

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

На правах рукопису

**Такйун Чаріті Джастін**

УДК 159.9:159.922.1:018

**ІНДИВІДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ТА ГЕНДЕРНІ  
ОСОБЛИВОСТІ ПІДЛІТКІВ, ЯКІ ХВОРІ НА АТОПІЧНИЙ  
ДЕРМАТИТ**

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

Список умовних скорочень.....	4
Вступ.....	5
Розділ 1 Медико-психологічні проблеми вивчення індивідуально-психологічних особливостей підлітків, які хворі на atopічний дерматит.....	11
1.1. Етіологія, патогенез, клінічні форми, ступінь тяжкості atopічного дерматиту (АД).....	11
1.2. Взаємозв'язок між психічними і соматичними розладами при шкірних захворюваннях.....	16
1.2.1. Проблеми психодерматології.....	19
1.2.2. Роль зовнішніх і внутрішніх чинників у розвитку захворювань шкіри.....	20
1.2.3. Взаємозв'язок шкіри і психіки, що формується у ранньому онтогенезі.....	21
1.3. Психосоматичні і соматопсихічні аспекти дерматозів	23
1.3.1. Психологічні особливості хворих на atopічний дерматит.....	24
1.4. Психологічні особливості підліткового віку.....	27
1.4.1. Образ тіла і значення зовнішності у підлітковому віці.....	34
1.5. Типи ставлення до хвороби підлітків, які хворі на atopічний дерматит.....	38
1.6. Гендерні відмінності.....	43
Висновки до розділу 1.....	45
Розділ 2. Характеристика вибірки та методів дослідження.....	52
2.1. Характеристика вибірки дослідження.....	52
2.2. Методи дослідження.....	53
Висновки до розділу 2.....	61

Розділ 3 Індивідуально-психологічні та гендерні особливості підлітків, які хворі на atopічний дерматит.....	62
3.1. Типи ставлення до хвороби підлітків, які хворі на atopічний дерматит .....	62
3.2. Особистісні особливості підлітків з atopічним дерматитом.....	69
3.3. Особливості емоційної сфери підлітків, які хворі на atopічний дерматит.....	77
3.4. Гендерні настанови підлітків, які хворі на atopічний дерматит..	91
3.5. Особливості самооцінки підлітків, які хворі на atopічний дерматит.....	98
Висновки до розділу 3.....	118
Розділ 4 Психокорекція індивідуально-психологічних особливостей підлітків з діагнозом «АД».....	122
4.1. Мета, задачі, мішені, принципи, психокорекційної роботи.....	122
4.2. Теоретичні положення розробки психокорекційної програми: вікові, методологічні та технічні аспекти.....	124
4.3. Організаційні аспекти психокорекції підлітків, які хворі на atopічний дерматит.....	136
4.4. Програма психокорекції.....	139
4.5. Результати психокорекційної програми і оцінка її ефективності	146
Висновки до розділу 4.....	152
Висновки.....	157
Список використаних джерел.....	161
Додаток А.....	201

## СПИСОК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

АД- атопічний дерматит

ДЯЖ – дерматологічний індекс якості життя

## ВСТУП

**Актуальність теми дослідження.** Атопічний дерматит (АД) – одне з найбільш поширених захворювань шкіри, яке відрізняється хронічним рецидивуючим перебігом [23, 24, 98, 99, 100, 101, 102, 122, 126, 127, 133, 163, 164, 165, 188, 268, 269, 336,340, 341, 381, 386, 387, 389, 390, 391 та ін.]. За даними різних авторів [115, 147, 149, 200, 227], до 15-20% школярів хворіють на атопічний дерматит, який має серйозні медико-психологічні наслідки та значно знижує якість життя хворих [83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 93, 94, 157, 158, 229, 230, 231, 274, 275, 344, 351, 364, 376, 384, 386, та ін.].

Вказується на роль психологічних чинників у розвитку атопічного дерматиту (8, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 98, 99, 100, 101, 102, 336, 386, 387, і ін.), приналежність хворого до астеничного типу, його схильність до егоїзму, невпевненість у собі, домінування матері, депресивність, агресивність тощо. Сильний шкірний зуд і заподіяне їм страждання негативно впливають на формування особистості дітей, призводять до маніфестації соматогеній субта власне клінічного рівнів [31, 32, 253, 254, 295 і ін.]. Особливо небезпечним є підлітковий вік, у якому формується еротичне й сексуальне лібідо, психосексуальна орієнтація, загострюються усі проблеми характеру та міжособистісних стосунків, зокрема гендерних.

Підлітковий вік розглядається як найважливіший і найбільш важкий період [136, 241, 251, 259 та ін. ], в структурі цінностей підвищується значимість зовнішнього вигляду, структурується уявлення про власну зовнішність, складається її самооцінка, набуваючи в подальшому досить стійкого характеру [136, 166, 219 та ін.]. Оцінка своєї зовнішності визначає характер стосунків між людьми [302, 303, 304, 353, 369, 370 та ін.]. Усвідомлення особливостей своєї зовнішності впливає на формування у підлітка багатьох важливих якостей особистості - впевненості в собі, життєрадісності, замкнутості, індивідуалізму тощо. Підліток, хворий на АД, зіштовхується зі своєю фізичною незвичайністю, яку сприймає як соціальну

неповноцінність [108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 136, 258 та ін.]. Страждання і почуття неповноцінності породжуються не самим соматичним дефектом, а його соціальними наслідками - негативним ставленням оточуючих, обмежувальною поведінкою, самотністю тощо. Однією з основних зон ураження при atopічному дерматиті в пубертатному віці є обличчя, яке особливо важливе у формуванні тілесного образу «Я».

Таким чином, підвищена значущість зовнішності в пубертатному віці, широка поширеність atopічного дерматиту та супутні йому косметичні дефекти визначають медико-психологічну актуальність цієї проблеми. Своєчасне надання психологічної допомоги даному контингенту пацієнтів здатне купірувати несприятливий вплив захворювання на індивідуально-психологічні особливості підлітків.

**Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами.** 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, 01.01.2012–31.12.2014), «Моделі формування гендерної ідентичності у сучасному культурному просторі України» (№ д/р 0115U004051, 01.04.2015–31.12.2017).

**Мета і задачі дослідження.** *Мета* – визначити індивідуально-психологічні та гендерні особливості підлітків, хворих на atopічний дерматит.

*Задачі дослідження:*

- 1) провести аналіз літератури, присвяченої медико-психологічним особливостям atopічного дерматиту;
- 2) виявити особливості якості життя та самоствавлення підлітків, які хворі на atopічний дерматит;

- 3) визначити виявити особистісні особливості підлітків, які хворі на atopічний дерматит;
- 4) особливості ставлення до захворювання у підлітків, які хворі на atopічний дерматит;
- 5) визначити особливості емоційної сфери підлітків, які хворі на atopічний дерматит;
- 6) встановити особливості гендерних настанов підлітків, які хворі на atopічний дерматит;
- 7) розробити програму психокорекції індивідуально-психологічних особливостей підлітків, які хворі на atopічний дерматит та надати оцінку її ефективності.

*Об'єкт дослідження* – особистість підлітка, який хворий на atopічний дерматит.

*Предмет дослідження* – індивідуально-психологічні і гендерні особливості особистості підлітків, які хворі на atopічний дерматит.

**Методи дослідження.** Для досягнення поставленої мети використовувалися методи теоретичного (аналіз, систематизація, узагальнення), емпіричного (інтерв'ю, анкетування, тестування, метод експертних оцінок) та математико-статистичного дослідження.

**Теоретико-методологічною основою дослідження** є положення генетичної психології (С.Д. Максименко), теоретичні уявлення про вплив соматичного захворювання на психіку людини (О.Р. Лурія, В.Н. Ніколаєва, Л.Ф. Шестопалова та ін.), положення щодо психологічних аспектів дерматозів (Ф. Александер, А.А. Львов, О.В. Павлова та ін.), теоретичні положення щодо психологічних особливостей підліткового віку (Ш. Бюлер, Л.С. Виготський, Д.Б. Ельконін, Е. Еріксон та ін.), уявлення про формування тілесного образу у підлітковому віці (Д.Н. Ісаєв, М. Клє, В.Н. Куніцина, Б.В. Нічіпоров та ін.), положення гендерної психології (Т.В. Бендас, Т.В. Говорун, О.С. Кочарян, О.Ф. Іванова, О.М. Кікінежді та ін.), основи

психологічної допомоги підліткам (Л.Ф. Бурлачук, О.С. Кочарян, Б.В. Михайлов, А.А. Осіпова та ін.).

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

*вперше:*

- описані гендерно-специфічні особливості ставлення до захворювання підлітків, які хворі на atopічний дерматит, а саме: специфічними для хлопців є ергопатичний та анозогнозичний типи, при яких соціальна адаптація істотно не порушується; специфічними для дівчат є сенситивний та дифузний типи, що порушують психічну адаптацію за інтра- та інтерпсихічною спрямованістю реагування на захворювання;

- визначена гендерно-специфічна обумовленість якості життя, а саме: захворювання значно впливає на всі сфери життя дівчат через спотворення особистісних стосунків; зниження якості життя хлопців пов'язано з двома чинниками: чинником поганого самопочуття та чинником порушеного дозвілля;

- описана гендерно-специфічна психосемантика тілесного образу, а саме: «его-синтонність» тілесного образу, його конотованість соромом та провиною у дівчат; «его-дистонність» тілесного образу - у хлопців;

- визначено феномен психосексуальної ретардації у підлітків, які хворі на atopічний дерматит: у дівчат - відставання формування еротичного компоненту лібідо; у хлопців – фіксація на етапі статевої сегрегації;

*уточнено:*

- наукові знання щодо особистісних особливостей підлітків, що предиспонують розвитку, або, навпаки, формуються під час хвороби й ускладнюють її перебіг: у дівчат – сенситивні, дистанційовані й хронічно тривожні типи особистості; у хлопців – дискордантно асоціальні та шизоїдні;

- наукові уявлення щодо емоційності підлітків, які хворі на atopічний дерматит: у структурі емоційності дівчат переважають емоції сорому, страху й провини; у хлопців – провини та злість.



**Практична значення** одержаних результатів дисертаційного дослідження полягає в розробці психокорекційної програми, яка спрямована на нормалізацію індивідуально-психологічних особливостей підлітків, які хворіють на atopічний дерматит.

Результати дослідження впроваджені в лікувальний процес КЗОЗ Обласна дитяча клінічна лікарня №1 м. Харкова (акт впровадження № 1 від 19.05.2016 р.); а також в навчальний процес підготовки психологів у Харківському національному університеті імені В.Н. Каразіна у курсах: «Психологія соматичних хворих», «Основи психотерапії», «Методи психокорекції та психотерапії» (акт впровадження № 0202-1086 від 23.09.2016 р.); у консультативну й психотерапевтичну практику ВГО «Інститут клієнт-центрованої та експерієнтальної психотерапії», м. Харків (акт впровадження № 01-27 від 29.04.2016).

**Особистий внесок здобувача.** У статті «Особливості структурної організації емоційної сфери підлітків, які хворі на atopічний дерматит» що написана у співавт. з О.С. Кочаряном та Н.В. Барінової, автору належать збір матеріалу та математико-статистична обробка одержаних результатів.

**Апробація результатів дисертації.** Результати дисертаційної роботи доповідались на засіданні кафедри психологічного консультування і психотерапії Харківського національного університету ім. В.Н. Каразіна, наукових конференціях всеукраїнського та міжнародного рівня: «Актуальні проблеми реформування системи виховання та освіти в Україні» (Львів, 22-23 квітня, 2016 р.), «Наука в сучасному світі» (Київ, 19 квітня, 2016 р.), «Стан здоров'я: медичні, соціальні і психолого-педагогічні аспекти (м. Чита, 29 лютого-5 березня, 2016 р.), «Особистість як об'єкт психологічного впливу» (Кривий Ріг, 15 березня, 2016 р.): «Наука як рушійна антикризова сила» (Київ, 20 квітня, 2016 р.).

**Публікації.** Матеріали дисертації оприлюднено в 13 публікаціях, з них 2 статті у фахових виданнях України, 3 статті – у міжнародних періодичних виданнях з психології, 3 стаття - в виданнях з психології, 5 - тез доповідей.

**Структура та обсяг дисертації.** Дисертація складається зі вступу, чотирьох розділів, висновків, списку використаних джерел. Загальний обсяг дисертації – 210 сторінок, із них 160 сторінок основного тексту. Дисертація містить 36 таблиць та 8 рисунків. У списку використаних джерел 391 позиція.

## РОЗДІЛ 1

### МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНІ ПРОБЛЕМИ ВИВЧЕННЯ ІНДИВІДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПІДЛІТКІВ, ЯКІ ХВОРИ НА АТОПІЧНИЙ ДЕРМАТИТ

#### 1.1. Етіологія, патогенез, клінічні форми, ступінь тяжкості атопічного дерматиту (АД)

Термін «атопія» (від грецького «атопос» - незвичайний, сторонній) вперше був введений А.Ф. Соса в 1922 р. для визначення спадкових форм підвищеної чутливості організму до різних впливів зовнішнього середовища [цит. за 227].

За сучасними уявленнями, під терміном "атопія" розуміють спадкову форму алергії, яка характеризується наявністю реактивних антитіл [23, 28, 67, 77, 78, 91, 122, 127, 133, 139, 145, 150, 157, 163, 318 та ін.]

Більше 10 років тому був прийнятий термін «Атопічний дерматит» замість великої групи захворювань, що проявляються алергічними шкірними висипаннями. Це не просто трансформація медичної лексики і нове формулювання діагнозу. Головною метою зміни термінології є об'єднання і координація зусиль лікарів різних спеціальностей, що займаються пацієнтами з атопічним дерматитом. Це захворювання асоціюється з іншими органічними ураженнями і трансформується в залежності від віку пацієнта. Саме тому в долі пацієнта з АД, крім дерматолога, одночасно, або послідовно, беруть участь алергологи, гастроентерологи, педіатри, отоларингологи, пульмонологи [67, 187, 200, 226, 237, 269, 271, 275 та ін.].

Атопічний дерматит - одне з найбільш поширених захворювань, що зустрічається в різних вікових групах, як у чоловіків, так і у жінок в будь-якій країні. Згідно з даними ВООЗ поширеність атопічного дерматиту неухильно зростає і становить в різних країнах від 6 до 25 відсотків. Значно

частіше зустрічається у жінок. Захворюваність на atopічний дерматит частіше зустрічається у жителів великих міст, ніж у жителів сільської місцевості [23, 28, 67, 77, 91, 133, 281, 305, 308, 340, 341, 345, 355, 373, 378 та ін].

У літературі зазначається, що істотно змінилася форма atopічного дерматиту в дитячому віці - перші симптоми захворювання відзначаються з одно-двомісячному віці, збільшується число пацієнтів з хронічним рецидивуючим перебігом, збільшується частота важких форм atopічного дерматиту з великою областю поразок [308].

Атопічний дерматит є алергічним поліетіологічним захворюванням шкіри зі спадковою схильністю. Атопічний дерматит розвивається у 80% дітей, якщо обоє батьки страждають цим захворюванням, і у 56%, коли хворий тільки один з батьків, ризик збільшується, якщо хвора мати. Також у пацієнтів з atopічним дерматитом приблизно 28% родичів страждають atopією дихальних шляхів. Необхідно відзначити, що успадковується не захворювання, як таке, а поєднання генетичних чинників, які сприяють виникненню алергічної патології [28].

У реалізації генетичної схильності грає роль високий рівень антигенного навантаження на плід, пов'язаний з патологією вагітності та пологів, порушенням раціону матері під час вагітності та годування груддю, пізнім прикладанням до грудей, раннім введенням прикорму і продуктів, не прийнятних до віку дитини [23].

Атопічний дерматит, зазвичай проявляючись в дитячому віці, дуже скоро приймає хронічний рецидивуючий перебіг. Дискомфорт, пов'язаний з сильним свербінням шкіри, призводить до порушень сну, повсякденної активності, соціальної діяльності [23, 67, 77, 91, 133 та ін.].

Основними чинниками ризику виникнення atopічного дерматиту є власний обтяжений і сімейний алергологічний анамнез, неналежна дієта, несприятливі умови життя, куріння, огріхи гігієни шкіри, негативні екологічні та соціальні чинники, застосування антибіотиків, порушення

функцій травного тракту, дисбактеріоз кишечника, психоемоційні перевантаження [23, 279].

Провокативна роль психогенних чинників при atopічному дерматиті також відзначається лікарями. Проводяться дослідження, спрямовані на вивчення взаємозв'язку між імунною і нервовою системою, посередниками яких є нейропептиди, вивільнення яких і залучення нейрогенного запалення в ряді захворювань відбувається внаслідок дії стресових ситуацій [230].

Істотним чинником ризику розвитку і персистенції atopічного дерматиту є порушення екології, навколишнього середовища і мікросередовища [23 та ін.].

Особлива увага приділяється дисбактеріозу кишечника, як чиннику формування atopічного дерматиту, з огляду на те, що нормальна мікрофлора кишечника виконує провідну роль у розвитку імунної системи і виконує захисну дію при формуванні atopії [цит. за 23].

Причинно-значущими алергенами при atopічному дерматиті виступають харчові алергени, особливо у дітей першого року життя. Харчова алергія стає стартовою сенсibiliзацією, на тлі якої розвивається гіперчутливість до інших алергенів. Частими джерелами харчової алергії стають риба, глютен, яловичина, банани, злакові, соя, курячі яйця, білки коров'ячого молока. З віком провідна роль харчової алергії зменшується, однак, зростає значимість аероалергенів, перш за все побутових, епідермальних, пилкових, бактеріальних і грибкових алергенів [279].

Серед бактеріальних алергенів значиму роль грає золотистий стафілокок, який є в 80-90% випадків основним мікроорганізмом, який колонізує уражену шкіру і виділяє екзотоксини з суперантигенними властивостями, які інгібують адаптоз, що прискорює хронізацію алергічного запалення шкіри [там же]. У розвитку патологічного процесу в шкірі беруть участь різні види грибів, зокрема дріжджоподібні.

З числа неспецифічних чинників триггерну роль в загостренні atopічного дерматиту грають лікарські засоби (антибіотики, вітаміни,

сульфаміламідні препарати, місцеві анестетики), біологічні, хімічні, фізичні чинники [163].

Таким чином, маніфестація atopічного дерматиту є результатом взаємодії генетичних чинників, змін імунної системи і несприятливих екологічних впливів. Маніфестація atopічного дерматиту відбувається в перший рік життя [23, 28, 67, 77, 91, 133, 279, 305, 308, 341, 345 та ін].

Клінічно atopічний дерматит проявляється шкірним свербінням, типовою локалізацією, вікової стадійністю і віковою морфологією висипань, хронічним перебігом.

У своєму розвитку atopічний дерматит проходить три стадії, між якими можуть бути періоди ремісії, або ж стадії переходять одна в іншу.

Стадія atopічного дерматиту у немовлят розвивається у дітей до двох років. Клінічні прояви локалізовані в більшості випадків на обличчі, або мають поширений характер з ураженням шкіри тулуба і кінцівок. На практиці для першого періоду atopічного дерматиту найчастіше застосовують умовний термін «Ексудативний діатез».

Дитяча стадія atopічного дерматиту діагностується від двох до тринадцяти років. Їй притаманний складчастий характер ураження шкіри, потовщення, гіперкератоз, наявність еритематозних папул; далі формуються осередки лихеніфікації і ліхеноїдні папули з локалізацією в складках шкіри, що характеризує ліхеноїдну форму захворювання. Цій стадії відповідає термін «Дитяча екзема».

Підліткова стадія atopічного дерматиту діагностується у дітей старше 13 років. Даній стадії характерні різко виражена ліхенізація, сухість та лущення, переважні поразки шкіри обличчя, верхньої частини тулуба, безперервно рецидивуючий перебіг. До третьої стадії захворювання набуває типові риси atopічного дерматиту [279 та ін.].

У різні вікові періоди характерні певна локалізація і морфологічні особливості шкірних висипань. Основні відмінності полягають в локалізації вогнищ ураження і співвідношенні ліхеноїдних і ексудативних елементів

висипу. Сверблячка - постійний симптом, який не залежить від віку [23, 279 та ін.].

За ступенем тяжкості atopічний дерматит має наступні варіанти перебігу [145]:

- легка: слабе свербіння, яке не порушує сну хворого, невелика гіперемія або ексудація, рідкісні загострення (1-2 рази на рік);

- середньо-важка: помірний або сильний свербіж шкіри, який порушує сон хворого, значна гіперемія, ексудація або ліхенізація, множинні розчухи, наявність загострень 3-4 рази на рік;

- важка: сильний, болісний свербіж, різко порушує сон і якість життя, виражена гіперемія, ексудація або ліхенізація, множинні розчухи, ерозії, тріщини, безперервно рецидивуючий перебіг. Важкій формі atopічного дерматиту характерно наступне: бурувато-коричневий відтінок, різнокольорове забарвлення шкіри тулуба, «мармуровість» шкіри носа і кінцівок, хвилеподібна гіпер- і гіпопигментація шкіри шиї, крапковий фолікулярний кератоз. Виразність вищевказаних симптомів пов'язана зі ступенем тяжкості перебігу atopічного дерматиту. Зростання числа важких форм atopічного дерматиту, обумовлене чинниками навколишнього середовища, веде до погіршення фізичного розвитку і працездатності; збільшення числа пацієнтів з поєднаною патологією органів травлення; ростом числа пацієнтів з вертеброневрологічною патологією, астеноневротичним синдромом; персистуючою паразитарно-бактеріально-вірусною інфекцією; збільшенню числа хворих з психоемоційними порушеннями, синдромом гіперактивності; з тривалою медикаментозною терапією, самолікуванням.

Atopічний дерматит за поширеністю розрізняють: обмежений (локалізація переважно на обличчі, площа ураження шкіри до 5%); поширений (площа ураження 5-50%); дифузний (з ураженням шкіри більше 50%) [28, 227]. Виділяють наступні фази перебігу atopічного дерматиту: гостру, підгостру та хронічну.

Також виділяють [227] такі клінічні форми atopічного дерматиту: 1) еритематозно-сквамозну, 2) еритематозно-сквамозну з помірною ліхеніфікацією, 3) везикуло-крустозну, 4) лихеноїдну з різко виразною ліхеніфікацією, 5) пруригоподібна, 6) атипічну.

Клінічно класичний перебіг atopічного дерматиту відрізняється рядом закономірностей. Починається, як правило, в ранньому дитинстві, довгі роки перебуває у вигляді різних за тривалістю чергувань і інтенсивності вираженості ознак. З віком гострота захворювання знижується і у більшості хворих до 40 років настає спонтанне лікування або значний регрес симптомів. Діагноз «Атопічний дерматит» у осіб, старше 45 років, - велика рідкість [23].

Особливостями перебігу atopічного дерматиту останнім часом є: більш рання поява перших ознак (1-2 місяці), ускладнення перебігу зі збільшенням площі ураження шкіри, трансформація гострих форм у хронічні, важкі розлади нервової системи та імунітету, збільшення числа пацієнтів, резистентних до терапії, рання інвалідизація, збільшення числа пацієнтів з формуванням респіраторної atopії (алергічний риніт, atopічна бронхіальна астма) і шкірно-респіраторними проявами алергії, тобто відзначається «атопічний марш» [23 та ін.].

Проблема лікування та реабілітації хворих на atopічний дерматит набуває особливої науково-практичної та соціальної значимості у зв'язку зі збільшенням числа таких пацієнтів, порушенням їх соціальної адаптації, резистентністю окремих клінічних форм до терапії [305 та ін.].

## 1.2. Взаємозв'язок між психічними і соматичними розладами при шкірних захворюваннях

Взаємозв'язок між соматичними і психічними розладами при шкірних захворюваннях відзначався ще в античні часи. Так, ще Гіппократ відзначав єдині механізми, що формують шкірні хвороби. У 1726 Д.Турнером була



зроблена спроба пояснити виникнення вугрової висипки у жінки, яка пережила смерть свого чоловіка, як результат бідкання (цит. по [49, с.56]). Ф. Гебра, вивчаючи в 1866 році вплив психоемоційного статусу хворого на виникнення екземи, зробив висновок, що шкірна хвороба може ґрунтуватися на психічному стані, особливо при депресії [358]. М.Капоші в 1896 році [361] визначив неврози шкіри як захворювання, які виникають внаслідок зміни нервової іннервації шкіри без видимого її пошкодження. Е.Вілсон вперше вжив термін «Невроз шкіри» [цит. по 198, с.345]. Він пропонував вважати головним етіологічним чинником «неврозу шкіри» невротичні конфлікти, які супроводжувала підвищена тривожність. Д.Стокес в 1930 році ввів термін «Психонейрогенний чинник», під яким мається на увазі реакція шкірного хворого на психотравмуючу ситуацію (цит. по [285, с.18]). Таким чином, фундамент психодерматологічних досліджень був закладений ще в 19 столітті [102 та ін.]. На сьогоднішній день самостійним науковим напрямком є психодерматологія, поява якої пов'язана з тенденціями сучасного наукового знання - тенденціями до його диференціації та інтеграції [85, 227]. Предметом психодерматології є комплекс зв'язків між шкірою і психікою, що виявляються як в нормі, так і в умовах патології шкіри, або патології психіки [227, 285 та ін.].

Одним з головних напрямків сучасних досліджень є виявлення соматичних розладів не тільки з певними структурними змінами тих, чи інших органів/систем, але і з афективними зрушеннями [19, 53, 66, 79, 108, 112, 204]. Необхідність вивчення шляхів трансформації негативних емоцій в фізіологічні та встановлення співвідношень психічного і соматичного в стані хворого усвідомлюється на сьогоднішній день більшістю дослідників [12, 113, 233, 235, 297 та ін.].

У дерматології існує умовний поділ шкірних патологій в залежності від ролі психоемоційних факторів в їх розвитку на дві групи. До першої групи входять шкірні захворювання, в етіології яких психічні фактори

відіграють основну роль. Другу групу становлять шкірні захворювання, у виникненні яких психічні фактори відіграють другорядну роль [227].

В результаті численних досліджень, які були проведені в різних країнах світу, був визначений цілий ряд шкірних захворювань, у виникненні яких нервово-психічним чинникам відводилася домінуюча роль багатьма лікарями-дерматологами [23, 230 та ін.]. За даними В.Д.Тополянського важкий емоційний стрес лежить в основі 87% осередкової алопеції і 54% себореї [297]. Також описано і виникнення дифузного і локального гіпергідрозу як результат станів страху, тривоги, збудження. За даними С.В.Ходарєва зі співавт. свербіж, акрогіпергідроз, відчуття поколювання можуть бути психосоматичними масками тривожності у дітей [цит. по 227, с.40].

В.Д.Тополянський зі співавт. вказують, що вульгарні вугри, псоріаз, розація, алопеція можуть виникати в структурі періоду декомпенсації уповільненої шизофренії. Так, періодичні депресії, провідним соматичним проявом яких стають псоріатичні папули, часто зустрічаються в клінічній практиці. У таких випадках ознаки псоріазу можуть зникати у міру поліпшення психічного стану пацієнта в результаті впливу психотропних засобів [297].

За даними досліджень В.Н.Горохової і В.Ю.Єлєцкого, 52% хворих на псоріаз пов'язують його виникнення з важкою психотравматизацією [78].

Р.Ф.Айзятюлов зі співавт. вказують на пускову роль стресу в зриві адаптаційних систем організму, що призводить до появи псоріазу. Це пояснюється відсутністю адекватної відповіді з боку вегетативної нервової системи на психоемоційне навантаження у більшості пацієнтів [6].

У пацієнтів з дисгідротичною екземою кистей рук проміжок між дією стресу і появою везикул становить два дні, а у хворих на atopічний дерматит його клінічні симптоми виникають миттєво [цит. по 227, с.15].

У ряді досліджень показана причинна роль соматизованої депресії у розвитку червоного плоского лишая. В процесі голко-, рефлекс- і

психотерапії відбувалося зменшення рівня депресії і виникало стійке одужання пацієнтів з червоним плоским лишаєм. Ці дані дають можливість робити висновок про те, що розвиток червоного плоского лишаю відбувається на тлі депресивного стану в більшості випадків після стресової ситуації і є класичною нозогенією [там же]. У літературі зазначається [342], що себорейний дерматит загострюється в результаті психотравматичних подій. Всі перераховані вище дані демонструють тісний зв'язок між психоемоційним станом хворих і розвитком ряду шкірних патологій.

1.2.1. Проблеми психодерматології. Різноманіття відносин між хворобливими станами психіки і патологіями шкіри може бути зведене до двох форм: в одному випадку шкірне захворювання може бути первинним, в іншому - захворювання шкіри вторинне по відношенню до психічних змін [227]. Ю.Н.Найдьонов зі співав. [212], усвідомлюючи, що в реальності все складніше, пропонують три варіанти відносин між психічними феноменами і дерматозом. У першому варіанті виникнення дерматозів є проявом психосоматичного розладу, в другому варіанті дерматоз виникає в рамках соматизованого психічного страждання, в третьому варіанті дерматоз виступає причиною невротичних розладів.

Тривалий хронічний перебіг дерматозу з періодичними загостреннями, болісне переживання свербіння, стійкість до терапії, дотримання дієти можуть сприйматися особистістю хворого як перманентний стрес і здатні змінювати умови його реактивності [23, 227, 283, 285 та ін.].

«Вторинність» шкірної патології може бути встановлена тоді, коли вона виникає після психотравмуючої події і зберігає з нею зв'язок надалі. Шкірна патологія може бути «вторинною» також в тих випадках, коли особистісний радикал хворого схиляє його до психосоматичного реагування. На «вторинність» дерматозу по відношенню до нервово-психічних аспектів можуть вказувати супутні розлади, які також пов'язані з психосоматичними чинниками. Так, при шкірних патологіях зустрічаються такі захворювання як

виразкова хвороба, функціональні розлади шлунково-кишкового тракту, вегето-судинна дистонія, артеріальна гіпертонія [227].

Ю.Ф.Антропов [19] вказує, що екзема, псоріаз, гіпертонічна хвороба, виразкова хвороба можуть виникати одночасно з психічними порушеннями, або ж бути їх еквівалентами.

В протіканні захворювання відзначається динамічний взаємозв'язок психічних і шкірних розладів. Існує чергування загострень і ремісій при перебігу ряду шкірних захворювань. Чітко окреслені в часі рецидиву, на думку В.Д.Тополянського зі співав., пов'язані з циклічністю психічних розладів (ендогенних), або загостреннями психогенних розладів. Циклічність в перебігу дерматозу розглядається як один із критеріїв, що визначають значиму роль психічного компоненту в його розвитку [297].

1.2.2.Роль зовнішніх і внутрішніх чинників у розвитку захворювань шкіри. Серед чинників, які здатні спровокувати виникнення або загострення дерматозу, найбільшу роль відіграють спадкова схильність, конституціональні особливості та індивідуальний життєвий шлях людини, вплив навколишнього середовища [25, 28, 67, 77, 91, 133]. В літературі наводяться дані, що тому, чи іншому захворюванню специфічний не тільки зміст емоційного конфлікту, але і його взаємодія з особистісними особливостями. Ф.Александром сформульована «гіпотеза специфічності», згідно з якою психологічні особливості, які ведуть до соматичного розладу, мають специфічну природу; свідомі психічні процеси відіграють роль підпорядковану, а пригнічені психічні процеси провокують хронічну дисфункцію органів; актуальна життєва ситуація прискорює хворобу [8]. Тобто, специфічні хворобі не окремі фактори, а їх психодинамічна констеляція.

У розвитку розладів психогенної природи грає роль не тільки наявність психотравмуючої події, але і вразливість психіки людини. Одні люди в змозі впоратися з досить сильною психічною травмою, а у інших розлад може

настати навіть після самої незначної події. До чинників психічної вразливості відносять травму, отриману в дитинстві; параноїдні особливості особистості; розлади залежної і антисоціальної особистості; порушені соціальні відносини; прикордонну психічну патологію; наявність психічно хворих в сім'ї; психотравмуючі події, що недавно відбулися; віра в те, що зовнішній світ управляє життям людини [7, 8, 34, 204 та ін.].

З огляду на вищевказані дані, можна говорити про наявність існування певного балансу між стресовими і конституціональними факторами, які визначають розвиток захворювання. В одних випадках першорядну роль відіграє стрес, а в інших - першорядна роль належить особливостям особистості. О.В.Павлова [227] запропонувала схему з урахуванням зовнішніх і внутрішніх факторів і наслідків, до яких може привести наявність у людини хронічного шкірного захворювання, і їх динамічного взаємозв'язку. Згідно даній схемі розвиток або загострення психосоматичного захворювання може бути пов'язане з переважною дією як зовнішніх, так і внутрішніх чинників, які знаходяться між собою у співвідношенні своєрідного балансу. В одних випадках домінує роль стресу, в інших - роль конституціональних особливостей особистості. Розлад, що виникає при цьому, відбивається в психіці хворого і формує один з варіантів внутрішньої картини хвороби.

1.2.3. Взаємозв'язок шкіри і психіки, що формується в ранньому онтогенезі. Н.Д.Ісаєв вказує, що одним з причинних чинників виникнення дерматозів є порушення взаємовідносин матері і дитини в ранньому віці, тому в 91% випадків його початок припадає на перші два роки життя. Шкіра дитини є головним засобом її контакту з матір'ю і висловлює її емоційний стан. Діти, які перебувають у постійному тісному фізичному контакті з матір'ю, швидше набирають вагу, формують психомоторні навички, рідше хворіють і більш спокійні. Такий контакт забезпечує дитині почуття впевненості і захищеності. Грудні діти, яким відмовлено у фізичному

контакті з людьми, перестають розвиватися, деградують і, врешті-решт, гинуть. Таким чином, фізичний зв'язок в ранньому онтогенезі еквівалентний емоційному. При дефіциті фізичного контакту з матір'ю дитина починає реагувати шкірою. З'являються висипи і діатези. Згодом таке реагування може закріплюватися і переходити в хронічний дерматоз [114, 115].

Г.І.Смірнова вказує, що понад 60% дітей, які страждають на алергічні дерматози, були на штучному вигодовуванні, а близько 30% були пізно прикладені до грудей [279].

За даними Е.Панконесі зі співавт., близько 100% дітей, які страждають атипічним дерматитом, відкидалися матір'ю [цит. за 227, с.56]. Ряд дослідників, що працюють в рамках психоаналітичної парадигми, вважають джерелом спотвореного формування меж внутрішнього світу дитини з навколишнім середовищем відсутність емоційного і фізичного контакту з матір'ю в ранньому онтогенезі, що згодом призводить до психотичних, психосоматичних і невротичних розладів.

У дослідженні Д.Смереста показано, що пролонгування лактації на п'ять місяців сприяє зменшенню ризику нейродерміту, незважаючи на спадкову схильність. Ю.М.Саарінен в результаті 17-річного дослідження показав, що грудне вигодовування без використання замінників грудного молока протягом 6-ти і більше місяців призводить до зниження випадків виникнення atopічного дерматиту [цит. за 49].

Н. Пезешкіан серед чинників, що провокують шкірні захворювання, важливими називав домінатність, відстороненість і холодність матері [235].

В рамках досліджень Spitz [цит. за 198, с.490], були виявлені два значимих для виникнення хвороби чинника. Діти мали матерів з інфантильною структурою особистості, які виявляли до них ворожість, замасковану під боязкість, матерів, які неохоче доторкалися до них, неохоче доглядали за ними і систематично утримувалися від шкірного контакту з ними. Дитина зі свого боку демонструє вроджену схильність до підвищених шкірних реакцій, які ведуть до посилення шкірного представництва

психологічних конфліктів, які сприймаються, що в психоаналітичній термінології позначається як «лібідозне завантаження поверхні шкіри». Особливе значення має двозначна поведінка матері: те, що від неї виходить, не відповідає ні її внутрішній установці, ні її діям відносно дитини. Автор ілюструє патогенне емоційне середовище, впливу якого піддається дитина, таким прикладом: мати уникає зіткнення з дитиною, посилаючись на те, що не хоче заподіяти шкоди настільки ніжному, крихкому створенню; таким чином під маскою турботи ховається відкидання і ворожість.

Е.Слані також велике значення приділяв взаєминам дитини з atopічним дерматитом з матір'ю, що дитину відкидає [цит. за 208, с.13]. Н.В.Пережигіна зі співавт. досліджували раннє виховання дітей з atopічним дерматитом і прийшли до висновку, що в їх сім'ях батьки емоційно холодні. Для отримання уваги батьків дитина змушена використовувати тілесну мову прояву емоцій [237].

### 1.3. Психосоматичні і соматопсихічні аспекти дерматозів

Згідно Ф.Александрю, кожен тілесний процес так, чи інакше піддається впливу психологічних стимулів, оскільки організм в цілому являє собою одиницю, всі частини якої взаємопов'язані між собою і тому психосоматичний підхід може бути застосований до будь-якого феномену, що має місце в живому організмі [8].

М.К.Пановим наведено ряд критеріїв психосоматичних захворювань: неясність органічної причини захворювань, недостатність симптомів для певної нозології, невідповідність інтенсивності скарг даним об'єктивних досліджень і стану пацієнта, невідповідність поведінки пацієнта типовому поводженню хворого, неефективність етіотропного лікування, наявність ефекту від психотерапії [233].

Згідно Л.Лекрону, психосоматичне захворювання носить не структурний, а функціональний характер, але може згодом стати причиною

структурних змін в організмі; викликається неадекватним стимулом; народилося в минулому в момент події, яка викликала інтенсивні хворобливі почуття; являє собою невідповідну реакцію організму на стимул; ґрунтується на механізмі фіксованих реакцій; характеризується тим, що хворий перманентно перебуває в минулому [177].

Атопічний дерматит, нарівні з виразковим колітом, бронхіальною астмою, есенціальною гіпертензією, ревматоїдним артритом, виразковою хворобою шлунка і дванадцятипалої кишки, увійшов в так звану «чікагську сімку» соматозов - захворювань, безпосередній зв'язок яких з психогенним чинником вважається доведеним [8].

Шкіра має велику кількість функцій, таких як: захисна, терморегуляторна, водно-сольового обміну і екскреторна, депонування крові, ендокринна і метаболічна, рецепторна, імунна [23].

До зазначених фізіологічних функцій шкіри додається її психологічне значення - шкіра виступає органом вираження і презентації для оточуючих [23].

Шкірним захворюванням характерна їх зовнішня помітність оточуючим і супутній свербіж шкіри [99, 114, 115, 247 та ін.]. Ці особливості шкірного захворювання, що виникають як результат психічного неблагополуччя, в свою чергу негативно впливають на психічний стан хворого, створюючи порочне коло [167, 196, 283 та ін.].

А.Річ зазначає, що шкіра, ендокринна, нервова і імунна системи не можуть розглядатися ізольовано. Вони повинні вивчатися як комплекс, що взаємодіє [цит. за 23, с.36].

Н. Пезешкіан описує хвороби шкіри як здатність шкірою відчувати напругу, сигналізувати шкірою про те, що неможливо висловити по-іншому і досягти того, що раніше не могло бути отримано інакше [235].

1.3.1. Психологічні особливості хворих на атопічний дерматит. Згідно Ф.Александреру, при нейродерміті існує зв'язок шкірної симптоматики з садо-



мазохістичними і ексгібіціоністськими тенденціями. Демонстрація тіла є засобом отримання уваги, любові і схвалення, але, з іншого боку, така поведінка заслуговує покарання, при цьому шкіра, як засіб ексгібіціонізму, стає об'єктом захворювання [8].

Н. Пезешкіан вказує на емоційну лабільність, агресивність, невирішені сексуальні проблеми хворих на atopічний дерматит. У міжособистісних контактах вони амбівалентні, з одного боку вони прагнуть до близькості, з іншого - відчувають страх близькості [235].

Л. Гольдштейн вказує, що atopічний дерматит пов'язаний зі страхом, депресією, занепокоєнням, надмірною пасивністю, необгрунтованою ворожістю, дефіцитом емоційної самостійності, зниженою толерантністю до стресу [77].

М. Schuhlmeyer вказує, що у 66% хворих на atopічний дерматит виявляється депресія зі схильністю до аутоагресивної поведінки, що дало підставу В.Д.Тополянському зі співавт. вважати нейродерміт демонстрацією прихованого внутрішнього напруження [297].

Згідно з даними В.Вудхеда діти, хворі на нейродерміт, зазвичай інтелектуально розвинені вище середнього, вони передчасно розвинені і часто агресивні, дорослішаючи, вони стають тиранами сім'ї, або ж перетворюються в пригнічених, які уникають міжособистісних контактів, людей. На високий рівень інтелекту у хворих на atopічний дерматит також вказував Д.Стокес, крім цього автор вказує на напруженість, невпевненість у собі, пасивну агресію і емоційну нестабільність даного контингенту пацієнтів [цит. за 227, с.19].

Н.В.Кухтова розглянула гендерний аспект тривожності при шкірних захворюваннях і показала, що високий рівень тривожності спостерігається у 13,4% у жінок, 6,7% - у чоловіків; середній рівень переважає у 60% жінок, низький - у 60% чоловіків [цит. за 23, с.43].

За даними Ю.В. Сергеева у хворих на atopічний дерматит психопатії зустрічаються в 8 разів частіше, ніж в загальній популяції [274].

У недавніх дослідженнях [90, 125] показано, що у підлітків з тяжким перебігом atopічного дерматиту в 50% випадків відзначається високий рівень особистісної тривожності, а в 31% - високий рівень ситуативної тривожності. У підлітків із середньотяжким перебігом захворювання помірна особистісна тривожність спостерігається в 100% випадків, а ситуативна - в 63,6% випадків.

Д.Н.Ісаєв зі співавт. наводять дані обстеження дітей, хворих на atopічний дерматит від 3-х до 12-ти років, у яких виявлялися психічні розлади прикордонного регістра - 84,06%, при цьому у 75,27% їх характер був перманентним і мав тенденцію до редукції в період ремісії захворювання, але не зникали повністю. Ці психічні розлади виявлялися в порушеннях поведінки, а також астеничною, астеносубдепресивною, істеричною, тривожно-фобічною симптоматикою [114].

Х.Аль-Ахмар і А.Курбан [цит. за 102, С.89] вказують, що хворих на atopічний дерматит відрізняє практично вдвічі вищій норми рівень тривоги, депресії, істерії і іпохондрії.

У дослідженні Н.П.Ішутіної із співавт. показано, що при тривалому, рецидивуючому перебігові atopічного дерматиту в характері хворих наростає сензитивність, підвищена вразливість, замкнутість, агресивність і дезадаптація [120].

В.В.Матвійчук встановив у хворих на atopічний дерматит неглибоку депресію, погіршення самопочуття, збільшення особистісної тривоги. При цьому у жінок найбільш вираженими були: депресія, зниження самопочуття, активності і настрою; у чоловіків ряд показників відповідав нормі, винятком були рівень агресії і особистісної тривоги, який був підвищений [199].

В.А.Кірсахбаум вказує, що хворі нейродермітом є аутичними особистостями зі схильністю до інтерналізації своїх проблем і вираженню підвищеної тривожності за допомогою розчісування [цит. за 227, с.67].

В.В.Острішко зі співавт. вказують, що основними рисами особистості хворих на нейродерміт є внутрішня напруженість, низька опірність

фрустрації, тривожно-недовірливі та істеро-іпохондричні риси. Зазначені автори показали, що при важких формах atopічного дерматиту провідним є тривожно-депресивний синдром [224].

А.В.Міченко зі співавт. серед переліку особистісних характеристик хворих на atopічний дерматит вказують на тривожність, відчуття неповноцінності, ворожість, нейротизм, гіперчутливість, емоційну лабільність, агресивність [207].

Згідно з даними І.Н.Іванової зі співавт. у 31% хворих на нейродерміт відзначається аутистична акцентуація особистості, у 15% - циклотимічна, у 12% - психастенічна; у 37% хворих відзначені високі показники депресії [103].

За даними Н.Е.Філіппова зі співавт. серед підлітків, хворих на нейродерміт, переважають інтроверти, при цьому більше, ніж у половини хворих, відзначається підвищення і рівня тривожності. У порівнянні з екстравертами у інтровертів в процес патології шкіри втягується більша кількість зон шкіри, що супроводжується більш інтенсивною сверблячкою; підвищення рівня тривоги кореспондує зі збільшенням кількості уражених ділянок і інтенсивністю свербіння [309].

І.В.Перверзева зі співавт. відзначають підвищення невротизму у чоловіків на тлі зниження емоційної лабільності. У жінок виявлено зниження соціальної активності, енергійності, сенситивності і підвищення невротизму [236].

#### 1.4. Психологічні особливості підліткового віку

Підлітковий вік зазвичай характеризують як переломний, перехідний, критичний [2, 136, 221, 240, 250, 256, 267, 321 та ін.]. Л.С. Виготський [62] говорив про три точки дозрівання: 1) органічне дозрівання, 2) статеве дозрівання, 3) соціальне дозрівання.

Ст. Холл описав парадоксальність і амбівалентність характеру підлітка. Автор виділив ряд основних протиріч, властивих цьому віку. У підлітків надмірна активність може привести до виснаження, нестримна веселість змінюється зневірою, впевненість в собі переходить в сором'язливість, егоїзм чергується з альтруїстичністю, високі моральні прагнення змінюються низькими спонуканнями, бажання спілкування змінюється замкнутістю, тонка чутливість переходить в апатію, жива допитливість - в байдужість, любов до читання - в зневагу до нього, прагнення до реформаторства - в любов до рутини, захоплення спостереженнями - в нескінченні міркування [по 250].

Ст. Холл назвав цю стадію стадією «бурі і натиску». Зміст підліткового віку автор описує як кризу самосвідомості, переборення якої забезпечує людині «почуття індивідуальності».

Е. Шпрангер розглядав підлітковий вік в рамках юнацької межі: 13-19 років у дівчат і 14-21 рік у юнаків [по 250].

Перша фаза цього віку - власне підліткова - обмежується 14-17 роками і характеризується кризою, змістом якої є звільнення від дитячої залежності.

Підлітковий вік, згідно Е. Шпрангеру, - це вік вростання в культуру.

Е. Шпрангер описав три типи розвитку отроцтва. Першому типу властивий різкий, бурхливий, кризовий перебіг, коли отроцтво переживається як друге народження, в результаті якого виникає нове «Я». Другий тип розвитку - плавний, повільний, коли підліток долучається до дорослого життя без глибоких і серйозних зрушень у власній особистості. Третій тип характеризується тим, що підліток сам активно і свідомо формує і виховує себе, долає зусиллям волі внутрішні тривоги і кризи [221].

Головні новоутворення цього віку, згідно Е. Шпрангеру, - відкриття «Я», виникнення рефлексії, усвідомлення своєї індивідуальності. Це вік мрій, неясних прагнень, незадоволеності, песимістичних настроїв; вік підвищеної нервозності і самогубств.

Ш. Бюлер зі статевого дозрівання виводить всі особливості підлітка. Підлітковий вік визначається автором на основі поняття пубертатності.

Пубертатний період - це стадія, в якій людина досягає статевої зрілості, хоча після цього фізичне зростання у людини триває ще деякий час. Фаза пубертатності, дозрівання виявляється у людини в особливих психічних явищах, які Ш. Бюлер називає психічною пубертатністю, що з'являється ще до фізичного дозрівання в якості її провісника і триваючої довгий час після неї.

Психічна пубертатність пов'язана з визріванням особливої біологічної потреби - «потреби в доповненні». Саме в цьому життєвому явищі і лежать причини тих переживань, які характерні підлітковому віку. Зовнішнє і внутрішнє збудження, які супроводжують дозрівання, мають вивести підлітка зі стану самовдоволення і спокою і спонукати його до пошуків і зближення з людиною іншої статі. В основі статевого інстинкту лежить «потреба в доповненні», «прагнення до іншого». Потреба в доповненні вириває дитину з колишнього життя, колишнього середовища і викликає в неї прагнення до нового - більш широких і більш складних форм життя [250].

