньо вивчено [42, 80].

Категорії «психосоматична медицина», «психосоматичні розлади» стали вживатися для того, щоб підкреслити, що поділ в медицині психіки і соматики за деяких умов шкідливий. Підкреслювалося, що якщо в 19 в. був досягнутий значний успіх в соматичному підході до інфекційних хвороб та метаболічних розладів, то цього не можна сказати про такі захворювання, як гіпертонічна, виразкова хвороби, бронхіальна астма та ін. І хоча вони є соматичними, клінічні спостереження показують, що важливу роль у їх виникненні грають психогенні фактори [1, 4, 25, 42].

Виходячи з різних психосоматичних концепцій, слід вважати, що навіть короточасні або швидкоплинні події можуть зробити глибокий вплив на стан організму шляхом зміни основних процесів, на які вони накладаються. Вони також можуть відігравати важливу, але не обов'язково головну роль, в етіології розладів поряд з іншими факторами. Прийнято вважати, що об'єднуючою ланкою між психологічною та тілесною сферами є афект, який може виражатися у формі туги, тривоги, побоювань. Психосоматичні хвороби, на відміну від психогенних, можуть характеризуватися здатністю до саморозвитку. Виникнувши психогенно, вони можуть викликати в головному мозку відповідні реакції, які активізують нейроендокринну систему і викликають тим самим функціональні зміни органів і систем. Це відбувається вже незалежно від діючої психотравмуючої або стресової ситуації [82].

Виділяють кілька видів взаємодії між психікою і соматикою, які представляють інтерес, як для лікарів, так і психологів. Істотним питанням є вплив, який соматичні захворювання здійснюють на психіку хворих. Гострі та хронічні інфекційні захворювання супроводжуються порушеннями психіки в рамках невротичних або психотичних клінічних картин. При соматопсихічних порушеннях є або безпосередній вплив соматичного захворювання на психіку, наприклад, астенія при інфекції, або важке

соматичне захворювання, яке виступає як психічна травма, а психічні порушення при цьому є психогенної реакцією. Все ж частіше, при соматопсихічних порушеннях має місце вплив обох цих механізмів [42, 81].

Реакцією особистості на стрес або фрустрацію можуть бути, з одного боку, невротичні розлади, при яких спостерігаються переважно психологічні та психопатологічні прояви, і психосоматичні розлади, які проявляються, в першу чергу, соматичними еквівалентами психічних розладів - з іншого. Ці групи порушень презентують різні способи переробки внутрішньоособистісних конфліктів: психічного і соматичного.

Невротичний спосіб може проявлятися як в умовах гострого, так хронічного стресу. Психосоматичний спосіб більшою мірою пов'язаний з хронічним впливом фрустрації і стресу [81].

Під психосоматичними розладами розуміються симптоми і синдроми порушень соматичної сфери (різних органів і систем), обумовлені індивідуально-психологічними особливостями людини і пов'язані зі стереотипами його поведінки, реакціями на стрес і способами переробки внутрішньоособистісних конфліктів.

Існує кілька моделей формування психосоматичних розладів: а) психофізіологічна, б) психодинамічна, в) системно-теоретична, г) соціопсихосоматична.

Прийнято було вважати, що кожен людський орган має як би свою психічну проекцію, це підкреслювалося ще з давніх часів, коли органом любові вважали спочатку печінку, а потім серце. Це знайшло відображення в мистецтві того часу - скульптурах, живописі та ін. Античний бог кохання Амур пронизував своєю стрілою серце. На всіх мовах серце пов'язується з виразом емоцій. Часто в побуті вживають такі вирази, як: «Серце стискається від страху», «На серці важко або легко», «Всім серцем любить». А якщо людина емоційна, добра, всіх жаліє, то про такого зазвичай кажуть: «Він все приймає близько до серця». Емоційним переживанням відповідають також

різні відчуття в серці, які пов'язані головним чином зі зміною ритму серця та іншими вазомоторними явищами [81].

Розрізняють три групи психосоматичних розладів. Це - конверсійні симптоми, функціональні синдроми (органні неврози), психосоматичні захворювання (психосоматози).

Під психосоматичними захворюваннями розуміються соматичні хвороби, основним етіологічним фактором яких є психотравмуюче переживання гострого або затяжного характеру.

До ряду таких захворювань відносять часто бронхіальну астму, гіпертонічну хворобу, стенокардію, виразкову хворобу дванадцятипалої кишки, виразковий коліт, нейродерміт, неспецифічний хронічний поліартрит. Психологічні чинники відіграють роль і при інших захворюваннях, таких як мігрень, ендокринні розлади, злоякісні новоутворення [4].

Існує декілька теорій, що пояснюють походження психосоматичних захворювань [119, 130]. Згідно з однією, психосоматичні захворювання є наслідком стресу, що виник в результаті довготривалих і нездоланих психотравм. Інша теорія пов'язує виникнення психосоматичних захворювань з внутрішнім конфліктом між однаковими за інтенсивністю, але різноспрямованими мотивами індивіда. Передбачається, що деякі типи мотиваційних конфліктів специфічні окремим психосоматичним захворюванням. Так, гіпертонічну хворобу пов'язують з наявністю конфлікту між високим соціальним контролем поведінки і нереалізованою потребою індивіда у владі. Нереалізована потреба викликає агресивність, проявити яку людина не може через соціальні установки. Наприклад, виразкову хворобу дванадцятипалої кишки пов'язують з неприйнятною для самоприйняття потребою в захисті і заступництві. При цьому, на відміну від неврозів, в основі яких також лежить інтрапсихічний конфлікт, при психосоматичних захворюваннях відбувається подвійне витіснення - не тільки неприйнятного для свідомості мотиву, а й невротичної тривоги, а також і всієї невротичної поведінки. Відповідно до третьої теорії, нерозв'язний конфлікт мотивів, як і

непереборний стрес, народжує, зрештою, психологічну реакцію капітуляції. Відмова від пошукової поведінки створює найбільшу передумову до появи психосоматичних захворювань. Це може проявлятися у вигляді явної або маскованої депресії. А поразка тих, чи інших органів і систем обумовлена генетичними факторами або особливостями онтогенетичного розвитку, які визначають, зокрема, і недостатність механізмів психологічного захисту.

У загальному вигляді механізм виникнення психосоматозів може бути представлений таким чином. Психічний стресовий фактор викликає афективну напругу, що активізує нейроендокринну і вегетативну нервову систему з наступними змінами в судинній системі внутрішніх органах. При цьому, спочатку ці зміни носять функціональний, зворотний характер, проте при тривалому і частому повторенні вони можуть стати органічними, незворотними [4, 116].

### ***1.2.1 Особливості психічного стану соматичного хворого***

Відмінність хворої від здорової людини полягає в тому, що в неї, поряд зі змінами функціонування внутрішніх органів і самопочуття, якісно змінюється і психічний стан [42, 58, 85, 92].

Переживанням хворих характерно те, що вони висловлюють тривожні думки про небезпечну, смертельну хворобу, незважаючи на відсутність такого діагнозу. Це може призводити до виникнення іпохондричного стану. Побоювання, тривога іноді визначають всю поведінку хворого, внаслідок чого може розвинути невроз у формі кардіофобії або канцерофобії. При кардіофобії хворі бояться залишатися самі вдома, виходити без супроводжуючого на вулицю. В інших випадках побоювання хворого пов'язані з думками про можливу втрату працездатності, інвалідизацію [8, 52].

Трапляється, у хворих може існувати думка про те, що обговорювати деякі захворювання з лікарем «неетично» або «непристойно». Це відноситься до венеричних, гінекологічних захворювань, імпотенції та ін. При цьому розлади і приймають хронічний перебіг, яке важко піддається лікуванню. При з'ясуванні ставлення до хвороби може бути значимою оцінка особи і поведінки хворого. Наприклад, підвищена недовірливість, вразливість хворого [54, 80].

Характер соматичного захворювання може призводити до змін у психіці хворого. Наприклад, при туберкульозі відзначається швидка стомлюваність і дратівливість, емоційна нестійкість - то радісний, то тужливий настрій. Хронічні хворі схильні надавати значення словам оточуючих щодо їх зовнішності, працездатності, змін характеру і т. д. [58, 85, 154].

При гострих захворюваннях можливий великий діапазон розладів у психічній сфері хворого: від легкої астенії до виражених психозів з глибоким затьмаренням свідомості, маячнею, галюцинаторними переживаннями, руховим збудженням. Характерологічні особливості відзначені у хворих з різними сильними фізичними дефектами особи: глухотою, сліпотою, викривленням хребта і аномаліями органів чуття. Одними з основних психічних властивостей таких хворих є підвищена вразливість, паранояльність і фіксація на своєму дефекті [42].

Можна простежити особливості поведінки і можливі психологічні реакції в рамках лікувальної діяльності на протязі її декількох етапів або фаз, в часі наступних один за іншим.

1. Премедична фаза. У цій фазі з'являються перші, ледь помітні скарги і ознаки. Виникають питання: «Що робити?» «Чого мені не вистачає?», «Чи не хворий Я?», «Чи повинен я піти до лікаря?». Людина розмірковує, фантазує; в неї проявляється занепокоєння. На цьому етапі людина намагається боротися з хворобою. З цими питаннями зв'язуються різні невизначені спогади, переживання і фантазії. При цьому, якщо хворий поділиться з ким-

небудь своїми побоюваннями, то часто він отримує протилежні поради від родичів, сусідів і співробітників. Іноді у хворих відзначається і удавана безтурботність. Поступово у хворого складається певне уявлення про захворювання.

2. Різка зміна життєвого стилю. Настає, як правило, при встановленні непрацездатності або госпіталізації. Мова часто йде про раптовий перехід від здоров'я до хвороби. А в інших випадках мова йде про перехід в таку стадію хвороби, коли хворий ізольований від роботи, від сім'ї, не має впевненості в прогнозі і характері свого захворювання і його наслідків. Це відбувається незалежно від того, чи стосується це працевлаштування, або ситуації в подружньому житті і в сім'ї. Часто хворий намагається придбати прихильність медичного персоналу тим, що виявляє до них симпатію і зав'язує з ними психологічний контакт. У людей, що були до цього часу цілком здоровими, зустрічаються підвищена невпевненість, побоювання, страхи і тривога, оскільки хвороба для них з'явилася несподіваним психічним потрясінням.

3. Активна адаптація. При цій фазі гострі і болісні симптоми хвороби поступово зменшуються, а якщо вони з початку захворювання мали більш помірний характер, то вже не турбують хворого в такій мірі. Пацієнт звикає до них, тому що пристосувався до факту хвороби. Він адаптується також і до лікарняного середовища. Підтримує в собі надію на одужання і створює при сприятливих умовах позитивне ставлення до медичного персоналу.

4. Психічна декомпенсація. У хворого може виникати відчуття обманутих надій, посилюються негативні відчуття, які він відчував на початку хвороби. Виникають невпевненість і страх, втрачається віра в лікування, в лікаря і в медичний персонал. Хворий стає імпульсивним, нетерплячим і несправедливим, набуває схильність провокувати медичний персонал, повторно звертається до нього по дріб'язковим приводом. Просить родичів і знайомих, щоб вони впливали на медичний персонал. Небезпека цієї фази полягає в конфлікті між медичним персоналом і хворим. Конфлікт

розвивається, як правило, з таким лікарем або медичною сестрою, які здаються хворому неуважними, іронічними, нещадними або не дуже кваліфікованими.

5. Пасивна адаптація і капітуляція. Хворий примиряється з важкою долею, перестає боротися за своє здоров'я і сприяти лікуванню. Пацієнт стає байдужим або негативно похмурым [81].

*Чинники, що сприяють формуванню суб'єктивного ставлення до хвороби.*

Суб'єктивне ставлення до хвороби формується на базі різних факторів, які можна об'єднати в групи:

- соціально-конституціональну ;
- індивідуально-психологічну.

Багато фахівців [42, 81 та ін.] розуміють під соціально-конституціональними параметрами вплив статі, віку та професії людини, а під індивідуально-психологічними - властивості темпераменту, особливості характеру, якості особистості, світогляд та ін. Ці фактори мають свої певні особливості.

*Стать.* До особливостей, які мають певні кореляції зі статтю людини, можна віднести такі, як краща переносимість жінками больового відчуття, станів тривалої обмеженості рухів, знерухомленості. Це може пояснюватися психофізіологічними особливостями статі, а також і психологічними традиціями ролі жінки і чоловіка в певних суспільних відносинах і культурах. Чоловіки набагато гірше, ніж жінки, переносять тривалий період обмеження рухів і повної знерухомленості. Це спостерігається в травматологічних відділеннях, коли пацієнт знаходиться у вимушеній позі протягом декількох місяців.

Треба сказати, що фізична хвороба або каліцтво часто змінюють суб'єктивну цінність різних частин тіла. З психологічної точки зору вплив на самооцінку людини і її ціннісні уявлення про різні частини власного тіла



можуть надавати психотравмуючі чинники при виникненні будь-якого тілесного дефекту.

Слід зазначити, що за результатами деяких психологічних експериментів найбільш цінними для людей виявилися ноги, очі і руки. Для жінок тіло більш цінне, ніж для чоловіків. Проводилися дослідження, коли близько 1000 чоловіків і 1000 жінок повинні були кваліфікувати відповідно до їх значимості 12 частин тіла. Були отримані такі результати - чоловіки оцінили як найбільш важливі статевий член, яєчка і язик. Оцінка не залежала від віку, тільки у старих людей оцінка статевих органів знижувалася. А у жінок оцінки виявилися менш визначеними. Лише у тих, чий вік сягнув за 70-річний рубіж, цінність язика опинялася на першому місці. Крім того, в процесі досліджень, було відзначено, що цінність окремих тілесних якостей може змінюватися під впливом суспільних процесів [42].

*Вік.* Вікові особливості людини важливі при формуванні суб'єктивного ставлення до хвороби і становлення певного типу реагування на неї. Наприклад, є дані, що для кожної вікової групи існує своє уявлення про тяжкість захворювань. Існує також якийсь розподіл хвороб по соціально-психологічній значущості і тяжкості. Для дітей, підлітків і юнаків найбільш важкими в психологічному відношенні виявляються хвороби, які змінюють зовнішній вигляд людини, роблять її непривабливою. Це пов'язано з системою цінностей, розстановкою пріоритетів, наявних у хворої молодій людини. Люди зрілого віку психологічно більш важко будуть реагувати на хронічні та захворювання, що ведуть до інвалідності. Це може бути пов'язано з системою цінностей і відображає спрямованість людини зрілого віку задовольняти соціальні потреби, такі як потреба в благополуччі, добробуті, незалежності, самостійності. Іншою значущою групою захворювань для зрілої людини вважаються так звані сороміцькі чи непристойні хвороби, до яких суспільство і самі хворі часто відносять венеричні та психічні захворювання. Психологічна реакція на них обумовлена частіше переживаннями з приводу того, як зміниться соціальний статус і авторитет

захворілого такою хворобою у випадку, якщо про це стане відомо оточуючим. Для деяких людей соромно хворіти, наприклад, гемороєм. Є групи населення, як правило, це люди, що займають керівні пости, для яких ганебними є хвороби серця. Це, ймовірно, може бути пов'язано з можливістю просування по службі. А для літніх і старих людей найбільш значущими є хвороби, які можуть призвести до смерті.

*Професія.* Людина часто оцінює тяжкість хвороби, виходячи з впливу симптомів захворювання на його теперішню і майбутню працездатність. При цьому значущою стає професійно обумовлена цінність того, чи іншого органу. Наприклад, актор чи співак може психологічно більш важко переносити ангіну або бронхіт, ніж гастрит або виразку шлунка. Пов'язано це з істотним впливом симптомів хвороби на якість виконання професійних обов'язків. А для спортсмена або людини, зайнятої активною фізичною працею, більш значущим може виявитися швидше остеохондроз хребта, ніж депресія. Для людини творчої професії - зовсім навпаки. Ймовірно, альпініст більш гостро буде переживати гіпертонічну хворобу і церебральний атеросклероз з частими кризами і симптомом запаморочення, ніж кондуктор у транспорті і т. д.

*Особливості особистості і темпераменту.* Необхідно відзначити, що до значимих для вироблення певного типу психічного реагування на захворювання параметрів темпераменту можна віднести такі як емоційність, витривалість болю.

*Особливості характеру.* Феноменологічна і синдромологічна особливості типу психічного реагування на захворювання залежить і від особливостей характеру людини. А тип акцентуації може впливати на тип реагування. Слід зазначити, що суб'єктивне ставлення до хвороби формується також на основі сімейного виховання, зокрема, виховання відношення до хвороб, способам витривалості хвороб і т. д.

Можна навести дві протилежні сімейні традиції виховання суб'єктивного ставлення до хвороб. Виділяють [42] такі традиції: «стоїчна» і

«іпохондрична». В одній з них дитина постійно заохочується за поведінку, спрямовану на самостійне подолання недугу, поганого самопочуття. Протилежна їй інша сімейна традиція - формування надцінного ставлення до здоров'я. При цьому батьками заохочується уважне ставлення до стану свого здоров'я, ретельність в оцінці хворобливих проявів, виявлення в себе перших ознак захворювання. А в сім'ї дитина навчається при щонайменшій зміні самопочуття звертати власну увагу і увагу оточуючих на хворобливі прояви.

З особистісних особливостей, що впливають на формування суб'єктивного ставлення до хвороби, слід зазначити світогляд. Психологічні реакції на захворювання різняться у глибоко віруючих людей і атеїстів. Віруючі люди більш психологічно адекватно відносяться до хвороб, що приводять до смерті. Маловіруючі і атеїсти реагують на інформацію, що з'явилася хвороба, яка може призвести до втрати працездатності або навіть до смерті, з образою. Часто вони починають шукати винуватців захворювання, створюють навколо себе ворожу обстановку і самі психологічно неадекватно реагують.

Можна виділити кілька світоглядних установок щодо походження захворювань. Хвороба розглядається як кара, випробування, для науки іншим, розплата за гріхи предків і т. Д. Ці трактування походження хвороб можуть бути засновані на вірі в зв'язок між поведінкою людини, її моральністю і виникненням у неї недуги. До іншої групи світоглядних установок можна віднести уявлення про хвороби, викликані спадковими або середовищними причинами: хвороба як неминучість, збіг обставин чи власна помилка і т. п. В рамках цього світогляду походження хвороб розглядається через причину зовнішньої або внутрішньої заданості [42].

Існує і світоглядна оцінка механізмів походження захворювань, яка ґрунтується на містичному підході до процесів етіопатогенезу. Поширені так звані народні уявлення - хвороба внаслідок заздрощів, ревнощів, зурочення, псування, магічних впливів. Це свого роду міфологічна або, як відзначають священнослужителі, «язичницька» установка.

*Освіта і культура.* Рівень освіти людини і рівень її культури також впливають на оцінку суб'єктивної тяжкості хвороби. У цьому аспекті негативними в психологічному відношенні виявляються крайності. Це і низька медична культура, і висока. Вони з однаковою ймовірністю здатні викликати психологічно важкі і навіть неадекватні реакції. Механізми ж їх будуть різнитися: в одному випадку, це буде пов'язано з нестачею інформованості, знань, в іншому - з надлишком інформації про хвороби, їх важкість, перебіг, способи лікування і результат хвороби.

### ***1.2.2. Вплив хвороби на психіку людини***

Хвороба змінює сприйняття і ставлення хворого до різних подій, до самого себе, в результаті хвороби для нього створюється особливе положення серед близьких людей і в суспільстві [58, 92].

Найбільш загальними змінами психіки у соматичних хворих можна вважати напрямок інтересів від зовнішнього світу до власних відчуттів, до функцій власного тіла, до обмеження інтересів. При цьому відбуваються різні зміни всіх сторін особистості: змінюються афективна настроєність, міміка, мова. Будь-яка хвороба, крім типових для неї клінічних проявів, завжди супроводжується більшими чи меншими змінами психіки хворого [43, 85].

Кожна хвороба, навіть якщо вона не супроводжується руйнівними змінами в біологічних формах мозкової діяльності, обов'язково змінює психіку хворого в результаті появи інших, відсутніх до хвороби форм реагування хворого на хворобу. У цих випадках мова може йти про вплив страхів, занепокоєнь, хвилювань хворого на його особистість [42].

Зміни соматопсихічної рівноваги не бувають односторонніми. Якщо їх розглядати як прямий зв'язок в системі, то систему завжди супроводжує і зворотній зв'язок. Особливості взаємодії прямого і зворотного зв'язку в

загальному і створюють єдність клініки соматичної хвороби. Зворотній зв'язок привносить нові якості, змінюючи соматопсихічну рівновагу в цілому, а також особливості психіки хворого [107].

Треба відзначити, що загальні тенденції формування клініки психічних розладів визначаються низкою обставин, і, зокрема, особливостями преморбідного стану психіки соматичного хворого [52].

Преморбідний стан - стан до початку хвороби. Преморбідний стан психіки соматичного хворого визначає не тільки факт виникнення нервово-психічних розладів в клініці внутрішніх хвороб, а й особливості їх клініки.

Зміни психіки при соматичних хворобах можуть бути різноманітні. Їх розглядають, як правило, у двох напрямках: 1) загальні особливості змін і розладів психіки при хворобах внутрішніх органів, 2) клініка психічних розладів при найбільш поширених формах хвороб.

Багато авторів вважають, що головна причина змін психіки при хворобах внутрішніх органів може бути: 1) соматогенною; 2) психогенною [там же].

При психогенній причині вона виявляється такою, як правило, у сензитивних осіб, коли об'єктивне значення основної внутрішньої хвороби для психіки неважливо, а зміни психіки більшою мірою зумовлені сильними побоюваннями хворого або силою психологічного конфлікту між його спонуканнями, потребами і передбачуванним зниженням, внаслідок захворювання, його можливостей.

Це причина того, що для хворої людини його бажання, очікування часто виявляються суб'єктивно більш значущими, ніж саме досягнення мети. Може це стосуватися і осіб з так званим тривожно-недовірливим характером.

Клінічні варіанти змін психіки при соматичних захворюваннях часто систематизують таким чином: масивні розлади психіки, виступаючі, в основному, на висоті хвороб, що супроводжуються лихоманкою, які нерідко набувають якості психозу - соматогенного, інфекційного. А найбільш частою

і типовою формою таких розладів є делірій – гострий страх, дезорієнтація в навколишньому, що супроводжується зоровими ілюзіями і галюцинаціями.

Межові форми нервово-психічних розладів, які являють собою найбільш поширену клінічну картину розладів психіки при хворобах внутрішніх органів:

1. У випадках переважно соматичного походження - невротоподібні.
2. Переважання психогенного характеру їх виникнення - невротичні розлади.

Невротичні розлади - це такі нервово-психічні розлади, у виникненні яких головне значення належить психічним травмам або внутрішнім психічним конфліктам.

В основному вони виникають на соматично ослабленому, зміненому тлі, в першу чергу у преморбідно схильних до психогенії осіб. Їх клінічній структурі притаманні гострота, вираженість хворобливих переживань, яскравість, образність, болісно загострена уява, посилена фіксація на розумінні зміненого самопочуття, внутрішній дискомфорт, розлади, а також занепокоєння за своє майбутнє. При цьому залишається збереження критики, тобто розуміння цих розладів як хворобливих. Невротичні розлади, як правило, мають тимчасовий зв'язок з попередньою травмою або конфліктом, а зміст хворобливих переживань часто пов'язаний із змістом психотравмуючої обставини. Їм також нерідко властивий зворотній розвиток і послаблення по мірі віддалення часу психічної травми та її дезактуалізації.

Велике значення для хворої людини має її уявлення про хворобу, засноване на різних відомостях [58].

При соматичних захворюваннях залежно від тяжкості, тривалості і характеру хвороби, можуть спостерігатися психічні порушення, які виражаються різними синдромами [42].

Тривале соматичне захворювання, потреба місяцями і навіть роками перебувати в стаціонарі іноді призводять до змін особистості у вигляді патологічного розвитку, коли виникають риси характеру, які раніше не були

властиві цій людині. Такі зміни характеру у цих хворих можуть перешкоджати або ускладнювати лікування, приводити людину до інвалідності. Крім того, це може створювати конфлікти в лікувальних установах, викликати негативне ставлення оточуючих до таких хворих. Залежно від особливостей психічних порушень при соматичних захворюваннях будуються взаємини лікаря з хворими, поведінка медичного персоналу і вся тактика медичних заходів.

У літературі наводяться терміни про «усвідомлюваність хвороби», про «зовнішню» і «внутрішню» її картини. Внутрішня картина хвороби - найбільш поширене поняття. Є. К. Краснушкін користувався в цих випадках термінами «свідомість хвороби», «уявлення хвороби», а Е. А. Шевальов - «переживання хвороби». А. Гольдшейдер писав про «аутопластичні картини хвороби», виділяючи всередині її дві взаємодіючі сторони: сензитивну (чуттєву) і інтелектуальну (розумову, інтерпретативну). А Шільдер писав про «позиції» відносно хвороби [52].

Внутрішня картина хвороби - виникаючий у хворого цілісний образ свого захворювання, відображення у психіці хворого своєї хвороби.

Поняття «внутрішньої картини хвороби» було введено Р. А. Лурія, який продовжив розвиток ідей А. Гольдшейдера про «аутопластичну картину захворювання», в даний час широко використовується в медичній психології [58].

У структурі внутрішньої картини хвороби виділені сензитивний та інтелектуальний рівень.

Сензитивний рівень включає в себе сукупність хворобливих відчуттів і пов'язаних з ними емоційних станів хворого, другий - знання про хворобу та її раціональну оцінку. Сензитивний рівень внутрішньої картини хвороби є сукупністю всіх (інтероцептивних і екстероцептивних) відчуттів, що викликаються захворюванням.

Інтелектуальний рівень внутрішньої картини хвороби пов'язаний з роздумами хворого з різних питань, пов'язаних з захворюванням, і показує, таким чином, реагування особистості на нові умови життя [92].

Детально вплив соматичної хвороби на психіку вивчено Л. Л.Рохліним, який користується терміном свідомість хвороби [100].

Він включає в нього три ланки: 1) відображення хвороби в психіці, гнозис хвороби, її пізнання; 2) викликані хворобою зміни психіки хворого; 3) ставлення хворого до власного захворювання або реакція особистості на хворобу.

Перша ланка - гнозис хвороби. Вона заснована на потоці інтероцептивних і екстероцептивні відчуттів, породжуваних хворобою, які викликають відповідні емоційні переживання. При цьому дані відчуття порівнюються з наявними уявленнями про хворобу.

Л. Л. Рохлін пропонує виділяти: а) асимптоматичний, анозогностичний, гіпонозогностичний і б) гіперсензитивний варіанти свідомості хвороби. Гіперсензитивний варіант представляє певні труднощі для діагностики, оскільки від лікаря вимагається вміння виділити істинні симптоми ураження органів, прикрашені суб'єктивним переживанням хворого. Другою ланкою свідомості хвороби, за Л. Л. Рохліним, є ті зміни психіки, які викликаються соматичною хворобою. Ці зміни автор ділить на дві групи: 1) загальні зрушення (астенізація, дисфорії), властиві майже всім хворим при більшості захворювань; 2) спеціальні зміни, залежні, зокрема, від того, яка система уражена. Наприклад: страх смерті у хворих на стенокардію та інфарктом міокарда, депресії у хворих, що страждають захворюваннями шлунка, підвищена збудливість і дратівливість при хворобах печінки, викликані великою кількістю мітероцептивної інформації, що надходить у мозок з ураженого органу.

Іншими ж детермінантами змін емоційного настрою хворих Л.Л.Рохлін вважає: 1) характер захворювання, наприклад: збудженість і зниження порогів чутливості при гарячкових станах і різких больових синдромах,



падіння психічного тону при шоківих станах, пасивність хворих на черевний тиф, збудження при висипному тифі і т.д.; 2) стадію хвороби; 3) реакція особистості на своє захворювання.

Реакції особистості на соматичну хворобу у ряду хворих можуть носити патологічний характер і виявлятися у вигляді психогенних невротичних тривожно-депресивних реакцій. У інших хворих ці реакції виражаються психологічно адекватними переживаннями факту хвороби. Нервово-психічні порушення при соматичних захворюваннях звичайно складаються з психічних соматогенних розладів і з реакції особистості на хворобу.

У складній структурі психічних порушень вираженість цих чинників різна. Наприклад, при судинних захворюваннях, особливо при гіпертонічній хворобі, атеросклерозі, ендокринних захворюваннях, вирішальна роль належить саме соматогенних факторам. При інших захворюваннях головна роль належить особистісним реакціям, це такі хвороби і їх наслідки як спотворюючі операції, дефекти обличчя, втрата зору, слуху та ін.

Існують різні варіанти ставлення до хвороби, що в основному визначаються особливостями особистості хворої людини. Класифікація, запропонована Л.Л.Рохліним, простежує залежність реакції на захворювання або ставлення до хвороби від особистісних особливостей.

1) *Депресивно-астенічний (астено-депресивний)*. Зустрічається найчастіше, оскільки астенізація супроводжує більшість існуючих захворювань. Вона проявляється у відсутності спонукань до діяльності, емоційної невитривалості, відчутті загальної розбитості, пригніченості, безпредметної пригніченості. Такий хворий не може активно боротися зі своєю хворобою, він надмірно чутливий до відчуттів, що йдуть від внутрішніх органів, схильний до туги і тривалим безрадісним роздумам про свої нещастя. Астенізація психіки сильно сприяє формуванню неправильного ставлення до хвороби, що негативно впливає на перебіг захворювання і знижує ефект від лікування.

2) *Психастенічний*. Людина переповнена тривогами і страхами за майбутнє. Переконана в несприятливому результаті, сповнена нав'язливих страхів - фобій, всупереч реально існуючому положенню справи і прогнозами лікаря.

3) *Іпохондричний*. Проявляється похмурою заглибленістю в найменші деталі проявів свого захворювання з вивченням відповідної медичної літератури, а також самостійним тлумаченням своїх «симптомів», настирливим зверненням за допомогою до лікарів різних спеціальностей і вимогою безперервного лікування.

4) *Істеричний*. Пов'язаний з перебільшенням тяжкості своєї хвороби, бажанням, так би мовити, «жити» хворобою, поставити її в центр уваги своєї та оточуючих людей. Такі хворі вимагають особливої турботи, обурені «недооцінкою», «нерозумінням» своїх страждань з боку медперсоналу і родичів. Зовнішня поведінка таких хворих характеризується надмірною емоційністю, театральністю і надтрагічністю.

5) *Ейфорично-анозогнозичний*. Хворий не звертає уваги на хворобу, не виконує призначень лікаря, грубо порушує режим і часто завдає шкоди своєму здоров'ю.

Часто доводиться зустрічатися і з запереченням хворим самого факту хвороби (анозогнозія). Заперечення або «витіснення» хвороби, найчастіше буває при тяжких небезпечних захворюваннях, таких як онкологічні захворювання, туберкульоз, СНІД, психічні захворювання та ін. Такі хворі або взагалі ігнорують захворювання, або звертають увагу на менш важкі симптоми, ними пояснюють свій стан і лікуються від тієї хвороби, якій самі надають значення.

Причиною виникнення реакції заперечення хвороби переважно є психологічна нестерпність до справжнього стану речей, небажання хворого повірити в важку і небезпечну хворобу. Реакція заперечення хвороби може також спостерігатися у близьких родичів хворого. Найбільше число людей правильно оцінює захворювання, виконує призначення лікаря і дотримується

режиму. А сильні, врівноважені, зрілі особистості зазвичай адекватно реагують і правильно оцінюють захворювання, прагнуть знайти вихід із ситуації, створеної хворобою, подолати її або пристосуватися до неї. У цих випадках вирішальна роль належить психотерапевтичним бесідам.

Іноді спостерігається свідоме прагнення людини приховати свої хворобливі розлади, що називається дисимуляцією. Дисимуляція спостерігається в основному при захворюваннях, які пов'язані для людини з деякими об'єктивно чи суб'єктивно не вигідними ситуаціями. Частіше зустрічається при психозах [135].

Дисимуляція протилежна симуляції - поведінці, що імітує хворобу або її окремі симптоми. Таке застосовується для досягнення пільг, ухилення від обов'язків, прагненні звернути на себе увагу, вимозі допомоги, турботи. Особистісний сенс симуляції і цілі можуть бути усвідомленими і неусвідомленими. В останньому випадку спостерігається в осіб з істеричними неврозами.

Далі слід привести реакції на хворобу, що залежать скоріше від характеру захворювання, ніж від особистості хворої людини.

*Трагічне переживання хвороби (гіпернозогнозія).* Це буває в тих випадках, коли захворювання виникло раптово, різко порушилася працездатність і весь життєвий уклад, відбуваються суттєві зміни в життєвих, громадських, любовних, професійних і виробничих планах людини. Найчастіше така реакція спостерігається у спортсменів або у людей раніше фізично здорових.

*Важкі депресивні реакції.* Виникають звичайно у важко хворих людей, соматичні захворювання яких приводять до виражених змін зовнішнього вигляду. Нерідкі суїцидальні думки і навіть спроби суїциду. При цих станах велику роль відіграють психотерапевтичні бесіди з роз'ясненням причин стану та перспектив лікування.

Такі реакції спостерігаються при пораненнях і опіках обличчя, спотворюючих рубцях, при важких екземах, нейродермітах і ін. При цьому у

таких хворих можуть з'явитися патологічні риси характеру, такі як вибуховість, шизоїдність, вразливість і сензитивність.

*Паранояльні переживання (марення).* Виникають при значному зниженні слуху, рідше зору.

*Іпохондрична фіксація на своєму стані і відчуттях.* Виникає у хворих із затяжними хронічними важкими захворюваннями на тлі астеничних розладів. У них з'являється багато різних скарг, які не відповідають соматичному стражданню. Хворий стає похмурим, депресивно-дратівливим. Часто вид здорових людей, їх посмішки, сміх, турботи викликають у нього роздратування і злість. Такі хворі можуть також вступати в конфлікт з персоналом.

*Істеричні реакції.* Проявляються іноді у вищеназваних хворих. Виражаються істеричними формами поведінки, коли своїми скаргами хворі намагаються привернути увагу оточуючих їх людей. При цьому розради і переконання в тому, що хвороба не небезпечна, легка, не страшна нерідко можуть викликати посилення істеричних реакцій.

При деяких захворюваннях особистісна реакція на хворобу проявляється у загостренні преморбідних особливостей особистості.

Вважається, що адекватність реакції на хворобу залежить від ступеня зрілості особистості та інтелектуальних можливостей [42 та ін.]. Так, наприклад, у інфантильних незрілих особистостей з рисами дитячості часто спостерігаються витіснення або заперечення хвороби або, навпаки, «відходу у хворобу». У людей астеничних, тривожно-недовірливих часто вже не дуже серйозне захворювання викликає сильну реакцію тривоги і занепокоєння з подальшими депресивно-іпохондричними і стійкими розладами.

Типологія реагування на захворювання створена А. Е. Лічко і Н. Я. Івановим на основі оцінки впливу трьох чинників [54]:

1. Природи соматичного захворювання.
2. Типу особистості, в якому найважливішу складову частину визначає тип акцентуації характеру.

3. Відносини до даного захворювання в референтній для хворого групі.

Ці типи об'єднані по блоках.

Перший блок включає типи ставлення до хвороби, при яких соціальна адаптація істотно не порушується, гармонійний, ергопатичний і анозогнозичний типи.

У другій і третій блок включаються типи реагування на хворобу, що характеризуються наявністю психічної дезадаптації у зв'язку із захворюванням.

Другий блок включає типи реагування переважно з інтрапсихічною спрямованістю, тобто це тривожний, іпохондричний, неврастенічний, меланхолійний і апатичний типи. Емоційно-афективна сфера відносин у хворих з цими типами реагування клінічно проявляється у дезадаптивній поведінці і реакціях за типом дратівливої слабкості, а також в тривожному, пригніченому стані. Характеризується «відходом у хворобу», відмовою від боротьби за здоров'я, одужання.

Третій блок - типи реагування з інтерпсихічною спрямованістю. Включає типи з таким сенсibiliзованим ставленням до хвороби. Воно в більшій мірі залежить від преморбідних особливостей особистості хворих - це сензитивний, егоцентричний, паранойяльний і дисфоричний. Пацієнти з цими типами ставлення до хвороби при різних емоційно-афективних реакціях на хворобу характеризуються дезадаптивною поведінкою, що може призводити до порушення їх соціального функціонування.

Типи психологічного реагування на захворювання (за А. Є. Лічко зі співавт.):

*Гармонійний.* Властива твереза оцінка свого стану без схильності перебільшувати його тягар, без підстав бачити все в похмурому світлі, однак і без недооцінки тяжкості хвороби. Прагнення у всьому активно сприяти успіху лікування. Небажання обтяжувати інших тяготами догляду за собою. У разі несприятливого прогнозу в сенсі інвалідизації - переключення інтересів на ті області життя, які залишаються доступними хворому. При

несприятливому прогнозі людина зосереджує увагу, турботи, інтереси на долі близьких, свого діла.

При гармонійному типі психічного реагування важливим є реалізм у сприйнятті симптомів і розумінні тяжкості захворювання. Пацієнт повинен спиратися у своїх реакціях на відомі науці факти про можливість лікування від конкретної хвороби, про походження симптомів та ін.

При дисгармонійних типах психічного реагування хворий проявляє пасивність, не прикладає власних зусиль для оздоровлення. Пацієнт при пасивному відношенні розцінює свій організм як якийсь апарат, машину, механізм, річ, яку він здає в ремонт і очікує лагодження. Важливим є і небажання захворілого обтяжувати інших тяготами догляду за собою, що впливає з принципових положень гармонійного характеру й особистості. Гармонійний пацієнт розуміє, що з появою у нього хвороби близькі йому люди набули нову додаткову турботу, і, як гармонійна людина, він не вправі вимагати від них цієї турботи. Він може лише чекати її і приймати в тому обов'язі, який вони готові йому надати.

*Тривожний.* Властиве безперервне занепокоєння і недовірливість у відношенні несприятливого перебігу хвороби, можливих ускладнень, неефективності і навіть небезпеки лікування. Притаманний пошук нових способів лікування, спрага додаткової інформації про хворобу, ймовірних ускладнень, методів терапії, пошук якихось авторитетів. На відміну від іпохондрії більше цікавлять об'єктивні дані про хворобу - результати аналізів, висновки фахівців, ніж власні відчуття. Краще більше слухати висловлювання інших, ніж без кінця пред'являти свої скарги.

При такому типі захворювання тривога проектується в майбутнє, є побоювання, що хвороба може надовго і суттєво змінити звичний уклад життя. Проявом тривоги може бути загострений інтерес пацієнта до медичної літератури, прискіпливість до медичного персоналу, повторна перевірка лікарських відомостей про хворобу.

*Іпохондричний.* Він зосереджений на суб'єктивних хворобливих та інших неприємних відчуттях. Характеризується прагненням постійно розповідати про них оточуючим. Перебільшення дійсних і вишукування неіснуючих хвороб і страждань, а також перебільшення побічної дії ліків. Поєднання бажання лікуватися і невіри в успіх, при вимозі ретельного обстеження, боязні шкоди і болісності процедур.

Такий хворий схильний до егоцентризму, не здатний стриматися при спілкуванні з будь-якою людиною і звертає увагу співрозмовника на незвичність і тяжкість наявних хворобливих ознак. Іпохондрик відчуває полегшення, якщо його співрозмовник ставиться до нього співчутливо. Крім того, при такому типі реагування з'являється схильність до деталізації свого самопочуття при його описі. Мотивом викладу власних скарг є страх упустити щось важливе, істотне для розуміння лікарем його стану і правильної діагностики. Невдоволення іпохондрика викликає недовіра до його скарг з боку оточуючих, їх закиди в симуляції і перебільшенні тяжкості розладу з метою отримати з цього вигоду.

*Меланхолійний.* Характеризується пригніченістю хворобою, зневірою в одужання, в можливе покращення, в ефект лікування навіть при сприятливих об'єктивних даних. Депресивні висловлювання аж до суїцидальних думок. Песимістичний погляд на все навколишнє.

Меланхолійний, або депресивний тип реагування на хворобу спирається на наявну у пацієнта негативну інформацію про можливості лікування від хвороби. Він зустрічається і у медичних працівників в силу їх різноманітних знань, отриманих в процесі навчання і практики. Націленість на гірший результат призводить до песимістичної оцінки майбутнього, зневіри в можливість лікування і суїцидальним намірам.

*Апатичний.* Характерний повною байдужістю до своєї долі, до результату хвороби і результатами лікування. Пасивне підпорядкування процедур і лікуванню при наполегливому спонуканні з боку. Зникнення

інтересу до всього, що раніше хвилювало, крім здоров'я. Як правило, байдужість обумовлена депресією і фіксацією на власному стані.

*Неврастенічний.* Це поведінка за типом «дратівливої слабкості». Роздратування, особливо при болях, при неприємних відчуттях, невдачах лікування і несприятливих даних обстеження часто виливається на першого-ліпшого і завершується нерідко каяттям і сльозами. Такий хворий погано переносить больові відчуття, нетерплячий, не здатний чекати полегшення. У подальшому - каяття за турботу і нестриманість.

Неврастенічний - астенічний тип реагування найбільш широко поширений і є неспецифічною відповіддю організму і особистості на різні захворювання. Його основа - дратівливість, яку викликають яскраве світло, голосні звуки, різкі запахи, а також ставлення оточуючих. Пацієнт стає напруженим, вимогливим, бажає ласки, участі, заспокоєння. Можливі спалахи гніву, якщо його очікування щодо оточуючих не виправдовуються.

*Обсесивно-фобічний.* Характерна тривожна недовірливість, насамперед, стосується побоювань нереальних, малоймовірних ускладнень хвороби, невдач лікування, а також можливих, але малообґрунтованих невдач в житті, роботі, сімейній ситуації у зв'язку з хворобою. Уявні небезпеки хвилюють більше, ніж реальні. Захистом від тривоги часто стають прикмети і ритуали.

При обсесивно-фобічному реагуванні на хворобу переважають нав'язливі думки, побоювання і особливо ритуали. Пацієнт стає забобонним, звертає увагу на різні дрібниці, які перетворюються для нього в своєрідні символи. Наприклад, оцінює шанси свого одужання в залежності від того, в якому порядку увійдуть до його палати лікар і медична сестра; або від того, тролейбус якого маршруту підійде до зупинки раніше. Невротичні ритуали пов'язані з підвищеною тривожністю пацієнта і спрямовані на захист від них.

*Сенситивний.* Велика заклопотаність можливим несприятливим враженням, яке можуть справити на оточуючих відомості про хворобу. Побоювання, що оточуючі стануть уникати, вважати неповноцінним,



зневажливо ставитися, розпускати плітки, неприємні відомості про причини і природу його хвороби. Страх стати тягарем для родичів з-за хвороби або поганого ставлення з їхнього боку у зв'язку з цим.

Основою сенситивного ставлення до хвороби є рефлексивний стиль мислення, а також орієнтація на думку і оцінку оточуючих. У зв'язку з цим важливими стають не власні хворобливі або неприємні відчуття внаслідок захворювання, а реакція на інформацію про його хворобу з боку так званої референтної групи. Пацієнти схильні до вибачального стилю поведінки. Часто на шкоду своєму здоров'ю соромляться звертатися до лікаря або медичної сестри, навіть у випадках загрозливого для життя стану. Відзначається боязкість, сором'язливість, скромність.

*Егоцентричний.* Можна сказати - «відхід у хворобу». Це виставляння напоказ близьким та оточуючим своїх страждань і переживань з метою повністю заволодіти їх увагою. Вимога виняткової турботи про себе. Розмови оточуючих швидко переводять на себе, свої страждання. Від інших людей також вимагають уваги і турботи, бачать них лише конкурентів, ставляться до них неприязно. Постійне бажання показати своє особливе положення, винятковість у хворобі.