Підлітковий вік - це вік шукання друга. Він відрізняє психічну пубертатність від тілесної. З ростом культури відбувається подовження періоду психічної пубертатності, що і є причиною багатьох труднощів, пов'язаних з цим періодом життя. Фізична пубертатність протікає у хлопчиків в середньому між 14-16 роками, у дівчаток - між 13 і 15 роками. Психічні симптоми перехідного віку починаються, як правило, значно раніше. Окремі "психічні симптоми" з'являються вже в 10-12 років: підлітки неприборкані і забіякуваті, ігри більш старших підлітків їм ще незрозумілі, а для дитячих ігор вони вважають себе надто великими.

За цією фазою слідують дві головні фази - пубертатна стадія і юність.

Згідно Е. Штерну, перехідний вік характеризує не тільки особлива спрямованість думок і почуттів, прагнень і ідеалів, але і особливий образ дій. Е. Штерн описує його як проміжний між дитячою грою і серйозною

відповідальною діяльністю дорослого і підбирає для нього поняття - «серйозна гра». Підліток дивиться зі зневагою на дитячі ігри, все, за що він береться, носить серйозний характер, його наміри також дуже серйозні, але при цьому все, що він робить, - ще не цілком серйозна справа [221, 267].

Е. Еріксон вважав підлітковий вік найважливішим і найбільш важким періодом людського життя і підкреслював, що психологічна напруженість, супутня формуванню цілісності особистості, залежить не тільки від фізіологічного дозрівання, особистої біографії, але і від духовної атмосфери суспільства, в якому людина живе, від внутрішньої суперечливості суспільної ідеології [332].

У теорії Е. Еріксона ідентичність - це почуття внутрішньої спадковості, константність самості в потоці постійних тимчасових змін, метаморфоз особистісного розвитку. Інше його визначення: ідентичність - це самовизначення себе на основі соціокультурних норм і цінностей. Стосовно психології підлітка, поняття «ідентичність» включає в себе такі характерні риси цього віку як відкриття, знаходження і підкреслення свого «Я», самооформлення, самозображення, самооцінка, самоспостереження.

У концепції Ж. Піаже - в підлітковому віці остаточно формується особистість і будується програма життя. Для створення програми життя необхідний розвиток формального мислення. Будуючи план свого майбутнього життя, підліток приписує собі істотну роль у порятунку людства і організовує свій план життя в залежності від подібної мети. З такими планами і програмами підлітки вступають в суспільство дорослих, бажаючи перетворити його. Відчуваючи перешкоди з боку суспільства і залишаючись залежними від нього, підлітки поступово соціалізуються.

У віці від 11-12 років і до 14-15 років виникає нова форма егоцентризму - "наївний ідеалізм" підлітка, який прагне до перебудови світу [239].

Розвиваючи ідеї Ж. Піаже, Д. Елкінд виявив нові аспекти підліткового егоцентризму, що більшою мірою зачіпають розвиток особистості. Автор

зауважив, що формальні операції наділяють підлітків здатністю до рефлексії і дозволяють йому отримувати уявлення не тільки про власне мислення, а й про мислення інших людей. При цьому підліток ще недостатньо добре розрізняє об'єкти, на які спрямоване його власне мислення, і об'єкти, на які спрямоване мислення інших людей [250].

Через ті серйозні психофізіологічні зміни, які відбуваються з підлітком в цьому віці, він найбільше цікавиться собою. Відповідно він думає, що інші люди стурбовані його поведінкою і зовнішнім виглядом так само, як і він сам. Саме це переконання Д. Елкінд [за 250] позначає терміном "уявна аудиторія" і розглядає його як один з основних проявів егоцентризму в підлітковому віці. Підліток наполегливо намагається передбачити реакції інших людей на самого себе. Однак, ці передбачення залежать від того, як сам підліток ставиться до себе. На його думку, інші люди будуть ставитися до нього так само, як і він сам. В силу цих причин підліток постійно конструює "уявну аудиторію", центром уваги якої він сам і є. Поняття "уявна аудиторія", на думку Д. Елкінда, дозволяє пояснити такі феномени підліткової поведінки, як прагнення до усамітнення, небажання підлітка відкривати іншому свої переживання, сором'язливість і т.п. Поведінка підлітка є реакцією на відчуття, що він постійно знаходиться перед критичним поглядом інших людей. Афект, який особливо часто переживає підліток, це – сором, як прояв реакції на постійну увагу з боку "уявної аудиторії".

На додаток до перерахованих проявів егоцентризму Р. Енрайт ввів ще один компонент - "сфокусованість на самому собі", яку автор визначає як загальну підліткову тенденцію до зосередження уваги на своїх почуттях і думках [за 250].

У процесі соціалізації в підлітковому віці спостерігається тенденція до звільнення від батьківської опіки, поступове входження в групу однолітків, встановлення стосунків співробітництва і конкуренції з партнерами обох статей.

Розвиваючи ідеї Е. Еріксона, Дж. Марсія [128] виділив чотири варіанти розвитку ідентичності в підлітковому віці:

- невизначена ідентичність, характеризується тим, що людина ще не набула чітких переконань і не пережила кризи ідентичності;
- вирішена ідентичність, характеризується тим, що підліток вибирає свій життєвий шлях не самостійно, а під впливом інших людей, найчастіше батьків;
- психосоціальний мораторій полягає в тому, що підліток переживає кризу самовизначення і вибирає з численних варіантів розвитку свій власний шлях;
- зріла ідентичність означає, що криза завершена, і людина з повною відповідальністю переходить до самореалізації в практичній діяльності.

Згідно Л.С. Виготському, всі психічні функції людини на кожній ступені розвитку, в тому числі і в підлітковому віці, діють не безсистемно, не автоматично і не випадково, а в певній системі і направляються конкретними, відкладеними в особистості прагненнями, потягами та інтересами [63]. Механізми поведінки підлітка починають діяти в зовсім іншому внутрішньому і зовнішньому світі, в цьому віці відбувається перетворення потягу в інтерес. Інтереси не можуть бути зрозумілі поза процесами розвитку, - підкреслював Л.С.Виготський. У підлітковому віці має місце період руйнування і відмирання старих інтересів і період дозрівання нової біологічної основи, на якій згодом розвиваються нові інтереси [61].

Л.С.Виготський виділив кілька основних груп найбільш яскравих інтересів підлітків, які він назвав домінантами, а саме:

- "егоцентрична домінанта" - інтерес підлітка до власної особистості;
- "домінанта даличини" - установка підлітка на великі масштаби, які для нього набагато більш суб'єктивно прийнятні, ніж ближні, поточні, сьогоденні;



- "домінанта зусилля" - тяга підлітка до опору, подолання, до вольових напружень, які іноді виявляються в упертості, хуліганстві, боротьбі проти виховного авторитету, протесті і інших негативних проявах;

- "домінанта романтики" - прагнення підлітка до невідомого, ризикованого, до пригод, до героїзму.

У періодизації Д.Б. Ельконіна підлітковий вік, як усякий психологічний вік, пов'язаний з появою нового в розвитку [330]. Особливості розвитку в перехідному віці проявляються в наступних симптомах:

- знову виникають труднощі у стосунках з дорослими: негативізм, упертість, байдужість до оцінки успіхів, втеча зі школи, оскільки головне для дитини відбувається тепер поза школою;
- з'являються дитячі компанії (пошуки друга, пошуки того, хто може тебе зрозуміти);
- дитина починає вести щоденник.

Порівнюючи себе з дорослим, підліток приходять до висновку, що між ним і дорослим ніякої різниці немає. Підліток починає вимагати від оточуючих, щоб його більше не вважали маленьким. Центральне новоутворення перехідного віку - виникнення уявлення про себе як "не про дитину".

Спілкування зі своїми однолітками - провідний тип діяльності в цьому віці. Саме тут освоюються норми соціальної поведінки, норми моралі, тут встановлюються стосунки рівності і поваги один до одного [331].

Основне новоутворення підліткового віку - самосвідомість або, іншими словами, соціальна свідомість, перенесена всередину.

Л.І. Божович також відзначала, що до початку перехідного віку в загальному психічному розвитку з'являються нові, більш широкі інтереси, особисті захоплення і прагнення зайняти більш самостійну позицію в житті. Характеризуючи підлітковий вік, Л.І. Божович писала, що протягом цього періоду ламаються і перебудовуються всі колишні ставлення дитини до світу і до самої себе і розвиваються процеси самосвідомості і самовизначення, що

призводять в остаточному підсумку до тієї життєвої позиції, з якої школяр починає своє самостійне життя [42,43].

#### 1.4.1. Образ тіла і значення зовнішності в підлітковому віці.

В становленні особистості підлітка головну роль відіграють фізіологічні зміни, що відбуваються в ньому. Швидкість, з якою відбуваються соматичні зміни, ламає константний образ тіла, який сформувався в дитинстві, і вимагає побудови нового тілесного Я. Ці зміни прискорюють зміну психологічних позицій, яку повинен здійснити підліток: настання фізичної зрілості, очевидне і для самого підлітка, і для його оточення, робить неможливим збереження дитячого статусу [136, 221, 267, 350 та ін.].

Усвідомлення свого фізичного вигляду, його естетичного ефекту є однією з важливих умов, які беруть активну участь у формуванні особистості і одним із регулюючих факторів поведінки будь-якої людини. Та, чи інша оцінка своєї зовнішності тягне за собою зміну самопочуття і може визначати характер взаємин між людьми [166].

У дослідженні Б.В.Нічіпорова [219] було показано, що в підлітковому віці підвищується значимість зовнішнього вигляду в структурі цінностей, структурується уявлення про власну зовнішність і її елементи. У цей період складається самооцінка зовнішності, набуваючи в подальшому досить стійкого характеру. Утворюється і актуалізується у свідомості зв'язок між ідеалом зовнішньої привабливості особистості і самооцінкою зовнішності. Для здорових підлітків характерна наявність досить структурованого ідеалу зовнішньої привабливості, але з відсутністю прямого зв'язку між самооцінкою зовнішності, емоційним фоном настрою і установкою особистості на прийняття (неприйняття) себе. Опосередкованість цього зв'язку задається діяльністю спілкування.

М. Кле наводить дані Simons, Rosenberg про те, що у дітей передпідліткового віку спостерігався високий рівень тривожності,

занепокоєності і незадоволеності, пов'язаний зі своєю зовнішністю. Це занепокоєння продовжує рости в пубертаті, приймаючи все більш критичний і негативний відтінок. У період між 11 і 15 роками підлітки, вказуючи на нелюбі риси свого характеру, часто звертаються до фізичних характеристик [136].

Реакція підлітків на фізичні зміни, що відбуваються з ними, досліджувалася в багатьох роботах. Дуайєр і Мейєр (цит. по [136]) констатували, що 30% американських дівчаток і 20% хлопчиків-підлітків відчують занепокоєння з приводу свого зростання: дівчатка бояться виявитися занадто високими, хлопчики - занадто маленькими. Саме фізична "стать" є для підлітків однією з центральних характеристик ідеального образу людини своєї статі. Зайва вага становить важливу проблему в підлітковому віці. Повнота суперечить ідеальним критеріям фізичної привабливості. Згідно з дослідженням Дуайєра і Мейєра, хлопчики мало стурбовані збільшенням ваги і рідко обмежують себе в їжі, а 60% тих, що мають зайву вагу, намагаються схуднути за допомогою дієти.

Підліткова заклопотаність своїм зовнішнім виглядом багато в чому пов'язана з суб'єктивною статевою конформністю, тобто бажанням виглядати адекватно своєї статі.

Соціальний тиск по-різному впливає на дівчаток і хлопчиків. У той час як у дівчаток наступ пубертату згладжує тимчасову тривожність, у хлопчиків психологічні наслідки пізньої зрілості залишаються помітні і до 30 років.

У дівчаток, в порівнянні з хлопчиками, схильність до прийняття своєї "родової" ідентичності виражена сильніше, їх образ тіла набагато більш афективно забарвлений, поширюючись на весь образ «Я». Дівчатка частіше вважають, що вони менш фізично привабливі, ніж подружки, більшість з них хотіли б змінити щось у своїй зовнішності, в той час як хлопчики цілком задоволені своїм зовнішнім виглядом [41, 109, 123, 136 та ін.].

У обох статей стереотипи тіла впливають на суб'єктивну оцінку своєї привабливості, але оцінка власної фізичної привабливості дівчатками

значимо корелює з іншими, особистісними і соціальними параметрами уявлення про себе, що не спостерігалось у хлопчиків. Іншими словами, дівчинка-підліток, яка вважає себе зовні малопривабливою, негативно оцінює і інші сторони Я, в той час як хлопчик чітко розрізняє ці аспекти: він може негативно оцінювати свою зовнішність і при цьому високо цінувати свої соціальні або інтелектуальні якості [136].

В ході порівняльного дослідження Сімонз і Розенберг з'ясували, що дівчатка мають більш нестабільний і суперечливий образ тіла і занижену самооцінку, ніж хлопчики. Дівчата схильні до несприятливої оцінки своїх теперішніх та майбутніх сексуальних ролей і переживань з приводу змін тіла, надаючи надмірного значення жіночій красі і її канонам в культурі [за 136, с.45].

Поняття соціалізації передбачає процес, за допомогою якого індивід стає членом соціуму, засвоюючи його норми і цінності, опановуючи ті, чи інші соціальні ролі [61, 221 та ін.]. Щось подібне відбувається і з тілом людини. «Присвоєння» людиною свого тіла, з усім його внутрішнім і зовнішнім змістом, соціальними, культурними і символічними пластами є необхідною умовою для формування цілісного образу себе. Всі тілесні функції (крім найбільш мимовільних і неусвідомлюваних), проходять соціалізацію, що призводить до формування нового когнітивного образу - культурного тіла. Тілесність виступає як особистісний конструкт, як підсумок осмислення людиною власного тіла [22, 54, 65, 160, 175, 185, 215, 216, 289, 302 та ін.]

У підлітковому періоді, коли прийняття іншими настільки важливо, сприйняття власного тіла навантажується безліччю смислів. У сприйнятті підлітка "бути красивим" означає мати успішні особисті відносини. Так тіло стає не самоцінністю, а засобом, заручником в романтичних стосунках. Статеве дозрівання тільки підвищує внутрішнє напруження, тіло, його зовнішній вигляд і відчуття стають ще більш важливими, проте не самі по

собі, а як можливість реалізації близькості з іншою людиною [2, 22, 65, 82, 95, 124, 175, 185, 215, 221 та ін.]

У підлітковому віці знижується авторитет старшого покоління, але набуває особливого значення група однолітків [240]. І сприйняття власного тіла, і його оцінка залежать як від того, якими підліток сприймає фізичні якості оточуючих, так і від того, як його фізичний вигляд оцінюють однолітки [241, 244]. Однак, за рахунок критичності, чорно-білої системі оцінок (ідеально, або нікуди не годиться), що підживлюється в тому числі і медійними образами, підлітки часто нетерпимі до того, що вважають недоліком в собі і інших [251, 256, 257, 259].

Тіло є знаком і символом, коли воно збігається з сучасними зразками культури, воно підвищує статус людини і гарантує їй велику успішність у міжособистісних взаємодіях і прийняття соціальною групою [22, 54, 65, 95, 258].

Предметом самосприйняття і самооцінки індивіда в підлітковому віці, зокрема, стають його тіло і соціальні відносини. Вибираючи заняття за своїм смаком, підлітки часто використовують можливості позашкільних гуртків, які мають справу з активністю тіла. Для підлітка власна тілесність – одночасно і наріжний камінь, і камінь спотикання [185, 303 та ін.].

За даними В. Н. Куніциної, в образі людини будь-якого віку, яка сприймається, головними для підлітка є фізичні особливості, елементи вигляду, потім одяг та зачіска і виразна поведінка [166].

З віком збільшуються обсяг і адекватність оцінюваних ознак; розширюється коло використовуваних категорій і понять; знижується категоричність суджень і з'являється більша гнучкість і різнобічність; в фізичному вигляді іншої людини, її одязі, зачісці починають відзначатися ознаки, що відображають характер, своєрідність, індивідуальність, неповторність.

Сприйняття фізичного вигляду іншої людини в свідомості підлітка потім переноситься і на сприйняття підлітком самого себе. Саме в цей

віковий період, коли відбуваються найважливіші перетворення в організмі, коли зовнішній вигляд підлітка і його фізичні риси починають сильно хвилювати підлітка, тоді відповідність фізичного розвитку дитини стандартам, прийнятим в групі його однолітків, стає визначальним фактором у його соціальному визнанні, положенні в групі [41, 136].

Усвідомлення особливостей своєї зовнішності також впливає на формування у підлітка багатьох важливих якостей особистості (наприклад, впевненості в собі, життєрадісності, замкнутості, індивідуалізму) [166, 313].

Д.Н.Ісаєв вказує, що оцінюючи своє тіло, підліток, зіштовхуючись зі своєю фізичною незвичністю, робить висновок про свою соціальну неповноцінність. Може виникнути бажання компенсувати свої недоліки в іншій сфері, або спробувати їх виправити. Натяки та закиди оточуючих з приводу своєї зовнішності, або незручності викликають бурхливі афекти, спотворюють поведінку [111].

#### 1.5. Ставлення до хвороби підлітків, які хворі на atopічний дерматит

Відображення хвороби в переживаннях людини прийнято визначати поняттям внутрішня картина хвороби (ВКХ). Дане поняття було введено терапевтом Р.А. Лурія і в даний час широко використовується в медичній психології. Це поняття об'єднує в собі все те, «що відчуває і переживає хворий, всю масу його відчуттів, його загальне самопочуття, самостереження, його уявлення про свою хворобу, про її причини - весь той величезний світ хворого, який складається з дуже складних поєднань сприйняття і відчуття, емоцій, афектів, конфліктів, психічних переживань і травм» [186].

Як складне структуроване утворення, внутрішня картина хвороби включає в себе кілька рівнів: сенситивний, емоційний, інтелектуальний, вольовий, раціональний. ВКХ визначається не нозологічною одиницею, а особистістю людини, вона також індивідуальна і динамічна, як і внутрішній

світ кожного з нас. При цьому існує ряд досліджень, що виявляють характерні особливості переживання хворим свого стану [217].

В.Д. Менделевич вказує, що тип реагування на певне захворювання визначається двома характеристиками: об'єктивною тяжкістю хвороби (що визначається критерієм летальності та ймовірністю інвалідизацією) і суб'єктивною тяжкістю хвороби (власною оцінкою хворим його стану) [129, 203].

Уявлення про суб'єктивну тяжкість захворювання складається з соціально-конституціональних характеристик, до числа яких відносяться стать, вік і професія індивіда. Для кожної вікової групи існує свій реєстр тяжкості захворювання - своєрідний розподіл хвороб по соціально-психологічній значущості і тяжкості [203,138].

Так, в підлітковому віці найбільш важкі психологічні реакції можуть бути викликані тими хворобами, які змінюють зовнішній вигляд підлітка, роблять його непривабливим. Це обумовлено існуванням у свідомості підлітка основної потреби - «задоволеності власною зовнішністю» [203 та ін.].

До індивідуально-психологічних характеристик, які впливають на специфіку переживання захворювання, відносяться особливості темпераменту (активність відносно таких критеріїв: емоційність, переносимість болю, як ознака емоційності, та обмеження рухів і знерухомленість), а також особливості характеру людини, його особистості (світоглядні установки, рівень освіти) [138, 202].

Типологія реагування на захворювання А.Е.Лічко і Н.Я. Іванова включає в себе 13 типів психологічного реагування на захворювання, виділених на основі оцінки впливу трьох чинників: природи самого соматичного захворювання, типу особистості, в якому найважливішу складову частину визначає тип акцентуації характеру, і ставлення до цього захворювання в референтній (значущій) для хворого групі [ 179].

*1. Гармонійний тип.* Цьому типу реагування характерна твереза оцінка свого стану без схильності перебільшувати його тягар, але й без недооцінки тяжкості хвороби. Хворий прагне у всьому активно сприяти лікуванню. Небажання обтяжувати інших тяготами догляду за собою. У разі несприятливого прогнозу інвалідизації - переключення інтересів на ті сфери життя, які залишаються доступними. При несприятливому прогнозі відбувається зосередження уваги, турбот, інтересів на долі близьких, своєї справи.

*2. Ергопатичний тип.* Цьому типу реагування характерний «відхід від хвороби в роботу». Характерне надміру відповідальне, часом одержиме, вольове відношення до роботи, яке в ряді випадків виражено ще більшою мірою, ніж до хвороби. Виборче відношення до обстеження та лікування, обумовлене, перш за все, прагненням, незважаючи на тяжкість захворювання, продовжувати роботу. Прагнення будь-що зберегти професійний статус і можливість продовження активної трудової діяльності в колишній якості.

*3. Анозогностичний тип.* Цьому типу характерне активне відкидання думки про хворобу, про можливі її наслідки, заперечення очевидного у прояві хвороби, приписування його випадковим обставинам або іншим несерйозним захворюванням. Відмова від обстеження і лікування, бажання обійтися своїми засобами.

*4. Тривожний тип.* Цьому типу реагування властиве безперервне занепокоєння і недовірливість щодо неблагополучного перебігу хвороби, можливих ускладнень, неефективності і навіть небезпеки лікування. Пошук нових способів лікування, спрага додаткової інформації про хворобу, ймовірні ускладнення, методи лікування.

*5. Іпохондричний тип.* Цьому типу реагування властиве надмірне зосередження на суб'єктивних хворобливих та інших неприємних відчуттях. Прагнення постійно розповідати про них лікарям, медперсоналу і оточуючим. Перебільшення дійсних і вишукування неіснуючих хвороб і страждань. Перебільшення неприємних відчуттів у зв'язку з побічними діями



ліків і діагностичних процедур. Поєднання бажання лікуватися і невір'я в успіх, постійні вимоги ретельного обстеження у авторитетних фахівців і боязкість шкоди і болючості процедур.

6. *Неврастенічний тип.* Цьому типу характерна поведінка за типом "дратівливої слабкості". Спалахи роздратування, особливо при болях, при неприємних відчуттях, при невдачах лікування, несприятливих даних обстеження. Роздратування нерідко виливається на першого-ліпшого і завершується нерідко каяттям і сльозами. Непереносимість больових відчуттів. Нетерплячість. Нездатність чекати полегшення. В подальшому - каяття за турботу і нестриманість.

7. *Меланхолійний тип.* Цьому типу характерна пригніченість хворобою, невіра в одужання, в можливе поліпшення, в ефект лікування. Активні депресивні висловлювання аж до суїцидальних думок. Песимістичний погляд на все навколо, невіра в успіх лікування навіть при сприятливих об'єктивних даних.

8. *Апатичний тип.* Цьому типу характерна повна байдужість до своєї долі, до результату хвороби, до результатів лікування. Пасивне підпорядкування процедурам і лікуванню при наполегливому спонуканні з боку. Втрата інтересу до життя, до всього, що раніше хвилювало. Млявість і апатія в поведінці, діяльності і міжособистісних відносинах.

9. *Сенситивний тип.* Цьому типу характерна надмірна заклопотаність можливим несприятливим враженням, яке можуть справити на оточуючих відомості про свою хворобу. Побоювання, що навколишні стануть уникати, вважати неповноцінним, зневажливо або з побоюванням ставитися, розпускати плітки або несприятливі відомості про причини і природу хвороби. Побоювання стати тягарем для близьких через хворобу, і недобррозичливі відносини з їх боку в зв'язку з цим.

10. *Егоцентричний тип.* Цьому типу характерний "відхід у хворобу", виставляння напоказ близьким та оточуючим своїх страждань і переживань з

метою повністю заволодіти їх увагою. Вимога виняткової турботи - всі повинні забути і кинути все, і дбати тільки про хворого. Розмови оточуючих швидко переводяться "на себе". В інших, які також вимагають уваги і турботи, бачать тільки "конкурентів" і відносяться до них неприязно. Постійне бажання показати своє особливе становище, свою винятковість щодо хвороби.

*11. Паранойяльний тип.* Цьому типу характерна впевненість, що хвороба - результат чийогось злого наміру. Крайня підозрілість до ліків і процедур. Прагнення приписувати можливі ускладнення лікування і побічні дії ліків недбалості або злому наміру лікарів і персоналу. Звинувачення і вимоги покарань у зв'язку з цим.

*12. Дисфоричний тип.* При цьому типі ставлення домінує гнівливо-похмурий, озлоблений настрій, постійний понурій і незадоволений вигляд. Заздрість і ненависть до здорових, включаючи рідних та близьких. Спалахи озлобленості зі схильністю звинувачувати у своїй хворобі інших. Вимога особливої уваги до себе і підозрілість до процедур і лікування. Агресивне, часом деспотичне ставлення до близьких, вимога в усьому догоджати.

*13. Обсесивно-фобічний тип.* Цьому типу властиві побоювання, які стосуються не реальних, а малоймовірних ускладнень хвороби, невдач в лікуванні, труднощів у житті, роботі, сімейній ситуації в зв'язку з хворобою; захистом від фобій стають предмети (талісмани) і ритуали.

Л.Н.Дубровіна зі співавт. [90] провела дослідження типу ставлення до хвороби у підлітків з нейродермітом. Тривалість захворювання коливалася від 10-ти до 17-ти років. Гармонійний тип ставлення до хвороби був відсутній у даного контингенту пацієнтів, ейфорійний тип ставлення до хвороби реєструвався в 40,7% випадків, сенситивний тип ставлення до хвороби зустрічався в 26,9% випадків, аназогнозичний тип ставлення до хвороби також в 26,9% випадків, психологічне реагування за змішаним типом реєструвалося у 51,9% випадків. Важка форма перебігу atopічного дерматиту, що характеризується зниженням самопочуття, активності і

настрою, підвищенням особистісної тривожності і інтрапсихічними паттернами поведінки з переважанням тривожного типу свідчать, на думку авторів, про «відхід у хворобу» підлітків з атопічним дерматитом.

В.Ю.Єслецький [92] в 76% випадків спостерігав психічні розлади непсихотичного регістру, які він розділив на три групи і назвав «психологічно зрозумілими реакціями», «аномальними реакціями» та «патологічним розвитком особистості». Хворі, що відносяться до першої групи, не мають виражених акцентуацій характеру, перебіг хвороби у них відносно сприятливий, під час загострення захворювання такі хворі свідомо обмежують коло спілкування, що пов'язано з виразністю косметичного дефекту. Аномальні реакції супроводжуються виразністю і стійкістю на тлі помірного по тяжкості дерматозу. Вони призводять до формування у хворого з преморбідною схильністю розладів особистості по сенситивному, істероїдному і епілептоїдному типам.

#### 1.6. Гендерні відмінності

В. Д. Менделєвіч [203] вказує, що суб'єктивне відношення до хвороби формується на базі багатьох факторів, серед яких виділяється стать людини. До особливостей, які мають кореляції зі статтю людини, В. Д. Менделєвіч відносить кращу витривалість жінками больового відчуття, стани довготривалої обмеженості рухливості або нерухомості. Разом з тим, Т.В. Бендас наводить дані [33, с.171] про більшу больову толерантність чоловіків і більшу чутливість до болю у жінок. У ряді досліджень, присвячених тому, чи іншому захворюванню часто вдаються до порівняння гендерних відмінностей в психічному протіканні захворювання. Разом з тим, повної систематизації та класифікації в гендерних відмінностях психічного реагування на хворобу представниками різних статей на сьогоднішній день не існує. Поряд з цим, існує велика кількість досліджень, присвячених гендерним відмінностям, аналіз яких відкриває можливості для вивчення і аналізу гендерних

відмінностей в реагуванні на захворювання підлітків з діагнозом «Атопічний дерматит» [33, 59, 70, 75, 106, 137, 154, 359 та ін.]. Так, в літературі представлені дані про гендерні відмінності, які фіксуються в шкільному віці і юності в розвитку зорової системи. Чоловіча стать перевершує за показниками сприйняття простору і хронометричними показниками жіночу; жіноча стать відрізняється більш раннім дозріванням гостроти зору і окоміру правого ока [33]. Дослідження уваги також показують гендерні відмінності. Так, дівчатка перевершують хлопців у довільній увазі. Орієнтація дівчаток і жінок на швидкість, а хлопчиків і чоловіків - на точність роботи - перевага чоловічої статі в роботі з новими, а жіночого - з шаблонними стимулами; також жінки перевершують чоловіків в комунікативній увазі. Загальний інтелект чоловіків має чітко виражену структуру, з домінуванням невербального компоненту, інтелект жінок слабо інтегрований.

Жіноча стать більш емоційна, ніж чоловіча. Це підтверджується наступними емпіричними фактами: жінки більш тривожні; для жінок і дівчаток зв'язок емоцій з міжособистісними відносинами більше значимий, ніж для хлопчиків і чоловіків; жінки частіше говорять про свої негативні емоції, а позитивні емоції переживаються ними більш яскраво; жінки більш схильні до депресій; жінки чутливіші чоловіків до негативних подій, які переживають їхні друзі або близькі; дівчатка і жінки не соромляться демонструвати свої емоційні реакції; жінки більш точні в невербальному вираженні емоцій; жінки краще розпізнають невербальні емоційні сигнали інших людей [33, 106, 359 та ін.].

Показником більшої емоційності жінок являються дані про меншу емоційність чоловіків: хлопчики і чоловіки не прагнуть показувати свої емоції, особливо негативні. Вони емоційно стримані навіть з друзями своєї статі і піддаються жорсткій регламентації з боку соціуму в демонстрації емоційності.

Також існують «чоловічі» і «жіночі» емоції. Для чоловіків - це гнів, а для жінок - печаль і страх [33].

У хлопчиків і чоловіків спостерігається перевага по маскулінному аспекту самооцінки, а у дівчаток і жінок - по фемінінному аспекту. Зміна самооцінки в сторону нарцисизму у дівчаток пов'язана із захопленням зовнішнім виглядом, а у хлопчиків – з фізичними кондиціями і соціальним статусом [106].

У дівчаток і жінок самооцінка менш стійка, ніж у хлопчиків і чоловіків. На ці відмінності впливає ступінь відкритості у взаєминах, реакція на зворотний зв'язок, стрес, обумовлений відносинами з близьким людьми, і захисні механізми [33,106].

Хлопчики й чоловіки перевершують дівчаток і жінок у відкритій фізичній агресії, а дівчата і жінки частіше вдаються до прихованої вербальної агресії [33].

Традиційно чоловіча роль вважається інструментальною і діяльною, жіноча - експресивною і комунікативною. Це підтверджують експериментальні дані, які встановили, що чоловічий стиль орієнтований на вирішення проблем, а жінкам притаманний або експресивний стиль, або поєднання обох стилів [33, 154, 155].

## ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 1

1. Атопічний дерматит - одне з найбільш поширених захворювань, що зустрічається в різних вікових групах, як у чоловіків, так і у жінок в будь-якій країні. Поширеність атопічного дерматиту неухильно зростає. Останнім часом істотно змінилася форма атопічного дерматиту в дитячому віці - перші симптоми захворювання відзначаються з одно-двомісячному віці, збільшується число пацієнтів з хронічним рецидивуючим перебігом, збільшується частота важких форм атопічного дерматиту з великою областю поразок. Атопічний дерматит є алергічним поліетіологічним захворюванням шкіри зі спадковою схильністю. Зазвичай проявляючись в дитячому віці, АД

дуже скоро приймає хронічний рецидивуючий перебіг. Основними чинниками ризику виникнення atopічного дерматиту є власний обтяжений і сімейний алергологічний анамнез, неналежна дієта, несприятливі умови життя, куріння, похибки гігієни шкіри, негативні екологічні та соціальні чинники, застосування антибіотиків, порушення функцій травного тракту, дисбактеріоз кишечника, психоемоційні перевантаження.

Провокуюча роль психогенних чинників при atopічному дерматиті також відзначається лікарями.

Істотним чинником ризику розвитку і персистенції atopічного дерматиту є порушення екології, навколишнього середовища і мікросередовища.

З числа неспецифічних чинників критичну роль в загостренні atopічного дерматиту грають лікарські засоби (антибіотики, вітаміни, сульфаміламідні препарати, місцеві анестетики), біологічні, хімічні, фізичні чинники.

Маніфестація atopічного дерматиту є результатом взаємодії генетичних чинників, змін імунної системи і несприятливих екологічних впливів і відбувається в перший рік життя.

Клінічно atopічний дерматит проявляється шкірним свербінням, типовою локалізацією, віковою стадійністю і віковою морфологією висипань, хронічним перебігом. У своєму розвитку atopічний дерматит проходить три стадії: стадія atopічного дерматиту у немовлят, що розвивається у дітей до двох років; дитяча стадія atopічного дерматиту, діагностується від двох до тринадцяти років; підліткова стадія atopічного дерматиту, діагностується у дітей старше 13 років.

За ступенем тяжкості atopічний дерматит має наступні варіанти перебігу: легка: слабе свербіння, яке не порушує сну хворого, невелика гіперемія або ексудація, рідкісні загострення (1 - 2 рази на рік); середньо-важка: помірний або сильний свербіж шкіри, який порушує сон хворого,

значна гіперемія, ексудація або ліхенізація, множинні розчухи, наявність загострень 3 - 4 рази на рік; важка: сильний, болісний свербіж, різко порушує сон і якість життя, виражена гіперемія, ексудація або ліхенізація, множинні розчухи, ерозії, тріщини, безперервно рецидивуючий перебіг.

Атопічний дерматит за поширеністю розрізняють: обмежений (локалізація переважно на обличчі, площа ураження шкіри до 5%); поширений (площа ураження 5-50%); дифузний (з ураженням шкіри більше 50%).

Виділяють фази перебігу атопічного дерматиту: гостру, підгостру, хронічну.

Клінічні форми атопічного дерматиту: еритематозно-сквамозна; еритематозно-сквамозна з помірною ліхеніфікацією; везикуло-крустозна; ліхеноїдна з різко вираженою ліхеніфікацією; прурігоподібна; атипові форми.

2. У дерматології існує умовний поділ шкірних патологій в залежності від ролі психоемоційних чинників в їх розвитку на дві групи. До першої групи входять шкірні захворювання, в етіології яких психічні чинники відіграють основну роль. Другу групу становлять шкірні захворювання, у виникненні яких психічні чинники грають другорядну роль.

Тривалий хронічний перебіг дерматозу з періодичними загостреннями, болісне переживання свербіння, стійкість до терапії, дотримання дієти можуть сприйматися особистістю хворого як перманентний стрес і здатні змінювати умови його реактивності.

«Вторинність» шкірної патології може бути встановлена тоді, коли вона виникає після психотравмуючої події і зберігає з нею зв'язок надалі. Шкірна патологія може бути «вторинною» також в тих випадках, коли особистісний радикал хворого схиляє його до психосоматичного реагування.

Серед чинників, які здатні спровокувати виникнення або загострення дерматозу, найбільшу роль відіграють спадкова схильність,

конституціональні особливості та індивідуальний життєвий шлях людини, вплив навколишнього середовища.

У розвитку розладу психогенної природи грає роль не тільки наявність психотравмуючої події, але і вразливість психіки людини.

Існує баланс між стресовими і конституціональними факторами, які визначають розвиток захворювання. В одних випадках першорядну роль відіграє стрес, а в інших - першорядна роль належить особливостям особистості.

Шкіра має велику кількість функцій, таких як: захисна, терморегуляторна, водно- сольового обміну і екскреторна, депонування крові, ендокринна і метаболічна, рецепторна, імунна. До зазначених фізіологічних функцій шкіри додається її психологічне значення - шкіра виступає органом вираження і подання для оточуючих.

Шкірним захворюванням характерна їх зовнішня помітність для оточуючих і супутній свербіж шкіри. Ці особливості шкірного захворювання, що виникають як результат психічного неблагополуччя, в свою чергу негативно впливають на психічний стан хворого, створюючи порочне коло.

3. Підлітковий вік є переломним, перехідним і критичним. Даному віковому періоду характерна амбівалентність і парадоксальність характеру, це вік вростання в культуру. Головні новоутворення цього віку - відкриття «Я», виникнення рефлексії, усвідомлення своєї індивідуальності. Це вік мрій, неясних прагнень, незадоволеності, песимістичних настроїв; вік підвищеної нервозності і самогубств.

Підлітковий вік визначається також на основі поняття пубертатності. Пубертатний період - це стадія, в якій людина досягає статевої зрілості, хоча після цього фізичне зростання у людини триває ще деякий час. Фаза пубертатності, дозрівання, виявляється у людини в особливих психічних явищах, які Ш. Бюлер називає психічною пубертатністю, що з'являється ще до фізичного дозрівання в якості його провісника і триваючої довгий час після нього. Психічна пубертатність пов'язана з визріванням особливої



біологічної потреби - «потреби в доповненні». Саме в цьому життєвому явищі і лежать причини тих переживань, які характерні підлітковому віку. Зовнішнє і внутрішнє збудження, які супроводжують дозрівання, має вивести підлітка зі стану самовдоволення і спокою і спонукати його до пошуків і зближення з людиною іншої статі. В основі статевого інстинкту лежить «потреба в доповненні», «прагнення до іншого». Потреба в доповненні вириває дитину з колишнього життя, колишнього середовища і викликає в ньому прагнення до нового - більш широких і більш складних форм життя.

Е. Еріксон вважав підлітковий вік найважливішим і найбільш важким періодом людського життя. У концепції Ж. Піаже - в підлітковому віці остаточно формується особистість і будується програма життя.

У становленні особистості підлітка головну роль відіграють фізіологічні зміни, що відбуваються в ньому. Усвідомлення свого фізичного вигляду, його естетичного ефекту є однією з важливих умов, які беруть активну участь у формуванні особистості і одним із регулюючих чинників поведінки будь-якої людини. Та чи інша оцінка своєї зовнішності тягне за собою зміну самопочуття і може визначати характер взаємин між людьми.

У підлітковому віці підвищується значимість зовнішнього вигляду в структурі цінностей, структурується уявлення про власну зовнішність і її елементи.

У обох статей стереотипи тіла впливають на суб'єктивну оцінку своєї привабливості, але оцінка власної фізичної привабливості дівчатками значимо корелює з іншими, особистісними і соціальними параметрами уявлення про себе, що не спостерігалось у хлопчиків. Іншими словами, дівчинка-підліток, яка вважає себе зовні малопривабливою, негативно оцінює і інші сторони «Я», в той час як хлопчик чітко розрізняє ці аспекти: він може негативно оцінювати свою зовнішність і при цьому високо цінувати свої соціальні або інтелектуальні якості.

У підлітковий період, коли прийняття іншими настільки важливо, сприйняття власного тіла навантажується безліччю смислів. У сприйнятті

підлітка "бути красивим" означає мати успішні особисті відносини. Так, тіло стає не самоцінністю, а засобом, заручником в романтичних стосунках. Статеве дозрівання тільки підвищує внутрішнє напруження, тіло, його зовнішній вигляд і відчуття стають ще більш важливими, проте не самі по собі, а як можливість реалізації близькості з іншою людиною.

Оцінюючи своє тіло, підліток, зіштовхуючись зі своєю фізичною незвичністю, робить висновок про свою соціальну неповноцінність. Може виникнути бажання компенсувати свої недоліки в іншій сфері або спробувати їх виправити. Натяки або закиди оточуючих з приводу своєї зовнішності, або незручності викликають бурхливі афекти, спотворюють поведінку.

4. Відображення хвороби в переживаннях людини прийнято визначати поняттям внутрішня картина хвороби (ВКХ). Це поняття об'єднує в собі все те, «що відчуває і переживає хворий, всю масу його відчуттів, його загальне самопочуття, самоспостереження, його уявлення про свою хворобу, про її причини - весь той величезний світ хворого, який складається з дуже складних поєднань сприйняття і відчуття, емоцій, афектів, конфліктів, психічних переживань і травм».

Як складне структуроване утворення, внутрішня картина хвороби включає в себе кілька рівнів: сенситивний, емоційний, інтелектуальний, вольовий, раціональний. ВКХ визначається не нозологічною одиницею, а особистістю людини, вона також індивідуальна і динамічна, як і внутрішній світ кожного з нас.

У підлітковому віці найбільш важкі психологічні реакції можуть бути викликані тими хворобами, які змінюють зовнішній вигляд підлітка, роблять його непривабливим. Це обумовлено існуванням у свідомості підлітка основної потреби - «задоволеності власною зовнішністю».

Згідно досліджень гармонійний тип ставлення до хвороби відсутній у пацієнтів з АД, ейфорійний тип ставлення до хвороби реєструвався в 40,7% випадків, сенситивний тип ставлення до хвороби зустрічався в 26,9%

випадків, аназогнозичний тип ставлення до хвороби також в 26,9% випадків, психологічне реагування за змішаним типом реєструвалося у 51,9% випадків. Важка форма перебігу atopічного дерматиту, що характеризується зниженням самопочуття, активності і настрою, підвищенням особистісної тривожності і інтрапсихічними паттернами поведінки з переважанням тривожного типу свідчать, на думку авторів, про «відхід у хворобу» підлітків, хворих на atopічний дерматит.

Спостерігаються психічні розлади непсихотичного регістру, які поділені на три групи: «психологічно зрозумілі реакції», «аномальні реакції» і «патологічний розвиток особистості».

5. Суб'єктивне відношення до хвороби формується на базі багатьох факторів, серед яких виділяється стать людини. До особливостей, які мають кореляції зі статтю людини, відносяться краща витривалість жінками больового відчуття, станів довготривалої обмеженості рухливості або нерухомості. Існує ряд гендерно-специфічних особливостей в психічному функціонуванні.

## РОЗДІЛ 2

### ХАРАКТЕРИСТИКА ВИБІРКИ ТА МЕТОДІВ ДОСЛІДЖЕННЯ

#### 2.1. Характеристика вибірки дослідження

У дослідженні взяло участь 83 підлітка у віці від 13 до 15 років з діагнозом «Атопічний дерматит» із середнім (43) і тяжким перебігом (40). Поділ груп здійснювалося за гендерною ознакою – групу1 склали 45 дівчаток-підлітків, групу 2 – 38 хлопчиків-підлітків; групу контролю (ГК) - 80 підлітків, 40 дівчаток і 40 хлопчиків, за віком порівнянних.

Скарг на психологічний стан у досліджуваних не було. Проте, у хворих відмічалися дративлівість, агресивність, плаксивість, знижений фон настрою, плаксивість, субдепресивні стани, підвищена тривога, переживання власної неповноцінності, невіра в успіх лікування, підозрілість, порушення сну, астеничні стани, небажання зустрічатися з однолітками, а, навпаки, воліють замкнутися в собі або близькому колі оточення. Стани не досягали клінічної виразності, тому хворі підлітки не оглядалися психіатром. У таблиці 2.1 наведено поширеність вищезазначених станів у вибірці підлітків, хворих на атопічний дерматит.

Таблиця 2.1

Поширеність психопатологічної симптоматики субклінічного рівня у підлітків, хворих на атопічний дерматит

Психопатологічна симптоматика субклінічного рівня	Поширеність (у %)
Дративлівість	48,12
Агресивність	38,55
Плаксивість	40,96
Субдепресивні стани	36,14
Підвищена тривога	69,88
Переживання власної неповноцінності	54,22

Невіра в успіх лікування	46,99
Підозрілість	34,94
Порушення сну	61,44
Астенічні стани	57,83
Небажання зустрічатися з однолітками	43,94

Той факт, що майже понад 60% підлітків, які хворі на atopічний дерматит, відмічали розлади сну у зв'язку з свербінням, неприємними думками тощо є підґрунтям появи астенічних проявів.

Слід зауважити, що у всіх підлітків батьки ставилися до захворювання дуже серйозно, спонукали дітей на виконання рекомендацій лікаря.

## 2.2. Методи дослідження

Психодіагностичний комплекс складається з таких методик:

- 1) методика, спрямована на діагностику типу ставлення до хвороби (ТСХ, Л.І.Вассерман зі співавт.);
- 2) дерматологический Индекс Качества Жизни (ДИКЖ или The Dermatology Life Quality Index (DLQI));
- 3) шкала оцінки суб'єктивної комфортності (А.Б. Леонова);
- 4) стандартизований багатофакторний метод дослідження особистості (СБМДО, Л.М. Собчik);
- 5) шкала диференціальних емоцій К. Ізарда;
- 6) Торонтська алекситимічна шкала (TAS-26);
- 7) опитувальник шкільної тривожності Філіпса;
- 8) універсальний семантичний диференціал;
- 9) проективний тест «Малюнок чоловіка і жінки» (Н.М. Романова).
- 10) методика Дембо-Рубінштейн (в модифікації А.М. Прихожан).

*Методика, спрямована на діагностику типу ставлення до хвороби (ТСХ), (Л.І.Вассерман зі співавтор.) [249].* Методика, що вивчає типи ставлення до хвороби (ТСДХ), була створена в лабораторії клінічної психології інституту ім.В.М.Бехтерева.

У методиці виділені 12 типів ставлення до хвороби, які об'єднані в 3 блоки. Критеріями об'єднання типів в блоки стали два критерії: «адаптивність-дезадаптивність» (досліджує вплив ставлення до хвороби на адаптацію особистості) і «інтерінтрапсихічна спрямованість» дезадаптації (якщо присутній дезадаптивний характер відносини).

Методика побудована в формі опитувальника, що складається з 12 таблиць-наборів тверджень, на кожен з яких пропонується від 10 до 16 тверджень. Хворому пропонується вибрати два найбільш підходящі йому твердження. При цьому в кожній таблиці-наборі крім відповідей «так» і «ні» було ще одне додаткове твердження «Жодне з тверджень мені не підходить», що дозволяє більш точно визначити найбільш значущі характеристики ставлення до хвороби.

Типи ставлення до хвороби:

2. Гармонійний. Для нього характерна адекватна оцінка хворим свого стану без перебільшення його важкості, але і без недооцінки. Хворий намагається сприяти успіху лікування, прагне не бути тягарем своїм близьким і шукає нові способи своєї діяльності, якщо внаслідок хвороби він не зможе займатися нею, як і раніше.

2. Ергопатичний. Для нього характерне прагнення максимально занурюватись в роботу, навчання та іншу діяльність з більшим завзяттям, ніж до хвороби. Такі хворі намагаються, щоб обстеження і лікування не заважало і не перешкоджало їх заняттям.

3. Анозогнозичний. Хворим з таким типом ставлення до хвороби властиво заперечення як самої хвороби, так і думок про її наслідки. Такі хворі сподіваються, що «і саме все пройде». Крім несерйозного ставлення до хвороби, присутній також ейфорійний настрій.

4. Тривожний. Хворим властива недовірливість, тривожність, побоювання негативного перебігу і наслідків хвороби, пошук нових даних про хвороби, похмурий настрій і зниження активності.

5. Іпохондричний. Хворий заціклюється на неприємних відчуттях, викликаних хворобою, перебільшує їх, придумує не існуючі реально симптоми, надмірно побоюється побічних дій ліків, боїться процедур.

6. Неврастенічний. Характерна підвищена дратівливість, нетерплячість, немає бажання терпіти біль. Може розряджатися на першому зустрічному, але потім настає каяття і докори сумління.

7. Меланхолійний. Хворий не вірить в одужання, настрої тужливий, депресивний, іноді навіть суїцидні думки.

8. Апатичний. При такому типі ставлення до хвороби хворі апатичні, байдужі, мляві, відсутній інтерес до життя і всього, що раніше було важливим.

9. Сенситивний. Хворий дуже вразливий, боїться, що дані про його хворобу можуть справляти погане враження на оточуючих, а близьким він стане тягарем.

10. Егоцентричний. Такі хворі шукають вигоду від своєї хвороби. Вони прагнуть нав'язувати близьким, знайомим розмови про свої страждання, бажаючи викликати їх співчуття, вимагаючи турботи, не зважаючи на їх справи і плани, демонструючи свою винятковість щодо хвороби. До інших хворих відносяться неприязно, вважаючи їх «конкурентами».

11. Паранойяльний. При такому типі ставлення до хвороби хворі вважають, що їх захворювання - результат злого умислу, надзвичайно підозрілі, не довіряють лікарям, звинувачують їх у несумлінності та вимагають покарання.

12. Дисфоричний. Такі хворі відрізняються похмурістю, озлобленістю, невдоволенням, агресивністю. Вони ненавидять усіх здорових, навіть рідних і близьких.

Як уже вказувалось вище, типи ставлення до хвороби об'єднані в три блоки.

*Перший блок.* У нього входять гармонійний, ергопатичний і анозогнозичний типи ставлення до хвороби. При цих типах ставлення до хвороби психічна і соціальна адаптація не порушуються.

*Другий блок* включає тривожний, іпохондричний, неврастенічний, меланхолійний, апатичний типи ставлення до хвороби. Даним типам характерна інтрапсихічна спрямованість особистісного реагування на захворювання. При даних типах ставлення до хвороби порушується соціальна адаптація хворих. Як зазначають автори, у таких хворих спостерігається дезадаптивна поведінка за типом дратівливої слабкості, тривожний, подавлений, пригноблений стан, «занурення» у хворобу, відмова від боротьби, «капітуляція» перед захворюванням тощо.

*Третій блок* включає сенситивний, егоцентричний, дисфоричний й паранойяльний типи ставлення до хвороби. Даним типам характерна інтерпсихічна спрямованість особистісного реагування на захворювання, яка порушує соціальну адаптацію хворих. Як зазначають автори, такі хворі характеризуються сенсibiliзованим ставленням до хвороби: «вони соромляться свого захворювання, «використовують» його для досягнення певних цілей, будують паранойяльного характеру концепції щодо причин свого захворювання і його хронічного перебігу, виявляють гетерогенні агресивні тенденції, звинувачуючи оточуючих про свою недугу» [Методика «Тип отношения к болезни» / <http://psylab.info>].

Якщо шкала з максимальною оцінкою єдина, то діагностується «чистий» тип ставлення до хвороби. Якщо в діагностичний інтервал потрапляє три шкали, то діагностується змішаний тип ставлення до хвороби. Якщо в діагностичний інтервал потрапляє більше трьох шкал, то діагностується дифузний тип ставлення до хвороби.

*Дерматологічний індекс якості життя -Dermatology Quality Index (DLQI) [255].* Використовувався для визначення рівня якості життя хворих,



для оцінки ступеня негативного впливу дерматологічного захворювання на різні аспекти життя пацієнта, що характеризують якість його життя в цілому. Індекс був розроблений фахівцями Уельського університету.

Індекс ДІКЖ може використовуватися як критерій оцінки ефективності лікування дерматологічного захворювання. Респондентам пропонувалося відповісти на 10 запитань. За допомогою даного опитувальника оцінка ЯЖ хворих проводиться за шістьма основними параметрами: симптоми/самопочуття (питання 1-2), повсякденна активність (питання 3-4), дозвілля (питання 5-6), робота/навчання (питання 7), особисті відносини (питання 8-9), лікування (питання 10). Ступінь впливу захворювання на ЯЖ хворих визначається за чотирьохбальною шкалою (0 - немає, 1 - трохи, 2 - помірно, 3 - дуже сильно). Відповідь «неактуально» оцінюється в 0 балів. Сума з десяти відповідей становила DLQI, який знаходився в межах від 0 до 30. Максимальне значення 30 балів відповідає істотному погіршенню якості життя за рахунок хвороби. Між значенням індексу ЯЖ (DLQI) і рівнем ЯЖ існує зворотна залежність - чим вище ДІЯЖ, тим важчі (глибші) розлади спостерігаються у пацієнта.

*«Шкала оцінки суб'єктивної комфортності» (А.Б. Леонова) [57].* Методика призначена для оцінки ступеня суб'єктивної комфортності функціонального стану на даний момент часу. Методика складається з 10 біполярних шкал, полюси позначені протилежними за своїми значеннями прикметниками, що описують характерні ознаки «доброго» і «поганого» суб'єктивного стану.

*Стандартизований багатофакторний метод дослідження особистості СБМДО (Л.Н.Собчik) [286].* Методика СБМДО вважається однією з найбільш значущих і ефективних методик в психодіагностиці.

Стандартизований багатофакторний метод дослідження особистості є модифікацією тесту ММРІ, який був створений американськими психологами І.Маккінлі і С.Хатеуей ще під час Другої світової війни, і являв собою високонадійну методику, з часом застарів. Методика СБМДО

базується на іншій концептуальній і методологічній основі та є новим, більш диференційованим підходом. Адаптація та рестандартизація ММРІ проводилася автором на протязі багатьох років (1968-1984).

Методика містить 13 шкал, з них - 10 базисних шкал і 3 шкали достовірності. Базисні шкали: 1) шкала невротичного над контролю; 2) шкала песимістичності; 3) шкала емоційної лабільності; 4) шкала імпульсивності; 5) шкала мужності-жіночності; 6) шкала ригідності; 7) шкала тривожності; 8) шкала індивідуалістичності; 9) шкала оптимістичності; 10) нульова шкала - шкала соціальної інтроверсії.

Розкид показників в рамках нормативного коридору становить від 70Т до 30Т. Показники вище 70Т і нижче 30Т розглядаються як відхилення від норми.

Шкали достовірності:

1.Шкала L - шкала брехні - показує, наскільки правдивим був випробуваний.

2.Шкала F - шкала достовірності - показує рівень надійності отриманих даних в залежності від відвертості випробуваного.

3.Шкала К - шкала корекції - виявляє спотворення профілю, пов'язаний з закритістю випробуваного або впливом неусвідомленого захисного механізму витіснення з психіки травмуючої інформації.

*Опитувальник шкільної тривожності Філліпса [243].* Опитувальник відноситься до стандартизованих психодіагностичних методик і дозволяє оцінити не тільки загальний рівень шкільної тривожності, але й якісну своєрідність переживання тривожності, пов'язаної з різними областями шкільного життя. Опитувальник дозволяє вивчити рівень і характер тривожності, пов'язаної зі школою, у дітей молодшого та середнього шкільного віку.

*Торонтська алекситимічна шкала (TAS-26)* призначена для виявлення алекситимії [243]. Торонтська алекситимічна шкала є опитувальником, який заповнюється самостійно, складається з 26 пунктів. Для діагностики

алекситимічних пацієнтів рекомендовано 74 бали і вище, 62 бали і нижче - для неалекситимічних.

*Шкала диференціальних емоцій К. Ізарда [105]*, спрямована на вивчення емоційної сфери людини. Шкала являє собою список загальноживаних визначень, що у той самий час є стандартизованими і переводять індивідуальний опис емоційного переживання в окремі категорії емоцій. За допомогою цієї шкали можна оцінити цілий ряд емоцій людини.

*Проективний тест «Малюнок чоловіка і жінки», (Н.М.Романова) [264]*. Проективний тест «Малюнок чоловіка і жінки» (МЧЖ) досліджує гендерні установки особистості. Під гендерними установками автором методики розуміється своєрідний гештальт, фігура на тлі індивідуальної гендерної концепції людини. Гендерні установки вказують на основну соціостатеву домінанту особистості.

Випробуваний повинен зобразити фігури чоловічої і жіночої статі. Аналіз малюнка (величина фігур, їх взаєморозташування, графічні особливості зображення фігур своєї і протилежної статі, ступінь завершеності малюнка) дозволить визначити характер відносин між чоловіком і жінкою, виділити гендерні установки і аттїтуди, що відображають основні аспекти гендерної ідентичності.

Автором методики виділено такі типи гендерних:

- установок: «опора», - «ізоляція», «співробітництво», «незалежність», «тяжіння», «індиферентність»;
- аттїтудів: - «надцінний об'єкт», «об'єкт осуду», «романтичний об'єкт», «функціональний об'єкт», «об'єкт зневаги», «сексуальний об'єкт», «загрозливий об'єкт», «незрозумілий об'єкт», «малоцінний об'єкт».

*Універсальний семантичний диференціал*. Техніка семантичного диференціала (СД) є різновидом проектних тестів. Метод СД дозволяє вимірювати конотативне значення, зважаючи конструкти на семантичному просторі універсальних ознак, що утворюють три осі: сила, оцінка і

активність. Семантична близькість «конструктів» вимірюється як дистанція між ними у семантичному полі. Але можна вимірювати таку близькість й мірою зв'язку конструктів між собою. У даному дослідженні було використано саме цю дослідницьку процедуру. У якості конструктів (оцінюваних об'єктів) було використано: «Я», «Інтерес», «Радість», «Провина», «Сором», «Презирство», «Відраза», «Гнів», «Горе», «Сідниці», «Ноги», «Плечі», «Руки», «Груди», «Живіт».

*Методика Дембо-Рубінштейн в модифікації А. М. Прихожан [245].*

Метод психодіагностики, спрямований на вивчення самооцінки. Випробуваному видається вже готовий бланк, на якому зображено сім ліній, висота кожної - 100 мм, із зазначенням верхньої та нижньої точок і середини шкали. При цьому верхня і нижня точки відзначаються помітними рисами, середина - ледь помітною точкою. В інструкції випробуваному пропонується рисою відзначити своє місце розташування на шкалі, а хрестиком - той рівень розвитку якості, при якому він би міг відчути гордість за себе. Кожна відповідь виражається в балах. Довжина кожної шкали 100 мм, відповідно до цього відповіді отримують кількісну характеристику. По кожній шкалі визначається: рівень домагань - відстань в мм від нижньої точки шкали («0») до знака «х»; висота самооцінки - від «0» до знака «-»; значення розбіжності між рівнем домагань і самооцінкою - відстань від знака «х» до знака «-», якщо рівень домагань нижче самооцінки, він виражається негативним числом. Норму, реалістичний рівень домагань характеризує результат від 60 до 89 балів. Оптимальний - порівняно високий рівень - від 75 до 89 балів, що підтверджує оптимальне представлення про свої можливості, що є важливим чинником особистісного розвитку.

*Методи математичної статистики.* В роботі використаний факторний аналіз (метод головних компонент з VARIMAX обертанням), ф-критерій кутового перетворення Фішера, t-критерій Ст'юдента (для зв'язаних та незв'язаних вибірок),  $\tau$  – кореляція Кендалла, G-критерій знаків.

## Висновки до розділу 2

1. Дослідницька вибірка достатня за обсягом, репрезентативна і рандомізована, це означає, що результати, отримані на цій вибірці, можуть бути поширені на генеральну сукупність.

2. Методи і методики, використані в роботі, відповідають вимогам сучасної психодіагностики. Вибраний комплекс методів і методик дослідження включають метод бесіди, метод напівструктурованого інтерв'ю, психодіагностичний метод, що дозволяє верифікувати результати, отримані за окремими методиками.

3. Методи математичної статистики відповідають типовій дослідницькій потребі і структурі вихідних даних.

## РОЗДІЛ 3

### ІНДИВІДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ТА ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ ПІДЛІТКІВ, ЯКІ ХВОРІ НА АТОПІЧНИЙ ДЕРМАТИТ

#### 3.1. Типи ставлення до хвороби підлітків, хворих на атопічний дерматит

В результаті порівняння даних, отриманих в двох вибірках, були отримані результати, що свідчать про гендерно-специфічні типи ставлення до хвороби підлітків з діагнозом «Атопічний дерматит» (табл.3.1).

Таблиця 3.1

Поширеність (в абс. знач. та %) й достовірність відмінностей ( $\phi$  - критерій) типів ставлення до хвороби між групами

Типи ставлення до хвороби	Гр.1 (n=45)	Гр.2 (n=38)
Анозогнозичний	2 (4,4%)	10 (26,3%)
	$\phi = 2,97^{**}$	
Ергопатичний	3 (6,7%)	8 (21,1%)
	$\phi = 1,96^{**}$	
Тривожний	5 (11,1%)	3 (7,9%)
	$\phi = 0,49$	
Сенситивний	10 (22,2%)	2 (5,3%)
	$\phi = 2,34^{**}$	
Змішаний	14 (31,2%)	14 (36,8%)
	$\phi = 0,55$	
Дифузний	21 (24,4%)	1 (2,6%)
	$\phi = 3,22^{**}$	

Примітка: \*\* -  $p < 0,01$

Статистично достовірну відмінність між групами встановлено по анозогнозичному типу ставлення до хвороби, який притаманний хлопчикам-підліткам. Даний тип ставлення до хвороби характеризується активним відкиданням думок про хворобу, про її наслідки.

Підлітки чоловічої статі знаходяться в необгрунтовано піднесеному настрої, легковажно ставляться до захворювання, прагнуть ігнорувати захворювання, схильні до порушення режиму і рекомендацій. Відсутність

даного типу ставлення до хвороби в групі дівчаток можна пояснити хлоп'ячою підліткової бравадою, бажанням демонструвати свою невразливість, впевненість, що на ділі являє собою спробу компенсувати низьку самооцінку.

Хлопчики прагнуть до збереження відповідності існуючим гендерним стереотипам, які приписуються особам чоловічої статі, - сила, витривалість, а визнання проблем, страхів, тривожності, на їх думку, є ознакою прояву слабкості.

У літературі зазначається [33], що хлопчики і чоловіки змушені вдаватися до більш потужного захисту своєї самооцінки, ніж жінки, тобто даний тип ставлення до хвороби працює як фальсифікатор і підсилювач самооцінки. Крім цього потрібно відзначити, що хлопчики більш закриті, ніж дівчатка, останні охочіше діляться своїми переживаннями і довіряють дорослим, дана гендерна відмінність також може визначати те, що хлопчики при відповідях схильні до закритості і демонстрації власної невразливості. Дівчата, яким «дозволено» бути слабкими, невпевненими, експресивними, не вдаються до такого самоопису захворювання, оскільки не змушені до подібних заходів самозахисту.

Також хлопчики відрізняються від дівчаток ергопатичним типом ставлення до хвороби, якому характерний «відхід у навчання», поглиненість діяльністю, гіпервідповідальність, вольове відношення, такі хлопчики прагнуть, незважаючи на хворобу, зберігати свій учнівський статус, бути активними. Дана гендерна відмінність може бути пояснена тим, що у хлопчиків більше виражена мотивація на досягнення в сферах, які передбачають активність дій, які заслуговують на заохочення або осуд [106]. Націленість на ціль і результат, властива чоловічої статі, робить хлопчиків вольовими і непохитними у впертому навчанні, подоланні тих перешкод, які створює захворювання. Досягнення цілей має величезне значення для осіб чоловічої статі, тому що саме таким способом вони можуть довести свою спроможність і не впасти у власних очах. Багатьма авторами підкреслюється

[2], що жіноча стать на перше місце ставить відносини між людьми, що проявляється і в більшій значимості спілкування для жінок. Чоловіча стать більшою мірою зосереджена на завданні, тому чоловічий стиль описується як аналітичний і маніпулятивний.

Сенситивний тип ставлення до хвороби властивий дівчаткам-підліткам. Даний тип характеризується інтерпсихічною спрямованістю особистісного реагування, що обумовлює соціальну дезадаптацію дівчаток. Основна заклопотаність дівчаток в зв'язку з захворюванням - несприятливе враження, яке можуть призвести симптоми хвороби на оточуючих, що робить дівчаток надмірно вразливими, сором'язливими. Результатом стає обмежувальна поведінка, звуження діапазону міжособистісних контактів. Коливання настрою зумовлені міжособистісними контактами, які для дівчаток більш значущі, ніж для хлопчиків. Таким чином, сенситивний тип ставлення до хвороби, властивий дівчаткам, обумовлений тим, що дівчатка більш орієнтовані на взаємини, які порушуються внаслідок специфіки захворювання, хлопчики більш орієнтовані на завдання. Хлопчики і дівчатка мотивовані різними потребами: для дівчаток потреба в аффілітації важливіша, ніж потреба в досягненнях, яка більш значна для осіб чоловічої статі. Крім аффіліативного вектора мотивації жіночої статі, що визначає сенсифілізоване ставлення до хвороби, фактором, його зумовлюючим, є ставлення жіночої статі до власної зовнішності. Приваблива зовнішність є однією з основних життєвих цінностей, саме жіночої статі властива велика незадоволеність власною зовнішністю [33, 258]. Приваблива зовнішність має соціальну цінність, підвищує жіночу самоцінність і цінність в очах інших. Симптоматика atopічного дерматиту позначається негативно на зовнішньому вигляді дівчинки-підлітка, що створює ґрунт сенситивного ставлення до захворювання. Жіноча стать в більшій мірі відчуває на собі соціокультурний вплив, пов'язаний із зовнішністю, підліткове середовище, що є «нешадним суддею» зовнішності, проявляється в явищі «лукізм» - дискримінації за зовнішніми даними.



Дифузний тип ставлення до хвороби властивий дівчаткам-підліткам з atopічним дерматитом. Недиференційованість вказує на неоформленість картини власного захворювання, на її «розмитість», яка, можна думати, охоплює всю особистість, не залишаючи зон, вільних від конфлікту. Необхідно відзначити, що невід'ємною частиною недиференційованого типу ставлення до хвороби у дівчаток, є його сенсibilізований компонент (100%). Менша проявленість недиференційованого ставлення до хвороби хлопчиків може бути пояснена меншою вразливістю чоловічої статі даним захворюванням, і більшою вразливістю і залученістю жіночого.

Найбільш поширеним типом ставлення до хвороби, незалежно від статі, є змішаний тип ставлення до хвороби інтра- і інтерпсихічної спрямованості.

Отже, у хлопців більш поширеним є й ергопатичний тип ставлення до хвороби, якому притаманні поглинення діяльністю, стеничність, загальна активність.

Дівчатам більш притаманні сенситивний та дифузний типи ставлення до хвороби. Основна їх заклопотаність, що пов'язана з захворюванням, - це несприятливе враження на оточуючих, що робить їх надмірно вразливими, сором'язливими. Результатом цього є обмежувальна поведінка, звуження діапазону міжособистісних контактів. Коливання настрою зумовлені міжособистісними контактами, які для дівчат більш значущі, ніж для хлопців. Дівчата більш орієнтовані на стосунки, які порушуються внаслідок захворювання. Симптоматика atopічного дерматиту позначається негативно на зовнішньому вигляді дівчинки-підлітка, що створює ґрунт сенситивного ставлення до захворювання. Оточуючі сприймаються як такі, що осуджують, дискримінують за ознакою зовнішності.

Дифузний тип ставлення до хвороби є поєднанням типів у два блоки: 1) інтрапсихічний, який включає тривожний, іпохондричний, неврастенічний, меланхолічний та апатичний типи; 2) інтерпсихічний, який включає сенситивний, егоцентричний, дисфоричний та паранойяльний типи.

Дифузність свідчить про неоформленість, не артикульованість картини власного захворювання, її «розмитість».

Найбільш поширеним типом ставлення до хвороби, незалежно від статі, є змішаний тип ставлення до хвороби інтра- і інтерпсихічної спрямованості. Гармонійний тип ставлення до хвороби не був діагностований.

Також була досліджена якість життя підлітків, які хворіють на atopічний дерматит. В результаті обробки даних опитувальника «Дерматологічний індекс якості життя» були отримані результати, які свідчать про більш низьку якість життя у дівчат, які хворі на atopічний дерматит. Відповідні дані наведені у таблиці 3.2.

Таблиця 3.2

Достовірність відмінностей індексу дерматологічної якості життя між групами 1 та 2

Групи	M	m	t
Група 1	25,20	3,54	2,03*
Група 2	15,13	3,46	

Примітка: M – середне значення; m - помилка середнього; \* -  $p < 0,05$

Таблиця 3.3

Структура дерматологічної якості життя у групі 1

Фактор 1 «Особистісні стосунки»	Навантаження
Особистісні стосунки	0,83
Самопочуття	0,68
Дозвілля	0,67
Повсякденна активність	0,46
Навчання	0,54
Лікування	0,51
Пояснювальне значення загальної дисперсії	86,49%

Для поглиблення уявлень про структурні особливості якості життя підлітків, хворих на atopічний дерматит, була проведена факторизація

простору ознак опитувальника «дерматологічний індекс якості життя» - Dermatology Quality Index (DLQI). В результаті факторизації в групі дівчаток була отримана однофакторна матриця, яка пояснює 86,49% дисперсії (табл.3.3). У групі хлопчиків була отримана двохфакторна матриця з сумарною пояснювальною дисперсією 87,33%.

Єдиний фактор, отриманий в групі дівчат, які хворі на atopічний дерматит, складається з усіх параметрів, що створюють життя. Вона є недиференційованою, такою, що вражає усі компоненти життя. Негативний вплив дерматологічного захворювання є тотальним, призводить до спотворення усіх сфер життя дівчини, не залишаючи «люцидних вікон». Слід зазначити, що найбільш значущим чинником, який знижує якість життя дівчат, є порушена сфера особистих стосунків, про що свідчить високе факторне навантаження (0,83).

Структура якості життя хлопців-підлітків представлена двома факторами:

- 1) фактором «Самопочуття» (54,12% дисперсії);
- 2) фактором «Дозвілля» (33,21% дисперсії).

Відповідна структура наведена в таблиці 3.4.

Таблиця 3.4

#### Структура дерматологічної якості життя у групі 2

Фактор 1 «Самопочуття»	Фактор 2 «Дозвілля»
Самопочуття (0,912)	Дозвілля (0,834)
Повсякденна активність (0,856)	Особистісні стосунки (0,529)
Навчання (0,743)	Лікування (0,533)
Пояснювальна дисперсія - 54,12%	Пояснювальна дисперсія - 33,21%

Отже, зниження якості життя хлопців-підлітків, які хворі на atopічний дерматит, пов'язане з двома головними чинниками: 1) поганим самопочуттям, яке впливає на повсякденну активність і навчання підлітків; 2) порушеним дозвіллям, яке обумовлене наявністю обмежень, пов'язаних з хворобливим станом, ставленням батьків, режимом лікування, особистісними рисами тощо.

Отже, найбільш поширеним типом ставлення до хвороби в підлітковому віці, незалежно від статі, є змішаний тип інтра- і інтерпсихічної спрямованості.

Специфічними чоловічому гендеру типами ставлення до хвороби при atopічному дерматиті у підлітків є типи, при яких соціальна адаптація істотно не порушується (ергопатичний, анозогнозичний). Специфічними жіночому гендеру типами ставлення до хвороби при atopічному дерматиті у підлітків є типи (сенситивний, недиференційований), що порушують психічну адаптацію переважно інтерпсихічної спрямованості. Полюси адаптивності-дезадаптивності задаються гендерними механізмами: у хлопців – орієнтацією на мужність й на задачу (полюс адаптивності), у дівчат – мотивацією аффілітації й високою значимістю зовнішності для жіночої статі (полюс дезадаптивності). Структура дерматологічної якості життя дівчаток вказує на загальний важкий стан дівчат-підлітків, які хворі на atopічний дерматит: захворювання значно впливає на всі сфери життя дівчаток, не залишаючи «люцидних вікон». При цьому, найбільш значущим чинником зниження якості життя дівчат є порушена сфера особистих стосунків.

Зниження якості життя хлопців-підлітків, які хворі на atopічний дерматит, пов'язане з двома умовами. У першому варіанті найбільш значущим фактором, який впливає на якість життя хлопців, є фактор поганого самопочуття, який знижує повсякденну активність і навчання підлітків за рахунок загальної астенизації. Другий варіант зниження якості життя хлопців, які хворі на atopічний дерматит, пов'язаний з порушеним фактором дозвілля, який значно обмежує можливості підлітка долучатися до переживання задоволення (у тому числі гедоністичного).

### **3.2. Особистісні особливості підлітків з atopічним дерматитом**

У групі дівчат, які хворі на atopічний дерматит, було виділено чотири варіанти усереднених особистісних профілів (кодування за Хатеуей). Дані щодо поширеності особистісних профілів серед хворих дівчат наведені у таблиці 3.5.

## Особистісні профілі дівчат, які хворі на АД

№ профілю	Код профілю	Назва профілю	%
I	8671'20/95	«тривожно депресивна відособленість»	28,9
II	42'78130/5	«сенситивно-індивідуалістичний»	26,7
III	231780/95	«невротичний»	24,4
IV	017'48	«ескапізм»	20,0

Примітка: шкали СБМДО: 1- невротичного надконтролю; 2 – песимістичності; 3 – емоційної лабільності; 4 - імпульсивності; 5 – жіночності/мужності, 6 - ригідності; 7 – тривожності; 8 - індивідуалістичності; 9 – оптимізму і активності; 0 – соціальної інтроверсії.

Профіль №1 представлений в 28,9% випадків (код профілю 8671'20 / 95). Профіль відображає тривожно-депресивний стан, почуття розгубленості, постійного неспокою, хворобливу фіксованість на зовнішніх дефектах. Характерна відособлена особистісна позиція, вибірковість в контактах, суб'єктивізм щодо оцінок інших людей, недостатньо сформована реалістична платформа. Захисний механізм - інтелектуалізація і перехід у світ фантазій. Такі дівчатка-підлітки вразливі і легко ображаються, некоммунікабельні, їм характерні параноїдні побудови. Душевний дискомфорт супроводжується напруженістю, причиною чого може бути наявність захворювання. Низькі значення шкали 9 (оптимістичність) вказують на низький рівень життєлюбства, активності і оптимізму.

Профіль №2 представлений в 26,7% випадків (код профілю 42'78130 / 5). Профіль відображає пасивно-страждальну позицію, зниження активності, знижений фон настрою. Особам з даним профілем характерне уникнення невдач, які загрожують неуспіхом. Відзначається нестійкий баланс в прагненні до збереження контактів і затвердженям власних позицій. Тип реагування - сенситивно-індивідуалістичний і тривожно-недовірливий, часом може проявляти імпульсивність. Дівчатка-підлітки з даними особистісними особливостями схильні відмовлятися від задоволення своїх інтересів заради

інтересів інших. Спілкування протікає легше в звичному колі знайомих. Дівчата здатні змінювати стиль поведінки в залежності від зміни кола спілкування. У стресових ситуаціях проявляються гальмування, невпевненість, тривога. Характерно блокування власних потреб заради збереження безконфліктних відносин з іншими. Може проявлятися відхід від соціальної активності в світ суб'єктивно цінних інтересів, що супроводжується враженням самолюбства в зв'язку з тим, що наміри не були реалізовані. Володіючи підвищеною рефлексією, дівчатка схильні перебільшувати проблеми, застрягати на них. Провідними потребами дівчаток є потреба в постійній і глибокій прихильності, в співчутті. Дівчатка болісно реагують на жорстокість і образи, що наносяться оточуючими. Характерна м'якість, опора на моральність. Дівчата відчують себе нещасними, ховають хворобливе самолюбство, домагання не задоволені. В цілому два рівноважних піки за шкалами 2 і 4 виявляють внутрішній конфлікт, який сягає корінням в суперечливий тип реагування, в якому поєднуються різнопланові тенденції, які проявляються в суперечливому поєднанні високого рівня домагань і невпевненості в собі.

Профіль №3 представлений в 24,4% випадків (код профілю 231780/95). Емоційний фон характеризується депресією і тривогою; дівчатка дезадаптовані по невротичному типу. Відзначаються нав'язливі дії і почуття повної розгубленості. Яскраво виражена потреба в спокої і звільненні від причини, яка породжує переживання і тривогу. Також виражена потреба у відході від контактів. Дівчатка болюче реагують на ворожість з боку інших, вибагливі в спілкуванні, вразливі і жіночні. Відзначається недовірливість і підвищена схильність до самоспостереження. Відзначаються функціональні розлади - порушення сну і загального самопочуття.

Профіль № 4. Зустрічається в 20% випадків (код профілю 017'48). Підвищена нульова шкала (соціальна інтроверсія) виявляє пасивність особистісної позиції і спрямованість інтересів в світ внутрішніх переживань. Дівчатка характеризуються зниженням рівня включеності в соціальне

середовище, замкнутістю, сором'язливістю. Характерна інертність у прийнятті рішень, вибірковість в контактах, скритність, прагнення до уникнення конфліктів ціною значного звуження сфери міжособистісних відносин. У ситуаціях стресу дівчатка загальмовуються, схильні йти від контактів і проблем в самотність. Високі показники шкали 0 повідомляють не тільки про замкнутість дівчаток, але й свідчать про внутрішню дисгармонію і способи приховування від оточуючих своєї ідентичності свого характеру. Дівчатка характеризуються скромністю, прихильністю до сімейних традицій, соціальної поступливості. Підвищення першої шкали (невротичний надконтроль) свідчить про інертний, догматичний стиль мислення. Даний стиль позбавляє дівчаток свободи, незалежності і розкритості. Характерне придушення спонтанності, стримування самореалізації, надмірна відповідальність, яка поєднується з тенденцією уникати серйозної відповідальності через страх не впоратися. У міжособистісних відносинах проявляється висока вимогливість як до себе, так і до інших людей відповідно моральним критеріям суспільства. Емоційна сфера таких дівчаток відрізняється протиріччям між стриманістю і дратівливістю, що створює змішаний тип реагування, властивий особам, схильним до трансформації емоційної напруженості в хворобливі реакції організму. Підвищення 7 шкали (тривожність) вказує на пасивно-страждальну позицію дівчаток, високу чутливість до впливу середовища. Дівчатка залежні від думки більшості, превалює мотивація уникнення невдачі. Провідною потребою є позбавлення від страхів і невпевненості. В якості захисного механізму виступає обмежувальна поведінка і нав'язливі дії.

У групі дівчаток (контроль) виділено 2 варіанти усереднених особистісних профілів.

Профіль №1 представлений в 55% випадків (код '94/25 FKL). Профіль розташований в рамках нормативного розкиду і відображає активну особистісну позицію, високу пошукову активність, переважання мотивації досягнення, впевненість і швидкість в ухваленні рішень. Дівчаткам властиве

прагнення до незалежності, відсутність конформності. Інтерес до видів діяльності з вираженою активністю. Дівчатка життєлюбні, настрої піднесені, мають позитивну самооцінку.

Профіль №2 представлений в 45% випадків (код '37169/5 FKL). Профіль розташований в рамках нормативного розкиду і вказує на змішаний тип реагування. Поза стресом дівчатка досить життєлюбні, ситуація стресу проковує оборонну позицію. Присутнє зіткнення мотивацій - мотивація досягнення і страх невдачі. Дівчата більш орієнтовані на вимоги середовища, більш товариські в колі добрих знайомих. Дівчатка совісні, здатні до прояву співчуття до оточуючих, самооцінка швидше нестійка.

У групі хлопчиків з діагнозом «Атопічний дерматит» виявлено 4 усереднених особистісних профілі. У таблиці 3.6 наведено відповідні особистісні профілі.

Таблиця 3.6

Особистісні профілі хлопців, які хворі на атопічний дерматит

№ профілю	Код профілю	Назва профілю	%
I	8150'	«суб'єктивно-споглядальний»	31,6
II	278'104/9	«емоційно-напружений»	28,9
III	'4695/2	«стенічний»	23,7
IV	87'2/9	«індивідуалістично-тривожний»	15,8

Профіль № 1 зустрічається в 31,6% випадків (код профілю 8150'). Особам з даним особистісним профілем характерна суб'єктивно-споглядальна, ірраціональна, відособлена особистісна позиція. Мотиви поведінки таких хлопчиків незрозумілі оточуючим. Властиве відволікання від реальних проблем, відгородженість від оточуючого світу, емоційна своєрідність. Хлопчики стурбовані поганим самопочуттям. Стан здоров'я викликає серйозні побоювання на умоглядному рівні і не супроводжується ні депресією, ні підвищеною тривожністю. Заглибленість в хворобу є чинником відходу від вирішення проблем і бажанням піти від спілкування з оточуючими. Відзначається незадоволеність, схильність до рефлексії, ознаки



нарцисизму. У хлопчиків відзначається хвороблива зосередженість на сексуальній сфері, яка пов'язана з поганим самопочуттям і побоюваннями за своє здоров'я.

Профіль №2 зустрічається в 28,9% випадків (код профілю 278'104/9). Хлопчикам властива виражена емоційна напруженість і змішаний тип реагування з переважанням гіпостенічних тенденцій. Активність хлопчиків знижена в зв'язку з захворюванням. Характерний відхід від активності в ситуаціях неспіху або недобррозичливості оточуючих. Хлопчики відчувають страх і надмірно стурбовані існуючими проблемами. Виявляється депресивна реакція і підвищена тривожність. Також емоційна сфера хлопчиків характеризується підвищеним почуттям власної провини. Характерна інтровертна реакція і сенситивно-індивідуалістичний тип реагування. Характерний відхід від громадської активності в світ суб'єктивно значущих інтересів, в світ фантазій, в сферу своєрідних захоплень. Провідною потребою для таких хлопчиків є потреба в глибокій і постійній прихильності. Простежується проблема враженого самолюбства і внутрішня потреба в збереженні своєї індивідуальності. В цілому стан хлопчиків на момент обстеження характеризується пригніченістю, відчуттям нещастя, розчаруванням, підвищеною тривожністю, самотністю, схильністю до самоаналізу, незадоволеністю домагань і враженим самолюбством. Можна говорити про дезадаптацію по депресивному типу з посиленням тривожно-недовірливих рис і порушення соціальної адаптації.

Профіль № 3 виявляється в 23,7% випадків (код профілю '4695/2). Цьому типу особистості характерна активно-оборонна життєлюбна позиція. Переважають гіперстенічні тенденції. Індивідуальний тип реагування хлопчиків завзято-вольовий. У спілкуванні проявляють незалежність у відстоюванні своєї думки, прагнуть зміцнити свої позиції в колективі і проявити організаторські здібності, тиск з боку оточуючих викликає внутрішній протест. Хлопчики характеризуються позитивною самооцінкою і типово чоловічим стилем поведінки в колективі. Хлопчики відрізняються

відсутністю схильності до самоаналізу, незалежністю, рішучістю, амбітністю. Захоплюючись тим, що є важливим в житті, вміють захопити інших своєю захопленістю. Провідними потребами таких хлопчиків є потреба в незалежності вибору рішень, самореалізації і потреба в утриманні свого авторитету. Захисні механізми проявляються по типу витіснення проблем, відреагуванням зовні, раціоналізацією. У стресі вольові і активні, намагаються не проявляти схвильованості.

Профіль №4 виявляється в 15,8% випадків (код профілю 87'2 / 9). Підвищення по 8 і 7 шкалами (індивідуалістичність і тривожність) виявляє внутрішню напруженість, нервозність, тривожність, схильність до нескінченного обмірковування проблем, невпевненість, комплекс провини і неповноцінності з параноїдними проявами. Захисні механізми проявляються в трансформації тривоги і відходом в світ фантазій. Характерний гіпостенічний тип реагування. Хлопчики відрізняються замкнутістю, пасивністю, некомунікабельністю, незручністю в міжособистісних контактах. Зниження за шкалою 9 (оптимістичність) вказує на зниження рівня оптимізму, активності і життєлюбства. Характерна підвищена стомлюваність, астения.

У групі контролю хлопчиків виділено 2 усереднених особистісних профілі.

Профіль № 1 виявляється в 67,5% випадків (код профілю '4695/2). Цьому типу особистості хлопчиків-підлітків властива активно-оборонна життєлюбна позиція з переважанням гіперстенічних тенденцій. Індивідуальний тип реагування хлопчиків завзято-вольовий. У спілкуванні проявляються незалежність у відстоюванні своєї думки, хлопчики прагнуть зміцнити свої позиції в колективі і проявити організаторські тенденції, тиск з боку оточуючих викликає внутрішній протест. Хлопчики характеризуються позитивною самооцінкою і типово чоловічим стилем поведінки в колективі. Хлопчики відрізняються відсутністю схильності до самоаналізу, незалежністю, рішучістю, амбітністю. Захоплюючись тим, що є важливим в

житті, вміють захопити інших своєю захопленістю. Провідними потребами таких хлопчиків є потреби в незалежності вибору рішень і самореалізації і потреба в утриманні свого авторитету. Захисні механізми проявляються по типу витіснення проблем, відреагуванням зовні, раціоналізацією. У стресі вольові і активні, намагаються не проявляти схвильованості.

Профіль №2 представлений в 32,5% випадків (код '94 / 2 FKL). Профіль розташований в рамках нормативного розкиду і відображає активну особистісну позицію. Властива висока пошукова активність, переважання мотивації досягнення, впевненість і швидкість в ухваленні рішень. Хлопчикам характерне прагнення до незалежності, відсутність конформності. Зацікавлені в видах діяльності з вираженою активністю. Хлопчики життєлюбні, енергійні, настрої піднесені, самооцінка - позитивна.

Узагальнюючи одержані результати, можна констатувати, що у хворих на АД дівчат й хлопців спостерігаються два типи профілю: 1) патосимптоматичний (у дівчат й хлопців - тривожно-депресивний, астеничний та іпохондрічний), 2) патохарактерологічний (у дівчат – сенситивні, дистанційовані й хронічно тривожні особистості; у хлопців – дискордантно асоціальні та шизоїдні особистості).

Ф. Данбар описала алергічний тип особистості, який характеризується підвищеною тривожністю, незадоволеною потребою в любові і захисті, конфліктним поєднанням прагнення до залежності й незалежності, підвищеною сексуальністю, яка проявляється в свербінні як символічній формі мастурбації. Отримані нами результати прямо не узгоджуються, але й не суперечать даним Ф. Данбар.

Отже, встановлені особистісні особливості дівчат-підлітків, які хворі на atopічний дерматит, а саме: тривожно депресивні, пасивно-страждальні, соціально інтровертні, виразність яких свідчить про порушення адаптації дівчат та відхилення їх стану від нормального, а також більш «м'які» тривожно-депресивні особливості, що свідчать про ведучі тенденції особистості дівчат. Особистісні особливості хлопців, які хворі на atopічний

дерматит, представлені іпохондричною захопленістю з індивідуалістичним відособленням, депресивно-тривожними налаштуваннями, внутрішньою напруженістю з тривожною та шизоїдною загальмованістю. 23,7 % хлопців характеризуються активною обороноспроможною життєлюбною позицією, позитивною самооцінкою і типово чоловічим стилем поведінки; в стресі – стеничні і активні, намагаються не проявляти схвильованості. Отже, більш психологічно вразливими до хвороби є дівчата, у яких особистісні особливості є такими, що значно ускладнюють їх адаптацію та впливають на загальну якість життя.

### 3.3. Особливості емоційної сфери підлітків, які хворі на atopічний дерматит

На цьому етапі дослідження нами була досліджена структура емоційної сфери підлітків, які хворі на atopічний дерматит. На першому етапі нами було здійснено оцінку ступеня (рівня) суб'єктивної комфортності хворих підлітків. Відповідні результати представлені в таблицях 3.7 та 3.8.

Таблиця 3.7

Описові статистики рівня суб'єктивного комфорту

Групи	n	M	m
Група 1	45	38,38	3,01
Група 2	38	47,89	3,13
Група К(Д)	40	49,13	3,11
Група К(Х)	40	56,97	3,20

Примітка: M- середнє значення; m – помилка середнього.

Таблиця 3.8

Різниця в рівнях суб'єктивного комфорту підлітків з АД та їх здорових однолітків

Групи	t	p
Групи 1-К(Д)	2,48	0,05
Групи 1 - 2	2,19	0,05
Групи 2- К(Х)	2,03	0,05

Примітка: t - критерій Ст'юдента; p – рівень значущості.

Результати дослідження показали, що найнижчий рівень комфортності притаманний групі дівчаток з АД, показники дівчаток відрізняються як від показників хлопчиків з АД, так і від дівчаток, не обтяжених шкірною патологією. Хлопчики ж з АД відчувають себе комфортніше, ніж дівчатка з АД, проте, їх оцінки статистично достовірно відрізняються від їх здорових однолітків.

На наступному етапі була здійснена факторизація простору ознак шкали диференціальних емоцій К. Ізарда, Торонтської алекситимічної шкали, методики діагностики шкільної тривожності Філіпса. У групі 1 була отримана факторна матриця, яка пояснює 68,87% загальної дисперсії, яка наведена в таблиці 3.9.

Таблиця. 3.9

Структура емоційності дівчат, які хворі на atopічний дерматит (Гр.1)

Фактор 1 Шкільний стрес	Фактор 2 Позитивна емоційність	Фактор 3 Негативна емоційність	Фактор 4 Алекситимія	Фактор 5 Соціальн ий страх
Сором (0,72) ПСС (0,58) ЗТШ (0,69) СС (0,55) Страх (0,45) СВВ (0,77) СВВ (0,77) 0,61) Радість (-0,44) Інтерес(0,57) ССПЗ (0,67) Провина (0,62)	Радість (0,78) Інтерес (0,46) Здивування (0,45) Горе (-0,53) Тривога (-0,47) Страх (-0,44) Сором (-0,45) Провина (-0,56) ЗТШ (-0,51) СС (-0,42)	Гнів (0,77) Відраза (0,59) Презирство (0,65) Сором (-0,55) Провина (-0,45) Тривога (-0,56)	А (0,67) НФОС (0,67) Інтерес (-0,57)	Сором (0,75) Тривога (0,63) Провина (0,58) ПСС (0,79) Горе (0,56) СНВО (0,76) Радість (-0,47)
ПД – 18,11%	ПД – 15,25%	ПД – 13,74%	ПД – 11,22%	ПД – 10,52%

Примітка: ПСС – переживання соціального стресу; ЗТШ – загальна тривожність у школі; СС – страх самовираження; СВВ – страхи у відносинах з вчителями; СНВО - страх не відповідати очікуванням оточуючих; ССПЗ - страх ситуації перевірки знань; НФОС - низький фізіологічний опір стресу; А – алекситимія; ПД – пояснювальна дисперсія.

Фактор 1 (пояснює 18,11% загальної дисперсії) був названий «Фактор шкільного стресу». До структури фактора зі значущими навантаженнями увійшли наступні змінні: сором, переживання соціального стресу, страх самовираження, страх, страх у відносинах з вчителями, страх не відповідати очікуванням оточення, провина та інтерес. Параметром, що має найбільшу факторну вагу, є страх у відносинах з вчителями. Емоція сорому займає важливе місце в людських відносинах і здійснює істотний вплив на суспільні відносини [105, 107, 135]. Переживання шкільного стресу у дівчат, які хворі на atopічний дерматит, супроводжуються емоціями сорому, провини й страху. Сором є емоцією, яка формується в людському суспільстві і є основою суспільної моралі. Сором - емоція, породжена соціальною потребою відповідати нормам поведінки, прийнятим в даному суспільстві. Сором - негативне етичне почуття, що має складний емоційний склад, і поведінка людини, яка пов'язана з етичним ідеалом, здійснюється за допомогою безлічі емоційних компонентів цього почуття. У фізіологічному відношенні механізм сорому є інстинктивною пасивно-оборонною реакцією організму людини, подібну до страху [105].

Таким чином, виявлений фактор може розглядатися як психосоматична схильність до розвитку atopічного дерматиту. Так, Томкінс (цит. за [105, с.344]) встановив, що не тільки сором викликає появу рум'янцю, а й сам рум'янець підсилює переживання сорому. Заливаючись рум'янцем, людина привертає до себе увагу, до своїх таємних переживань, що підсилює сором'язливість. На питання, чому рум'янець в більшій мірі заливає обличчя, Дарвін [там же] припустив, що до обличчя, зазвичай, залучено особливу увагу як самої людини, так і інших людей. Обличчя частіше, ніж інша частина тіла, стає об'єктом пильної уваги, визначає красу і потворність.

Фактор 2 (пояснює 15,25% від загальної дисперсії) названий «Позитивна емоційність». У структуру фактора зі значущими навантаженнями увійшли наступні змінні: радість, інтерес, здивування, та з негативними – горе, тривога, страх, сором, провина, загальна тривожність у

школі, страх самовираження. Емоційність жінок, які хворі на atopічний дерматит, сформована за принципом взаємовивлюченості (реципрокності) емоцій – позитивні емоції й, навпаки, негативні емоції ретардують появу позитивних емоцій. У нормі такий принцип співвідношення емоцій описано тільки між деякими емоціями, наприклад, між радістю й страхом. Цей принцип взаємозв'язку емоцій використовується у техніці систематичної десенсибілізації у поведінковій психотерапії. У хворих жінок спостерігається генералізація й універсалізація даного принципу співвідношення емоцій. Ще одним наслідком такої генералізації – «злипання» емоцій, коли не можна спостерігати чисту емоції, вона завжди є такою, що злипла з іншими емоціями тієї ж модальності.

Фактор 3 (пояснює 13,74% від загальної дисперсії) був названий «Негативна емоційність» фактично відбиває самостійність, ортогональність того класу емоцій, що належать до кола «гнів-відраза-презирство». Саме ці емоції мають найбільшу вагу за даним фактором. Емоції кола «тривога-страх-сором-провина» мають меншу факторну вагу, зчеплені з першим емоційним колом. Це підтверджує ідею наявності «злипання» емоцій, й в даному випадку «злипання» саме негативних емоцій. Таке «злипання» потенціє негативний емоційний потенціал, призводить до інфляції негативної емоційності у дівчат, які хворі на atopічний дерматит.

Фактор 4 (пояснює 11,22% загальної дисперсії) був названий «Алекситимія». У структуру фактора зі значущими навантаженнями увійшли наступні змінні: з позитивним з позитивним знаком - алекситимія та низький фізіологічний опір стресу, з негативним – інтерес. Алекситимія не є генералізованим крос-факторним чинником, який спотворює усю емоційну сферу. Такий висновок не узгоджується з наявними в літературі даними щодо важливої ролі спотворення емоційної сфери за алексимічним типом в патогенезі психосоматичних розладів. Алекситимія є парціальною, такою, що не вражає усю емоційну систему. Тому роль парціальної алекситимії ще важливо знайти у походженні психосоматичної патології, й, зокрема,

атопічного дерматиту. Емоційна сфера при алекситимії відрізняється слабкою деференційованістю [9, 237, 246, 270, 365 та ін.]. З огляду на змінну «низька фізіологічна опірність» стресу можна припустити, що фактор відображає психосоматичний феномен. Емоційність дівчаток характеризується дефіцитом рефлексії, неможливістю керувати своїми мотивами. Алекситимічний радикал призводить до зниження переживання емоції інтересу, емоційність стає «сірою», позбавленою «фарб». У дівчаток з атопічним дерматитом вражається інтерес, який тісно пов'язаний з власне людським рівнем освоєння дійсності в формі знань і розгортається переважно у внутрішньому плані [105]. В основі інтересу лежить пізнавальний потяг (бажання) до тієї, чи іншої області дійсності, який у хворих дівчат блоковано психосоматичною переддиспозицією.

Фактор 5 (пояснює 10,52% загальної дисперсії) був названий «Соціальний страх». У структуру фактора зі значущими навантаженнями увійшли наступні змінні: сором, тривога, провина, переживання соціального стресу, страх не відповідати очікуванням оточуючих, а з негативним знаком – радість. Згідно Дж. Боулбі самотність найбільш глибока і важлива причина страху [47]. Дівчата, які хворі на атопічний дерматит, залежні від думки значущих інших, відчують сумні переживання через негативні оцінки оточуючих. Психологічні причини горя беруть свій початок в потребі в аффілітації і афективній прихильності до кого-небудь. У ситуаціях негативних оцінок з боку значущих об'єктів прихильності, дівчинки втрачають шанс на любов і почуття психологічного благополуччя, визнання. Все це призводить до відсутності переживання емоції радості, оскільки радість може відчуватись тільки в ситуації задоволення очікувань оточуючих і нівелювання страху.

Отже, визначено деякі особливості емоційності дівчат, які хворі на атопічний дерматит: 1) «злипання» емоцій, формування деякого емоційного конгломерату, у якому всі емоції змішуються, лишаються своєї самостійності; 2) генералізація механізму реціпрокності у співвідношенні



емоцій – з часткового механізму, який описує взаємодію деяких емоцій, він перетворюється у загальний принцип функціонування емоційної сфери. За таких умов позитивним емоціям протистоїть сонм негативних, які ретардують позитивні емоції, не дають їм можливостей прояву; 3) «злипання» негативної емоційності стеничного й астенічного кол – гнів й страх перемішуються, що призводить до потенційювання негативної емоційності, до її інфляції. Тому вона починає переважати у структурі емоційності хворих дівчат; 4) алекситимія виступає як частковий феномен емоційної організації, вона не зачепає всю емоційну сферу, що не узгоджується з літературними даними щодо ролі алекситимії у розвитку психосоматичної патології; 5) наявність інвертної реакції на шкільний стрес – він призводить до підвищення рівня інтересу: 6) емоція сорому є «наскрізною» - пронизує усі (за винятком фактору 4) фактори, тобто є стрижневою характеристикою емоційної сфери особистості дівчат, які хворі на atopічний дерматит.