Цей тип реагування іноді позначають істеричним, оскільки основним мотивом поведінки людини стає залучення до власної персони уваги оточуючих. «Втеча у хворобу» або «відхід у хворобу» використовується для докорів і маніпуляцій оточуючими. Скарги описуються хворими дуже барвисто і супроводжуються манірною жестикуляцією, а також різноманітною і вираженою мімікою. Емоції носять часто гротескний характер.

*Ейфорійний.* Необгрунтовано підвищений настрій, часто наганий. Зневага, легковажне ставлення до хвороби і лікування. Присутня надія на те, що «саме все пройде». Присутнє бажання отримувати від життя все, незважаючи на хворобу. Легкість порушень режиму, незважаючи на те, що ці порушення можуть несприятливо позначатися на перебігу хвороби.

Ейфорійний тип відображає безпечність людини щодо власного здоров'я. Пацієнт стає нагано веселим, балакучим, метушливим. Таке реагування може носити захисний характер, відображати характерологічні особливості.

*Анозогностичний.* Характерне активне відкидання думок про хворобу, про можливі її наслідки; невизнання себе хворим; заперечення очевидного в проявах хвороби, приписування їх випадковим обставинам, іншим несерйозним захворюванням; відмова від обстеження і лікування.

Анозогнозія зустрічається часто. Пацієнти внутрішньо не згодні зі статусом хворого, не бажають рахуватися з реальним станом речей. Вони можуть відображати помилку людини з приводу значущості ознак хвороби. Невизнання себе хворим зустрічається, наприклад, при алкоголізмі, оскільки сприяє ухилянню від лікування.

*Ергопатичний.* «Відхід від хвороби в роботу». При тяжкості хвороби та стражданнях намагаються будь за що продовжувати роботу. Трудяться з ретельністю, ще з більшим завзяттям, ніж до хвороби, роботі віддають весь час і сили. Пацієнти намагаються лікуватися і підлягати обстеженню так, щоб це залишало можливість продовження роботи.

Деякі пацієнти розцінюють будь-яку недугу як виклик своєму «Я». Намагаються не піддаватися хворобі, енергійно переборювати себе, долають нездужання і біль. Позиція криється у тому, що немає такого захворювання, якого не можна було б подолати своїми силами.

*Паранойяльний(маячноподібний).* У пацієнта присутня впевненість в тому, що хвороба є результатом чийогось злого наміру. Підозрілість до ліків і процедур. Прагнення приписувати можливі ускладнення лікування, побічні дії ліків недбалості і навіть злому наміру лікарів і персоналу. Часті звинувачення і вимоги покарань у зв'язку з цим.

Паранойяльний тип реагування часто відображає світоглядну позицію хворого. Пацієнт вбачає таємний сенс хвороби і причин її виникнення. Цей тип виникає переважно на базі особистісних особливостей.

### 1.3. Психологічні особливості жінок з гінекологічною патологією

Існує декілька моделей патогенезу психосоматичних розладів. По відношенню до даної роботи наш інтерес викликають дві з них. Перша – теорія специфічного профілю особистості Фландерс Данбар; друга – теорія емоційної специфічності Франса Александера.

Згідно теорії специфічного профілю існують типи особистості, що предиспонують розвитку психосоматичної нозоформи. Тип особистості конститує певну особистісна риса. Так, тривожність призводить до розвитку ішемічної хвороби серця, а й гіпертрофована незалежність - до підвищеного травматизму. Набір певних психологічних характеристик (рис) й складає особистісний профіль хворого - наприклад, вона описала «виразковий», «коронарний» тощо типи. На думку Данбар, психосоматичні хворі мають деякі загальні характеристики особистості: 1) схильність до відволікання від реальності і недостатнє залучення в поточну ситуацію, 2) недостатня здатність до вербальної символізації нюансів своїх емоційних переживань.

У 40-ті-60-ті рр. в роботах Ф. Александера була показана та роль, яку відіграють у розвитку психосоматичних захворювань фіксовані емоції. При цьому до розвитку специфічних тілесних розладів призводять не тільки такі фіксовані емоції, але й процес їх придушення.

Ф. Александером була виявлена певна психосоматична специфічність емоцій різних модальностей: вони викликають ті тілесні порушення, до яких дані емоції мають «спорідненість». Так наприклад, почуття гніву, яке стримується призводить до розвитку серцево-судинних захворювань, почуття залежності - виразковій хворобі шлунку, а витіснення сексуального бажання - бронхіальної астми. Такі емоційні шаблони реагування формуються у ранньому дитинстві. У подальшому житті ці емоційні риси реагування повторюються, актуалізуються в ситуаціях, які подібні первинним ситуаціям психотравми.

Таким чином, специфічність психосоматичних порушень пов'язана і з психологічною специфічністю, тобто з індивідуальним стереотипом емоційного реагування людини, і з психофізіологічної специфічністю - вибірковістю впливу емоцій, що стримані, на ту чи іншу систему організму. Соматичні пошкодження пов'язані з «вегетативним супроводом» емоцій (симпатикотонією або ваготонією). На думку Ф. Александера, емоційно-опосередковане одностороннє підвищення симпатичного тону (симпатикотонія) лежить в основі гіпертонічної хвороби, захворювань ендокринних органів (цукровий діабет, підвищена функція щитовидної залози) і захворювань суглобів. Підвищення ж парасимпатичного тону, за Ф. Александером, є причиною таких хвороб, як виразкова хвороба шлунку та бронхіальна астма. Розлади, які викликані хронічним вегетативним супроводом тривалої (фіксованої) емоції, яка тривалий час не знаходить розрядки, були їм названі «вегетативним неврозом». Ф. Александер відрізняв їх від «хвороби вираження» (конверсії), коли психосоматичні симптоми є засіб символічного вираження внутрішніх конфліктів пацієнта.

Фізіологічний чинник є «слабкою ланкою», на яку припадає основний удар негативних емоцій - це конституціональна неповноцінність (підвищена уразливість) тих чи інших органів.

Ф. Александер наводить опис специфічного психологічного конфлікту, який притаманний жінкам з дизменореєю. В одному випадку дизменорея почалася у жінки, коли еротична стимуляція зробила для неї сексуальність емоційною вимогою. Така вимушеність зробила її опір, протест «проти жіночої ролі». В другому випадку він показав що дизменорея пов'язана з боротьбою проти власного материнства, з небажанням більш мати дітей. Ф. Александер відмічав, що тривожність і почуття провини підвищили тонус автономної нервової системи і порушили баланс гормонального циклу. Дизменорея з его погляду є результатом послаблення контролю «Его» над психосексуальними конфліктами, які, «повертаючись з витиснення»,

посилують тривожність й загальні реакції нервової системи що призводить її до гіпертонусу.

Ваше зазначений автор розглядає випадки аменореї, він вказує на те що в основі аменореї лежить неспецифічний емоційний конфлікт неприйняття своєї сексуальності. Сексуальність існує тільки в фантазійному плані, жінка мріє про справжнього чоловіка, справжні кохання, справжні стосунки й не бажає мати нічого спільного з “брудною стороною жіночності й сексуальності”. Отже певний спектр гінекологічних порушень являє собою відповідь жіночого організму на небажання “страх, провина тощо” жіночого організму актуалізувати материнство, жіночність та сексуальність.

Психологічні особливості жінок з гінекологічною патологією вивчені недостатньо. Існує лише невелика кількість робіт, присвячених даному питанню [16, 88, 101]. За даними Е.А. Потьомкіної [101] близько половини хворих на хронічні гінекологічні захворювання страждають неспсихотичними психічними розладами, більшість з них складають розлади адаптації та специфічні розлади особистості. У структурі специфічних розладів особистості у жінок, хворих на хронічні гінекологічні захворювання, переважають тривожні і залежні розлади. Особистісні особливості, що відрізняють хворих з хронічними гінекологічними захворюваннями від гінекологічно здорового контингенту в рамках гуманоструктуральної моделі особистості включають високі значення за шкалами деструктивної тривоги, зовнішнього Я-відмежування дефіцитарній, інтегральній шкалах дефіцитарності.

Хворі хронічними гінекологічними захворюваннями значно рідше здорових жінок використовують адаптивні копінг-механізми у сфері емоцій, зберігаючи при цьому широкий спектр адаптивних когнітивних і поведінкових копінг-стратегій. Поряд з цим вони відрізняються вираженими алекситимічними ознаками. Зі збільшенням тривалості перебігу хронічних гінекологічних захворювань відзначається підвищення значень за шкалами

деструктивного і дефіцитарного нарцисизму і значень алекситимічних характеристик. Одночасно спостерігається зниження значень за шкалою дефіцитарного зовнішнього Я-відмежування.

У роботі Р.Ф. Насирової [90] за результатами клініко-психопатологічного обстеження показано, що межові психічні розлади найбільш часто виявляються у жінок з гіперпластичними процесами ендометрію, а донозологічні стани психічних порушень - у жінок з міомою матки. Частота і характер психічних розладів у жінок з гінекологічними захворюваннями залежать від виду патології репродуктивної системи.

При гінекологічній патології запального генезу більшою мірою виражені тривожні і іпохондричні порушення; при захворюваннях репродуктивної системи проліферативного генезу - депресивні і іпохондричні прояви; при гінекологічних захворюваннях нейроендокринного генезу - тривожні і депресивні порушення. Жінки із запальними та проліферативними гінекологічними захворюваннями мають значимо більш високі показники «сексуально-іпохондричного» чинника; з проліферативною та нейроендокринною патологіями репродуктивної системи - «тривожно-астенічного» чинника. Високі значення «депресивно-диссомнічного» чинника характерні для актуального психічного стану пацієнток, котрі помітили зв'язок виникнення наявного у них гінекологічного захворювання з пережитими стресовими ситуаціями; «тривожно-астенічного» і «сексуально-іпохондричного» чинників - для пацієнток пізнього репродуктивного віку.

У пацієнток з патологією репродуктивної системи зміни психологічної сфери пов'язані із специфічними станами адаптивно-захисного комплексу та особливостями внутрішньої картини хвороби. Жінкам з патологією репродуктивної системи характерна напруга психічних захистів і зменшення спектра копінг-стратегій з домінуванням дезадаптивних варіантів.

Р.Ф. Насирова також показала, що гінекологічним хворим характерний високий рівень алекситимії і приховані форми пасивно агресивної поведінки - почуття провини і образи.

Характерним компонентом ВКХ у гінекологічних хворих є фактори: «стурбованість власним станом» і «прагнення уникнути хвороби». В якості особливих компонентів внутрішньої картини хвороби у жінок із захворюваннями репродуктивної системи запального генезу виступають «власна відповідальність за виникнення хвороби» і «потреба в обізнаності про хворобу»; нейроендокринного генезу - «звинувачення оточення в хворобі».

Пацієнтки з гінекологічною патологією мають низькі суб'єктивні показники якості життя; найбільшою мірою уразливими є психічна, фізична та соціальна складові якості життя, меншою мірою погіршується рольове і сексуальне функціонування.

Формування психічних розладів при гінекологічній патології має багатофакторний характер: - соматогенний, соціогенний, психогенний і психологічний.

Дослідження В І. Ільїна [34] показали, що самооцінка жінок з міомою матки характеризувалася великою розбіжністю в оцінках реального та ідеального «Я», схильністю заперечувати у себе якості, які подобаються чоловікам, і бажанням мати такі якості. Самооцінка жінок відображала з'єднання високого рівня домагань і підкреслення прийнятих норм з запереченням у себе будь-яких труднощів у соціальній та психічній сферах. В цілому характерними особистісними особливостями таких жінок були виражене прагнення заперечувати по відношенню до себе які-небудь факти порушення навіть незначних соціальних норм і наявність пригнічених екстапунітивних реакцій, що обумовлює інтрапсихічний конфлікт. Мотиваційна сфера спрямована на соціально значимий результат, що доводить орієнтацію цих жінок на соціально бажану поведінку.

Ряд авторів стверджують, що серед пацієнток, хворих міомою матки, превалюють жінки з сильним врівноваженим типом нервової системи, проте існує інша точка зору. Так, К. Малевич та П.С.Русакевич до групи ризику

виникнення міоми матки відносять сильний неврівноважений тип нервової системи [77].

На думку А.Манегетті [78] будь-яка неоплазія являє собою результат осідання якоїсь психічної інтенціональності на соматичному рівні. При проведенні гінекологічних досліджень не можна не звертати увагу на саморух імпульсів несвідомого, якому зобов'язана своєю появою вся симптомологія новоутворень.

Г.І Брехман [16] показав, що тривалі конфліктні ситуації, серед яких конфлікти побутового, сімейного, міжособистісного характеру, порушення сексуальної сфери викликають негативні емоції і призводять до виникнення синдрому психоемоційної напруги. Останній стає системоутворюючим чинником і формує патологічну функціональну систему з включенням до неї центральної нервової системи, вегетативної системи кровообігу, ендокринної, статевої системи з органом мішенню - маткою.

М.Е.Блох [13] показала, що у жінок з порушенням репродуктивного здоров'я у зв'язку з гінекологічними захворюваннями (зовнішній генітальний ендометріоз, міома матки, вторинна аменорея) частіше, ніж у здорових жінок, зустрічається суб'єктивна оцінка батьківських ставлень як незадовільних, вони вважають, що недоотримали уваги з боку матері, і характер взаємодії в батьківській родині був негативний. Особистісна тривожність пацієнток з гінекологічними захворюваннями висока, більш високі значення відзначені автором у жінок з ендометріозом, потім з аменореєю і міомою. Тривожність прямо пропорційно корелює з незадовільними відносинами з батьками, материнською авторитарністю, спотворенням статевої ролі і незрілістю вікової ідентичності. Жінкам з гінекологічними захворюваннями характерна наявність емоційної лабільності, невпевненості в собі, низька стресостійкість, що прямо корелює з труднощами в побудові міцних соціальних відносин, схильністю до психосоматичних порушень, особистісною незрілістю. Цікаві дані автора, що жінки з ендометріозом сприймають материнство як конфліктно-тривожну



ситуацію, оцінюють свої стосунки з матір'ю як конфліктно-холодні і відкидаюче-засуджуючі. Уявлення жінок з міомою матки про материнство тривожні, а їхні відносини з матір'ю тривожно-залежні. В системі значущих відносин жінки з ендометріозом вважають себе відокремленими, підозрілими, надміру відповідальними, з переважанням мотивації уникнення неспіху; представляють свою матір недовірливою, владною, відчуженою. У жінок з міомою матки утруднена здатність до спонтанного реагування, що пов'язано з тенденцією до домінування, високим рівнем домагань на тлі потреби відповідати соціальним нормам. Вони являють свою матір доброзичливою, але емоційно нестійкою і тривожно-залежною.

У роботі Д. Х Кокова , Л В. Сучкевич, Д. Ф.Костючек [44] показано, що у значної частини(66,1%)жінок з гінекологічною патологією (міома матки, кісти ячників, опущення стінок піхви тощо.)відзначають виражене почуття невпевненості, тривоги і занепокоєння. Навіть у жінок у віці 20-29 років (14,3%) спостерігається почуття відчаю, тривоги і депресії. Серед обстежених пацієнтів усіх вікових груп відзначено почуття дратівливості (58,9%),страху (69,6%), плаксивості (57,1%). Після виявлення гінекологічних захворювань (міомаматки, кісти ячників і ін.) хворим жінкам стало значно важче виїжджати до місцьвідпочинку (21,4%), відвідувати суспільно-масові заходи.Особливо це характерно длявікової групи 30-39 років (33,3%).

#### **1.4. Психотерапія жінок з гінекологічною патологією**

Актуальний стан психотерапії залишається не достатньо артикульованим. К.С. Максименко [73, 74, 75], аналізуючи сучасний стан психотерапії, навела деякі його суттєві характеристики: 1) психотерапія існує у двох моделях – медичній та психологічній, які часто є неузгодженими; 2) концептуальний статус психотерапії по-різному розуміється не тільки у двох вищезазначених моделях, але й у різних школах та підходах. Фактично існує

два полюси такого розуміння – з одного боку, це «метод», а, з другого, - специфічні «відношення». Перший полюс орієнтує на саногений ефект методу, а другий – на саногенність певних відносин; 3) статус психотерапії в системі знання теж є невизначеним. Одні автори (напр., [18]) розглядають психотерапію як «мистецтво», другі (напр., [84]) – як «науку», яка заснована на об'єктивних законах мозку, треті (напр., [19]) – як «наукове мистецтво». Статус «науки» орієнтує на тлумачення психотерапії як «метода», статус «мистецтва» - на кваліфікацію психотерапії як «відносин»; 4) психологи схильні ідентифікувати психотерапію як те, що «тільки народжується» [96], знаходиться в «мережі протиріч» [128]. Таке ставлення до психотерапії, з одного боку, відбиває загальний процес трансформації класичної психології в посткласичну модель, яка орієнтована саме на нове розуміння гуманітарної науки, а, з другого, - на пошук саме психологічно орієнтованої практики; 5) на сьогоднішній день існує безліч видів психотерапії (400 – для дорослих й 200 для дітей і підлітків) [48], а їх результативність згідно з «парадоксом еквівалентності» (У. Стайлз) однакова й дорівнює близько 65%, що є за меншим, ніж індекс спонтанного одужання (67%); 6) важко надати оцінку ефективності певному виду психотерапії - потрібно враховувати дуже багато змінних (нозоформу захворювання, її тяжкість, характер перебігу, особистість хворого, його соціальне оточення, рівень професіоналізму психотерапевта, його особистість тощо). Й таким чином, об'єктивувати ефективність психотерапевтичного впливу досить важко; 7) існують уявлення про те, що західні психотерапевтичні школи виникли у відповідному ментальному й психокультурному просторі. Тому копіювання або некритичне використання зарубіжних напрацювань у вітчизняному просторі психокультури не приведе до ефективного результату [48].

К.С. Максименко [75] надала особливе специфічне бачення результативності особистісно-орієнтованої психотерапії соматичних розладів. Вона виходить з того, що «патогенетичні механізми психоемоційних розладів у соматичних хворих є багатомірні, мають деякі

риси конверсійності, невротичного символізму та неспецифічного напруження, що супроводжує соматичний симптом» [75, с. 29]. Ї далі відмічає, що «психопатологічні прояви при соматичній патології умовно можна звести до наступної тріади: соматогенний астеничний симптомокомплекс; супроводжуючі соматичне захворювання невротичні розлади, що виникли внаслідок психотравм; невротичні розлади, на тлі яких виникла соматична хвороба. Патогенетичні ланки психопатологічних розладів у соматичних хворих включають: нейротоксичний вплив; зміну соціального статусу; психотравму (сімейну, робочу тощо); преморбідний затяжний перебіг невротичного розладу (що передує соматичній хворобі)» [75, с. 29]. Отже психотерапія повинна впливати на біологічну ланку патогенезу розладу, а це значить, що чиста психотерапія без поєднання з фармакотерапією має «паліативний ефект – тільки редукує симптом, полегшує страждання пацієнта» [75, с. 30].

О.А. Потьомкіна [105] відмічає, що «у процесі виявлення та лікування хворих на хронічні гінекологічні захворювання обов'язкова оцінка психічного стану пацієнтів з залученням клінічного психолога та психотерапевта». Це збігається з даними К.С. Максименко. У зв'язку з наявністю багаточисельних психогенних та особистісних порушень, зазначений автор робить висновок про необхідність психотерапії у комплексному лікуванні і реабілітації хворих з гінекологічною патологією. Вона визначає загальні психотерапевтичні «мішені» при хронічних гінекологічних розладах:

- 1) пасивна життєва позиція;
- 2) висока тривожність;
- 3) схильність до залежної поведінки;
- 4) стримування емоцій та потягів (самообмеження та дефіцитарна сексуальність);
- 5) неприйняття власного тіла;

б) алекситимічна риси, які посилюються у процесі тривалого гінекологічного захворювання;

7) неадаптивнікопінг-стратегії.

Автор вказує, що поряд з загальними «мішенями» психотерапії гінекологічних хворих є специфічні, що обумовлені типом розладу: у хворих на безпліддя - депресогенні риси; у хворих на гіперпластичні захворювання – захисне уникання та труднощі в збереженні нарцистичного балансу (самооцінки).

Психотерапія гінекологічних розладів може включати задачі, які виводять на патогенетичні ланки розладу: 1) виявлення несвідомих причин виникнення хвороби; 2) виявлення зв'язку хвороби з подіями у сім'ї та з трансгенераційними програмами; 3) редукція симптомів психоемоційних розладів, що пов'язані з хворобою; 4) психологічна реабілітація хворого.

Слід вказати, що останнім часом спостерігається розвиток поп-форм психотерапії гінекологічних хворих. Так, пропонують спеціальні вебінари, у яких розглядаються можливості психотерапії при лікуванні гінекологічних хвороб [184], розважальна Skype-психотерапія гінекологічних хворих [185], які добре пахнуть комерційним духом.

І.І. Кутько соавт. [51] навели три різних види помочі соматичним хворим:

«1) психологічне консультування орієнтовано на формування такої позиції особистості, яка дозволяє бути нечутливим до психотравми й вирішувати свої внутрішні конфлікти;

2) психокорекція має на меті формування навичок оптимальної для індивіда та ефективної психічної діяльності, що сприяє соціальній адаптації;

3) власне психотерапія налаштована на надання допомоги в рішенні психологічних проблем при розладах особистості легкої/середньої тяжкості, допомозі у подоланні психологічних труднощів й актуалізації ресурсів особистості».

Зазначені автори наводять перелік ефективних форм психотерапії при соматичній патології: когнітивно-бихевиоральна (короткострокова), сімейна, динамічна, екзистенційна, групові методи психотерапії (психодрама, гештальт-психотерапія). Однак залишається нез'ясованим чим саме обумовлений наведений перелік. Чому в ньому відсутні тілесна терапія (хоча б якась її форма), клієнт-центрована психотерапія, катартична, візуально-імагінативна тощо?.

У своїй роботі у якості базової психотерапевтичної модальності було використано теорію й практику клієнт-центрованої психотерапії [111, 112]. Це обумовлено тим, що саме стримування, що притаманне хворим на гінекологічний розлад, особливо потребує процесів «пожвавлення» «організмичного потоку». Саме цей напрям реалізується у роботах професора О.С.Кочаряна. Він розробив субвербальну модель клієнт-центрованої психотерапії [48]. Згідно до зазначеної моделі, основна задача психотерапевта ліквідувати або послабити «затори» плинину «організмичного потоку». «Затор» є конгломератом фіксованих, не перероблених емоцій, які «злиплися», втратили якість плинності, перейшли у потенційну форму. Такі «заторні» емоції мають тільки одну динаміку – перехід від актуальної форми в потенційну й навпаки. Даний підхід апелює до концепції процесуальності психотерапії, яка є центральною у всьому концептуальному ладі клієнт-центрованої психотерапії. Сама клієнт-центрована психотерапія у своєму формуванні пройшла декілька етапів. На директивному етапі було важливо сформулювати основну ідеологічну доктрину підходу, але власне психотерапією цей напрямок став на так званому експірієнтальному етапі, на якому ідеологія була доповнена «технікою» фокусування. Як вказує О.С.Кочарян, важливим механізмом є не розуміння, не розширення свідомості, а механізм «врівноваження емоцій», який був описаний К. Роджерсом, але який ще не достатньо концептуалізовано – він ще все залишається нез'ясованим. Мабуть у цьому полягає причина того, що послідовники К. Роджерса майже не згадують цей механізм – наполягають на

необхідних та достатніх умовах терапевтичної зміни клієнта. Але бути гарною людиною – ще не бути ефективним психотерапевтом. Еволюція поглядів К. Роджерса фактично свідчить про те, що важливим й перевіреним часом виявилася не ідея недирективності, а ідеї процесу й фокусування.

### **Висновки до розділу 1:**

1. Одними з найбільш частих гінекологічних захворювань, асоційованими з порушенням реалізації репродуктивної функції, виступають порушення ендометріозу і міома матки, частота і омолодження яких в останні роки неухильно зростає.

2. Хворий відрізняється від здорової людини тим, що у нього, поряд зі змінами функціонування внутрішніх органів і самопочуття, якісно змінюється психічний стан. Суб'єктивне ставлення до хвороби формується на базі різних чинників, які можна об'єднати в групи: соціально-конституціональну і індивідуально-психологічну.

3. Ревізія робіт, присвячених психологічним особливостям жінок з гінекологічною патологією, показала, що це питання вивчено недостатньо. За даними Е.А.Потемкіної близько половини хворих на хронічні гінекологічні захворюваннями страждають непсихотичними психічними розладами, переважну більшість з них складають розлади адаптації та специфічні розлади особистості. У структурі специфічних розладів особистості у хворих хронічними гінекологічними захворюваннями переважають тривожні і залежні розлади. Частота і характер психічних розладів у жінок з гінекологічними захворюваннями залежать від виду патології репродуктивної системи. Для гінекологічних хворих характерний високий рівень алекситимії і почуття провини і образи.

Самооцінка жінок з міомою матки характеризувалася великою розбіжністю в оцінках реального та ідеального «Я», схильністю заперечувати у себе якості, які подобаються чоловікам, і підкресленням бажання мати такі

якості. Самооцінка жінок відображала з'єднання високого рівня домагань і підкреслення прийнятих норм, із запереченням у себе будь-яких труднощів у соціальній та психічній сферах. В цілому характерними особистісними особливостями таких жінок були виражене прагнення заперечувати по відношенню до себе які-небудь факти порушення навіть незначних соціальних норм і наявність пригнічених екстрапунітивних реакцій, що обумовлює інтрапсихічний конфлікт. Мотиваційна сфера спрямована на соціально значимий результат, що доводить орієнтацію цих жінок на соціально бажану поведінку.

4. Психотерапія жінок, хворих на гінекологічний розлад, має бути обов'язковою складовою комплексного лікування.

5. Існують як загальні, так й специфічні «мішені» психотерапевтичного впливу на жінок, які страждають на гінекологічні розлади. Загальними є такі «мішені»: пасивність, залежність, тривожність, самообмеження, самостримування, неприйняття власного тіла, алекситимічні риси, не адаптивні стратегії подолання. Специфічні «мішені» гіперпластичних гінекологічних розладів – схильність до уникання й підтримці самооцінки.

6. Існують багато форм психотерапії, й визначити їх ефективність досить важливо. Парадокс «еквівалентності» полягає у тому, що їх ефективність фактично однакова й досягає 65%. Створення програми, яка би враховувала визначені «мішені», є вкрай актуальною задачею, яка досі не є вирішеною.

7. Клієнт-центрована форма психотерапії є адекватною для реалізації ефективного впливу на зазначену категорію хворих жінок. Це пов'язано з тим, що ця форма психотерапії адресується емоційним структурам, призводить до «пожвавлення» стриманого емоційного потоку.

## РОЗДІЛ 2. ХАРАКТЕРИСТИКА ВИБІРКИ І МЕТОДІВ ДОСЛІДЖЕННЯ

### 2.1. Характеристика вибірки

У дослідженні взяли участь 54 жінки з міомою матки (D 25) і 49 жінок з ендометріозом (N80).

Критерії включення в дослідження:

- вік 20-50 років;
- наявність гіперпластичних захворювань матки (міома матки, ендометріоз).

Критерії виключення:

- вік молодше 20 років і старше 50 років;
- наявність онкологічного захворювання;
- наявність екстрагенітальної патології;
- наявність психотичних розладів;
- гінекологічне захворювання тривалістю менше 1 року.

Основна група.

Група 1 - 54 жінки з міомою матки, тривалість захворювання від 1 до 9 років, вік від 29 до 49 років, з них 47 перебувають у шлюбі, 53 жінки мають дітей, 50 - вищу освіту, 3 - середньо-спеціальну, 1 - середню освіту, всі жінки на момент дослідження мали трудову зайнятість

Група 2 - 49 жінок з ендометріозом, тривалість захворювання від 1 до 8 років, вік від 27 до 45 років, з них 45 перебувають у шлюбі, 46 жінок мають дітей (3 жінки мали труднощі із зачаттям і виношуванням вагітності), 45 жінок мають вищу освіту, 2 - незакінчену вищу, 2 - середньо-спеціальну, всі жінки на момент дослідження мали трудову зайнятість.

Контрольна група.

Гр.3.- 50 жінок без діагностованого гінекологічного захворювання, віком від 25 до 50 років, 45 жінок перебувають у шлюбі, 46 жінок мають



дітей, 45 жінок мають вищу освіту, 2 - незакінчену вищу, 2 - середню освіту, всі жінки на момент дослідження мали трудову зайнятість.

*Процедура дослідження.*

Дослідження проходило в кілька етапів.

На першому етапі з жінками проводилася бесіда, мета якої встановлення контакту, отримання згоди на проведення дослідження і обробку персональних даних.

На другому етапі проводилося тестування, яке тривало на протязі 4-х днів, по півтори години.

На третьому етапі жінкам пропонувалося пройти програму психокорекції.

На п'ятому етапі з жінками, які пройшли програму психокорекції, а також із тими жінками, які склали групу контролю проводилися додаткові зустрічі, мета яких встановлення впливу психокорекційного впливу.

## **2. 2. Характеристика методик дослідження**

Відповідно з метою та завданнями дослідження застосовувався комплекс теоретичних, емпіричних і статистичних методів. Емпіричні методи включали:

- бесіду,
- напівструктуроване інтерв'ю,
- психодіагностичний метод,
- метод експертних оцінок.

Психодіагностичний метод складався з наступних методик.

У нашій роботі для вимірювання алекситимії ми зупинилися на використанні *Торонтської Алекситимічної Шкали (TAS)*, покладаючись на літературні дані, що сьогодні - це єдиний спосіб вимірювання алекситимії, який відповідає вимогам до тесту, що підходить як для клінічних, так і для дослідницьких цілей, і який перевершує інші виміри алекситимії (побудовані

за принципом самозвіту). Теоретично розподіл результатів можливий від 26 до 130 балів. Алекситимічний тип особистості одержує 74 бали і вище, неалекситимічний тип набирає 62 бали і нижче [6].

**Я-структурний тест Г. Аммона** був розроблений німецькою школою психоаналізу та психіатрії, адаптований і рестандартизований фахівцями Санкт-Петербурзького НДІ ім. В.М. Бехтерева [99].

Згідно з концепцією Г.Аммона, основоположним поняттям особистості є «Я-ідентичність» - ядерне психологічне утворення, що забезпечує її цілісність і опосередковане структурою центральних особистісних утворень, що знаходяться в області несвідомого (Я-функцій), але які проявляються через вторинні свідомі функції, що визначають зміст здібностей і навичок людини. Нами були використані шкала агресії і шкала тривоги. Згідно «Я-структурної» моделі Г.Аммона, будучи сформованими "нормально", "патологічно" або "затримані" в своєму розвитку, центральні Я-функції проявляють себе або конструктивно, сприяючи розвитку Я-ідентичності та оптимальній адаптації до середовища, або деструктивно, приводячи до деформації особистісної структури, дезінтеграції процесу становлення Я-ідентичності та дезадаптації або дефіцитарно, перешкоджаючи становленню особистості і необхідній диференціації психічних функцій.

**Індекс функціонування Self-системи.**Методика є модифікованою методикою оцінки нарцисизму, яку здійснив колектив авторів Санкт-Петербурзького НДІ ім. В.М. Бехтерева [33].

Згідно сучасним психоаналітичним уявленням система нарцисичної регуляції особистості є самостійною і не менш важливою для психічного здоров'я, ніж система регуляції інстинктивних імпульсів. При цьому під нарцисичною регуляцією розуміється підтримання афективної рівноваги щодо почуттів внутрішньої стабільності, власної цінності, впевненості в собі і гарного самопочуття, тобто відносно почуття самого себе, або власного Self. Психоаналітичне поняття Self, що відбиває цілісність особистості, її біологічно-психічну єдність, на відміну від Его включає в себе

усвідомлювану сферу і являє собою регуляторний, і тому стрижневий компонент особистості, що включає й інші компоненти (сприйняття, мислення, інтелект, пам'ять, життєву біографію, інтернальну і інтерперсональну проблематики і т.д.).

Центральним симптомом порушеної нарцисичної системи є нестабільне почуття власної цінності (як завищене, так і надмірно занижене), для підтримки якого людина змушена розвивати і використовувати компенсаторні механізми, до числа яких найчастіше відносяться регресія, заперечення, ідеалізація, ідеї могутності, прирівнювання до реальності, інтерналізація.

При цьому Self-система розуміється як організована система світу людини, в центрі якої стоїть її власна особистість.

Всі елементи, що утворюють систему Self, комплексно організовані і пов'язані один з одним. Зміни в її частинах не можливі без того, щоб одночасно всі елементи і вся система в цілому не змінилася. Елементами Self-системи представлені інтернально душевно-духовні і моторні компоненти, тобто всі усвідомлювані або динамічно неусвідомлювані спогади, думки, фантазії, вчинки, які мають відношення до власної особистості або афективно стосуються Self, що стимулює або підтримує процеси регуляції в Self-системі. У Self-репрезентації вкладені всі суб'єктивно значимі, зафіксовані в пам'яті об'єктні образи, тобто інтеракційний об'єктний досвід. Ця система регулює, організовує і реорганізує себе постійно у процесі, який іде все життя, вона ніколи не буває статично спокійною або нерухомою. Регуляція Self-системи здійснюється за такими цільовими напрямками: 1) задоволення чуттєво-тілесної або іншої фізіологічної потреби, 2) задоволення потреби/впевненості в безпеці, 3) задоволення потреби в стабільній самооцінці, 4) задоволення потреби в доданні сенсу і в смисловому досвіді життя, 5) задоволення потреби в

освоєнні нових можливостей, в нових формах почуттів, переживань, подій, думок і визнання, нових формах і способах самовираження.

Опитувальник складається з 163 тверджень, відповіді на які формуються за шкалою Ліккерта, і включає наступні шкали:

1. Безсиле Self; 2. Втрата контролю емоцій і спонукань; 3. Дерезалізація / Дезперсоналізація; 4. Базисний потенціал надії; 5. Незначне Self; 6. Негативне тілесне Self; 7. Соціальна ізоляція; 8. Архаїчна втеча; 9. Грандіозне Self; 10. Прагнення до ідеального Self-об'єкту. 11. Жага похвал; вердження.  
12. Нарцисична лють; 13. Ідеал самодостатності; 14. Знецінення об'єкта; 15. Ідеал цінностей; 16. Симбіотичний захист Self; 17. Іпохондричний захист від тривоги; 18. Нарцисична вигода від хвороби.

**«Будинок-дерево-людина» (БДЛ)** - одна з найвідоміших проєктивних методик дослідження особистості. Була запропонована Дж. Буком в 1948 р. Процедура діагностики полягає в наступному: обстежуваному пропонується намалювати будинок, дерево і людину. Ми при використанні тесту БДЛ просили зобразити дерево, будинок і людину в одному малюнку, в одній сцені, що відбувається. Вважається, що взаємодія між будинком, деревом і людиною являє собою зорову метафору. Якщо привести весь малюнок в дію, то цілком можливо помітити те, що дійсно відбувається в нашому житті [107].

**Методика для діагностики механізмів психологічного захисту (Індекс життєвого стилю)** призначена для діагностики механізмів психологічного захисту «Я» і включає 97 тверджень, які потребують відповіді за типом «вірно - невірно». Вимірюються вісім видів захисних механізмів: витіснення, заперечення, заміщення, компенсація, реактивне утворення, проєкція, інтелектуалізація (раціоналізація) і регресія. Кожному з цих захисних механізмів відповідають від 10 до 14 тверджень, що описують особистісні реакції людини, що виникають у різних ситуаціях. На основі відповідей будується профіль захисної структури обстежуваного [87].

**Методика діагностики соціально-психологічної адаптації К. Роджерса і Р.Даймонда.** Методика містить 101 висловлювання, що стосується переживань, думок, звичок, стилю поведінки. Методика складається з таких шкал: адаптивність-дезадаптивність, прийняття себе-неприйняття себе, прийняття інших-неприйняття інших, емоційний комфорт-емоційний дискомфорт, внутрішній контроль-зовнішній контроль, домінування -веденість, ескапізм [106].

**ACL-шкала А.В. Heilbrun [170],** спрямована на діагностику соціогенного рівня статевої ролі структур і виявлення статевої концепції особистості. Шкала має дві субшкали - маскулінності і фемінінності. Кожна субшкала включає 24 прикметники, які відображають маскулінний і фемінінний стиль поведінки. Досліджувані оцінюють вираженість у себе маскулінних і фемінінних якостей за 5-бальною шкалою лайкертовського типу. Дані про надійність і валідність шкали представлені в роботі А.С. Кочаряна [45].

**5-а шкала СБМДО,** призначена для діагностики поведінкового рівня маскулінності/фемінінності [124]. Шкала вираженості М/Ф по-різному інтерпретується в залежності від статі випробуваного. Підвищені показники по 5-й шкалі в будь-якому профілі означають відхилення від типової для даної статі ролі поведінки. В іншому інтерпретація носить полярний характер залежно від того, жіночий або чоловічий профіль підлягає розшифровці. Шкала відображає ступінь ідентифікації з традиційною культурою і соціальною роллю чоловіка і жінки.

**Шкала Dur-Moll з методики L. Szondi [180, 179]** виявляє біогенні аспекти симптомокомплексу у маскулінності / фемінінності.

Жіночими (Moll) реакціями L. Szondi рахував:

S- Moll	00	0+	0-	$\pm\pm$	$\pm-$	$\pm\pm$	$+-$	--
P- Moll	00	0+	0-	$\pm-$	+0	$\pm\pm$	++	$+-$
Sch- Moll	00	0+	0+	0-	$\pm\pm$	++	$-+$	$-+$
C- Moll	00	0+	$\pm 0$	$\pm\pm$	$\pm\pm$	++	$-+$	$\pm\pm$

Посилення реакцій (!) розцінюються як бал (за одну) по маскулінній або фемінінній реакції.

Автор шкали доводив генобіологічне значення індексу, його чутливість до ендокринних і генетичних факторів. А.С.Кочарян при розробці психодіагностичної карти утворень маскулінності / фемінінності показав, що індекс маскулінності L. Szondi чутливий до біогенного рівня.

**Методика вивчення гендерної ідентичності (МВГІ) Л.Б. Шнейдер [153].** Методика призначена для вивчення гендерної ідентичності. Методика побудована на принципах прямого і ланцюгового асоціативного тесту. Спочатку, як вказує автор, випробуванням пропонується два слова-стимули: «чоловік» і «жінка», на які кожен випробовуваний записував по 10 асоціативних реакцій. Потім на ці 10 слів-стимулів знову потрібно записати 10 будь-яких слів, які прийшли в голову. Всі асоціативні реакції випробовуваних зводилися воедино. Після цього слова, які зустрічалися в обох стимулах, і випадкові слова видалялися. У підсумку були залишені ключові асоціації зі словами-стимулами. Респонденту необхідно із загального списку слів асоціативного ряду підкреслити ті слова, які мають відношення до його життя. Потім підраховується число слів-збігів по ключу з самоописів в категоріях жінки / чоловіки. Далі кількість слів - реакцій опису себе як чоловіка / жінку необхідно розділити на кількість слів-реакцій опису себе як особи протилежної статі. У результаті визначаються наступні типи гендерної ідентичності: передчасна ідентичність, дифузна ідентичність, мораторій, досягнута позитивна ідентичність, псевдопозитивна ідентичність.

**Методи математичної статистики.** У роботі були використані методи описової статистики, t-критерій Стьюдента, кутовий критерій перетворення

Фішера (ф-критерій), кореляція Кендалла, факторний аналіз (аналіз головних компонент з обертанням Варімакс), КЗ-критерій знаків.

## Висновки до розділу 2

1. У дослідженні взяли участь 54 жінки з міомою матки (D 25) і 49 жінок з ендометріозом (N80). Критерії включення в дослідження: вік 20-50 років; наявність гіперпластичних захворювань матки (міома матки, ендометріоз). Критерії виключення: вік молодше 20 років і старше 50 років; наявність онкологічного захворювання; наявність екстрагенітальної патології; наявність психотичних розладів; гінекологічне захворювання тривалістю менше 1 року. Основну групу склали 2 групи. Група 1 - 54 жінки з міомою матки, тривалість захворювання від 1 до 9 років, вік від 29 до 49 років, з них 47 перебувають у шлюбі, 53 жінки мають дітей, 50 мали вищу освіту, 3 - середньо-спеціальну, 1 - середню освіту, всі жінки на момент дослідження мали трудову зайнятість. Група 2 - 49 жінок з ендометріозом, тривалість захворювання від 1 до 8 років, вік від 27 до 45 років, з них 45 перебувають у шлюбі, 46 жінок мають дітей (3 жінки мали труднощі із зачаттям і виношуванням вагітності), 45 жінок мали вищу освіту, 2 - незакінчену вищу, 2 - середньо-спеціальну, всі жінки на момент дослідження мали трудову зайнятість. Також була задіяна контрольна група - 50 жінок без діагностованого гінекологічного захворювання, віком від 25 до 50 років, 45 жінок перебувають у шлюбі, 46 жінок мають дітей, 45 жінок мають вищу освіту, 2 - незакінчену вищу, 2 - середню освіту, всі жінки на момент дослідження мали трудову зайнятість.

Всі три групи були паритетні за своїми соціально-демографічними показниками.

2. Для діагностики психологічних особливостей жінок з гінекологічною патологією був використаний валідний і надійний психодіагностичний інструментарій.

Для діагностики емоційної сфери жінок з гінекологічною патологією була використана Торонтська алекситимічна шкала, шкала «агресія» в Я-структурному тесті Г.Аммона.

Для діагностики особистісних особливостей жінок з гінекологічною патологією були використані: Індекс функціонування Селф-системи і методика «Будинок, дерево, людина».

Для діагностики захисно-адаптаційного комплексу використовувалася методика для діагностики механізмів психологічного захисту (індекс життєвого стилю) і методика діагностики соціально-психологічної адаптації К. Роджерса і Р. Даймонда.

Для діагностики статевої сфери особистості жінок з гінекологічною патологією були використані: 5-а шкала СМІЛ, шкала Dug-Moll з методики L. Szondi, ACL-шкала А.В. Heilbrun, методика вивчення гендерної ідентичності (МВГІ) Л.Б.Шнейдер.

3. Методи математичної статистики відповідають типовій дослідницької ситуації і структурі отриманих даних.



### РОЗДІЛ 3. ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ЖІНОК З ГІНЕКОЛОГІЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

#### 3.1. Особливості емоційної сфери жінок з гінекологічною патологією

У результаті порівняння основної і контрольної груп було встановлено наявність значущих відмінностей в алекситимічних рисах особистості (табл.3.1,3.2).

Алекситимія розглядається як сукупність ознак, що характеризують психічний склад індивідів, сприяючи захворюванням психосоматичної специфічності. В останні роки алекситимія зв'язується з широким колом нозологічних форм [6, 19, 93, 103, 116, 127, 161].

Таблиця 3.1

Поширеність алекситимії у групах

Вираженість алекситимії	Абс.(%)		
	Гр.1	Гр.2	Гр.3
Відсутність	12 (22)	15 (31)	38 (76)
Зона ризику	17 (31)	28 (57)	7 (14)
Наявність	25 (46)	6 (12)	5 (10)

Таблиця 3.2

Достовірність відмінностей між групами за вираженістю алекситимії

Вираженість алекситимії	φ-критерій Фішера		
	Гр.1-2	Гр.1-3	Гр.2-3
Відсутність	-0,96	-5,78**	-4,70**
Зона ризику	-2,65**	2,16*	4,71**
Наявність	3,96**	4,34**	-0,35

Примітка: Гр. 1 – жінки, які хворі на міому матки; Гр. 2 - жінки, які хворі на ендометріоз; Гр. 3 – група контролю; \* -  $p < 0,05$ ; \*\* -  $p < 0,01$ .