Таблиця 3.10

## Структура емоційності здорових дівчат (КГ)

Фактор 1 Шкільний стрес	Фактор 2 Позитивна емоційність	Фактор 3 Негативна стенична емоційність	Фактор 4 Негативна астенічна емоційність	Фактор 5 Соціальний страх
ЗТШ (0,76) СВВ (0,74) ССПЗ (0,64) Провина (0,43) СС (0,45) Страх (0,43) Інтерес(-0,65)	Радість (0,72) Інтерес (0,67) Здивування (0,43) Страх (-0,44) СС (-0,49)	Гнів (0,78) Відраза (0,53) Презирство (0,62) Провина (0,45)	Сором (0,78) Провина (0,73) Тривога (0,67) Горе (0,56) Страх (0,62)	Страх (0,75) Сором (0,65) Тривога (0,67) Провина (0,52) ПСС (0,77) СНВО (0,70) Радість (-0,44)
ПД – 19,24%	ПД – 15,35%	ПД – 12,15%	ПД – 11,46%	ПД – 10,12%

Примітка: ПСС – переживання соціального стресу; ЗТШ – загальна тривожність у школі; СС – страх самовираження; СВВ – страхи у відносинах з вчителями; СНВО - страх не відповідати очікуванням оточуючих; ССПЗ - страх ситуації перевірки знань; НФОС - низький фізіологічний опір стресу; А – алекситимія; ПД – пояснювальна дисперсія.

У групі К (Д) була отримана факторна матриця, яка пояснює 68,32% дисперсії, яка наведена у таблиці 3.10.

Фактор 1 (пояснює 19,24% загальної дисперсії) був названий «Шкільний стрес». У структуру фактора зі значущими навантаженнями увійшли наступні змінні: загальна тривожність у школі, страхі у відносинах з вчителями, страх ситуації перевірки знань, провина, страх самовираження, страх, а з негативним знаком – інтерес. Слід зауважити, що параметри шкільного стресу не перетинаються з параметрами соціального страху, тобто сфера шкільного навантаження не пов'язана з загальною тривогою. Більш того, шкільний стрес (проблеми, що пов'язані зі школою) не пов'язаний з переживанням сорому, тобто не зачепає особистість у глибину. Емоція інтересу при переживанні шкільного стресу значно зменшується.

Фактор 2 (пояснює 15,35% загальної дисперсії) був названий «Позитивна емоційність». У структуру фактора зі значущими навантаженнями увійшли наступні змінні: радість, інтерес, здивування. А з негативним знаком – страх та страх самовираження. Тобто не спостерігається «злипання» негативної й позитивної емоційності, яке притаманно дівчатам, які хворі на atopічний дерматит, а також феномену генералізації механізму реціпрокності у взаємодії негативної та позитивної емоційності.

Фактор 3 (пояснює 12,15% загальної дисперсії) був названий «Негативна стенична емоційність». У структуру фактора зі значущими навантаженнями увійшли наступні змінні: гнів, відраза, презирство. Стенична негативна емоційність не поєднується із астеничною та не ретардує прояви позитивної емоційності, так як остання не залучена у даному факторі.

Фактор 4 (пояснює 11,46% загальної дисперсії) був названий «Негативна астенична емоційність». У структуру фактора зі значущими навантаженнями увійшли наступні змінні: сором, провина, тривога, горе, страх. Такий дуже лаконічний склад фактора свідчить про те, що стеничні та астеничні негативні емоції не поєднуються, не посилюють один одного. Тому

у групі здорових дівчат не спостерігається феномен інфляції негативної емоційності.

Фактор 5 (пояснює 10,12% загальної дисперсії) був названий «Соціальний страх». У структуру фактора зі значущими навантаженнями увійшли наступні змінні: сором, тривога, провина, переживання соціального стресу, страх не відповідати очікуванням оточуючих, а з негативним знаком – радість. Фактично склад даного фактора тотожний аналогічному у хворих дівчат за винятком того, що такий соціальний страх не призводить до зниження радості.

Була отримана структура емоційного простіру у хлопців, які хворі на atopічний дерматит (група 2). Відповідна факторна матриця наведена у таблиці 3.11 (пояснює 66,87% дисперсії).

Таблиця 3.11

## Структура емоційності хлопців, які хворі на atopічний дерматит (Гр.2)

Фактор 1 Шкільний стрес	Фактор 2 Позитивна емоційність	Фактор 3 Амбівалент на емоційність	Фактор 4 Негативна стенична емоційність	Фактор 5 Соціальний страх
ЗТШ (0,79) СВВ (0,72) ССПЗ (0,61) Провина (0,42) СС (0,46) Страх (0,46)	Радість (0,72) Інтерес (0,67) Здивування (0,43) Алекситимія (0,66) Страх (-0,44) СС (-0,49)	Гнів (0,78) Відраза (0,53) Презирство (0,62) Провина (0,45) Тривога (0,67) Страх (0,53)	Гнів (0,78) Презирство (0,74) Інтерес (0,47) Алекситимія (0,46) Радість (0,42) Горе (-0,56) Сором(-0,47)	Сором (0,65) Страх (0,57) Тривога (0,67) Провина (0,52) ПСС (0,77) СНВО (0,70) Радість (-0,44)
ПД – 17,21%	ПД – 16,44%	ПД – 11,85%	ПД – 11,12%	ПД – 10,25%

Примітка: ПСС – переживання соціального стресу; ЗТШ – загальна тривожність у школі; СС – страх самовираження; СВВ – страхи у відносинах з вчителями; СНВО - страх не відповідати очікуванням оточуючих; ССПЗ - страх ситуації перевірки знань; НФОС - низький фізіологічний опір стресу; А – алекситимія; ПД – пояснювальна дисперсія.

Фактор 1 (пояснює 17,21% загальної дисперсії) був названий «Шкільний стрес». У структуру фактора зі значущими навантаженнями

увійшли наступні змінні: загальна тривожність у школі, страхи у відносинах з вчителями, страх ситуації перевірки знань, провина, страх самовираження, страх. Слід зауважити, що сором не входить до складу фактору. Йому не є регулятором «шкільної» сфери життя. Крім того, шкільний стрес не впливає на інтерес, який за своїм походженням не пов'язаний а ні з переживанням шкільного успіху, а ні з переживанням його відсутності. Інтерес лежить в іншій площині.

Фактор 2 (пояснює 16,44% загальної дисперсії) був названий «Позитивна емоційність». У структуру фактора зі значущими навантаженнями увійшли наступні змінні: радість, інтерес, здивування, алекситимія, страх, страх самовираження. Позитивні емоції й переживання пов'язані з механізмом алекситимії, коли підліток не занурюється в глибини переживань, коли життя сприймається як просте. Позитивна емоційність не стримується негативними емоціями: тільки два компоненти негативних емоцій (страх та страх самовираження) протистоять позитивній емоційності. Алекситимія обслуговує позитивну емоційність, знижуючи чуттєвість до негативних емоцій.

Емоція подиву вказує на відкритість світу і «свіжість сприйняття». Подив - це емоція, яка з'являється в зв'язку з раптовою зміною ситуації. Дивуючись, люди відчують приблизно таке ж задоволення, як і в ситуації, яка викликає сильний інтерес. У піддослідних, які брали участь в дослідженні Бартлета-Ізарда [105, с.193], типовий емоційний патерн в ситуації подиву складається з комбінації трьох емоцій: здивування, радості і інтересу. Аналогічний патерн виявлений і нами в даному факторі. Аналізуючи емоцію здивування, коротко можна резюмувати, що основна її функція полягає в підготовці людини до ефективної взаємодії з раптовою новою подією і її наслідками. Готовність до зустрічі з новим дуже важлива для людини. Нове дозволяє змінювати свою мотиваційну установку, пізнавати нові аспекти реальності, межі своїх можливостей, формувати самооцінку. Томкінс (цит. за [105, с.195]) визначав емоцію здивування як

емоцію очищення каналів, яка готує до нової активності. Таким чином, даний фактор вказує, що при констеляції емоцій інтересу, радості і здивування, страх, зокрема страх самовираження, повинен нівелюватися. Але, як ми бачимо, така реціпрокність емоцій у даному випадку відсутня, що свідчить про наявність деякої генералізації вищезазначеного принципу взаємозв'язку емоцій.

Фактор 3 (пояснює 11,85% загальної дисперсії) був названий «Амбівалентна емоційність». У структуру фактора зі значущими навантаженнями увійшли наступні змінні: гнів, відраза, презирство, провина, тривога, страх. Спостерігається «злипання» негативної емоційності стенічного та астенічного кола, що робить негативні емоції переважаючими, досить сильними.

Фактор 4 (пояснює 11,12% загальної дисперсії) був названий «Негативна стенічна емоційність». У структуру фактора зі значущими навантаженнями увійшли наступні змінні: гнів, презирство, інтерес, алеститимія, радість, а з негативним знаком – горе та сором. Склад фактору свідчить про те, що хворі хлопці мають негативну емоційність як ресурс «мужньої» поведінки, як джерело «хлопчикової» радості, як ресурс позбавлення горя. Сором є показником того, що хлопець не має можливостей проявити гнів, «мужній» варіант поведінки. У літературі [105, с.141] вказується на тісний взаємозв'язок між переживанням емоції інтересу, як здатності до встановлення соціальних відносин, і прагнення до досягнень. К.Ізард [105, с.142] вказує, що вимірювання мотивації успіху і прагнення до досягнення слід розглядати з точки зору емоції інтересу. Чим більший інтерес відчуває підліток до якоїсь справи, тим сильніше його прагнення зробити цю справу добре. Підлітки, рухомі емоцією інтересу, не бояться ситуацій, що вимагають пред'явлення себе іншим, саморозкриття, демонстрації своїх можливостей. Емоція радості часто викликається перемогою. Радість перемоги - це чудове переживання, яке змушує відчувати себе цінним і значущим. Радісна людина разом з емоцією інтересу забезпечує

ефективну соціалізацію у підлітків чоловічої статі з діагнозом «Атопічний дерматит».

Фактор 5 (пояснює 10,25% загальної дисперсії) був названий «Соціальний страх». У структуру фактора зі значущими навантаженнями увійшли наступні змінні: сором, страх, тривога, провина, переживання соціального стресу, страх не відповідати очікуванням оточуючих, а з негативним знаком – радість. Фактор свідчить, що сором пов'язаний саме з соціальними ситуаціями, де є можливість «втратити обличчя».

Отже, особливість емоційної сфери хлопців-підлітків, які хворі на атопічний дерматит полягає у наступному:

- 1) позбавлення сорому якості загальної регуляції емоційної сфери;
- 2) збереження менш спотвореної позитивної емоційності, яка значно менше ретардується негативною емоційністю;
- 3) «злипання» негативною емоційністю, стеничних та астенічних її компонентів, формування амбівалентної емоційності;
- 4) гнів стає ресурсом «мужньої» поведінки, стримує сором, провину та тривогу;
- 5) алекситимія обслуговує стеничну негативну емоційність – не чуттєвість до власної «слабкості» дає можливість бути агресивним, «мужнім», а також знижує чуттєвість до негативною емоційності взагалі. Цей факт ще раз змушує підняти питання про наявність конструктивності у феномені алекситимії у хворих підлітків, й про парціальність цього феномену у хворих дівчат;
- 6) емоція інтересу у хлопців викликається наявністю «мужніх» форм поведінки;
- 7) ситуація соціального страху викликає сором, почуття провини та значно знижує радість.

Було визначено структуру емоційності у здорових хлопців-підлітків. Відповідна факторна матриця наведена у таблиці 3.12 (пояснювальна дисперсія 70,45%).

Структура емоційності хлопців, які хворі на атопічний дерматит (Гр.2)

Фактор 1 Соціальний та шкільний стрес	Фактор 2 Позитивна емоційність	Фактор 3 Стенічна негативна емоційність	Фактор 4 Астенічна негативна емоційність	Фактор 5 Сором
Страх (0,75) Тривога (0,64) Провина (0,63) ЗТШ (0,55) СВВ (0,52) ССПЗ (0,51) СС (0,47) Гнів (0,47) Алекситимія (-0,43) Радість (-0,44)	Радість (0,72) Інтерес (0,67) Здивування (0,43) Страх (-0,44) СС (-0,49)	Гнів (0,78) Відраза (0,53) Презирство (0,62) Інтерес (0,45) Радість (0,43)	Страх (0,79) Тривога (0,76) Провина (0,65) Презирство (0,45) Радість (-0,42)	Сором (0,65) Провина (0,57) СНВО (0,70) ПСС (0,52) Радість (-0,44)
ПД – 18,35%	ПД – 17,41%	ПД – 13,12%	ПД – 11,44%	ПД – 10,13%

Примітка: ПСС – переживання соціального стресу; ЗТШ – загальна тривожність у школі; СС – страх самовираження; СВВ – страхи у відносинах з вчителями; СНВО - страх не відповідати очікуванням оточуючих; ССПЗ - страх ситуації перевірки знань; НФОС - низький фізіологічний опір стресу; А – алекситимія; ПД – пояснювальна дисперсія.

Фактор 1 (пояснює 18,35% загальної дисперсії) був названий «Соціальний та шкільний стрес». До складу фактору увійшли наступні змінні: страх, тривога, провина, загальна тривожність у школі, страхи у відносинах з вчителями, страх ситуації перевірки знань, страх самовираження, гнів, алекситимія, а з негативним знаком – радість. Алекситимія є чинником, що протистоїть переживанню соціального й шкільного стресу, знижуючи його. Соціальний страх й шкільний стрес у групі здорових хлопців-підлітків об'єдналися, створили один фактор.

Фактор 2 (пояснює 17,41% загальної дисперсії) був названий «Позитивна емоційність». До складу фактору увійшли наступні змінні: радість, інтерес, здивування, а з негативним знаком – страх та страх самовираження. Склад фактору свідчить, що про нормальну

негенералізовану роботу механізму реціпрокності емоцій – позитивні емоції стримуються тільки страхом.

Фактор 3 (пояснює 13,12% загальної дисперсії) був названий «Стенічна Негативна емоційність». До складу фактору увійшли наступні змінні: гнів, відраза, презирство, інтерес, радість. Такі емоції не стримуються позитивними, навпаки, маніфестація гніву, як сили, «мужності» пов'язане з радістю й інтересом.

Фактор 4 (пояснює 11,44% загальної дисперсії) був названий «Астенічна негативна емоційність». До складу фактору увійшли наступні змінні: страх, тривога, провина, презирство, а з негативним знаком – радість. Таким чином, у групі здорових підлітків стенічні негативні емоції викликають радість, а астенічні – її відсутність.

Фактор 5 (пояснює 10,13% загальної дисперсії) був названий «Сором». До складу фактору увійшли наступні змінні: сором, провина, страх не відповідати очікуванням оточуючих, переживання соціального стресу, а з негативним знаком – радість. У здорових хлопців-підлітків емоція сорому створює окримий фактор, психіка залишається вільною від цього руйнуючого переживання.

Отже, в здорових хлопців-підлітків спостерігаються такі особливості:

- 1) «злиття» емоційних переживань щодо шкільного стресу й стресу, пов'язаному з іншими соціальними ситуаціями;
- 2) феномен алекситимії дозволяє подолати негативні переживання щодо стресу. Тому знову виникає питання щодо саногеності алекситимії;
- 3) позитивні переживання не стримуються негативними, а механізм реціпрокності не приймає генералізованої форми;
- 4) стенічні негативні емоції викликають радість й інтерес, є формою реалізації «мужності»;
- 5) сором створює окрему емоційну частину, яка не пов'язана з іншими аспектами емоційної сфери, що захищає психічний апарат від руйнації від сорому.



Структура емоційності дівчат, хворих на АД, характеризується високими показниками сорому ( $t=2,40$ ,  $f=83$ ;  $p<0,05$ ,  $M1=11,1$   $M2=7,5$ ;  $\sigma1=1,2$ ;  $\sigma2=0,9$ ;  $N1=45$ ;  $N2=40$ ), страху ( $t=2,35$ ,  $f=83$ ,  $p<0,05$ ,  $M1=10,2$   $M2=6,2$ ;  $\sigma1=1,1$ ;  $\sigma2=1,3$ ;  $N1=45$ ;  $N2=40$ ), провини ( $t=2,00$ ,  $f=83$ ,  $p<0,05$ ,  $M1=10,5$   $M2=6,4$ ;  $\sigma1=1,4$ ;  $\sigma2=1,5$ ;  $N1=45$ ;  $N2=40$ ).

В структурі емоційності хлопців, хворих на АД, переважає емоція провини ( $t=2,14$ ,  $f=76$ ,  $p<0,05$ ,  $M1=10,3$   $M2=5,3$ ;  $\sigma1=1,7$ ;  $\sigma2=1,6$ ;  $N1=38$ ;  $N2=40$ ) та злості ( $t=2,08$ ,  $f=76$ ,  $p<0,05$ ,  $M1=11,2$   $M2=5,9$ ;  $\sigma1=1,9$ ;  $\sigma2=1,7$ ;  $N1=38$ ;  $N2=40$ ). На вербальному рівні емоції сорому ( $t=1,04$ ,  $f=76$ ,  $p>0,05$ ,  $M1=7,3$   $M2=5,1$ ;  $\sigma1=1,5$ ;  $\sigma2=1,5$ ;  $N1=438$ ;  $N2=40$ ) та тривоги ( $t=1,65$ ,  $f=76$ ,  $p>0,05$ ,  $M1=8,3$   $M2=4,5$ ;  $\sigma1=1,9$ ;  $\sigma2=1,3$ ;  $N1=38$ ;  $N2=40$ ) не усвідомлюються хворими хлопцями, що, ймовірно, пов'язано з феноменом алекситимії та підлітковою реакцією емансипації, особливо притаманній чоловічій вибірці. У хворих дівчат й хлопців спостерігається ослаблення інтенсивності емоції інтересу (відповідно,  $t=2,00$ ,  $f=83$ ,  $p<0,05$ ,  $M1=7,5$   $M2=13,3$ ;  $\sigma1=1,9$ ;  $\sigma2=2,2$ ;  $N1=45$ ;  $N2=40$  та  $t=2,105$ ,  $f=76$ ,  $p<0,05$ ,  $M1=7,1$   $M2=11,3$ ;  $\sigma1=1,2$ ;  $\sigma2=1,6$ ;  $N1=38$ ;  $N2=40$ ), що призводить до зміщення психічної активності у внутрішній світ, створює умови для формування іпохондричної симптоматики й егоцентричної фіксованості.

Емоції мають дві форми існування в структурі особистості: 1) егосинтонну – емоція включена до Я-концепції; 2) его-дистонну - емоція не включена до Я-системи. Виявилось, що саме у дівчат конструкт “Я” пов'язаний із соромом ( $\tau= 0,45$ ,  $p <0,05$ ), почуттям провини ( $\tau= 0,46$ ,  $p<0,05$ ), обличчям ( $\tau= 0,45$ ,  $p<0,05$ ), груддю ( $\tau= 0,47$ ,  $p <0,05$ ) та плечами ( $\tau= 0,45$ ,  $p<0,05$ ). Це свідчить про дві речі: 1) емоції провини та сорому є внутрішні осмисленими, такими що конституують “Я”-концепцію; 2) дівчата є більш конгруентними по відношенню власних емоцій, а й тому більш страждають від наслідків хвороби шкіри, ніж хлопці.

### 3.4. Гендерні настанови підлітків, які хворі на atopічний дерматит

Вже в молодшому шкільному віці діти починають інтерпретувати контакти між хлопчиками і дівчатками як романтичні і сексуальні [109, 123, 124 та ін.]. Зародження сексуальності у стосунках дівчаток і хлопчиків починає проявлятися в умовах статевої сегрегації. Діти різної статі по різному ставляться до сексу і різних проблем, які з ним пов'язані. Т.В. Бендас наводить дані [33, с. 300] Дж. Хелстеда і С. Вейт, які виявили в результаті бесіди з дітьми різної статі гендерні відмінності в ставленні до сексу. Дівчата розповідали з бажанням, використовували вербальні конструкції з безліччю деталей, виявляли серйозну рефлексію, хлопчики говорили короткими фразами й жартами, використовували сексуальний сленг. Інформацію про сексуальне життя дівчата черпають в сім'ї, джерелом сексуальної інформації хлопчиків є їхні друзі та ЗМІ. Дівчата більше цікавилися сексуальними стосунками людей, побоювалися випробувати душевний біль від ймовірної втрати дитини, побоювалися ранньої вагітності. Хлопців більше цікавили питання контрацепції, абортів, механізмів статевого акту і народження дітей. Дівчата продемонстрували більшу реалістичність в питаннях кар'єри і сім'ї, усвідомлювали загрозу алкоголю, наркотиків і насильства, хлопчики демонстрували відсутність страху і жартівливе ставлення до сексу і насильства.

У підлітковому віці з початком статевого дозрівання статева сегрегація руйнується, це ж відбувається і з конфронтацією статей. Починають складатися нові стосунки між хлопчиками і дівчатками [106 та ін.].

Проведене порівняння груп дівчат, які хворі на atopічний дерматит, й здорових дівчат встановило ряд відмінностей в гендерних настановах. Відповідні дані наведені на рисунку 3.1. Хворим дівчатам властива гендерна настанова, яка свідчить про *ізоляцію статей*, що говорить про наявність відкидання осіб протилежної статі, конфліктність стосунків, фрустрацію в

гендерних стосунках. На малюнках дівчат, які хворі на atopічний дерматит, персонажі зображені відвернутими один від одного і дивляться в різні боки.

Дівчаткам з АД властива настанова «Незалежність». На їх малюнках персонажі зображені на відстані один від одного, відсутня емоційна виразність. Даний тип малюнків властивий особам, у яких є проблеми з реалізацією зацікавленості в стосунках.

Здорові дівчатка відрізняються від хворих за настановою «Тяжіння», що свідчить про дуже велику зацікавленість дівчаток в особах протилежної статі. Дівчата відкриті для спілкування з особами протилежної статі. Присутня значна психологічна зацікавленість з елементами еротичної мотивації.

В таблиці 3.13 наведено дані щодо відмінностей у поширеності гендерних настанов у групах хворих (Гр. 1) та здорових (Гр. К (Д)) дівчат-підлітків та достовірність відмінностей за поширеністю цих настанов. Використано  $\phi$ -критерій кутового перетворення Фішера.

Таблиця 3.13

Поширеність та достовірність відмінностей поширеності гендерних настанов у групах дівчат-підлітків

Типи настанов	Гр. 1	Гр. К (Д)	$\phi$	p
Опора	26,67% (12)	25,00% (10)	0,175	>0,05
Ізоляція	24,44% (11)	5,00% (2)	2,683	<0,01
Співпраця	4,44% (2)	10,00% (4)	1,017	>0,05
Незалежність	22,22% (10)	5,00% (2)	2,444	<0,01
Тяжіння	20% (9)	37,5% (15)	1,799	<0,05
Індиферентність	2,22% (1)	7,50% (3)	1,183	>0,05

На рисунку 3.1 представлена поширеність гендерних настанов у групах дівчат у графічному вигляді.

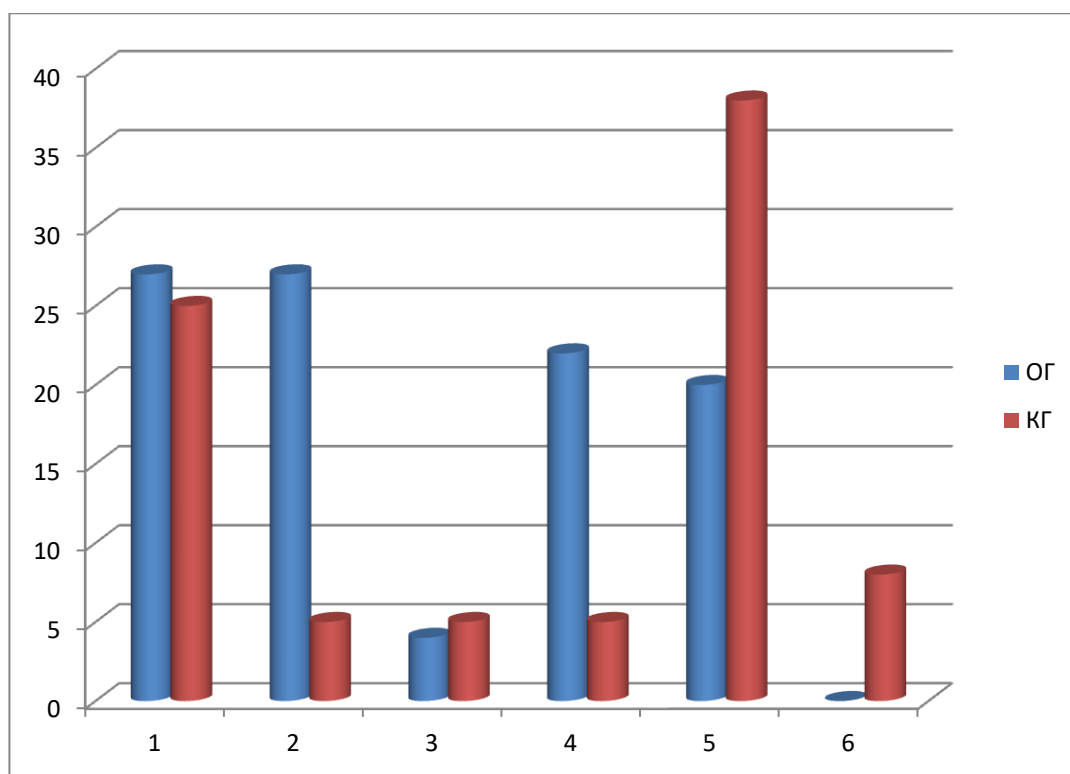


Рис.3.1. Поширеність (у %) гендерних настанов у групах дівчат  
Примітка. Типи настанов: 1-опора, 2-ізоляція, 3-співпраця, 4 - незалежність, 5- тяжіння, 6 – індифферентність.

Порівняння результатів в групах хлопчиків з діагнозом «Атопічний дерматит» і здорових хлопчиків також показало різницю в їх гендерних установках. Хлопчики з АД відрізняються від групи здорових однолітків по гендерній установці «Ізоляція». На малюнках хлопчики зобразили персонажів чоловічої і жіночої статі відвернутими один від одного, що дивляться в різні боки, стоять спиною один до одного, дивляться в спину. Такі зображення свідчать про відкидання, конфлікт, фрустрацію гендерних відносин.

Таблиця 3.13

Поширеність та достовірність відмінностей поширеності гендерних настанов у групах хлопців-підлітків

Типи настанов	Гр. 1	Гр. К (X)	$\varphi$	p
Опора	2,63% (1)	2,50% (1)	0,026	>0,05
Ізоляція	31,58% (12)	5,00% (2)	3,280	<0,01

<i>Співпраця</i>	2,50% (1)	30,00% (12)	3,690	<0,01
Незалежність	31,58% (12)	32,50% (13)	0,088	>0,05
Тяжіння	2,50% (1)	10,00% (4)	1,413	>0,05
Індиферентність	34,21% (13)	22,50% (9)	1,152	>0,05

Хлопчики групи контролю відрізняються від групи хлопців, які хворі на atopічний дерматит, установкою на *співробітництво*. На їхніх малюнках персонажі обох статей займаються спільною справою, співпрацюють. Крім того, хворі хлопці мають гендерну настанову на ізоляцію, яка відбивається на малюнках дистанціюванням, персонажі зображені відвернутими один від одного і дивляться в різні боки. А це у свою чергу свідчить про наявність відкидання осіб протилежної статі, конфліктність стосунків, фрустрацію в гендерних стосунках.

На рисунку 3.2 представлено дані щодо поширеності різних типів гендерних настанов у групах хлопців (хворих на atopічний дерматит та здорових).

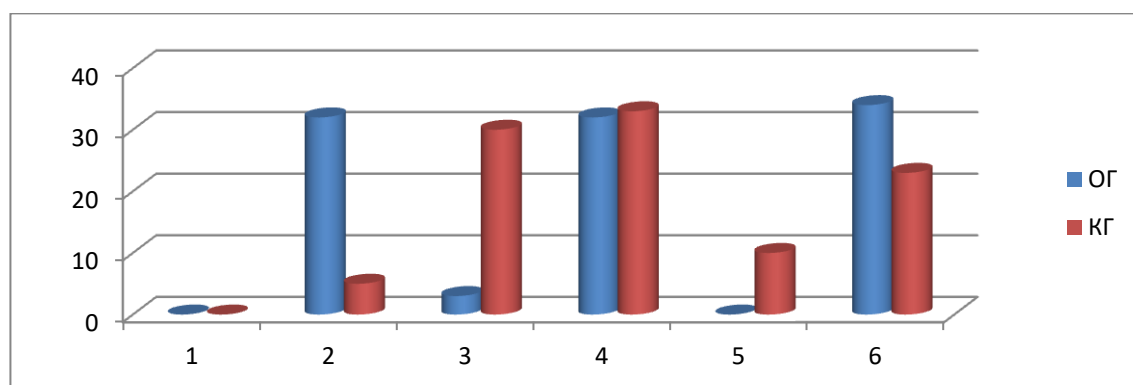


Рис.3.2. Вираженість (%) гендерних установок (групи хлопчиків)

Примітка: 1-опора, 2-ізоляція, 3-співпраця, 4- незалежність, 5- тяжіння, 6 – індифферентність.

Порівняння груп дівчаток і хлопчиків, які хворі на atopічний дерматит, показало, що дівчаткам більш притаманна настанова «опора», яка свідчить про те, що дівчата надають важливого значення дружнім відносинам з особами протилежної статі, агресія до протилежної статі відсутня (див. рис. 3.3.).

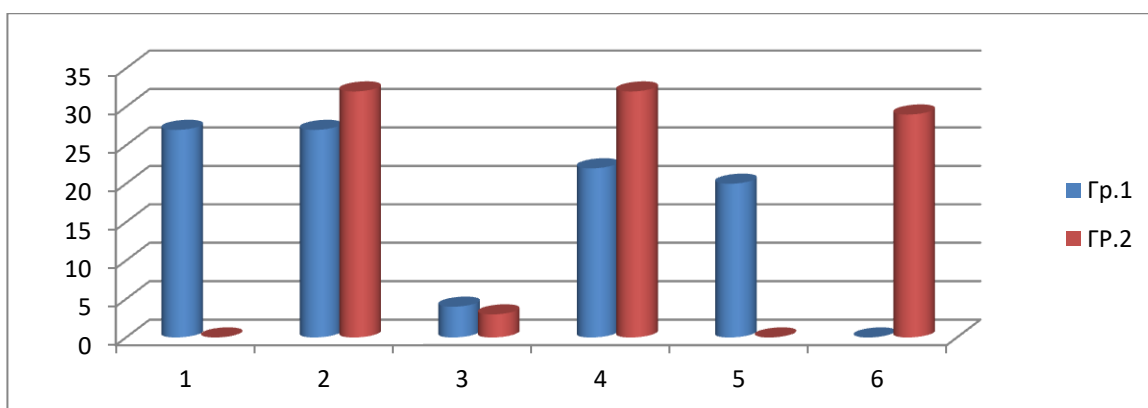


Рис.3.3. Вираженість (%) гендерних установок (Гр.1 і Гр.2)

Примітка: 1-опора, 2- ізоляція, 3-співпраця, 4- незалежність, 5- тяжіння, 6 – індиферентність.

На таких малюнках фігури представлені пропорційними, адекватно промальовані відповідно статі, немає переваг в деталізації того чи іншого персонажа. Ця відмінність є гендерно специфічною особам жіночої статі і не може розглядатися, як залежна від захворювання.

Крім цього дівчатка відрізняються від хлопчиків по установці «тяжіння», на таких малюнках персонажі звернені обличчям один до одного, дівчатка хочуть і шукають спілкування з особами протилежної статі. Ця відмінність є гендерно специфічною особам жіночої статі і не може розглядатися як залежна від захворювання.

Хлопчики з АД відрізняються від дівчаток з АД установкою «індиферентність», на таких малюнках відсутня чітка диференціація між фігурами, що свідчить про слабку статевою рольову диференціацію.

У таблиці 3.14 наведено відповідні статистичні дані.

Таблиця 3.14

Різниця поширеності типів гендерних настанов у хворих дівчат та хлопців (Гр.1 і Гр.2)

Тип гендерної установки	φ-критерій	p
<i>Опора</i>	4,926	<0,01
<i>Ізоляція</i>	-0,491	>0,05
<i>Співпраця</i>	0,449	>0,05
<i>Незалежність</i>	-0,961	>0,05
<i>Тяжіння</i>	4,209	<0,01
<i>Індиферентність</i>	-5,157	<0,01

Порівняння гендерних аттітюдів в групах підлітків з АД і їх здорових однолітків показало, що здорові хлопчики значно частіше ( $\varphi = -3,775$ ,  $p < 0,01$ ) зображували сексуальний об'єкт, що свідчить про більш розвинений сексуальний компонент здорових хлопчиків. В той час хлопчики, обтяжені шкірної патологією, схильні зображати «незрозумілий» об'єкт ( $\varphi = 3,278$ ,  $p < 0,01$ ), на їх малюнках чоловіча і жіноча фігури зображені незакінченими і недомальованими. Це свідчить про неформленість уявлень про статеворольове призначення як жіночої, так і своєї статі.

Також встановлені статистично достовірні відмінності між групами дівчаток і хлопчиків, хворих на atopічний дерматит.

Дівчата відрізняються від хлопчиків гендерним аттітудом ( $\varphi = 4,926$ ,  $p < 0,01$ ), що відображає романтичні уявлення дівчаток, чоловік на таких малюнках - галантний кавалер, поза і жести якого відображають повагу, захоплення. Хлопчики відрізняються від дівчаток зображенням «незрозумілого об'єкта» ( $\varphi = -5,417$ ,  $p < 0,01$ ).

Таким чином, дівчатам притаманні настанови «опора» та «тяжіння» (персонажі звернені обличчям один до одного, дівчина спирається на хлопця), що свідчить про те, що вони хочуть спілкування з «сильним» хлопцем. Слід відмітити, що: 1) таке бажання позбавлене «еротизму» й насичене «платонічним», романтичним сенсом (чоловік на таких малюнках - галантний кавалер, поза і жести якого відображають повагу, захоплення, з яким хочеться говорити, його слухати, разом ходити, дружити,  $\varphi = 2,52$ ,  $p < 0,01$ ), який відображає романтичні уявлення дівчаток; але еротичне лібідо розвивається у дівчат у віці 11-13 років; 2) таке бажання позбавлене активності, що свідчить про те, що вони знаходяться на етапі настановному, а не активно-діяльному формування психосексуальності. Взагалі хворим дівчатам властива гендерна настанова, що свідчить про дистанціювання від конструкта статі ( $\varphi = 2,68$ ,  $p < 0,01$ ) – малюнки позбавлені суто жіночих компонентів - нафарбовані губи, вії, довге волосся, прикраси, гарна сукня,

туфлі на високих підборах тощо. Отже, хворі дівчата характеризуються ретардованим психосексуальним розвитком.

Хлопці з АД більшою мірою, ніж здорові підлітки, виявляють гендерну настанову «ізоляція» ( $\phi = 1,87, p < 0,05$ ) - на малюнках вони зобразили персонажів чоловічої і жіночої статі відвернутими один від одного, такими, які дивляться в різні боки, стоять спиною один до одного, дивляться в спину тощо, що свідчить про відкидання, конфлікт, фрустрацію гендерних стосунків. Взагалі, хлопці з АД характеризуються недостатньо розвинутими статево-рольовими структурами особистості – хлопці більшою мірою спрямовані на реалізацію гомосоціофільної потреби, для них є важливим налагодити стосунки з однолітками у формі дружби, вони знаходяться на більш ранній стадії психосексуального розвитку – стадії статевої сегрегації (не бажають дружити з дівчатами), що у нормі притаманно хлопцям у віці 11-12 років. Здорові хлопці значно частіше ( $\phi = 3,76, p < 0,01$ ) зображували жіночий об'єкт, який сексуально конотований (“подобається”, “хотів би дружити”, “хотів би спілкуватися”), що відповідає віковій нормі психосексуального розвитку – саме у 12-14 років формується сексуальне лібідо у хлопців. У той час хлопці, які хворі на АД, схильні до дифузних, неартикульованих малюнків жіночої та чоловічої фігур (у контексті їх взаємодії), які є незакінченими й недомальованими ( $\phi = 2,33, p < 0,01$ ).

### **3.5. Особливості самооцінки підлітків, які хворі на atopічний дерматит**

Самооцінка і рівень домагань є найважливішими регуляторами поведінки, пов'язаними з емоційно-мотиваційною сферою особистості. Ставлення до себе, адаптація людини в світі багато в чому визначаються відносинами між реальним і ідеальним «Я» особистості [117]. Сприятливе поєднання конструктів, що аналізуються (при адекватній самооцінці і рівні домагань), супроводжується самоприйняття і комфортом в емоційній сфері, в той час як їх дивергенція пов'язана з ростом особистісної тривожності,



агресивності [44,45,46]. Вивчення самооцінки та рівня домагань є перспективним напрямком вивчення різноманітних особистісних феноменів, в тому числі і образу фізичного «Я» в структурі самосвідомості особистості.

У нашій роботі ми дотримувалися позиції Л.В. Бороздіної, яка вважає що «самооцінка - це критична позиція індивіда по відношенню до того, чим він володіє, але це не констатація наявного потенціалу, а саме оцінка з точки зору певної системи цінностей» [45, с. 99]. Автор стверджує, що «самооцінка - це спеціальна функція самосвідомості, що не зводиться ні до образу «Я», ні до самоставлення» [46, с.61]. Л.В. Бороздіна підкреслює, що самооцінка викликає те, чи інше ставлення до себе (самоставлення), але не навпаки. О.Н. Молчанова стверджує, що емоційна насиченість самооцінки визначається тим, наскільки усвідомлення тієї, чи іншої якості відповідає потребам і інтересам людини, сприяє досягненню мети діяльності [209]. Тісний зв'язок самооцінки та рівня домагань визнається багатьма дослідниками, що допускають, що рівень домагань є прямим індикатором самооцінки.

Самооцінка здоров'я дівчат, які хворі на atopічний дерматит, знаходиться на низькому рівні, а оцінка своїх здібностей - на середньому рівні, також на середньому рівні знаходиться оцінка свого характеру, авторитет у однолітків перебуває на низькому рівні, також на низькому рівні самооцінки знаходиться параметр «вміння робити своїми руками», зазначається низький рівень самооцінки власної зовнішності і впевненості в собі (табл.3.14).

Таблиця 3.15

## Описові статистики самооцінки дівчаток з АД

Шкали	Min	Max	M	m
Здоров'я самооцінка	30,00	60,00	42,00	9,85
Здоров'я домагання	50,00	100,00	84,00	15,43

Розум, здібності самооцінка	24,00	80,00	48,60	12,15
Розум, здібності,домагання	60,00	100,00	82,69	11,62
Характер самооцінка	10,00	100,00	50,93	9,20
Характер домагання	40,00	100,00	80,62	11,20
Авторитет у однолітків самооцінка	10,00	90,00	39,27	7,24
Авторитет у однолітків домагання	40,00	100,00	74,91	10,11
Вміння робити своїми руками самооцінка	10,00	70,00	44,53	6,79
Вміння робити своїми руками домагання	50,00	100,00	76,93	7,98
Зовнішність самооцінка	10,00	60,00	29,42	5,83
Зовнішність домагання	40,00	100,00	82,98	10,64
Впевненість в собі самооцінка	10,00	60,00	29,07	6,95
Впевненість в собі домагання	44,00	99,00	65,96	12,56

Примітка: Min – мінімальне значення; Max – максимальне значення; M – середнє значення; m – помилка середнього.

Домагання здоров'я у дівчаток з атопічним дерматитом відповідає дуже високому рівню, також дуже високий рівень домагань по відношенню до своїх здібностей і характеру, домагання на авторитет у однолітків відповідає високому рівню, вміння робити своїми руками знаходяться на дуже високому рівні, домагання зовнішності також відповідає дуже високому рівню, домагання впевненості в собі - високого рівня.

Таблиця 3.16

Різниця між самооцінкою і рівнем домагань у дівчаток з АД

Шкали	t	p
Здоров'я	2,29	<0,05
Розум, здібності	2,03	<0,05
Характер	2,05	<0,05
Авторитет у однолітків	2,87	<0,05
Вміння робити своїми руками	3,09	<0,05
Зовнішність	4,41	<0,05
Впевненість в собі	2,57	<0,05

За всіма параметрами спостерігаються статистично достовірні відмінності між актуальною самооцінкою і домаганнями (табл. 3.16). Використовувався t-критерій для зв'язаних вибірок.

Для опису структури самооцінки дівчаток з atopічним дерматитом був здійснений факторний аналіз простору ознак методики самооцінки Дембо-Рубінштейн в модифікації Прихожан (табл.3.17). Сумарно фактори, що було виділено, описують 63,92% загальної дисперсії.

Фактор 1 описує 19,09% дисперсії, був названий «Авторитет». Склад фактору: домагання на здоров'я, самооцінка здібностей, домагання на авторитет у однолітків, домагання на зовнішність, самооцінка зовнішності (з негативним знаком). Даний фактор вказує на те, що авторитет у однолітків пов'язаний зі здоров'ям, гарною зовнішністю, впевненістю у власних здібностях. Цей симптомокомплекс рис створює цінність для хворих дівчат-підлітків. Основа успіху – приваблива зовнішність та впевненість у своїх силах.

Фактор 2 описує 18,77% дисперсії, був названий «Характер». Даний фактор вказує на те, що для хворих дівчат наявність «сильного характеру» й відсутність нарцистичного уявлення про себе (свої здібності, які є й які потрібно розбудити) є запорукою здоров'я. Склад фактору відбиває соціалізаційну ситуацію, пов'язану з розчаруванням батьків у лікуванні й їхнім зверненням до дитини: «Тільки ти маєш побороти хворобу». Розчарування у результатах лікування самих дівчат також орієнтують їх на боротьбу з хворобою, для якої потрібен «характер».

Фактор 3 описує 14,99% дисперсії, був названий «Впевненість в собі». Склад фактору: самооцінка впевненості у себе та домагання на впевненість. Даний фактор вказує на ізольованість впевненості, на її функціональну «пустоту» - нічого вона не вирішує. Тому це впевненість заради впевненості.

Фактор 4 описує 11,07% дисперсії, був названий «Уміння». Склад фактору: вміння робити своїми руками (актуальне та бажане). Така умілість

не впливає на наявність саногенного ефекту, є у цьому сенсі функціонально «пустою», не забезпечує полегшення стану й одужання.

Таблиця 3.17

## Факторна структура самовідношення дівчаток з АД

Змінні	Фактори			
	1	2	3	4
Здоров'я самооцінка	-0,31	<b>0,50</b>	-0,10	-0,02
Здоров'я домагання	<b>0,46</b>	<b>0,44</b>	-0,01	-0,13
Розум, здібності самооцінка	<b>0,63</b>	-0,29	0,23	-0,26
Розум, здібності домагання	0,38	<b>-0,55</b>	-0,02	-0,32
Характер самооцінка	0,16	<b>0,79</b>	0,02	0,02
Характер домагання	0,14	<b>0,83</b>	0,13	-0,01
Авторитет у однолітків самооцінка	0,38	-0,02	-0,13	0,31
Авторитет у однолітків домагання	<b>0,63</b>	0,10	-0,24	0,39
Вміння робити своїми руками самооцінка	0,21	0,10	0,05	<b>0,74</b>
Вміння робити своїми руками домагання	-0,08	-0,04	0,07	<b>0,79</b>
Зовнішність самооцінка	<b>-0,61</b>	-0,15	0,18	0,05
Зовнішність домагання	<b>0,52</b>	-0,05	0,39	0,07
Впевненість в собі самооцінка	-0,10	0,01	<b>0,76</b>	-0,04
Впевненість в собі домагання	-0,07	0,08	<b>0,90</b>	0,12

Примітка: значимі вагові навантаження позначені жирним.

Дівчата з контрольної групи дуже високо оцінюють здоров'я, самооцінка розуму і здібностей відповідає середньому рівню, на високому рівні знаходяться оцінки характеру, на середньому рівні - авторитет у однолітків, також на середньому рівні знаходиться вміння робити своїми руками, оцінка зовнішності знаходяться на високому рівні, впевненість в собі відповідає високому рівню.

Домагання здоров'я дівчаток відповідають дуже висому рівню, домагання на розум і здібності високому, на характер також високому, також

на авторитет, середньому рівню домагань відповідає параметр вміння робити своїми руками, дуже високому рівню відповідають параметри зовнішності і впевненості в собі. В таблиці 3.18 наведено описові статистики дівчат з групи контролю.

Таблиця 3.18

Описові статистики дівчат групи контролю

Шкали	Min	Max	M	m
Здоров'я самооцінка	50,00	100,00	75,23	7,21
Здоров'я домагання	70,00	100,00	94,78	6,45
Розум, здібності самооцінка	40,00	80,00	58,75	7,54
Розум, здібності домагання	60,00	100,00	84,08	8,50
Характер самооцінка	49,00	100,00	61,15	6,07
Характер домагання	55,00	100,00	82,83	8,89
Авторитет у однолітків самооцінка	44,00	90,00	58,50	5,68
Авторитет у однолітків домагання	60,00	100,00	80,03	8,68
Вміння робити своїми руками самооцінка	30,00	80,00	53,98	6,86
Вміння робити своїми руками домагання	50,00	100,00	74,70	7,11
Зовнішність самооцінка	30,00	100,00	69,63	6,40
Зовнішність домагання	77,00	100,00	91,15	7,73
Впевненість в собі самооцінка	30,00	100,00	66,50	6,60
Впевненість в собі домагання	77,00	100,00	91,73	7,70

Примітка: Min – мінімальне значення; Max – максимальне значення; M – середнє значення; m – помилка середнього.

За всіма параметрами спостерігаються статистично достовірні відмінності між актуальною самооцінкою і домаганнями (табл.3.19), Найбільші розбіжності зафіксовано між самооцінкою здібностей і домаганнями здібностей, а також між самооцінкою авторитету і домаганнями. Використовувався t-критерій Ст'юдента для зв'язаних вибірок.

Різниця між самооцінкою і рівнем домагань дівчаток контрольної групи

Шкали	t	p
Здоров'я	2,02	<0,05
Розум, здібності	2,29	<0,05
Характер	2,01	<0,05
Авторитет у однолітків	2,08	<0,05
Вміння робити своїми руками	2,10	<0,05
Зовнішність	2,14	<0,05
Впевненість в собі	2,49	<0,05

Для опису структури самооцінки дівчаток контрольної групи здійснений факторний аналіз простору ознак методики самооцінки Дембо-Рубінштейн в модифікації Прихожан (табл. 3.20).

Фактор 1 «Зовнішність» описує 18,96% дисперсії; даний фактор вказує на значущість параметра зовнішності в структурі самоствавлення дівчат. У феноменологічному полі самосприйняття це означає, що «для того, щоб мати високу самооцінку потрібно мати привабливу зовнішність».

Фактор 2 «Здоров'я» описує 17,78% дисперсії; даний фактор вказує на значущість параметра здоров'я в структурі самоствавлення дівчат – впевненість у собі забезпечується гарним здоров'ям.

Фактор 3 біполярний, названий «Здібності/вміння», описує 16,86% дисперсії; даний фактор вказує, що здібності і вміння перебувають в антагоністичних відносинах в структурі самоствавлення дівчат.

Фактор 4 «Характер» описує 16,77% дисперсії; даний фактор визначає важливість параметра характеру в структурі самоствавлення дівчат.

## Факторна структура самоствалення дівчат групи контролю

Змінні	Фактори				
	1	2	3	4	5
Здоров'я самооцінка	-0,09	<b>0,83</b>	0,14	-0,15	0,01
Здоров'я домагання	0,09	<b>0,84</b>	-0,01	-0,05	-0,04
Розум, здібності самооцінка	-0,30	0,20	<b>-0,63</b>	0,07	0,17
Розум, здібності домагання	0,31	-0,19	<b>-0,74</b>	0,15	0,05
Характер самооцінка	-0,03	-0,09	-0,04	0,10	<b>0,87</b>
Характер домагання	0,03	-0,02	0,05	-0,01	<b>0,88</b>
Авторитет у однолітків самооцінка	-0,09	-0,03	0,01	<b>0,85</b>	0,04
Авторитет у однолітків домагання	0,01	-0,03	0,04	<b>0,90</b>	0,05
Вміння робити своїми руками самооцінка	0,02	0,18	<b>0,77</b>	0,18	0,19
Вміння робити своїми руками домагання	0,11	-0,09	<b>0,80</b>	0,06	-0,03
Зовнішність самооцінка	<b>0,74</b>	0,04	0,11	-0,07	0,03
Зовнішність домагання	<b>0,62</b>	<b>0,63</b>	-0,09	0,24	-0,18
Впевненість в собі самооцінка	<b>0,81</b>	0,04	0,06	-0,12	0,05
Впевненість в собі домагання	0,06	<b>0,70</b>	-0,12	0,33	-0,20

Примітка: значимі вагові навантаження позначені жирним

Порівняння групи хворих дівчат і групи дівчат, не обтяжених шкірною патологією, показало, що деякими параметрами існують статистично достовірні відмінності, які вказують, що самооцінка дівчат, не обтяжених захворюванням, вище, ніж у дівчат, які хворі на atopічний дерматит (табл. 3.21).

Таблиця 3.21

Достовірність відмінностей між групами дівчат (хворих та здорових) за різними шкалами актуальної самооцінки

Шкали	t	p
Здоров'я	2,72	<05
Розум, здібності	0,71	>05
Характер	0,93	>05
Авторитет у однолітків	2,09	<05
Вміння робити своїми руками	0,98	>05
Зовнішність	4,64	<05
Впевненість в собі	3,91	<05

Як видно з таблиці 3.21 дівчата, які хворі на atopічний дерматит, значно нижче оцінюють своє здоров'я, авторитет у однолітків, зовнішність та впевненість у собі, тобто стрижневі показники Я-концепції дівчат-підлітків.

Порівняння групи дівчат, які хворі на atopічний дерматит, і групи дівчат, не обтяжених шкірної патологією, показало, що за всіма параметрами домагань у структурі самооцінки відмінностей не виявлено. Це свідчить про існування у хворих дівчат феномену «ножиць» - великого зазору між системою актуального само оцінювання й домаганнями (ідеальними образами себе), що створює внутрішнє напруження й інконгруентність. Таке напруження є умовою соматизації внутрішнього конфлікту, який створює й підтримує існування «порочного кола» психосоматичного розладу. Відповідні дані наведені у таблиці 3.22.

Таблиця 3.22

Достовірність відмінностей між групами дівчат (хворих та здорових) за різними шкалами ідеалізованої самооцінки (системи домагань)

Шкали	t	p
Здоров'я	0,64	>0,05
Розум, здібності	0,10	>0,05
Характер	0,15	>0,05
Авторитет у однолітків	0,38	>0,05
Вміння робити своїми руками	0,21	>0,05
Зовнішність	0,62	>0,05
Впевненість в собі	1,75	>0,05



Рівень самооцінки в групі хлопців з atopічним дерматитом за параметром здоров'я - середній; рівень самооцінки здібностей - високий; рівень самооцінки характеру - середній; рівень самооцінки авторитету у однолітків - середній; вміння робити своїми руками знаходиться на середньому рівні самооцінки; рівень самооцінки зовнішності знаходиться на середньому рівні; рівень самооцінки впевненості в собі - низький (табл.3.23).

Рівень домагань хлопчиків за параметром здоров'я - дуже високий; рівень самооцінки здібностей - дуже високий; рівень домагань характеру - високий; рівень домагань на авторитет у однолітків - дуже високий; вміння робити своїми руками знаходиться на високому рівні домагань; рівень домагань зовнішності знаходиться на високому рівні; рівень домагання на впевненість в собі - високий рівень (табл.3.23).

Таблиця 3.23

## Описові статистики самооцінки хлопців з АД

Шкали	Min	Max	M	m
Здоров'я самооцінка	23,00	76,00	51,59	6,58
Здоров'я домагання	67,00	100,00	90,79	7,90
Розум, здібності самооцінка	45,00	90,00	61,18	6,15
Розум, здібності домагання	80,00	100,00	93,42	7,45
Характер самооцінка	30,00	90,00	56,05	8,43
Характер домагання	56,00	100,00	79,42	9,07
Авторитет у однолітків самооцінка	40,00	90,00	57,58	7,19
Авторитет у однолітків домагання	69,00	100,00	90,34	8,62
Вміння робити своїми руками самооцінка	40,00	90,00	57,24	5,58
Вміння робити своїми руками домагання	70,00	100,00	87,92	8,83
Зовнішність самооцінка	40,00	65,00	51,00	5,37
Зовнішність домагання	60,00	100,00	85,16	7,47
Впевненість в собі самооцінка	10,00	90,00	39,68	5,10
Впевненість в собі домагання	69,00	100,00	89,21	10,38

Примітка: Min – мінімальне значення; Max – максимальне значення; M – середнє значення; m – помилка середнього

Статистично достовірна різниця між самооцінкою і рівнем домагань хлопчиків з АД встановлена за всіма параметрами (окрім самооцінки характеру). Відповідні дані наведені у таблиці 3.23. Використовувався t-критерій Ст'юдента для зв'язаних вибірок.

Таблиця 3.23

Різниця між самооцінкою і рівнем домагань хлопців, які хворі на atopічний дерматит

Шкали	t	p
Здоров'я	3,81	<0,05
Розум, здібності	3,34	<0,05
Характер	1,89	>0,05
Авторитет у однолітків	2,92	<0,05
Вміння робити своїми руками	2,94	<0,05
Зовнішність	3,71	<0,05
Впевненість в собі	4,28	<0,05

Для опису структури самооцінки хлопчиків з АД був здійснений факторний аналіз простору ознак методики самооцінки Дембо-Рубінштейн в модифікації Прихожан (табл.3.24).

Фактор 1 описує 22,23% дисперсії, біполярний за структурою і названий «Домагання на вміння». Даний фактор свідчить, що самооцінка хворих хлопців поєднана в симптомокомплекс наступних ознак: здібності, вміння, авторитет у однолітків, й надія на гарну зовнішність (тіло) у майбутньому (за рахунок занять у спортзалі тощо). «Гарний» характер у перцептивному феноменологічному полі хворих хлопців сприймається як слабкість, не мужність, що протилежно силі, авторитетності, вмінню постояти за себе.

Фактор 2 пояснює 15,05% дисперсії і названий «Авторитет». Даний фактор вказує на те, що авторитет у однолітків у перцептивному полі хворого

підлітка не може бути досягнут хворою людиною. Захворювання сприймається як прояв слабкості.

Фактор 3 пояснює 14,77% дисперсії і названий «Зовнішність». Даний фактор свідчить про те, самооцінка власного характеру хворими хлопцями-підлітками залежить від оцінки власної зовнішності, яка при дерматологічній патології стає надцінною. Самооцінка себе як особистості стає у таких хворих похідною від оцінки зовнішності (собою й оточенням).

Фактор 4 описує 10,33% дисперсії і названий «Здібності/вміння». Фактор біполярний – з одного боку, висока самооцінка власних цінностей й інтелекту, а, з другого, – низькі вміння щось робити своїми руками. Хворі підлітки поділяють світ на інтелектуальну діяльність, яка пов'язана з самоповагою, та фізичну (діяльність руками), яка є не престижною. Зниження інтересу до фізичної роботи, ймовірно, пов'язано з загальною астенизацією та лікувальними обмеженнями.

Фактор 5 пояснює 10,02% дисперсії, біполярний і отримав назву «Здоров'я». Даний фактор свідчить про те, що поганий стан здоров'я змушує хворих хлопців актуалізувати захисний механізм фантазії щодо власної сили та значущості у майбутньому.

Таблиця 3.24

## Факторна структура самоствавлення хлопців з АД

Змінні	Фактори				
	1	2	3	4	5
Здоров'я самооцінка	0,22	<b>-0,44</b>	-,033	0,16	<b>-0,69</b>
Здоров'я домагання	0,18	<b>0,43</b>	0,06	-0,20	<b>-0,41</b>
Розум, здібності самооцінка	<b>0,69</b>	-0,13	0,22	<b>0,54</b>	0,25
Розум, здібності домагання	<b>0,47</b>	-0,01	-0,08	<b>0,68</b>	-0,08
Характер самооцінка	<b>-0,69</b>	0,12	0,20	0,37	0,20
Характер домагання	<b>-0,62</b>	0,36	<b>0,42</b>	0,12	0,30
Авторитет у однолітків самооцінка	<b>0,48</b>	0,64	-0,21	0,07	0,22
Авторитет у однолітків домагання	0,23	<b>0,79</b>	-0,33	0,13	-0,15

Вміння робити своїми руками самооцінка	<b>0,62</b>	-0,25	0,11	<b>-0,53</b>	0,21
Вміння робити своїми руками домагання	<b>0,77</b>	-0,17	0,19	0,07	0,29
Зовнішність самооцінка	0,11	-0,03	<b>0,87</b>	-0,03	0,07
Зовнішність домагання	<b>0,40</b>	0,33	<b>0,49</b>	0,02	-0,32
Впевненість в собі самооцінка	-0,39	-0,26	0,02	<b>0,42</b>	-0,22
Впевненість в собі домагання	0,08	-0,26	-0,52	0,10	<b>0,41</b>

Примітка: значимі вагові навантаження позначені жирним

Рівень самооцінки в групі хлопчиків, які не обтяжені шкірною патологією, за параметром здоров'я високий; рівень самооцінки здібностей - високий; рівень самооцінки характеру - високий; рівень самооцінки авторитету у однолітків - високий; вміння робити своїми руками знаходиться на високому рівні самооцінки; рівень самооцінки зовнішності знаходиться на середньому рівні; рівень самооцінки впевненості в собі - низький (табл.3.25).

Рівень домагань в контрольній групі хлопчиків за параметром здоров'я - дуже високий; рівень самооцінки здібностей - дуже високий; рівень домагань характеру - високий; рівень домагань на авторитет у однолітків - дуже високий; вміння робити своїми руками знаходиться на високому рівні домагань; рівень домагань зовнішності знаходиться на середньому рівні; рівень домагання на впевненість в собі - дуже високий рівень (табл.3.25).

Таблиця 3.25

## Описові статистики самооцінки хлопців контрольної групи

Шкали	Min	Max	M	m
Здоров'я самооцінка	64,00	100,00	81,73	8,47
Здоров'я домагання	80,00	100,00	94,60	5,83
Розум, здібності самооцінка	45,00	96,00	67,10	15,87
Розум, здібності домагання	77,00	100,00	93,17	7,78
Характер самооцінка	30,00	90,00	59,70	14,90

Характер домагання	56,00	100,00	80,23	10,22
Авторитет у однолітків самооцінка	49,00	90,00	68,70	13,49
Авторитет у однолітків домагання	69,00	100,00	91,85	9,57
Вміння робити своїми руками самооцінка	40,00	90,00	60,15	13,75
Вміння робити своїми руками домагання	70,00	100,00	87,65	10,87
Зовнішність самооцінка	40,00	80,00	57,87	9,42
Зовнішність домагання	50,00	100,00	69,32	11,32
Впевненість в собі самооцінка	13,00	90,00	64,97	14,15
Впевненість в собі домагання	69,00	100,00	90,95	8,28

Примітка: Min – мінімальне значення; Max – максимальне значення; M – середнє значення; m – помилка середнього

Встановлено достовірно значущі відмінності між реальною і бажаною самооцінкою хлопчиків, не обтяжених атопічним дерматитом, за t-критерієм Ст'юдента для зв'язаних вибірок.

(табл. 3.26).

Таблиця 3.26

Разниця між самооцінкою і рівнем домагань хлопців контрольної групи

Шкали	t	p
Здоров'я	1,022	>0,05
Розум, здібності	2,026	<0,05
Характер	2,100	<0,05
Авторитет у однолітків	2,231	<0,05
Вміння робити своїми руками	2,232	<0,05
Зовнішність	1,964	>0,05
Впевненість в собі	2,853	<0,05

Для опису структури самооцінки хлопчиків контрольної групи був здійснений факторний аналіз простору ознак методики самооцінки Дембо-Рубінштейн в модифікації Прихожан (табл. 3.27).

Фактор 1 пояснює 23,23% дисперсії, біполярний за своєю природою, отримав назву «Характер». Даний фактор свідчить про налаштованість сучасних підлітків на не фізичну, а й інтелектуальну діяльність – «якщо маєш характер, не будеш працювати руками».

Фактор 2 пояснює 20,13% дисперсії, біполярний, отримав назву «Зовнішність». Даний фактор свідчить про особливе співвідношення зовнішності з впевненістю у собі: гарна зовнішність й зосередженість на зовнішності відбувається тільки у невпевнених чоловіків.

Фактор 3 пояснює 16,06% дисперсії, названий «Здібності». Даний фактор вказує на значущість здібностей і умінь в структурі самоствавлення хлопчиків.

Фактор 4 пояснює 10,07% дисперсії, названий «Авторитет». Даний фактор вказує на значущість авторитету у однолітків в структурі самоствавлення хлопчиків; авторитет у однолітків не пов'язаний з іншими параметрами самоствавлення.

Фактор 5 пояснює 10,01% дисперсії, названий «Здоров'я». Даний фактор вказує на значущість здоров'я в структурі самоствавлення хлопчиків; здоров'я не пов'язане з іншими параметрами самоствавлення. Тобто відсутність здоров'я в перцептуальному полі здорових підлітків сприймається як таке, що не спотворює інши сфери самоствавлення.

Таблиця 3.27

## Факторна структура самовідношення хлопчиків контрольної групи

Змінні	Фактори				
	1	2	3	4	5
Здоров'я самооцінка	-0,19	0,09	0,17	0,08	<b>0,77</b>
Здоров'я домагання	-0,03	0,06	-0,14	0,07	<b>0,87</b>
Розум, здібності самооцінка	0,23	0,15	<b>0,85</b>	-0,07	-0,02

Продовження таблиці 3.27

Розум, здібності домагання	-0,03	-0,17	<b>0,81</b>	0,24	0,01
Характер самооцінка	<b>-0,85</b>	0,01	-0,04	-0,28	0,24
Характер домагання	<b>-0,75</b>	0,02	-0,23	-0,17	0,14
Авторитет у однолітків самооцінка	0,17	0,24	0,09	<b>0,74</b>	0,08
Авторитет у однолітків домагання	0,07	0,14	0,04	<b>0,83</b>	0,05
Вміння робити своїми руками самооцінка	<b>0,70</b>	0,10	0,04	-0,15	0,14
Вміння робити своїми руками домагання	<b>0,46</b>	0,27	<b>0,56</b>	-0,04	0,06
Зовнішність самооцінка	0,11	<b>0,87</b>	0,04	0,18	-0,01
Зовнішність домагання	0,05	<b>0,72</b>	-0,01	0,36	0,11
Впевненість в собі самооцінка	-0,13	-0,01	0,04	0,17	-0,31
Впевненість в собі домагання	0,22	<b>-0,70</b>	-0,04	0,10	-0,15

У таблиці 3.28 наведено достовірність відмінностей за різними сферами самоставлення між групами хворих та здорових підлітків.

Таблиця 3.28

Відмінності за різними компонентами самооцінки між групами хворих та здорових хлопців

Шкали	t	p
Здоров'я	2,81	<0,05
Розум, здібності	0,35	>0,05
Характер	0,21	>0,05
Авторитет у однолітків	0,73	>0,05
Вміння робити своїми руками	0,20	>0,05
Зовнішність	0,63	>0,05
Впевненість в собі	1,68	>0,05

Як видно з таблиці 3.28, визначена тільки одна достовірна відмінність, а саме за актуальними самооцінками здоров'я. Це означає, що порушення дерматологічного здоров'я у хлопців, на відміну від дівчат, не обов'язково призводить до спотворень всієї системи самоставлення. Хлопці більш резистентні до впливу дерматологічної хвороби на особистість

В таблиці 3.29 наведені достовірності відмінності у різних компонентах домагань в системі самоставлення між групами хворих та здорових хлопців-підлітків.

Таблиця 3.29

Відмінності домагань хлопців з АД і хлопців контрольної групи

Шкали	t	p
Здоров'я	0,39	>0,05
Розум, здібності	0,03	>0,05
Характер	0,02	>0,05
Авторитет у однолітків	0,12	>0,05
Вміння робити своїми руками	0,02	>0,05
Зовнішність	1,17	>0,05
Впевненість в собі	0,13	>0,05

Порівняння рівнів реальної самооцінки хворих підлітків-дівчат й підлітків-хлопців показало, що всі параметри актуального самоставлення достовірно не відрізняються, за винятком параметру «Зовнішність», який хлопці оцінюють вище, ніж дівчатка (табл.3.30).

Таблиця 3.30

Разниця між рівнем реальної самооцінки підлітків з АД

Шкали	t	p
Здоров'я	0,81	>0,05
Розум, здібності	0,92	>0,05
Характер	0,41	>0,05



Авторитет у однолітків	1,79	>0,05
Вміння робити своїми руками	1,45	>0,05
Зовнішність	2,72	<0,05
Впевненість в собі	1,23	>0,05

Порівняння рівня домагань підлітків з атопічним дерматитом показало, що відмінності між групами хворих дівчат та хлопців не достовірні. Дані наведені у таблиці 3.31.

Таблиця 3.31

Разниця між рівнем домагань підлітків з АД (дівчат і хлопців)

Шкали	t	p
Здоров'я	0,39	>0,05
Розум, здібності	0,78	>0,05
Характер	0,08	>0,05
Авторитет у однолітків	1,16	>0,05
Вміння робити своїми руками	0,92	>0,05
Зовнішність	0,17	>0,05
Впевненість в собі	1,43	>0,05

Закономірністю різних точок зору, які зустрічаються в літературі, на природу самосвідомості є визнання образу фізичного «Я» одним з її структурних компонентів. Дослідниками визнається висока роль образу фізичного «Я» у формуванні самосвідомості, Я-концепції і Я-образу. З. Фройд підкреслював важливу роль тіла в розвитку Его-структур [311]. А. Адлер показав існування тісного зв'язку між образом тілесного «Я» і самооцінкою [5]. Р. Бернс називає образ тіла «джерелом розвитку Я-концепції» [36]. Ставлення до людини певною мірою залежить від його

фізичних якостей, останні є основою для формування Я-концепції» [22, 54, 95,166, 296 та ін.].

Виходячи з цього, нами була вивчена тілесна складова самоствавлення підлітків з АД. З цією метою був використаний універсальний семантичний диференціал (СД).

Кореляційна плеяда, яка відображає конотації різних частин тіла в групі дівчат з АД, представлена на рис. 3.4. З кореляційної плеяди видно, що дівчата ототожнюють себе («Я») з такими частинами тіла як обличчя ( $\tau = 0,452$ ), груди ( $\tau = 0,432$ ) і плечі ( $\tau = 0,476$ ), які забарвлені емоцією сорому ( $\tau = 0,453$ ;  $\tau = 0,512$ ;  $\tau = 0,446$ ). Обличчя є самою соціальною частиною людського тіла, символом сфери спілкування і взаємодії з іншими людьми, при наявності АД обличчя викликає сором. Плечі і груди також уражені хворобою викликають емоцію сорому.

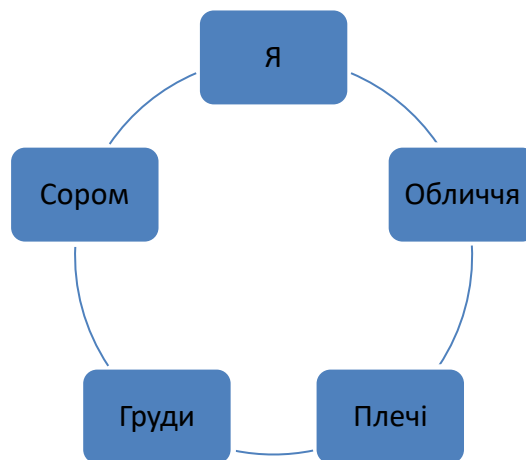


Рис.3.4. Кореляційна плеяда самооцінки дівчат з АД

У групі дівчаток, не обтяжених АД, дівчатка ототожнюють себе з обличчям ( $\tau = 0,457$ ), яке забарвлене емоцією радості ( $\tau = 0,477$ ) й інтересу ( $\tau = 0,501$ ) (рис.3.5). Відповідна кореляційна плеяда наведена на рисунку 3.5.

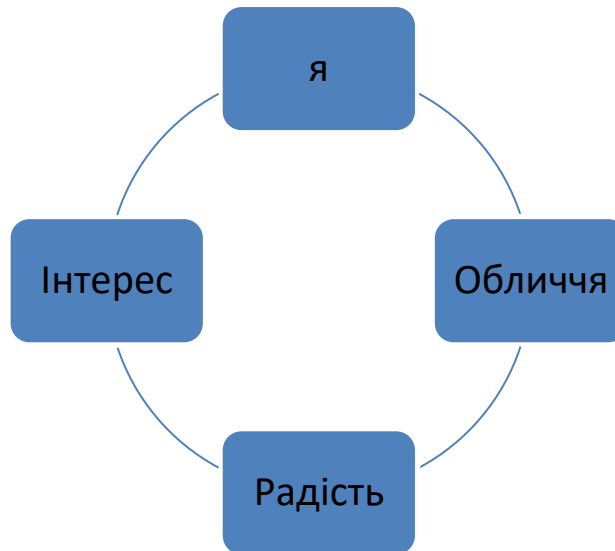


Рис.3.5. Кореляційна пляда дівчат (контроль)

Отримана кореляційна пляда в групі хлопців з АД (рис.3.6) демонструє зв'язок між обличчям і соромом ( $\tau = 0,454$ ), а також між руками і соромом ( $t = 0,444$ ), при цьому зв'язки між «Я» хлопців з частинами тіла і емоціями відсутні, що вказує на Его-дистонність тілесних аспектів.

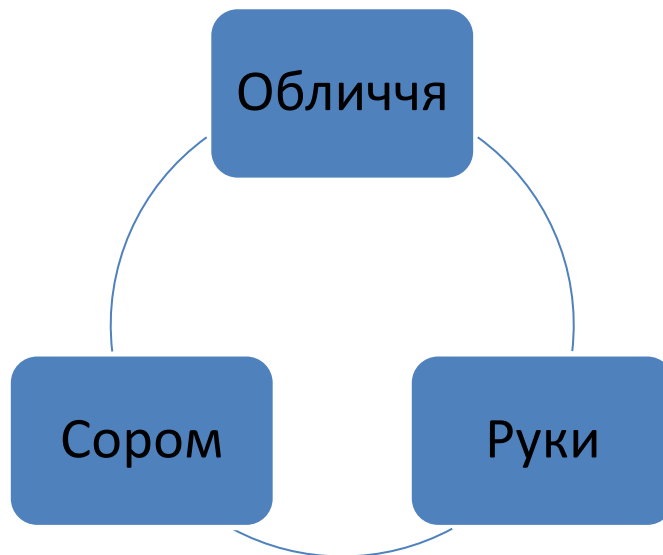


Рис.3.6. Кореляційна пляда хлопців з АД

Кореляційна пляда в групі здорових хлопців (рис.3.7) вказує на включеність в структуру «Его» таких частин тіла як плечі і ноги, зв'язок з

даними частинами тіла демонструє наявність сили (плечі) і опори (ноги), проте емоційне навантаження тілесності у хлопчиків відсутнє.

У хворих хлопців зв'язки між конструктом «Я» та частинами тіла (обличчя, плечі) й емоціями сорому та провини відсутні ( $p > 0,05$ ), що вказує на Его-дистонність ураженого тіла та емоцій, що викликані таким ураженням. Такий механізм дисоціації емоцій та Я-системи є захисною стратегією позбавлення Я від неприємних почуттів, й суб'єктивно хлопці страждають менше, ніж дівчата.

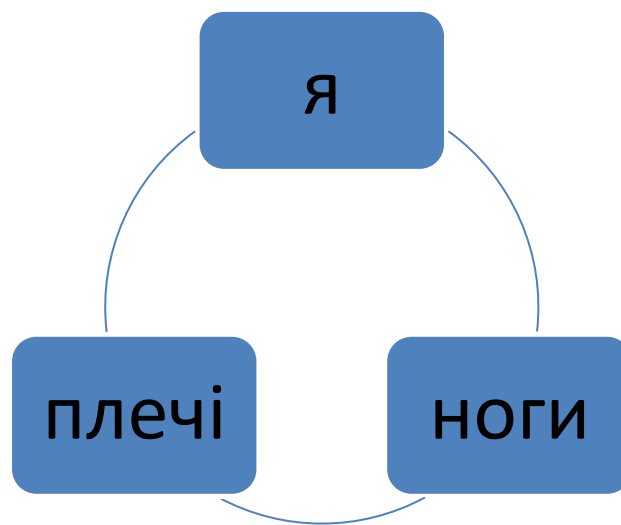


Рис.3.7.Кореляційна плеяда хлопців (контроль)

Отже, актуальна самооцінка підлітків з АД занижена порівняно з їх здоровими однолітками. У дівчат спостерігається спотворення 4-х з семи аспектів самоствавлення: занижуються по відношенню до здорових дівчат самооцінки «Здоров'я», «Авторитету», «Зовнішності», «Впевненість у собі». У хлопців порушується тільки сфера «Здоров'я», що свідчить про більшу резистентність хлопців до руйнуючого впливу хвороби на особистість, зокрема, на систему самоствавлення. Порівняння реальної самооцінки підлітків, обтяжених АД, показує, що всі параметри не відрізняються, за винятком параметру «Зовнішність», який хлопці оцінюють вище, ніж

дівчатка. Загалом можна стверджувати, що дерматологічний розлад (атопічний дерматит) для дівчат спричиняє більш проблем, ніж для хлопців.

Дівчата з АТ ототожнюють себе з такими частинами тіла як обличчя, груди і плечі, які забарвлені емоцією сорому.

У хлопчиків з АД тілесні аспекти Его-дистонні, обличчя і руки зв'язані з соромом.

## ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 3

1. Найбільш поширеним типом ставлення до хвороби в підлітковому віці, незалежно від статі, є змішаний тип інтра- і інтерпсихічної спрямованості.

Специфічними чоловічому гендеру типами ставлення до хвороби при atopічному дерматиті у підлітків є типи, при яких соціальна адаптація істотно не порушується (ергопатичний, анозогностичний). Специфічними жіночому гендеру типами ставлення до хвороби при atopічному дерматиті у підлітків є типи (сенситивний, недиференційований), що порушують психічну адаптацію переважно інтерпсихічної спрямованості. Полюси адаптивності-дезадаптивності задаються гендерними механізмами: у хлопчиків - «фальшива самооцінка» і орієнтація на задачу (полюс адаптивності), у дівчаток - мотивацією аффілітації і високою значимістю зовнішності для жіночої статі (полюс дезадаптивності).

2. Структура дерматологічної якості життя дівчаток вказує на загальний важкий стан дівчаток-підлітків, що страждають на АД, захворювання значно впливає на всі сфери життя дівчаток, не залишаючи «люцидний вікон». При цьому, найбільш значущим фактором, який впливає на ЯЖ дівчаток, є порушена сфера особистих відносин.

Зниження якості життя хлопчиків-підлітків з АД пов'язане з двома чинниками. У першому варіанті найбільш значущим фактором, який впливає на ЯЖ хлопчиків, є фактор поганого самопочуття, який впливає на повсякденну активність і навчання підлітків. Другий варіант зниження ЯЖ хлопчиків з АД пов'язаний з порушеним фактором дозвілля, який пов'язаний з особистими відносинами і лікуванням, останній параметр в свою чергу перешкоджає нормальному проведенню дозвілля.

2. Встановлені особистісні особливості дівчат-підлітків, хворих на АД, а саме: тривожно депресивні, пасивно-страждальні, соціально інтровертивні, виразність яких свідчить про порушення адаптації дівчат та відхилення їх

стану від нормального, а також більш «м'які» тривожно-депресивні особливості, що свідчать про ведучі тенденції особистості дівчат.

Особистісні особливості хлопців, які хворіють на АД, представлені іпохондричною захопленістю з індивідуалістичним відособленням, депресивно-тривожними налаштуваннями, внутрішньою напруженістю з тривожною та шизоїдною загальмованістю. 23,7 % хлопців характеризуються активною обороноспроможною життєлюбною позицією, позитивною самооцінкою і типово чоловічим стилем поведінки; в стресі – стенічні і активні, намагаються не проявляти схвильованості. Отже, більш психологічно вразливими до хвороби є дівчата, у яких особистісні особливості є такими, що значно ускладнюють їх адаптацію та впливають на загальну якість життя; 23,7 % хлопців стенічні до хвороби, у решти під впливом захворювання формуються дезадаптивні властивості особистості.

3. У хворих на atopічний дерматит дівчат й хлопців спостерігаються два типи профілю: 1) патосимптоматичний (у дівчат й хлопців - тривожно-депресивний, астеничний та іпохондричний), 2) патохарактерологічний (у дівчат – сенситивні, дистанційовані й хронічно тривожні особистості; у хлопців – дискордантно-асоціальні та шизоїдні особистості). У дівчат спостерігаються такі особистісні профілі: 1) «тривожно-депресивна відособленість»); 2) «сенситивно-індивідуалістичний»; 3) «невротичний»; 4) «ескапізм». У хлопців поширені такі профілі: 1) «суб'єктивно-споглядальний»; 2) «емоційно-напружений»; 3) «стенічний»; 4) «індивідуалістично-тривожний».

4. Найнижчий рівень комфортності притаманний групі дівчаток з АД, показники дівчаток відрізняються як від показників хлопчиків з АД, так і від показників дівчаток, не обтяжених шкірної патологією. Хлопчики з АД відчують себе комфортніше, ніж дівчатка з АД, проте їх оцінки статистично достовірно відрізняються від їх здорових однолітків.

5. Структура емоційності дівчаток-підлітків з діагнозом «Атопічний дерматит» - астеничний і може бути названий структурою сорому-страху-

провини. Структура емоційності хлопчиків має змішану стенично-астеничну природу.

4. Емоційність дівчат, які хворі на atopічний дерматит, має такі особливості: 1) «злипання» емоцій; 2) генералізація механізму реципрокності у співвідношенні емоцій – з часткового механізму, який описує взаємодію деяких емоцій, він перетворюється у загальний принцип функціонування емоційної сфери. За таких умов позитивним емоціям протистоїть сонм негативних, які ретардують позитивні емоції; 3) «злипання» негативної емоційності стеничного й астенічного кіл – гнів й страх перемішуються, що призводить до потенціювання негативної емоційності, до її інфляції; 4) алекситимія виступає як частковий феномен емоційної організації - не зачіпає всю емоційну сферу; 5) емоція сорому є «наскрізною» - пронизує усі фактори, тобто є стрижневою характеристикою емоційної сфери особистості хворих дівчат.

Особливість емоційної сфери хворих хлопців-підлітків полягає у: 1) збереженні позитивної емоційності, яка значно менше ретардується негативною; 2) «злипання» негативної емоційності, її стеничних та астенічних компонентів; 3) гнів стає ресурсом «мужньої» поведінки, стримуючи сором, провину та тривогу; 4) алекситимія обслуговує стеничну негативну емоційність – нечуттєвість до власної «слабкості» дає можливість бути агресивним, «мужнім». Цей факт змушує підняти питання про наявність конструктивності у феномені алекситимії у хворих підлітків.

5. Встановлені особливості гендерних установок підлітків з АД. Частині дівчаток (27%), обтяжених АД, властива гендерна установка, яка свідчить про ізоляцію статей, що говорить про наявність відкидання осіб протилежної статі, конфліктність відносин, фрустрацію в гендерних відносинах, також дівчаткам з АД властива установка «Незалежність» (22%), що вказує на проблеми з реалізацією зацікавленості в стосунках з особами протилежної статі. Хлопчикам з АД властива ізоляція (32%) від осіб протилежної статі, відсутня сексуальна зацікавленість і мотивація (5%), яка



фрустрована захворюванням, властива неоформленість уявлень про статеворольове призначення як жіночої, так і своєї статі (32%).

5. Самооцінка підлітків з АД занижена, порівняно з їх здоровими однолітками. Порівняння рівнів реальної самооцінки підлітків, обтяжених АД, показує, що всі параметри, за винятком характеру, хлопчики оцінюють вище, ніж дівчатка. Порівняння рівня домагань підлітків з atopічним дерматитом показує існування статистично достовірної різниці практично за всіма параметрами - рівень домагань хлопчиків вище, ніж рівень домагань дівчаток. Домагання по параметрам характер і зовнішність однакові як в групі хлопчиків, так і в групі дівчаток з АД. Таким чином, незважаючи на те, що реальна самооцінка зовнішності вище у хлопчиків з АД, домагання мати кращу зовнішність однакові для підлітків, це свідчить про те, що при оцінці своєї реальної зовнішності у хлопчиків-підлітків з АД спрацьовує механізм захисту самооцінки, проте бажання мати кращу зовнішність викриває приховану незадоволеність зовнішністю.

Дівчата з АД ототожнюють себе з такими частинами тіла як обличчя, груди і плечі, які забарвлені емоцією сорому.

У хлопчиків з АД тілесні аспекти Его-дистонні, обличчя і руки пов'язані з соромом.

## РОЗДІЛ 4

# ПСИХОКОРЕКЦІЯ ІНДИВІДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПІДЛІТКІВ, ЯКІ ХВОРІ НА АТОПІЧНИЙ ДЕРМАТИТ

### 4.1. Мета, задачі, мішені, принципи психокорекційної роботи

В ході нашого дослідження, описаного в розділі 3 цієї роботи, було встановлено, що індивідуально-психологічні особливості підлітків, які страждають на АД, відрізняються від індивідуально-психологічних особливостей їх здорових однолітків. Встановлено, що індивідуально-психологічні особливості підлітків з АД, які формуються під впливом шкірної патології, призводять до ряду негативних станів, негативно позначаються як на внутрішньому стані підлітків, так і призводять до дисгармонії в сфері міжособистої взаємодії. Беручи до уваги розробки вікової психології, в якій підкреслюється, що підлітковий вік є одним з найбільш складних кризових періодів в житті людини, вихід з якого визначатиме весь подальший «малюнок» життя людини, необхідно видається розробка психокорекційної програми, спрямованої на зміну патогенних індивідуально-особистісних утворень, розвиток ресурсних сторін особистості підлітка, формування функціональних способів взаємодії з самим собою і оточуючими людьми.

Таким чином, **мета** психокорекційної програми - оптимізація індивідуально-психологічних особливостей підлітків, які хворі на atopічний дерматит

Були поставлені такі **задачі** психокорекційної програми: 1) корекція неадаптивних, дисфункціональних когніцій; 2) знаходження ресурсних сторін особистості; 3) корекція ставлення до захворювання; 4) редукція негативних емоційних переживань; 5) корекція самоствавлення; 6) розвиток уявлень про гендерну взаємодію.

**Мішенями** психокорекційних інтервенцій є наступні:

- 1) ставлення до захворювання,
- 2) емоційність,
- 3) самоствавлення,
- 4) гендерні настанови,
- 5) емоційно-когнітивні схеми тіла.

Психокорекційна програма враховує основні принципи розробки психокорекційних програм [14, 51, 117, 222 та ін], до яких належать:

- принцип єдності корекції та діагностики;
- принцип пріоритетності корекції каузального типу;
- принцип врахування віково-психологічних та індивідуальних особливостей людини;
- принцип комплексності методів психокорекційного впливу;
- принцип опори на різні рівні організації психічних процесів;
- принцип системності розвитку психічної діяльності;
- принцип добровільності.

Принцип єдності корекції та діагностики реалізується у двох площинах: 1) початку здійснення психокорекційної роботи передує етап діагностичного обстеження; 2) реалізація психокорекційної діяльності потребує контролю динаміки змін особистості, поведінки і ставлення.

Принцип пріоритетності корекції каузального типу означає, що головною метою проведення психокорекційних втручань має бути усунення причин труднощів.

Принцип врахування віково-психологічних та індивідуальних особливостей людини. Цей принцип узгоджує вимоги відповідності протікання психологічного, особистісного розвитку, з одного боку, і визнання факту унікальності конкретного шляху розвитку, з іншого.

Принцип комплексності методів психокорекційного впливу - полягає в необхідності використання всього різноманіття методів, технік, способів і прийомів, які існують в практичній психології.

Принцип опори на різні рівні організації психічних процесів - наголошує, що при розбудові психокорекційної програми вибір технічних засобів має враховувати різні рівні психічного апарату.

Принцип системності розвитку психічної діяльності - наголошує на необхідності врахування у психокорекційній роботі профілактичних і розвиваючих завдань. Системність цих завдань відображає взаємопов'язаність різних сторін особистості і нерівномірність їх розвитку.

Принцип інформованості - наголошує, що пацієнт має право наперед знати все, що з ним може відбуватися в процесі проходження психокорекції.

Принцип добровільності - полягає в тому, що пацієнт самостійно приймає рішення брати участь в психокорекційній групі, має бути особисто зацікавлений у змінах.

Механізми психокорекційної дії були розглянуті відповідно з трьома планами функціонування людини: емоційним; пізнавальним; поведінковим [106].

#### **4.2. Теоретичні положення розробки психокорекційної програми: вікові, методологічні та технічні аспекти**

Згідно Н.Д. Ісаєву, хвора дитина може відчувати себе трагічно самотньою в світі, де вона «не така, як усі», а групова психотерапія дає їй почуття спільності з іншими, переживання свого права брати участь у всіх сферах життя [111]. Вона створює умови для реалізації потужного психотерапевтичного потенціалу групової взаємодії, соціально-рольового тренінгу, драматизації. Групову роботу в нозологічних групах адресують найбільш типовому, що привносить ця хвороба в життя людини. Заняття в групі відкривають шляхи для формування оптимального способу життя.

Групова робота з підлітками націлена на:

- Формування у її учасників адекватної самооцінки і цілісної Я-концепції;

- Конфронтацію з власними несвідомими проблемами, розпізнавання неадекватних варіантів емоційно-поведінкового реагування та невикористаних особистісних ресурсів;

- Розкриття своїх переживань і їх вербалізацію;

- Вдосконалення навичок управління ситуацією;

- Навчання будувати відносини з іншими у взаємодіючій манері.

Групова психотерапія з успіхом застосовується у підлітків з порушеннями адаптації, невротичними і психосоматичними розладами. З 3-х видів групової психотерапії - освітньої, аналітичної і заснованої на дії - підліткам найбільше підходить останній. Це пояснюється психологічними особливостями віку, а саме: прагненням групуватися; потребою в інтимності і кооперації; тривогою, викликаною відкриттям суб'єктивного світу і формуванням образу «Я»; тягою до розширення діапазону рольової поведінки; конкретністю мислення і емоційною безпосередністю, що збереглися з дитинства [96].

Для підлітків рекомендується короткострокова групова психотерапія. Вона проводиться 5-7 днів (щодня по 4 години). Склад групи - 8-12 підлітків обох статей, при різниці у віці, що не перевищує 1-2 роки.

У першій фазі (фаза орієнтації) учасники гуртуються, розвивають комунікативні можливості, навички емпатії, тренують можливості висловлювати і «читати» емоції.

У другій (негативно-агресивній) фазі відбувається переформулювання цілей і перерозподіл відповідальності. Виявлення прийнятої на себе відповідальності відбувається за допомогою соціографічних ігор та прийомів, інсценуванням казок, терапевтичних метафор. Уточнюють цілі, які хоче досягти кожен учасник і група в цілому.

У третій фазі (фаза рішення індивідуальних проблем) за допомогою прийомів аналітичної психодрами, гештальт-експериментів учасники усвідомлюють і вирішують свої проблеми.

У четвертій фазі (фаза екзистенціального вибору) підлітки опрацьовують проблеми статевої ідентичності та ефективності [252].

Показаннями для групової психотерапії в дитячому та підлітковому віці А. І. Захаров вважає характерологічні і афективні порушення, що виникли або загострилися при тривалому перебігу неврозу, що зумовлюють проблеми в міжособистісних відносинах і перешкоджають одужанню в процесі індивідуальної психотерапії: неадекватний рівень домагань, егоцентризм, нестійкість самооцінки, зайву сором'язливість, скутість і невпевненість в спілкуванні, тривожно-недовірливі риси характеру, фобічні реакції і т. д [96].

Протипоказаннями для групової психотерапії вважаються: негативне ставлення до лікування дитини (підлітка) або його батьків.

І. І. Ялом в якості основних механізмів лікувальної дії групової психотерапії виділяє наступні [333]:

1. Повідомлення інформації.

Отримання клієнтом в ході групової психотерапії різноманітних відомостей про особливості людської поведінки, міжособистісні взаємодії, конфлікти, нервово-психічне здоров'я; з'ясування причин виникнення та розвитку порушень; інформаційний обмін між учасниками групи. Інформація надходить не скільки дидактично, стільки в процесі спілкування з іншими і знайомства з їх проблемами.

2. Навіювання надії. Поява надії на успіх лікування під впливом поліпшення стану інших пацієнтів і власних досягнень.

3. Універсальність страждань. Переживання і розуміння клієнтом того, що він не самотній, що інші члени групи також мають проблеми, конфлікти, переживання, симптоми. Таке розуміння сприяє подоланню егоцентричної позиції і появі почуття спільності і солідарності з іншими, а також підвищує

самооцінку.

4. Альтруїзм. Можливість в процесі групової психотерапії допомагати один одному; допомагаючи іншим, клієнт стає більш впевненим у собі, відчуває себе здатним бути корисним і потрібним, починає поважати себе і вірити у власні можливості.

5. Коригувальна рекапітуляція первинної сімейної групи. Тут мова йде про переробку проблематики, коріння якої лежать в батьківській родині учасника психокорекційної групової роботи. Учасники виявляють в групі проблеми і переживання, що йдуть з сім'ї батьків, почуття і способи поведінки, характерні для сімейних відношень, і відносин з батьками в минулому.

6. Розвиток техніки міжособистісного спілкування. Клієнти в групі мають можливість за рахунок зворотного зв'язку і аналізу власних переживань побачити свою неадекватну міжособистісну взаємодію і в ситуації взаємного прийняття змінити її, виробити і закріпити нові, більш конструктивні способи поведінки і спілкування.

7. Імітаційна поведінка. Учасник групової роботи може навчитися більш конструктивним способам поведінки за рахунок наслідування психотерапевта і інших успішних членів групи.

8. Інтерперсонального вплив. Цей фактор є найважливішим і найбільш специфічним для групової психотерапії. Якщо все інші фактори в меншій мірі, але діють і в індивідуальній психотерапії, то цей фактор характеризує основні механізми лікувальної дії саме групової психотерапії. У цьому факторі можна виділити три основні аспекти. Перше - це отримання нової інформації про себе за рахунок зворотного зв'язку, що призводить до зміни і розширення уявлення про себе. Друге - це можливість виникнення в групі емоційно значущих ситуацій, які були в учасника раніше і з якими він в минулому не міг впоратися, їх виокремлення, аналіз, усвідомлення і переробка, тобто корективний емоційний досвід. Третє - можливість побачити в групі особливості своєї поведінки, її неефективність і

неконструктивність, а також навчання новим формам поведінки і закріплення їх в процесі групової взаємодії, тобто навчіння.

10. Катарсис: відреагування, емоційне розвантаження, «очищення», вираз сильних почуттів в групі.

Завдання групової психотерапії фокусуються на трьох складових самосвідомості: на саморозумінні (когнітивний аспект), ставленні до себе (емоційний аспект) і саморегуляції (поведінковий аспект), що дозволяє визначити спільну мету групової психотерапії, як формування адекватної самосвідомості і розширення її сфери.

Психолог, що працює з підлітками, повинен поєднувати одночасно якості діагноста, консультанта і вчителя. Як діагност він підсумовує інформацію, отриману від підлітка, і, ґрунтуючись на знанні психопатології, вікової періодизації розвитку, будує діагностичні гіпотези. Як консультант - прагне розвивати доросле сприйняття світу, створює також експериментальні поведінкові ситуації для виявлення дисфункціональних стереотипів комунікації і установок підлітка. Як учитель - допомагає юному партнеру оволодіти навичками самоконтролю, адекватному емоційному реагуванню на стресові ситуації; стимулює підлітка до пошуку власних ресурсів, зменшення негативного сприйняття своєї особистості, навколишнього світу, майбутнього, підсилює стратегії подолання труднощів, надає допомогу в конструюванні і розширенні тимчасової перспективи.

Психодрама розглядається як метод групової психотерапії, що представляє собою рольову гру. В ході психодрами створюються необхідні умови для спонтанного вираження емоцій, пов'язаних зі значущою проблематикою клієнта. Автор і розробник психодрами Л. Морено виходив з того, що людина має природну здатність до гри і, використовуючи різні ролі, отримує можливість експериментувати з реалістичними і нереалістичними життєвими ролями, творчо працюючи над власними проблемами [176].

При програванні ситуацій виникають спонтанність, креативність, справжній емоційний зв'язок між учасниками ситуації, катарсис, що сприяє



розвитку творчої активності і досягнення інсайту. Все це створює сприятливий ґрунт для творчого переосмислення власних конфліктів і проблем, вироблення глибокого і більш адекватного саморозуміння, подолання неконструктивних поведінкових патернів і способів емоційного реагування, формуванню нової, адаптивної поведінки і нових способів емоційного реагування [50].

Психогімнастика відноситься до невербальних методів групової психотерапії. В основі методу лежить використання рухової експресії. Психогімнастика передбачає вираз переживань, емоційних станів, проблем за допомогою руху, міміки, пантоміми. Метод дозволяє виявляти себе і спілкуватися без допомоги слів [194 та ін.].

Арт-терапія - означає лікування образотворчим мистецтвом з метою виразити свій психоемоційний стан [52]. Учасникам пропонуються різноманітні заняття образотворчого та художньо-прикладного характеру (малюнок, казка тощо), які спрямовані на активізацію спілкування в групі для більш ясного, тоншого вираження своїх переживань, проблем, внутрішніх протиріч, з одного боку, а також творчого самовираження, - з іншого [172].

Існують різні погляди на лікувальний механізм арттерапії - креативні уявлення, сублімативні, проектні і арттерапія як зайнятість.

Згідно креативним уявленням, адаптаційний вплив арттерапії на психіку розуміється в зв'язку з самою сутністю мистецтва. На перший план виходить віра в творчу силу людини, мобілізація прихованих творчих сил, яка сама по собі має терапевтичний вплив. Теоретична база цих уявлень - гуманістичний напрямок психології. Гуманістичний напрямок психології розглядає особистість як психологічне утворення, в якому спочатку існують духовні, альтруїстичні потреби, що визначають її поведінку. Прихильники цих поглядів ставлять в основу творчість не просто як дію, процес, а саме його естетичну сторону. Прихильники цих поглядів розуміють інтегруючу роль мистецтва в тому, що творчий процес знижує напругу, що веде до неврозу, і об'єктивізує внутрішні конфлікти [334].

З позиції адаптації арттерапія розглядається як інтегруючий адаптаційний механізм, що надає людині активну позицію щодо можливостей пристосування до середовища, що сприяє загальній гармонізації особистості.

Творчість розглядається як засіб максимального самовираження, що дозволяє клієнту проявляти себе яскравіше. Творчість відкриває шлях до вираження несвідомих ідей і фантазій.

При розгляді арттерапії, як зайнятості, передбачається, що образотворче мистецтво діє так само, як і інші подібні форми роботи з хворими. Цілеспрямована і плідна діяльність, здійснювана при арттерапії, є «відновлювальний процесом», який послаблює порушення і об'єднує здорові реакції [252].

Фізичний та фізіологічний вплив арттерапії полягає в тому, що образотворче мистецтво сприяє поліпшенню координації, відновленню і більш тонкому диференціюванню ідеомоторних актів.

Показання до арттерапії досить великі. Її застосування може «дозуватись» від відносно «поверхневої зайнятості» до глибокого аналізу прихованих індивідуальних переживань. Багатоплановий вплив мистецтва і творчості дозволяє застосовувати його до клієнтів різного віку в найширших межах.