Як видно з таблиць, наведених вище, у жінок з гінекологічною патологією відзначається вираженість алекситимічних рис. При цьому групі жінок, хворих на ендометріоз, характерні «межові» показники алекситимії, у той час як у жінок з міомою матки діагностується висока вираженість алекситимії.

Згідно з даними літератури [6], для осіб з алекситимією характерне особливе поєднання емоційних, когнітивних і особистісних проявів. Емоційна сфера таких осіб слабо диференційована.

Особистісні особливості таких жінок характеризуються дефіцитом творчого ставлення до життя та рефлексії. Рефлексія, тобто усвідомлення своєї людської сутності, потреб і мотивів діяльності у гінекологічних хворих, таким чином, знижена, а внутрішня скутість робить таких пацієнток «чимось на зразок натягнутого каната».

На думку В. В. Ніколаєвої [93], одним з психологічних механізмів розвитку алекситимії є недостатність, несформованість діяльності саморегуляції, процеси та механізми якої забезпечують активне творче ставлення до власного життя. Саме вони дозволяють мінятися відповідно до обставин зовнішнього світу і умов життя, підтримують необхідну психічну активність, забезпечують свідому організацію і корекцію дій.

Одним з головних механізмів особистісно-мотиваційного рівня саморегуляції є рефлексія - джерело свободи і стійкості особистості, її саморозвитку. Обмеження можливості розуміти себе, пов'язане зі слабким використанням здібностей до рефлексії, стає значною перешкодою для усвідомлення того, що відбувається, для можливості цілісного уявлення про власне життя. Однією з важливих ознак алекситимії є дефіцит рефлексії, тобто усвідомлення потреб і мотивів власної діяльності і, отже, відсутність можливості управляти своїми спонуканнями, гнучко перебудовувати їх відповідно до вимог ситуації. Відсутність або

недостатня сформованість діяльності саморегуляції підсилює і сприяє фіксації негативного емоційного стану, який стабілізується і, таким чином, є джерелом виникнення психологічних змін особистості і стійких соматичних змін в організмі. Неможливість здійснення ефективної саморегуляції може сприяти актуалізації зміцнених в минулому досвіді суб'єкта захисних механізмів, «включення» яких посилює блокування довільних механізмів саморегуляції [19].

Наявність захисного механізму заперечення, який притаманний хворим на гінекологічні розлади, в емоційній сфері виявляється у феномені алекситимії, який полягає у серйозному утрудненні вербальної символізації емоційного досвіду. Для жінок, хворих на ендометріоз, характерні підвищені по відношенню до групи контролю показники алекситимії й знаходяться на рівні «зони ризику»; у жінок, хворих на міому матки, спостерігається виражена алекситимія. Хворі жінки погано орієнтуються у власних емоціях, не здатні охарактеризувати свої переживання та пов'язати їх з тілесними відчуттями. Їх емоційний досвід ніби відгороджений, дистанційований й дисоційований з ego-структурами та з тілом; хворі не розуміються у власних емоціях, потягах та бажаннях.

Така інконгруентність досвіду та «Я»-концепції підтримує «хибне коло» психосоматичного розладу, що робить його резистентним до терапії.

Відсутність контакту з собою утруднює формування та функціонування зрілих контактів з партнером, які значною мірою наповнюються інфантильними регуляторами – почуттями сорому, провини та неповноцінності, що й було показано у ряді досліджень (А.О. Макаренко, О.А. Потьомкіна та ін.). Важливою опорою для хворих жінок є відповідність конвенційним нормам («гарна мати, жінка»), за якою ховається невпевненість у собі.

Ці ознаки «гіперсоціальності» більшою мірою виражені у жінок з міомою матки. Алекситимічний стиль життя у культурологічній перспективі означає, що надмірний утиск емоційної експресії та гіперсоціальність «нормалізуються», стають стандартами так званого «депресивного суспільства» (R. Weil). Проте, медико-психологічна артикуляція даного феномену не дозволяє ідентифікувати його як норму.

Внутрішнє напруження має бути редуковано. Агресія уявляє собою один із шляхів каналізації такого напруження. Також було вивчено наявність агресивних складових за методикою ISTA в групах жінок, результати наведені в таблицях 3.3 та 3.4. У нашій роботі ми дотримуємося тих концептуальних платформ розуміння агресії, в яких акцент робиться не на деструкції, а на аспекті адаптивності/ дезадаптивності.

У концепції Г.Аммона [цит. за 99] агресія розглядається як центральна Я-функція. При цьому підкреслюється її найважливіше значення як структурної особистісної складової, так і вказується на активно-приспосувальний характер цього інтрапсихічного утворення.

Агресія розуміється як ступінь активності відносин індивіда до навколишнього світу в цілому та окремих її аспектів, як рівень цілеспрямованості душевної діяльності.

Таким чином, агресія - це загальний потенціал активності, яким володіє особистість для вирішення завдань адаптації і підтримки ідентичності. Разом з тим, залежно від структури груподинамічних полів (батьківська сім'я, найближче оточення) агресія може втрачати своє пристосувальне значення, стаючи дезінтегруючим і дезрегулюючим чинником.

Таблиця 3.3

## Середні значення по шкалах агресії методики ISTA

Шкала агресії	Гр.1		Гр.2		Гр.3	
	М	S	М	S	М	S
Конструктивна	39,87	12,31	38,43	12,47	76,15	4,39
Деструктивна	48,24	9,15	48,60	9,30	28,45	2,56
Дефіцитарна агресія	72,44	5,27	59,39	3,12	39,44	7,41

Примітка: М – середня значення за шкалою; S – стандартне відхилення.

Табл.3.4

## Достовірність відмінностей за шкалами агресії методики ISTA між групами

Шкали	t - критерій Ст'юдента		
	Гр.1-2	Гр.1-3	Гр.2-3
Конструктивна	0,08	-2,78**	-2,85**
Деструктивна	0,3	2,08*	2,09*
Дефіцитарна	2,13*	3,63**	2,48*

Примітка: Гр. 1 – жінки, які хворі на міому матки; Гр. 2 - жінки, які хворі на ендометріоз; Гр. 3 – група контролю; \* -  $p < 0,05$ ; \*\* -  $p < 0,01$ .

Як видно з вище наведених таблиць і рис. 3.1, існують значущі відмінності між основними і контрольною групою по параметру агресії. Між групами хворих міомою матки і ендометріозом значущих відмінностей не встановлено.

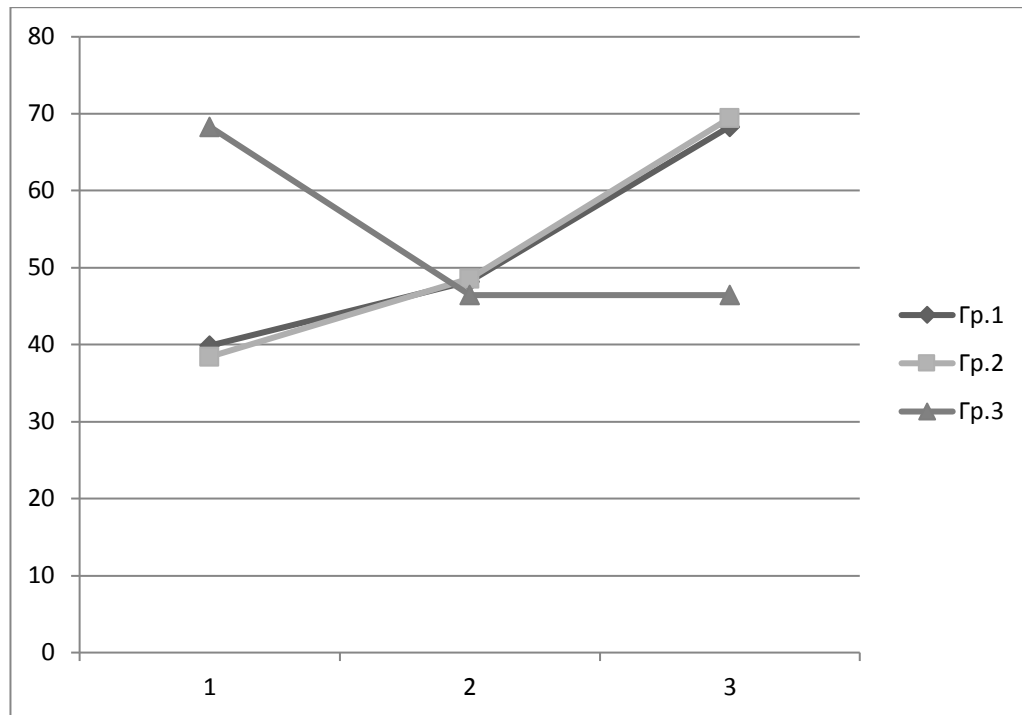


Рис.3.1 Профіль агресивності

Примітка: 1 – конструктивна агресія, 2 – деструктивна агресія, 3- дефіцитарна агресія.

З отриманих даних можна говорити про те, що жінкам з гінекологічними захворюваннями притаманні зниження активності, недолік здатності до ведення продуктивного діалогу та конструктивної дискусії, схильність до уникнення конфронтацій внаслідок страху розриву симбіотичних відносин.

Конструктивно-агресивний підхід в людських відносинах є розвиваючим, стимулюючим і плідним, що не притаманне жінкам з гінекологічною патологією. Він являє собою встановлення справжнього людського контакту, розвиток відносин взаємосприйняття і дружби. Для них характерна нерозвинена здатність до адекватного відреагування емоційних переживань в міжособистісних ситуаціях. Встановлені значущі відмінності по параметру деструктивної агресії, в поведінці виявляється схильність до руйнування контактів і відносин, прагнення до силового

вирішення проблем, мстивість і цинізм. У випадках, коли деструктивна агресія не може знайти об'єкт свого вираження, вона може спрямовуватись на власну особистість. Найбільша відмінність зафіксована по параметру дефіцитарної агресії. Найбільше дефіцит агресії властивий жінкам з міомою матки.

Таким чином, у жінок з гінекологічною патологією недорозвинена Я-функція агресії, притаманна нездатність до встановлення міжособистісних контактів, звужено коло інтересів, присутнє уникнення конфронтації і конфліктів, є схильність жертвувати інтересами та планами, нездатність брати на себе відповідальність, утруднена можливість відкрито проявляти свої емоції. В емоційному аспекті на перший план виступають почуття власного безсилля, некомпетентності і непотрібності, відчуття порожнечі і нудьги. У міжособистісних відносинах такі жінки поступливі і залежні.

Отже, емоційна сфера жінок, хворих гінекологічними захворюваннями, характеризується слабкою диференційованістю, найбільш виражена ця особливість у жінок з міомою матки. Характерна нерозвинена здатність до адекватного від реагування емоційних переживань в міжособистісних ситуаціях. Емоційна сфера характеризується відсутністю «радоці життя», наявністю порожнечі і нудьги.

### **3.2. Особистісні особливості жінок з гінекологічною патологією**

На цьому етапі роботи нами були досліджені особистісні особливості жінок з гінекологічною патологією. На рис. 3.2 відображені особливості функціонування Селф-системи жінок з міомою матки. Селф-система - це організована система світу людини, в центрі якої стоїть її власна

особистість. Поняття Селф відбиває цілісність особистості, її біологічно-психічну єдність, і на відміну від Его включає в себе усвідомлювану сферу і являє собою регуляторний, і тому стрижневий компонент особистості, що включає й інші компоненти (сприйняття, мислення, інтелект, пам'ять, життєву біографію, інтернальну і інтерперсональну проблематику і т.д.).

Елементи, які утворюють систему Селф, комплексно організовані і пов'язані один з одним. Зміни в її частинах не можливі без того, щоб одночасно всі елементи і вся система в цілому не змінилася.

Елементами Селф-системи представлені інтернально душевно-духовні і моторні компоненти, тобто всі усвідомлювані або динамічно неусвідомлювані спогади, думки, фантазії, вчинки, які мають відношення до власної особистості або афективно стосуються Селф, що стимулює або підтримує процеси регуляції в Селф-системі.

У Селф-репрезентації вкладені всі суб'єктивно значимі, зафіксовані в пам'яті об'єктні образи, тобто інтеракційний об'єктний досвід.

Селф-система регулює, організовує і реорганізує себе постійно у процесі, який іде все життя, вона ніколи не буває статично спокійною або нерухомою.

Регуляція Селф-системи здійснюється за такими цільовими напрямками: 1) задоволення чуттєво-тілесної або іншої фізіологічної потреби, 2) задоволення потреби/впевненості в безпеці, 3) задоволення потреби в стабільній самооцінці, 4) задоволення потреби в доданні сенсу і в смислового досвіду життя, 5) задоволення потреби в освоєнні нових можливостей, в нових формах почуттів, переживань, подій, думок і визнання, нових формах і способах самовираження.



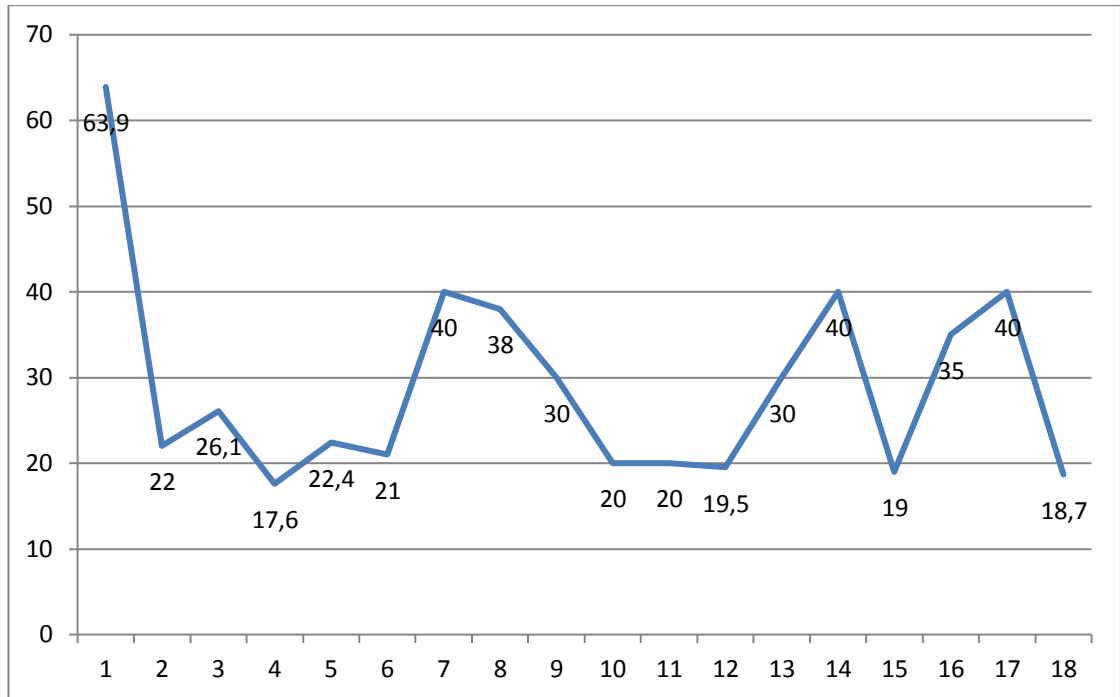


Рис.3. 2 Особливості функціонування Селф-системи жінок з міомою  
матки

Примітка: 1. Безсиле Селф; 2. Втрата контролю емоцій і спонукань; 3. Дерезалізація / деперсоналізація; 4. Базисний потенціал надії; 5. Незначне Селф; 6. Негативне тілесне Селф; 7. Соціальна ізоляція; 8. Архаїчна втеча; 9. Грандіозне Селф; 10. Прагнення до ідеального Селф-об'єкту; 11. Жага похвал і підтвердження; 12. Нарцисична лють; 13. Ідеал самодостатності; 14. Знецінення об'єкта; 15. Ідеал цінностей; 16. Симбіотичний захист; 17. Іпохондричний захист від тривог; 18. Нарцисична вигода від хвороби.

Отримані дані свідчать про те, що жінкам з міомою матки характерне зниження відчуття психічної цілісності, негативне самоствавлення, втрата цілепокладання, ослаблення саморегуляції.

Жінки перебувають у полоні страху втрати контролю, що запускає процес дестабілізації продуктивної поведінки. Крім цього, жінкам з міомою матки характерний деперсоналізаційний відтінок самосприйняття і дерезалізаційний відтінок сприйняття реальності. Це спроба за допомогою дисоціації дистанціюватися від загрозливих процесів в собі.

Відзначається зниження навичок опанування, оптимізму; характерне зниження надії на зміни на краще. Особистості жінок з міомою матки характерні сумніви в своїй цінності.

Тіло жінок з міомою матки негативно коннотує, тіло сприймається відштовхуючим і нелюбим. Особистість жінок з міомою матки характеризує низький рівень соціабельності, соціальна закритість, соціальне уникнення, ухилення від контактів.

Також відзначається неконтрольоване наростання регресивних тенденцій. В особистості жінок з міомою матки відзначені тенденції до паплюження, знецінення оточуючих, до сприйняття оточуючих як загрозливих.

Відзначається іпохондричний захист від тривоги, жінки надмірно стурбовані станом свого здоров'я. Об'єктне відношення до власного тіла сприяє переміщенню реальних міжособистісних конфліктів у площину відносин зі своїм організмом, крім цього жінки з міомою матки отримують нарцисичну вигоду від хвороби.

Отримані дані свідчать про те, що особливості функціонування Селф-системи жінок з ендометріозом (рис.3.3) подібні з особливостями жінок з міомою матки. Так, жінкам з ендометріозом характерне зниження відчуття психічної цілісності, негативне самоствавлення, втрата цілепокладання, ослаблення саморегуляції, негативна самооцінка.

Жінки перебувають у полоні страху втрати контролю, що запускає процес дестабілізації продуктивної поведінки. Також жінкам з ендометріозом характерний деперсоналізаційний відтінок самосприйняття і дерелізаційний відтінок сприйняття реальності.

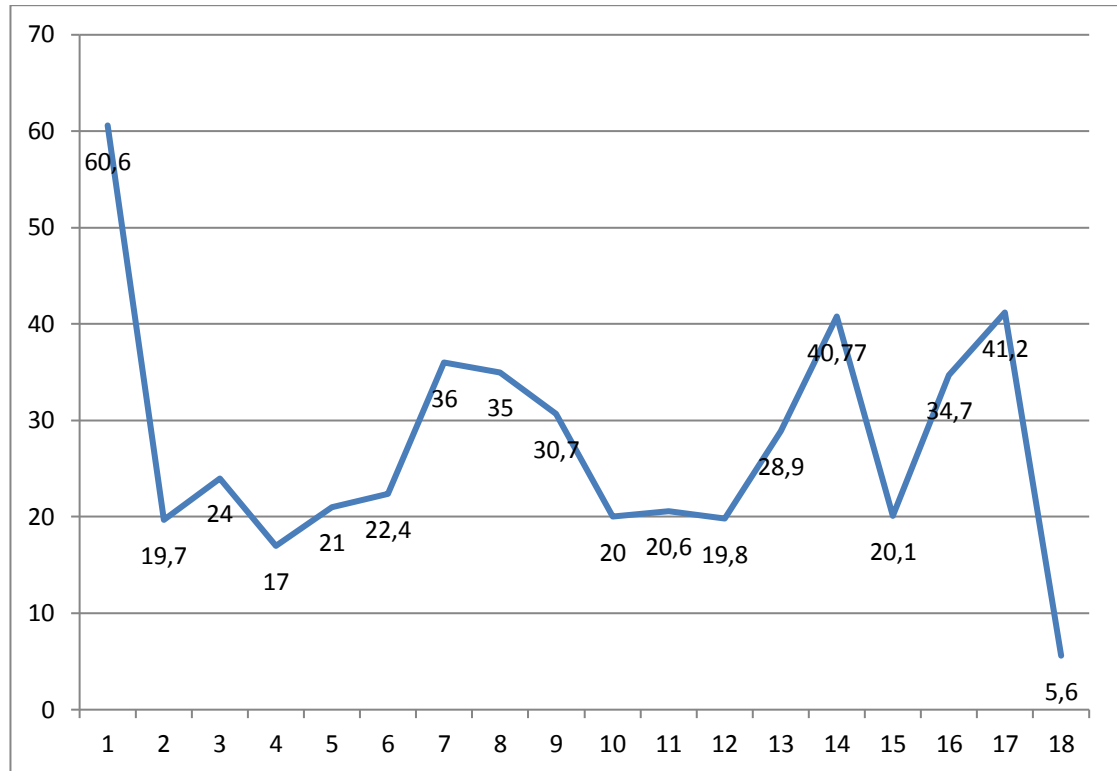


Рис.3.3 Особливості функціонування Селф-системи жінок з ендометріозом

Примітка: 1. Безсиле Селф; 2. Втрата контролю емоцій і спонукань; 3. Дерезалізація / деперсоналізація; 4. Базисний потенціал надії; 5. Незначне Селф; 6. Негативне тілесне Селф; 7. Соціальна ізоляція; 8. Архаїчна втеча; 9. Грандіозне Селф; 10. Прагнення до ідеального Селф-об'єкту; 11. Жага похвал і підтвердження; 12. Нарцисична лють; 13. Ідеал самодостатності; 14. Знецінення об'єкта; 15. Ідеал цінностей; 16. Симбіотичний захист; 17. Іпохондричний захист від тривоги; 18. Нарцисична вигода від хвороби.

Відзначено зниження навичок опанування, оптимізму; характерне зниження надії на зміни на краще. Особистості жінок з ендометріозом характерні сумніви в цінності своєї особистості. Тіло жінок з ендометріозом негативно коннотується, сприймається відштовхуючим і нелюбим. Особистість жінок з ендометріозом характеризує знижений рівень соціабельності, соціальна закритість, соціальне уникнення. Відзначається неконтрольоване наростання регресивних тенденцій. Відмічені тенденції до знецінення оточуючих, до сприйняття оточуючих як загрозованих об'єктів. Цікавий виявлений факт, який свідчить про те, що

жінкам з ендометріозом властивий іпохондричний захист від тривоги, тобто жінки вкрай стурбовані станом свого здоров'я, об'єктне відношення до власного тіла сприяє переміщенню реальних конфліктів у сферу відносин зі своїм організмом. Фіксація уваги на тілесних сенсаціях може також використовуватися для опанування власними агресивними імпульсами. Такі ж особливості були виявлені в групі жінок з міомою матки, але в групі жінок, хворих на ендометріоз, дані особливості (іпохондрія) не кореспондують з нарцисичною вигодою від хвороби, а, навпроти, жінки з ендометріозом схильні до повного заперечення можливого обмеження власної результативності захворюванням.

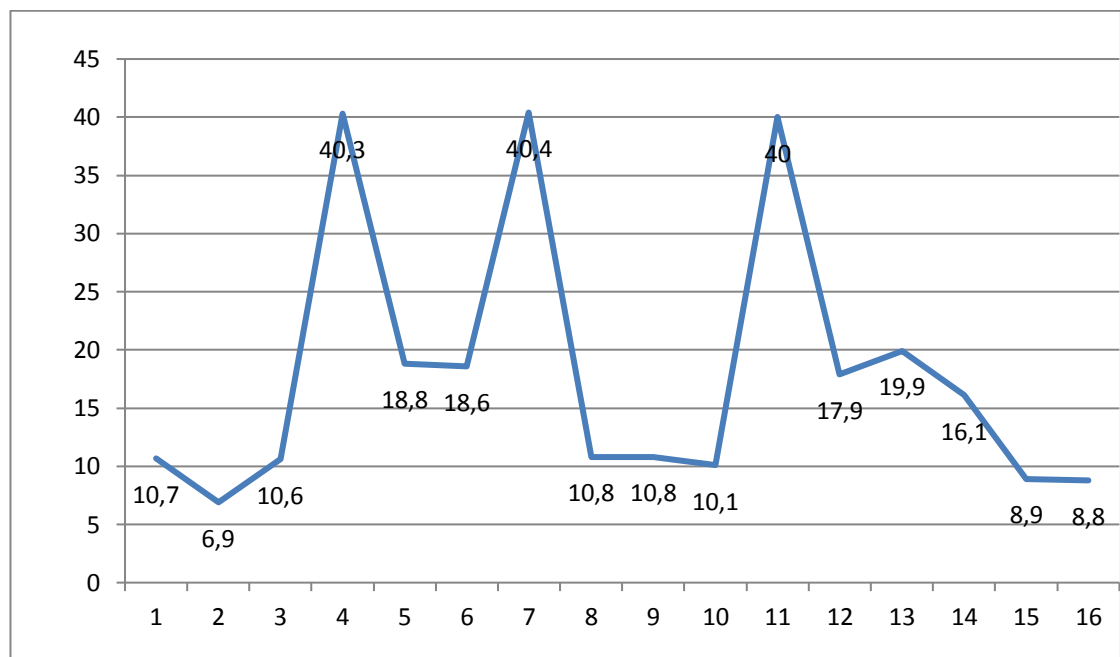


Рис.3.4 Особливості функціонування Селф-системи здорових жінок

Примітка: 1. Безсиле Селф; 2. Втрата контролю емоцій і спонукань; 3. Дерезалізація / деперсоналізація; 4. Базисний потенціал надії; 5. Незначне Селф; 6. Негативне тілесне Селф; 7. Соціална ізоляція; 8. Архаїчна втеча; 9. Грандіозне Селф; 10. Прагнення до ідеального Селф-об'єкту; 11. Жага похвал і підтвердження; 12. Нарцисична лють; 13. Ідеал самодостатності; 14. Знецінення об'єкта; 15. Ідеал цінностей; 16. Симбіотичний захист; 17. Іпохондричний захист від тривоги; 18. Нарцисична вигода від хвороби.

Як видно на рис. 3.4 особливості функціонування Селф-системи здорових жінок відрізняються від жінок з гінекологічною патологією здатністю до самоорганізації та саморегуляції поведінки. Здорові жінки здатні контролювати ситуативні коливання свого психічного стану. Особистості здорових жінок не характерний деперсоналізаційний відтінок самосприйняття і дереалізаційний відтінок сприйняття навколишньої реальності. Жінки, не обтяжені гінекологічною патологією, мають максимальну установку на реалізацію своїх ресурсів всупереч труднощам. У них висока ступінь опанування важкими життєвими обставинами. Базисний потенціал надії проявляється у здатності, не дивлячись на труднощі, зберігати надію на краще. Особистість здорових жінок не залежить від оцінок, які виставляє їм суспільство, жінки здатні нейтралізувати негативні емоції, що виникають внаслідок допущених ними помилок. Жінки здатні до ревізії своєї опануючої поведінки, але зберігають базисну впевненість у собі. Здорові жінки приймають своє тіло і вільні від відчуття сорому й вини, пов'язаних з тілом. Крім цього, здорові жінки відрізняються від жінок з гінекологічною патологією високою соціабельністю, здатністю вирішувати соціально складні ситуації; впевненість у собі дозволяє їм досить вільно розкривати свої почуття оточуючим. Жінки активно перетворюють реальну дійсність і орієнтовані на активність. Для жінок, не обтяжених гінекологічною патологією, характерна досить висока самооцінка. Ці жінки мінімально залежать від оточуючих, разом з тим допускають можливість вдатися до їхньої допомоги, крім цього залежність від уваги оточуючих мінімальна, як і мінімальна залежність від критики оточуючих. Такі жінки відповідальні перед собою, вони в першу чергу орієнтуються на свої можливості. Жінки не обтяжені почуттям задрощів і відсутністю оптимізму.

Для розширення уявлень про особливості особистості жінок нами була використана проєктивна методика вивчення особистості «Будинок, дерево, людина». За допомогою даної методики були отримані важливі дані, котрі не могли контролюватися свідомістю жінок. З метою зручності ми представили отримані дані у вигляді трьох основних фрагментів «Будинок» (3.4, 3.5), «Людина» (3.6, 3.7), «Дерево»(3.8, 3.9), а також характерні ознаки, властиві малюнку в цілому(3.10, 3.11).

Таблиця 3.4

## Поширеність типів зображень в завданні «Будинок» у групах

Зображення	Абс - %		
	Гр. 2	Гр. 2	Гр. 3
Будинок старий і зруйнований	19-35%	9-18%	4-8%
Будинок зображений далеко	22 -41%	15-31%	5-10%
Будинок зображений близько	6-11%	8-16%	21-42%
Задня стіна зображена з іншої сторони	20-37%	26-53%	3-6%
В стіни відсутня основа	11-20%	4-8%	0-0%
Бокові двері	17-31%	10-20%	4-8%
Дуже маленькі двері	17-31%	15-31%	3-6%
Двері з великим замком	15-28%	22-45%	4-8%
Дим зображений густим	17-31%	26-53%	5-10%
Вікна зображені закритими	17-31%	26-53%	5-10%
Вікна без скла	22-41%	17-35%	5-10%
Дах - жирний контур	7-15%	20-41%	4-8%
Дах-тонкий контур краю	6-11%	16-33%	5-10%
Дах, не співпадаючий з нижнім поверхом	9-17%	21-43%	5-10%
Відсутність труби	10-19%	12-24%	8-16%
Труба майже не помітна	15-28%	18-37%	4-8%
Водостічні труби	11-20%	15-31%	3-6%

Як видно з таблиць 3.4 та 3.5 фіксуються достовірно значимі відмінності між групою жінок з гінекологічною патологією (міома) і контрольною групою по зображенню будинку старим і розваленим, також

на рівні тенденції існують відмінності між групою жінок з міомою матки і ендометріозом. Подібне зображення вказує, що жінки таким чином висловлюють ставлення до самих себе. Встановлено достовірно значимі відмінності між групами жінок з гінекологічною патологією і групою контролю за частотою зображення будинку далеко, таке зображення вказує на наявність у жінок з гінекологічною патологією почуття відринутості.

Жінкам з контрольної групи було притаманне зображення будинку поблизу, що не властиво жінкам з гінекологічною патологією; зображення будинку поблизу вказує на відкритість, доступність, відчуття теплоти у жінок не обтяжених гінекологічною патологією, в той час як подібні психологічні особливості відсутні при наявності міоми матки і ендометріозу.

Жінкам з гінекологічною патологією також притаманне зображення задньої стіни, зображеної з іншої сторони, зазвичай це вказує на свідомі спроби самоконтролю, пристосування до конвенцій і сильні ворожі тенденції, ці особливості більшою мірою виражені у жінок з ендометріозом.

Жінкам з гінекологічними захворюваннями притаманний слабкий контакт з реальністю, про що свідчить зображення стіни з відсутністю її основи, подібні особливості більшою мірою притаманні жінкам з міомою матки.

Жінкам з гінекологічною патологією також властива деяка відчуженість і уникнення, про що свідчить бічне зображення дверей, подібні особливості більшою мірою характерні жінкам з міомою матки.

Жінкам з міомою матки і з ендометріозом характерно небажання впускати у своє «Я», відчуття неадекватності, невідповідність соціальним ситуаціям, про ці особливості свідчать дуже маленьке зображення дверей.

Крім цього жінкам з гінекологічною патологією властива ворожість, підозрілість, недовірливість, про що свідчить зображення великого замка, більшою мірою дані особливості характерні жінкам з ендометріозом.

Жінкам з гінекологічною патологією притаманне значне внутрішнє напруження, про що говорять зображення дуже густого диму, найбільше ця ознака виражена у жінок з ендометріозом.

Також жінки з гінекологічною патологією стурбовані взаємодією з середовищем, про що говорять зображення закритих вікон, при цьому дана особливість більш характерна жінкам з ендометріозом. Крім цього жінкам з патологією репродуктивної сфери характерне зображення вікон без скла, що вказує на ворожість і відчуженість.

Жінкам з ендометріозом притаманні фантазії, від яких жінки отримують задоволення, які зазвичай супроводжуються тривогою, про це свідчить зображення даху жирним контуром, який не характерний всьому малюнку. Крім цього, жінки з ендометріозом переживають, що фантазії можуть вийти з під контролю, про це свідчать зображення даху з тонким контуром.

Таким чином, специфічними для жінок з ендометріозом є особливості їх імагінальної активності і страхи, що вони можуть втратити контроль над нею. Крім цього жінки з ендометріозом характеризуються поганою особистісною організацією, про що свідчать зображення даху, який погано поєднується з нижнім поверхом. У порівнянні з групою контролю жінкам з гінекологічною патологією характерне небажання мати справу з емоційними впливами, на що вказує зображення майже невидимої труби. Також жінкам з гінекологічною патологією характерне посилення захисту та недовірливість, на що вказують зображення водостічних труб.



Таблиця 3.5

Відмінності в поширеності різних типів зображень в завданні  
«Будинок» між групами

Зображення	φ-критерію Фішера		
	Гр.1-2	Гр.1-3	Гр.2-3
Будинок старий і зруйнований	1,95*	3,55**	1,65*
Будинок зображений далеко	1,07	3,78**	2,63**
Будинок зображений близько	-0,77	-3,77**	-2,88**
Задня стіна зображена з іншого боку	-1,64*	4,15**	5,66**
У стіни відсутня основа	1,81*	4,77**	2,88**
Бокові двері	1,29	3,15**	1,81*
Дуже маленькі двері	1,00	3,55**	3,37**
Двері з великим замком	-1,82*	2,74**	4,45**
Дим зображений густим	-2,23*	2,79**	4,92**
Вікна зображені закритими	-2,23*	2,79**	4,92**
Вікна без скла	0,63	3,78**	3,07**
Дах - жирний контур	-3,29**	0,83	4,04**
Дах-тонкий контур краю	-2,72**	0,18	2,85**
Дах не співпадає з нижнім поверхом	-2,97**	1,01	3,90**
Відсутність труби	-0,74	0,34	1,06
Труба майже непомітна	-0,97	2,74**	3,63**
Водостічні труби	-1,20*	2,25*	3,37**

Примітка: Гр. 1 – жінки, які хворі на міому матки; Гр. 2 - жінки, які хворі на ендометріоз; Гр. 3 – група контролю; \* -  $p < 0,05$ ; \*\* -  $p < 0,01$ .

Таблиця 3.6

Поширеність різних типів зображень у завданні «Людина»

Типи образень	Абс. - %		
	Гр. 1	Гр. 2	Гр. 3
Людина з великою головою	12- 22%	22-45%	7-14%
Нечітка голова	17-31%	9-18%	4-8%
Довга тонка шия	17-31%	20-41%	4-8%
Вуглуваті плечі	11-20%	22-45%	4-8%
Маленький тулуб	17-31%	9-18%	4-8%

Продовж. табл. 3.6.

Подкреслене підборіддя	6-11%	17-35%	6-12%
Крупне підборіддя	8-15%	16-33%	3-6%
Вуха підкреслені	3-6%	15-31%	3-6%
Маленькі вуха	3-6%	12-24%	3-6%
Очі маленькі	15-28%	3-6%	4-8%
Довгі вії	3-6%	14-29%	6-12%
Рот клоуна	12-22%	14-29%	3-6%
Широкий ніс з горбинкою	12-22%	16-33%	3-6%
Обличчя-маска	13-24%	15-31%	4-8%
Волосся заштриховане	25-46%	27-55%	5-10%
Руки окремі від тулуба	7-13%	17-35%	5-10%
Руки за спиною	7-13%	17-35%	6-12%
Довгі руки	6-11%	17-35%	5-10%
Розслаблені руки	3-6%	4-8%	16-32%
Напружені притиснуті руки	12-22%	14-29%	3-6%
Короткі руки	15-28%	3-6%	3-6%
Рука як рукавичка боксера	10-19%	2-18%	3-6%
Пальці відокремлені	20-37%	21-43%	4-8%
Короткі ноги	17-31%	8-16%	5-10%
Немає ніг	16-30%	3-6%	3-6%
Голова в профіль, тіло в анфас	17-31%	5-10%	4-8%
Людина з порушеними пропорціями	10-19%	19-39%	4-8%
Людина без певної частини тіла	19-35%	24-49%	3-6%
Лялька	10-19%	2-4%	0-0%

Примітка: Абс. – абсолютне значення; % - значення у відсотках.

Аналіз фігури «Людина» дає підстави говорити про те, що жінкам з ендометріозом характерне неусвідомлене переконання про велику значущість мислення в житті і діяльності людини, на це вказують зображення людини з великою головою. Навпаки, жінкам з міомою матки було більш характерне зображення нечіткої голови, що свідчить про сором'язливість і боязкість таких жінок.

Жінкам з гінекологічною патологією незалежно від нозологічної приналежності характерне гальмування і регресія, про що говорять зображення довгої, тонкої шиї.

Також жінкам з гінекологічною патологією властива надмірна обережність і захист, про що говорять незграбні зображення плечей, частіше такі особливості фіксувалися у жінок з ендометріозом.

Жінки з міомою матки зображували тулуб маленьким, що вказує на почуття приниження і малоцінності. Підкреслення підборіддя жінками з ендометріозом вказує на потребу в домінуванні. Крім цього жінкам з ендометріозом характерне зображення занадто великого підборіддя, що є ознакою компенсації відчуттю слабкості і нерішучості. Також жінки зображували вуха занадто підкресленими, що вказує на чутливість до критики; прагнення заглушати критику, про що свідчать зображення маленьких вух.

Зображення маленьких очей жінками з міомою матки свідчать про заглибленість в себе.

Жінкам з ендометріозом, а також здоровим жінкам характерне зображення довгих вій, що вказує на кокетливість, прагнення показувати себе. Такі особливості відсутні у жінок з міомою матки.

Жінкам з гінекологічною патологією характерне зображення клоунського рота, що свідчить про вимушену привітність, неадекватність почуттів. Також жінки зображували широкий ніс з горбинкою, що вказує на зневажливі установки. Крім цього зображення обличчя-маски вказує на обережність, скритність, почуття деперсоналізації і відчуженості при гінекологічних хворобах. Сильне штрихування волосся жінками як з міомою матки, так і ендометріозом вказує на тривогу, пов'язану з мисленням і уявою.

Жінкам з ендометріозом характерне зображення рук, не злитих з тілом. Це вказує на те, що жінки ловлять себе на діях або вчинках, які вийшли з-під контролю. Крім цього жінки з ендометріозом зображували руки заведеними за спину, дана особливість малювання фігури людини говорить про небажання поступатися, йти на компроміс, а також про схильність контролювати прояв агресивних і ворожих потягів. Зображення занадто довгих рук говорить про надмірні амбіції жінок з ендометріозом.

Слід вказати на те, що жінкам групи контролю було притаманне зображення розслаблених рук, що говорить про хорошу пристосовуваність в міжперсональних контактах, ця особливість відрізняє здорових жінок від жінок з гінекологічною патологією.

Напружені руки, притиснуті до тіла, - характерне зображення як для жінок з міомою матки, так і для жінок з ендометріозом. Таке малювання рук свідчить про ригідність та психологічну неповороткість жінок з гінекологічною патологією.

Жінки з міомою матки зображували руки дуже короткими, що вказує на відсутність прагнень разом з почуттям неадекватності.

Зображення руки як боксерської рукавички, характерно жінкам з гінекологічною патологією, при цьому найчастіше дана особливість зустрічалася у жінок з ендометріозом, що свідчить про витіснену агресію. Практично про це свідчать і зображення обрубаних пальців.

Жінки з міомою матки малювали короткі ноги, що вказує на відчуття психологічної незручності. Крім цього цим жінкам також було притаманне малювання без зображення ніг, це вказує на боязкість і замкнутість.

Жінкам із захворюванням внутрішніх геніталіїв також було притаманне зображення голови в профіль, тіла в анфас, що вказує на тривогу, визнану соціальним оточенням і потребу в спілкуванні.

Жінкам з ендометріозом характерне зображення людини з видимими порушеннями пропорцій стосовно правої або лівої сторони, що вказує на відсутність особистісної рівноваги.

Жінки з гінекологічними захворюваннями також зображували людину по пояс, тобто фрагмент фігури, що вказує на відторгнення тієї частини тіла, яка викликає відкидання і тривогу.

Жінкам з міомою матки також характерне зображення лялькової людини, такі зображення являються індикаторами поступливості, переживання домінування оточуючими.

Таблиця 3.7

Відмінності у поширеності типів зображень у завданні «Людина»

Типи зображень	ф-критерій Фішера		
	Гр.1-2	Гр.1-3	Гр. 2-3
Людина з великою головою	-2,47**	1,09	3,49**
Нечітка голова	1,55	3,15**	1,55
Довга тонка шия	-0,99	3,15**	4,04**
Вуглуваті плечі	-2,70**	1,85*	4,45**
Маленьке тулуб	1,55	3,15**	1,55
Підкреслене підборіддя	-2,94**	-0,14	2,75**
Крупне підборіддя	-2,94**	-0,14	2,75**
Вуха підкреслені	-3,53**	-1,00	3,37**
Маленькі вуха	-2,8**4	-1,00	2,69**
Очі маленькі	3,09**	2,74**	-0,37
Довгі вії	-3,31**	-1,18	2,09*
Рот клоуна	-0,74	2,48**	3,15**
Широкий ніс з горбинкою	-1,19	2,48**	3,59**
Обличчя-маска	-0,75	2,30*	2,98**
Волосся заштриховане	-0,89	4,35**	5,12**
Руки окремі від тулуба	-2,65**	0,15	2,75**

Продовж. табл. 3.7

Руки за спиною	-2,73**	0,93	3,58**
Довгі руки	-2,94**	0,18	3,07**
Розслаблені руки	-0,53	-3,70**	-3,10**
Напружені притиснуті руки	0,74	2,48**	3,15**
Короткі руки	3,09**	3,14**	0,03
Рука як рукавичка боксера	-2,09*	2,01*	4,02**
Пальці відокремлені	-0,60	3,75**	4,25**
Короткі ноги	1,82*	2,79**	0,937
Немає ніг	3,30**	3,34**	0,03
Голова в профіль, тіло в анфас	2,74**	3,15**	0,38
Людина з порушеними пропорціями	-2,30*	1,64*	3,84**
Людина без певної частини тіла	-1,42*	3,95**	5,25**
Лялька	2,45**	4,53**	2,02*

Примітка: Гр. 1 – жінки, які хворі на міому матки; Гр. 2 - жінки, які хворі на ендометріоз; Гр. 3 – група контролю; \* -  $p < 0,05$ ; \*\* -  $p < 0,01$ .

Таблиця 3.8

Поширеність типів зображень у завданні «Дерево» у групах

Типи зображень	Абс.-%		
	Гр.1	Гр.2	Гр.3
Корні позначені рисками	12-22%	14-29%	3-6%
Кругла крона	7-13%	6-12%	16-32%
Кола в листі	4-7%	5-10%	15-30%
Гілки нахилені	15-28%	7-14%	3-6%
Гілки вгору	4-7%	14-29%	15-30%
Листя з кривих ліній	2-4%	1-2%	15-30%
Відкрите і закрите листя на одному малюнку	1-2%	0-0%	11-22%
Закрите листя	10-19%	15-31%	1-2%
Товсті гілки	3-6%	3-6%	15-30%

Продовж. табл. 3.8

Листя -петельки	3-6%	3-6%	13-26%
Зигзаги	11-20%	14-29%	3-6%
Листя-візерунок	4-7%	5-10%	15-30%
Плакуча верба	11-20%	4-8%	3-6%
Стовбур чорний	10-19%	17-35%	3-6%
Стовбур з однієї лінії	3-6%	14-29%	3-6%
Лінії стовбура прямі	2-4%	2-4%	13-26%
Лінії стовбура криві	15-28%	5-10%	3-6%
Вермішель	2-4%	13-27%	2-4%
Стовбур відірваний від землі	15-28%	16-33%	3-6%
Стовбур обмежений знизу	17-31%	8-16%	3-6%

Жінкам з гінекологічною патологією притаманна дитяча поведінка у відношенні того, що тримається в секреті, про це говорять малюнки, на яких коріння позначені ризикою.