Вагоме місце в арт-терапії займає проєктивний малюнок. Основне завдання проєктивного малюнка полягає в отриманні додаткової інформації про проблеми клієнта. Такий малюнок сприяє виявленню та усвідомленню проблем і переживань, які важко вербалізувати. Заняття будується звичайно в такий спосіб: кожен учасник отримує аркуш паперу, кольорову крейду/кольорові олівці/фарби і малює на задану тему. Якість не має значення. Темі для такого малюнка зазвичай охоплюють три основні сфери: 1) минуле, сьогодення і майбутнє клієнтів (який я є, яким хотів би бути, яким здаюся оточуючим, я серед людей, моя сім'я, моя робота, мій найприємніший або неприємний спогад та ін.); 2) загальні поняття, що відображають певні

цінності і явища (любов, ненависть, хвороба, страх, здоров'я, залежність, відповідальність та ін.); 3) відносини в групі (я очима групи, моє становище в групі, наша група та ін.). Використовуються також вільні теми або спільне малювання (вся група на одному великому аркуші паперу малює портрет групи) [222].

Обговорення проєктивного малюнка починається з висловлювань членів групи про те, як їм здається, що хотів зобразити автор малюнка і які почуття цей малюнок викликає. Учасники також говорять про те, як розуміють його задум, та що він хотів висловити. Потім автор малюнка говорить про власний задум і своє розуміння. Особливий інтерес представляє розбіжність в розумінні та інтерпретації членів групи і автора малюнка, які можуть бути обумовлені як наявністю в малюнку елементів, зміст яких автором не усвідомлюється, так і проєкціями проблем інших учасників групи. При інтерпретації малюнка звертається увага на способи вираження, колір, форму, зміст малюнка, композицію, розміри, специфічні особливості, що повторюються в малюнках. У проєктивному малюнку знаходять відображення безпосереднє сприйняття клієнтом тієї, чи іншої ситуації, різні переживання, часто неусвідомлювані і невербалізовані [222, 252].

Музикотерапія - це психотерапевтичний метод, який використовує музику в якості лікарського засобу. Розглядаючи основні напрямки лікувальної дії музики виділяють 4 аспекти: емоційне активування в ході вербальної психотерапії; розвиток навичок міжособистісного спілкування - комунікативних функцій і здібностей; регулюючий вплив на психовегетативні процеси; розвиток естетичних потреб.

Як механізми лікувальної дії музикотерапії виступають:

- Катарсис.
- Емоційна розрядка.
- Регулювання емоційного стану.
- Полегшення усвідомлення власних переживань.
- Конфронтація з життєвими проблемами.

- Підвищення соціальної активності.
- Придбання нових засобів емоційної експресії.
- Полегшення формування нових відносин і установок.

Музикотерапія існує в двох основних формах: активній і пасивній. Активна музикотерапія - терапевтично спрямована, активна музична діяльність: відтворення, фантазування, імпровізація за допомогою власного голосу або вибраних музичних інструментів. Пасивна музикотерапія передбачає процес сприйняття музики з терапевтичною метою. Пасивна музикотерапія існує в трьох формах: комунікативній (спільне прослуховування музичних творів, спрямоване на підтримку взаємних контактів, взаєморозуміння і довіри), реактивній (спрямованій на досягнення катарсису) і регулятивній (що сприяє зниженню нервово-психічної напруги) [222].

При груповій психокорекції використовується і активний варіант музикотерапії; для цього необхідний набір найпростіших музичних інструментів або предметів, які видають звуки. Учасникам групи пропонується висловити свої почуття або провести діалог з ким-небудь з членів групи за допомогою вибраних музичних інструментів.

Як варіант активної музикотерапії розглядається хоровий спів. Виконання музичних творів ведучим групи або учасниками групи (разом чи індивідуально) також має терапевтичний ефект, сприяючи створенню довірчої атмосфери.

Клієнт-центрована психотерапія є варіантом гуманістичної психотерапії, яка розроблена К. Роджерсом [50, 261, 262]. Автор використовує поняття «клієнт» нарівні з «пацієнт» і підкреслює визнання потенціалу самостійності, активності пацієнта на всіх етапах психотерапії.

Метод полягає в тому, що психотерапевт входить в такий контакт з клієнтом, який сприймається ним не як лікування та вивчення його з метою діагностики, а як глибоко особистий контакт [50].

Умови психотерапевтичного процесу в клієнтцентрованому підході:

- 1) два індивіди знаходяться в контакті;
- 2) пацієнт перебуває в стані неконгруентності, будучи вразливим або тривожним;
- 3) психотерапевт є конгруентним у відносинах;
- 4) психотерапевт переживає безумовну позитивну оцінку по відношенню до пацієнта;
- 5) психотерапевт переживає емпатичне розуміння внутрішньої системи координат пацієнта;
- 6) пацієнт переживає, хоча б у мінімальній мірі, 4-ту і 5-ту умови, тобто безумовну позитивну оцінку і емпатичне розуміння його психотерапевтом.

Комунікації психотерапевта можуть мати як вербальну, так і невербальну природу, важливо лише, щоб комунікація була сприйнята, була ефективною. Технічні засоби є доповненням позиції психотерапевта, і самі по собі не забезпечують психотерапевтичного просування [252].

Коли створені зазначені вище умови, здійснюється психотерапевтичний процес, якому характерно наступне:

- 1) клієнт все більш вільний у вираженні своїх почуттів, яке здійснюється за вербальними і моторними каналами;
- 2) його виражені почуття мають все більший стосунок до Я і все рідше залишаються безликими;
- 3) все частіше він диференціює і розпізнає об'єкти своїх почуттів і сприйняття, що включають середовище, оточуючих осіб, власне Я, переживання і взаємини між ними;
- 4) його виражені почуття все більше відносяться до невідповідності між якимось з його переживань і його концепцією Я;
- 5) клієнт починає усвідомлювати загрозу такої невідповідності;
- 6) він усвідомлює переживання почуттів, щодо яких в минулому відзначалися відмови або перекручування;
- 7) концепція Я реорганізується таким чином, щоб асимілювати і

включити ці, раніше спотворені і придушені переживання;

8) у міру реорганізації концепція Я включає такі переживання, які раніше були занадто загрозливими, щоб усвідомлюватися, іншими словами, послаблюються механізми захисту;

9) клієнт розвиває здатність переживати безумовне позитивне ставлення з боку психотерапевта без якого б то не було почуття загрози;

10) він все виразніше відчуває безумовну позитивну самооцінку;

11) джерелом уявлення про себе все більшою мірою є власні відчуття;

12) пацієнт рідше реагує на досвід, виходячи з оцінок, які дає значуще оточення; частіше як задовільні оцінюються ті стимули або поведінкові акти, які зберігають і ускладнюють організм і Я, як в безпосередньому сьогодні, так і в далекому майбутньому.

Тілесно-орієнтована психотерапія виникла на основі практичного досвіду і спостережень взаємозв'язку духовного і тілесного у функціонуванні організму. Вона більшою мірою, ніж інші напрямки психотерапії, дотримується холістичного підходу, необхідність в розвитку якого постійно зростає.

Існуючі в даний час методи тілесно-орієнтованої психотерапії відповідають всім вимогам холістичного підходу: для них людина - єдине функціонуюче ціле, сплав тіла і психіки, в якому зміни в одній області супроводжуються змінами в іншій. Їх об'єднує прагнення повернути людині відчуття цілісності, навчити її не тільки усвідомленню витісненої інформації, але і переживанню в даний момент єдності тіла і психіки, цілісності всього організму. Всі методи тілесно-орієнтованої психотерапії спрямовані на забезпечення умов, в яких пацієнт зможе пережити свій досвід як взаємозв'язок психічного і тілесного, прийняти себе в цій якості, тим самим отримавши можливість для поліпшення свого функціонування [252, 270].

Біоенергетика А. Лоуена центрована на ролі тіла при аналізі характеру, включає методику дихання В. Райха та багато з його технік емоційного розкріпачення.

Через розкріпачення тіла людина знаходить свободу від м'язової напруги, що супроводжується вільною циркуляцією життєвої енергії, що веде до глибинних особистісних змін клієнтів. Зріла особистість в змозі в рівній мірі як контролювати вираз своїх почуттів, так і відключати самоконтроль, віддаючись потоку спонтанності [50, с.181-184].

Ігрова психокорекція спирається на основні функції дитячої гри. Застосовується при психотерапії широкого спектру психічних розладів, порушень поведінки і соціальної адаптації у дітей, підлітків і дорослих.

Гра покладена в основу методу терапії емоційних і поведінкових розладів і являє собою серію міжособистісних взаємодій, спрямованих на такі цілі:

- Відреагування емоційних переживань.
- Гармонізація неузгоджених компонентів особистості і створення цілісної Я-концепції.
- Формування адекватної самооцінки.
- Конфронтація зі своїми особистісними проблемами.
- Розкриття своїх переживань і їх вербалізація.
- Створення умов для зростання і компетентності.
- Отримання необхідних комунікативних навичок.
- Розвиток внутрішнього джерела оцінки та набуття віри в себе [27, 222].

Ігрова взаємодія проходить на пізнавальному, поведінковому та емоційному рівнях і здійснює свою лікувальну дію через емоційну підтримку, зворотний зв'язок і ігрову активність.

Когнітивна терапія концентрується навколо думок. Перший крок у когнітивній терапії - довести клієнту важливість способу мислення. Психолог повинен показати, що переконання, ідеї і схеми можуть викликати сильні емоції і обумовлювати вчинки, і, щоб усунути або послабити негативні емоції, клієнт повинен змінити свої думки.

Когнітивні зміни відбуваються на трьох рівнях:

1. У довільному мисленні (думки можна викликати за бажанням, і вони тимчасові).

2. В автоматичному мисленні (думки виникають мимоволі, вони тимчасові).

3. У припущеннях (переконаннях).

У програмі реалізовано роботу зі схемою тіла, яка (як не адаптивна когніція) являє собою суб'єктивний «репрезентативний ключ», який пов'язує певні зовнішні події з хворобою тіла. Такими “ключами” для хворих були: “уява про жорсткість покарання за провину”, “уява власної порочності”, “уява про несправедливий світ”, “уява про власну слабкість, неможливість протистояти світу”, “уява про власну нереалізовану злість”. Актуалізація таких дезадаптивних емоційно-когнітивних патернів несприятливо впливає на тіло, призводить до його пошкодження.

Поведінкова терапія спирається на теорію навчання і бачить причину людських труднощів і проблем в тому, що в певних несприятливих умовах середовища суб'єкт навчився "неправильним" і неадаптивним формам поведінки, які приносять страждання. Поведінкова терапія вважає, що від проблемної поведінки можна відучитися, використовуючи спеціальні процедури, засновані на законах навчання. Метою поведінкової терапії є усунення неадекватної поведінки і навчання адаптивній поведінці (навичкам соціальної взаємодії і впевненої поведінки). Акцент роботи ставиться не на саморозумінні, а на вправах і відпрацюванні певних навичок.

### **4.3. Організаційні аспекти психокорекції підлітків, які хворі на атопічний дерматит**

Як вказує Б.Д. Карвасарський ефективність групової психотерапії, як лікувального методу, підтверджена численними дослідженнями. На підставі цих досліджень і досвіду практичної роботи сформовані уявлення про організаційні аспекти групової психотерапії, а саме:



- тривалість всього курсу лікування і окремого сеансу,
- частота занять,
- склад психотерапевтичних груп,
- принципи їх підбору,
- кількість психотерапевтів,
- комбінація різних методів (основних, допоміжних, вироблених, невербальних) та ін.[252].

Вказується, що тривалість курсу групової роботи може бути різною і залежить від нозологічної приналежності пацієнтів, застосовуваних методів і ряду інших чинників.

Оптимальним терміном лікування вважається 2 міс (8-10 тижнів) при частоті занять 4-5 разів на тиждень з тривалістю одного сеансу 1,5 ч. Таким чином, курс групової психокорекції в оптимальному варіанті розрахований на 40-50 занять, тобто 60-75 годин [252].

Важливим організаційним аспектом, багато в чому визначаючим ефективність групової роботи, є організація групи з точки зору її чисельності та складу [50, 222, 252 та ін.]. На практиці число членів групи коливається від 3 до 30 осіб. Можливе створення малих груп (до 10 осіб), середніх (від 11 до 20 осіб) і великих (від 21 до 30 осіб). Підкреслюється, що найбільш ефективною є група, що налічує від 8 до 12 учасників.

Дискутується питання про такий параметр, як однорідність-неоднорідність групи, тобто про те, яких пацієнтів слід включати в конкретну групу: співпадаючих за своїми характеристиками або, навпаки, таких, що розрізняються. Питання однорідності-неоднорідності стосується таких характеристик, як нозологічна приналежність, синдромологія, стать, вік, соціокультурний рівень, інтелект, особистісні особливості, основні типи конфліктів і проблем, провідні способи поведінки і емоційного реагування, схожі життєві психотравмуючі ситуації та ін.

Найбільш обговорюваним питанням є проблема однорідності-неоднорідності за нозологічною ознакою. В якості найбільш кращого

варіанту більшість авторів розглядає однорідну в нозологічному відношенні групу. При цьому виходять з того, що нозологічна приналежність значною мірою конкретизує завдання психокорекції, визначає спрямованість і глибину інтервенцій. Принцип однорідності складу групи найчастіше реалізується при лікуванні крайніх вікових контингентів (діти, підлітки, літні люди) або осіб з чітко вираженою проблематикою [252].

Психокорекційні групи також підрозділяються на відкриті і закриті.

Відкриті групи не мають постійного складу учасників, у міру закінчення лікування одні пацієнти йдуть з групи, і на їх місце до складу вже працюючої групи включаються нові учасники. У таких групах немає заздалегідь фіксованої тривалості роботи.

Закриті групи відрізняються сталістю складу учасників. Нові члени у групу не включаються, навіть в тому випадку, якщо з неї з якоїсь причини вибуває учасник. Такі групи мають фіксовану тривалість роботи [117, 118, 238, 310].

Вказуються такі особливості закритих груп, як їх велика ефективність, одночасне і спільне проходження всіма учасниками фаз психокорекційного процесу, глибина і сила групових переживань, високий ступінь ідентифікації ведучого з групою, його велика відповідальність і емоційна залученість, велика згуртованість і ефективність роботи по досягненню інсайту, наявність більш сприятливих умов для проведення експерименту з використання різних методів корекції і їх порівняння.

Як перевага відкритих психотерапевтичних груп є більш легке засвоєння учасником, який приходить у вже працюючу групу, групових норм, цілей, цінностей, всього того, що називається груповою культурою, менш виражений опір, позитивний вплив на новоприбулих тих учасників, які закінчують лікування, більша ефективність при виконанні різних завдань тренінгового і навчального характеру (зокрема, навчання більш ефективним соціальним контактам) [252].

У стаціонарних умовах частіше використовуються закриті

психокорекційні групи. В амбулаторній практиці, особливо тоді, коли існує висока ймовірність значного відсіву учасників в процесі групової роботи, перевага віддається відкритим групам [там же].

З кожним підлітком з АД перед початком групової роботи проводилася підготовча робота - 1 сеанс (45 хвилин) індивідуальної роботи. З'ясовувалися труднощі підлітків, мотивація на зміни, аналізувався реєстр і ступінь вираженості ірраціональних установок. Для мотивації до роботи в групі були використані наступні методи: надання позитивного «зворотного зв'язку» (прийняття і розуміння проблем підлітка); обговорення розподілу відповідальності, стимуляція особистої відповідальності підлітка за рішення його проблем; створення впевненості, що психолог буде підтримувати підлітка при появі труднощів; домовленість про форми спілкування, телефонні дзвінки в період підготовки до роботи групи. Також була проведена зустріч з батьками підлітків, на якій відбулося їх знайомство, визначилися проблеми з дітьми, подавалася інформація про лікувальні фактори групової психокорекції, про вікові етапи розвитку підлітків, про ознаки гармонійної родини, аналізувалися сумніви батьків щодо занять.

#### **4.4. Програма психокорекції**

До групи учасників програми психокорекції було включено 12 підлітків (6 дівчаток та 6 хлопчиків) у віці від 13 до 15 років з діагнозом «Атопічний дерматит». Програма групової психокорекції реалізовувалася протягом 15 тижнів. Тривалість кожної зустрічі - 1,5 години. Загальний обсяг програми - 22,5 годин. Кожна психокорекційна сесія складалася з трьох фаз: розігрів; основна фаза; завершення.

Кожне заняття складається з трьох фаз (рис. 4.1): фаза розігріву; основна фаза; фаза завершення.

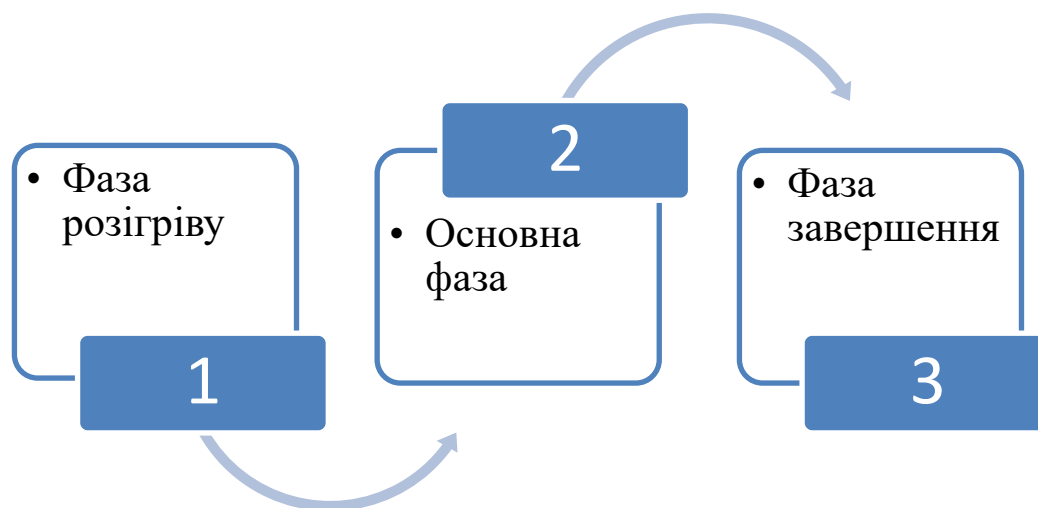


Рис.4.1 Фази психокорекційних занять

Наведемо кілька сесій з програми психокорекції (першу, третю, сьому та п'ятнадцяту), які складені з вищезазначених етапів. У додатку А наведено ще 7 сесій (8-14).

## Заняття 1

### 1. Знайомство. «Сніжний ком».

Всі учасники сідають у коло таким чином, щоб всі бачили один одного. Учасники по черзі називають своє ім'я. Кожен наступний гравець називає імена всіх попередніх учасників, додаючи до них своє. Наприклад: перший учасник називає своє ім'я, другий - ім'я першого і своє, третій - ім'я першого, ім'я другого і своє, і так далі до останнього гравця, який повинен назвати імена всіх, хто знаходиться в колі.

#### Фаза розігріву.

«Ніс, підлога, стеля». Ведучий називає «ніс», або «підлога», або «стеля» і показує долонею на підлогу, на стелю і на ніс (іноді не на те, що говорить, щоб заплутати учасників). Завдання вказувати на те, що називає ведучий.

### 2. «Перекладач».

Учасники діляться на пари. Одному з гравців в парі дається завдання: розповісти про себе щось досить довге. Його партнеру - інше завдання:

уважно слухати візаві і одночасно робити подумки короткий, лаконічний і точний переказ його промови так, якби це був синхронний переклад з іноземної мови. У процесі слухання перекладач має право зупинити оповідача, коли відчує, що «пора перекладати», після чого він перекладає своїми словами щойно почуте. Потім розповідь триває. На закінчення розказують про те, наскільки задоволені "перекладом", наскільки правильно сприймалися і переказувалися думки. Обмінявшись думками, партнери міняються ролями.

### 3. «Мікрофончики».

Мета: відкритися, довіритися. Сидячи в колі, ведучий говорить: «Ця ручка не проста. Це - мікрофончик. Він піде по колу. До кого потрапить, той каже про себе. Бажано торкнутися найважливішої проблеми. Можна почати зі слів «Моя основна проблема в тому, що ...». В міру довіри, в міру відкритості на справжній момент. Передавайте будь-кому, хто цікавий, або малозрозумілий».

Фаза завершення.

Учасникам пропонується висловити свої почуття і думки від заняття.

## Заняття 3

Фаза розігріву.

«Веретена точені». Учасників розбивають на три команди. Одна команда - «Веретена точені», друга - «Віники замочені», третя - «Бариня, бариня, пані-бариня». Ведучий вказує рукою на одну з команд і та кричить свою назву. З плином часу темп гри збільшується.

### 1. Вправа «Хто я?».

Мета: сприяти самоаналізу підлітків, розвивати саморозкриття, самопізнання, прояснення «Я-концепції», вміння аналізувати і визначати психологічні характеристики - своїх та оточуючих людей. Матеріал: аркуш паперу і ручка для кожного учасника. Хід вправи: «У кожної людини є власна теорія про те, що робить його унікальним, відрізняє від інших людей.

При цьому виникає питання: «Чи поділяють інші мою точку зору?». Учасникам групи пропонується розділити аркуш паперу на три графи по вертикалі: в 1-й графі відповісти на питання: «Хто я?» Для цього швидко написати 10 слів-епітетів, писати слід в тому порядку, в якому вони приходять в голову. У 2-й графі написати, як на це ж питання відповіли б ваші батьки, знайомі (будь-який значущий інший). У 3-й графі на те ж питання відповідає хтось із групи. Для цього всі кладуть свої підписані листочки на стіл, вони перемішуються, потім кожен, не дивлячись, бере листочок зі столу і пише про ту людину, чий листочок до нього потрапив. Потім листочки знову складаються на стіл, і кожен забирає свій.

Під час обговорення результатів даної процедури можна звернути увагу на наступні аспекти:

- повторюваність слів, якостей у всіх трьох графах;
- про що це може говорити (наприклад, про відкритість людини в спілкуванні);
- наскільки добре людина сама себе знає (кількість слів у 1-й графі);
- відношення до самого себе (співвідношення позитивних і негативних епітетів);
- збігаються або не збігаються «Я-концепція» та враження інших про цю людину;
- з чого складаються уявлення інших про людину (тут можливе обговорення питання відповідальності людини за презентацію себе іншим людям) і т.д.

## 2. Вправа «Ніхто не знає».

Мета: активізація процесу самопізнання. Хід вправи: Учасники сидять у колі. У психолога в руках м'яч. «Зараз ми будемо кидати один одному цей м'яч і той, у кого виявиться м'яч, завершує фразу «Ніхто з вас не знає, що я (або у мене) ...». «Будьте уважні і зробіть так, щоб кожен взяв участь у виконанні завдання. У кожного м'яч повинен побувати багато разів».

## 3. Вправа «Танець ототожнення».

«Ототожнюйте себе послідовно з чотирма стихіями: Повітрям, Вогнем, Землею і Водою. Відчуйте специфіку і енергетику кожної зі стихій, віддавайтеся їй цілком. Виконуючи цю вправу, ви також можете ототожнюватися з лісом, небом, річкою, травою, тваринами, в тому числі казковими, чотирма сторонами світу і т.д. У танці ви можете ототожнюватися з чим завгодно, хоч з вікном, - це дуже сприяє психологічному розкріпаченню, розмиттю меж «Его», ослабленню прив'язаності до себе. Дуже добре ототожнюватися з персонажем музичного твору, наприклад пісні. Пограйте з «попсою» - це відмінно розвиває акторські здібності і зменшує відчуття власної важливості».

Фаза завершення.

Учасникам пропонується висловити свої почуття і думки від заняття.

## Заняття 7

Фаза розігріву. «Раз мобіла».

Ведучий промовляє певні слова і супроводжує їх рухами. Учасники запам'ятовують слова і рухи і починають їх робити разом з ведучим. Дівчатка і хлопчики змагаються, хто голосніше кричить. Слова такі: «Раз мобіла, два мобіла» - (долоні зовнішньою стороною по черзі прикладаються до протилежного вуха); «Пейджери, пейджери» - (долоні внутрішньою стороною по черзі прикладаються до протилежного стегна); «За кермом автомобіля жінка» - (описується силует жіночого тіла), «Все в порядку, все нормально» - (демонструється жест ОК); «Пальчики, пальчики, давай дружно, давай разом». Дівчата кричать: «Дівчата!». Хлопчики кричать: «Пацани!».

1. «Опори зовнішні та внутрішні».

Вправа проводиться в положенні сидячи. Спочатку намагайтесь відчутти ноги, як опору тіла. Ноги, які впевнено стоять на землі, створюють опору в прямому та переносному сенсі. Відчуйте в повній мірі контакт стоп із землею. Потім, переміщуючи увагу, намагайтесь відчутти продовження опори – хребет.

Відчуйте його як продовження ваших ніг, як прихований всередині тіла каркас, що надає йому внутрішню впевненість, витривалість та надійність, як фізичну опору на самих себе.

## 2. Вправа «Відро для сміття».

Учасники пишуть на аркушах паперу свої негативні думки, прикрі випадки, історії, мнуть листи і викидають їх у відро (забуваючи це назавжди).

## 3. Вправа «Де хлопчики, де дівчатка?»

Один з учасників групи виходить за двері, всі інші учасники діляться на дві підгрупи: хлопчиків і дівчаток, за дві хвилини вони вибирають ті дії, які будуть виконувати разом, коли зайде учасник, що стоїть за дверима. Завдання цього учасника - відгадати, де хлопчики, а де дівчатка.

Фаза завершення. Учасникам пропонується висловити свої почуття і думки від заняття.

## Заняття 13

### Фаза розігріву.

«Що ти робиш?» Учасники стоять у колі. Той, хто бажає, починає виконувати будь-який рух (наприклад, копати). Його сусід зліва запитує: «Що ти робиш?». Перший відповідає: «Граю в теніс». Другий учасник починає виконувати рухи, ніби-то він грає в теніс. Наступний його питає: «Що ти робиш?». Він щось відповідає (наприклад, «Ловлю метеликів») і гра триває.

### 1. «Намалюй свою хворобу».

Учасникам пропонується намалювати свою хворобу, як вони собі її уявляють. Ведучий просить звільнити свою фантазію, дати волю творчості і почуттям. Після того, як підлітки завершують роботу, відбувається презентація малюнків групі, група уважно слухає, після кожної презентації учасники мають можливість висловити свої думки і почуття.

### 2. «Подолання».



Для виконання цього завдання потрібна колода метафоричних асоціативних карт COPE. Вправа складається з трьох етапів:

- учаснику пропонується вибрати з колоди одну карту і з її допомогою представити себе групі;
- карті надається право «голосу» для того, щоб розповісти свій сюжет. Учасник розповідає, що відчував герой, зображений на карті, під час події і що він відчуває зараз;
- проводиться обговорення, в якому пропонуються різні способи, як герой на зображенні може впоратися зі своїми проблемами (як йому спокійніше спати, як позбутися страхів і нічних кошмарів, як показати, що він сердиться і т.д.).

Всі обговорення ведуться на рівні символічних образів.

Фаза завершення. Учасникам пропонується висловити свої почуття і думки від заняття.

## Заняття 15

Фаза розігріву.

Ведучий повідомляє, що сьогодні остання зустріч і що сьогодні, як і завжди, всім необхідно наповнитися хорошою енергією, але сьогодні вправу для розігріву запропонують самі учасники, вибравши з усіх, які були, ту, яка найбільше сподобалася. Така стратегія продиктована тим, що вона повідомляє підліткам про те, що вони рівноправні учасники групового процесу, здатні самотійно впливати на процес групової роботи, що підвищує самоцінність підлітків.

Підлітки, що брали участь в нашій програмі, вибрали вправу «Що ти робиш?». Учасники стоять у колі. Той, хто бажає, починає виконувати будь-який рух (наприклад, копати). Його сусід зліва запитує: «Що ти робиш?». Перший відповідає: «Граю в теніс». Другий учасник починає виконувати рухи, ніби-то він грає в теніс. Наступний його питає: «Що ти робиш?». Він відповідає щось (наприклад, «Ловлю метеликів») і гра триває.

### 1. «Шлях героя».

Для виконання цього завдання потрібна колода метафоричних асоціативних карт СОРЕ. Ця гра нав'язана юнгіанським аналізом міфів і народних казок. Всі казки, незалежно від культури, до якої вони належать, використовують структуру, складену з шести кроків:

1. Герой з'являється.
2. Герой вирушає в подорож для виконання якоїсь місії або боротьби з кимось або чимось.
3. Герой зустрічає помічників.
4. Герой стикається з перешкодами.
5. Герой справляється з перешкодами.
6. Кінець історії.

Складаючи історію, засновану на цих загальних для всіх казок елементах, підлітки можуть побачити свій власний шлях в цьому світі і те, як вони справляються з труднощами і перешкодами, що виникають на їх життєвому шляху.

Процес гри. Учасникам надається аркуш паперу, який вони ділять ручкою на 6 рівних частин. Вибирають 6 карт, щоб заповнити всі зони листа.

Карта 1. Виберіть карту, що представляє героя чи героїню історії.

Карта 2. Яка місія Вашого героя?

Карта 3. Показує, хто або що допоможе герою в його мандрівці.

Карта 4. Демонструє перешкоди або труднощі, які необхідно подолати герою.

Карта 5. Розповідає про те, як він або вона впорається з цими перешкодами.

Карта 6. Кінець історії.

Потім разом з ведучим з'ясовується контекст історії, її основна тема або її послання.

## 2. «В дорогу».

Учасникам повідомляється, що далі їх чекає їх шлях, життєвий шлях, який, швидше за все, складатиметься з різних подій, які будуть супроводжуватися різними почуттями, багато подій в житті будуть викликані їх власними вчинками, діями або бездіяльністю. Перебуваючи в групі, вони збирали якості, які повинні забезпечити їм більш легкий і цікавий шлях в житті. Пропонується висловитися, що вони візьмуть із занять для свого подальшого шляху.

### Фаза завершення.

Учасникам пропонується висловити свої почуття і думки від заняття, а також від циклу занять.

## **4.5 Результати психокорекційної програми і оцінка її ефективності**

Для самого учасника психокорекції основним критерієм успішності своєї участі в програмі буде емоційне задоволення від занять і зміна емоційного балансу в цілому на користь позитивних почуттів і переживань [222].

Для психолога, відповідального за організацію та здійснення корекційної програми, головним критерієм оцінки стане досягнення поставлених в програмі цілей [170, 222].

Для осіб з оточення клієнта ефективність програми буде визначатися ступенем задоволення їх запиту, мотивів, які спонукали звернутися за психологічною допомогою, а також особливістю усвідомлення ними проблем і поставлених перед ними завдань, безпосередньо пов'язаних з проблемами клієнта.

Для порівняльної оцінки вивчення ефективності має відбуватися на гомогенному матеріалі [170]. Оцінку психокорекційної роботи повинні давати незалежні експерти, фахівці, при цьому доцільно, щоб експерт не був обізнаний про застосовувані методи, що виключало б можливий вплив на його оцінку власних уявлень про метод.

Необхідно порівнювати безпосередні та віддалені результати психокорекційного впливу. Який би змістовний критерій ефективності не аналізувався, вказує А. А. Осіпова [222], в будь-якому випадку мова йде про наступні групи змінних, що характеризують психокорекційний вплив:

- суб'єктивно-пережиті учасником зміни у внутрішньому світі;
- об'єктивно-реєстровані (експертом) параметри, що характеризують зміни;
- стійкість змін до подальшого (після впливу) життя людини [222, С.32].

Всі перераховані вище критерії оцінки ефективності були застосовані в нашій роботі, а саме: для вивчення суб'єктивної оцінки результатів психокорекційного впливу безпосередньо після закінчення участі у програмі було здійснене повторне психодіагностичне тестування за «Шкалою оцінки суб'єктивної комфортності» (А. Леонова); через 3 місяці після завершення участі у програмі з учасниками програми проводилася бесіда, метою якої було з'ясування психологічного стану підлітків, їх соціальне функціонування, зміни в житті; також була задіяна експертна оцінка (в якості експертів були задіяні 6 кандидатів психологічних наук, які мають постійну і тривалу консультативну практику, в тому числі з дітьми та підлітками) для оцінювання змін у учасників психокорекції.

Результати дослідження суб'єктивної оцінки комфортності у часовому інтервалі, який дорівнює часу тривалості психокорекційної програми в групі підлітків, що страждають на atopічний дермат і стали учасниками психокорекційної програми, свідчать, що суб'єктивне відчуття комфортності зросло з зниженого рівня комфортності до його прийняттого рівня. Підлітки,

що хворіють на АД і не брали участі у психокорекційній програмі, також були повторно протестовані, результати були піддані математико-статистичній процедурі, які засвідчили про незмінність рівня комфортності, який так і залишився зниженим (табл.4.1).

Таблиця 4.1

Описові статистики рівня суб'єктивної комфортності до і після участі в програмі психокорекції

Групи	G	p
Експериментальна група	2	0,05
Контрольна група	4	>0,05

Примітка: G – критерій знаків; p – достовірність відмінностей

За результатами експертної оцінки було встановлено, що підлітки, хворі на atopічний дерматит, після участі у програмі стали менш тривожні ( $G=2$ ,  $p=0,05$ ), більш розслаблені ( $G=1$ ,  $p=0,01$ ), комунікабельні ( $G=2$ ,  $p=0,05$ ), ініціативні ( $G=2$ ,  $p=0,05$ ), спонтанні ( $G=2$ ,  $p=0,05$ ), підвищилася самооцінка ( $G=2$ ,  $p=0,05$ ). Відповідні дані наведені у таблиці 4.2.

Таблиця 4.2

Позитивні зміни (за експертними оцінками) у підлітків після участі у програмі

Ознаки змін	G	p
Тривожність	2	0,05
Розслабленість	1	0,01
Комунікабельність	2	0,05

Продовження таблиці 4.2

Ініціативність	2	0,05
Сронтанність	2	0,05
Спонтанність	2	0,05

У контрольній групі таких зрушень не виявлено. Відповідні дані наведені у таблиці 4.3.

Таблиця 4.3

Позитивні зміни (за експертними оцінками) у підлітків контрольної групи

Ознаки змін	G	p
Тривожність	3	>0,05
Розслабленість	4	>0,01
Комунікабельність	4	>0,05
Ініціативність	5	>0,05
Сронтанність	4	>0,05
Спонтанність	3	>0,05

Через три місяці після проходження психокорекційної програми з кожним її учасником відбулася зустріч, під час якої експертами оцінювались зміни ставлення до хвороби, емоційно-когнітивних патернів хвороби, самооцінки, гендерних настанов. Ставлення до захворювання стало більш адекватним ( $G=2$ ,  $p=0,05$ ) - поширилися гармонічний (з 0% до 16,7%), ергопатичний (з 16,7% до 50,0%), анозогнозичний (з 8,3% до 25%) типи; більш адаптивними стали емоційно-когнітивні патерни ( $G=2$ ,  $p=0,05$ ) - “уява про власну невинність”, “уява про те, що батьки люблять мене”, “уява про власну спроможність”, “уява про моє добре майбутнє”; зросла самооцінка ( $G=2$ ,  $p=0,05$ ); гендерні настанови змінилися – у дівчат зменшилася конотація власного тіла провиною та соромом та збільшилося його прийняття ( $G=0$ ,

$p=0,05$ ); у хлопців – появився інтерес до дівчат ( $G=0$ ,  $p=0,05$ ). Відповідні дані наведені у таблиці 4.4.

Таблиця 4.4

Позитивні зміни (за експертними оцінками) у підлітків експериментальної групи через 3 місяці

Ознаки змін	G	p
Адекватне ставлення до хвороби	2	20,05
Уява про власну невинність	2	0,01
Уява про те, що батьки люблять мене	2	0,05
Уява про власну спроможність	2	0,05
Уява про моє добре майбутнє	2	0,05
Самооцінка	2	0,05
Прийняття тела дівчатами	0	0,05
Інтерес до дівчат у хлопців	0	0,05

Отже, одержані дані свідчать про ефективність запропонованої програми.

Наведемо спостереження учасників програми.

Маша Г., 13 років. Маша нетовариська, внутрішньо «закута» дівчинка, хворіє 7 років, вчиться старанно, однак з огляду на захворювання часто пропускає школу, що не дає їй вчитися в повну силу своїх розумових можливостей, виховується люблячими і уважними батьками. У класі практично не спілкується, інших контактів з однолітками не має, 3 роки тому однокласниця і подруга Маші перевелась в іншу школу, протягом року дівчатка зрідка підтримували стосунки, але з часом спілкування припинилося. Нових відносин Маші вибудувати не вдалося. У процесі індивідуальної бесіди Маша описувала своїх однокласників як хороших людей, відносини в класі оцінювала дружніми, пояснювала відсутність у неї дружніх відносин тим, що у кожного «своя компанія», а також тим, що часто

хворіє, ставлення до себе з боку однолітків оцінювала як байдужі. На питання, хотіла б вона мати подруг, відповідала позитивно, проте, вказувала що вона «звикла» до стану справ, що склався, відсутність дружніх контактів, з її слів, її не обтяжує. Особливо важко давалися контакти з хлопчиками. Говорила про те, що любить проводити час на самоті або спілкуватися з батьками, особливо з мамою. Спочатку на групових заняттях поводитися замкнуто, виконувала всі завдання, проте власної ініціативи не проявляла. До середини (7-8) занять стала більш розкутою, частіше йшла з занять в гарному настрої, стала більш ініціативна. До закінчення програми психокорекції Маша помітно розкрилася, до виконання завдань стала підходити більш творчо, не боялася висловлюватися, коментувати, говорила про свої почуття. Через 3 місяці після закінчення групової психокорекції в процесі індивідуальної бесіди психологічний стан Маші значно поліпшився, дівчинка була в гарному настрої, давала розгорнуті відповіді, була спонтанна. Маша повідомила, що у неї з'явилися дві приятельки в класі. Вона частіше стала спілкуватися з однокласниками обох статей, спілкування стало більш легким і приносить їй задоволення. Маша розповіла, що за порадою мами вона здзвонилася зі своєю старою подругою, і тепер вони часто спілкуються по телефону і в соціальних мережах. Маша вирішила відвідувати танцювальний гурток. Про захворювання говорить легко, тривога стала менш виражена.

Григорій Ф., 13 років. Григорій виховується в сім'ї, в якій крім нього є ще 2 дітей - старших братів. Батько Григорія, як з'ясувалося з розмови з самим Григорієм і його мамою, часто випиває, в стані алкогольного сп'яніння ображає дружину і дітей, Григорія ображає через його хворобу. Старші брати заступаються за хлопчика перед батьком, що призводить до бійок в сім'ї. Також брати заступаються за Григорія в школі у випадках, коли його принижують через його захворювання. Сам Григорій часто всуває в бійки з іншими хлопчиками і дівчатками, які його ображають. Навчається погано, не докладає до цього зусиль, мріє стати каскадером. Невпевненість ховає за навмисною бравадою і частими жартами. Близьких друзів не має. У процесі



групової роботи намагався брати на себе роль лідера, що не завжди вдавалося, в цих випадках засмучувався і намагався розвалити роботу в групі. До середини групової роботи (6-7) стає більш серйозним, рідше захищається. Висловлювання стають більш щирими і зваженими.

Через 3 місяці після закінчення групової психокорекції в процесі індивідуальної бесіди звертає на себе увагу більш «доросла» поведінка Григорія. Григорій розповів, що зблизився з хлопчиком зі свого класу, став краще вчитися, конфліктні ситуації стали виникати рідше.

Данило Ж., 14 років. Данило сором'язливий, зациклений на стані здоров'я хлопчик. Вчиться посередньо, планів на майбутнє не має. Виховується обома батьками, близьких друзів не має. На першому занятті поведився насторожено як по відношенню до ведучого, так і по відношенню до інших учасників групи. На наступних заняттях поведився менш напружено, проте був небагатослівний, починав говорити тільки після особистого звернення ведучого. Фаза завершення заняття завжди давалася Данилу важко, він не знав що можна сказати, але до 9-10 заняття навчився ділитися думками і почуттями.

Через 3 місяці після закінчення групової психокорекції в процесі індивідуальної бесіди звертає на себе увагу більш спонтанна і довірлива поведінка Данила. Данило розповів, що почав спілкуватися з хлопчиками зі свого класу, став більш старанно ставиться до навчання, на образи навчився давати відсіч, і з часом вони припинилися взагалі.

#### **Висновки по розділу 4**

1. Метою психокорекційної програми є оптимізація індивідуально-психологічних особливостей підлітків, які хворі на atopічний дерматит. Мета конкретизована в ряді психокорекційних завдань: 1) корекція неадаптивних, дисфункціональних когніцій; 2) розширення поведінкового рольового діапазону; 3) знаходження ресурсних сторін особистості; 4) корекція

відношення до захворювання; 5) зняття негативних емоційних переживань; 6) корекція самовідносин; 7) розвиток уявлень про гендерну взаємодію; усунення страхів, пов'язаних з контактами з особами протилежної статі.

2. Мішенями психокорекційних інтервенцій є наступні: 1) ставлення до захворювання, 2) емоційність, 3) самоставлення, 4) гендерні настанови, 5) емоційно-когнітивні схеми тіла.

3. Програма психокорекції будується на принципових положеннях розробки програм психокорекції: принцип єдності корекції та діагностики, принцип пріоритетності корекції каузального типу, принцип врахування віково-психологічних та індивідуальних особливостей людини, принцип комплексності методів психокорекційного впливу, принцип опори на різні рівні організації психічних процесів, принцип системності розвитку психічної діяльності, принцип добровільності.

4. В технічному плані програма є полімодальною: включає методики психодрами, психогімнастики, арт-терапії, тілесно-орієнтованої, ігрової, когнітивно- поведінкової психотерапії. В ідеологічному плані в основі програми лежить клієнт-центрована методологія.

Механізми психокорекції розглянуті відповідно з трьома планами функціонування людини: емоційним; пізнавальним; поведінковим.

5. Формат психокорекційної програми – груповий. Групові форми роботи дають підлітку почуття єдності з іншими, переживання свого права брати участь у всіх сферах життя; створюють умови для реалізації потужного психотерапевтичного потенціалу групової взаємодії, соціально-рольового тренінгу, драматизації.

6. Технічні засоби психокорекційної інтервенції включають в себе техніки психодрами, психогімнастики, арттерапії, музикотерапії, клієнт-центрованої психотерапії, тілесно-орієнтованої психотерапії, ігрової психотерапії, ведення щоденникових записів.

7. В якості механізмів мотивації до роботи в психокорекційній групі були використані наступні: надання позитивного «зворотного зв'язку»

(прийняття і розуміння проблем підлітка); обговорення розподілу відповідальності, стимуляція особистої відповідальності підлітка за рішення його проблем; створення впевненості, що психолог буде підтримувати підлітка при появі труднощів; домовленість про форми спілкування, телефонні дзвінки в період підготовки до роботи групи. З кожним підлітком з atopічним дерматитом перед початком групової роботи проводилася підготовча робота - 1 сеанс (45 хвилин) індивідуальної роботи. З'ясовувалися труднощі підлітків, мотивація на зміни, аналізувався реєстр і ступінь вираженості ірраціональних установок. Проведена бесіда з батьками підлітків на спеціальних зборах. На них відбулося знайомство їх один з одним, визначалися їхні проблеми з дітьми, уточнювалася мета у вихованні дітей, надавалася інформація про лікувальні фактори групової психотерапії, про вікові етапи розвитку підлітків, про ознаки гармонійної родини, аналізувалися сумніви батьків щодо занять. В результаті проведеної роботи у батьків усувалася установка на унікальність проблем їхньої дитини, вони стали «союзниками психолога».

8. До групи учасників програми психокорекції було включено 12 підлітків (6 дівчаток та 6 хлопчиків) у віці від 13 до 15 років з діагнозом atopічний дерматит. Програма групової психокорекції реалізовувалася протягом 15 тижнів; 22,5 годин. Тривалість кожної зустрічі - 1,5 години. Кожне психокорекційне заняття складалася з трьох фаз: фаза розігріву; основна фаза; фаза завершення.

9. Здійснена оцінка психокорекційного впливу, а саме: суб'єктивно пережиті учасником зміни у внутрішньому світі; об'єктивно-реєстровані (експертом) параметри, що характеризують зміни; стійкість змін до подальшого (після впливу) життя людини.

Суб'єктивне відчуття комфортності підлітків з АД зросло із зниженого рівня комфортності до його прийняттого рівня. Підлітки, що хворіють на АД і не брали участі у психокорекційній програмі, також були повторно протестовані, результати були піддані математико-статистичній процедурі і

засвідчили про незмінність рівня комфортності, який так і залишився зниженим. За результатами експертної оцінки було встановлено, що підлітки, хворі на atopічний дерматит, які стали учасниками психокорекційної програми, після її проходження стали менш тривожні, більш розслаблені, комунікабельні, ініціативні, спонтанні, зявилося більш адекватне ставлення до міжстатевої взаємодії. Через три місяці після проходження психокорекційної програми з кожним її учасником відбулася зустріч, під час якої в процесі бесіди оцінювалося актуальне ставлення до захворювання, когнітивні, емоційні і поведінкові акти, самоствавлення, гендерні настанови.

## ВИСНОВКИ

У роботі представлено теоретичне узагальнення і нове вирішення проблеми психологічних чинників етіопатогенезу, перебігу та соціальних наслідків atopічного дерматиту у підлітків. В результаті проведеної роботи були зроблені такі висновки:

1. У дівчат, які хворі на atopічний дерматит, значно порушується якість життя - захворювання впливає на всі його сфери, не залишаючи «люцидних вікон». Найбільш значущою складовою порушення є сфера особистісних стосунків. Зниження якості життя у хлопців, які хворі на atopічний дерматит, пов'язано з двома чинниками: 1) “погане самопочуття”, яке впливає на повсякденну активність і навчання підлітків; 2) “порушення дозвілля”, яке пов'язано з обмеженням особистісних стосунків і необхідністю притримуватися лікувального режиму.

Самооцінка підлітків, хворих на atopічний дерматит, знижена. Хлопці мають більш високу самооцінку, ніж дівчата.

2. У хворих на atopічний дерматит дівчат й хлопців спостерігаються два типи профілю: 1) патосимптоматичний (у дівчат й хлопців - тривожно-депресивний, астеничний та іпохондрічний), 2) патохарактерологічний (у дівчат – сенситивні, дистанційовані й хронічно тривожні особистості; у хлопців – дискордантно асоціальні та шизоїдні особистості). У дівчат спостерігаються такі особистісні профілі: 1) «тривожно-депресивна відособленість»); 2) «сенситивно-індивідуалістичний»; 3) «невротичний»; 4) «ескапізм». У хлопців поширені такі профілі: 1) «суб'єктивно-споглядальний»; 2) «емоційно-напружений»; 3) «стенічний»; 4) «індивідуалістично-тривожний».

3. Найбільш поширеним типом ставлення до хвороби в підлітковому віці, незалежно від статі, є змішаний тип ставлення до хвороби інтра- і інтерпсихічної спрямованості. Специфічними для хлопців типами ставлення до хвороби є типи, при яких соціальна адаптація істотно не порушується

(ергопатичний, анозогнозичний); для дівчат - є сенситивний та дифузний типи, які порушують психічну адаптацію. Полюси адаптивність-дезадаптивність задаються гендерними механізмами: у хлопчиків - «фальшива самооцінка» і орієнтація на задачу (полюс адаптивності), у дівчат - мотивація афіліації і висока значимість зовнішності (полюс дезадаптивності).

4. У структурі емоційності дівчат, хворих на atopічний дерматит, переважають: сором, страх й почуття провини; а у хлопців - почуття провини та злості. У дівчат й хлопців спостерігається ослаблення інтенсивності емоції інтересу, що призводить до зміщення психічної активності у внутрішній світ, створює умови для формування іпохондричної симптоматики й егоцентричної фіксованості.

У дівчат конструкт «Я» пов'язаний із соромом, почуттям провини, обличчям, груддю та плечами. Емоції провини та сорому є внутрішні осмисленими, такими що конституують «Я»-концепцію дівчат. Дівчата є більш конгруентними по відношенню власних емоцій, а й тому більш страждають від наслідків хвороби шкіри, ніж хлопці.