Важливо відзначити, що жінки, не обтяжені гінекологічною патологією, відрізняються від жінок груп 1 і 2 зображенням круглої крони, що вказує на емоційність і деяку екзальтованість, що не властиво жінкам, хворим міомою матки і ендометріозом. Крім цього, здорові жінки малювали кола в листі, подібні зображення не являються характерними для груп гінекологічних хворих, такі зображення свідчать про пошук заспокійливих і винагороджувальних відчуттів.

Жінки Гр.1 зображували опущені гілки, що є ознакою втрати мужності, відмовою від зусиль. Жінки з ендометріозом, навпаки, відрізнялися зображенням гілок, піднятих вгору, що є ознакою прагнення до влади.

Зображення листя з кривих ліній характерно здоровим жінкам, що відрізняє їх від груп жінок з гінекологічною патологією, таке малювання свідчить про чутливість і відкрите сприйняття навколишньої реальності.

Крім цього, здорові жінки спрямовані на пошуки об'єктивності, про що свідчать зображення відкритого і закритого листя на одному малюнку, такі психологічні особливості не властиві гінекологічним пацієнткам.

Закрите листя в малюнках гінекологічних хворих - ознака охорони свого внутрішнього світу дитячим способом. Зигзаги в листі - ознака обережності і прихованості.

Зображення листків-петельок здоровими жінками вказують на перевагу жінок використовувати свою чарівність, а малюнки із зображенням товстих гілок вказують на хороше розрізнення дійсності жінками, які не обтяжені гінекологічною патологією.

Жінки з міомою матки зображували плакучу вербу, що є ознакою нестачі енергії і запалу та труднощів у прийнятті рішень. Схильність до зачорнення стовбура в малюнках жінок з ендометріозом - ознака внутрішньої тривоги, підозрливості і прихованої агресивності. Зображення стовбура з однієї лінії жінками даної групи свідчить про відмову реально дивитися на речі.

Прямі лінії стовбура, зображувані жінками групи контролю, вказують на спритність і винахідливість і, навпаки, криві лінії стовбура, зображувані жінками з міомою матки, вказують на те, що активність жінок загальмована тривогою.

Зображення «вермішелі» жінками з ендометріозом - ознака тенденції до скритності заради зловживань, непередбачених атак і прихованої люті.

Зображення стовбура, відірваного від землі, жінками основної групи - показник нестачі контакту з реальністю.

Зображення стовбура, обмеженого знизу, індикатор того, що жінки відчують себе нещасливими, шукають підтримку, ця особливість більшою мірою характеризує групу жінок з міомою матки.



Таблиця 3.9

Достовірність відмінностей у поширеності різних типів зображень  
завданні «Дерево» між групами

Типи зображень	φ-критерій Фішера		
	Гр.1-2	Гр.2-3	Гр.2-3
Корні позначені рисками	-0,74	2,48**	3,15**
Кругла крона	0,11	-2,37**	-2,43**
Кола в листі	-0,50	-3,10**	-2,53**
Гілки нахилені	1,70*	3,14**	1,40*
Гілки вгору	-2,92**	-3,10**	-0,16
Листя з кривих ліній	0,51	-3,93**	-3,74**
Відкрите і закрите листя на одному малюнку	1,38	-3,58**	-4,86**
Закрите листя	-1,43	3,09**	4,42**
Товсті гілки	-0,12	-3,48**	-3,48**
Листя -петельки	-0,12	-3,03**	-2,84**
Зигзаги	-0,97	2,25*	3,15**
Листя-візерунок	-0,50	-3,10**	-2,53**
Плакуча верба	1,81*	2,25*	0,42
Стовбур чорний	-1,88*	2,01*	3,80**
Стовбур з однієї лінії	-3,31**	-0,10	3,15**
Лінії стовбура прямі	-0,10	-3,48**	-3,30**
Лінії стовбура криві	2,33**	3,14	0,77
Вермішель	-3,52**	-0,08	3,38**
Стовбур відірваний від землі	-0,54	3,14**	3,59**
Стовбур обмежений знизу	1,82*	3,55**	1,68*

Примітка: Гр. 1 – жінки, які хворі на міому матки; Гр. 2 - жінки, які хворі на ендометріоз; Гр. 3 – група контролю; \* -  $p < 0,05$ ; \*\* -  $p < 0,01$ .

Розміщення малюнка на краю аркуша жінками з гінекологічною патологією є індикатором генералізованого почуття невпевненості, небезпеки. Зсув малюнка вліво дає підстави говорити про фіксованість жінок з гінекологічною патологією на минулому. Наявність хмар в малюнках жінок з гінекологічною патологією свідчить про боязку тривогу побоювання і депресію. Велика кількість гострих кутів у малюнках жінок з

гінекологічними захворюваннями свідчить про погану адаптивність та агресію. Жінки, не обтяжені гінекологічною патологією, малювали лінії закругленої форми, що не типово жінкам з гінекологічною патологією, дана особливість вказує на жіночність жінок без гінекологічного захворювання і відсутність жіночності у жінок основної групи. Неясний контур в малюнках жінок Гр.1 і 2 - свідок боязкості; навпаки, жінки групи контролю наносили енергійні штрихи, що є показником почуття безпеки і наполегливості, що не характерно жінкам з міомою матки і ендометріозом. Лінії неоднакової яскравості в малюнках жінок Гр.1 і 2 - свідчення напруженості жінок. Легкі лінії свідчать про нестачу енергії і низьких енергетичних ресурсах жінок з гінекологічною патологією. Незграбні штрихи в малюнках жінок з наявністю гінекологічної патології вказують на напруженість і замкнутість. Часті витирання жінками Гр.1 говорять про нерішучість і невдоволеність собою.

Жінкам з ендометріозом характерні зображення з надлишком деталей, що може бути розглянуте як «неминучість тілесності» (невміння обмежити себе), також жінки зайвий раз дублювали деталі, що є індикатором того, що жінки не вміють входити в тактовні і пластичні контакти з людьми. Зображення загальною висотою як нижня чверть аркуша вказують на компенсаторні мрії про владу.

Таблиця 3.10

Поширеність різних характеристик зображень у завданнях «Будинок», «Дерево», «Людина»

Характеристики зображень	Абс.-%		
	Гр. 1	Гр.2	Гр.3
Малюнок на краю аркуша	17-31%	20-41%	4-8%
Зміщення малюнка вліво	14-26%	15-31%	2-4%
Зміщення вправо	3-6%	5-10%	2-4%
Хмари	15-28%	16-33%	3-6%
Багато гострих кутів	19-35%	23-47%	4-8%

Продовж. табл. 3.10

Закруглені лінії	7-13%	8-16%	25-50%
Контур нечіткий	12-22%	17-35%	3-6%
Енергійні штрихи	0-0%	6-12%	21-42%
Лінії різної яскравості	10-19%	11-22%	0-0%
Легкі лінії	10-19%	7-14%	0-0%
Незграбні штрихи	17-31%	10-20%	3-6%
Часті витирання	16-30%	9-18%	4-8%
Надлишок деталей	7-13%	21-43%	2-4%
Зайве дублювання деталей	6-11%	15-31%	1-2%
Загальна висота –нижня чверть аркуша	5-9%	15-31%	3-6%

Таблиця 3.11

Достовірність відмінностей різних типів характеристик зображення  
«Будинок», «Дерево», «Людина» між групами

Зображення	ф-критерій Фішера		
	Гр.1-2	Гр.1-3	Гр.2-3
Малюнок на краю аркуша	-0,98	3,15**	4,04**
Зміщення малюнка вліво	-0,53	3,40**	3,83**
Зміщення вправо	-0,89	0,37	1,23
Хмари	-0,54	3,14**	3,59**
Багато гострих кутів	-1,21	3,55**	4,66**
Закруглені лінії	-0,48	-4,25**	-3,68**
Контур нечіткий	-1,41	2,48**	3,80**
Енергійні штрихи	-3,62**	-7,19**	-3,46**
Лінії різної яскравості	-0,49	4,53**	4,91**
Легкі лінії	0,58	4,53**	3,86**
Незграбні штрихи	1,29	3,55**	2,20**
Часті витирання	1,35	2,94**	1,55
Надлишок деталей	-3,50**	1,701*	5,10**
Зайве дублювання деталей	-2,50**	2,02**	4,42**
Загальна висота –нижня чверть аркуша	-2,81**	0,63	3,37**

Примітка: Гр. 1 – жінки, які хворі на міому матки; Гр. 2 - жінки, які хворі на ендометріоз; Гр. 3 – група контролю; \* -  $p < 0,05$ ; \*\* -  $p < 0,01$ .

Отже, жінкам з гінекологічною патологією властиві, з одного боку, загальні риси особистості, з іншого, специфічні особливості особистісної організації жінок, які хворі на міому матки і ендометріоз.

Жінкам з міомою матки характерне зниження відчуття психічної цілісності, негативне самоствавлення, ослаблення саморегуляції. Жінки перебувають у полоні страху втрати контролю, що запускає процес дестабілізації продуктивної поведінки. Крім цього, жінкам з міомою матки характерний деперсоналізаційний відтінок самосприйняття і дереалізаційний відтінок сприйняття реальності. Це спроба за допомогою дисоціації дистанціюватися від загрозливих процесів в собі. Відзначається зниження навичок опанування, оптимізму; характерне зниження надії на зміни на краще. Особистості жінок з міомою матки характерні сумніви в цінності своєї особистості. Тіло жінок з міомою матки негативно конотує, тіло сприймається відразливим, нелюбимим і відторгається. Також характерний низький рівень соціабельності, соціальна закритість, соціальне уникнення, ухилення від контактів. Відзначаються регресивні тенденції. Відмічені тенденції до паплюження, знецінення оточуючих, до сприйняття оточуючих, як загрозливих. Відзначається іпохондричний захист від тривоги, жінки надмірно стурбовані станом свого здоров'я. Об'єктне відношення до власного тіла сприяє переміщенню реальних міжособистісних конфліктів у площину відносин зі своїм організмом, крім цього жінки з міомою матки отримують вторинну (нарцисичну) вигоду від хвороби.

Особистість жінок з ендометріозом схожа з особистістю жінок з міомою матки. Жінкам з ендометріозом характерне зниження відчуття психічної цілісності, негативне самоствавлення, втрата цілепокладання, ослаблення саморегуляції, негативна самооцінка. Жінки перебувають у полоні страху втрати контролю, що запускає процес дестабілізації

продуктивної поведінки. Також жінкам з ендометріозом характерний деперсоналізаційний відтінок самосприйняття і дерелізаційний відтінок сприйняття реальності. Відзначено зниження навичок опанування, оптимізму; характерне зниження надії на зміни на краще. Особистості жінок з ендометріозом характерні сумніви в цінності своєї особистості. Тіло жінок з ендометріозом негативно конотує, сприймається відштовхуючим і нелюбим. Особистість жінок з ендометріозом характеризує знижений рівень соціабельності, соціальна закритість, соціальне уникнення. Відзначається неконтрольоване наростання регресивних тенденцій.

Жінкам з ендометріозом властивий іпохондричний захист від тривоги, об'єктне відношення до власного тіла сприяє переміщенню реальних конфліктів у сферу відносин зі своїм організмом. Фіксація уваги на тілесних сенсаціях може також використовуватися для опанування власними агресивними імпульсами. Жінки з ендометріозом схильні до повного заперечення можливого обмеження власної результативності захворюванням.

Жінкам з гінекологічною патологією властиві, з одного боку, загальні риси особистості, такі як почуття знедоленості, відчуженості, замкнутість, ослаблений контакт з реальністю, небажання впускати у свій внутрішній світ, страх відчувати сильні емоції, надмірна обережність, захист, вимушена привітність, тривога, пов'язана з соціальним оточенням, потреба в спілкуванні, ригідність, відсутність пошуку заспокійливих відчуттів, фіксованість на минулому, невміння використовувати свою жіночність і чарівність, погана адаптивність

Особистості жінок з міомою матки характерні такі особливості: сором'язливість, боязкість, малоцінність, заглибленість у себе, відсутність прагнень, відмова від зусиль, активність загальмована тривогою,

психологічна незручність, поступливість, нестача енергії, почуття нещасливості, нерішучість і невдоволення собою.

Особистості жінок з ендометріозом характерні такі особливості: самоконтроль, ворожість, підозрілість, внутрішня напруженість, посилена заклопотаність взаємодією з середовищем, посилення роботи імагінальної сфери і страх втратити над нею контроль, погана особистісна організація і відсутність особистісної рівноваги, велика значущість мислення для життя, потреба в домінуванні й прагнення до влади, чутливість до критики, амбіційність, витіснена агресія, невміння обмежувати себе і входити в гнучкі відносини з людьми.

### **3.3. Особливості статево рольової сфери жінок з гінекологічною патологією**

Для вивчення статево рольової сфери жінок з наявністю гінекологічного захворювання ми досліджували три рівні функціонування маскуліності / фемінінності, які були описані в роботі О.С. Кочаряна [45]: соціогенного, поведінкового і біогенного. Кожен рівень є умовно автономним, між рівнями відношення досить складні, вони можуть як потенціювати один одного, так й взаєморетардувати, компенсувати. В даному дослідженні біогенний рівень випав із розгляду, що обумовлено тією обставиною, що при зазначених розладах може змінюватися гормональний статус. У групі жінок із захворюванням міомою матки була отримана трьох факторна матриця, яка пояснює 63,42% дисперсії.

Таблиця 3.12.

Факторна структура статево-рольової сфери жінок з міомою матки

<b>Фактор 1 «Статево-рольова ад'юнкція»</b>	<b>Фактор 2 «Дискондартна статево-рольова сфера»</b>	<b>Фактор 3 «Маскулінність»</b>
МСП (0,85) ФСР (0,59)	ФСР (0,69) МПП (0,78) ФПП (-0,78)	МСП (0,84) МПП (0,59) ФПП (-0,59)
Інформативність фактора – 26,19%	Інформативність фактора – 21,10%	Інформативність фактора – 16,13%

Примітка: МСП - маскулінність соціогенного рівню; ФСР – фемінінність соціогенного рівню; МПП – маскулінність поведінкового рівню; ФПП - фемінінність поведінкового рівню.

Фактор 1 отримав назву «Статево-рольова ад'юнкція». Змінні, які склали фактор, відображають незрілу модель статево-рольової сфери, про що говорять зв'язки між утвореннями маскулінності і фемінінності соціогенного рівня. У такому випадку маскулінність і фемінінність одночасно потенціюють один одного. Така модель статево-рольової сфери є нормативною для дівчат до 15-16 років. Після цього у нормі спостерігається статево-рольова трансформація – утворення маскулінності й фемінінності стають незалежними, не корелюють одне з одним. Це свідчить про фіксацію психосексуального розвитку на ранніх етапах розвитку. Ознаками такої фіксації є: недостатність сепарації від материнської фігури, незавершеність процесу гендерної ідентифікації, а значить й порушення нормативного співвідношення процесів ідентифікації / лібідізації, можлива надприхильність до батьківської фігури (позитивна чи негативна не має значення).

Фактор 2 згідно змінним, які в нього ввійшли, отримав назву «Дискондартна статево рольова сфера». Фактор відображає конфлікт фемінінної «Я-концепції» і поведінкової маскулінності, такий конфлікт блокує побудову адекватної жіночої ідентичності. В даному випадку йдеться про неспівпадіння культурних образів маскулінності / фемінінності на двох рівнях – жінка має вести себе як жінка, а це її ображує. Цей внутрішній конфлікт у структурі статево рольової сфери між належним і бажаним, жінка якби побоюється бути жінкою. В відносинах психологічної інтимності вона себе втрачає. В літературі такий стан описується як «страх психологічної інтимності», або як «синдром емоційного холоду», за яким лежать серйозні труднощі у формуванні та збереженні партнерських стосунків – жінка, скоріше, бореться з чоловіком, а не знаходиться у стосунках взаємопідтримки. Якийсь час це надає перевагу жінці із зазначеною проблемою - вона приваблює своєю незалежністю, самостійністю, силою. Але потім це ж становиться проблемою - вона не може прийняти чоловіка як чоловіка (ні дитину, ні батька), а в собі - жінку. Такий стан створює гендерну тривогу.

Фактор 3 отримав назву «Маскулінність». Фактор склали змінні: маскулінність соціогенного рівня, маскулінність поведінкового рівня і зі зворотним знаком фемінінність поведінкового рівня. Таким чином, статево рольова сфера в даному випадку вільна від конфлікту, Я-концепція і патерни поведінки складають єдине маскулінне ціле. Якщо попередній фактор створює внутрішній конфлікт, то цей - передиспонує формуванню зовнішніх конфліктів з нормативними носіями статево рольових моделей.

Отже, жінки, які хворі на міому матки, мають три типи спотворення статево рольового симптомокомплексу:

- 1) статево рольовий інфантилізм;
- 2) статево рольова неузгодженість;



3) статеворольова інвертність.

Ймовірно, можна говорити про три статеворольових типи жінок, які хворі на міому матки.

У групі жінок, які хворі на ендометріоз, була отримана трьохфакторна структура, яка пояснює 60,04% дисперсії (табл.3.13).

Таблиця 3.13.

Факторна структура статеворольової сфери жінок з ендометріозом

<b>Фактор 1</b> <b>«Дискондартна</b> <b>статеворольова сфера»</b>	<b>Фактор 2</b> <b>«Маскулінність»</b>	<b>Фактор 3</b> <b>«Статеворольова</b> <b>ад'юнкція»</b>
ФСР (0,81)	МСР (0,80)	МСР (0,80)
МПР (0,67)	МПР (0,62)	ФСР (0,61)
ФПР (-0,67)	ФПР (-0,62)	
Інформативність фактора – 24,04%	Інформативність фактора – 19%	Інформативність фактора – 17%

Примітка: МСР - маскулінність соціогенного рівню; ФСР – фемінінність соціогенного рівню; МПР – маскулінність поведінкового рівню; ФПР - фемінінність поведінкового рівню.

Фактично структура є тотожною, різняться вони тільки відсотками тлумаченної дисперсії. Як видно з таблиці 3.13, домінуючим фактором у групі жінок, хворих на ендометріоз, є фактор 1 «Дискондартна статеворольова сфера». Фактор відображає конфлікт фемінінної «Я-концепції» і поведінкової маскулінності, такий конфлікт блокує побудову адекватної жіночої ідентичності.

Фактор 2 «Маскулінність» склали такі змінні: маскулінність соціогенного рівня, маскулінність поведінкового рівня і зі зворотнім значенням фемінінність поведінкового рівня. Таким чином, статеворольова

сфера в даному випадку вільна від конфлікту, Я-концепція і поведінкові патерни складають єдине ціле.

Фактор 3 отримав назву «Статеворольова ад'юнкція». Змінні, які склали фактор, свідчать про незрілі моделі статевої сфери. В даному випадку маскуліність і фемініність потенціують один одного, що породжує статевої конфлікт.

Отже, види спотворення статевої симптомокомплексу у двох групах хворих не відрізняються:

- 1) статевої інфантилізм;
- 2) статевої неузгодженість;
- 3) статевої інвертність.

У групі контролю отримана двофакторна структура, яка пояснює 68,34% дисперсії (табл.3.14).

Таблиця 3.14

<b>Фактор 1 «Фемініність»</b>	<b>Фактор 2 «Маскуліність»</b>
ФСР (0,57)	МСР (0,74)
ФПР (0,78)	МПР (0,90)
	ФПР (-0,59)
Інформативність фактора – 36,29	Інформативність фактора – 32,05

Примітка: МСР - маскуліність соціогенного рівню; ФСР – фемініність соціогенного рівню; МПР – маскуліність поведінкового рівню; ФПР - фемініність поведінкового рівню.

Фактор 1 пояснює 30,29% дисперсії, отримав назву «Фемініність». Даний фактор відображає, що статевої сфера в даному випадку вільна від конфлікту, Я-концепція і поведінкові патерни складають єдине фемініне утворення.

Фактор 2, який пояснює 32,05% дисперсії, отримав назву «Маскулінність». Статеворольова сфера в даному випадку вільна від конфлікту, Я-концепція і поведінкові патерни складають єдине ціле.

Отже, статеворольову сферу здорових жінок складають два ортогональних фактора, що свідчить про андрогінну структуру статеворольової сфери їх особистості. Це, з одного боку, може свідчити про зрілість структури, яка відбиває факт незалежності утворень маскулінності й фемінінності, а, з другого, - свідчить про можливість формування двох «чистих» типів спотворення статеворольової сфери:

1) маскулінний тип;

2) фемінінний тип;

та одного зрілого, містить у собі й те, й те:

3) андрогенний тип.

Наступним кроком у вивченні статеворольових особливостей жінок з гінекологічною патологією було вивчення гендерної ідентичності. Існує дві найбільш широко представлені теорії особистісної ідентичності. Перша відноситься до психоаналітичного напрямку, автори, які працюють в рамках цього напрямку, спираються на теорію ідентичності Е. Еріксона [144]. Друга теорія спирається на концепцію Дж. Міда і об'єднує представників інтеракціоністського і когнітивного підходів. Е. Еріксон визначив ідентичність, як внутрішню безперервність і тотожність особистості. Е. Еріксоном були виділені елементи ідентичності на рівні індивідуального досвіду:

а) почуття ідентичності - це почуття особистісної тотожності та історичної безперервності особистості;

б) свідоме почуття особистісної ідентичності, засноване на двох одночасних спостереженнях: сприйнятті себе як тотожного й усвідомленні

безперервності свого існування в часі і просторі з одного боку, і сприйнятті того факту, що інші визнають мою тотожність і безперервність, - з іншого;

в) переживання почуття ідентичності з віком і в міру розвитку особистості посилюється: людина відчуває зростаючу безперервність між усім тим, що вона пережила за все своє дитинство, і тим, що вона припускає пережити в майбутньому; між тим, ким вона хоче бути, і тим, як сприймає очікування інших по відношенню до себе.

Але що стосується статевої ідентичності, то вона формується за окремими механізмами. Л. Б. Шнейдер [142] визначила декілька типів ідентичності.

*Дифузна ідентичність.* Ця ідентичність характерна людям, які не мають міцних цілей, цінностей і переконань і які не намагаються активно сформувати їх. Вони або ніколи не перебували в стані кризи ідентичності, або виявилися нездатними вирішити виниклі проблеми. При відсутності ясного почуття ідентичності люди переживають ряд негативних станів.

*Псевдоідентичність.* Цей статус характеризується стабільним запереченням своєї унікальності або, навпаки, її амбітним підкресленням з переходом в стереотипізацію, а також порушенням механізмів ідентифікації та відокремлення у бік гіпертрофованості, порушенням тимчасової зв'язності життя, ригідністю Я-концепції - небажанням змінюватися на тлі загального позитивного ставлення до себе, болючим неприйняттям критики на свою адресу, низькою рефлексією.

Ми використовували методику вивчення гендерної ідентичності (МВГІ) Л.В. Шнейдер.

Таблиця 3.15

Поширеність статусів гендерної ідентичності у групах хворих і контролю

Статуси гендерної ідентичності	Абсолют-%		
	Гр.1	Гр.2	Гр.3
Передчасна	14 -26%	5-10%	4-8%
Дифузна	20-37%	22-45%	4-8%
Мораторій	7-13%	8-16%	18-36%
Досягнута позитивна	3-6%	3-6%	20-40%
Псевдопозитивна	10-19%	11-22%	4-8%

Таблиця 3.16

Достовірність відмінностей статусів гендерної ідентичності між групами

Статуси гендерної ідентичності	φ-критерій Фішера		
	Гр.1-2	Гр.1-3	Гр.2-3
Передчасна	2,12*	2,52**	0,38
Дифузна	-0,81	3,74**	4,45**
Мораторій	-0,48	-2,80**	-2,26**
Досягнута позитивна	-0,12	-4,55**	-4,32**
Псевдопозитивна ідентичність	-0,49	1,61	0,05

Примітка: Гр. 1 – жінки, які хворі на міому матки; Гр. 2 - жінки, які хворі на ендометріоз; Гр. 3 – група контролю; \* -  $p < 0,05$ ; \*\* -  $p < 0,01$ .

Вивчення гендерної ідентичності показало, що жінки з міомою матки мають статус передчасної ідентичності. Таким чином, жінки з міомою матки ніколи не переживали стану кризи ідентичності, але, тим не менш, володіють певним набором цілей, цінностей і переконань. Зміст і сила цих

елементів ідентичності можуть бути такими ж, як у тих, хто досягнув ідентичності, різний процес її досягнення.

У людей з передчасною ідентичністю елементи формуються рано в житті, але не в результаті самостійних виборів, а в основному внаслідок ідентифікації з батьками або іншими значущими людьми. Прийняті таким чином цілі, цінності і переконання можуть бути подібними з батьківськими або містити інкорпоровані елементи очікування батьків. Ідентичність в такому випадку не результат процесів сепарації та ідентифікації, а наслідок захисних процесів інтроєкції (включення індивідом без переробки у свій внутрішній світ поглядів, мотивів, установок інших людей тощо) та конфлюєнції (злиття). Прийняті таким чином цілі, цінності і переконання можуть бути подібними до батьківських, містити інкорпоровані елементи очікування батьків.

Крім цього, жінки з міомою матки володіють дифузною ідентичністю, цей же статус характерний жінкам з ендометріозом. Ця ідентичність характерна людям, які не мають міцних цілей, цінностей і переконань і які не намагаються активно сформувати їх. Жінки ніколи не перебували в стані кризи ідентичності, або виявилися нездатними вирішити виниклі проблеми. При відсутності ясного почуття ідентичності жінки переживають ряд негативних станів.

Отже, статево-рольова сфера жінок з міомою матки характеризується статево-рольовим конфліктом, блокуванням побудови адекватної жіночої ідентичності, маскулінністю. Жінки з міомою матки також характеризуються передчасною гендерною ідентичністю - вони не пройшли тривалий шлях гендерного становлення й сформували ідентичність не як результат процесів сепарації та ідентифікації, а як наслідок захисних процесів інтроєкції (включення індивідом без переробки у свій внутрішній світ поглядів, мотивів, установок інших людей тощо) та

конфлюєнції (злиття). Прийняті таким чином цілі, цінності і переконання можуть бути подібними до батьківських, містити інкорпоровані елементи очікування батьків. Крім цього, жінки, хворі на міому матки та ендометріоз, мають дифузну, невизначену або несформовану гендерну ідентичність. Статеворольова сфера жінок з ендометріозом характеризується конфліктом статеворольових структур, який блокує побудову адекватної жіночої ідентичності, маскулінністю, незрілістю статеворольової сфери.

Таким чином, статеворольова сфера особистості зазначених хворих характеризується: інфантилізмом, дискордантністю, інвертністю. У хворих можуть спостерігатися або усі, або деякі з зазначених варіантів спотворення статеворольового симптомокомплексу.

Гендерна ідентичність жінок з гінекологічними розладами є несформованою, що, ймовірно, є преморбідною умовою (підставою) розвитку гінекологічної патології.

### **3.4. Особливості адаптивно-захисного комплексу у жінок з гінекологічною патологією**

На цьому етапі дослідження нами були досліджені механізми психологічного захисту жінок, обтяжених гінекологічною патологією. За допомогою t-критерію було встановлено, що в групах жінок, обтяжених гінекологічним захворюванням, ступінь напруженості захистів значно вище (рис.3.5) ніж у групі (Гр.3) жінок без гінекологічної патології (Гр. 1-3  $t = 2,77$ ; Гр.2-3  $t = 2,34$  при  $p < 0,05$ ). Таким чином, жінкам при гінекологічній патології, незалежно від нозології, притаманна посилена охорона психіки від психотравмуючих подій.

У літературі [87, 134] описано, що надмірне посилення механізмів психологічного захисту призводить до низької здатності усвідомлювати свої помилки, утруднює ефективне вирішення особистісних проблем, може спотворювати зміст подій і переживань, що позбавляє людину можливості активно впливати на ситуацію.

Отже, жінкам, які мають гінекологічне захворювання властиве надмірне посилення механізмів психологічного захисту, що призводить до низької здатності усвідомлювати свої помилки, вони не можуть ефективно вирішувати власні проблеми, вони спотворюють зміст подій і власних переживань, що позбавляє їх можливості активно впливати на ситуацію. Це свідчить про незрілість жінок з гінекологічною патологією, адже зріла особистість здатна приймати весь спектр власних бажань, почуттів та думок, а також вона здатна управляти небажаними станами зрілими засобами саморегуляції.

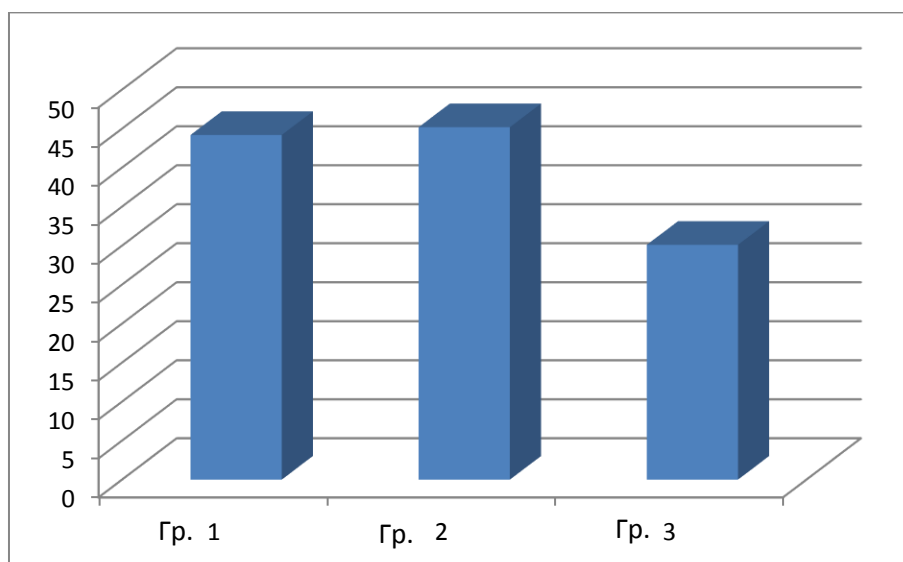


Рис.3.5 Степінь напруженості Его-захистів (данні наведені в балах)

З метою виявлення структурних особливостей механізмів психологічного захисту була здійснена факторизація простору ознак методики життєвого стилю.



У групі жінок з міомою матки (Гр.1) була отримана матриця з трьох факторів, яка пояснює 67,31% дисперсії (табл.3.17).

Таблиця 3.17

## Факторна структура захисних механізмів жінок з міомою матки

<b>Фактор 1</b> <b>Відсутність переробки психотравми</b>	<b>Фактор 2</b> <b>Зовні спрямований захист</b>	<b>Фактор 3</b> <b>Ступінь напруженості захисту</b>
Відкидання (0,67) Витіснення (0,77) СНЗ (0,99)	Проекція (0,78) Заміщення (0,67) Регресія (0,67) Компенсація (0,66) СНЗ (0,68)	Реактивне утворення (0,79) Відкидання (-0,77) СНЗ (-0,780)
Інформативність фактора – 30,11	Інформативність фактора – 23,10	Інформативність фактора – 14,10

Фактор 1 пояснює 30,11% дисперсії, був названий «Відсутність переробки психотравмуючих ситуацій». Склад фактора демонструє об'єднання механізмів психологічного захисту за принципом відсутності переробки змісту того, що піддається запереченню і витісненню, крім того в фактор зі значним навантаженням увійшов показник ступені напруженості захисту, що свідчить про наповнення цього показника механізмами заперечення і витіснення.

Заперечення - це існування (в сьогоденні або минулому) зовнішньої реальності, своїх переживань, дій, намірів, достовірно очевидних для оточуючих. Захист від негативних емоцій, пов'язаних з визнанням існування неприйняттого спонукання, зовнішньої загрози, можливого неприємного подання або почуття. Індивідуум автоматично відмовляється визнати існування сприймаючої їм реальності, видаючи бажане за дійсне. Надійність захисту підвищується тим, що жінка, заперечуючи зміст,

перестає усвідомлювати його емоційну значущість для себе. При описі якоїсь хвилюючої ситуації вона не згадує або заперечує негативні емоції, які повинні були б її супроводжувати. При опитуваннях, які уточнюють обставини, що заперечуються, даються неадекватно ухильні або неправдоподібні відповіді. Жінки настільки впевнені у своїй правоті, що при конфронтації з невідповідністю їх версії об'єктивної реальності не бачать необхідності її заперечувати, воліючи йти від конфліктної теми, закривати її. При витісненні також забувається зміст, але зберігається афект, змістовне значення якого суб'єкт перестає усвідомлювати. Цей афект реактивується при виході на змістовний компонент конфлікту і спробах конфронтації з витісненою реальністю. Витіснення припускає уникнення внутрішнього конфлікту шляхом вимикання зі свідомості того, що трапилось. Витіснення виконує свій захист, не допускаючи у свідомість своїх бажань, які можуть йти в розріз з морально-етичними категоріями, і тим самим забезпечує пристойну і розсудливу поведінку. А Фрейд особливо виділяла витіснення, пояснюючи тим, що воно «кількісно здійснює набагато більшу роботу, ніж інші техніки». Крім того, воно використовується проти таких сильних потягів несвідомого, які не піддаються переробці іншими техніками. Існує припущення, що функція витіснення в першу чергу полягає в боротьбі з сексуальними потягами.

Фактор 2, який пояснює 23,10% дисперсії, отримав назву «Зовні спрямований захист». Фактор складається з наступних механізмів психологічного захисту: проєкція, заміщення, регресія, компенсація, а також в фактор потрапляє показник «Ступінь напруженості захисту», що вказує на те, що вищеперераховані механізми психологічного захисту і складають ступінь напруги.

Проекція проявляється в приписуванні іншим своїх неприйнятних для себе почуттів, бажань, намірів, думок з запереченням їх у себе. Нейтралізація болючих для себе аспектів власної особистості, особливо пов'язаних з почуттями сорому, приниження і страху. Фіксація зовні, на оточуючих, викликає штучне відчуття неналежності цих переживань собі, роблячи їх стерпними. У побуті це називається "шукати винних у власних промахах". Проектуватися може все, що засуджується, не подобається або загрожує. Проектуються упередження, пов'язані з забобонами, а також зайва увага до сексуальних інтересів і відповідній поведінці оточуючих.

Проекція зазвичай порушує контакт з оточуючими внаслідок зайвої підозрілості, колекціонування заподіяних ними несправедливостей, сприйняття їх як зовнішньої загрози. Замість прямої відповіді на будь-яке питання суб'єкт починає цікавитися, чому його про це запитали. Часті підозрілі питання про причини дій інших людей. Ідентифікований за допомогою проекції об'єкт піддається саркастичним коментарям, зауваженням про «істинні» непривабливі мотиви його вчинків, всіляким звинуваченнями. Необхідність захисту від усвідомлення приналежності собі проектованого змісту фіксує суб'єкт на відносинах з об'єктом, змушує його постійно займатися ним, звинувачувати і захищатися. Аргументація поганих намірів об'єктів завжди невизначена і мало переконлива, спроби поставити їх під сумнів, верифікувати об'єктивність припущень, що проеціюються, в реальній поведінці об'єкта викликають у суб'єкта крайнє роздратування. Об'єктивне спостереження в широкому плані може виявити в поведінці індивідуума саме ті риси, які він піддає негативній оцінці, проеціюючи їх на оточуючих.

Заміщення - це захист від тривожної ситуації з допомогою переносу реакції з недоступного об'єкта на «доступний» об'єкт, або ж заміною неприйнятною дією прийнятною.

Цей механізм захисту пов'язаний з переадресацією реакції. Заміщення дає можливість впоратися з гнівом, який не може бути виражений прямо.

При регресії відбувається повернення до більш ранніх особистісних реакцій, які полягають у демонстрації безпорадності, дитячої поведінки, легкій зміні настрою, плаксивості і т.п. Механізм компенсації призначений для стримування почуття суму, горя з приводу будь-якої втрати. Компенсація передбачає спробу знаходження або виправлення деякої неповноцінності.

Третій фактор пояснює 14,10% дисперсії, був названий «Ступінь напруженості захисту». Фактор біполярний за своєю структурою, на одному полюсі фактора - реактивне утворення, на іншому - заперечення і ступінь напруженості захисту. Поява заперечення і ступеня напруженості захисту вдруге в факторній матриці вказують на те, що саме цей механізм захисту є домінуючим у жінок із захворюванням міомою матки.

Реактивне утворення - це захисний механізм, поява якого пов'язана з засвоєнням «вищих соціальних цінностей». З. Фрейд використовував саме поняття «реактивне утворення», яке поряд з поняттям сублимації вживалося їм для опису психічного засобу, що має «велике значення для пізнішої культури і нормальності». Він виходив з того, що в латентний сексуальний період дитинства формуються душевні сили, які виступають згодом як затримки на шляху збудження і як греблі, що звужують його спрямованість. До таких затримок або реактивних утворень він відносив відразу, почуття сорому, естетичні та моральні вимоги ідеалу.

Реактивне утворення служить стримуванню радості володіння певним об'єктом і можливості їм розпоряджатися певним чином. В результаті роботи цього механізму психологічного захисту відбувається заміна автентичних почуттів, бажань, спонукань на прямо протилежні.

Жінки, таким чином, відгороджуються від щирих почуттів і приходять до того, що спочатку їм було чуже.

Функція реактивного утворення полягає також у контролі агресивних спонукань до себе або оточуючих за рахунок вираження їх у формі антитези.

Захист від падіння самооцінки або можливого неприйняття себе об'єктом, почуття негідності, провини перед ним. Задоволення бажання відчувати свою моральну перевагу перед оточуючими.

Захист включається на якомусь етапі формування людини, коли початкові його риси визначаються неприйнятними і замінюються на сприймані протилежно. Сама особистість при цьому не усвідомлює факт заміни, вона сприймає лише результат.

Деадаптивність захисту полягає в перебільшеності і ригідності особистісних рис, що знижують гнучкість і ефективність соціального функціонування, або в епізодичних проривах первинних спонукань, від яких суб'єкт захищається. Вона може проявлятися як в окремих поведінкових стереотипах, так і у формуванні цілого типу особистості. У ході міжособистісної взаємодії захист стає помітним при систематичному повторенні поведінкових стереотипів і емоційних реакцій, які сприймаються оточуючими як такі, що відхиляються від нормативного реагування в протилежну сторону.

Дія цього механізму захисту призводить до неприйняття всього, що пов'язано з функціонуванням організму і відносинами статей, негативному і засуджуючому відношенню до «непристойних жартів».

В цілому загальним для чинника є захисна поведінка, яка і при реактивному утворенні, і при запереченні стає навмисною, конформною і удаваною.

Факторна структура захисного простору жінок, хворих на ендометріоз, пояснює 79,29% дисперсії (табл.3.18).

Фактор 1, що пояснює 28,09% дисперсії, отримав назву «Спотворення психотравмуючих подій». Механізмом перекручення є інтелектуалізація, яка має своєю функцією маскування, приховування від свідомості самого суб'єкта істинних мотивів його дій, думок і почуттів в ім'я забезпечення внутрішнього комфорту, збереження почуття власної гідності, самоповаги. Найчастіше даний механізм використовується з метою запобігти переживанню провини або сорому. При дії цього механізму відбувається блокування усвідомлення тих мотивів, які виступають як соціально неприйнятні, або несхвалювані. Людина після якихось дій, вчинків, продиктованих несвідомими мотивами, намагається зрозуміти їх і раціонально пояснити, приписуючи їм більш прийнятні, більш благородні мотиви. Подібні спроби можуть сприйматися як виправдання перед іншими або перед самим собою своєї неспроможності. Переживаючи психічну травму, людина захищає себе тим, що переоцінює або знецінює значущість травмуючого чинника у бік його зниження. Об'єднуючись з проекцією, захисні механізми забезпечують спотворення психотравмуючих подій і рішення їх не у «внутрішньому», а «зовнішньому» плані.

Фактор 2 демонструє, що жінкам з ендометріозом притаманне використання захисту за типом формування реакції, відповідно фактор одержав назву «Реактивне утворення». Отже жінки схильні до вираження спонукань у формі антитези. Вони захищають самооцінку, отримують насолоду від того що відчують свою моральну перевагу перед іншими. Це дезадаптивний захист; він знижує гнучкість і ефективність соціального функціонування. Фактор пояснює 27,10% дисперсії.

Третій фактор (24,10% дисперсії) отримав назву «Недиференційованість механізмів психологічного захисту», зважаючи на те, що об'єднання механізмів захисту в даному факторі не вкладається ні в одну з прийнятих класифікацій механізмів психологічного захисту, таким чином, в цьому випадку механізми захисту діють недиференційованим чином, змішуючи внутрішню, зовнішню, емоційну і когнітивну спрямованість.

Таблиця 3.18

## Факторна структура захисних механізмів жінок з ендометріозом

<b>Фактор 1</b> <b>Спотворення пси- хотравмуючих по-дій</b>	<b>Фактор 2</b> <b>Реактивне утворення</b>	<b>Фактор 3</b> <b>Недиференційованість механізмів психоло- гічного захисту</b>
Інтелектуалізація (0,68)	Реактивне утворення (0,91)	Реактивне утворення (0,59)
Проекція (0,57)	СНЗ (0,68)	Відкидання (0,77)
СНЗ (0,89)		Витіснення (0,67)
		Компенсація (0,44)
		Регресія (0,68)
		СНЗ (0,78)
Інформативність фактора – 28,09	Інформативність фактора – 27,10	Інформативність фактора – 24,10

У групі контролю була отримана трьохфакторна матриця, що пояснює 68,41% дисперсії (табл.3.19).

Фактор 1 пояснює 28,19% дисперсії, отримав назву «Регресія», згідно єдиної змінної, що увійшла в цей фактор.

Фактор 2 пояснює 23,12% дисперсії, отримав назву «Інтелектуалізація», згідно єдиної змінної фактора.

Фактор 3 пояснює 17,10% дисперсії, отримав назву «Проекція». Фактор складається з 2-х змінних: «Проекція» і «Ступінь напруженості захисту».

Таблиця 3.19

Факторна структура захисних механізмів жінок контрольної групи

Фактор 1 «Регресія»	Фактор 2 «Інтелектуалізація»	Фактор 3 «Проекція»
Регресія (0,678) СНЗ (0,545)	Інтелектуалізація (0,710)	Проекція (0,890) СНЗ (0,790)
Інформативність фактора – 28,19	Інформативність фактора – 27,12	Інформативність фактора – 24,10

Для того, щоб визначити адаптаційно-захисний комплекс жінок з гінекологічною патологією, була здійснена кореляція між механізмами психологічного захисту і шкалами опитувальника К. Роджерса і Р.Даймонда. У групі жінок з міомою матки було отримано 7 позитивних кореляційних зв'язків, які представлені нарис.3.6.

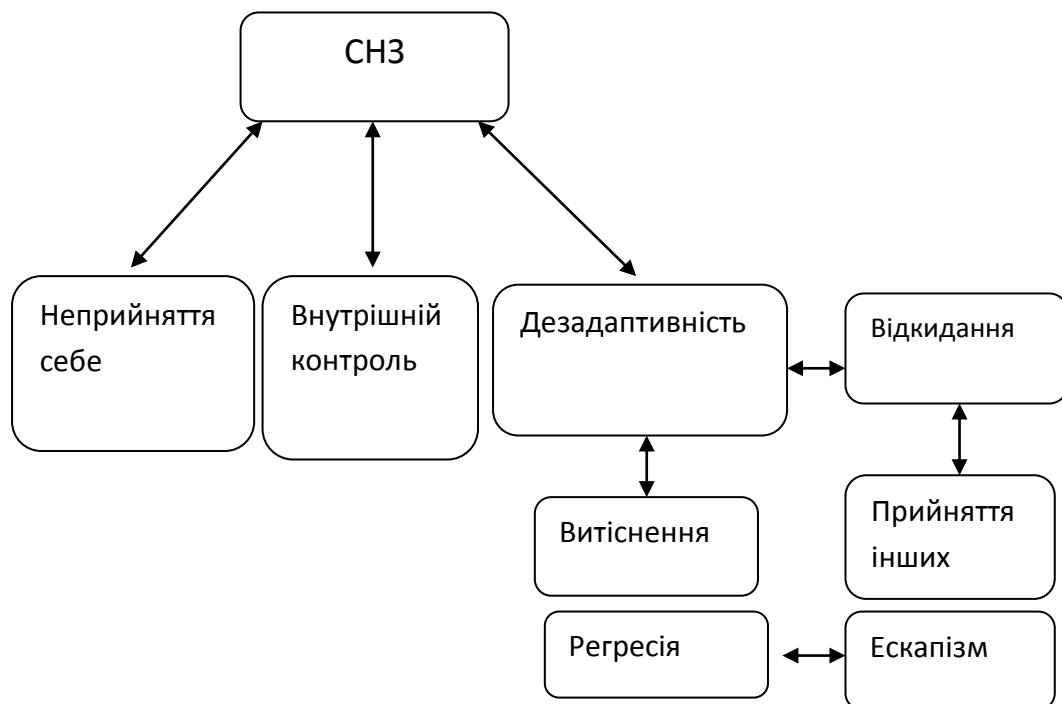


Рис.3.6 Адаптивно-захисний комплекс у жінок з міомою матки



Як видно на рис.3.6, найбільшу кількість зв'язків утворено між ступенем напруженості захисту і трьома негативними полюсами шкали Роджерса, Даймонда. У групі жінок з міомою матки виявилось, що висока напруженість захисту статистично достовірно зв'язана з «неприйняттям себе» ( $\tau = 0,31$ ,  $p < 0,05$ ), «внутрішнім контролем» ( $\tau = 0,29$ ,  $p < 0,05$ ), «дезадаптивністю» ( $\tau = 0,37$ ,  $p < 0,05$ ). Отже, ступінь напруженості захисту не виконує адаптивної функції. Можна припустити, що, навпаки, надмірне напруження захистів призводить до зворотнього ефекту. Таким чином, незважаючи на сильне напруження захистів, жінки з міомою матки дезадаптивні, не приймають себе, схильні до внутрішнього контролю. Витіснення, як механізм захисту, також швидше надає дезадаптивний ефект. Заперечення забезпечує прийняття інших, таким чином, прийняття інших - це не зріле ставлення до інших людей, а результат неприйняття від інших відповідної інформації. Жінки з міомою матки схильні регресувати, не брати на себе відповідальність і тікати від проблем. Найбільш активними у них виявилися незрілі механізми захисту – «витіснення» (зв'язок з «дезадаптивністю» становить  $\tau = 0,43$ ,  $p < 0,01$ ); «заперечення» (пов'язане недовірою собі й готовністю у якості опори «прийняти інших» -  $\tau = 0,29$ ,  $p < 0,05$ ); «регресія» призводить до безвідповідальності, уникненню від вирішення проблем (пов'язана з «ескапізмом» -  $\tau = 0,37$ ,  $p < 0,01$ ).

Таким чином, незважаючи на сильне напруження захистів, жінки з міомою матки дезадаптивні, не приймають себе, схильні до внутрішнього контролю (не довіряють світу).

У групі жінок з ендометріозом була отримана кореляційна матриця, в якій виявлено бпозитивних статистично достовірних кореляційних зв'язків (рис.3.7).

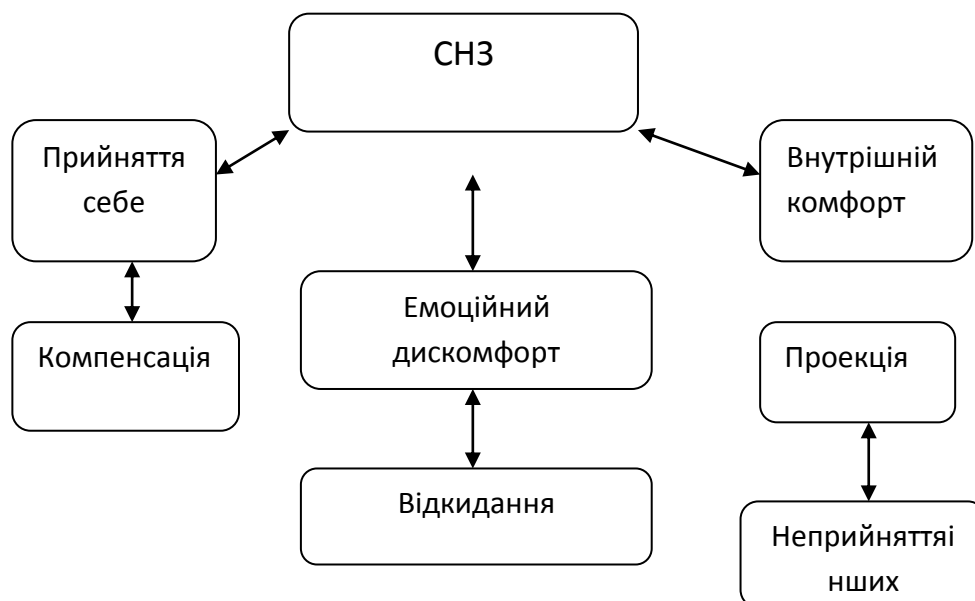


Рис.3.7 Адаптивно-захисний комплекс у жінок з ендометріозом

У цій групі визначено деякі інші закономірності, а саме: ступінь напруженості захисту предиспонує «прийняттю себе» ( $\tau = 0,46, p < 0,01$ ), «емоційному дискомфорту» ( $\tau=0,36, p < 0,05$ ) та «внутрішньому комфорту» ( $\tau= 0,38, p < 0,05$ ). Наявність зв'язків ступені напруженості захисту одночасно з «внутрішнім комфортом» і «емоційним дискомфортом» вказує на подвійний ефект напруги захистів, на співіснування різноспрямованих тенденцій, на паліативність захисного ефекту, що кореспондує з концепцією потенційної патогенності психологічного захисту. У зазначених хворих відпрацьовують більш зрілі механізми захисту (компенсація, проекція тощо), які забезпечують більш виражені адаптаційні ресурси даної групи хворих.

У групі жінок, не обтяжених гінекологічною патологією, отримана факторна матриця, в якій знайдено 4 позитивних і 1 негативний кореляційний зв'язок, всі зв'язки достовірні на рівні 0,05 (рис.3.8).

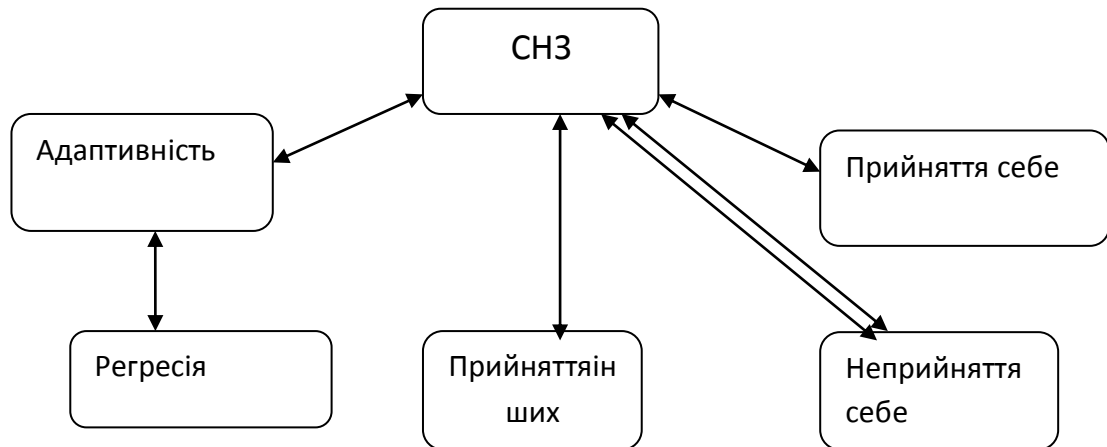


Рис.3.8 Адаптивно-захисний комплекс у жінок групи контролю  
Примітка: одна лінія – позитивний зв'язок; дві – негативний.

Ступінь напруженості захисту «СНЗ» має позитивний кореляційний зв'язок з прийняттям себе ( $\tau = 0,44$ ,  $p < 0,5$ ), прийняттям інших ( $\tau = 0,434$ ,  $p < 0,05$ ), адаптивністю ( $\tau = 0,47$ ,  $p < 0,05$ ) та негативний - з неприйняттям себе ( $\tau = - 0,48$ ,  $p < 0,05$ ). Виявлено, що жінкам притаманний інфантильний механізм регресії, який в них має адаптаційний потенціал (зв'язок регресії з адаптивністю  $\tau = 0,48$ ,  $p < 0,05$ ).

Отже, жінкам з гінекологічною патологією, незалежно від нозології, притаманне надмірне посилення механізмів психологічного захисту, що веде до низької здатності усвідомлювати свої помилки, утруднює ефективне вирішення особистісних проблем, спотворює сенс подій і переживань, позбавляє можливості активно впливати на ситуацію.

Механізми психологічного захисту жінок, які хворі на міому матки, групуються в трьох факторах: «Відсутність переробки психотравмуючих ситуацій», «Зовні спрямований захист», «Ступінь напруженості захистів».

Механізми психологічного захисту жінок, які хворі на ендометріоз, групуються в трьох факторах: «Спотворення психотравмуючих подій», «Реактивне утворення», «Недиференційованість механізмів психологічного захисту».

Адаптаційно-захисний комплекс жінок, які хворі на міому матки, не виконує функції успішної адаптації - жінки не приймають себе, не довіряють світу, схильні до зайвого внутрішнього контролю.

Адаптаційно-захисний комплекс жінок з ендометріозом більш виразний, вміщує різнопланові тенденції.

### **Висновки до розділу 3:**

1. Емоційна сфера жінок, хворих гінекологічними захворюваннями, характеризується слабкою диференційованістю, найбільш виражена ця особливість у жінок з міомою матки. Характерна нерозвинена здатність до адекватного відреагування емоційних переживань в міжособистісних ситуаціях. Емоційна сфера характеризується відсутністю «радоці життя», наявністю порожнечі і нудьги.

2. Для хворих жінок притаманний алекситимічний симптомокомплекс, який полягає у серйозному утрудненні вербальної символізації емоційного досвіду. Для жінок, хворих на ендометріоз, характерні підвищені по відношенню до групи контролю показники алекситимії й знаходяться на рівні «зони ризику»; у жінок, хворих на міому матки, спостерігається виражена алекситимія. Хворі жінки погано орієнтуються у власних емоціях, не здатні охарактеризувати свої переживання та пов'язати їх з тілесними відчуттями. Їх емоційний досвід ніби відгороджений, дистанційований й дисоційований з ego - структурами та з тілом. Така інконгруентність досвіду та «Я»-концепції підтримує «порочне коло» психосоматичного розладу, що робить його резистентним до терапії. Відсутність контакту з собою утруднює формування та функціонування зрілих контактів з партнером, які значною мірою наповнюються інфантильними регуляторами – почуттями сорому, провини

та неповноцінності. Важливою опорою для хворих жінок є відповідність конвенційним нормам («гарна мати, жінка»), за якою ховається невпевненість у собі. Ці ознаки «гіперсоціальності» більшою мірою виражені у жінок з міомою матки.

3. Жінкам, хворим на міому матки та ендометріоз, властиве підвищення показників деструктивної та дефіцитарної агресії, в той час як конструктивна агресія, що відображає загальний потенціал активності, яким володіє особистість для вирішення завдань адаптації, є зниженою. Високі показники дефіцитарної агресії свідчать за трансформацію актуальної злості у потенційну форму, яка позбавлена якості плинності, вона соматизується - існує як «річ у тілі» й є резистентною до психокорекційних втручань. Така дефіцитарна агресія являє собою вторинні «затори», які унеможливають плин «організмичної тенденції», хронізації хвороби та створюють умови її резистентності до терапії.

4. Жінкам з гінекологічною патологією притаманні такі загальні риси особистості: зниження відчуття психічної цілісності, навичок опанування, оптимізму, соціабельності, негативне самоствавлення, інфантилізм (регресивність), схильність за допомогою дисоціації/дереалізації дистанціюватися від загрозливих процесів у собі, обережність, ригідність, вони не відчують себе жіночними. Об'єктне відношення до власного тіла сприяє переміщенню реальних міжособистісних конфліктів у площину відносин з ним та негативної конотації його сприйняття.

Специфічними рисами особистості жінок з міомою матки є: боязкість, сором'язливість, заглибленість у себе, нестача енергії, поступливість, нерішучість; вони отримують нарцисичну вигоду (рентність) від хвороби, а іпохондрична фіксація несе у собі риси захисту від тривоги.

Специфічними рисами особистості жінок з ендометріозом є: зайвий самоконтроль, ворожість, підозрілість, напруженість, потреба в домінуванні, чуттєвість до критики, амбітність, невміння обмежувати себе і входити в гнучкі відносини з людьми. Фіксація їх уваги на тілесних сенсаціях

5.Статеворольова сфера особистості хворих жінок характеризується: інфантилізмом, дискордантністю, інвертністю, а гендерна ідентичність є несформованою, що, ймовірно, є преморбідною підставою розвитку гінекологічної патології. У хворих можуть спостерігатися або усі, або деякі з зазначених варіантів спотворення статеворольового симптомокомплексу.

Жінки з міомою матки характеризуються передчасною гендерною ідентичністю - вони не пройшли тривалий шлях гендерного становлення й сформували ідентичність не як результат процесів сепарації та ідентифікації, а як наслідок захисних процесів інтроєкції (включення індивідом без переробки у свій внутрішній світ поглядів, мотивів, установок тощо інших людей) та конфлюєнції (злиття).

Жінки, хворі на міому матки та ендометріоз, мають дифузну, невизначену або несформовану гендерну ідентичність, що свідчить за відсутність артикульованих гендерних цілей, цінностей і переконань.

6.Жінкам з гінекологічною патологією притаманне надмірне посилення механізмів психологічного захисту, що веде до низької здатності усвідомлювати свої помилки, утруднює ефективне вирішення особистісних проблем.

У групі жінок, які хворі на міому матки, найбільш активними виявилися незрілі механізми («витіснення», «заперечення», «уникнення»), а висока напруженість захисту не забезпечує успішне подолання соціальної ситуації хвороби - пов'язана з «неприйняттям себе», «внутрішнім контролем» та «дезадаптивністю».

Механізми психологічного захисту жінок з міомою матки групуються в трьох факторах: «Відсутність переробки психотравмуючих ситуацій», «Захист, спрямований зовні», «Ступінь напруженості захистів».

У групі жінок, хворих на ендометріоз, ступінь напруженості захисту пов'язана з різноплановими тенденціями - з одного боку, з «прийняттям себе» та «внутрішнім комфортом», а, з другого, - з «емоційним дискомфортом». Механізми психологічного захисту жінок з ендометріозом групуються в трьох факторах: «Спотворення психотравмуючих подій», «Реактивне утворення», «Недиференційованість механізмів психологічного захисту».

## РОЗДІЛ 4. ПРОГРАМА ПСИХОКОРЕКЦІЇ ДИСФУНКЦІОНАЛЬНИХ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ЖІНОК З ГІНЕКОЛОГІЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

### 4.1. Мета і основні етапи психокорекції

Метою психокорекції була нормалізація дисфункціональних психологічних особливостей жінок з гінекологічними патологіями.

Психокорекційна програма розбудована із врахуванням прийнятих принципів психокорекційних втручань, а саме: 1) принцип корекції «з низу в гору»; 2) принцип технічної поліmodalності; 3) принцип єдності корекції та діагностики; 4) принцип добровільності; 5) принцип конфіденційності.

Етапність психокорекційного комплексу враховує ідеї, запропоновані в дисертації К.С. Максименко, й включає: *мотивування* (створення готовності до внутрішньої роботи; актуалізація віри в одужання; активізація життєвого стилю; емоційна седация); *власне коригування та підтримка змін*, що відбулися у особистості та поведінці (в системі ставлень, в «Я»-концепції, в усвідомленні власних переживань, ставленні до хвороби тощо); *оцінка ефективності* програми.

На мотиваційному етапі пацієнткам надавалася інформація про отримані дані їх психологічних особливостей. Пояснювалася їх дезадаптивна складова, надавалася інформація про цілі і завдання психокорекції. Вселялася надія на краще майбутнє є, віра в одужання, первинне заспокоювання (емоційна седация).

Другим етапом виступив власне психокорекційний етап, на якому відбувається нормалізація дисфункціональних особливостей жінок з гінекологічною патологією.



Третім етапом є оцінка ефективності програми, яка відбувалася шляхом порівняння тестових даних та даних самооцінювання до та після участі у програмі.

#### **4.2. Теоретичні положення психокорекційної програми**

Психотерапія соматичних розладів є важливою й досі мало розробленою областю медико-психологічної допомоги. Традиційна психотерапія спрямована на лікування психоневрозів, проте в останні десятиліття ця частина хворих все менше потрапляє в поле зору психотерапевтів. По-перше, це трапляється в зв'язку з соматизацією невротичних розладів, а, по-друге, соматичний розлад підлягає все більшій «психологізації». У роботі К.С. Максименко визначений феномен «демедикалізації», суть якого полягає в тому, що соматичні хворі схильні знаходити екстрасоматичні «причини» захворювання. Це пов'язано із зростанням психологічної культури населення, широким поширенням психологічних й психоаналітичних ідей в масову свідомість. Як зазначає вказаний автор, «поширилася частка хворих на соматичні розлади, що пов'язують їх виникнення психологічними травмами дитинства». Хворі можуть шукати як справжні психологічні чинники етіопатогенезу соматичної хвороби, так й будувати захисні інтелектуальні тлумачення соматичного розладу. Це може бути індивідуальна міфологія, яка враховує анамнез і індивідуальну біографію хворого. К.С. Максименко виділяє такі типи міфологій: панпсихологічні, парарелігійні містичні. Символізація симптому створює ресурс для психотерапевтичного впливу.

Хронізація захворювання, його резистентність до терапії, рекурентний плин, дорожня лікування тощо створюють умови розчарування хворого в результатах й перспективах лікування й сприяє зростанню інтересу до

психотерапії (у освіченого контингенту хворих) і парapsихологічним практикам (у менш освічених).

У рамках широко відомого американського проекту Consumer reports відмічається, що: 1) ефективна психотерапія - більше, ніж редукція симптоматики; це-трансформація цінностей, сміслів, системи ставлень тощо; 2) поліпшення в психотерапії можливе й без фармакологічного лікування.

Разом з тим, в роботі К.С. Максименко вказується, що особистісно-орієнтована психотерапія соматичних хворих має паліативний ефект, й досягнення лікувального результату можливо при поєднанні психотерапії з фармакотерапією. Це, мабуть, пов'язано з тим, що, на думку зазначеного автора, «теорія і практика психотерапевтичної допомоги в соматичному стаціонарі в Україні ще не сформувалися».

Крім того, на сьогоднішній день існує проблема реалізації психотерапевтичної допомоги психологами. Незважаючи на те, що склалися дві моделі психотерапевтичної допомоги (медична й психологічна), психолог реально відсторонений від можливостей участі в психотерапевтичній допомозі хворим. І це реальна проблема окреслення компетенції психолога-психотерапевта.

Для підготовки програми психокорекції необхідна деяка мета позиції психолога, яка відображає модель психологічного здоров'я особистості. У цій роботі ми спиралися на людино-центрований підхід К. Роджерса, який активно розробляється на кафедрі психологічного консультування та психотерапії під керівництвом проф. О.С. Кочаряна. Ідея саногенного потенціалу даного підходу в експлікований варіанті представлена в роботі О.С. Кочаряна [1]. Тут важливі декілька ідей, які ми послідовно розглянемо.

*Модель психологічної топології.* У ряді видів психотерапії акцент зроблений на нарративних практиках, на когнітивної складової допомоги. Що важливо зрозуміти жінці, яка хвора на гінекологічний розлад? Мабуть, це можуть бути такі аспекти захворювання:

1) усвідомлення принципу формування розладу, які чинники предиспонували його розвитку;

2) усвідомлення психологічних проблем, які з'явилися потенціуючими по відношенню до соматичного розладу і які, впливаючи на його перебіг, роблять його резистентним до терапії;

3) усвідомлення впливу захворювання на власне життя хворої жінки, виявлення індивідуальних міфів, які обтяжують переживання хвороби;

4) усвідомлення свого ставлення до захворювання, яке ускладнює лікування від неї її прийняття ;

5) усвідомлення вторинної вигоди захворювання, що робить його резистентним до терапії.

Але усвідомлення хворого автоматично не призводить ні до позбавлення від хвороби, ні до полегшення стану, в тому числі й психологічного. Тому важливо (крім інсайтов) «підвищити інтенсивність емоційного і афективного процесу» []. Метафора психотерапії Джойс Макдугалл [72]– це «спокушання жити», а не активізація розуміння.

На думку О.С. Кочаряна, втілення ідеї «життя» в психотерапію пов'язано з особливою структурою психологічного простору. Вихідне джерело - «організмичний потік» - повинен пронизувати увесь психічний простір. Психологічні травми створюють «затори» руху організмичного потоку, які можуть виникати в різні періоди онтогенетичного розвитку. «Затор» являє собою конгломерат первинних й вторинних переживань. Вторинними є такі переживання, які близькі до усвідомлення, найчастіше до них є доступ хворого. Це такі переживання, як злість, заздрість, страх, безпорадність тощо. Ці емоції переплітаються, «злипаються», створюють «заторний» комплекс, «порочне коло» переживань. Емоції легко перетікають одна в одну в рамках цього кола. «Заторні» переживання втрачають здатність «рухатися», вони не зникають, трансформуються в потенційну форму,

соматизуються, перетворюються в «річ в тілі» (А.Ф. Єрмошин), стають резистентними до терапії.

Первинне переживання не усвідомлено, виступає стрижнем, на який накладається вторинне переживання. Фактично це первинне заторне переживання консервує заторний процес. Для того, щоб розірвати «порочне коло», слід фактично прибрати з нього первинне переживання. Таким переживанням може бути почуття непотрібності, меншовартості, порочності тощо. Для виявлення первинного заторного переживання слід зфокусувати на ньому увагу хворого.

*Модель саногенезу.* Як тільки фокусується первинне заторне переживання, воно починає «просочуватися», наростати й поступово доходить до «краю», до «межі». В результаті актуалізується механізм «врівноважування емоцій», який дуже важко концептуалізувати. Цей механізм близький принципу реципрокності в поведінкової терапії та техніці «повені» в поведінкової терапії, але не тотожний з ними.

Клієнт-центрована терапія «оживляє» саногенні процеси, актуалізує їх.

Кінцева мета терапії в концепції К. Роджерса - повністю функціонуюча особистість, що в реальному психотерапевтичному процесі проявляється як кроки по шляху до неї. У результаті психотерапії відбуваються такі зміни: 1) підвищується відкритість досвіду; 2) поглиблюються переживання; 3) підвищується довіра до власних проявів, до самого себе; 4) формується внутрішній локус оцінки; 5) посилюється готовність увійти до «процесу життя»; 6) поглиблюється знання про себе в процесі переживання.

*Модель процесу.* Психотерапія є розгортання організмичного потоку, при чьому К. Роджерс описав сім етапів такого процесу. Важливо те, що психотерапевт не має нав'язувати ні напрямок розгортання процесу терапії, ні темп. Це обумовлено особливостями психотерапевтичного процесу, який має ряд характеристик:

1) непогрішність процесу – він завжди правильний, має один напрямок – до росту та розвитку. Тому його визначення такого процесує вкрай однотипні - «позитивний», «конструктивний», «реалістичний», «гідний довіри» [110], «той, що збагачує», «захоплюючий», «той, що винагороджує», «той, що кидає виклик» [110]. Це важкий процес, «не для малодушних»: «щоб повністю опуститися в потік життя, потрібна мужність» [110];

2) рух клієнта по процесу супроводжує «почуття правильності», що «виявляється надійним орієнтиром дій, що приносить справжнє ... задоволення» [110];

3) передбачуваність процесу - терапевт не ставить для клієнта чіткі цілі, виконує тільки фасилітативну функцію.

Метою клієнт-центрованої терапії є допомога людині у приведенні його Я-концепції у відповідність з досвідом і досягнення самоприйняття. Успіх терапії визначається якістю взаємовідносин між сторонами терапевтичного процесу. Ефективний терапевт проявляє по відношенню до клієнта емпатію, безумовне позитивне ставлення і будує контакт на основі щирості.

Необхідні та достатні умови терапевтичної зміни клієнта такі:

1) справжність, щирість взаємин (конгруєнтність) - чим більше терапевт є самим собою у відношенні з клієнтом, чим менше він відгороджений від клієнта своїми професійним чи особистісним фасадом, тим більше ймовірно, що клієнт зміниться і просунеться в конструктивному ключі;

2) безумовне позитивне ставлення до клієнта;

3) емпатичне розуміння. Терапевт точно сприймає почуття, особистісні смисли, пережиті клієнтом, і передає це сприйняте розуміння клієнту.

Отже, підход К. Роджерса є феноменологічним, комунікативним, відповідає концептуальному статусу «відносини», а не «метод» - ресурс зміни задається специфічними відносинами психотерапевта з клієнтом. К.

Роджерс порівнював психотерапевтичний контакт з роботою садівника: психотерапевт, як садівник, дбайливо, терпляче, з любов'ю й увагою лише створює умови для актуалізації внутрішніх механізмів саногенезу.

### 4.3. Методи психокорекційної програми

Основна ідея технічного забезпечення програми – полімодальність, яка забезпечує багатоаспектність психокорекційного впливу.

В якості технічної психокорекційної бази виступили *положення групової психокорекції* [35,89,148].

Психокорекційна група - це штучно створена мала група, об'єднана цілями міжособистісного дослідження, особистісного навчання, саморозкриття.

Специфіка групової психокорекції полягає у використанні групової динаміки. Це означає, як вказує А.А. Осіпова [97], що використовується вся сукупність взаємин і взаємодій, що виникають між учасниками групи, включаючи і ведучого групи. У групі взаємодія здійснюється «тут і тепер».

На значення групової психологічної роботи в комплексному лікуванні хворих, що страждають соматичними розладами вказує І. Ялом. Вказується що така робота є ефективною. Вона допомагає пом'якшити наслідки лікування. Також наголошується на зв'язку між психологічними труднощами і соматичними хворобами.

Ми виходили з теоретичних положень про те, що груповий формат роботи доцільний з огляду на те, що цілі групової психокорекції визначаються як розкриття, аналіз, усвідомлення та опрацювання проблем, внутрішньоособистісних та міжособистісних конфліктів і корекція неадекватних відносин, установок, емоційних і поведінкових стереотипів на основі аналізу та використання міжособистісної взаємодії.

Важливим представляється, те, що завдання групової психокорекції фокусуються на трьох складових самосвідомості: саморозуміння (когнітивний аспект); ставлення до себе (емоційний аспект); саморегуляція (поведінковий аспект).

Ми ставили завдання, що в пізнавальній сфері (когнітивний аспект, інтелектуальне усвідомлення) групова психокорекція повинна сприяти тому, щоб пацієнтки усвідомили особливості своєї поведінки і емоційного реагування; як вони виглядають з боку, як сприймається їхня поведінка іншими; як оцінюють оточуючі ті, чи інші особливості поведінки, емоційного реагування, як відгукуються на них, які наслідки ця поведінка має; існуюча неузгодженість між власним образом "Я" і сприйняттям себе іншими; характерні захисні механізми; внутрішні психологічні проблеми і конфлікти; особливості міжособистісної взаємодії, міжособистісні конфлікти та їх причини.

Завдання інтелектуального усвідомлення зводилися до таких аспектів: усвідомлення всього зв'язку «особистість - ситуація - проблема»; інтерперсонального контексту власної особистості, її історичного і генетичного плану.

В емоційній сфері групова психокорекція покликана допомогти отримати емоційну підтримку з боку групи і психолога, що призводить до відчуття власної цінності, ослаблення захисних механізмів, зростання відкритості, активності і спонтанності; можливості пережити в групі ті почуття, які пацієнт часто випробовує в реальному житті, відтворити ті емоційні ситуації, які були в нього насправді і з якими раніше він не міг впоратися; зробити емоційну корекцію своїх відносин.

В цілому завдання корекції в емоційній сфері зводяться до отримання клієнтом емоційної підтримки і формування більш сприятливого ставлення до себе; безпосереднього переживання і усвідомлення нового досвіду в групі і самого себе; точному розпізнаванню і вербалізації власних емоцій;

переживанню заново й усвідомленню минулого емоційного досвіду і отриманню нового емоційного досвіду в групі.

У поведінковій сфері групова корекція повинна допомогти побачити власні неадекватні поведінкові стереотипи; подолати неадекватні форми поведінки, які проявляються в групі, в тому числі пов'язані з униканням суб'єктивно складних ситуацій; закріпити нові форми поведінки, зокрема, ті, які будуть сприяти адекватній адаптації та функціонуванню в реальному житті.

У поведінковій сфері групова корекція повинна допомогти побачити власні неадекватні поведінкові стереотипи; подолати неадекватні форми поведінки, які проявляються в групі, в тому числі пов'язані з униканням суб'єктивно складних ситуацій; закріпити нові форми поведінки, зокрема, ті, які будуть сприяти адекватній адаптації та функціонуванню в реальному житті.

I. Ялом вказував на такі ефекти, які пов'язані із участю в групі.

1. Поява надії.

Поява надії на ефект під впливом покращення стану інших учасників групи і власних змін на краще. Успішні учасники групи виступають у якості позитивної моделі, відкривають оптимістичні перспективи.

2. Універсальність страждань.

Учасники групи бачать, що вони не самотні, що у інших учасників групи також є проблеми, конфлікти, негативні переживання.

3. Універсальність страждань.

Учасники групи бачать, що вони не самотні, що у інших учасників групи також є проблеми, конфлікти, негативні переживання.

4. Повідомлення інформації.

Учасники в ході групової психокорекції отримують різноманітні відомості про особливості людської поведінки, міжособистісні взаємодії, конфлікти, психологічне здоров'я.



### 5. Альтруїзм.

В процесі участі у груповій роботі учасники мають змогу допомагати іншим. Це змушує повірити у власні сили, а також відчутти, що ти потрібний. Так з'являється повага до себе, та розвивається емпатія.

### 6. Розвиток техніки міжособистісної взаємодії.

Учасники мають можливість за рахунок зворотного зв'язку і аналізу власних переживань побачити свою дезадаптивну міжособистісну взаємодію.

### 7. Імітаційна поведінка.

Учасники групи можуть навчатися більш конструктивним патернам поведінки за рахунок наслідування ведучого та інших учасників групи.

### 8. Інтерперсональний вплив.

У цьому чиннику виділяються три головні аспекти. Перший аспект - це отримання нової інформації про себе за рахунок зворотнього зв'язку. Другий аспект - це можливість виникнення в групі емоційно значущих ситуацій, які були у учасника раніше і з якими він у минулому не міг впоратися. Третій аспект - це можливість побачити в групі особливості своєї поведінки.

### 9. Згуртованість.

Привабливість групи для її учасників, бажання залишитися в групі, почуття приналежності до групи, довіра.

### 10. Катарсис.

Відреагування, емоційне розвантаження, «очищення», вираз сильних почуттів в групі.

Досвід перебування у організованих групах допомагає у вирішенні проблем, що виникають в міжособистісних контактах. Група – суспільство в мініатюрі. Тому відображає в собі весь зовнішній світ. Тоді досвід, отриманий у спеціально створеному середовищі, переноситься на зовнішній світ.

Перевага групи над індивідуальним консультуванням полягає в можливості отримати зворотній зв'язок і підтримку від інших. У

приятельській і контрольованій ситуації можливо засвоювати нові навички, експериментувати з новими способами поведінки.

З огляду на встановлені особливості жінок, які обтяжені гінекологічною патологією важливим моментом, який є у групових формах роботи виступає розвиток навичок соціалізації. В групі відбувається розвиток базових соціальних навичок. Група сприяє тому, що в процесі знаходження в ній у учасників відбувається засвоєння навичок допомоги іншим, а також можливість навчитися приймати допомогу; учасники після проходження групової роботи вже не схильні до жорстокого осуду інших та схильні більше проявляти турботу та співчуття.

З огляду на встановлені особливості жінок, які обтяжені гінекологічною патологією важливим моментом, який є у групових формах роботи виступає розвиток навичок соціалізації. В групі відбувається розвиток базових соціальних навичок. Група сприяє тому, що в процесі знаходження в ній у учасників відбувається засвоєння навичок допомоги іншим, а також можливість навчитися приймати допомогу; учасники після проходження групової роботи вже не схильні до жорстокого осуду інших та схильні більше проявляти турботу та співчуття.

Під доглядом ведучого в групі відбувається корекція «паратактичного спотворення». Ці спотворення, які глибоко заховані у ранньому досвіді людини проявляють себе в процесі участі в групі. Ведучий може звертати увагу учасників на ці не адаптивні сприйняття.

Терапевтичним чинником участі у групі є задоволення, яке отримують учасники від гордості за те, що вони належать до групової спілки. Цей чинник починає діяти не одразу, а по мірі з'явлення у учасників самоповаги. Цьому також повинен сприяти ведучий групи.

*Арт-терапія* - це психотерапевтичний метод, що ґрунтується на творчому самовираженні особистості і спрямований на зцілення психіки, самопізнання і самоактуалізацію.

Цей підхід ефективно використовується для лікування депресій і неврозів, страхів і фобій, а також для усунення внутрішніх блоків і затисків.

Однією з основних переваг арт-терапії є те, що зцілення, розвиток власного потенціалу та набуття внутрішньої гармонії доступні для кожного - цей метод не вимагає спеціальної підготовки, навичок і талантів. Навпаки, вони навіть можуть перешкодити, оскільки задають стандарти. Тому, якщо людина раніше займалася яким-небудь видом мистецтва, їй пропонують на час забути все, що вона знає, або використовувати для роботи інший вид творчості. Тут важлива спонтанність, яка дозволяє людині виразити себе, зрозуміти свої почуття, навчитися довіряти, бути відкритою і діяти з повною свободою [108, 160].

Мета арт-терапії в першу чергу полягає в тому, щоб допомогти людям навчитися виражати свої емоції, а ті роботи, які вони створюють у процесі, мають лише допоміжне значення і використовуються для розуміння переживань, результатом яких вони є.

Переваги арт-терапії полягають в тому, що вона: 1) підходить практично всім людям, незалежно від їхнього віку і не вимагає спеціальних творчих навичок і вмінь; 2) є в основному засобом невербального спілкування, що забезпечує прямий доступ до підсвідомості; 3) дозволяє висловити негативні емоції в соціально прийнятній манері і без шкоди для оточуючих; 4) сприяє зближенню людей і налагодженню гармонійних відносин, що дуже цінно у разі взаємної антипатії і труднощах з встановленням контакту; 5) забезпечує об'ємний матеріал для подальшого аналізу; 6) є засобом вільного самовираження, проходить в теплій довірчій атмосфері, викликає у людей позитивні емоції і допомагає у формуванні оптимістичної життєвої позиції.

*Казкотерапія* - метод, що використовує казкову форму для інтеграції особистості, розвитку творчих здібностей, розширення свідомості, вдосконалення взаємодії з навколишнім світом. Виділяють кілька основних

функціональних особливостей казок. Тексти казок викликають інтенсивний емоційний резонанс як у дітей, так і у дорослих. Образи казок звертаються одночасно до двох психічних рівнів: до рівня свідомості і підсвідомості, що створює особливі можливості при комунікації [28, 126, 97]. Концепція казкотерапії заснована на ідеї цінності метафори, як носія інформації: про життєво важливі явища; про життєві цінності; про внутрішній світ автора (у разі авторської казки).

У казці в символічній формі міститься інформація про те: 1) як влаштований цей світ, і хто його створив; 2) що відбувається з людиною в різні періоди її життя; 3) які етапи в процесі самореалізації проходить жінка; 4) які пастки, спокуси, труднощі, перешкоди можна зустріти в житті і як з ними справлятися; 5) як придбавати дружбу і любов; 6) якими цінностями керуватися в житті; 7) як будувати відносини з близькими; 8) як боротися і прощати.

Казки повертають не тільки дитину, але дорослого в стан цілісного сприйняття світу, дають можливість мріяти, активізують творчий потенціал, передають знання про світ, про людські взаємини.

*Тілесно орієнтована психотерапія* звернена до тілесного ядра психологічного матеріалу. Це - робота з тілом на мові свідомості, це - «використання мови тіла для лікування розуму» А. Лоуен, засновник біоенергетичного аналізу, писав, що шлях зцілення і зростання пролягає через контакт зі своїм тілом і через розуміння його мови. Він показав, що тілесно орієнтована психотерапія закладає фундамент особистісного зростання. Суттєвою особливістю тілесно орієнтованої психотерапії є те, що робота з тілом створює унікальні можливості терапевтичного впливу «вільного від цензури свідомості», що дозволяє виявити справжні витoki проблем, отримати доступ до глибинних рівнів несвідомого, представленим в тілі. Ця особливість зумовлює високу ефективність тілесно-орієнтованого підходу в наданні психологічної допомоги. Важливо також і те, що тілесно

орієнтована психотерапія сприяє виведенню на рівень усвідомлення тих глибинних аспектів прихованого несвідомого процесу, що відбувається між клієнтом і терапевтом, які зазвичай невиразні і мало доступні для роботи в «вербальних» методах терапії. У тілесно орієнтованій психотерапії використовуються, крім загальноприйнятих, і спеціальні засоби психотерапевтичного впливу, що розширюють можливості особистісного росту і оздоровлення людини. Наприклад, терапевтична робота з рухом, диханням, м'язовим тонусом, енергобалансом і функціями тіла; з енергетичними і міжособистісними межами; з ресурсами розвитку і відчуттям безпеки. Будучи психологією людської тілесності і почуттів, тілесно орієнтована психотерапія заснована на цілісному підході до вирішення труднощів, стресів, криз. Вона являє собою систему - психологічної допомоги, підтримки, зцілення і корекції - великого кола людських проблем.

Тілесний досвід - це велика сфера самопізнання, яка дає можливість досліджувати яким чином почуття, бажання, заборони «кодуються» в тілі; розрядити і реалізувати блоковану емоційну енергію, домогтися більш повного тілесного самовираження.

Світ тілесності - це провідник, який допомагає відновити втрачений контакт з частинами душі і духу. У цьому сенсі А. Лоуен називав тіло «рятівником душі». Тіло - це храм його душі, носій його духовної сили і творчої мощі. Саме тому одним з основних принципів тілесно орієнтованої психотерапії є положення про творчу природу і суть тілесності.

*Психогімнастика* [97] - метод, при якому учасники проявляють себе і спілкуються без допомоги слів. Це ефективний засіб оптимізації соціально перцептивної сфери особистості. Психогімнастика дозволяє звернути увагу на «мову тіла» і просторово-часові характеристики спілкування. Психогімнастика у вузькому значенні розуміється як ігри, етюди, в основі яких лежить використання рухової експресії як головний засіб комунікації в

групі. Такого роду психогімнастика спрямована на вирішення завдань групової психокорекції: встановлення контакту, зняття напруги, відпрацювання зворотних зв'язків і т.д. У широкому сенсі психогімнастика - це курс спеціальних занять, спрямованих на розвиток і корекцію різних сторін психіки людини як пізнавальної, так і емоційно-особистісної сфери. Психогімнастика дозволяє звернути увагу на «мову тіла» і просторово-часові характеристики спілкування. Психогімнастика у вузькому значенні розуміється як ігри, етюди, в основі яких лежить використання рухової експресії як головний засіб комунікації в групі. Такого роду психогімнастика спрямована на вирішення завдань групової психокорекції: встановлення контакту, зняття напруги, відпрацювання зворотних зв'язків і т.д. У широкому сенсі психогімнастика - це курс спеціальних занять, спрямованих на розвиток і корекцію різних сторін психіки людини як пізнавальної, так і емоційно-особистісної сфери.

Психогімнастика як невербальний метод групової роботи передбачає вираз переживань, емоційних станів, проблем за допомогою рухів, міміки, пантоміміки; дозволяє клієнтам проявляти себе і спілкуватися без допомоги слів. Це метод реконструктивної психокорекції, мета якого - пізнання і зміна особистості клієнта.

*Ідеї архетипічної психології.* В роботі використано ідеї з архетипічно-рольового підходу. Такий підхід метафоричний, образний, близькій жінкам. А саме у нашій роботі були використані ідеї з рольового архетипічного підходу. Жінки були ознайомлені під час відвідування психокорекційної групи з такими архетипами, що втілені у образах давньогрецьких богинь.

#### **4.4. «Мішені» психокорекційної програми дисфункціональних особистісних особливостей**

На основі проведеного дослідження було визначено основні мішені психокорекційного впливу на жінок, які мають гінекологічні розлади. Вони характеризують різні сфери дисфункціонального функціонування особистості хворих жінок: емоційну сферу, риси особистості, статеворольову сферу та особливості адаптаційного потенціалу особистості.

*Емоційна сфера:*

1) *алекситимічний симптомокомплекс:*

проявляється на різних рівнях: когнітивному, афективному та поведінковому. Найбільш суттєвими ознаками алекситимічного конструкту є: труднощі в ідентифікації та описі своїх емоцій; нездатність до диференціації почуттів і тілесних відчуттів; недостатність уяви і такі риси когнітивного стилю, як ригідність і конкретність.

При алекситимії спостерігаються: 1) обмеженість фантазії, важкість символізації, конкретний тип мислення, що направлений на конкретні реальні речі, а не на внутрішній світ. Все суб'єктивне як би не для хворого не існує й до нього він не проявляє інтерес. Хворі практично не орієнтовані у своїх сновидіннях; 2) нездатність виражати свої почуття, утрудненість вербальної символізації емоцій, які переживаються пацієнтом як дуже недиференційовані, неструктуровані, в яких він плутається. Пацієнту значно легше орієнтуватися у своїх почуттях, використовуючи описи оточуючих («мій чоловік сказав ... , лікар сказав ... , моя мати сказала ...»); 3) об'єктне конструювання – пацієнт має схильність описувати соціальні та фізичні характеристики людей, упускаючи психологічні; 4) відсутність інтересу до суб'єктивного світу призводить до так званої «порожнечі відносин», коли можна бути гарним партнером за характеристикою ділових якостей контакту (що зробив для іншого), а не за характеристикою психологічної інтимності; 5)

схильність до злиття з об'єктом - хворий існує й має свою цінність завдяки значимому Іншому, втрата якого (реальна чи вигадана) предиспонує розвитку хвороби.

Отже, алекситимія є симптомокомплексом ознак, що характеризує емоційну, особистісну й комунікативну сфери хворого й сприяє розвитку психосоматичної патології;

2) *конструктивна емоційна експресія* означає, що: 1) хворий орієнтується в своїх емоціях; 2) має засоби (символічні) їх позначення; 3) може подивитися на свої переживання з боку; 4) емоційне життя «не відірвано» від когнітивної сфери особистості. Людина сама повинна бути суб'єктом своїх емоцій, а не їх об'єктом.