У хворих хлопців зв'язки між конструктом «Я» та частинами тіла (обличчя, плечі) й емоціями сорому та провини відсутні, що вказує на Егодистонність ураженого тіла та емоцій, які викликані таким ураженням. Такий механізм дисоціації емоцій та Я-системи є захисною стратегією позбавлення Я-системи від неприємних почуттів, й суб'єктивно хлопці страждають менше, ніж дівчата.

5. Емоційність дівчат, які хворі на atopічний дерматит, має такі особливості: 1) «злипання» емоцій; 2) генералізація механізму реципрокності у співвідношенні емоцій – з часткового механізму, який описує взаємодію деяких емоцій, він перетворюється у загальний принцип функціонування емоційної сфери. За таких умов позитивним емоціям протистоїть сонм негативних, які ретардують позитивні емоції; 3) «злипання» негативною емоційності стеничного й астенічного кіл – гнів й страх перемішуються, що

призводить до потенціювання негативної емоційності, до її інфляції; 4) алекситимія виступає як частковий феномен емоційної організації - не зачіпає всю емоційну сферу; 5) емоція сорому є «наскрізною» - пронизує усі фактори, тобто є стрижневою характеристикою емоційної сфери особистості хворих дівчат.

Особливість емоційної сфери хворих хлопців-підлітків полягає у: 1) збереженні позитивної емоційності, яка значно менше ретардується негативною; 2) «злипання» негативної емоційності, її стеничних та астеничних компонентів; 3) гнів стає ресурсом «мужньої» поведінки, стримуючи сором, провину та тривогу; 4) алекситимія обслуговує стеничну негативну емоційність – нечуттєвість до власної «слабкості» дає можливість бути агресивним, «мужнім». Цей факт змушує підняти питання про наявність конструктивності у феномені алекситимії у хворих підлітків

6. Дівчата та хлопці, які хворі на atopічний дерматит, характеризуються ретардованим психосексуальним розвитком. Дівчатам властиві гендерні настанови “ізоляція” та «незалежність» - дистанціювання від конструкту статі, вилучення себе зі стосунків з хлопцями, конфліктність таких стосунків, орієнтація на платонічно-романтичний рівень стосунків, нерозвиненість еротичної складової лібідю, яке у нормі формується у 11-13 років.

Хлопці, які хворі на atopічний дерматит, виявляють гендерну настанову «ізоляція», що свідчить про відкидання, конфлікт, фрустрацію міжстатевих стосунків; вони характеризуються не розвинутими статево-рольовими структурами особистості – більшою мірою спрямовані на реалізацію онтогенетично більш ранньої гомосоціофільної потреби, вони знаходяться на більш ранній стадії статевої сегрегації, що у нормі притаманно хлопцям у віці 11-12 років.

7. Розроблена програма психокорекції, метою якої є психокорекція індивідуально-психологічних особливостей підлітків з діагнозом, які хворі на atopічний дерматит. Мішенями психокорекційних інтервенцій є наступні: 1)

ставлення до захворювання, 2) емоційність, 3) самовставлення, 4) гендерні настанови; 5) схеми тіла. Формат психокорекційної програми - груповий. Технічно програма є полімодальною й включає до себе методики психодрами, психогімнастики, арт-терапії, тілесно-орієнтованої, ігрової, когнітивно-поведінкової психотерапії. В ідеологічному плані у основі програми лежить методологія клієнт-центрованої психотерапії.

Програма групової психокорекції реалізовувалася протягом 15 тижнів; 22,5 годин. Тривалість кожної зустрічі - 1,5 години. Кожне психокорекційне заняття складалося з трьох фаз: фаза розігріву, основна фаза, фаза завершення.

Здійснена оцінка психокорекційного впливу, а саме: суб'єктивно-пережиті учасниками зміни; об'єктивно-реєстровані параметри, що характеризують зміни; темпоральна стійкість змін. Суб'єктивне відчуття комфортності хворих підлітків достовірно зросло, покращився емоційний фон, підлітки стали менш тривожні, більш розслаблені, комунікабельні, ініціативні, спонтанні, з'явилося більш адекватне ставлення до міжстатевої взаємодії та захворювання, покращилося самоствавлення.

Перспектива подальших досліджень полягає у більш ретельному вивченні спотвореної емоційності хворих на atopічний дерматит, яка є “заторами” плину “організмичного потоку”.



**СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ**

1. Абрамова Г. С Психология в медицине / Абрамова Г. С, Юдиц Ю. А.М.: Кафедра-М,1998. – 272 с.
2. Аверин В. А. Психология человека от рождения до смерти. Младенчество. Детство. Юность. Взрослость. Старость : полный курс психологии развития / В. А. Аверин. — М. : ОЛМА-ПРЕСС, 2003. — 411 с.
3. Агеев В.С. Психологические и социальные функции полоролевых стереотипов/ В.С. Агеев // Вопросы психологии. – 1987. – № 2. – С. 152-158.
4. Адашкевич В.П. Диагностические индексы в дерматологии / В.П. Адашкевич.- М.: Медицинская книга, 2004. С. 137-155.
5. Адлер А. Воспитание детей. Взаимодействие полов / А. Адлер — Ростов н/Д : Феникс, 1998. — 448 с.
6. Айзятулов Р.Ф. Значение факторов риска в возникновении и течении псориазической болезни / Р.Ф.Айзятулов, В.В.Юхименко // Вести дерматологии и венерологии.-2001.-№1.- С.41-43.
7. Актуальные проблемы соматопсихиатрии и психосоматики / Под ред. Н. М. Жарикова. - М.1990. - 306 с.
8. Александер Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и применение/ Франц Александер.— М.: Ин-т общегуманитарных исследований, 2004.—333с.
9. Алекситимия и методы ее определения при пограничных психосоматических расстройствах / [Д.Б. Ересько, Г.С. Исурина Е.В. Койдановская и др] // Методическое пособие. - СПб., 1994.-15 с.
- 10.Алешина Ю. Е. Проблемы усвоения ролей мужчины и женщины / Ю. Е. Алешина, А. С. Волович // Вопросы психологии. — 1991. — №. 4. – С. 74–82.

11. Аллергические болезни у детей / Под ред. М. Я. Студеникина, М. С. Соколовой. - М.: Медицина, 1986. - 288 с.
12. Амон Г. Психосоматическая терапия / Г.Аммон. – СПб.: Речь, 2000. – 237 с.
13. Анисимова Т.В. Характеристика психологического статуса больных красным плоским лишаем /Т.В.Анисимова // Сборник трудов юбилейной научно-практической конференции «Современные вопросы дерматологии и венерологии», посвященной 10-летию кафедры кожных и венерических болезней педиатрического факультета РГМУ.-М., 2002.- С.10-11.
14. Анн Л.Ф. Психологический тренинг с подростками / Л.Ф.Анн. — СПб., 2004.— 271 с.
15. Антропов Ю. Ф. Психосоматические аспекты кожных аллергических проявлений у детей / Ю. Ф. Антропов, В.А. Балабанова // Педиатрия. Журн. им. Г. Н. Сперанского. – 2005. – № 6. – С. 21 – 29.
16. Антропов Ю. Ф. Клинико-патогенетические закономерности соматизации психических расстройств в детском возрасте / Ю. Ф. Антропов, С. В Бельмер // Педиатрия. — 2004. — № 5. — С. 55-61.
17. Антропов Ю. Ф. Психическое состояние и нейрофизиологические особенности детей с атопическим дерматитом / Ю. Ф. Антропов, В. А. Балабанова // Детская больница. — 2005. — № 2 (20). — С. 31-38.
18. Антропов Ю. Ф. Психосоматические аспекты кожных аллергических проявлений у детей / Ю. Ф. Антропов, В. А. Балабанова // Педиатрия. — 2005.— №6. — С. 21-29.
19. Антропов Ю. Ф. Психосоматические расстройства у детей и подростков / Ю. Ф. Антропов // Педиатрия. — М. — 1997. — С. 198.
20. Антропов Ю.Ф. Дерматологическая психиатрия детского возраста / Ю. Ф. Антропов. – М.: МЕДПРАКТИКА. – М, 2007. –423с.
21. Антропов Ю.Ф. Роль депрессии в патогенезе кожной патологии у детей и подростков/ Ю.Ф.Антропов // Актуальные вопросы

- дерматологии и венерологии. Сборник трудов юбилейной конференции, посвященной 5-летию кафедры кожных и венерических болезней педиатрического факультета РГМУ.-1997.-С.97.
- 22.Арина Г. А. Психология телесности: методологические принципы и этапы клинико-психологического анализа / Г. А. Арина, В. В. Николаева// Психология телесности между душой и телом.– М.: АСТ: АСТ Москва, 2007.– С.222–236.
- 23.Арсеньева А.А. Оптимизация лечения больных атопическим дерматитом с нарушением психосоциального статуса: диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. специальность: 14.01.10 – кожные и венерические болезни / А.А. Арсеньева.-Самара, 2014. — 135 с.
- 24.Аряев Н.Л. Клиническое значение атопического дерматита в педиатрической практике / Н.Л. Аряев // Перинатология и педиатрия.— 2005.— № 1/2.— С. 59—63.
- 25.Атопический дерматит / под ред. Ю. В. Сергеева. – М: Медицина для всех, 2002. – 181 с.
- 26.Атопический дерматит: гетерогенность клинических форм и разнообразие механизмов патогенеза / [Сергеев Ю.В., Новиков Д.К., Караулов А.В., Сергеев А.Ю.] //Иммунопатология, аллергология, инфектология. - 2001. -№ 3. - С. 61-73.
- 27.Аэндрет Г. А. Игровая терапия: искусство отношений/ Г. А. Аэндрет. — М.: Междунар. педаг. академия, 1994.
- 28.Балаболкин И.И. Атопический дерматит у детей / И.И. Балаболкин, В.Н.Гребенюк. – М.: Медицина, 1999. –237с.
- 29.Банщиков В. М. Медицинская психология /Банщиков В. М.,Гуськов В.С.,Мягков И. Ф. – М.: «Медицина»,1967.– С.165–215.
- 30.Бек А. Когнитивная психотерапия расстройств личности / А. Бек, А. Фримен. — СПб.: Питер, 2002. — 544 с.

31. Белоусова Т.А. Нейрогенные факторы патогенеза экземы: автореф. дис. ...канд. мед. наук./ Т.А. Белоусова— М., 1984.— 183 с.
32. Белоусова Т.А. Дифференцированный подход к выбору наружных глюкокортикостероидов в терапии дерматозов / Т.А. Белоусова, Н.Н. Лукашова // Клинич. дерматология и венерология. – 2006. – № 3. – С. 74 – 78.
33. Бендас Т. В. Гендерная психология : учеб. пособие / Т. В. Бендас. – СПб. : Питер, 2007. — 431 с.
34. Бержере Ж. Психоаналитическая патопсихология: теория и клиника: пер. с фр. А. Тхостова. / Ж. Бержер. - М. : МГУ им. М. В. Ломоносова, 2001. — 400 с.
35. Берн Э. Игры, в которые играют люди ( Психология человеческих взаимоотношений): пер. с англ. М. П. Папуша / Эрик Берн. — М. : Эксмо-Пресс, 2000. – 382 с.
36. Бернс Р. Развитие Я-концепции и воспитание: пер.с англ./ Роберт Бернс.– М.: Прогресс, 1986.– 365с.
37. Блейхер В.М. Практическая патопсихология: учеб. пособие Блейхер В.М., Крук И.В./ – Ростов-н/Д.: “Феникс”, 1996. – 448 с.
38. Блум Д. Психоаналитические теории личности: пер. с англ. А. Б. Хавина. / Джеральд Блум – М.: Академический проект; Екатеринбург : Деловая книга, 1999. – 221 с.
39. Бодалев А. А. Психология межличностных отношений: (К 100-летию со дня рождения В.Н. Мясищева) / А.А.Бодалев. // Вопросы психологии. - 1993.- № 2.- С. 86-91.
40. Бодалев А. А. Общая психодиагностика/ А. А.Бодалев, В. В.Столин.– СПб.: Речь, 2006.– 440с.
41. Бодалев А. А. Восприятие и понимание человека человеком/ А. А. Бодалев.- М.: Изд-во Московского университета, 1982.- 200с.

- 42.Божович Л.И. Психологический анализ условий формирования и строения гармонической личности / Л. И. Божович. // Психология формирования и развития личности. - М.: Наука, 1981. –С.33
- 43.Божович Л. И. Личность и ее формирование в детском возрасте / Л. И. Божович. — СПб. : Питер, 2008. — 398 с.
- 44.Бороздина Л.В. Возрастные изменения временной транспективы субъекта. Сообщение I: Формальные параметры / Л.В. Бороздина, И.А. Спиридонова // Психологический журнал. – 1998. – Т.19. – №2. – С. 40–50.
- 45.Бороздина Л.В. Сущность самооценки и ее соотношение с Я-концепцией / Л.В. Бороздина // Вестник Московского университета. – 2011. – №1. – С.54–65.
- 46.Бороздина Л.В. Что такое самооценка? / Л.В. Бороздина // Психологический журнал. – 1992. – Т.13. – №4. – С. 99–100.
- 47.Боулби Дж. Привязанность: пер. с англ. Н. Г. Григорьевой, Г. В. Бурменской / Джон Боулби. — М. : Гардарики, 2003. — 477 с.
- 48.Боулби Дж. Создание и разрушение эмоциональных связей: пер. с англ В. В. Старовойтова / Джон Боулби. - М. : Академический Проект, 2006. – 232 с.
- 49.Бройтигам В. Психосоматическая медицина / Бройтигам В., Кристиан П., Рад М.– М.: Гэотар Медицина,1999.– 376с.
- 50.Бурлачук Л. Ф. Психотерапия:Учебник для вузов / Бурлачук Л. Ф., Кочарян А. С., Жидко М. Е.– СПб.: Питер, 2003. – 472с.
- 51.Бурмистрова Н. Н. Актуальные вопросы воспитательно-педагогической работы с соматически больными детьми в условиях стационара / Н. Н. Бурмистрова // Педиатрия. - 1972. - № 10. - С.44
- 52.Бурно М.Е. Терапия творческим самовыражением/ Бурно М.Е. — М.: Академический проект, 1999. – С.12-45.

53. Былкина Н.Д. Развитие зарубежных психосоматических теорий / Былкина Н.Д. // Психологический журнал. – 1997. – т. 18, № 2. – С. 149-161.
54. Быховская И. М. Аксиология телесности и здоровье: сопряженность в культурологическом измерении / Быховская И.М.// Психология телесности между душой и телом.– М.: АСТ: АСТ Москва, 2007.– С.53–67.
55. Варга А. Введение в системную семейную психотерапию / Варга Анна. — М. : КОГИТО-ЦЕНТР, 2009. — 181 с.
56. Вассерман Л. И. Медицинская психодиагностика: Теория, практика и обучение/ Л. И. Вассерман, О. Ю.Щелкова.– СПб.: филологический факультет СПбГУ;М.:Издательский центр «Академия», 2003. – 736с.
57. Водопьянова Н.Е. Психодиагностика стресса/ Наталия Евгеньевна Водопьянова.- СПб.: Питер, 2009. - 336с.
58. Возрастная и педагогическая психология // Под ред. А.В. Петровского. М., 1980. – С.56.
59. Воронцов Д. В. Гендерная психология общения / Д. В. Воронцов. – Ростов н/Д: Изд-во ЮФУ, 2008. – 134с.
60. 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.
61. Выготский Л. С. Проблема культурного развития ребенка / Л. С. Выготский // Вестник Моск. ун-та. Серия 14, «Психология». — 1991. — № 4. — С. 5— 18.
62. Выготский Л. С. Педагогическая психология / Л. С. Выготский. — М.: Педагогика, 1991. — 480 с.
63. Выготский Л. С. Психология развития человека / Л. С. Выготский. — М. : Эксмо, 2005. — 135 с.

- 64.Выготский Л.С. Основы дефектологии / Л.С. Выготский // Собрание сочинений в 6-ти томах: т.5.- М.: Педагогика, 1984.
- 65.Газарова Е. Э. Тело и телесность: психологический анализ/ Е. Э. Газарова // Психология телесности между душой и телом.– М.: АСТ: АСТ Москва, 2007. – С.558–574.
66. Гарбузов В.И. Концепция инстинктов и психосоматическая патология (Наднозологическая диагностика и терапия психосоматических заболеваний и неврозов)/ Гарбузов В.И. — СПб.: «СОТИС», 1999. — 320 с.
- 67.Гилер У. Атопический дерматит - нейрогенная воспалительная реакция?/ У.Гилер, Ф.Нимаер, Й.Купфер, А.Н.Львов // Российский журнал кожных и венерических болезней.-2006.-№4.-С.46-52.
- 68.Гиндикин В.Я. Справочник. Соматогенные и соматоморфные психические расстройства / Гиндикин В.Я. – М.: Изд-во “Триада-Х”, 2000. – 256 с.
- 69.Говорун Т. В. Батькам про статеve виховання дітей / Тамара Василівна Говорун, О. М. Шарган. — К. : Радянська школа. — 1990. — 160 с.
- 70.Говорун Т. В. Гендерна психологія / Т. В. Говорун, О. М. Кікінежді. — К. : Акакадемія, 2004. — 307 с.
- 71.Говорун Т. В. Сексуальна просвіта у розвитку статевої свідомості юнацтва / Т. В. Говорун, О. М. Шарган // Вихователю про психологію та педагогіку сексуального розвитку дитини. — К. : Інститут змісту і методів навчання, 1996. — 110-124 с.
- 72.Говорун Т. В. Соціалізація статі та сексуальності: монографія / Т. В. Говорун. — Тернопіль: Навчальна книга - Богдан. — 2001. — 240 с.
- 73.Говорун Т. В. Соціалізація статі як фактор розвитку Я-концепції : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня д-ра психол. наук : спец. 19.00.07 «Педагогічна та вікова психологія» / Тамара Василівна Говорун. — К., 2002. — 35 с.

- 74.Говорун Т. В. Сучасне юнацтво і проблеми статевої самоідентифікації / Т. В. Говорун // Вісник Київського університету ім. Т. Шевченка : Соціологія. Психологія. Педагогіка. — 1998. — Вип. 5. — С. 68-72.
- 75.Головнева И. В. Гендерная идентичность : тенденции изменений / И. В. Головнева. — Х. : НУА, 2006. — 312 с.
- 76.Головнева И. В. Гендерная идентичность: тенденции изменений: Монография / И. В. Головнева ; Харьк. гуманит. ун-т «Народная украинская академия». — Х. : Изд-во ХГУ «НУА», 2006. — 312 с.
- 77.Гольдштейн Л.М. Атопические дерматиты по данным англо-американской литературы/Л.М.Гольдштейн//Вестник дерматологии и венерологии.-1967.-№ 12.-С.90.
- 78.Горохова В.Н. Нервно-психические нарушения у больных экземой, псориазом и нейродермитом и особенности их психотерапии: автореф. дис...канд.мед.наук./В.Н.Горохова. - Курск, 1974.-С.3-7.
- 79.Губанев Ю. М. Клинико-физиологические основы психосоматических соотношений / Губанев Ю. М., Стабровский Е. М. - Л.: Медицина, 1981. 216 с.
- 80.Гурьева В. А. Психогенные расстройства у детей и подростков / Гурьева В. А. - М.: Крона пресс, 1996. 206 с.
- 81.Гурьева В. А. Психопатология подросткового возраста / Гурьева В. А., Семке В. Я., Гиндикин В. Я. - Томск.: Изд. Томского университета, 1994. 310 с.
- 82.Дольто Ф. На стороне подростка / Ф.Дольто.- СПб.: Аграф, 1997. - 276 с.
- 83.Дороженок И. Ю. Депрессивные расстройства у пациентов дерматологической клиники / И. Ю. Дороженок, Е. Н. Матюшенко // Мед. помощь. — 2006. — № 6. — С. 26–28.
- 84.Дороженок И. Ю. Психические расстройства при хронических дерматозах легкой и умеренной тяжести / И.Ю.Дороженок // Эксперим. и клинич. дерматокосметология. —2012. —№ 1. —С. 29–36.



85. Дороженко И. Ю. Психодерматология (психосоматические аспекты хронических дерматозов): обзор лит. Ч. 2 / И. Ю. Дороженко // Псих. Расстройства в общей медицине. – 2008. – № 3. – С. 50–59.
86. Дороженко И.Ю. Афобазол при терапии тревожных расстройств у больных дерматологического стационара/ Дороженко И.Ю., Терентьева М.А. // Рус. мед. журн. — 2007. — Том 15. – № 19. — С. 1379-1382.
87. Дорожинок И.Ю. Лечение реактивных депрессий, коморбидных хроническим дерматозам с преимущественным поражением открытых участков кожи (опыт применения пиразидола)/ [И.Ю.Дорожинок, Т.А.Белоусова, М.А.Терентьева, А.В.Фрагина] // Русский медицинский журнал.-2003.-Т.11.-№17.-С.957-959.
88. Дорожинок И.Ю. Современные аспекты психофармакотерапии психодерматологических расстройств/ И.Ю.Дорожинок// Психиатрия и психофармакотерапия.-2004.-№6. - С.274-276.
89. Дорожинок И.Ю. Терапия психических расстройств в дерматологической практике: современный взгляд на проблему /И.Ю.Дорожинок, А.Н.Львов// Российский журнал кожных и венерических болезней.-2006.-№4.-С.16-21.
90. Дубровина Л. Н. Особенности вегетативного гомеостаза и психосоматического статуса при атопическом дерматите у подростков: дис. ... канд. мед. наук / Л.Н. Дубровина. –Томск, 2008. –151 с.
91. Дутчак Г. М. Особливості перебігу атопічного дерматиту у дітей / Г. М. Дутчак, О. Б. Синовєрська // Здоровье ребенка. – 2011. – № 6. – С. 21–25
92. Елецкий В.Ю. Пограничные психические расстройства у больных с хроническими дерматозами/ В.Ю.Елецкий // Восьмой Всесоюзный съезд невропатологов, психиатров и наркологов: Тез.докл.-1988.- С.81.
93. Елькин В.Д. Психовегетативные дисфункции у больных хроническими дерматозами и влияние на них активного двигательного режима

- /В.Д.Елькин // Российский журнал кожных и венерических болезней, 2002.-№1.- С.14-18
- 94.Зайцева О. Г. Психические расстройства у больных хроническими дерматозами : автореф. дис. ... канд. мед. наук / О.Г. Зайцева. – СПб., 2000. – 20 с.
- 95.Заржицкая О.А. Социально-психологический анализ телесности: возможности и перспективы / Заржицкая О.А. // Психология телесности: теоретические и практические исследования. – С. 9-17
- 96.Захаров А. И. Происхождение детских неврозов и психотерапия / А. И. Захаров. — М. : ЭКСМО-Пресс, 2000. — 448 с.
- 97.Зинько Е.В. Соотношение характеристик самооценки и уровня притязаний. Часть 2. Уровень притязаний и варианты его сочетания с самооценкой / Е.В. Зинько // Психологический журнал. – 2006. – Т.27. – №4. – С. 15–25.
- 98.Иванов О.Л. Современный антигистаминный препарат зиртек в терапии аллергодерматозов/ Иванов О.Л., Мареева Е.Б., Кривда А.Ю. // Росс. журн. кожн. вен. бол. — 1999. –№ 5. – С. 23—26
- 99.Иванов О.Л. Краткий очерк истории дерматологии/ О.Л.Иванов, А.Л.Львов// Психиатрия и психофармакотерапия.-2004.-№6.-С.266-267.
100. Иванов О.Л. Особенности психических расстройств у больных розацеа/ [О.Л.Иванов, Т.А.Белоусова, И.Ю.Дорожинок, М.А.Терентьева]// Первый российский конгресс дерматовенерологов: тезисы научных работ.-Т.1.-СПб.,2003.-С.40-41.
101. Иванов О.Л. Проблемы психодерматологии в трудах представителей Рахмановской школы / О.Л.Иванов// Российский журнал кожных и венерических болезней.-2006.-№4.-С.7-10.
102. Иванов О.Л., Психодерматология: история, проблемы, перспективы / Иванов О.Л., А.Н. Львов, В.В. Остришко // Российский журнал кожных и венерических болезней. - 1999. - № 1. - С. 28-38.

103. Иванова И.Н. Психосоматическое состояние больных красным плоским лишаем/ И.Н.Иванова, Р.А.Мансуров// Вестник дерматологии и венерологии.-2003.-№5.- С.28-30.
104. Иванова Е. Ф. Гендерные исследования в психологии / Е. Ф. Иванова // Введение в гендерные исследования : учеб. пособ. / под ред. И. А. Жеребкиной. — СПб. : Алетейя, 2001. — С. 31–345.
105. Изард К. Э. Психология эмоций: пер. с англ. Татлыбаевой А. / К. Э. Изард — СПб. : Питер, 2002. — 464 с.
106. Ильин Е. П. Дифференциальная психофизиология мужчины и женщины. / Е. П. Ильин. – СПб. : Питер, 2002. – 544 с.
107. Ильин Е. П. Эмоции и чувства / Е. П. Ильин. — 2-е изд. — СПб. : Питер, 2007. — 783 с.
108. Исаев Д. Н. Медико-психологические аспекты психосоматических заболеваний и внутренняя картина болезни в детском возрасте/ Исаев Д. Н. // Психиатрические аспекты педиатрии. - Л., 1985. С. 7-92.
109. Исаев Д. Н. Половое воспитание и психогигиена пола у детей / Д. Н. Исаев, В. Е.Каган. – Л.: Медицина, 1979. – 184 с.
110. Исаев Д. Н. Психологический стресс и психосоматические расстройства в детском возрасте / Исаев Д. Н. - СПб., 1994.- 82 с.
111. Исаев Д. Н. Психология больного ребенка / Д. Н. Исаев. – СПб., 1993. – 75 с.
112. Исаев Д. Н. Психосоматический подход к изучению заболеваний у детей и подростков / Исаев Д. Н. //8-й Всес. съезд невропатол. и психиат. - М., 1988. С. 197-198.
113. Исаев Д. Н. Эмоциональный стресс, психосоматические и соматопсихические расстройства у детей / Д.Н.Исаев. — СПб.: Речь, 2005. — 400 с.
114. Исаев Д.Н. Клиника и коррекция пароксизмальных нервно-психических расстройств у детей, страдающих нейродермитом/

- Д.Н.Исаев, Б.С.Калашников// Вестник дерматологии и венерологии.- 1989.- №12. - С.36-40.
115. Исаев Д.Н. Психические нарушения у детей, больных нейродермитом и псориазом/ Д.Н.Исаев, Б.С.Калашников// Журнал невропатологии и психиатрии.-1987.- №11.- С.1700-1704.
116. Исаев Д.Н. Психосоматические расстройства у детей: руководство для врачей / Исаев Д. Н. - СПб., 2000. - С23-54.
117. Истратова О. Н. Справочник по групповой психокоррекции / О. Н. Истратова. – М.: Феникс, 2008. – 443 с.
118. Исурина Г.Л. Методы и техники групповой психотерапии/ Исурина Г.Л. // Групповая психотерапия. М., 2005. –С.56.
119. Ишутина Н. П. Клинико-психологические аспекты дезадаптации при атопическом дерматите / Н. П. Ишутина, Т.В. Раева // Клиническая психология: материалы I Междунар. конф. памяти Б.В. Зейгарник. – М., 2001. – С. 133–135.
120. Ишутина Н.П. Депрессивные расстройства и их терапия в дерматологической практике/ Н.П.Ишутина, Т.В.Раева// Сибирский вестник психиатрии и наркологии.- 1999.-№2.-С.91-92.
121. Ишутина Н.П. Особенности нервно-психических нарушений при некоторых кожных заболеваниях/ Н.П.Ишутина// Актуальные вопросы психиатрии. Мат.сессии.-Вып.1.-Томск, 1983. -С.101-103.
122. Іщейкін К.Є. Зміни показників імунного статусу та коагуляційного гемостазу у дітей хворих на атопічний дерматит під час лікування з застосуванням комплексу антиоксидантів / Іщейкін К.Є., Калюжна Л.Д. // Дерматологія та венерологія. – 2003. – №2 (20). – С. 39 – 42.
123. Каган В. Е. Половая идентичность и развитие личности / В. Е. Каган // Обзорение психиатрии и мед. психологии им. Бехтерева. — 1991. — № 4. — С. 25 – 33.

124. Каган В. Е. Психосексуальное воспитание детей и подростков / В. Е. Каган. — Л. : Художественная литература, 1990. — 63 с.
125. Казначеева Л. Ф. Психоэмоциональный статус детей с атопическим дерматитом на фоне восстановительного лечения / Л. Ф. Казначеева, В. В. Массерова // Вестн. Новосибир. гос. Ун -та. Сер.: Биология, клиническая медицина. — 2008. —Т. 6., вып. 2. —С. 126–130
126. Калюжная Л.Д. Принципиально новое направление в наружной терапии атопического дерматита /Л.Д. Калюжная //Український журнал дерматології, венерології, косметології. — 2005. — № 1(16). — С. 42-45.
127. Калюжная Л.Д. Современная концепция повседневной терапии атопического дерматита //Л. Д. Калюжная //Український журнал дерматології, венерології, косметології. — 2006. — № 3 (22) — С. 56-60.
128. *Карабанова О. А. Методы исследования идентичности в концепции статусов идентичности Дж. Марсиа / Карабанова О. А., Орестова В. Р. // Психология и школа. — 2005. — № 1.*
129. Карвасарский Б. Д. Медицинская психология / Борис Дмитриевич Карвасарский .— Л.: «Медицина», 1982. — С. 155-207.
130. Карпова Э. Б. О «гармоничном» типе реагирования на болезнь по данным экспериментально-психологического исследования/ Карпова Э. Б.// Психологическая диагностика при нервно психических и психосоматических заболеваниях.-Министерство здравоохранения РСФР Ленинградский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.Н. Бехтерева, 1985. — С. 137–141.
131. Каурова Т.В. Медико-социальные и клинико-этические особенности хронических дерматозов у детей старшего возраста: дис. ... канд. мед. наук / Т. В. Каурова. — СПб., 2011. —260 с
132. Квасенко А. В. Психология здоровья / А. В. Квасенко, Ю. Г. Зубарев. — Л.: «Медицина», 1980.— С.7–75; С.137–143.

133. Кениксфест Ю.В. Взаимосвязь клинических проявлений и иммунологических параметров при различных типах течения атопического дерматита у детей / Ю.В.Кениксфест, Н.В.Кунгуров, М.М.Кохан// Клиническая дерматология и венерология.- 2004.-№1.- С.40-42.
134. Керимов С.Г. Особенности психоэмоционального состояния больных псориазом в период обострения/ С.Г.Керимов, М.Ю.Исмаилова, Э.П.Ахмедова// Первый российский конгресс дерматовенерологов: тезисы научных работ.- Т.1. СПб, 2003.-С.47.
135. Килборн Б. Исчезающие люди: стыд и внешний облик / Б. Килборн . — М. : Когито-центр, 2007. — 269 с
136. Кле М. Психология подростка / М. Кле // Психология подростка : хрестоматия / под ред. Ю. И. Фролова — М., 1997. — С. 103–140.
137. Клецина И. С. Психология гендерных отношений: теория и практика / И. С. Клецина. — СПб.: Алетейя, 2004. — 408 с.
138. Клиническая психология / Под ред. Бориса Дмитриевича Карвасарского.– СПб.: Питер, 2002. – С. 498–793.
139. Клинические рекомендации по ведению больных атопическим дерматитом / под ред. Кубановой А. А. – М: ДЭКС-Пресс, 2010. – 40 с.
140. Ковалевский В.А. Психология ребенка - пациента соматической клиники. Практикум / Ковалевский В.А., Урываев В.А. - Красноярск-Ярославль, 2006. - 87 с.
141. Кольшко А. М. Психология самоотношения: Учеб. пособие / Кольшко А. М. – Гродно: ГрГУ, 2004. – 102 с.
142. Кон В. С. В поисках себя: Личность и самосознание/ Игорь Семенович Кон. – М.: «Политиздат», 1984.– 38с.
143. Конечный Р. Психология в медицине / Р. Конечный, М. Боухал. – Прага.: Авиценум медицинское издательство, 1974. – С. 187–227.
144. Коркина М.В. Дисморфомания в подростковом и юношеском возрасте / Коркина М.В. - М.: Медицина, 1984. - 224 с.

145. Короткий Н. Г. топический дерматит. Современные аспекты этиологии, патогенеза, клиники и терапии / Короткий Н. Г., Тихомиров А.А. - Лекции по актуальным проблемам педиатрии. РГМУ. – М., 2000. –С.471–480
146. Короткий Н. Г.. Причины сухости кожи и лечебно-косметический уход за ней / Короткий Н. Г., Гамаюнов Б. Н. // Клиническая дерматология и венерология. – 2006. – № 4. – С. 98–101.
147. Короткий Н.Г. Особенности психического статуса детей, страдающих атопическим дерматитом / Н.Г. Короткий, Н.М.Шарова, Ю.Ф.Антропов, О.А.Сидоренко // Вестник последипломного медицинского образования.-2004.-№1.- С.27-28.
148. Короткий Н.Г. Современные аспекты этиологии, патогенеза, клиники и фармакотерапии атопического дерматита // Лечащий врач. – 2000. – № 10. – С. 42–47.
149. Короткий Н.Г. Атопический дерматит у детей. Руководство для врачей./ Короткий Н.Г., Тихомиров А.А., Мойсеенко А.В. — Тверь: Триада, 2003.— 326 с.
150. Короткий Н.Г., Тихомиров А.А., Таганов А.В., Каражас М.В. Современные аспекты этиологии, патогенеза, клиники и фармакотерапии атопического дерматита/ Короткий Н.Г., Тихомиров А.А., Таганов А.В., Каражас М.В. // Леч. врач. 2 — 2000.— № 10.—С. 14-24.
151. Костина Л.М. Методы диагностики тревожности / Л.М. Костина. СПб.: Издательство «Речь», 2002.- 198с.
152. Коцюба А. А. Феномен тела в контексте межличностных отношений / А. А. Коцюба // Вісник Харківського національного університету ім. В. Н. Каразіна. Серія «Психологія». — 2009. — № 842. — С. 154-159.
153. Кочарян А. С. Клиент-центрированная психотерапия: некоторые концептуальные проблемы / А. С. Кочарян // Психологія у суспільстві,

- що трансформується: матеріали VI Харк. міжнар. психол. читань, присвяч. пам'яті О. М. Лактіонова (квітень 2010 р.). — Х., 2010. — С. 207–212.
154. Кочарян А. С. Личность и половая роль (симптомокомплекс маскулинности/феминности в норме и патологии) / А. С. Кочарян ; отв.ред. член.-кор. АПН Украины Л. Ф. Бурлачук. — Х. : Основа, 1996. — 127 с.
155. 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.
156. Кочарян А. С. Проблемы эффективности диагностики сложных психологических образований (на примере симптомокомплекса маскулинности/феминности) / А. С. Кочарян // Журнал практикующего психолога. — 2010. — № 17. — С. 136–147.
157. Кочергин Н.Г. Атопический дерматит: современные аспекты патогенеза и терапии / Н.Г. Кочергин // Русский медицинский журнал. — 2004. — Т. 12, № 18. — С. 1076–1081.
158. Кочергин Н.Г. Дерматологическое качество жизни как психосоматический симптом дерматоза/ Н.Г.Кочергин, Л.М.Смирнова// Российский журнал кожных и венерических болезней.- 2006.- №4.-С.11-15.
159. Крайг Г. Психология развития: пер. с англ. / Грэйс Крайг, Дон Бокум — СПб. : Питер, 2006. — 940 с.
160. Крылов В.И. Психопатология телесной перцепции / Крылов В.И. // Психиатр. и психофармакотер. — 2006. - Т.8, №2- стр.15-20
161. Кулагин В.И. Атопический дерматит и шизофрения: обсуждение патогенеза и поиск эффективного лечения/ В.И.Кулагин, О.В.Павлова// Вестник последипломного медицинского образования.-2005.-№1.-С.6-9.



162. Кулагин В.И. Особенности патогенеза и лечения атопического дерматита у больных шизофренией / В.И.Кулагин, О.В.Павлова// Российский журнал кожных и венерических болезней.-2005.-№5.-С.34-36.
163. Кунгуров Н.В. Иммунологические аспекты атопического дерматита/ Кунгуров Н.В. // Вестн. дерматол. венерол. 1999. - № 3. - С. 14-17
164. Кунгуров Н.В. Организационные аспекты оказания специализированной медицинской помощи детям, больным хроническими дерматозами /Н.В. Кунгуров, Ю.В. Кениксфест, Н.В. Зильберберг, М.В. Пазина// Вестник дерматологии и венерологии. – М., 2010. - №5. – С.22 – 28.
165. Кунгуров Н.В. Атопический дерматит (типы течения, принципы терапии) / Кунгуров Н.В., Герасимова Н.М., Кохан М.М. – Екатеринбург: изд-во Уральского университета. – 2000. – 266 с.
166. Куницына В.Н. К вопросу о формировании образа своего тела у подростков / Куницына В.Н. // Вопросы психологии, 1968, № 1. С. 90-99.
167. Лаврова М.А. Характеристика адекватности оценки кожной патологии лицами, страдающими психическими расстройствами/ М.А.Лаврова, С.И.Данилов// Первый российский конгресс дерматовенерологов: тезисы научных работ.-Т.1.- СПб., 2003.-С.65.
168. Лакосина Н. Д. Медицинская психология / Н. Д. Лакосина, Г. К. Ушаков. – М.: «Медицина», 1984. – С. 55–210.
169. Лакосина Н. Д. Общие закономерности развития невротических и психосоматических расстройств / Лакосина Н. Д., Беззубова Е. И. // Психогенные и психосоматические расстройства. — Тарту, 1988. — С. 237-239.
170. Лаутербах В. Эффективность психотерапии: критерии и результаты оценки / Лаутербах В. // Психотерапия: От теории к практике. Материалы I съезда Российской Психотерапевтической

- Ассоциации. - СПб., изд. Психоневрологического института им. В. М. Бехтерева, 1995. - С. 28-41.
171. Лафренье П. Эмоциональное развитие детей и подростков : учеб. пособие для вузов: пер. с англ. / Питер Лафренье. — СПб.: Прайм-Еврознак; М.: Олма-Пресс, 2004. — 250 с.
172. Лебедева Д.Д. Практика арт-терапии: подходы, диагностика, система занятий / Д.Д.Лебедева. - СПб.: Речь, 2003. - 256 с
173. Лебедева Л. Д. Энциклопедия признаков и интерпретаций в проективном рисовании и арт-терапии/ Лебедева Л. Д., Никонорова Ю. В., Тараканова Н. А. – СПб.: Речь, 2006. – С. 108–157.
174. Лебединский М. С. Введение в медицинскую психологию / М. С. Лебединский, В.Н. Мясичев. – Л.: «Медицина», 1966. – С. 265–357.
175. Леви Т. С. Отношение к телу в структуре самоотношения/ Леви Т. С. // Знание. Понимание. Умение. – №1. – 2008. – С.72-75.
176. Лейте Г. Психодрама: теория и практика. Классическая психодрама Я.Л. Морено./ Лейте Г. — М., 1994. — 352с.
177. Лекрон Л. Хорошая сила: (самогипноз) / Лесли М. Лекрон. – М.: Писатель, 1993. – 208 с.
178. Линде Н. Д. Основы современной психотерапии: Учебное пособие для студентов высших учебных заведений / Николай Дмитриевич Линде. – М.:Издательский центр «Академия», 2002. – 208 с.
179. 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.
180. Личко А. Е. Подростковая психиатрия : (руководство для врачей) / А. Е. Личко. — 2-е изд., доп. и перераб. — Л. : Медицина, 1985. — 416 с.
181. Лоуэн А. Возвращение тела: Пер.с англ. / Александр Лоуэн // Телесно-ориентированная психотерапия. Классические и современные направления. Хрестоматия. – СПб.: ООО «ИПК БИОКТ». – С.71–83.

182. Лоуэн А. Психология тела: биоэнергетический анализ тела: пер. с англ. / Александр Лоуэн.— М.: Институт общегуманитарных исследований, 2000. – 256 с.
183. Лоуэн А. Радость: пер. с англ. /Александр Лоуэн [пер. с англ.] - Минск: ООО «Попурри»,1999.- 464 с.
184. Лоуэн А. Физическая динамика структуры характера: пер. с англ. / Александр Лоуэн. – СПб-М.: АСТ, 1996. – 325с.
185. Лукьянова З.Н. Влияние самооценки внешности учащегося на его общение с другими людьми / Лукьянова З.Н. // Вопросы психологии, 1989, № 3. С. 71-75.
186. Лурия Р.А. Внутренняя картина болезни и ятрогенные заболевания / Р.А.Лурия. – М: «Медицина»,1977.–111с.
187. Львов А.А. Атопический дерматит / А.А Львов // Врач. –2003. – № 11. – С. 24–28.
188. Львов А.Н. К вопросу о психосоматических заболеваниях в дерматологии / А.Н.Львов// Психиатрия и психофармакотерапия.- 2004.-№6.-С.272-274.
189. Мадди Сальваторе Р. Теории личности: Сравнительный анализ : пер. с англ. / Р. Мадди Сальваторе. — СПб. : Речь, 2002. — 539 с.
190. МакМаллин Р. Практикум по когнитивной терапии / МакМаллин Р. — СПб.: Речь, 2001.
191. Максименко К. С. Переживання емоційних станів при соматичних захворюваннях/ К. С. Максименко // Практична психологія та соціальна робота. – 2007. – № 12. – С.28–30.
192. Максименко С. Д. Генезис существования личности / Сергей Дмитриевич Максименко. – К.: КММ, 2006. – 239 с.
193. Максименко С. Д. Структура особистості/ Сергій Дмитрович Максименко// Практична психологія та соціальна робота. – 2007. – № 1 (94). – С.1–13.

194. Макшанов С. И. Психогимнастика в тренинге / Макшанов С. И., Хрящева Н. Ю. — Ч. 1. — СПб., 1993.
195. Макшанов С. И. Психогимнастика в тренинге / Макшанов С. И., Хрящева Н. Ю., Сидоренко Е. В. — Ч. 2. — СПб., 1993.
196. Малишевская Н.П. Состояние заболеваемости болезнями кожи и подкожной клетчатки детей Свердловской области / [Н.П. Малишевская, Н.П. Торопова, И.Г. Лаврик и др.] // Межрегиональная научно –практическая конференция(материалы конференции): дерматовенерология в период реформирования здравоохранения и реализации национальных проектов. - Екатеринбург, 2007. –С. 17 –18
197. Малишевская Н.П. Состояние заболеваемости и диспансерного наблюдения больных хроническими дерматозам населения Свердловской области /Н.П. Малишевская, М.В. Пазина //Современные проблемы дерматовенерологии, иммунологии и врачебной косметологии. – М., 2010 - №.6 – С.62-68.
198. Малкина-Пых И. Г. Психосоматика: Справочник практического психолога/ Малкина-Пых И. Г. — М.: Изд-во Эксмо, 2005. — 992 с.
199. Матвийчук В.В. Значимость психоэмоциональных факторов в патогенезе атопического дерматита / В.В. Матвийчук// Материалы конференции, посвященной 60-летию кафедры кожных и венерических болезней.- Москва, 1999.-С.89.
200. Матушевская Е.В. Атопический дерматит: этиология и патогенез. Подходы к терапии / Е.В.Матушевская, Е.В.Сверщевская. - Москва, 2004.- С.12-20.
201. Маховер К. Проективный рисунок человека / Маховер К. - М.: Смысл, 2000.154 с.
202. Медична психологія. Підручник/ [Максименко С. Д, Коваль І. А, Максименко К. С., Папуча М. В.] – Вінниця: Нова книга, 2008. – 520 с.

203. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология: Учебное пособие / Владимир Давыдович Менделевич. – М.: «МЕДпресс», 2005. – 432 с.
204. Менделевич В.Д. Неврология и психосоматическая медицина/ В. Д. Менделевич, С. Л. Соловьева. – М.: МЕД-пресс-информ, 2002.– 608 с.
205. Методика телесно-ориентированной психотерапии при лечении психосоматических заболеваний / [Арнаут Л. А., Михайлов Б. В., Филатов А.Т., Сердюк А. И.] // Журнал психиатрии и медицинской психологии. – 1999. – №1. – С.12
206. Михайлов Б. В. Психотерапия в общесоматической клинике / Михайлов Б. В., Сердюк Б. В., Федосеев В. А. – Х.: «Прапор», 2002. – 125 с.
207. Миченко А.В. Атопический дерматит: аспекты психосоматических расстройств/ Миченко А.В., Львов А.Н. // Психические расстройства в общей медицине. - 2008, №1.- С.47-52
208. Миченко А.В. Психосоматические аспекты атопического дерматита: классические каноны и новые представления/ Миченко А.В., Львов А.Н. - Российский журнал кожных и венерических болезней. — 2008. - №4. - С. 1118
209. Молчанова О.Н. Самооценка: Теоретические проблемы и эмпирические исследования: учеб. пособие / О.Н. Молчанова. – М.: Флинта: Наука, 2010. – 392 с.
210. Мясищев В. Н. Психология отношений/ Владимир Николаевич Мясищев. – М.: МПСИ Б, 2003. – 400 с.
211. Мясищев В. Н. Психотерапия как система средств воздействия на психику человека в целях восстановления его здоровья / Владимир Николаевич Мясищев //Клиническая психология. – СПб.: Питер, 2000 – С. 212-226.

212. Найденов Ю.Н. Изменения нервно-психического состояния больных хроническими дерматозами / Ю.Н.Найденов, Г.Н.Мироничев, Н.А.Комаристов// Военный медицинский журнал.-1991.-№2.-С.59-70.
213. Наследов А. Д. SPSS: Компьютерный анализ данных в психологии и социальных науках / А. Д. Наследов. — 2-е изд., испр. и доп. — СПб. : Питер, 2007. — 410 с.
214. Наследов А. Д. Математические методы психологического исследования. Анализ и интерпретация данных / А. Д. Наследов. — 2-е изд., испр. и доп. — СПб. : Речь, 2006. — 392 с.
215. Некрасова Н. А. Феномен человеческой телесности [Электронный ресурс] / Н. А. Некрасова, А. А. Горяинов // Современные проблемы науки и образования. – 2006. – № 1. – С. 26–23. Режим доступа до журналу: <http://www.science-education.ru/9-24>
216. Никитин В. Н. Онтология телесности: Смыслы, парадоксы, абсурд/ Никитин В. Н.- М.:Когито-Центр,2006.-320с.
217. Николаева В. Н. Влияние хронической болезни на психику./ Николаева В. Н. – М.: МГУ, 1987. – С. 22-139.
218. Никольская И. М. Психологическая защита у детей / И. М. Никольская, Р. М.Грановская. – Санкт-Петербург.: «Речь»,2001. – С. 70–81.
219. Ничипоров Б.В. Патопсихологический анализ дисморфофобических расстройств у больных шизофренией [Электронный ресурс] / Б.В. Ничипоров. Дисс. канд. психол. наук. – М., 1982. Режим доступа: <http://nauka-pedagogika.com/psihologiya-19-00-10>
220. Новак А. Обратная связь о состоянии группы и участников социально-психологического тренинга в конце дня / А.Новак// Журнал практического психолога. 1998. № 2.- С. 79-83.
221. Обухова Л.Ф. Возрастная психология. Учебник/ Обухова Л.Ф. М.: Педагогическое общество России, 2003. - 448 с.