*Особистість:*

1) емоційна рефлексивність. Рефлексивність входить в структуру особистості, стає важливим елементом емоційного інтелекту, запорукою успіху у житті та чинником, що ретардує розвиток патології;

2) нестача оптимізму, адаптивності, тривожність, іпохондричність. Тривожність є інтегральним показником життя особистості, того, як людина подолала психоемоційний стрес, як вона уявляє собі майбутнє. Безпредметна тривога є дуже важкою, погано переноситься. Одним з механізмів її подолання є трансформація безпредметної тривоги у страх конкретного предмету. Соматизація тривоги, з одного боку, пом'якшує її, а, з другого, - хвороба займає усі думки людини, але з нею можна впоратися. Шляхи подолання тривоги - дотримання рекомендацій лікаря, дієти, способу життя тощо. Центрація на хворобі створює іпохондричні риси, постійну стурбованість станом здоров'я.

3) зайві обережність, домінування, амбіційність, поступливість.

Перераховані якості особистості відбивають стильову характеристику подолання тривоги. Вони свідчать про наявність різних проявів механізму гіперконтролю.



### *Гендер:*

1) інфантилізм, дискордантність, інвертність симптомокомплексу маскуліність / фемініність. Статеворольовий симптомокомплекс розвивається за певним вектором розвитку. Жінки проходять наступні етапи розвитку. Статеворольова ад'юнкція (утворення маскуліності та фемініності позитивно зв'язані, не виключають одне одного, а, навпаки, знаходяться у відносинах взаємопотенціювання) є нормативним етапом розвитку симптомокомплексу у жінок віком до 15-16 років. Континуально-альтернативна статево-рольова модель передбачає, що між утвореннями маскуліності й фемініності укладаються відносини взаєморетардації. Такий тип статево-рольової моделі не є нормативним для дівчат, й є спотворенням розвитку. З 15-16 років починає складатися андрогінна модель, коли утворення маскуліності й фемініності є незалежними.

Дві перших моделі є інфантильними – притаманні дітям та підліткам, при чьому континуальна модель є інвертною. Андрогінна модель є зрілою й нормативною для дорослих жінок.

2) несформованість гендерної ідентичності. Гендерна ідентичність у своєму розвитку проходить певний шлях через процеси ідентифікації. Між тим інфантильні варіанти ідентичності можуть бути сформовані за механізмом інтродекції, коли гендерні утвори інтерналізуються за готовим лекалами.

### *Адаптація:*

1) надмірне посилення механізмів психологічного захисту, дезадаптивність. Робота захисних механізмів призводить до напруженості. Основна проблема жінок, хворих на міому матки, полягає у тому, вони не забезпечують адаптацію, не знижують тривогу - висока напруженість захисту зв'язана з «неприйняттям себе», «внутрішнім контролем», «дезадаптивністю». Недостатність захисту проявляється у схильності хворих до внутрішнього контролю – немає довіри до світу, він здається небезпечним.

Виявилось, що у цій групі хворих активні незрілі механізми захисту, але й вони не забезпечують внутрішнього спокою: «витіснення» пов'язане з «дезадаптивністю»; «заперечення» пов'язане з недовірою собі й готовністю у якості опори «прийняти інших»; «регресія» призводить до безвідповідальності, уникненню від вирішення проблем.

Тому терапевтична стратегія повинна бути направлена на актуалізацію більш зрілих типів захисту, які відносяться до категорії так званих дефензивних механізмів (а не протективних), які допускають психотравматичні чинники (зміст) у свідомість, але перероблюють їх безпечним чином.

У групі жінок, хворих на ендометріоз, ступінь напруженості захисту передиспонує «прийняттю себе», «емоційному дискомфорту» та «внутрішньому комфорту». У даній групі хворих співіснують альтернативні тенденції: з одного боку, захист призводить до адаптації, а, з другого, - створює дискомфорт. У зазначених хворих відпрацьовують й більш зрілі механізми захисту (компенсація, проекція тощо), які мають виражені адаптаційні ресурси. Терапевтичний ресурс для даної категорії хворих – загальна активізація їх стилю життя. У роботі показано, що показники конструктивної агресії в них знижені, а саме вона має активно-приспосувальний характер і відноситься до структури еґо. Такий вид агресії подібний асертивній поведінці й відображає ступінь активності ставлення особистості до навколишнього світу. Таким чином, наявність конструктивної агресії відбиває загальний потенціал активності, яким володіє особистість для вирішення завдань адаптації.

Окрім того, високі показники дефіцитарної агресії у двох груп хворих являє собою вторинні «затори», які унеможливають плин «організмичної тенденції». Виникають умови підтримки психосоматичного «порочного кола» та до хронізації хвороби. Для хворих жінок обох груп притаманні уникнення конфронтації і конфліктів, схильність жертвувати інтересами та

планами, нездатність брати на себе відповідальність, почуття власного безсилля, некомпетентності і непотрібності, відчуття порожнечі і нудьги.

Отже, важливим є активізація хворих, надання їм життєвої перспективи.

*Суб'єктивні сенси хвороби:*

- 1) надає можливість уникнути небажаний секс;
- 2) надає можливість привернути увагу до себе;
- 3) надає можливість звинуватити у своєму стані чоловіка;
- 4) надає можливість каналізувати тривогу в соматичне русло;
- 5) надає можливість створити емоційну дистанцію з партнером;
- 6) надає можливість прийняти інфантильну роль у подружжі;
- 7) надає можливість уникнути залученості в життя;
- 8) надає можливість зустрічі зі смертю.

Існує багато варіантів осмислення хвороби, які роблять її резистентною до лікування. Окрім суто медичних передумов хронізації захворювання є психологічні чинники, які роблять його суб'єктивно бажаним, таким, що має рентабельність.

Прихований сенс хвороби визначався за допомогою методики «створення казки» та груповим опрацюванням сновидінь.

*Приклад сновидіння. Хвора О.К.. 34 р., діагноз – «ендометріоз».*

Одружена, має дочку (5 років). Сновидіння:

«Я знаходжуся вдома з батьками. Раптом вривається молода людина - грабіжник. Мама швидко веде мене в підвал, ховає від грабіжника. Там мені стає нестерпно нудно - не могла бути з мамою. Якимось чином я потрапляю на вулицю без мами. Біжу по вулиці біля будинків, ховаюся - боюся, що грабіжник мене наздожене. Раптом зустрічаю мого чоловіка і відчуваю полегшення - врятувалася. Ми йдемо з чоловіком, я вже не боюся, не ховаюся. Знову раптово з'являється грабіжник. Він простягає мені фужер на довгій ніжці, і питає: "Це твій фужер?". Я знову відчула дикий страх,

тривогу, сором. І швидко відповіла: "Ні, це не мій фужер! У мене такого ніколи не було!"».

У сновидінні жінка відмовилася від своєї сексуальності – від «фужеру на довгій ніжці». Вона знайшла чоловіка, з яким сексуальність може бути не задіяна у відносинах. При цьому, вона звинувачує у відсутності «нормального» сексу свого чоловіка – йому нічого не потрібно. Відмова від сексуальної реалізації з часом привела до розчарування у контакті з чоловіком, до тікання у фантазію «принца на білому коні», який прийде й все зміниться. Коли батько на роботі, дочка говорить матері: «Добре, що батька не має. Ми знайдемо себе іншого».

Перший брак був не довгий, але дуже страсний, й жінка ревнувала, була постійна напружена. Все закінчилося розлученням. У другому шлюбі таких проблем не було - шлюб спокійний, але «мертвий». Частота статевих стосунків постійно зменшувалася, й дійшло до того, що жінка не хотіла таких стосунків, тікала від них. Вона у невдачі свого життя звинувачувала чоловіка. З часом розвилася гінекологічна патологія.

Отже, у наведеному сновидінні простежується сенс подружнього життя – «втеча від сексуальності». З одного боку, відмова від «організмичного стилю» життя, нехтування сексуальністю й справжніми подружніми стосунками predisponують розвитку гінекологічної патології, а, з іншого, - гінекологічний розлад потенціює спотворення подружніх стосунків. Таким чином формується «порочне коло» соматичного розладу. Й хворі є інконгруентними, не мають «доступу» до власних переживань й глибинних сенсів життя й хвороби.

*Приклад роботи з казкою.* На груповій сесії учасникам було запропоновано створити групову казку. Початок казки такий: «жила була принцеса...». Групова казка у загальному виді була такою. «Жила була принцеса, й жила вона у замку біля самого синього моря. Вона дуже мріяла зустріти принца. Тато не дуже часто підходив до неї – у нього були серйозні

державні справи. Вона дуже любила батька, але йому не вистачало для неї часу. Принцеса опинилася на березі моря. На піску почала малювати принца. Вона так хотіла зустрічі з ним, що повірила в те, що намальована нею картинка - живий принц. Вона з ним стала спілкуватися, всією душею його полюбила. Вона приходила на берег до свого улюбленого принцу і проводила з ним час. Вона зовсім втратила реальність, прийняла це зображення на піску за живого справжнього принца. Але подув вітер, і обриси улюбленого принца стали розмиватися, а піднялася хвиля зовсім стерла образ. Принц зник. Принцеса знову стала самотньою. Вона сіла на корабель. А там вона закохалася в моряка - він став її принцом. Але моряк є моряк, а не принц - він образив принцесу, був неуважний до неї. І вона розчарувалася - вона взагалі втратила віру в те, що принц існує. Вона зрозуміла, що світ погано, що в ньому немає радості - і вона пішла "здаватися" в психіатричну клініку".

Іронічне завершення казки свідчить про розчарування, про каналізування агресії.

Сенс життя й хвороби відбито й у казці – прихильність до батьківської фігури (мотив інцесту), неможливість встановити стосунки психологічної інтимності з чоловіками.

У ряді випадків групова робота була спрямована на підсилення «організмичного потоку», що трапиться коли хвора жінка не відчуває його проявів. Це так звана ампліфікація, яка також може бути виконана технікою «казки». Наведемо приклад роботи (головний ведучий О.С.Кочарян).

Завдання: «Написати казку за темою “Принцеса й пічка”».

Наведемо казку учасниці Є.З., 32 р. (діагноз «ендометріоз»).

«В одній далекій країні, в замку, жила-була принцеса. Була вона красунею, та до того ж дуже розумною і здатною - за що не бралася, все у неї виходило. Принцеса часто милувалася собою в дзеркало, але в люди виходила рідко. Замок був оточений колючим терням, і лише одна вузька

стежка, якої не знав ніхто, вела за стіни замку, в народ. Та й не любила принцеса ходити в люди - там її ніхто не помічав, немов вона, вийшовши за стіни замку, з Попелюшки перетворювалася на служницю.

Замок у принцеси був великий, і вона бродила по різних кімнатах, весь час знаходячи і пізнаючи щось нове. І ось одного разу вона забрела в кімнату, в якій не бувала раніше, і яке було її здивування, коли звідти повіяло теплом і затишком. Вона стала обходити кімнату і намагалася зрозуміти - чому тут так тепло і затишно? Може, це промені сонця яскраво світять у вікна? Може, стіни товщі і холод не пускають?

І тут вона побачила щось, про що раніше тільки в книгах читала - грубку. Від неї виходило неймовірне тепло, відчуття затишку, будинки, любові. Але вогонь в тій печі згасав, починало ставати холодніше. І тут принцеса зрозуміла - потрібно щось робити, щоб вогонь не згас, адже це так приємно - відчувати себе в теплі і затишку! Вона стала згадувати все, що коли-небудь читала про печак і зрозуміла, що потрібно підкинути в неї дров. Принцеса стала шукати дрова - але не знайшла. Так тривало багато годин, і днів - принцеса згадувала все, що знала про грубці - але не могла нічого зробити - на практиці все виявлялося набагато складніше.

І ось коли принцеса стала замерзати, майже зневірилася, вона побачила в кутку кімнати сокиру і пішла рубати терен - з нього виходили відмінні дрова. Вона пробувала розвести вогонь, у неї довго не виходило, але в кінці кінців вона здолала і це. І тоді вона зголодніла. Принцеса зрозуміла, що ніколи не готувала в печі їжу. Вона стала пробувати - і знову зрозуміла, що не вміє. Такий розумницею і на все здатною вона собі здавалася, а вийшло, що не так все просто, коли доходить до практики. Але принцеса не здалася - у неї не виходило, але вона продовжувала пробувати. Вона замісила хліб, і після довгих мук у неї вийшло його спекти!

Коли принцеса витягла хліб з печі, її замок осяявся світлом, а все чагарники терну висохли і розвалилися. Проходив повз люди побачили

замок, такий теплий і затишний, що їм захотілося в нього зайти. Принцеса привітно відкривала двері і пригощала людей свіжоспеченим хлібом. Одним з гостей виявився чарівний юнак. Він був вражений красою принцеси і з задоволенням прийняв хліб з її рук. Хліб виявився дуже смачним, замок затишним.

Юнак став все частіше навідуватися в гості, вони з принцесою не помічали часу, коли проводили його разом. Їм обом так подобалося бути разом, що принц зробив принцесі пропозицію, і вони одружилися, щоб так само продовжувати насолоджуватися товариством один одного в радості і біді».

Далі завдання було написати свої переживання під час написання казки. Це завдання на емоційну рефлексію, що є важливою складовою корекції алекситимічного симптомокомплексу.

Наведемо результат рефлексії своїх почуттів тієї ж хворої жінки.

«Перед написанням казки я була впевнена, що мало що вийде з себе витягнути, у мене не було ні найменшого уявлення, про що писати. Принцеса і грубка, та ще й казка - я-то талантом письменника ніколи не славилася. Проте, коли я почала писати, пішов процес усвідомлення того, яка я насправді - вдома, всередині себе вся така класна, здатна, красива, а як вийду на вулицю або в люди - пиши пропало, все таланти і красу як рукою знімає, сковає вся. І найголовніше, що бар'єри ці всі я вибудувала сама, своїми ж руками. Але дуже захотілося зрозуміти - а як це подолати? Як вийти з цих заростей терну, куди я сама себе посадила? Я все життя так цього хотіла, так може пора щось, нарешті, для цього зробити?

Спочатку я думала, що піду шукати грубку кудись - мовляв, а вістка прийшла так принцесі стало цікаво, і вона пішла шукати грубку. Але історія не клеїлася в голові. Хто розповів, якщо принцеса сама не спілкується особливо ні з ким? Як дізналася, якщо сама нічим не цікавиться? І я зрозуміла - ця пічка в мене вже є, є всередині мене, адже бували рідкісні, але

такі солодкі моменти відчуття в собі Її - Жінки. І принцеса забрела в нову кімнату. В кімнату, де панує Жінка і Жіноча енергія, в кімнату з піччю - всередині розлилося тепло від усвідомлення цього. Дуже слабо і ледь вловиме, але воно з'явилося на якісь секунди. Мені стало цікаво, як його витягти, відчутти знову. І пішла казка далі.

Коли принцеса зрозуміла, що треба щось робити, щоб піч підтримувати палаючої - я дуже добре відчула свою нездатність бути в унісон з моєї внутрішньої Жінкою. Вона є, але захована десь всередині. Я так хочу дати їй волю, але не знаю як. Я так багато про неї чула і читала, але поняття не маю, як випустити її назовні і дати їй зайняти те місце, що належить їй по праву. Все виявилось для принцеси набагато складніше, ніж вона думала - практика і теорія відрізняються один від одного, і поки не спробуєш, не впізнаєш. Так і я все життя вважала, що я мегарозумна і здатна, а пробувати не вирішувалася. Але в цей раз, коли дійшла справа до відкриття в собі Жінки, пішло усвідомлення того, що треба вставати, йти і робити. Пробувати, застосовувати знання - знову і знову, поки не вийде. Адже не вийти не може. І принцеса стала пробувати.

Самі собою приходили в голову варіанти розвитку подій - знайшовся сокиру в кутку, і хоч ця робота і чоловіча - дрова рубати - але навіть думки не виникло попросити когось, принцеса пішла сама рубати ті зарості, які сама ж навколо себе спорудила. І хліб змогла спекти - вона не здавалася, пробувала багато разів, поки не досягала успішного результату. Коли я писала цю частину казки, мені дуже хотілося знайти вірний шлях, зробити нарешті щось, перестати скаржитися і шукати приводи, чому не виходить. А замість цього взяти все в свої руки, своє власне життя, знайти в собі сили і застосувати на практиці те, що я так довго думала що знаю і вмю. Всередині була частка невпевненості, побоювання - це ж незвично. Але бажання випустити назовні мою внутрішню Жінку було сильніше. І принцеса все змогла. Вона не здавалася, поки результат не виходив позитивним.



Я не відразу зрозуміла, що далі - а що тепер, коли принцеса навчилася користуватися пічкою, розводити в ній вогонь, пекти хліб - що з усім цим робити? Але дозвіл прийшло само собою - захотілося цим поділитися. Уміння приймати і правильно користуватися пічкою надає сил, внутрішнього саява, жіночої енергетики - і замок принцеси засяяв, терен звалився і вона стала з задоволенням приймати гостей, давати їм свіжоспечений хліб. І на це тепло прийшов Він - Чоловік. Правильний, той самий. І обом захотілося бути поруч один з одним - не вимагати, не звинувачувати, не шукати, що не так - а просто бути поруч і насолоджуватися.

Пічка є метафорою дому - свого дому. Продовжений симбіоз дочки з матір'ю проявляється у неможливості побудувати своє зріле доросле життя. Коли у жінки немає своєї пічки, вона «гріється» біля печі матері - куди вона веде і свого чоловіка, або куди вона тікає від нього. Зрілість – можливість знайти і запалити свою пічку. Це відбиває процеси здорової сепарації. Метафоричний пошук пічки - це вивільнення «організмичного потоку». Коли потік слабкий, ліквідування «заторів» не призводить до його руху по капіляру. Тому завдання полягає у його підсиленні. «Організмичний потік» не тільки характеристика інтенсивності (амплітуди) потоку, а й несе у собі смислову складову. Сенс їжі в самій їжі. Якщо дитина їсть заради мами, а дорослий - заради здоров'я, то їжа втрачає сенс власне їжі, набуває сенсу «любові», «здоров'я» тощо. Фокусування «організмичного потоку», а потім його ампліфікація є важливими засобами «пожвавлення».

В клієнт-центрованому підході (в субвербальної моделі) психологічне здоров'я розуміється як вільне протікання організмичного потоку – любові, сексуальності, сепарації тощо.

Отже, загальні «мішені» психокорекційної роботи наведено в таблиці 4.1. В ній відсутня рубрикація «сенси хвороби» у зв'язку з тим, що така

робота більш глибинна, відповідає рівню психотерапії й виходить за межі психокорекції. Тому «сенси хвороби» зачіпалися в незначній мірі.

Таблиця 4.1

## Загальні «мішені» психокорекції жінок з гінекологічною патологією

ЕМОЦІЇ	ОСОБИСТІТЬ	ГЕНДЕР	АДАПТАЦІЯ
Алекситимія, конструктивна емоційна експресія	Емоційна рефлексивність, нестача оптимізму, адаптивності, тривожність, іпохондричність, поступливість, зайві обережність, домінування, амбіційність	Інфантилізм, дискордантність, інертність симптомокомплексу маскуліності/фемінінності; несформованість гендерної ідентичності	Надмірне посилення механізмів психологічного захисту, дезадаптивність

В цілому визначені нами «мішені» психокорекційного впливу співпадають з загальними «мішенями», визначені О.А. Потьомкіною. Проте, є деякі специфічні «мішені» у двох груп хворих жінок.

Специфічними «мішенями» корекційного впливу на жінок, які хворі на міому матки, є: боязкість, сором'язливість, заглибленість у себе, нестача енергії, поступливість, нерішучість; вони отримують нарцисичну вигоду (рентність) від хвороби, а іпохондрична фіксація несе у собі риси захисту від тривоги.

Специфічними «мішенями» корекційного впливу на жінок, які хворі на ендометріоз, є: зайвий самоконтроль, ворожість, підозрілість, напруженість, потреба в домінуванні, чуттєвість до критики, амбітність, невміння обмежувати себе і входити в гнучкі відносини з людьми. Фіксація їх уваги на

тілесних сенсаціях може бути шляхом опанування власних агресивних імпульсів.

#### 4.5. Програма психокорекції

Загалом програма включає 23 групових сесії. Формат програми: кожна сесія тривала 1,5 години й дві сесії на тиждень. Загальна тривалість програми –3 місяці. Програму було проведено разом з науковим керівником. У роботі групи взяли участь хворі жінки, які проявили інтерес до роботи над собою. Отже хворі було зібрано на основі принципу добровільності.

У програмі психокорекції взяли участь 12 жінок: 6 - з діагнозом «міома матки», 6 - з діагнозом «ендометріоз».

Програма містить вправи, які пропонуються учасникам програми. Умовно вправи можна розділити на такі блоки:

1) блок релаксація / седація. Включає наступні вправи – м'язова гімнастика, моя напруга, релаксаційна вправа, хитання, напружені пози, судно, на якому я пливу. Цей блок містить незначну кількість вправ, за характеристикою часу він більшою мірою відноситься до дебюту програми. Крім того, коли у групі накопичується напруження, рекомендуються вправи саме цього блоку;

2) блок самопізнання – знайомство, автопортрет, девіз, чарівна крамниця, хто я?, пластилінова людина, мої сильні сторони, контраргументи, улюблені казкові персонажі, чого я боюся?, знайомство з богинею Деметрою (Артемідією, Афродітою, Герією), малюнок «Я – жінка», десять автобіографічних тверджень, валіза в дорогу, ресурси, час – це..., моє майбутнє;

3) блок саморозкриття – розкріпачення, танцюємо тему, малюнок внутрішньої мови, танцювальна - рухова терапія, рецептивна казкова терапія – слухання казки «Чарівник», дзеркало, хто мені подобається, малюнок

власної агресії, складання групової казки, медитативний малюнок мандали, нове народження (дозвольте народитися), казка зі щасливим кінцем, історія без слів, вільні руки, моє здоров'я, малюнок себе нової, створення тематичної казки «Принцеса і пічка», робота зі сновидіннями.

Група повинна бути структурованою - будь-які ознаки неструктурованості підсилюють тривогу. Тому слід уникати пауз, напруження, всього того, що може демотивувати хворих жінок в участі у програмі психокорекції. Проте, задача полягає у тому, щоби поступово жінки починали все більш говорити поза сценарієм, рефлексували свої переживання й говорили про себе.

Динаміка групового процесу йде за таким вектором:

1) тематична орієнтація – члени групи говорять про деякі теми, які задані ведучим групи. Спочатку відсоток болючих тем є незначним, хворі жінки розмовляють про те, що їх турбує. Найчастіше це були різноманітні прояви розчарування, образи на лікарів, чоловіка, дітей. Жінки ще не готові за своїми численними скаргами побачити власні проблеми, глибинні переживання. Вони скаржаться, але клієнтами ще не стають: бажають, щоби змінили чоловіка, батьків, лікарів тощо. Деякі жінки звинувачують чоловіка у тому, що саме через нього виникла хвороба – «гуляв», «не хотів мене», «заразив», «не любив» тощо. З часом тематика починає поглиблюватися, а за нею виходять емоційні переживання, які хворі жінки часто не усвідомлюють;

2) біографічна орієнтація – все більш хворі починають говорити про себе, свою сім'ю, свою хворобу, про те, як вона вплинула на її життя. Переживання все більш проступають, а з часом вони становляться важливіше, ніж тема й зміст біографії в широкому сенсі. Спостерігається феномен переключення уваги зі змісту на власне переживання. Глибинні переживання починають есплікуватися за вектором: «я нічого не відчуваю (злості, образи, заздрості, ревнощів тощо)» → «я відчував, але раніше» → «я відчуваю зараз, але через поведінку чоловіка...» → «я відчуваю». Інакше

кажучи, спочатку такі почуття відсутні (за межами свідомості), потім его-дистонні (вони в мені, але це не я), потім его-синтонні (вони- це я). Чим більш виникає переключення з теми та контенту на переживання, й чим більше такі переживання становляться его-синтонними, тим більш ефективною є психотерапія. Тут ми стикаємося з саногенним процесом повернення собі почуттів. Реалізується основна спрямованість клієнт-центрованої терапії – актуалізація саногенного організмичного потенціалу;

3) інтеракційна орієнтація – спостерігається вираз переживань в групі один до одного, що свідчить про процеси емоційного «пожвавлення», й багаточисельні тематики проявляються через залучення механізму проєкції. Така інтеракція сприяє усвідомленню тих переживань, які здаються настільки природними, що про них не думають і вони не піддаються рефлексії.

Наведемо структуру трьох занять – одне (заняття 5) спрямоване на активізацію процесів розкриття; друге (заняття 1) – на релаксацію; третє (заняття 10) - на самопізнання (і трохи саморозкриття).

## **Заняття 5**

### ***1. Малювання внутрішньої мови.***

Дана вправа направлена на стимулювання безперешкодного переходу психічного імпульсу під зовнішнє вираження. Матеріали - аркуші паперу і олівці. Вправа робиться в парах. Учасницям пропонується розслабитися і згадати найбільш значущу подію вчорашнього дня, шматочок життя, який змусив хвилюватися і переживати і спробувати прожити його ще раз. У міру своїх спогадів учасниці водять олівцем по аркушу, ілюструючи свої почуття і емоції, свою внутрішню мову. У кожній парі учасниці обмінюються листочками і пробують відгадати, що відбувалося з її партнеркою. Звичайно ж, вони не зможуть вгадати факти, розгадати потрібно якість переживання.

### ***2. Хитання.***

Ця вправа спрямована на звільнення груп м'язів від напруги і на енергетизацію тіла. Учасниці стоять, їх руки опущені вздовж тіла. Рух

починається з пальців рук і поширюється поступово по всьому тілу. При цьому вони повинні вільно качати своє тіло. Імпульс руху виходить з верхньої точки кисті, плеча, ліктя. Потім потрібно зробити 5-10 стрибків, потім, не відриваючи ступні від підлоги, на напівзігнутих ногах здригнутися всім тілом. Це сприяє інтенсивній енергетизації тіла.

Ця вправа ґрунтується на біоенергетичній теорії А. Лоуена, який доводив, що відсутність напруги в колінах і злегка зігнуті ноги забезпечують найбільший контакт з ґрунтом, що збільшує приплив енергії до організму.

### ***3. Танцювально-рухова «терапія».***

Група стає в коло. Одна з учасниць виходить у центр кола і танцює спочатку танець «Яка я є насправді», а потім - танець «Якою я б хотіла бути». По закінченні наступна учасниця виходить у центр кола. Обговорення завдання проводиться за наступною схемою:

- Що відчували учасники-спостерігачі і самі танцюючі?
- Як у кількох словах можна охарактеризувати танець її, чи іншої учасниці групи?
- Які характерні особливості танцювальної експресії учасників?
- Наскільки відрізняються танець Я-реальне від танцю Я-ідеальне?
- Танець був направлений на самовираження чи взаємодію з іншими?

### ***4. Ділимося враженнями.***

#### **Заняття 1**

##### ***1. Знайомство.***

Ведучий пропонує учасницям назвати своє ім'я. Після цього ведучий просить учасниць написати кілька важливих характеристик свого Я, а потім прочитати свої характеристики учасницям групи. Учасницям пропонується прокоментувати, що вони відчували, коли розповідали про себе.

##### ***2. М'язова гімнастика.***

З метою розслабитися і зняти напругу учасницям пропонувалося пройти вправу «М'язова гімнастика», спрямовану на релаксацію окремих

груп м'язів і зняття м'язового напруження. Інструкція. Як при нарузі, так і при розслабленні груп м'язів має зберігатися глибоке черевне дихання.

1. Обличчя: підніміть брови максимально і тримайте їх у цьому стані до повної знемоги задіяних у цьому русі м'язів, інші м'язи вільні. Далі сильно зажмурте очі, потім розслабте їх. Рот: посмішка до вух (час нарузи тут і далі визначається повним виснаженням м'язів), губи цілують, нижня щелепа максимально «кинута» вниз, цикли «нарузи-розслаблення» робляться за кожним завданням.

2. Плечі: дотягніться плечем до мочки вуха, голова не нахиляється. Розслабтеся. Те ж саме виконайте з другим плечем. З'явилося відчуття важкості в плечах.

3. Руки: стисніть в кулаки обидві кисті. Затримайтеся в такому положенні. З'являється теплота і поколювання в пальцях.

4. Стегна і живіт: сидячи на стільці, підніміть ноги перед собою. Напруга в стегнах до знемоги. Розслабтеся. Протилежна група м'язів напружується зариванням стоп в землю. Заривайтеся твердіше. Розслабтеся. Розслаблення відчувається у верхній частині ніг, зосередьтеся на цьому.

5. Ступні ніг щільно стоять на підлозі, вправа виконується сидячи. Підніміть п'яти високо вгору. Повинна з'явитися напруга в литках і ступнях. Розслабтеся. Підніміть носки ніг. Напруга в ступнях і передній частині ніг. Розслабтеся. Наступний етап: напружувати окремі групи м'язів, не здійснюючи рухів, а лежачи, користуючись пам'яттю відчуттів.

### ***3.Моя напруга.***

Мета - дослідження нарузи, яка присутня в учасниць. Матеріали: папір, фарби, олівці, ручки. Учасницям пропонується намалювати на окремих аркушах паперу своє напруження, з яким вони знайомі. Після виконання вправи учасницям пропонується в міні-групах, а потім в загальному колі обговорити питання:

- Як виглядає моя напруга? Де вона знаходиться?

- Коли вона з'являється? Що сприяє її появі?

- Що я роблю для того, щоб її не було?

Після обговорення учасницям дається завдання намалювати такий образ себе, в якому б була відсутня напруга. У міні-групах учасницям пропонується обговорити можливі шляхи досягнення бажаного стану.

#### ***4. Обмін враженнями.***

Учасницям пропонується обговорити отримані від заняття враження.

### **Заняття 10**

#### ***1. Контраргументи.***

Метою даної вправи є самоаналіз і дослідження особистісних якостей. Ведучий говорить «Ми вже переконалися, що кожна з вас володіє сильними якостями. Сьогодні ж ми почнемо розбиратися у своїх недоліках. Візьміть, будь ласка, папір і ручки. Розділіть аркуш паперу на дві половинки. Зліва, в колонку «Невдоволення собою», відверто запишіть все те, що вам не подобається в собі саме сьогодні. У вас є 10 хвилин. Після того, як заповните всю ліву частину таблиці, беріться за праву. На кожне невдоволення собою приведіть контраргумент. На цей етап роботи вам теж відводиться 10 хвилин. Потім ви об'єднаєтеся в мікрогрупи і обговоріть свої записи».

Після здійснюється обговорення вправи всією групою учасниць.

#### ***2. Інтерв'ю.***

Мета - сприйняття і розуміння інших людей, розвиток соціальної перцепції. Ведучий дає інструкцію: «Сформулюйте для кожної групи одне питання, відповідь на яке допоможе краще пізнати і зрозуміти її. Для цього потрібно подумати про кожну учасницю, згадати все, що ви вже знаєте про неї. Приступайте до роботи. Обговорюються наступні питання: наскільки вдалими були сформульовані питання, наскільки комфортно учасницям було на них відповідати, чи вдалося за допомогою питань дізнатися щось нове один про одного».



### ***3. Дзеркало.***

Метою даної вправи є розвиток усвідомлення «мови власного тіла», розвиток рефлексії та емпатії. Учасниці діляться на пари і встають обличчям один до одного. Одна з них ведуча, інша - ведена. Ведуча під музику починає робити повільні рухи руками, ногами, тілом; ведена ж повинна відобразити рухи партнерки як дзеркальний образ. Через 5 хвилин вони міняються ролями. По закінченні завдання учасниці діляться своїми відчуттями.

### ***4. Хто мені подобається, а хто не подобається.***

Мета вправи - через усвідомлення інших людей усвідомлення себе.

Спілкуючись з оточуючими, ми помічаємо, що вони подобаються нам, чи не подобаються. Цю оцінку, як правило, ми пов'язуємо з внутрішніми якостями людей, а не з особливостями власного сприйняття. Ця вправа продемонструє існування змінних, наявних у нас самих, і які не стосуються інших людей.

Підійдіть і візьміть папір і ручки. Згадайте двох людей, які вам дуже подобаються. Розділіть папір на дві частини. В одній частині запишіть ініціали першого, а в другій - другого. Під ініціалами симпатичних вам людей вкажіть п'ять якостей, які вас в них найбільше приваблюють.

А тепер згадайте двох людей, які вам зовсім не подобаються. Позначте їх тим же чином, запишіть якості, які вам не подобаються.

Вказавши всі ці якості, ви зможете побачити, чим схожі люди, які вам або подобаються, або ні. Провівши порівняння другої пари, ви побачите схожість людей, які вам не подобаються. Тепер порівняйте всі 4 особи і визначте ті особистісні параметри, через яких ви любите, або ненавидите людей. Визначтеся, які якості людей для вас важливі, які якості вас відштовхують. Запишіть свої висновки.

Тепер зовсім неважко побачити зв'язок власної самохарактеристики з характеристиками, які ви даєте іншим і зробити висновок, що кожна людина може зрозуміти іншого лише в межах власної концепції Я.

### 5. Ділимося враженнями від заняття.

Учасницям пропонується обговорити отримані від заняття враження.

У додатку А наведено програму психокорекції дисфункціональних особливостей особистості.

#### 4.6.Оцінка ефективності психокорекційної програми

Для визначення ефективності програми психокорекції було використано: 1) тестові показники й 2) самозвіти. Перша полягала в тому, що порівнювалися результати тестування, отримані до і після участі в психокорекційній програмі. Були відібрані наступні шкали для оцінювання: Торонтська алекситимічна шкала, Індекс життєвого стилю, методика гендерної ідентичності.

Результати, отримані в ході порівняння замірів до/після психокорекції, переконливо показали наявність позитивних змін в психологічних особливостях жінок. Результати представлені в табл.4.2.

Таблиця 4.2

Ефективність програми (тест-ретестове порівнення)

Показники	G-критерий знаків
Алекситимія	2, p= 0,05
Ступінь напруженості захистів	2, p= 0,05
Гендерна ідентичність	

Жінки, які взяли участь у психокорекційній програмі, стали менш алекситимічними, відбулося зниження ступеня напруженості захистів, також змінився статус гендерної ідентичності - бали, отримані після проходження психокорекції, відповідають статусу «мораторій».

Результати експертного оцінювання свідчать про те, що жінки, які хворі на міому матки, стали: 1) більш схильні до аналізу власних почуттів та їх вербалізації 2) більш здатні до конструктивного відреагування емоційних переживань ( $G = 2, p = 0,05$ ); 3) більш оптимістичні ( $G = 2, p = 0,05$ ); 4) більш адаптивні ( $G = 2, p = 0,05$ ); 5) менш боязкі ( $G = 2, p = 0,05$ ); 6) менш іпохондричні ( $G = 2, p = 0,05$ ).

Результати експертного оцінювання свідчать що жінки з ендометріозом стали: 1) більш схильні до аналізу власних почуттів та їх вербалізації ( $G = 2, p = 0,05$ ); 2) більш здатні до конструктивного відреагування емоційних переживань ( $G = 2, p = 0,05$ ); 3) більш оптимістичні ( $G = 2, p = 0,05$ ); 4) більш адаптивні ( $G = 2, p = 0,05$ ); 5) менш підозрілі ( $G = 2, p = 0,05$ ); 6) менш чуттєві до критики ( $G = 2, p = 0,05$ ).

Резистентними до психокорекційного впливу залишилися такі особливості жінок, які хворі на міому матки: 1) поступливість ( $G = 5, p > 0,05$ ); 2) зайві обережність ( $G = 4, p > 0,05$ ).

Залишилися резистентні психокорекційному впливу такі особливості жінок, з ендометріозом: 1) домінування ( $G = 4, p > 0,05$ ); 2) амбіційність ( $G = 5, p > 0,05$ ).

Через 3,5 місяці було проведено опитування жінок, що пройшли програму психокорекції. Наведемо кілька прикладів оцінок учасниць психокорекційної програми.

Опис індивідуальних випадків.

**Валентина Н., 41 рік.** Діагноз: Міома матки.

«Мабуть, почну з того, що я завжди вважала себе дуже негарною, нерозумною, незграбною і невдахою. Всі мої близькі, за винятком мого батька, вважали так само. Хоча важко назвати їх близькими. Моя мати вкрай жорстока жінка, вона не любила мого батька, і мене теж. Ми для неї були «рудими», вона так називала нас через колір нашого волосся. Мій батько завжди багато працював, але моєї матері грошей було завжди мало. Він був

просто загнаний постійною працею і постійними необмеженими вимогами матері. У матері завжди були інші чоловіки, вона не вважала за потрібне це приховувати. Ми були разом із батьком, завжди самотні «руді». Тоді я ще була щаслива. Я не хочу звинувачувати свого тата. Легко сказати, що ти чоловік будь сильним, керуй дружиною. Але в нього була інша вдача, можливо слабка, точно слабка, але людяна, порядна, добра. Коли помер батько, я вчилася на 3-му курсі інституту, мати сказала, щоб я кинула інститут, оскільки потрібно працювати. Горе затаїлося в мені, плакати не дозволяла мати. Тільки терпіти і робити все щоб їй було добре. Я кинула інститут, незабаром мати пішла на пенсію і сказала, що вона мене виростила і я повинна її утримувати. Весь тягар, який був на батькові ліг на мої плечі. Я трималася і мовчала. Ви знаєте мою історію. Я повторю. Я все життя працюю на кількох роботах. У 31 рік я народила дитину без чоловіка, мати сказала, що дитину потрібно віддати в дитячий будинок, я це зробила. Пізніше, коли я познайомила з хорошим чоловіком, мати розповідала йому жахливі історії про мене, і про те, що я навіть рідну дитину кинула. Чоловік від мене пішов. Через рік моя мати сама познайомила мене з чоловіком, який їй дуже подобався, вона говорила, що знайшла мені хорошу пару. Я теж була рада, оскільки він був забезпечений і я сподівалася, що зможу забрати свою дитину, але він заборонив, а півтора роки тому він мене кинув, після цього моя мати не розмовляла зі мною 3 місяці. Весь цей час я жодного разу їй не суперечила. Іноді я їжджу до свого хлопчика, він просить мене його забрати, повернувшись від нього я кажу матері, що хочу його забрати, але вона заперечує, кажучи, що я його не прогодую. Рік тому я дізналася про свою хворобу, мене це дуже засмутило спочатку й навіть злякало, але з часом я звиклася з цією хворобою, звикла до неї, вона мене не тривожила, до останнього часу, але коли мене забрали до лікарні з кровотечею і лікар дорікала мене, що я не лікуюся, мені було дуже соромно.

Коли запропонували пройти програму я сумнівалася, мені було соромно ходити туди. Але я все ж таки зважилася. На першому занятті все було так душевно, що я просто закохалася у всіх, це був просто захват. Я відчула себе на 20 років молодше, це нагадало мені інститут. Після вправи «Судно» я змінилася, я відчула свою мету, я знаю, що робити. Коли була вправа і розповідали про Деметру, потрібно було розповісти свій досвід бути матір'ю. Це було для мене жахом, я відчувала, що всі дивляться на мене і засуджують, зневажають. Коли я закінчила, мені хотілося втекти, але в цю мить учасниця, яка сиділа поруч, поплескала мене по плечу, і я зрозуміла, що мене підтримують. Звичайно, я знайшла велику підтримку в групі. І продовжую її отримувати. Деякі учасниці дуже не байдужі до мене, вони мене підтримують досі. Я остаточно вирішила, що буду забирати дитину, ще я стала більш відповідально відноситись до свого здоров'я, тому що мені є заради кого жити і працювати. Я зможу прогодувати і поставили на ноги своє дитя. Свою матір я стала ставити на місце, спочатку вона мені погрожувала, була проти, що я заберу дитину, але я вже не та, я їй даю відсіч. Всі мої гроші я витрачаю на себе і свою дитину. Мати нехай живе на пенсію.

Я стала більш впевнена у своїй зовнішності, може я ще зустріну хорошого чоловіка. Головне, що я стала оптимістичнішою і більш відповідальною за своє життя. Мушу дякувати всім хто підтримував і продовжує це робити.

Я потоваришувала з декількома жінками з групи, ми часто зустрічаємось і добре проводимо час. Раніше я не могла про таке навіть мріяти. Моя пухлина стала регресувати. Лікарі дають хороший прогноз».

**Світлана Ж., 44 роки.** Діагноз: «Ендометриоз»

«Спочатку мені не дуже подобалося ходити на групу. Пару раз я навіть хотіла її кинути, але мене вмовили інші учасниці продовжити. На сьогоднішній день я можу сказати, що група допомогла мені поміняти свій

погляд абсолютно на все. Я народилася в маленькому селі. Але серед усіх маленьких дітей нашого села я була сама талановита. Я не проводила час на вулиці, як його проводили інші діти з мого села, а читала, навчалася.

Коли я закінчила школу і приїхала вчитися в місто, я була дуже горда й задоволена собою. Вчилася я завжди дуже добре, але після закінчення інституту моя професія виявилася незатребуваною, доводилося працювати, де доведеться, хоча мені хотілося працювати за своєю спеціальністю і займати керівну посаду. А коли у мене ще народилася дитина, всім моїм кар'єрним бажанням прийшов кінець. Але я все ж намагалася підшукати собі хорошу роботу. Останні п'ять років я працюю на одному місці і все чекаю, коли мене підвищать. На групі я усвідомила, що надавала занадто велике значення своїй кар'єрі. І надто мало приділяла його собі, своєму здоров'ю, своїй сім'ї. Я була занадто зосереджена на прагненні реалізуватися як фахівець. Через це були навіть нервові зриви. Я не переймалася через хворобу. Мене дратувало, що я хвора. Я була сліпа. Жага бути кращою в роботі мене осліплювала. Сором. Тепер я просто нормальна жінка. Тепер я ретельно виконую всі рекомендації лікарів, оскільки я менше займаюся роботою і більше займаюся собою, своїм здоров'ям.

За результатами проведеного опитування було підтверджено, що програма ефективна.

#### **Висновки до розділу 4:**

1. Ідеологічною базою програми виступив клієнт-центрований підхід К. Роджерса, який направлений на підвищення інтенсивності емоційного й афективного процесів, на «пожвавлення», на актуалізацію «організмичного потоку». Технічно й теоретично в основі програми лежить субвербальна модель клієнт-центрованого підходу.

2. В технічному плані програма є полімодальною, а за глибиною впливу - лише частково вирішує психотерапевтичні завдання, в основному - це програма психокорекції.

3. «Мішені» психокорекції були визначені за 4 категоріями: емоції, особистість, гендер й адаптація. Додатково розглянуто категорію «сенсації». Було визначено загальні й специфічні мішені по відношенню до форми гінекологічної патології:

4. Психокорекційна програма складається з трьох етапів: 1) мотиваційний, 2) психокорекційний, 3) оцінки ефективності. Розрахована на 23 групових сесії по півтори години кожна. Зустрічі групи відбуваються два рази на тиждень.

5. В технічному плані кожна сесія включає вправи, які відносяться до трьох блоків: релаксація/седація, самопізнання, саморозкриття.

3. Результати, отримані в ході порівняння замірів до / після психокорекції, переконливо показали позитивні зміни в психологічних особливостях жінок.

## ВИСНОВКИ

У роботі представлено теоретичне узагальнення і нове вирішення проблеми дисфункціональних психологічних чинників етіопатогенезу, перебігу та соціальних наслідків гінекологічної патології у жінок та їх нормалізації. В результаті проведеної роботи були зроблені такі висновки:

1. Емоційна сфера жінок, які мають гінекологічні розлади, характеризується слабкою диференційованістю, дефіцитом творчого ставлення до життя, зниженою рефлексією, внутрішньою «скутістю», найбільш виражені ці особливості у жінок з міомою матки. Характерна нерозвинена здатність до адекватного від реагування емоційних переживань в міжособистісних ситуаціях. Емоційна сфера характеризується відсутністю «радощів життя», наявністю порожнечі, нудьгою і безсиллям.

Хворим жінкам притаманний алекситимічний симптомокомплекс, який виявляється в утрудненні вербальної символізації емоційного досвіду, його дистанційованні та дисоційованні з еґо-структурами та з тілом. Інконгруентність досвіду та «Я»-концепції підтримує «хибне коло» психосоматичного розладу, що робить його резистентним до терапії.

2. Жінкам, хворим на міому матки та ендометріоз, властиве підвищення показників деструктивної та дефіцитарної агресії, в той час як конструктивна агресія, що відображає загальний потенціал активності, яким володіє особистість для вирішення завдань адаптації, є зниженою. Високі показники дефіцитарної агресії свідчать за трансформацію актуальної злості у потенційну форму, яка позбавлена якості плинності, вона соматизується - існує як «річ у тілі» й є резистентною до психокорекційних втручань. Така дефіцитарна агресія являє собою вторинні «затори», які унеможливають



плин «організмичної тенденції», хронізації хвороби та створюють умови її резистентності до терапії.

3. Жінкам з гінекологічною патологією притаманні такі загальні риси особистості: зниження відчуття психічної цілісності, навичок опанування, оптимізму, соціабельності, негативне самоствавлення, інфантилізм (регресивність), схильність за допомогою дисоціації/дереалізації дистанціюватися від загрозливих процесів у собі, обережність, ригідність, вони не відчувають себе жіночними. Об'єктне відношення до власного тіла сприяє переміщенню реальних міжособистісних конфліктів у площину відносин з ним та негативної конотації його сприйняття.

Специфічними рисами особистості жінок з міомою матки є: боязкість, сором'язливість, заглибленість у себе, нестача енергії, поступливість, нерішучість; вони отримують нарцисичну вигоду (рентність) від хвороби, а іпохондрична фіксація несе у собі риси захисту від тривоги.

Специфічними рисами особистості жінок з ендометріозом є: зайвий самоконтроль, ворожість, підозрілість, напруженість, потреба в домінуванні, чуттєвість до критики, амбітність, невміння обмежувати себе і входити в гнучкі відносини з людьми. Фіксація їх уваги на тілесних сенсаціях може бути шляхом опанування власних агресивних імпульсів.

4. Статеворольова сфера особистості хворих жінок характеризується: інфантилізмом, дискордантністю, інвертністю, а гендерна ідентичність є несформованою, що, ймовірно, є преморбідною підставою розвитку гінекологічної патології. У хворих можуть спостерігатися або усі, або деякі з зазначених варіантів спотворення статеворольового симптомокомплексу.

Жінки з міомою матки характеризуються передчасною гендерною ідентичністю - вони не пройшли тривалий шлях гендерного становлення й сформували ідентичність не як результат процесів сепарації та ідентифікації, а як наслідок захисних процесів інтроєкції (включення індивідом без

переробки у свій внутрішній світ поглядів, мотивів, установок тощо інших людей) та конфлюєнції (злиття).

Жінки, хворі на міому матки та ендометріоз, мають дифузну, невизначену або несформовану гендерну ідентичність, що свідчить за відсутність артикульованих гендерних цілей, цінностей і переконань.

5. Жінкам з гінекологічною патологією притаманне надмірне посилення механізмів психологічного захисту, що веде до низької здатності усвідомлювати свої помилки, утруднює ефективне вирішення особистісних проблем.

У групі жінок, які хворі на міому матки, найбільш активними виявилися незрілі механізми («витіснення», «заперечення», «уникнення»), а висока напруженість захисту не забезпечує успішне подолання соціальної ситуації хвороби - пов'язана з «неприйняттям себе», «внутрішнім контролем» та «дезадаптивністю».

Механізми психологічного захисту жінок з міомою матки групуються в трьох факторах: «Відсутність переробки психотравмуючих ситуацій», «Захист, спрямований зовні», «Ступінь напруженості захистів».

У групі жінок, хворих на ендометріоз, ступінь напруженості захисту пов'язана з різноплановими тенденціями - з одного боку, з «прийняттям себе» та «внутрішнім комфортом», а, з другого, - з «емоційним дискомфортом». Механізми психологічного захисту жінок з ендометріозом групуються в трьох факторах: «Спотворення психотравмуючих подій», «Реактивне утворення», «Недиференційованість механізмів психологічного захисту».

6. Відповідно вивченим психологічним особливостям жінок визначені мішені психокорекційної дії, розроблена, проведена психокорекційна програма і здійснена оцінка її ефективності. Програма психокорекції втілена в груповому форматі роботи, яка фокусується на трьох складових самосвідомості: саморозуміння (когнітивний аспект), ставлення до

себе (емоційний аспект), саморегуляція (поведінковий аспект). Ідеологічним стрижнем психокорекційної програми є клієнт-центрований підхід К. Роджерса. Програма психокорекції виявилася ефективною - відбулися позитивні зміни у внутрішньому плані особистості, що сприяє лікуванню.

Перспектива подальших досліджень полягає у вивченні функціональних зв'язків між психологічними особливостями гінекологічних хворих та у встановленні ступеню їх впливу на розвиток патології.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Александров А.А. Психотерапия: Учебник для вузов/ А.А. Александров.- СПб.: Питер, 2004.- 480с.
2. Адамян Л.Г. Роль современной гормонмодулирующей терапии в комплексном лечении генитального эндометриоза/ Л.Г. Адамян, Е.Н.Андреева // Проблемы репродукции.- 2011.- 36.- С. 66-77.
3. Адамян Л.Г. Эндометриозы. / Адамян Л.Г, В. И. Кулаков .- Издательство: Медицина, 2006.- С. 110-116.
4. Александер Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и применение/ Франц Александер.- М.: Ин-т общегуманитарных исследований, 2004.- 333с.
5. Алексейчик А. Е. Библиотерапия/ А. Е.Алексейчик//Руководство по психотерапии.- Т.: Медицина, 1985.- С. 304-319.
6. Алекситимия и методы ее определения при пограничных психосоматических расстройствах / [Д.Б.Ересько, Г.Л.Исурина, Е.В.Кайдановская, Б.Д.Карвасарский]. - СПб.: 2005.- 25с.
7. Аммон Г. Психосоматическая терапия / Г.Аммон.- СПб.:Изд-во «Речь», 2000.- 238с.
8. Банщиков В. М. Медицинская психология./Банщиков В. М.,Гуськов В. С.,Мягков И. Ф.- М.: «Медицина»,1967.- С.163-215.
9. Барлоу Д.Н. Происхождение эндометриоза - все еще задача. / Д.Н. Барлоу. // Международный конгресс по эндометриозу 22-26 апреля. - М, 1996.- С. 40-47.
- 10.Баскаков В.П. Клиника и лечение эндометриоза / В.П. Баскаков .- Л.: Медицина, 1990.-240 с.
- 11.Баскаков В.П. Эндометриозидная болезнь / Баскаков В.П., Цвелев Ю.В., Кира Е.Ф. - СПб.: Издательство Н-Л, 2002. -452 с.
- 12.Бедненко Г.Б. Архетипы женственности/ Галина Борисовна Бедненко.- М.: Независимая фирма «Класс», 2005.- 320с.

- 13.Блох М.Е. Личностные и социально-психологические характеристики женщин репродуктивного возраста с гинекологической патологией на этапе планирования беременности: ареф. дис. канд.мед.наук/ М.Е.Блох.- СПб, 2012.- 20с.
- 14.Богуславская Д.В. Эндометриоз и бесплодие (обзор литературы) / Богуславская Д.В., Лебович Д.И. // Проблемы репродукции.- 2011.- № 2. С. 69–73.
- 15.Болен Д. Ш. Богини в каждой женщине:Новая психология женщины. Архетипы богинь: Пер. с англ/ Джин Шинода Болен.- М.: ООО Издательство «София»,2008.– 352с.
- 16.Брехман Г. И. Синдром психоэмоционального напряжения и миома матки/ Брехман Г. И.// Акушерство и гинекология.– 1990.– №2.– С.13–17.
- 17.Бройтигам В. Психосоматическая медицина/ Бройтигам В., Кристиан П., Рад М.– М.: Гэотар Медицина,1999.– 376с.
- 18.Бурлачук Л.Ф.Психотерапия: Учебник для вузов.3-е издание / Бурлачук Л.Ф., Кочарян А.С. , Жидко М.Е. - СПб: Питер, 2009. - 496 с.
- 19.Былкина Н.Д. Алекситимия (аналитический обзор зарубежных исследований) /Н.Д. Былкина // Вестник Московского Университета. - Сер. 14,- Психология .- 1995 .- N 1 .- С. 43-53.
- 20.Вассерман Л. И. Дискуссионные вопросы концептуализации и методологии исследования качества жизни в медицине. / Л.И. Вассерман, Е. А. Трифонова // Сибирский психологический журнал.- 2007. - №26.- С.12-14.
- 21.Вассерман Л. И. Медицинская психодиагностика: теория, практика и обучение / Л. И.Вассерман, О. Ю.Щелкова. — СПб.: Академия, 2004. - 730 с.

22. Вассерман Л. И. Психосоциальная реабилитация и качество жизни / Вассерман Л. И., Громов С. А. Михайлов В. А. - СПб., 2001. С. 103—115.
23. Вихляева Е. М. Руководство по диагностике и лечению больных лейомиомой матки. / Вихляева Е. М. - М.: МЕДпресс-информ, 2004. - 400 с.
24. Вовк І.Б. Нові підходи до відновлення репродуктивної функції у жінок з лейомиомою матки / І.Б. Вовк, А.Г. Корнацька, В.К. Кондратюк // Здоров'я України. – 2009. – №24/1.-С.19-24.
25. Вотчал Б. Е. Взаимоотношение психики и соматики в клинике внутренних болезней/ Вотчал Б. Е. // Роль психического фактора в происхождении, течении и лечении соматических болезней: тезисы докладов. – М.: Всесоюзное научное медицинское общество невропатологов и психиатров, 1972.– С.79–86.
26. Гинекология. Национальное руководство / Под ред. В.И. Кулакова, И.Б. Манухина, Г.М. Савельевой. - М., 2011. - 1120 с.
27. Гладчук І.З. Роль антагоністів гонадотропін-релізінг-гормону у веденні хворих із міомою матки / І.З. Гладчук, Н.М. Рожковська, О.Я. Назаренко .-Здоровье женщины. – 2009. – № 5(41). – С. 149-152.
28. Гнездилов А. В. Авторская сказкотерапия. Дым старинного камина (сказки доктора Балугина)/ Гнездилов А. В.– СПб.: Речь,2003.– 292с.
29. Давыдов А.И. Восстановительное лечение после органосберегающих операций у больных подслизистой миомой матки и аденомиозом / А.И.Давыдов, Панкратов В.В., Ягудаева И.П.// Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2011. - №10 (6).-С. 13–21.
30. Демидов В. Н. Патология полости матки и эндометрия. ВМК. Практическое пособие. / Демидов В. Н., Гус А. И. – М.: 2001. – С. 16–21.

31. Долецкая Д.В. Оценка качества жизни у больных с миомой матки после различных видов хирургического лечения / [ Д.В. Долецкая, М.А. Ботвин, Н.М. Побединский, Т.Ю. Кириллова ] - Акушерство и гинекологии. – 2006. – №1. – С.10-13.
32. Дубиле П. Метод по ультразвуковой диагностике в акушерстве и гинекологии / П. Дубиле, К. Бенсон – М.: Медпресс, 2007. – 328с.
33. Залуцкая Н.М. Индекс функционирования Self-системы / [Залуцкая Н.М., Вукс А.Я., Вид В Д.] - СПб.: НИПНИ им. В.М.Бехтерева, 2003.- 47с.
34. Ильин В. И. О роли и месте психического фактора в патогенезе миомы матки / В. И. Ильин, Н. В. Гаврилова// Актуальные проблемы акушерства и гинекологии: Сб. науч. труд. – М.: Издательство московского ордена Ленина и ордена Трудового красного знамени, медицинский институт им. И. М. Сеченова, 1985. – С.127–131.
35. Истратова Т.П. Справочник по групповой психокоррекции / О.Н. Истратова Т.П. - Ростов н/Д : Феникс, 2008. — 443с.
36. Ищенко А.И. Эндометриоз: диагностика и лечение/ Ищенко А.И., Кудрина Е.А. – // М.: Гэотар-Мед, 2002.-104 с.
37. Кабанов М.М. Актуальные задачи медицинской психологии/ М. М. Кабанов, Б. Д. Карвасарский // Психология и медицина: Материалы к симпозиуму.– М.: Институт Академии Наук СССР, 1978.– С. 20–25.
38. Каминская В. Т. Здоровье женщины / Каминская В. Т.– Минск.: «Беларусь», 1968.–С. 6–21.
39. Карвасарский Б. Д. Медицинская психология / Борис Дмитриевич Карвасарский.– Л.: «Медицина», 1982.– С. 155-207.
40. Квасенко А. В. Психология здоровья / А. В. Квасенко, Ю. Г. Зубарев. – Л.: «Медицина», 1980.– С.7–75; С.137–143.

41. Киселев В.И. Индиол – регулятор пролиферативных процессов в органах репродуктивной системы. / В.И. Киселев, А.А. Ляшенко – М., 2005. – 56 с.
42. Клиническая психология / Под ред. Бориса Дмитриевича Карвасарского.– СПб.: Питер, 2002.– С. 498–793.
43. Ковалев В. В. Личность и ее нарушения при соматической болезни / В. В. Ковалев// Роль психического фактора в происхождении, течении и лечении соматических болезней: тезисы докладов. – М.: Всесоюзное научное медицинское общество невропатологов и психиатров, 1972.– С.102–114.
44. Коков Д. Х. Особенности социально-гигиенического функционирования и качество жизни у женщин после функционально-щадящих гинекологических операций / Коков Д. Х., Сучкевич Л. В., Костючек Д. Ф. // Фундаментальные исследования. - №5, 2012 - С. 44-47, С. 45.
45. Кочарян А.С. Личность и половая роль / Кочарян А.С.- Харьков: «Основа», 1996.-127с.
46. Кочарян О. С. Особистісні особливості жінок, яким виконана гістеректомія / О. С. Кочарян, А. О. Макаренко // Вісник ХНПУ імені Г. С. Сковороди. Психологія. – 2011. – Вип.40. – С.113 – 123.
47. Кочарян А. С. Полоролевое пространство личности. [Электронный ресурс] / А. С. Кочарян. – Режим доступа: <http://www.pca.kh.ua/2010-01-23-19-51-51/73-space>. — Заглавие с экрана.
48. Кочарян А.С. Клиент-центрированная психотерапия как невербальная практика // Психотерапия как невербальная практика. – Х.: Издательство Харьковского университета имени В.Н. Каразина, 2014. – С. 7-16.
49. Крюкова Т. Л. Человек как субъект совладания / Крюкова Т.Л. // Психология совладающего поведения : материалы междунар. науч.–



- практ. конф./отв. ред.: Е. А. Сергиенко, Т. Л. Крюкова. –Кострома : КГУ им. Н. А. Некрасова, 2007. – С. 39–41.
50. Кулаков С.А. Основы психосоматики / С.А. Кулаков .- СПб.: Речь, 2003.- 288 с.
51. Кутько И.И. Психосоматические расстройства в общей практике / Кутько И.И., Панченко О.А., Линев А.Н. // Український медичний часопис . 5(109) [Електронний ресурс]. - <http://www.umj.com.ua/article/90400/psixosomaticheskie-rasstrojstva-v-obshhej-praktike>.
52. Лакосина Н. Д. Медицинская психология/ Н. Д. Лакосина, Г. К. Ушаков. – М.: «Медицина», 1984. – С. 55–210.
53. Ланчинский В.И. Генетика и молекулярная біологія миомы матки / Ланчинский В.И., Ищенко А.И. // Акушерство и гинекология. — 2004. — № 2. — С. 14—17.
54. Личко А. Е. Медико психологическое обследование больных / А. Е Личко, Н. Я.Иванов // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова.-1980. – Вып.8.–С. 1195–1198.
55. Лоуэн А. Возвращение тела: Пер.с англ. / Александр Лоуэн // Телесно-ориентированная психотерапия. Классические и современные направления. Хрестоматия. – СПб.: ООО «ИПК БИОКТ».–С.71–83.
56. Лоуэн А. Психология тела: биоэнергетический анализ тела: Пер. с англ. / Александр Лоуэн.– М.: Институт общегуманитарных исследований, 2000. – 256 с.
57. Лоуэн А. Физическая динамика структуры характера: Пер. с англ. / Александр Лоуэн. – СПб-М.: АСТ, 1996.– 325с.
58. Лурия А. Р. Внутренняя картина болезни и ятрогенные заболевания / А. Р. Лурия. – М: «Медицина»,1977.–111с.
59. Луценко Н.С. Некоторые механизмы активации пролиферативных процессов в органах репродуктивной системы / [ Н.С. Луценко, Л.Р.

- Гераскина, И.А. Евтерева и др.] - Медико-соціальні проблеми сім'ї. – 2009. – Том 14.- №4.- С. 134-139.
- 60.Макаренко А. А. Психологические последствия гистерэктомии при доброкачественных трансформациях матки/А.А.Макаренко // Актуальні проблеми практичної психології. Збірник наукових праць. – Частина I. – Херсон: ПП Вишемирський В. С. – 2008. – С. 229– 232.
- 61.Макаренко А. О. «Я-концепція» жінок після гістеректомії на основі методу «Автопортрет» / А. О. Макаренко // Актуальні проблеми практичної психології. Збірник наукових праць. – Частина 1. – Херсон: ПП Вишемирський В. С. – 2010. – С. 254 – 258.
- 62.Макаренко А. О. Особливості емоційної сфери жінок, яким виконана гістеректомія / А. О. Макаренко, Р. А. Бережний // Науковий вісник Миколаївського державного університету імені В. О. Сухомлінського: збірник наукових праць (Серія «Психологічні науки»). – 2010. – Т. 2. – Вип. 5. – С. 179 – 184.
- 63.Макаренко А. О. Особливості механізмів психологічного захисту жінок із дезадаптивними станами внаслідок гістеректомії в ранньому післяопераційному періоді / А. О. Макаренко // Медицинская психология. – 2010. – Т.5. – №2 (18). – С. 95– 99.
- 64.Макаренко А. О. Особливості тілесного образу у жінок, яким виконана гістеректомія з різними типами реагування на наслідки оперативного втручання / А. О. Макаренко // Матеріали міжнародної молодіжної науково-практичної конференції «Вектори психології – 2010». – Харків: ООО «Ріф», 2010. – С. 215 – 217.
- 65.Макаренко А. О. Особливості шлюбних відносин у жінок з дезадаптивними станами та установками внаслідок гістеректомії / А. О. Макаренко // Проблеми сучасної педагогічної освіти. Сер.: Педагогіка і психологія. Зб. статей. – Ялта: РВВ, 2010. – С. 86 – 92.

- 66.Макаренко А. О. Психологічний фактор у виникненні сексуальних порушень у жінок після хірургічного втручання на внутрішніх статевих органах / А.О. Макаренко // Тези доповідей науково-практичної конференції «Психічні і соматичні розлади психогенного походження» (ХІІ Платоновські читання). 2010 – С. 81– 83.
- 67.Макаренко А. О. Психологічні особливості жінок, яким виконана гістеректомія з дезадаптивними станами та без них / А. О. Макаренко // Збірка тез доповідей ІІ науково-практичної конференції «Наука і сучасність: досвід та перспективи розвитку на межі тисячоліть». – Запоріжжя: ЗМГО «Озима», 2010. – С. 45– 47.
- 68.Макаренко А. О. Самовідношення та самооцінка жінок після гістеректомії / А.О. Макаренко // Вісник Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна. – 2010. – Вип.43. – № 902. – С. 185 – 189.
69. Макаренко А. О. Самооцінка жінок після гістеректомії / А. О. Макаренко // Проблеми та перспективи сучасної психології: Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції. – Запоріжжя, 2010. – С. 58 – 61.
70. Макаренко А. О. Тілесна та гендерно-рольова ідентичність жінок, яким була виконана гістеректомія (психосемантичний підхід) / А. О. Макаренко // Проблеми сучасної психології: Збірник наукових праць Кам'янець – Подільського національного університету імені Івана Огієнка, Інституту психології ім. Г. С. Костюка АПН України. – 2010. – Вип. 8. – С.644 – 657.
- 71.Макаренко А. О. Тілесний образ у жінок після гістеректомії (психосемантичний підхід) / А. О. Макаренко // Вісник ХНПУ імені Г. С. Сковороди. Психологія. – 2010. – Вип. 34. – С. 138 – 147.
- 72.Макдугалл Дж. Театри тіла. Психоаналітичний підхід до психосоматичних розладів. - М .: Когито-Центр, 2007. - 215 с.

- 73.Максименко К.С. Личностно-ориентированная терапия эмоциональных расстройств при соматогениях / Максименко К.С. – К.: Издательский Дом «Слово», 2015. – 352 с.
- 74.Максименко К.С. Истоки и современное состояние личностно-ориентированной психотерапии украинской психотерапевтической школы / К.С. Максименко. // Науково-практичний журнал «Наука і освіта». – Одеса, 2014. - № 9. – С. 137-143.
- 75.Максименко К.С. Особистісно - орієнтована психотерапія емоційних розладів при соматогеніях у практиці сучасної медичної психології: автореф. дис. канд. психол. наук: 19.00.04 / Максименко Ксенія Сергіївна; Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна. – Х., 2016. – 39 с.
- 76.Максименко С. Д. Генезис существования личности / Сергей Д. М. – К.: КММ, 2006. – 239 с.
- 77.Малевич К.И. Лечение и реабилитация при гинекологических заболеваниях / Малевич К.И., Русакевич П.С.- Минск.: Высшая школа, 1994. - 368 с.
- 78.Манегетти А. Женщина третьего тысячелетия: Пер. с итальянского / Антонио Манегетти.– М.: ННБФ «Онтопсихология», 2007. – 256 с.
- 79.Маркова М.В. Феномен бесплодия супружеской пары с позиции медицинской психологии / М.В. Маркова // Всесвіт соціальної психіатрії, медичної психології та психосоматичної медицини .- 2009 .- Т. 1, №1(1) .С. 17-22.
- 80.Медична психологія. Підручник/ [Максименко С. Д, Коваль І. А, Максименко К. С., Папуча М. В.] – Вінниця: Нова книга, 2008. – 520 с.
- 81.Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология: Учебное пособие / В. Д. Менделевич. – М.: «МЕДпресс», 2005.– 432 с.
- 82.Менделевич В.Д. Неврология и психосоматическая медицина/ В. Д. Менделевич, С. Л. Соловьева. – М.: МЕД-пресс-информ, 2002.– 608 с.

83. Методологические основы психологической диагностики в клинике соматических расстройств / Л.И. Вассерман, Б.В. Иовлев, Е.А. Трифонова и др. // Сибирский психологический журнал .- 2010 .- № 38 .- С. 24-28.
84. Михайлов Б. В. Психотерапия в общесоматической клинике / Михайлов Б. В., Сердюк Б. В., Федосеев В. А.–Х.: «Прапор», 2002. – 125 с.
85. Мохина И. В. Медицинская психология / Мохина И. В. – Ростов.: ИРУ, 1978.–61с.
86. Мясичев В. Н. Психология и медицина/ Владимир Николаевич Мясичев // Роль психического фактора в происхождении, течении и лечении соматических болезней: тезисы докладов. – М.: Всесоюзное научное медицинское общество невропатологов и психиатров, 1972. – С. 41–46.
87. Набиуллина Р. Р. Механизмы психологической защиты и совладания со стрессом (определение, структура, функции, виды, психотерапевтическая коррекция: Учебное пособие / Р. Р.Набиуллина, И. В. Тухтарова.– Казань: Изд-во ИП Тухтаров В. Н., 2003. – 97 с.
88. Насырова Р.Ф., Применение фенотропила в коррекции вегетативных нарушений у женщин с острыми воспалительными заболеваниями органов малого таза, имеющих тревожно-депрессивную симптоматику / Л.С. Сотникова, Н.Г. Жукова // Сборник материалов XVII российского национального конгресса «Человек и лекарство». – Москва, 2010. – С. 197.
89. Насырова Р.Ф. Уровень психического здоровья женщин репродуктивного возраста с миомой матки / Р.Ф. Насырова, Л.С. Сотникова // Материалы XV научной отчетной сессии НИИ психического здоровья СО РАМН. – Томск, 2011. - С. 68-70.
90. Насырова Р.Ф. Психическое здоровье женщин с гинекологической патологией (клинико-патогенетические, социально-психологические и

- реабилитационные аспекты): арэф. дис. док. мед. наук./ Насырова Р.Ф.- Томск, 2012. – 57с.
91. Незнанов Н.Г. Характеристика депрессивных расстройств у пациенток с хроническими тазовыми болями / Н.Г. Незнанов, И.Ю. Щеглова // Социальная и клиническая психиатрия .- 2004 .- №2 .-С 27- 31.
92. Николаева В. Н. Влияние хронической болезни на психику/ В. Н. Николаева–М.: МГУ, 1987. – С. 22-139.
93. Николаева В.В. О психологической природе алекситимии [Электронный ресурс] Режим доступа: [zvvg://pgttdf.ujbdtvddg.ru/prtyimbkkkd/13/bdyv/126](http://zvvg://pgttdf.ujbdtvddg.ru/prtyimbkkkd/13/bdyv/126)
94. Никонов В.В. Системный ответ организма на агрессию / В.В. Никонов.- Новости медицины и фармации. – 2005. – №16. – С.3-5.
95. Олійник І.Ю. Імуногістохімічне дослідження рецепторів естрогену і прогестерону у вогнищах ретроцервікального ендометріозу.-/ І.Ю. Олійник.- Патологія.-2012.- №№ (26). – С. 31-33.
96. Орлов А.Б. Психотерапия в процессе рождения // Психология. Журнал Высшей школы экономики. – 2006. – Т.3, №1. – С.82-96.
97. Осипова А. А. Общая психокоррекция: Учебное пособие для студентов вузов / А. А. Осипова– М.: Сфера, 2002. – 512 с.
98. Основы общей и медицинской психологии/ [Мясищев В. Н., Карвасарский Д. Б., Либих С. С., Тонконогий И. М.] – Л.: «Медицина», 1975.–С.213–219.
99. Очерки динамической психиатрии. Транскультуральное исследование / Под ред. М. М. Кабанова, Н. Г. Незнанова. — СПб.: Институтим. В. М. Бехтерева, 2003. —438 с.
100. Пезешкиан Н. П. Психосоматика и позитивная психотерапия. / Пезешкиан Н. П. –М.: Медицина, 1996.–464 с.
101. Потемкина Е. А. Особенности медико-психологических характеристик и симптоматика непсихотических психических

- расстройств при хронических гинекологических заболеваниях: автореф. дис канд. мед наук./ Е.А. Потемкина - Санкт- Петербург, 2012.- 25с.
102. Потемкина Е.А. Личностные характеристики, ассоциированные с хроническими гинекологическими заболеваниями у женщин репродуктивного возраста /Е.А. Потемкина // Уральский медицинский журнал .- 2009 .- № 6 .- С. 17 – 24.
103. Потемкина Е.А. Особенности алекситимии у пациентов с хроническими гинекологическими заболеваниями / Е.А. Потемкина // Сибирский психологический журнал.- 2010 .- № 35.- С. 36 – 38.
104. Потемкина Е.А. Психосоматические аспекты здоровья репродуктивной сферы у женщин детородного возраста / Е.А. Потемкина // Актуальные вопросы современной медицинской науки и здравоохранения: Матер. 61-й межвузовской научно-практической конференции молодых учёных и студентов с международным участием, г. Екатеринбург, 26-27 апреля 2006. – Екатеринбург: Изд. УГМА, 2006. – С. 237.
105. Потемкина Е.А. Особенности медико-психологических характеристик и симптоматика непсихотических психических расстройств при хронических гинекологических заболеваниях: автореф. дис. канд. психол. наук: 19.00.04 / Потемкина Е. А.; Санкт-Петербургский НИИ им. В.М. Бехтерева. – Санкт-Петербург, 2012. – 197 с.
106. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие. / Райгородский Д. Я.- Самара: Издательский Дом «БАХРАХ-М», 2002. – С. 153–156.
107. Психологическая диагностика отношения к болезни. Пособие для врачей / [Л. И.Вассерман, Б. В.Иовлев, Э. Б.Карпова, А. Я.Вукс.] - СПб, 2005. – 32 с.

108. Психотерапия:учебник / Подред.Б. Д. Карвасарского. – СПб.: Питер, 2002. – 672 с.
109. Радецкая Л.Е. Современное состояние проблемы диагностики и лечения эндометриоза / Л.Е. Радецкая.-Медицинские новости. – 2000. – №10. – С. 22-25.
110. Роджерс К. Клиент-центрированная психотерапия: Теория, современная практика и применение: Пер. с англ / Карл Роджерс. – М.: Психотерапия, 2007. – 560 с.
111. Роджерс К. Взгляд на психотерапию. Становление человека: Пер. с англ. / Общ. ред. и предисл. Исениной Е.И. – М.: Издательская группа «Прогресс», 1998. – 480 с.
112. Роджерс К. Клиенто-центрированная терапия. Пер. с англ.. – М.: «Рефл-бук», К.: «Ваклер», 1997. -320 с.
113. Савельева И.С. Современные аспекты этиопатогенеза, диагностики и лечения хронических воспалительных заболеваний внутренних половых органов / И.С. Савельева // РМЖ 1999- 7(3).- С. 114-120.
114. Савицкий Г.А. Миома матки. Проблемы патогенеза и патогенетической терапии/ Савицкий Г.А., Савицкий А.Г. — СПб.: Элби СПб, 2003. — 236 с.
115. Самойлова Т.Е. Миома матки: обоснование неоперативного лечения (обзор литературы) / Самойлова Т.Е. - Проблемы репродукции. — 2003. — Т. 9, № 4. — С. 32—36.
116. Сандомирский М. Е. Психосоматика и телесная психотерапия. Практическое руководство / М. Е. Сандомирский.– М.: Независимая фирма «Класс», 2005.– 592с.
117. Сердюк А. И. Психотерапия больных с соматическими заболеваниями / А. И. Сердюк // Международный медицинский журнал. – 1999. – Т. 5. – № 3. – С. 38–40.



118. Сидоренко Е.В. Методы математической обработки в психологии / Е.В. Сидоренко .- СПб.: Речь, 2001 .-350с.
119. Сидоров П.И. Психосоматическая медицина: Руководство для врачей / П.И. Сидоров, А.Г. Соловьев, И.А. Новикова.- М.: МЕДпресс-информ, 2006.- 568с.
120. Сидорова И.С. Возможности негормональной патогенетически обоснованной терапии миомы матки и аденомиоза / [ И.С. Сидорова, А.Л. Унанян, Е.А. Коган и др.] – М.: МЕДпресс-информ, 2007. – С. 157-161.
121. Сидорова И.С. Современный взгляд на патогенез миомы матки / И.С. Сидорова, А.С. Левакова .- Акушерство и гинекология. – 2006. – С.30-33.
122. Слюсарева Е.С. Методы психологической коррекции ( Учебно-методическое пособие)./ Слюсарева Е.С, Козловская Т.Ю - Ставрополь, 2008.- 240с.
123. Смулевич А.Б. Расстройства личности / А.Б. Смулевич .- М.: Медицинское информационное агенство, 2007 .- 192с.
124. Собчик Л. Н. Психология индивидуальности. Теория и практика психодиагностики / Собчик Л. Н. – СПб: Издательство « Речь », 2003. – 624 с.
125. Современная концепция оказания помощи больным с воспалительными заболеваниями органов малого таза / В.И. Кулаков, А.С. Гаспаров, А.Г. Косаченко и др. // Проблемы репродукции .- 2006 .- Т.12. №1 .- С. 7-10.
126. Соколов Д. Сказки и Сказкотерапия/ Д.Соколов– М.: Эксмо-Пресс, 2001. – С.156
127. Соложенкин В.В. Алекситимия (адаптационный подход) и психотерапевтическая модель коррекции / В.В. Соложенкин, Е.С. Гузова // Социальная и клиническая психиатрия .- 1998 .- №8 .-С. 18-25.

128. Сосланд О.Й. Психотерапия в сети противоречий // Психология. Журнал Высшей школы экономики. – 2006. – Т.3, №1. – С.46-67.
129. Станоевич И.В. Доброкачественные гиперпластические заболевания матки: от тактики лечения к стратегии профилактики / И.В. Станоевич // Врач. – 2009. – №2. – с. 9-11.
130. Стрижаков А.Н. Миома матки: патогенез, диагностика, лечение// Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. / А.Н. Стрижаков, А.И. Давыдов, В.А. Лебедев – 2008. – №7. – С.7-18.
131. Стрижаков А.Н. Органосберегающее хирургическое лечение доброкачественных заболеваний матки. / [Стрижаков А.Н., Давыдов А.И., Пашков В.М., Бахтияров К.Р.] Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии.- 2003.- № 2 (3).- С. 5–9.
132. Татарчук Т.Ф. Анатоомо-функціональні особливості різних клініко-патогенетичних варіантів лейоміоми матки / Т.Ф. Татарчук, Н.В. Косей, Т.Д. Задорожна. – Здоровье женщины. – 2009. – № 5(41). – С. 120-127.
133. Татарчук Т.Ф. Эндокринная гинекология (клинические очерки). / Т.Ф. Татарчук, Я.П. Сольский. – К.: 2003. – С.147-180.
134. Ташлыков В. А. Психологическая защита у больных невротами и психосоматическими расстройствами / Ташлыков В. А.– СПб.: МАПО, 1997.–10 с.
135. Ташлыков В. А. Психология лечебного процесса / Ташлыков В. А. – «Медицина», 1984. С. 22–53.
136. Телешевская М. Э. Вопросы врачебной деонтологии / М. Э. Телешевская, Н. И. Погибко. – Л.: «Медицина», 1978.–160 с.
137. Телешевская М. Э. Глазами больного / Телешевская М. Э. – К.: «Здоров'я», 1985.–С.6–23.
138. Телешевська М. Е. Емоції і здоров'я / Телешевська М. Е.– Київ: Здоров'я, 1978. – 85с.

139. Тихомиров А.Л. Алгоритм комплексного консервативного лечения больных с миомой матки / Тихомиров А.Л., Олейник Ч.Г. - Медицина. — 2003. — № 4. — С. 84—86.
140. Тихомиров А.Л. Патогенетическое обоснование профилактики миомы матки./ Тихомиров А.Л., Леденкова А.А., Батаева А.Е. //Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2011.- 10 (1). - 75–78.
141. Тихомиров А.Л. Миома матки / Тихомиров А.Л., Лубнин Д.М. — М.: МИА, 2006. — 174 с.
142. Тихомиров А.Л. Патогенетическое обоснование ранней диагностики, профилактики и лечения миомы матки: Дисс. д. мед. наук. / Тихомиров А.Л. — М., 1998. — 203 с.
143. Урванцев Л. П. Психология соматического больного [Электронный ресурс] / Урванцев Л. П. – Ярославль: Институт психологии РАН, Институт «Открытое общество», 2000. – 10–39 с. Режим доступа: <http://medpsy.ru/meds/meds015.php>.
144. Фрейд А. Эго и механизмы защиты/ Анна Фрейд. – М.: ЭКСМО, 2003. – 253 с.
145. Харди И. Врач, сестра, больной. Психология работы с больными / Ирвин Харди.- BUDAPEST: Издательство академии наук Венгрии, 1981.–286 с.
146. Хартманн Х. Эго-психология и проблема адаптации личности: Пер.с англ. / Хайнц Хартманн. – М.: Институт общегуманитарных исследований, 2002. – С. 23.
147. Хомуленко Т.Б. Психосоматичний підхід у проблематиці психології розвитку: теоретичні та прикладні аспекти / Хомуленко Т.Б. / Особистість у розвитку: психологічна теорія і практика: монографія / за ред. С.Д. Максименка, В.Л. Зливкова, С.Б. Кузікової. Книга 1. – Суми: Вид-во СумДПУ імені А.С.Макаренка, 2015. – С. 340-358.

148. Хомуленко Т.Б. Психотерапевтичний ресурс внутрішнього діалогу з тілесним Я при психосоматиці парних «жіночих» органів / Хомуленко Т.Б. // Вісник ХНПУ імені Г.С. Сковороди. Психологія, Вип. 54. – Харків: ХНПУ, 2016. – С. 234– 245.
149. Шевченко Н. Ф. Діагностика емоційного стану хворих – крок до вчасної психологічної допомоги // Науковий вісник Південноукраїнського державного педагогічного університету ім. К.Д. Ушинського: Збірник наукових праць. Одеса: НДПУ ім. К.Д. Ушинського, 2009. - № 3, частина 2. – С. 149-155.
150. Шевченко Н. Ф. Теорія і практика психологічної допомоги хворим // Оновлення змісту, форм та методів навчання і виховання в закладах освіти: Збірник наукових праць. Наукові записки Рівненського державного гуманітарного університету. Випуск 41. – Рівне: РДГУ, 2008. – 18 – 21.
151. Шевченко Н. Ф. Якість життя в умовах хронічної хвороби: медичні й психологічні аспекти // Матеріали II Всеукраїнського психологічного конгресу, присвяченого 110 річниці від дня народження Г.С. Костюка (19-20 квітня 2010 року). Т.П. – К.: ДП «Інформаційно-аналітичне агентство», 2010. – С. 347-350.
152. Шестопалова Л. Ф. Актуальные проблемы медицинской психологии в системе здравоохранения Украины и перспективы ее развития / Людмила Федоровна Шестопалова // Український вісник психоневрології. – 1998.– Т.6.–Вип. 1(16). – С.15–16.
153. Шнейдер Л. Б. Профессиональная идентичность: Монография./ Л.Б.Шнейдер. - М.: МОСУ, 2001 . - 272 с.
154. Щеглов Л. М. Психология соматического больного / Щеглов Л.М.// Медицинская психология. – 2006. – Т. 1.№ 3. – С. 22–28.
155. Эриксон Э. Идентичность: юность, кризис: Пер. с англ. / Эрик Эриксон. – М.: Издательская группа «Прогресс», 1996. – С.281–306.

156. Юнг К. Г. Душа и миф: шесть архетипов: Пер. с англ. / Карл Густав Юнг.- К.: Государственная библиотека Украины для юношества, 1996.– С.30–248.
157. Юнг К. Г. Структура психики и архетипы: Пер. с нем. / Карл Густав Юнг. – М.: Академический Проект, 2007. – 303с.
158. Ядов В. А. К вопросу о личностных характеристиках, влияющих на процесс реабилитации больного / В. А.Ядов // Тезисы всесоюзного симпозиума «совершенствование методов реабилитации онкологических больных». – Л.: 1978. – С.88–90.
159. Ялом И. Групповая психотерапия: Теория и практика/ Ирвин Ялом [пер. с англ.] – М.: Апрель Пресс, Издательство института психотерапии, 2005. – 576 с.
160. Яценко Т. С. Арт-терапевтичні технології в роботі психолога / Т. С. Яценко, І. В. Калашник, І. О. Чернуха. — К. :Марич, 2009. — 68 с.
161. Alexithymia in male infertility / R. Conrad, G. Schilling, M. Langenburg et al. // Human reproduction .- 2001 .- Vol. 16, № 3 .- P. 587 592.
162. Barbieri R.L. Reduction in the size of a uterine leiomyoma following discontinuation of an estrogen progestin contraceptive / Barbieri R.L. / Gynecol. Obstet. Invest. — 1997. — V. 43 (4). — P. 276—277.
163. Bendifallah S. Myomectomy for infertile women: the role of surgery / Bendifallah S., Brun J.L., Fernandez H.J. - GynecolObstetBiolReprod. 2011; 40 (8). 885–901.
164. Benedetti G. Beitragzum problem der Alexithymie / G. Benedetti // Nervenarzt.- 1980 .- Bd. 51, No 9 .- P. 534 541.
165. Boggs W. Uterine artery embolization effective long-term for leiomyomata / Boggs W. / Obstet. Gynecol. - 2005. - Vol. 106. - P. 933–939.

166. Bradlow H. Indole-3-carbidol. A novel approach to breast cancer prevention / H. Bradlow. D. Serkovic, N. Telang . - Ann. NY Acad. Sci. – 1995. – Vol. 768. – P.180-200.
167. Chwalisz K. Selective progesterone receptor modulator development and use in the treatment of leiomyomata and endometriosis. / Chwalisz K., Perez M.C.-Endocr Rev. 2005.- 26 (3).- P. 423–38.
168. Chwalisz K., DeManno D. Therapeutic potential for the selective progesterone reseptor modulator asoprisnil in the treatment of leiomyomata / Chwalisz K., DeManno D. / Semin. Reprod. Med. 2004. Vol. 22 (2). P. 113–119.
169. Emotional distress of infertile women in Japan / H. Matsubayashi, T. Hosaka, S. Izumi et al. // Oxford Journals Medicine Human Reproduction .- 2001 .- Vol. 16, 5 .-P. 966-969.
170. Heibrun A. B. Measurement of masculine and feminine sex-role identities as independent dimensions / A. B. Heibrun // Journal of Consulting and Clin. Psychol. — 1976. — Vol. 44. — P. 183–190.
171. Heilbrun A. Human sex-role behavior / Alfred B. Heilbrun. — New York :Pergamon Press, Emory University, 1981. — 289 p.
172. Machado R.B. Drospirenone/ethinylestradiol: a review on efficacy and noncontraceptive benefits / Machado R.B., PompeiLde M., Giribela A.G., Giribela C.G. // Womens Health (LondEngl). 2011.- 7 (1).-P. 19–30.
173. Marcia J.E. Development and validation of ego-identity status / J.E. Marcia / J. of Personality. – 1966. - p. 551-558.
174. Murphy A. A. Clinical aspects of endometriosis / A. A. Murphy // Ann. NY Acad. Sci. — 2002. — Vol. 955. — P. 1–10.
175. Olivennes F. Endometriosis:a stage by stage analysis – the role of in vitro fertilization. / Olivennes F, Feldberg D, Liu HC FertilSteril 1995.- 64(2).- P. 392–98.

176. Rein M. S. Advances in uterine leiomyoma research: the progesterone hypothesis / M. S. Rein / Environ. Health Perspect. - 2000. Vol. 108 (Suppl. 5). - P. 791–793.
177. Saito H. Endometriosis and oocyte quality/ [Saito H., Seino T., Kaneko T., Nakahara K., Тоуаеr. ]. Gynecol. Obstet. Invest. -2002.- 53(suppl.1). P. 46–51.
178. Stewart E. A. Sustained relief of leiomyoma symptoms by using focused ultrasound surgery / [Stewart E. A., Gostout B., Rabinovici J., Kim H. S. et al.] / Obstet. Gynecol. 2007. Vol. 110 (2). P. 279–287.
179. Szondi L. Lehrbuch der experimentell entrieb diagnostic / L. Szondi.- Bern und Stuttgart: Verlag Hans Huber, 1960. – 269 s.
180. Szondi L. Podrecznic eksperymentalnej diagnostiki popedow / L. Szondi - Warszawa: ERDA, 1997. - 269 s.
181. Возможности психотерапии при лечении гинекологических заболеваний [Электронный ресурс] .- Режим доступа: <https://smartafisha.ru/msk/event/vozmojnosti-psihoterapii-pri-lechenii-ginekologicheskikh-zabolevaniy>.

**ДОДАТОК А**

**ПРОГРАМА ПСИХОКОРЕКЦІЇ ДИСФУНКЦІОНАЛЬНИХ  
ОСОБЛИВОСТЕЙ ЖІНОК З ГІНЕКОЛОГІЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ**

**Заняття 2**

***1.Автопортрет.***

Мета - рефлексія образу Я. Інструкція: одна з найближчих людей, яку Ви, напевно, знаєте краще за всіх - Ви самі. Хто ж краще знає власні особливості, звички, бажання, якщо не ми самі. Кожна з учасниць протягом 5 хвилин повинна скласти докладну психологічну самохарактеристику, яка повинна включати не менше 10-12 ознак. Виключіть з характеристики зовнішні ознаки, за якими можна відразу Вас впізнати. Це має бути психологічний опис характеру, своїх уподобань, поглядів на світ, на взаємини між людьми.

Після написання автопортрети здають ведучому, який перемішує аркуші і читає характеристики. Учасниці повинні по тексту визначити автора.

***2.Розкріпачення учасниць.***

а) Протягом 1-ї хвилини кожна учасниця повинна потиснути кожній руку і сказати кілька теплих слів;

б) Кожна учасниця кожній говорить 5 компліментів;

в) Кожна учасниця встає і розповідає один анекдот, за що отримує винагороду оплесками.

***3. Обмінвраженнями.*** Учасницям пропонується обговорити отримані від заняття враження.

**Заняття 3**

***1.Модифікація.***

Кожна учасниця складає окрему психологічну самохарактеристику, що складається з 10-12 речень. Все написане віддається ведучому,



перемішується і зачитується. Учасниці намагаються зрозуміти, де чия характеристика.

Такий спосіб виділення найяскравішої індивідуальної риси дуже ефективний. Він стимулює учасниць на активне сприйняття інших - потрібно знайти щось особливе в людині, з іншого боку, вона сама отримує цікаву інформацію, що запам'ятовується, деколи дуже несподівану для себе.

### ***2. Танцюємо тему.***

Мета - збільшення емоційної рухливості, що потенціюється тілесною рухливістю; взаємодія з партнером, яка здійснюється на рівні почуття загальної теми.

Перед початком вправи ведучий задає тему індивідуального танцю, яка виражається словесною формулою. Нами були запропоновані наступні словесні формули: «Любити чоловіка», «Любити дитину», «Відлига», «Нічне небо», «Осінні сутінки», «Схід сонця», «Зимова хуртовина», «Перше кохання», «Повага до старших». Учасниці стоять на майданчику зграйкою, вислуховують тему, потім вони повинні закрити очі і пластично виразити тему, асоціації, що виникають з цього приводу, можна наспівувати про себе, але не вголос. Через деякий час ведучий пропонує об'єднатися в загальний танець, але разом з тим «зачути», як висловлюються на цю тему партнери.

### ***3. Релаксаційна вправа.***

На закінчення заняття учасницям пропонується релаксаційна вправа. Ключова фраза цієї вправи: «Я радію собі, я радію своєму життю».

Далі учасниці обговорюють значущі для них події, переживання протягом заняття, підводяться підсумки дня і відбувається прощання.

Ведучий в якості домашнього завдання пропонує учасницям повторювати релаксаційні вправи із запропонованими формулами.

### ***4. Ділимося враженнями.***

Учасницям пропонується обговорити отримані від заняття враження.

## **Заняття 4**

### ***1.Казка про чарівника.***

Мета - посилення і підтримка ідеального Я людини і формування готовності до прийняття ситуації.

«Закрийте очі і займіть зручну для Вас позу. Зробіть глибокий вдих і видих. А зараз ми можемо переноситися в інший світ, світ дивовижної казкової країни - і послухати одну з її історій.

Це було давним-давно. Жив-був на світі один дивовижний чоловік. Він був гарний і добрий. Скільки років йому було, складно сказати. У нього завзято блищали очі і багато хто думав, що він дуже молодий. Але дивлячись на його довгу сиву бороду і волосся говорили: «Він старий і мудрий». Ця людина робила те, що не вміли інші, він розмовляв з рибами і тваринами, з квітами і деревами, з корінцями та підземними водами. Він мігвилікувати захворілу тварину, рослину і людину. Його друзями були сонце і вітер. Він завжди знав, коли піде дощ або сніг. Дуже багато людей приходили до нього за порадою. Вони називали його чарівником. Звідки він прийшов, ніхто не знав, але говорили, що раніше він був звичайною людиною, таким же, як і всі. Змінювалися покоління, а чарівник все жив серед людей. Люди відчували, що знаходяться під його захистом.

Якось раз чарівник сказав людям: «Я занадто довго жив серед Вас і відчуваю, що настав час вирушати в дорогу».

«Навіщо ти залишаєш нас», - з сумом сказали люди. «Нам буде нелегко без твоїх порад та захисту. Поділися з нами хоча б частинкою своєї мудрості», - попросили люди.

«Подивіться навколо», - сказав чарівник. «Ви живете в прекрасному світі. Кожен день можна зустрічати і проводити сонце, слухати, як хлюпає вода, дихає земля, в багатті потріскують поліна. Замріть на хвилину і прислухайтеся, відчуйте як все, що нас оточує, живе у своєму ритмі. У кожного з нас є так само свій внутрішній ритм».

Люди завмерли, закрили очі і почули, як рівно і спокійно дихає земля, як хвилі плескаються об берег - то не кваплячись, то швидко. Але, головне, кожен з них почув свій власний ритм - вільне дихання, спокійне биття серця. Раптово людей охопило почуття, що з ними відбувається щось нове і незвичайне.

«Дивовижне і чарівне відбувається всередині нас», - сказали вони чарівникові.

«Ви відкрили найголовніший мій секрет», - сказав чарівник. «Чаклунство - це вміння відчувати і чути ритм природи і всього, що нас оточує. Потрібно почути свій, пробудити творця, що живе всередині кожного, і тоді почне відбуватися диво».

«А як ми будемо ним користуватися?», - запитали люди.

«Уявіть себе здоровою і красивою людиною. Розгляньте цей образ і, зафіксувавши його у своєму серці, поступово і непомітно для себе Ви почнете змінюватися. Можна навчитися чути внутрішній ритм іншої людини, знаходити відповідність зі своїм ритмом і тоді кожен день буде прожитий в радості взаєморозумінні.

Навчіться бачити в кожній події урок для себе. І тоді тривоги і хвилювання підуть, а прийдуть спокій і ясність».

Чарівник відправився в путь, а люди залишилися, добре запам'ятавши його слова. Вони жили, слухаючи свій внутрішній ритм, і поступово в кожному з них пробудився творець. Кожен день вони створювали своє життя спокійно і з любов'ю, випромінюючи навколо радість і добро.

Зараз, приклавши руку до грудей, ми почуємо спокійне биття серця і ритм дихання. Живучий всередині нас творець обдасть нас теплою хвилею радості.

Зробимо глибокий вдих і видих, і поступово будемо повертатися назад».

Питання для зворотного зв'язку. Чи було Вам комфортно під час даної вправи? Які почуття, емоції Ви відчували? Які думки з'явилися у Вас? Який досвід Ви винесли з цієї казки?

## ***2. Девіз.***

Метою даної вправи є рефлексія ставлення до оточуючих і до самої себе.

Кожна учасниця групи повинна сформулювати девіз, який відображає її життєве кредо, ставлення до світу, до людей і до самої себе. Девіз формулюється протягом 5 хвилин, потім по черзі учасниці зачитують свої девізи.

Потрібно звертати увагу на тих, хто довго не міг почати роботу. Головна ідея вправи - розкритість самовираження. При обговоренні всі учасниці мають право ставити один одному питання і коментувати свої девізи.

Ця вправа змушує сконцентруватися на основному - заради чого я живу, що я ціную в житті, чим дорожу. Пошук відповідей на ці питання сприяє чіткому усвідомленню мети свого життя. Ця вправа також добра тим, що кожна учасниця отримує можливість почути життєві установки інших учасниць групи, порівняти їх зі своїми, взяти чийсь девіз як принцип поведінки на найближчий час. Це дозволяє розширити діапазон бачення світу і ставлення до нього в цілому.

## ***3. Ділимося враженнями.***

Учасницям пропонується обговорити отримані від заняття враження.

### **Заняття 6**

#### ***1. Казка «Принцеса і пічка»***

Учасники пишуть казку на надану тему.

#### ***2. Враження.***

Мета вправи - тісна комунікація і регуляція самооцінки. Учасники діляться на 2 групи і утворюють зовнішнє і внутрішнє коло. Кожна пара

обмінюється враженнями один про одного, говорити потрібно чесно, але не грубо. Суперечки та дискусії забороняються. Можна торкатися один до одного. Враження повинні стосуватися людських, а не зовнішніх якостей.

### ***3. Хто я?***

Метою вправи є формування уявлень про свою Я-концепцію. Ведучий говорить: «Візьміть аркуші паперу і дайте відповідь на питання «Хто я?». У Вас на виконання завдання є 7 хвилин. Після виконання завдання відбувається обговорення. Ведучий задає питання, наскільки учасникам було легко відповідати на питання, скільки відповідей вдалося дати, чи задоволені вони тим, як виконали завдання.

### ***4. Ділимося враженнями.***

Учасникам пропонується обговорити отримані від заняття враження.

## **Заняття 7**

### ***1. Пластилінова людина.***

Учасниці сидять навпочіпки, голова в колінах, очі закриті. Учасницям потрібно уявити, що кожна з них грудочка пластиліну, в якому зародилося життя. Учасниці повинні спробувати виліпити себе, долаючи опір. Учасниці повинні постаратися випростатися на повний зріст і почати ліпити. Відчуйте пластилін і шершавість пальців, які весь час намагаються склеїтись при дотику. Цими пальцями потрібно виліпити обличчя, лоб, очі, ніс, рот. Який вираз обличчя вийшов? Яка людина вийшла? Озирніться тепер навколо. Куди це Ви потрапили? Ваше тіло напружено-пластилінове. Спробуйте рухатися, відриваючи пластилінові ступні від підлоги. взаємодійте один з одним, познайомтесь. А тепер Ви опиняєтесь на підлозі і не можете відклеїтись. Намагайтеся відклеїтись. Напруга в тілі все зростає. Раптово тепла, майже гаряча хвиля накочує на ноги. Вони тануть. Пластилін перетворюється на калюжу. А ось вже і наступна хвиля. Вона доходить до паху. А ось і третя хвиля. Вона доходить до грудей, наступна - до шиї.

Остання хвиля накриває все тіло, і пластилінове тіло розтікається в калюжу. Після цього учасникам пропонується полежати кілька хвилин в розслабленому стані. Після відбувається обговорення.

## **2. Без маски.**

Метою даної вправи є усвідомлення особистісних якостей і рефлексія. Матеріали: картки з незакінченими реченнями. Всі учасниці по чергово беруть картки, які лежать на столі, і тут же без підготовки продовжують висловлювання, які написані на картці. Група прислухається до інтонацій, голосу і оцінює міру щирості. Якщо група визнає, що висловлювання було щирим, то вправу продовжує наступна учасниця. Якщо група визнає, що висловлювання було нещирим або шаблонним, учасниця робить ще одну спробу, але вже після всіх.

Зміст незакінчених речень:

- «Пам'ятаю випадок, коли мені стало соромно, я ...»
- «Мені особливе подобається, коли...»
- «Особливо мене біситьте, що ...»
- «Мені знайома гостре відчуття самотності. Пам'ятаю... »
- «Навіть близькі люди іноді нерозуміють мене. Одного разу...»
- «У незнайомому товаристві я відчуваю...»
- «Бувало, що близькі люди викликали у мене майже ненависть».

## **3. Ділимося враженнями.**

Учасникам пропонується обговорити отримані від заняття враження.

### **Заняття 8.**

#### **1. Напружені пози.**

**Арка.** Ведучий говорить до групи: «Встаньте, розставивши ноги на відстань приблизно 45 см. Зігніть коліна, носки поверніть всередину. Кулаки поставте на поперек і прогніться назад так, щоб лінія, що з'єднує точку між лопатками на хребті і середину відстані між ногами, була перпендикулярна підлозі. Відзначте області напруги в тілі. Дихайте животом, утримуйте паузу

приблизно 2-3 хвилини, тіло максимально розслаблене. Якщо положення правильне, то ноги починають тремтіти; вібрація - це ослаблення і вихід хронічних м'язових напруг:.

**Кільце.** «Розставте ноги приблизно на 25 см. Носки злегка повернені всередину. Тіло кинуте вперед. Торкніться руками підлоги перед собою, але не спирайтеся на них. Перенесіть вагу тіла на пальці ніг. Потрібно отримати стан нестійкої рівноваги. Глибоке дихання через рот. Утримуйте позу 2-3 хвилини. Ноги почнуть тремтіти, вібрація і теплота заповнять все тіло».

**Зворотне кільце.** Ляжте на підлогу, зігніть коліна і розставте ноги на відстань 39 см. Прогніть спину, притягаючи себе до щиколоток руками. Тільки верхівка, плечі і ступні торкаються підлоги. Покладіть кулаки під п'яти, коліна висуньте вперед. Розслабте сідниці і глибоко дихайте. Тіло починає тремтіти. Для посилення відчуття качніть тазом вгору-вниз кілька разів.

**Прогин назад з опорою.** Нахиліться назад і для балансу злегка зіпріться руками на стілець, що стоїть позаду, розведіть коліна, дихайте глибоко, покачайтеся на п'ятах. Через 2-3 хвилини таз почне рухатися вгору і вниз.

**Сстійка на одній нозі.** Стійте на одній нозі до повного стомлення м'язів. Увага можна зосередити на будь-якому уявному об'єкті, наприклад, зробіть весь шлях з дому на роботу, згадуючи виникаючі по дорозі думки і почуття. Таке відволікання подовжує процес. У такому стані м'язи не можуть утримувати напругу, відбувається їх ослаблення, що відчувається через вібрацію м'язів.

## ***2. Чарівна крамниця.***

«Я хочу запропонувати Вам вправу, за допомогою якої відкривається можливість подивитися на самих себе. Сядьте зручніше. Глибоко вдихніть і видихніть, повністю розслабтесь. Уявіть собі, що Ви йдете по вузькій стежці через ліс. Уявіть оточуючу Вас природу, подивіться навколо, темно

або світло в лісі? Які звуки Ви чуєте, які запахи Ви відчуваєте, що Ви відчуваєте? Раптом стежка повертає і виводить Вас до якогось старого будинку. Вам стає цікаво і Ви заходите в будинок і бачите полиці, ящики, коробки. Це стара лавка, причому чарівна, а я продавець цієї лавки. Ласкаво просимо! Тут Ви можете придбати що-небудь, але не речі, а риси характеру, здібності - все, що побажаєте. Але є правило: за кожну якість Ви повинні віддати що-небудь, іншу якість або від чогось відмовитися. Та, яка побажає скористатися чарівною лавкою може підійти до мене і сказати, чого вона хоче. Поставлю питання: «А що ти віддаси за це?». Вона повинна вирішити, що це буде. Обмін відбудеться у випадку, якщо хтось із групи захоче придбати цю якість, здатність, вміння, те, що віддається, або якщо мені, господареві лавки, здасться цей обмін рівноцінним, сподобається це вміння, здатність. Через деякий час до мене може підійти наступна учасниця групи. На закінчення обговоримо, що кожен з нас пережив».

### ***3. Ділимося враженнями від заняття.***

Учасницям пропонується обговорити отримані від заняття враження.

## **Заняття 9**

### ***1. Мої сильні сторони.***

Метою вправи є створення позитивного образу Я. У кожного з Вас є сильні сторони, сторони, які Ви любите, приймає, цінуєте. Ці сторони допомагають вистояти у важкі хвилини, вони дають відчуття внутрішньої свободи і впевненості у власних силах. При формулюванні своїх сильних сторін не применшуйте свої достоїнства. Ви можете, також, відзначити ті позитивні якості, які Вам не властиві і Вам би хотілося їх виробити. На складання списку у Вас є 5 хвилин. Після того, як учасниці створили список, ведучий запрошує їх сісти в коло для озвучування записів і коментарів до них. Ведучий робить наголос на тому, що коли учасниці будуть висловлюватися, потрібно говорити прямо, впевнено, без всяких «але»,



«якщо», «я не зовсім впевнена», «може бути». На виступ відводиться 2 хвилини. Слухаючі можуть просити уточнити деталі, що-небудь роз'яснити, але висловлюватися не мають права.

По закінченні ведучий проводить колективну дискусію, звертає увагу на те загальне, що було у висловлюваннях, і на ті відчуття, які кожен відчував під час вправи. Ця вправа ефективна не тільки для того, щоб визначити сильні сторони, але ще й для того, щоб навчитися думати про себе позитивно. У цій вправі дуже важливо стежити за тим, щоб учасниці уникали навіть незначних висловлювань про свої недоліки, помилки та слабкості. Ведучий припиняє найменші спроби самоосуду і самокритики.

**2. Судно, на якому я пливу.** Метою даної вправи є не тільки розслаблення і зняття напруги, ця вправа носить діагностичний характер, а також відбувається навчання учасниць способу медитації-візуалізації, які будуть ускладнюватися на наступних заняттях.

«Влаштуйтеся зручніше, займіть найбільш комфортне положення. Закрийте очі і до кінця вправи не відкривайте їх і намагайтеся не ворухитися. Ваше тіло починає поступово розслаблятися. Ви відчуваєте, як зникає напруга в м'язах. Кожен мускул вашого тіла все більше наповнюється відчуттям спокою і приємною млявістю. Ваше дихання рівне і спокійне. Серце б'ється ритмічно і чітко. Спрямуйте свій внутрішній погляд до пальців правої руки. Кінчики пальців правої руки ніби то торкаються поверхні теплої води. Ви відчуваєте пульсацію в кінчиках пальців. З'являється відчуття, що рука поступово занурюється в теплу воду. Ця чарівна вода омиває Вашу праву кисть, розслаблює її і піднімається вгору по руці до ліктя, ще вище. Ось уже вся Ваша рука занурюється в приємну теплоту, по артеріях і венах правої руки біжить свіжа, оновлена кров. Дихання рівне і спокійне. Серце б'ється чітко і ритмічно. Ваш внутрішній погляд звертається до пальців лівої руки ».

Наведений вище текст повністю повторюється для лівої руки. Дається установка щодо серця і дихання.

«Зверніть свою увагу до ніг. Ступні відчувають приємне тепло, відчуття таке, ніби то Ваші ноги стояли на кам'яній решітці. Ласкаве тепло піднімається по ногах вгору, напруга зникає, м'язи розслабляються. Дихання рівне і спокійне. Серце б'ється чітко і ритмічно.

У вашому тілі є ще одне джерело тепла. Воно знаходиться в районі сонячного сплетіння. Ніби маленьке сонечко просочує своїми животворящими променями ваші внутрішні органи, дарує їм здоров'я, допомагає краще функціонувати. По всьому тілу поширюється приємне розслаблююче тепло, яке створює відчуття спокою і відпочинку. Зникає напруга в плечах, потилиці і шиї. Дихання рівне і спокійне. Серце б'ється чітко і ритмічно.

Тепер ваш внутрішній погляд звертається до обличчя. Розслабляються м'язи обличчя. Зникає напруга з вилиць, з щелеп, губи стають м'якими і піддатливими. Розгладжуються зморшки на лобі. Повіки перестають тремтіти. Вони просто зімкнуті і нерухомі. Прохолодний вітерець обдуває ваше обличчя. Повітря несе вам свою цілющу енергію. Дихання рівне і спокійне. Серце б'ється рівно і ритмічно.

Все ваше тіло насолоджується повним спокоєм. Втома випаровується. Напруга йде. Вас наповнює солодке відчуття відпочинку і розслаблення, спокою, що наповнює вас новими силами, свіжою і чистою енергією.

Ви розслаблені і вільні. Ви можете опинитися там, де вам хочеться. Там, де вам добре. Для когось це може бути будинок, для когось - куточок двору, де він любив ховатися в дитинстві, для когось просто галявинка в літньому лісі, де можна валятися в траві. Побудьте трохи в цьому місці. Наситьтеся позитивною енергією цього місця.

А тепер підемо далі. Ви не кваплячись йдете по дорозі і ось вже чуєте шум моря. Цей звук не можна сплутати ні з чим. Ще поворот і перед вами на

всю широчінь, в півсвіту - вічно рухлива поверхня моря. Тут звук прибою чується набагато виразніше. Ви відчуваєте на губах солоний присмак бризок і бачите порт, повний кораблів. У цьому порту змішалися часи і країни. Тут є сучасні океанські лайнери, давньогрецькі пироги, галери іспанських конкістадорів, індіанські човники, піратські шхуни, лицарські баркаси, плоскодонки, катамарани, витончені бригантини, катери, яхти, атомоходи, авіаносці і навіть «Наутілус» капітана Немо. Ви йдете вздовж пірсу і милуєтеся всім цим розмаїттям. Будь-яке з цих суден може стати вашим. Виберіть собі те, що найбільше вам підходить. Огляньте уважно те, що ви обрали. Це величезний фрегат або звичайний вітрильний човен? Або це легкий моторний катер? Яка форма цього судна? Обтічна, спрямована вперед, розрахована на швидкість? Або це ваговита, але міцна конструкція, здатна витримати будь-який шторм? У який колір пофарбовані борти вашого судна, чи є у нього якір? А може бути він вам зовсім не потрібен? Почитайте напис на борту корабля, яка його назва, якими літерами написана ця назва?

Виходьте на ваше судно. Чи є хтось на борту, що вас там зустрічає? Як виглядає зустрічаючий? Що він вам говорить? Огляньте судно зсередини. Не кваплячись обійдіть його, загляньте в каюти, рубку, підніміться на капітанський місток, спустіться в трюм. Що ви побачили в усіх частинах свого судна? Зайдіть в каюту, яку будете займати ви, чи визначите для себе місце на своєму судні. Подивіться, тут лежить складений у кілька разів аркуш паперу. Візьміть і розгорніть його. Це карта. На ній позначена мета першого плавання. Що це за мета? Чи є у неї назва і пункт призначення?

Відправляйтеся в своє плавання. Ваше судно залишає порт, все далі і далі берег. Ви в морі на своєму судні, Ви рухаєтеся до своєї мети. Далеко вона? Що вас чекає на шляху? Не знаю ... Зараз ви побачите продовження свого фільму про власне плавання. Дивіться ... »

Ведучий замовкає для того, щоб уява учасниць попрацювало без підказок.

«Але пора зробити зупинку в плаванні. Направте судно в найближчу гавань. На сьогодні подорож завершується. Перш ніж покинути судно озирніться, подивіться на нього ще раз, запам'ятайте, яким ви його залишаєте. Ще не раз ви будете повертатися на судно для того, щоб продовжити своє плавання. Ваше судно завжди буде вас чекати. Ви йдете все далі і далі від судна і переноситесь сюди, в цю кімнату.

Зараз я почну рахувати від семи до одного. З кожною наступною цифрою ви станете все більше виходити зі стану розслабленості. Коли я вимовлю цифру один, ви встанете відпочилою, бадьорою, повною сил і енергії».

Голос ведучого стає все більш бадьорим і звучним, але так само повільним.

«Отже, сім. До вас повертається відчуття вашого тіла. Повертайтеся в свій нормальний стан. Шість. Ваші м'язи наповнюються силою і енергією. П'ять. Зберігайте стан спокою, тіло наповнюється відчуттям сили. Чотири. Ви відчуваєте, що остаточно отямилися, енергія все більше наповнює вас. Три. Поворухніть ступнями, ви повністю відчуваєте свої ноги. Поворухніть пальцями рук. Повільно стисніть пальці в кулак. Два. Не відкривайте очі, повертайте головою. Ви бадьорі, наповнені силою і енергією. Ви спокійні і впевнені в собі. Один. Відкрийте очі і встаньте, але не робіть це занадто швидко»

При пробудженні крім рефлексії стану необхідно отримати відповіді на питання: яке судно ви вибрали для свого плавання, опишіть його, який його колір, як воно називається, чи був на борту зустрічаючий, що він вам сказав, що ви виявили на борту свого судна, яка мета плавання зафіксована на карті, побачили Ви назву кінцевого пункту, яка стояла погода при виході з порту, які події відбувалися з вами під час плавання?

### ***3. Ділимося враженнями від заняття.***

Учасникам пропонується обговорити отримані від заняття враження.

## **Заняття 11**

### ***1. Улюблені казкові персонажі.***

Учасникам пропонується пригадати казкових персонажів, яких вони любили в дитинстві і люблять зараз. Мета вправи - відшукати статеворольові ідентифікації та сценарні патерни. Через впізнавання улюбленого героя ведучий показує порушення в статеворольовій сфері особистості.

### ***2. Малюємо агресію.***

Основна мета запропонованої вправи - робота з агресивними емоціями. Ведучий роздає кольорові олівці та аркуші паперу. Після завершення малювання групі пропонується продемонструвати свій малюнок та розказати про нього.

### ***3. Ділимося враженнями від заняття.***

Учасникам пропонується обговорити отримані від заняття враження.

## **Заняття 12**

### ***1. Складання казки.***

Учасникам пропонується скласти групову казку. Потім відбувається обговорення, висловлювання своєї участі у створенні казки, задоволеність від роботи і сюжету.

### ***2. Малювання емоцій.***

Метою даної вправи є оволодіння диференціюванням і усвідомленням емоційних станів. Учасникам пропонується зобразити радість, задоволення, горе і печаль.

### ***3. Ділимося враженнями від заняття.***

Учасникам пропонується обговорити отримані від заняття враження.

## **Заняття 13**

### ***1. Моє майбутнє.***

Учасникам пропонується намалювати своє майбутнє, а також дати малюнку ємну назву. Надалі аналізуються виконані малюнки та їх назви.

## **2. Чого я боюся?**

Учасницям пропонується скласти протягом 5 хвилин список, у вигляді відповідей на питання: «Чого я боюся?» Аналізується ступінь адекватності страхів, частота їх появ, намічаються шляхи боротьби з ними.

## **3. Ділимося враженнями від заняття.**

Учасницям пропонується обговорити отримані від заняття враження.

### **Заняття 14**

#### **1. Знайомство з богинею Деметрою.**

Ведучий розповідає про архетип богині Деметри.

Деметра (у римлян Церера) - богиня родючості та землеробства, одне з найбільш шанованих олімпійських божеств.

Деметра - архетип материнства. Вона являє материнський інстинкт, який здійснюється через вагітність, через фізичне, психологічне або духовне харчування і виховання інших.

Цей могутній архетип може вказати наступний напрямок життя жінки, значно впливає на близьких їй людей, а також визначає схильність жінки до депресії в разі, якщо її потреба вирощувати і виховувати відкидається. Жінка з сильним архетипом Деметри пристрасно бажає бути матір'ю, а ставши нею, відкриває для себе цю роль як самореалізацію. Коли Деметра являє найсильніший архетип в душі жінки, бути матір'ю - найважливіша роль і функція її життя.

Архетип матері спонукає жінку виховувати і плекати інших, бути великодушною і щедрою. На біологічному рівні архетип Деметри представляє материнський інстинкт - пристрасне бажання завагітніти і мати дитину.

Материнський інстинкт Деметри не обмежується тільки роллю біологічної матері або вирощуванням і вихованням своїх власних дітей. Роль названої матері або няні дозволяє багатьом жінкам продовжувати висловлювати материнську любов після того, як їх власні діти виростили або

покинули їх. Вона знаходить дуже приємним вигодовування своїх дітей, їй приносить задоволення подати рясну їжу сім'ї або гостям.

Жінки, подібні до Деметри, стають непереможними, коли справа стосується благополуччя їхніх дітей. Завзятість, терпіння, наполегливість - властивості Деметри.

Коли архетип Деметри володіє значною силою, а жінка не може здійснити його, вона ризикує впасти в хронічну депресію.

Після того, як ведучий завершує, пропонується поділитися досвідом «Що означає для мене материнство».

## **2. Мої сновидіння.**

Учасники розповідають про сновидіння, які їх турбують.

## **3. Ділимося враженнями від заняття.**

Учасницям пропонується обговорити отримані від заняття враження.

## **Заняття 15**

### **1. Знайомство з богинею Артемідю.**

Ведучий розповідає про архетипи богині Артеміді.

Походження імені богині Артеміді (Артеміс) неясно. Припускають, що воно могло означати «ведмежа богиня», «володарка» або навіть «вбивця». Артеміда - дочка верховного бога олімпійців Зевса і титаніди Літо, сестра-близнюк бога Аполлона.

Маленьку Артеміду визнав її батько Зевс і щедро обдарував на її прохання. Він дав їй право бути вічною незайманою, носитися по диких місцях, полюючи на дичину. Своїми стрілами богиня могла насилати на людей хвороби і смерть за ті чи інші гріхи. Іноді її молили про швидкої і безболісної смерті. Насилаючи хвороби, вона могла і лікувати їх. Схожа на брата-близнюка, вона намагалася багато в чому бути нарівні з ним.

Артеміда дуже педантична в питаннях свого шанування. Вона вимагає першу жертву від усякої видобутку або врожаю і дуже ревниво ставиться до суперництва.

Це богиня диких лісів, хижаків і дичини, полювання та мисливців. Вона змагається з чоловіками, перш за все зі своїм братом Аполлоном. Єдиним її коханим, по нечисленним версіям вважався Оріон, якого вона потім випадково застрелила. Надалі вона уникала будь-яких романів.

У натуральному і своєму самому яскравому вигляді архетип Артеміди прокидається в дівчинці з першими проблисками самостійності, активної діяльності.

Архетип Артеміди пов'язаний насамперед з образом Сестри і сестринськими стосунками з чоловіками, так і з жінками. Архетип Сестри не завжди дає бути рівною і спокійною подругою і супутницею: часто він спонукає почати конкурувати і змагатися з чоловіками. В цьому випадку для жінки надзвичайно важливо бути «не гірше чоловіки». Досягти якихось цілей і, головне, дотримуватися своїх принципів виявляється набагато важливіше, ніж влаштувати свою «жіночу долю». Артеміда - це сестра-подруга для інших дівчат. Для неї не існує суперництва з іншими жінками через чоловіка, навпаки - вона створює закрите суспільство проти чоловіків.

Образ вільної войовниці завжди був досить популярний. Навіть коли жінки були змушені присвячувати своє життя виключно дому, дітям, чоловікові і церкві, уяву людей хвилював образ Цар-Дівиці або Амазонки. Тому немає сумнівів в тому, що це досить важлива жіноча роль.

Архетип Артеміди дає можливість відчувати себе незалежною і вільною від думки родичів або чоловіків. Ця богиня дає можливість виходу за межі «цивілізованого порядку», в світ природних законів.

Архетип Артеміди дає нам прагнення конкурувати з іншими (неважливо, чоловіки це чи сестри-жінки), але при цьому важливо, що сфера суперництва тут не шлюбна і не статусна, вона зовсім не пов'язана з боротьбою за чоловіка. Це та область, в якій необхідно постійно доводити свою діє- і боєздатність, свої найкращі якості, часто фізичні або вольові.



Після того, як ведучий завершує, пропонується поділитися досвідом постановки власних цілей та розповісти «Які у мене є цілі на сьогодні», «Як я конкурую з іншими?», «Наскільки для мене важлива думка інших».

## **2. Мої сновидіння.**

Учасники розповідають про сновидіння, які їх турбують.

## **3. Ділимося враженнями від заняття.**

Учасницям пропонується обговорити отримані від заняття враження.

## **Заняття 16**

### **1. Знайомство з богинею Афродітою.**

Ведучий розповідає про архетип богині Афродіти.

Афродіта, богиня любові і краси (Венера у римлян) була найпрекраснішою з богинь, поети оспівували красу її обличчя і тіла, золотий колір волосся і сяючі очі, найм'якшу ніжну шкіру, прекрасні груди. Афродіта улюблений об'єкт скульпторів. Образ Афродіти, яка виникає з піни морської, відображений на відомому полотні Боттічеллі "Народження Венери".

Багато з богів, захоплені її красою, змагалися як претенденти на її руку і серце. На відміну від інших богинь, що не вибирали своїх чоловіків або коханців, Афродіта була вільна в своєму виборі. Вона вибрала Гефеста, кульгавого бога вогню і ковальської майстерності. Афродіта мала тривалий романтичний зв'язок з Аресом, богом війни. У Афродіти і Ареса було троє дітей. Афродіта і Арес представляють союз двох найменш контрольованих пристрастей - любові і війни. У богині любові і краси було багато любовних зв'язків зі смертними чоловіками.

Архетип Афродіти управляє здатністю жінки насолоджуватися любов'ю і красою, сексуальністю і чуттєвістю. Зіткнення зі сферою любові пускає в хід могутні сили у багатьох жінок.

Якщо Афродіта - головний архетип в жіночій особистості, то жінка закохується часто і легко. Вона володіє особистим магнетизмом, який

притягує інших в еротично заряджене поле. Афродіта представляє спонукання, що забезпечує продовження людського роду. Як архетип, пов'язаний з статевим збудженням і силою пристрасті, Афродіта представляє величезну силу зміни. Завдяки їй відбувається тяжіння, з'єднання, запліднення, виношування і народження нового життя.

Така жінка любить чоловіків і притягує їх до себе своєю привабливістю і інтересом до них. Її уважність до чоловіків спокуслива; вона змушує чоловіка відчувати свою особливість. Ця увага викликає в чоловіках відповідний відгук.

Після того, як ведучий завершує, пропонується поділитися досвідом «Що для мене любов, чуттєвість, сексуальність».

## 2. Мої сновидіння.

Учасники розповідають про сновидіння, які їх турбують.

## 3. Ділимося враженнями від заняття.

Учасницям пропонується обговорити отримані від заняття враження.

### Заняття 17

#### 1. Знайомство з богинею Герою.

Ведучий розповідає про архетип богині Гери.

Велична і прекрасна Гера (у римлян Юнона), була богинею шлюбу. Гера - дружина Зевса-громовержця (у римлян Юпітера), верховного бога Олімпу. Вважається, що її ім'я означає "Велика пані". Гера виросла чарівною богинею. Вона привернула увагу Зевса, який на той час переміг Кроноса і титанів і став верховним богом Олімпу. Щоб добитися близькості з невинної дівчиною, Зевс перетворив себе в маленьку пташку, над якою і схилилася Гера. Щоб зіграти замерзле створення, Гера помістила її на свої груди. Тоді Зевс скинув обліч пташки, повернувся в свій чоловічий образ і спробував силою оволодіти нею. Його зусилля не увінчалися успіхом. Вона пручалася його домагання, поки він не пообіцяв одружитися з нею. Медовий місяць, як свідчить міф, тривав триста років. Коли медовий місяць закінчився Зевс

повернувся до свого безладного дошлюбного способу життя. Знову і знову зраджував Геру Зевс. Лють Гери спрямовувалася не так на її чоловіка, а на "іншу жінку". Геру принижували численні любовні зв'язки Зевса. Він ганьбив їх шлюб. Гера зазвичай бурхливо реагувала на кожне нове приниження. Але гнів і мстивість не були її єдиними реакціями. У деяких випадках вона просто віддалялася з Олімпу. Міфи оповідають про мандри Гери на край землі і моря, протягом яких вона обгорталось глибоким мороком, відокремлюючи себе від Зевса.

В одному міфі Гера повернулася в гори, де провела щасливі дні юності. Коли Зевс побачив, що вона не збирається повертатися, він спробував розворушити її ревності слухом про те, що збирається одружитися з місцевою принцесою. Потім він влаштував жартівливу церемонію зі статуєю жінки. Ця витівка розважила Геру, вона простила Зевса і повернулася на Олімп.

Гера, богиня шлюбу, більшою мірою, ніж будь-яка інша богиня, мала чітко виражені позитивні і негативні властивості. Те ж вірно і для Гери-архетипу, могутньої сили радості і болю в особистості жінки. Гера як архетип в першу чергу і перш за все - сильне бажання жінки бути дружиною.

Жінка з сильним архетипом Гери відчуває фундаментальну порожнечу в житті без партнера. Вона не хоче просто жити разом, навіть в тому віці, коли подібні союзи не засуджуються. Вона наполягає на формальному одруження. Коли Гера є основним архетипом, наречена в день свого весілля може відчувати себе богинею. Майбутній шлюб викликає у неї передчуття виконання і завершеності.

Архетип Гери забезпечує здатність створювати зв'язок, бути відданою і вірною, терпіти і підтримувати партнера в важкий для нього період.

Жінка без архетипу Гери може пройти через серію нетривалих близьких зв'язків, переходячи від однієї до іншої в міру того, як виникають неминучі труднощі або проходить первісна магія закоханості. Вона може ніколи не вийти заміж і не відчувати ніякого занепокоєння з цього приводу.

Вона може також пройти через пишне церковне одруження та інше - і все ще не відчувати себе зв'язаною життєвими узами Гери з чоловіком, за якого вийшла заміж.

Після того, як ведучий завершує, пропонується поділитися досвідом «Що для мене значить бути дружиною».

## **2. Мої сновидіння.**

Учасники розповідають про сновидіння, які їх турбують.

## **3. Ділимося враженнями від заняття.**

Учасницям пропонується обговорити отримані від заняття враження

### **Заняття 18**

#### **1. Медитативний малюнок - мандала.**

Слово мандала має санскритське походження і означає магічне коло. Поняття мандали було внесено в психологію К. Юнгом. Він відкрив її, займаючись власним психоаналізом. Коло є символом планети Земля, а також символом захищеності материнського лона. Таким чином, при створенні кола окреслюється межа, що захищає фізичний і психологічний простір. Спонтанна робота з кольором і формою всередині кола сприяє зміні стану свідомості людини, викликає різноманітні психосоматичні феномени і відкриває можливість для духовного зростання особистості. Мандала допомагає стимулювати основні внутрішні джерела, зафіксовані на глибинних рівнях розуму, включаючи механізми саморегуляції. Це психологічний перетворювач, що допомагає людині встановити зв'язок із самим собою. Ведучий роздає учасницям папір формату А4 та кольорові олівці і пропонує намалювати мандалу. Після того як всі мандали готові ведучий пропонує поділитися враженнями від роботи та обговорити рішення мандал; розповідає про психологічну сутність кольорів, які учасниці обирали для своєї мандали.

#### **2. Ділимося враженнями від заняття.**

Учасницям пропонується обговорити отримані від заняття враження

## **Заняття 19**

### ***1. Я - жінка.***

Учасницям пропонується намалювати свій метафоричний образ, який би відображав їх жіночу сутність. Для цього учасницям роздаються кольорові олівці, папір форматом А4. Після завершення відбувається обговорення намальованих образів-метафор. Ведучий розповідає про психологічну сутність обраних кольорів.

### ***2. Інформація про копінг-стратегії.***

Спочатку ведучий розповідає про копінг-механізми, їх призначення. Потім пропонується учасницям скласти список своїх копінг-стратегій. Учасниці читають свій список. Відбувається обговорення копінгів жінок і оцінюється їх ступінь функціональності/ дисфункціональності.

### ***3. Ділимося враженнями від заняття.***

Учасницям пропонується обговорити отримані від заняття враження.

## **Заняття 20**

### ***1. Вправа «Десять автобіографічних тверджень».***

Ведучий говорить до групи учасниць «Якби існував хтось, хто здатний заглянути в вашу душу і зрозуміти її як ніхто інший, які десять найбільш суттєвих речей він би міг про вас дізнатися? Запишіть ці десять речей, які приховані від сторонніх очей, заховані за одягом, ролями, вихованням, звичками». Після відбувається обговорення.

### ***2. Вправа «Дозвольте народитися».***

Ведучий пропонує учасникам сісти на підлогу, закрити очі і розслабитися. Учасникам пропонується уявити собі фантастичну ситуацію - ви можете народитися знову! Ведучий говорить до учасниць: «Відчуйте всім своїм тілом, як ви змінюєтеся, готуєтеся з'явитися на світ. І ось, нарешті, перший крик і перший подих: хто я? Не відкриваючи очей, нехай ваші руки дадуть відповідь самі, малюючи, ліплячи пластилін. Коли закінчите,

відкрийте очі і подивіться на тільки що народжене Я, прийміть його в своє серце, привітайте його, заспівайте колискову або напишіть вітальний вірш».

Після учасниці діляться враженнями від вправи.

### ***3. Ділимося враженнями від заняття.***

Учасницям пропонується обговорити отримані від заняття враження.

## **Заняття 21**

### ***1. «Придумай казку зі щасливим кінцем».***

Жінкам пропонується розділитися по двоє і придумати казку зі щасливим кінцем. Казку потрібно записати, а після кожна пара зачитує казку, що вийшла. Група має обрати найкращу казку.

### ***2. Розкажи історію без слів.***

Пропонується придумати історію і розповісти без допомоги слів, використовуючи будь-які інші способи. Аналізується наскільки учасницям вдалося передати історію та які труднощі в них виникали. Пропонується звернути увагу на ті засоби передачі інформації, які вони побачили у інших учасниць групи.

### ***3. Ділимося враженнями від заняття.***

Учасницям пропонується обговорити отримані від заняття враження

## **Заняття 22**

### ***1. Валіза в дорогу.***

Учасницям пропонується кожній з них, враховуючи те, що це передостаннє заняття зібрати «валізу» корисних «речей». У якості речей виступають деякі психологічні якості (наприклад наполегливість, рішучість, стійкість, уважність, організованість, почуття гумору тощо).

### ***2. Вільні рухи.***

Жінкам пропонується заплющити очі, розслабитися, повільно встати і здійснювати вільні рухи. Після учасницям пропонується проаналізувати свій стан та те чому саме такі рухи вони здійснювали.

**3. «Ресурси».** Для виконання вправи потрібна колода метафоричних-асоціативних карт «Сила часу». Інструкція: Виберіть у відкриту 3-4 карти, пов'язані з тим, яким ви були в значимі для вас періоди життя. наприклад: я в 18 років, про я в 25 років, про я в 30 років. Потім виберіть одну карту, яка представляє вас таким, яким ви є зараз. Покладіть поруч карти «я в 18 років» і «я зараз». Задайте собі питання: «Що в мені було такого, чого немає зараз, і що б мені дуже в нагоді (характер, поведінку, світогляд і т.д.)?». Потім виберіть відповідну відповіді «карту-ресурс», яка допоможе визначити ресурс, необхідний на даному життєвому етапі. Виконайте п. 3 і 4 з рештою картами. Викладіть карти-ресурси, які у вас вийшли в одну лінію, сфотографуйте, розкажіть про свої відкриття, запишіть сказане.

#### **4. Ділимося враженнями від заняття.**

Учасникам пропонується обговорити отримані від заняття враження.

#### **Заняття 23**

##### **1. Моє здоров'я.**

Учасникам пропонується поговорити від імені свого здоров'я з хворобою. Після учасниці обговорюють свої почуття, враження, думки, які виникали при виконанні вправи.

##### **2. Малюнок себе нової.**

Учасниці отримують кольорові олівці та папір. Учасницям пропонується намалювати «Себе оновлену». Після того як роботи жінок готові вони демонструються групі. Відбувається аналіз малюнків та обговорюються почуття учасниць від зробленої роботи.

**3. Час - це ....** Вправа виконується за допомогою колоди метафоричних-асоціативних карт «Сила часу».

Гра призначена для розвитку асоціативного мислення, «налагодження контакту» з часом, усвідомлення необхідності певного підходу до використання часового ресурсу. Інструкція: «У відкриту витягніть 2-3 карти, які «відгукуються» при згадці слова «час». Розкажіть, чому ви вибрали саме

ці карти. Виходячи з усього сказаного, дайте своє визначення часу. Запишіть його. Дайте відповідь на наступні питання: Дала вам ця вправа можливість по-іншому подивитися на час? Що нового ви дізналися про своє ставлення до часу? Які рекомендації для більш раціонального використання часу, ви можете дати самому собі, виходячи з власного визначення?».

#### ***4. Ділимося враженнями від циклу занять.***

Учасницям пропонується пригадати всі заняття та сформулювати власне бачення участі у програмі.