222. Осипова А. А. Общая психокоррекция: Учебное пособие для студентов вузов / Осипова А. А. – М.: Сфера, 2002. – 512 с.
223. Основы психологического консультирования: Практикум / Авт.-сост. Н.В. Кухтова. – Витебск: Издательство УО «ВГУ им. П.М. Машерова», 2005. – 93 с.
224. Остришко В. В. Психотропные средства, используемые в дерматовенерологии / В.В. Остришко, А.Н. Львов // Российский журнал кожных и венерических болезней. - 2000. - № 1. - С. 70-72 .
225. Остришко В.В. Диагностика и коррекция пограничных психических расстройств у больных атопическим дерматитом (часть 2) / Остришко В.В., О.Л. Иванов, В.С. Новоселов, Колесников Д.Б. // Вестник дерматологии и венерологии. - 1998. - № 3. - С. 40-42.
226. Охотникова Е. Н. Атопический дерматит: проблемные вопросы и пути их решения /Е. Н. Охотникова //Современная педиатрия. – 2010. - № 6 (34). – С. 67 –72.
227. Павлова О.В. Основы психодерматологии / О.В.Павлова.- М.: Издательство ЛКИ, 2007.- 240с.
228. Павлова О.В. Проблемы психосоматического подхода в дерматологии/ О.В.Павлова, В.И.Кулагин// 5 научно-практическая конференция «Терапия социально значимых заболеваний в дерматовенерологии. Новые лекарственные препараты и средства в дерматологии и косметологии»: сб.тез.-2005.-С.110-111.
229. Павлова О.В. Психосоматические аспекты патогенеза хронических кожных заболеваний/ О.В.Павлова// Психологический журнал.- 2003.- Т.24.- №5.- С.88-94.
230. Павлова О.В. Развитие психодерматологии в России и за рубежом: Учебное пособие для студентов старших курсов, ординаторов и аспирантов медицинских вузов / О.В.Павлова.- М.:МАКС Пресс,2003.-С.17-22.

231. Пазина М.В. Состояние инвалидности, обусловленной хроническими дерматозами /М.В. Пазина, Н.П. Малишевская// Материалы научно - практической конференции «Актуальные вопросы дерматовенерологии». – Самара, 2009. – С. 74 – 75.
232. Пазина М.В. Социальная дезадаптация больных хроническими дерматозами /М.В. Пазина, Н.П. Малишевская, В.А. Игликов// Межрегиональная научно – практическая конференция (материалы конференции): Современные проблемы дерматовенерологии. Пути совершенствования организации специализированной медицинской помощи населению. - Екатеринбург,2009– С.21 - 22.
233. Панов М. К. Психосоматический этюд или рисование двумя руками [Электронный ресурс] / М. К. Панов // Журнал практической психологии и психоанализа : ежекварт. науч. -практ. журн. электрон. публ. / Ин-т практ. психологии и психоанализа. –Электрон. журн. –М., 2009. –№ 3. – Режим доступа: [http://psyjournal.ru/psyjournal/articles/detail.php?ID=2620&phrase\\_id=4046](http://psyjournal.ru/psyjournal/articles/detail.php?ID=2620&phrase_id=4046). –Загл. с экрана. – (Дата обращения: 10.03.2015).
234. Пантилеев С.Р. Способы вербальной презентации образа «Я» и самоотношение субъекта / Пантилеев С.Р., Зимчева Е.М. // Психологическое образование, 1997 . - № 2.- С. 42-51.
235. Пезешкиан Н. П. Психосоматика и позитивная психотерапия: Пер. с нем. / Пезешкиан Н. П. – М.: Медицина,1996. – 464 с.
236. Перверзева И.В. Стандартизированный тест акцентуации свойств темпераментов оценки психосоматического статуса больных атопическим дерматитом/ И.В.Перверзева, И.И.Бобынцев, Л.В.Силина// 6-я научно-практическая конференция «Социально значимые заболевания в дерматовенерологии. Диагностика, терапия, профилактика. Международная специализированная выставка «Новые лекарственные препараты и средства в дерматологии и косметологии - 2006» : сб.тез.-2006.-С.132-133.



237. Пережигина Н. В. О природе алекситимии у детей, страдающих бронхиальной астмой и атопическим дерматитом / Н. В. Пережигина, О. А. Тютяева // Вестн. Ярослав. гос. ун-та им. П.Г. Демидова. Сер.: Гуманитарные науки. –2008. –№ 4. –С. 39–43
238. Петровский А. В. Опыт построения социально-психологической концепции групповой активности / А. В. Петровский // Вопросы психологии. – 1973. – № 5. – С. 3-6.
239. Пиаже Ж. Избранные психологические труды / Ж.Пиаже. - М., Просвещение, 1969. – с.167
240. Поливанова К.Н. Психологическое содержание подросткового возраста / Поливанова К.Н. // Вопросы психологии, 1996, № 1. С. 20-33.
241. Поливанова К.Н. Психология возрастных кризисов/ К.Н. Поливанова - М.: Изд. центр «Академия», 2000. - 184 с.
242. Практикум по психодиагностике. Психодиагностические материалы / А.А.Бодалев, И.М.Карлинская, С.Р.Пантеев, В.В.Столин. - М.: МГУ, 1988. - С.114-119.
243. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие. / Райгородский Д. Я. - Самара: Издательский Дом «БАХРАХ-М», 2002. – С. 153–156.
244. Прихожан А.М. К анализу генезиса самосознания в подростковом и раннем юношеском возрасте / Прихожан А.М. // Воспитание, обучение и психическое развитие. М., 1983.- С. 672-674.
245. Прихожан А. М. Применение методов прямого оценивания в работе школьного психолога / Прихожан А.М. / Научно-методические основы использования в школьной психологической службе конкретных психодиагностических методик: Сб. научн. тр. / Редкол.: И. В. Дубровина (отв.ред.) и др. — М.: изд. АПН СССР, 1988. — С. 110—128.

246. Проворотов В.М Алекситимия / Проворотов В.М, Чернов Ю.Н., Лышова О.В., Будневский А.В. // Журнал неврологии и психиатрии им. Корсакова. – 2000. – № 6. – с. 66-70.
247. Проценко Т.В. Синдром сухой кожи в дерматологии: механизмы формирования и лечебно-косметический уход / Т.В. Проценко, О.А. Проценко // Укр. журн. дерматології, венерології, косметології. – 2009. – № 3. – С. 62–65.
248. Психогимнастика в тренинге / Под ред. Н. Ю. Хрящевой. СПб.: Речь, 2006.- С.56.
249. Психологическая диагностика отношения к болезни. Пособие для врачей / [Л. И.Вассерман, Б. В.Иовлев, Э. Б.Карпова, А. Я.Вукс.] - СПб, 2005. – 32 с.
250. Психология подростка. Полное руководство / Под ред. А.А.Реана. СПб.: Прайм - ЕВРОЗНАК, 2003. - 423 с.
251. Психология развития / Под ред. Т.Д.Марцинковской. - М.: Изд. центр «Академия», 2001. - 352 с.
252. Психотерапия : учебник / Под ред.Б. Д. Карвасарского. – СПб.: Питер, 2002. – 672 с.
253. Раева Т.В. Психические нарушения при хронических кожных заболеваниях у подростков: Дис. . канд. мед. наук. / Раева Т.В.-Томск, 1998. – С. 12.
254. Раева Т.В. Психологические аспекты качества жизни больных псориазом / Т.В.Раева, Н.П.Ишутина, С.Л.Матусевич, А.Б.Котельникова// Российский журнал кожных и венерических болезней.-2006.-№4.-С.32-35.
255. Разработка и внедрение русской версии опросника “Dermatology Quality of Life (DSQL) для исследования качества жизни больных атопическим дерматитом / [Астафьева Н. Г., Власов В. В., Мартынов А. А.] // Аллергология. 2000. № 3. С. 44 – 46.

256. Райе Ф. Психология подросткового и юношеского возраста/ Райе Ф. -СПб.: Питер, 2000. 624 с.
257. Райс Ф. Психология подросткового и юношеского возраста: пер. с англ. / Ф. Райс, К. Долджин. — 12-е изд. — СПб. : Питер, 2011. — 816 с.
258. Рамси Н. Психология внешности / Н. Рамси, Д. Харкорт.- СПб.: Питер, 2009.- 256 с.
259. Ремшмидт Х. Подростковый и юношеский возраст. Проблемы становления личности: пер. с нем./ Ремшмидт Х. - М.: Мир, 1994.
260. Роджерс К. Эмпатия / К.Роджерс// Психология эмоций: Тексты. М.: Изд-во МГУ, 1984. - С. 234-238.
261. Роджерс К. Р. Становление личности. Взгляд на психотерапию: пер. с англ. / К. Р. Роджерс. — М. : ЭКСМО-Пресс, 2001. — 416 с.
262. Роджерс. К. Клиент-центрированная психотерапия: Теория, современная практика и применение: пер. с англ / Карл Роджерс. – М.: Психотерапия, 2007. – 560 с.
263. Романин А. Н. Основы психотерапии / А. Н. Романин. – М.: КноРус, 2006. – 528 с.
264. Романова Н. М. Тест «Рисунок мужчины и женщины» / Н. М. Романова // Журнал прикладной психологии. — 2004. — № 3. — С. 38—44.
265. Ромек В.Г. Тренинг уверенности в межличностных отношениях: Умение приобретать знакомства; Уверенность в конфликтных ситуациях; Барьеры межличностного общения / Владимир Ромек. – СПб: Речь, 2007. – 175с.
266. Рудестам К. Групповая психотерапия / К. Рудестам. – СПб. : Питер, 2006. – 384 с.
267. Рыбалко Е.Ф. Возрастная и дифференциальная психология/ Е.Ф. Рыбалко - JL: Изд-во ЛГУ, 1990.- 256 с.

268. Рыжко П. П. Современные аспекты лечения аллергодерматозов /П. П. Рыжко, Л. В. Рощенюк // Журнал дерматологии и косметологии им. Н. А. Торсуева. – 2009. – № 1-2 (18). – С. 77-79.
269. Рыжко П.П. Рациональность применения нового нестероидного крема элидела в лечении атопического дерматита /П.П. Рыжко, Я.Н. Сафронова, Л.В. Рощенюк //Український журнал дерматології, венерології, косметології. – 2005. – № 1 (16) березень. – С. 46-49.
270. Сандомирский М. Е. Психосоматика и телесная психотерапия. Практическое руководство / Марк Евгеньевич Сандомирский.– М.: Независимая фирма «Класс», 2005.– 592с.
271. Светлова Е. С. Психодерматологические аспекты при обследовании и лечении больных атопическим дерматитом / Е. С. Светлова // Успехи современного естествознания. – 2008. – № 2. – С. 72 – 73.
272. Семаго Н. Я. Проблемные дети: основы диагностической и коррекционной работы психолога/ Семаго Н. Я., Семаго М. М. - М.: АРКТИ, 2001. – С.14
273. Семенова З.Ф. К проблеме отражения и воспроизведения лица человека / Семенова З.Ф. // Вопросы психологии познания людьми друг друга и самопознания. Краснодар, 1977. - С. 101-106.
274. Сергеев Ю. В. Атопический дерматит. Руководство для врачей / Ю. В. Сергеев. — М., Медицина для всех. — 2002. — 181 с.
275. Сергеев Ю.В. Атопический дерматит: новые подходы к профилактике и наружной терапии/ Ю.В.Сергеев.- Москва, 2003.-С.10-22.
276. Сидоров П.И. Психосоматическая медицина. Рук. для врачей./ Сидоров П.И., Соловьев А.Г., Новикова И.А. – М., 2006. – 568 с.
277. Сидоров Т.И. Психологические особенности больных псориазом/ Т.И.Сидоров, М.Н.Панков, Р.А. Файзулин // Вестник дерматологии и венерологии.-1999.-№6.-С.31ë-34.

278. Слободяник А.П. Психотерапия, внушение, гипноз/ А.П.Слободяник.- Киев, 1983.- С.6-26.
279. Смирнова Г.И. Современная концепция лечения атопического дерматита у детей /Г.И. Смирнова //Педиатрия. – 2006. – Т.8, № 1. – С. 32-36.
280. Смирнягина М.М. Психологическое содержание и сопровождение нормативного кризиса перехода к юности: монография / М.М. Смирнягина. – Челябинск: Изд-во ЧГПУ, 2012. –310 с.
281. Смолкин Ю.С. Механизмы развития атопического дерматита у детей (обзор литературы) / Ю.С.Смолкин, А.А.Чебуркин, В.А.Ревятина // Российский вестник перинатологии и педиатрии.- 2000.-№3.-С.25-29.
282. Смулевич А.Б. Дерматозойный (зоопатический) бред/ А.Б.Смулевич, В.А.Концевой, И.Ю.Дороженок, А.Н.Львов, В.И.Фролова // Психиатрия и психофармакотерапия. - 2004.- №6.- С.267-269.
283. Смулевич А.Б. Психические расстройства в дерматологии (к построению современной классификации / А.Б.Смулевич // Психиатрия и психофармакотерапия.-2004.- №6.-С.263-266.
284. Смулевич А.Б. Психогении и невротические расстройства, выступающие в рамках динамики психопатий / А.Б.Смулевич // Психиатрия и психофармакотерапия.- 2000.-№4.-С.99-101.
285. Смулевич А.Б. Современная психодерматология: анализ проблемы /А.Б.Смулевич, О.Л.Иванов, А.Н.Львов, И.Ю.Дороженок// Российский журнал кожных и венерических болезней.-2005.-№6.-С.33-40.
286. Собчик Л. Н. Стандартизированный многофакторный метод исследования личности СМИЛ: практическое руководство / Людмила Николаевна Собчик. — СПб. : Речь, 2001. — 220 с.

287. Соколова Е. Т. Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях: Учебное пособие / Е. Т. Соколова, В. В. Николаева. – М.: SvR-Аргус, 1995. – 359 с.
288. Соколова Е. Т. Проективные методы исследования личности / Соколова Е. Т.- М., 1990.-С.20-60.
289. Соколова Е.Т. Исследования образа тела в зарубежной психологии. / Соколова Е.Т., Дорожевец А.Н. — М.: Вест. МГУ, сер. 14, Психол., 1985, № 4.- С. 39-49.
290. Столин В. В. Самосознание личности / Владимир Викторович Столин. – М.: МГУ, 1983. – 284 с.
291. Сухарев А.В. Использование методик психической саморегуляции в комплексном лечении нейродермитов, экземы и псориаза / А.В.Сухарев, А.В.Бабкин// Журнал дерматовенерологии и косметологии.-2002 - №1.-С.3-4.
292. Тайсон Р. Психоаналитические теории развития: пер. с англ. / Р. Тайсон, Ф. Тайсон. – М.: Когито-центр, 2007. — 407 с.
293. Ташлыков В. А. Психология лечебного процесса / Ташлыков В. А. – «Медицина», 1984. С. 22–53.
294. Телешевская М. Э. Вопросы врачебной деонтологии / М. Э. Телешевская, Н. И. Погибко. – Л.: «Медицина», 1978.–160с.
295. Терентьева М.А. Психогенные (нозогенные) расстройства при хронических дерматозах / М.А.Терентьева, Т.А.Белоусова// Психиатрия и психофармакотерапия.-2004.-№6.-С.270-272.
296. Терещенко Н. М. Статеворольова структура жіночої тілесної ідентичності: дис. ...канд. псих. наук:19.00.01 / Надія Миколаївна Терещенко.– Х.,2003. – 183 с.
297. Тополянский В.Д. Психосоматические расстройства / Тополянский В.Д., Струковская М.В. – М., 1986. – 384 с.
298. Торопова Н.П. Необходимость оптимизации системы специализированной медико–социальной помощи больным

- атопическим дерматитом (дети, подростки, беременные) / Н.П. Торопова, С.В. Татарева, С.Д. Попова, И.Г. Лаврик, М.В. Пазина // Межрегиональная научно – практическая конференция: дерматовенерология в период реформирования здравоохранения и реализации национальных проектов. – Екатеринбург, 2007.- С. 19 – 20.
299. Тхостов А. Ш. Психология телесности/ Александр Шамилиевич Тхостов. – М.: Смысл, 2002. – 287 с.
300. 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>.
301. Усков О.А. Особливості стану психоемоційної сфери підлітків з atopічним дерматитом/ О.А.Усков, М.В.Маркова // Український вісник психоневрології.- Т.22.- Вип.4 (81) – 2014.- С.114-118
302. Фадеева К.М.О. Компоненты образа тела и их значение в процессе социализации старших подростков [Электронный ресурс]. // Психология, социология и педагогика. 2013. № 9 Режим доступа: <http://psychology.snauka.ru/2013/09/2424>
303. Фадеева К.-М.О. Телесная осознанность в структуре самосознания // Научный аспект.- 2013.- №1. - С.14
304. Фадєєва К.-М. О. Використання групового танцювально-рухового тренінгу з метою формування позитивної Я-концепції підлітків // Психологічні перспективи. Спеціальний випуск: Актуальні проблеми психології малих, середніх та великих груп. – Т. 1. Особистість і мала група.- С.15.
305. Феденко Е. С. Атопический дерматит: обоснование поэтапного подхода к терапии/ Феденко Е. С. // Consilium medicum. — 2001. —№3 (4). — С.176-184
306. Федоров А. П. Когнитивно-поведенческая психотерапия / А. П. Федоров. — СПб. : Питер, 2002. — 352 с.

307. Фельдштейн Д. И. Психология взросления. Структурно-содержательные характеристики процесса развития личности / Д. И. Фельдштейн. — М. : Флинта, 1999. — 672 с.
308. Филатова Т.А. Парлазин в лечении atopического дерматита у детей / Т.А. Филатова, В.А. Ревякина, Е.Г. Кондюрина// Вопр. соврем. педиатрии. —2005. —Т. 4. —№ 2. —С. 109–112
309. Филиппов Н.Е., Зотина Е.Б., Яковлева О.С. Характер течения atopического дерматита с учетом личностных особенностей подростков / Филиппов Н.Е., Зотина Е.Б., Яковлева О.С. // Вестник последипл. Мед. обр.- 2004.- №2.- С. 22–23.
310. Фоппель К. Психологические группы: рабочие материалы для ведущего / К. Фоппель. — М.: Генезис, 2004. — 253 с.
311. Фрейд, З. Психология бессознательного / Зигмунд Фрейд. — М.: Просвещение, 1990, — 448 с.
312. Фрейд,З. Введение в психоанализ: Лекции: Пер.с нем. / Зигмунд Фрейд. — СПб.: Питер, 2002.— 384с.
313. Фридман Л.М. Психология детей и подростков/ Фридман Л.М. М.: Изд-во Института психотерапии, 2003. - 480 с.
314. Хайгл-Эверс А. Базисное руководство по психотерапии / [Хайгл-Эверс А., Хайгл Ф., Отт Ю., Рюгер У.].- М.: Речь, Восточно-европейский институт психотерапии.- 2006.- 784с.
315. Харди И. Врач, сестра, больной. Психология работы с больными / Ирвин Харди.- BUDAPEST: Издательство академии наук Венгрии, 1981.—286с.
316. Хомуленко Т. Б. Основы психосоматики / Т. Б.Хомуленко.— Вінниця: Нова Книга, 2009.— 120 с.
317. Хомуленко Т. Б. Психосоматичний аналіз особистості / Т.Б.Хомуленко // Наука і освіта.— 2010.-Спецвипуск. — С.105–107.
318. Цвень П.В. Відновлювальне лікування хронічних дерматозів у дітей та підлітків / П.В. Цвень, Г.Б. Голяченко, В.С. Килівник // Вісник



- соціальної гігієни та організації охорони здоров'я. – 2010. – № 1. – С. 24–27.
319. Цукерман Г.А. Психология саморазвития: задача для подростков и их педагогов / Цукерман Г.А. - М.: Рига, 1995. – С.45.
320. Шафранская К.Д. Психологические трудности общения лиц с косметическими дефектами / Шафранская К.Д. // Психология межличностного познания. М., 1981. - С.212-221.
321. Швалб Ю. М. Возрастная психология / Ю. М. Швалб, И. Ф. Муханова. — Донецк : Норд-пресс, 2005. — 304 с.
322. Шевченко Н. Ф. Діагностика емоційного стану хворих – крок до вчасної психологічної допомоги / Н. Ф. Шевченко // 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.
323. Шевченко Н. Ф. Теорія і практика психологічної допомоги хворим / Н. Ф. Шевченко // 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.
324. Шевченко Н. Ф. Якість життя в умовах хронічної хвороби: медичні й психологічні аспекти / Н. Ф. Шевченко // Матеріали II Всеукраїнського психологічного конгресу, присвяченого 110 річниці від дня народження Г.С. Костюка (19-20 квітня 2010 року). Т.ІІ. – К.: ДП «Інформаційно-аналітичне агентство», 2010. – С. 347-350.
325. 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.

326. Шибутани Т. Я-концепция / Т. Шибутани // Психология самосознания. Хрестоматия. – Самара: БАХРАХ-М, 2003. – С. 245–269.
327. Щеглов Л. М. Психология соматического больного / Щеглов Л.М.// Медицинская психология. – 2006. – Т. 1.№ 3. – С. 22–28.
328. Эйдемиллер Э. Г. Психология и психотерапия семьи / Э. Г. Эйдемиллер, В. Юстицкис. – СПб.: Питер, 2002. – 656с.
329. Эльконин Б.Д. Возрастные и индивидуальные особенности младшего подросткового возраста // Психология подростка. Хрестоматия/ Б.Д. Эльконин / Сост. Ю.И.Фролов. М.: Российское педагогическое агентство, 1997.- С. 286-313.
330. Эльконин Д. Б. Избранные психологические труды / Д. Б. Эльконин. — М. : Педагогика, 1989. — 560 с.
331. Эльконин Д. Б. К проблеме периодизации психического развития в детском возрасте / Д. Б. Эльконин // Вопросы психологии. — 1971. — № 4. — С. 6—20.
332. Эриксон Э. Идентичность: юность и кризис: пер. с англ.]/ Эрик Эриксон. — М. : Прогресс, 1996. — 344 с.
333. Ялом И. Групповая психотерапия : Теория и практика : пер. с англ. / Ирвин Ялом. — М.: Апрель Пресс : Изд-во Ин-та психотерапии, 2005. — 576 с.
334. Яценко Т. С. Арт-терапевтичні технології в роботі психолога / Т. С. Яценко, І. В. Калашник, І. О. Чернуха. — К.: Марич, 2009. — 68 с.
335. Яценко Т. С. Психологічні основи групової психокорекції: навч. посібник / Яценко Т.С.- К.: Либідь, 1996.-С.13.
336. Aly R. Microbial flora of atopic dermatitis /R. Aly // Journal Arch. Dermatol.-1997.-№3.- Pp.780-787.
337. Bem S. Theory and measurement of androgyny: A reply to the Pedhazur-Tetenbaum and Locksley-Colten critiques/ S. Bem // Journal of

- Personality and Social Psychology.– 1979 – Jun– Vol 37(6) – Pp.- 1047-1054.
338. Bem S. Gender Schema Theory and Its Implications for Child Development: Raising Gender-Aschematic Children in a Gender-Schematic Society / Bem S. // Signs : Journal for Women in Culture and Society. — 1983. — № 8. — Pp. 598–616.
339. Bes J. Patient education in chronic skin diseases: a systematic review/ [Bes J., Legierse C. M., Prinsen C. A., Korte J. ] // Acta Derm. Venereol. 2011. № 91 (1). P. 12 – 17.
340. Bos J.D. Atopic dermatitis /J.D. Bos, J.H. Smitt // Journal European Academy Dermatol. Venereol. -1996.- Vol. 7. - №2 - Pp. - 101-114.
341. Burks A.W. Atopic dermatitis and food hypersensitivity reactions /A.W. Burks, J.M. James, A. Hiegel // Journal Pediatr. - 1998. - Vol.132.- Pp.- 132- 136.
342. Calicoglu E. The evaluation of psychiatric tests in seborrhoeic dermatitis patients/ E Calicoglu, P Oztas, P Cetin //12 EADV Congress Abstracts. –Barcelona.- 2003.- Pp .45-50.
343. Caproni M. The effects of tacrolimus ointment on regulatory T lymphocytes in atopic dermatitis /M. Caproni, D. Torchia, E. Antiga // Journal Clin. Immunol. – 2006. – Vol. 26, № 4. – Pp. 370-375.
344. Coghi S. Quality of life is severely compromised in adult patients with atopic dermatitis in Brazil, especially due to mental components / [Coghi S., Bortoletto M. C., Sampaio S. A., Andrade Junior H. F., Aoki V.] // Clinics (Sao Paulo). - 2007. - № 62 (3). - Pp. - 235 – 242.
345. Cookson W. The genetics of atopic dermatitis: Strategies, candidate genes and genome screens / W. Cookson // Journal Am. Acad. Dermatol. — 2001. -Vol. 45.-Pp. 7-9.
346. Cork M. Limitations of current therapy in atopic eczema: controlling atopic eczema / M. Cork // Journal of the European Academy of Dermatology and Venereolog. –2004. – Vol. 18, Issue Sup. s2: Abstracts of

- the 13th Congress of the European Academy of Dermatology and Venereology Congress President, Torello Lotti 17–21 Nov. 2004 Florence, Italy.–Satellite symposium. –Pp. 6–7.
347. Elias P.M. Abnormal skin barrier in the aetiopathogenesis of atopic dermatitis / P.M. Elias, M. Schmutz // *Curr. Opin. Allergy Clin. Immunol.* - 2009. - Vol. 9. - № 5. - Pp. - 437-446.
348. Ellsworth D.L. The emerging importance of genetic in epidemiological research. I. Basic concepts in human genetics and laboratory technology / D.L. Ellsworth, T.A. Manolio // *Ann. Epidemiol.* - 1999.-Vol. 9. - Pp. 1-16.
349. Eysenk H. The effects of psychotherapy: an evaluation / Eysenk H. // *J. of Consult. Psychology.* 1952. V.16. - Pp. 319 - 324.
350. Fadieieva K.-M. Additional education and features of body image in teen age / Fadieieva K.-M., Vlasova O.I. // The collection includes 2nd International Conference on the political, technological, economic and social processes» held by SCIEURO in London. Published in 2013. Printed by Berdforde Information Press Ltd., Stevenage, UK. – 203 p.
351. Fernandez-Peñas P. Comparison of Skindex-29, Dermatology Life Quality Index, Psoriasis Disability Index and Medical Outcome Study Short Form 36 in patients with mild to severe psoriasis / Fernandez-Peñas P., Jones-Caballero M., Espallardo O., García-Díez A. // *Br. J. Dermatol.*- 2012.- № 166 (4). Pp. 884 – 891.
352. Ginsburg I.H. Role of emotional factors in adult with atopic dermatitis / I.H. Ginsburg // *Int. Journal Dermatol.* –1993. –Vol. 32 (9). –Pp. 656–60.
353. Goffman E. Stigma: Notes on the management of spoiled identity / Goffman E.- NJ:Prentice-Hall, 1963.-Pp.45-67.
354. Griesemer R. Dermatology in General Medicine/ R. Griesemer, T Nadelson//New York, 1979.–P. 234-250.

355. Haagerup A. Atopic dermatitis – a total genome-scan for susceptibility genes /A. Haagerup, T. Bjerke, P. O. Schiotz //Acta Derm. Venereol. – 2004. – Vol. 84. – Pp. 346-352
356. Hanifin J.M. The role of antihistamines in atopic dermatitis /J.M. Hanifin //J. of Allergy and Clin. Immunol. -1990. - №10. - Pp. 666-668.
357. Harth W. Psychosomatische Dermatologie / W. Harth, U. Gieler // Hautarzt. –2008. – Vol. 59 (5). – Pp. 415 – 432.
358. Hebra von F. On diseases of the Skin, Including the Exanthemata / F. von Hebra. – London: New Sydenham Society, 1866 – 1880. - Vol. 1. – 396p.
359. Heibrun A.B. Measurement of masculine and feminine sex-role identities as independent dimensions/ A.B. Heibrun // Journal of Consulting and Clin. Psychol. – 1976. – V. 44. – Pp. 183-190.
360. Howell M.D. The role of human beta defensins and cathelicidins in atopic dermatitis / M.D. Howell // Curr. Opin. Allergy Immunol. - 2007. - Vol. 7- №5. -Pp. 413-417.
361. Kaposi M. Pathology and treatment of diseases of the skin, for practitioners and students / M. Kaposi. – New York: W. Wood & company, 1895. – 684 p.
362. Kelenhegyi K. Allergologic study of the patogenesis of atopic dermatitis in infancy and childhood /K. Kelenhegyi // Journal Allergy. - 1993. -№11.-Pp. 73-76.
363. Keller E. F. Reflections on gender and science/ E. F. Keller / Evelyn Fox Keller. — London : Yale UP, 1995. — 193 p.
364. Korte J. Quality of life in patients with psoriasis: a systematic literature review/ Korte J., Sprangers M. A., Mombers F. M., Bos J. D. // Journal Investig Dermatol Symp Proc. 2004. № 9 (2). P. 140 – 147.
365. Krystal H. Alexithymia and psychotherapy/ H. Krystal // American Journal of Psychotherapy. – 1979 – V. 33, issue 1. –Pp. 17-31.

366. Laughter D. The prevalence of atopic dermatitis in Oregon schoolchildren /D. Laughter // Journal of the American Academy of Dermatol. -2000. - №4. - Pp. 13-20.
367. Leiferman K. Eosinophils in atopic dermatitis /K. Leiferman // Journal Allergy Clin. Immunol.- 1994. - №6. - Pp. 310-317.
368. Leung D. Pathogenesis of atopic dermatitis /D. Leung // Journal Allergy Clin. Immunol. -1999. - Vol. 104. - Pp. 99-108.
369. MacGregor F.C. Sosial psychological and cultural dimensions of cosmetic and reconstructive plastic surgery/ MacGregor F.C. – NY: Times book. –1979. – Pp. 1-10.
370. MacGregor F.C. Transformation and identity / MacGregor F.C. – NY: Times book. –1974. – Pp. 127-220.
371. Moderate correlation between quality of life and disease activity in adult patients with atopic dermatitis / I. M. Haeck, O. Berge, S. G. van Velsen // Journal Eur. Acad. Dermatol. Venereol. - 2012. - № 26 (2). - Pp. 236 – 241.
372. Moon B. L. The dynamics of art as therapy with adolescents / Bruce Moon L. — Springfield, Illinois : Thomas, 1998. — 237 p.
373. Morren M.A. Atopic dermatitis: triggering factors /M.A. Morren, M. Bamelis // Journal Am. Acad. Dermatol. -1994. №7. - Pp. 467-473.
374. Newell R.J. Body imege and disfigurement care/ Newell R.J.- London.: Routledge, 2000. – Pp.46-80.
375. Newell R.J. Psychological difficulties amongst plastic surgery ex-patiens following / Newell R.J. - British journal of plastic surgery.-2000.- №53.-Pp.-386-92.
376. Nijsten T. Dermatology life quality index: time to move forward / T. Nijsten // Journal Invest. Dermatol. - 2012. № 132 (1). Pp. 11 – 13.
377. Norris P. Study of the role of house dust mite in atopic dermatitis /P. Norris, R.A. Camp // Journal Dermatol. 1997. - Pp. 435-440.

378. Paci A. Therapy of atopic dermatitis in children. Study on the use of desensitizing preparation / A. Paci, G. Taddeucci-Brunelli, P. Barachini// *Pediatr. Med.Chir.*- 1986. - Vol. 8.- № 6. - Pp. 839-844.
379. Pakran J. Determinants of quality of life in psoriasis patients: a cluster analysis of 50 patients / Pakran J., Riyaz N.// *Indian. Journal Dermatol.* - 2011. - № 56 (6). - Pp. 689 – 693.
380. Perceived relationships between severity of psoriasis symptoms, gender, stigmatization and quality of life / D. Böhm, S. Stock Gissendanner, K. Bangemann // *Journal Eur. Acad. Dermatol. Venereol.* - 2012. - № 14 (10). - Pp.16.
381. Philips R.L. Antihistamines for atopic dermatitis /R.L. Philips // *Journal Fam. Pract.* 2000. - №3. - Pp. 267-233.
382. Quality-of-life instruments: evaluation of the impact of psoriasis on patients / M. M. Heller, J. W. Wong, T. V. Nguyen // *Dermatol. Clin.* - 2012. - № 30 (2). - Pp. 281 – 291.
383. Rehal B. Health outcome measures in atopic dermatitis: a systematic review of trends in disease severity and quality-of-life instruments 1985 – 2010 / Rehal B., Armstrong A. W. // *PLoS One.* 2011. № 6 (4).- Pp.13.
384. Resano A. Atopic dermatitis and food allergy /A. Resano // *Journal Investig. Allergology Clin. Immunol.* 1998. - №5. - Pp. 271-276.
385. Sampson H.A. Food hypersensitivity and dietary management in atopic dermatitis /H.A. Sampson // *Journal Pediat. Dermatol.* 1992. - №8. - P. 7679.
386. Schnopp C. The role of antibacterial therapy in atopic eczema / C. Schnopp, J. Ring, M. Mempel // *Expert Opin. Pharmacoter.* 2010. - Vol. 11.- №6.-Pp. 929-336.
387. Sicherer S.H. Food hypersensitivity and atopic dermatitis: Pathophysiology, epidemiology, diagnosis and management /S.H. Sicherer // *Journal Allergy Clin. Immunol.* -1999. №3. - Pp. 114-122.

388. Taylor G.J. Alexithymia: concept, measurement, and implications for treatment / G.J. Taylor // *American Journal of Psychiatry* – 1984. – vol.141.- №6. –Pp. 725-732.
389. Tofte S.J. Current management and therapy of atopic dermatitis /S.J. Tofte, J.M. Hanifin // *Journal Am. Acad. Dermatol.* 2001. - Vol.44. - Pp. 13-16.
390. Wollenberg A. Atopic dermatitis: from genes to skin lesions /A. Wollenberg, T. Beieberg // *Journal Allergy.* - 2000. - Vol. 55. - Pp. 205-213
391. Wollenberg, A. Current aspects of innate and adaptive immunity in atopic dermatitis / A. Wollenberg, E. Klein // *Clin. Rev. Allergy Immunol.* 2007. - Vol. 33.- № 1.- P. 35-44.



## Програма психокорекції індивідуально-психологічних особливостей підлітків, які хворі на atopічний дерматит

### Заняття 8

#### *Фаза розігріву.*

«Колінця». Учасники сидять впритул один до одного. Ліва рука кожного на правому коліні сусіда, а права - на лівому коліні правого сусіда. Завдання: по черзі руками плескати по колінах. В процесі гри потрібно швидко плескати долонею по коліну, не порушуючи послідовності в руках. Якщо хтось плескає не в свою чергу, то його рука, що помилилася, вибуває з гри. В процесі гри потрібно тримати високий темп.

#### 1. «Ярмарок чеснот».

Учасники групи отримують по 2 аркуші з назвами «Продаю» і «Купую». Ведучий пропонує на одному аркуші під написом «Продаю» написати всі свої недоліки, від яких підліток хотів би позбутися, а на іншому аркуші під написом «Купую» написати чесноти, яких йому не вистачає в спілкуванні. Потім листи прикріплюються на грудях учасників гри, і вони стають відвідувачами «Ярмарку», починають ходити і пропонують купити (або продати) те, що їм потрібно. Гра продовжується до тих пір, поки кожен не омине і не прочитає всі можливі варіанти купівлі-продажу необхідних для нього якостей.

#### 2. «Танцювала риба з раком...».

Учасники повинні обрати для себе певну роль якогось овочів або фруктів, потім об'єднатись у різностатеві пари і станцювати танок (наприклад, кавуна та груші, сливи та огірка та ін.).

### 3. «Біп».

Всі учасники сидять у колі, вибирається один бажаючий, йому зав'язують очі. У групі панує повна тиша. Учасника з зав'язаними очима розкручують, після чого він, задкуючи, повинен сісти комусь на коліна, при цьому не торкаючись до цього учасника руками. Учасник, до котрого сіли на коліна, каже: «Біп». Учасник з зав'язаними очима повинен визначити по голосу, хто це. Якщо він визначає правильно, то мінюється з учасником, якого впізнав, місцями.

#### *Фаза завершення.*

Учасникам пропонується висловити свої почуття і думки від заняття.

## Заняття 9

#### *Фаза розігріву.*

«Іподром». Всі сидять в колі. Ведучий сидить так, щоб його було видно всім учасникам. Ведучий говорить: «Чи є у нас долоні?». Учасники показують. «А коліна?» (Хтось плескає долонею по коліну). «Чудово! Саме так виходять коні на іподром, всі разом». Повільне почергове поплескування по колінах. «Коні вишла на старт» - однією рукою б'ємо по коліну. «Старт! Побігли!» - Швидке поплескування. «Біжимо! Біжимо! По бруківці!» - Удари кулаками в груди по черзі. «По пісочку» - швидко терти долонями одна об одну. «По болоту» - швидко захопити п'ятірнею коліна і вертикально підняти ноги з гучним чмоканням. «Бар'єр!» - Руками описується на підлозі коло.

#### 1. «Так- ні –так».

З групи викликаються три хлопчики і три дівчинки. Ведучий залишає собі одного учасника протилежної статі, інших веде за двері, щоб вони не мали можливості підслуховувати і підглядати. З рештою учасників

домовляються, що вони будуть відповідати на питання в послідовності «Так - ні - так». Ведучий задає такі питання:

«Ти знаєш, що це?».

«Ти знаєш, для чого це?».

«А хочеш дізнатися?».

У першому випадку ведучий показує на долоню і після згоди дізнатися, для чого вона потрібна, потискує долоню учасника. У другій серії ведучий показує на плече, і після згоди дізнатися, для чого воно потрібне, ніжно обіймає за плече учасника. У третій серії ведучий показує на губи, і після третьої відповіді витягує свої губи до учасника наче для поцілунку, але потім грає на своїх губах пальцем, як маленький. Після дружного реготу ведучий просить вибачення за безневинний жарт і пропонує учасникам пожартувати так само. Ведучий сідає, а на його місце стає перший учасник, для нього викликається учасник протилежної статі. Так по черзі проходять всі учасники групи. Ведучий відстежує, щоб в грі через театралізацію проявляли ніжність, інтерес, щоб руку потискували ніжно, молодим людям можна запропонувати цілувати руку дівчатам, за плече обіймали міцніше.

## 2. Любовна розповідь.

Двох бажаючих, хлопчика і дівчинку, просять вийти за межі групи. Ведучий говорить, що зараз учасники, які залишилися в колі групи, вигадують власну історію кохання, після повернення учасників, які вийшли з кола, учасники групи будуть задавати питання і їх завдання відновити цю історію, причому питання повинні бути закритими, які передбачають відповіді «Так», «Ні», «Не важливо». Коли бажаючі виходять за двері, ведучий пропонує групі хитрість: вони не складають історію, а ті, хто вийшов, складуть її самі своїми питаннями. Всі учасники будуть відповідати на запитання за визначеною схемою. Якщо в останньому слові їх питання остання буква голосна - то всі учасники відповідають «Так», а якщо приголосна - відповідають «Ні». Якщо слово закінчується м'яким знаком, то

учасники кажуть «Неважливо». Тим, хто покинув межі кола, дається інструкція: «Ми тут без Вас придумали любовну історію. Ви повинні її дізнатися, задаючи питання, які передбачають однозначні відповіді «Так», «Ні», «Не важливо». Що Ви зрозумієте, те потім і розкажіть. Якщо підлітки розгубилися, їм потрібно трохи допомогти придумати перші питання. У фіналі вправи ведучий просить учасників відновити повністю всю розповідь, а потім дякує за те, що вони розповіли всім свою чудову любовну історію.

### 3. «Паром».

Кімната ділиться двома лініями на три частини. Центральна частина - річка, дві крайні - береги. Група ділиться на дві команди. У кожній команді приблизно рівна кількість хлопчиків і дівчаток. Дівчата не вміють плавати, і завдання хлопчиків - переправити їх на інший берег. Якщо дівчинка під час переправи торкається рукою або іншою частиною тіла «води», тобто центральної частини підлоги, то команда починає спочатку. Ведучий уважно стежить, за його сигналом команди починають змагатися, хто швидше переправить своїх дівчаток на інший берег. Завдання ведучого – увагу учасників направляти на акуратність і уважність у виконанні завдання. Дівчаток потрібно переправляти на інший берег дбайливо, і це є основним завданням, а не швидкість. Ведучий зупиняє гру і строго штрафує учасників за порушення цього правила.

#### *Фаза завершення.*

Учасникам пропонується висловити свої почуття і думки від заняття.

## Заняття 10

### *Фаза розігріву.*

«Пінгвінчики». Ведучий повідомляє групі наступне: «Всі ми знаємо, що пінгвіни живуть в Антарктиді і їм там буває дуже холодно. Вони витягають руки вздовж тулуба і, перевалюючись з ноги на ногу, збиваються в

зграйки і переміщаються в хаотичному порядку з центру на периферію і назад. Ваше завдання: встати якомога щільніше і, зображуючи пінгвінчиків, тертися один об одного, тим самим переміщаючись від центру скупчення до краю, і навпаки. Необхідно, щоб кожен з учасників побував в центрі і погрівся ».

### 1. «Шукаю друга».

Учасникам роздаються чисті аркуші паперу і повідомляється, що кожен повинен написати на них оголошення про пошук друга. Обмежень і чіткого алгоритму написання немає. Оголошення не підписуються. Оголошення розкладаються по кімнаті, учасники, прогулюючись по ній, читають оголошення і вибирають максимум три оголошення, на які вони б відгукнулися, і ставлять на них хрестик. Після того, як всі учасники зробили свій вибір, оголошення збираються, і підраховується кількість відгуків. Потім відбувається обговорення, чому те, або інше оголошення набрало певну кількість відгуків і з чим це може бути пов'язано. Аналізуються почуття учасників після виконання вправи. З'ясовується, чим керувалися учасники, коли вибирали оголошення, на яке відгукнулися. Аналізується, на чому наголошували учасники при написанні оголошення. З'ясовується, хотіли б учасники змінити текст свого оголошення.

### 2. «Талісман».

Ведучий приносить різноманітні матеріали: папір, тканину, гудзики, картонні коробки, проволоку, ручки, монети, клей, ножиці та ін. Учасникам пропонується виготовити свій власний талісман, який буде їх оберігати від різних неприємностей, давати необхідну силу і мудрість.

#### *Фаза завершення.*

Учасникам пропонується висловити свої почуття і думки від заняття.

## Заняття 11

*Фаза розігріву.*

«Годинники». Учасники сидять у колі. Група - це великий годинник. Ведучий визначає цифри кожного гравця на циферблаті годинника. Потім він називає час, наприклад, 17-40. Тоді спочатку той, на чий цифрі стоїть годинникова стрілка, плескає в долоні, а потім той, на чий цифрі стоїть хвилинна стрілка, говорить «Бом». Якщо обидві стрілки дивляться на одну людину, то він спочатку ляскає в долоні, а потім каже «Бом». Ведучий називає час в швидкому темпі, щоб учасники швидко переключалися і прикладали зусилля до того, щоб стежити за тим часом, який називається.

## 1. «Створення глиняного світу».

Для виконання цієї вправи необхідний пластилін. Кожен член групи отримує великий ком «глини». Група діляться на 2 підгрупи. Вправа супроводжується приємною мелодією. Ведучий говорить: «Ви - ті, що створюють світ. Закрийте очі і уявіть, що глина - сировина, з якого можна робити все, що ви захочете. З закритими очима працюйте з глиною і дайте пальцям висловити ваші думки і почуття. Коли виліпите скульптуру, помістіть її на столі разом з іншими виліпленими у вашій підгрупі скульптурами. Спільно з партнерами підгрупи з відкритими очима попрацюйте над структуруванням цілісного світу з відповідних частин. Якщо в ході вправи у вас виникли почуття щодо інших членів групи, висловіть їх, або висловіть їх в глині. На закінчення поділіться своїми враженнями з іншими підгрупами».

## 2. «Прощання зі страхом».

Учасникам пропонується, попередньо роздавши кольорові олівці і аркуші паперу, намалювати тематичні малюнки: «Що мені сниться страшного», «Кого я боюся», «Мій найстрашніший день».

Перед малюванням проводиться бесіда про страхи, які вони бувають, ведучий групи попросить розповісти учасників про свої страхи, попередньо розповівши про свої, наприклад: «Я теж в дитинстві дуже боялася ...».

Після того, як підлітки намалюють свій страх, потрібно обговорити, що вони зобразили. Після бесіди ведучий пропонує учасникам порвати свій малюнок і таким чином попрощатися зі страхом.

#### *Фаза завершення.*

Учасникам пропонується висловити свої почуття і думки від заняття.

### Заняття 12

#### *Фаза розігріву.*

«Бінго». Група учасників ділиться на дві частини. Одна частина утворює внутрішнє коло, друга - зовнішнє. Учасники внутрішнього кола рухаються за годинниковою стрілкою, учасники зовнішнього кола - проти годинникової стрілки і промовляють такі слова: «Мій волохатий сірий песик біля вікна сидить, мій волохатий сірий песик на мене дивиться. Б - І - Н - Г-О, Бінго кликати його». Коли слова закінчуються, учасники обох кіл зупиняються один перед одним і обмінюються рукоштовками.

#### 1. «Любов - це ...»

Для виконання цієї вправи потрібні метафоричні асоціативні карти ОН Cards (карти «ОН»). Ведучий кладе на стіл карту зі словом «Любов», потім учасники витягують одну карту з колоди з картинками і кладуть на неї зверху. Учасникам необхідно рекомендувати розпочинати фразу з «Любов - це ...» і включити в розповідь зміст карти-картинки.

#### 2. «Танець п'яти рухів».

Мета: Зняття м'язових затискачів; розвиток вміння висловлювати свої емоції за допомогою рухів; розвиток активної уваги, слухового сприйняття, фантазії і творчої уяви.

Матеріал: Диск із записом 5 мелодій: плавна музика, імпульсивна, різка музика або бій барабанів, хаотичний набір звуків, лірична музика, спокійна музика або шум води.

Проведення: Прослухати по черзі мелодії і подумати, хто б міг танцювати під кожен мелодію, які повинні бути рухи?

1-а мелодія: «Течія води» - плавна. Рухи під неї нерізкі, неквапливі, м'які, перехідні з одного в інше.

2-а мелодія: «Перехід через гущавину» - імпульсивна музика, різкі, сильні, рубачі рухи.

3-я мелодія: «Зламана лялька» - хаотичний набір звуків, обривисті, незакінчені рухи.

4-а мелодія: «Політ метелика» - лірична, плавна мелодія, тонкі, витончені рухи.

5-а мелодія: «Спокій» - спокійна, тиха музика.

А тепер всі 5 мелодій будуть звучати без зупинок. Всі танцюють «Танок 5 рухів». Музика закінчилася, зупинилися, послухали тишу. Як б'ється серце, прикладіть руку до серця, послухайте його. Що найбільше сподобалося? Кому, які рухи було приємно робити?

*Фаза завершення.*

Учасникам пропонується висловити свої почуття і думки від заняття.

## Заняття 14

*Фаза розігріву.*

«Доторкнися до зеленого». Всі учасники групи хаотично пересуваються по кімнаті. Ведучий говорить: «Доторкнися до ...» і називає



який-небудь колір. Всі повинні знайти цей колір на одязі інших учасників і доторкнутися до нього. До свого одягу доторкатися не можна.

### 1. «Мумія».

Викликаються дві пари бажаючих учасників: дві дівчинки і два хлопчики. Кожній парі видається по рулону туалетного паперу, дівчатка змагаються, хто швидше обмотає свого партнера папером так, щоб він був схожий на мумію. Коли дівчатка впоралися зі своїм завданням, їм повідомляється друга частина гри - їм необхідно без допомоги рук звільнити партнера від паперу. Пара, яка впорається із завданням швидше, отримує заздалегідь приготовлений жартівливий приз.

### 2. «Статуя любові».

З кімнати виводиться рівна кількість дівчаток і хлопчиків. Потім викликаються дівчинка і хлопчик із загального кола і з них «ліпиться» статуя, яка зображує любов, потім запрошується хлопчик, з тих, хто вийшов, і йому повідомляється, що він бачить статую, що зображає любов. Він повинен переробити її так, як він уявляє собі любов. Він ліпить нову статую зі старої. «Ось так?», - запитує ведучий. - «Тоді займіть його місце». Потім запрошується дівчинка, з тих хто виходив, і гра триває далі. Поступово всі беруть участь у творчості і сідають в загальне коло.

### 3. «Сліпий і поводитир».

Учасники розбиваються на пари. Одному з них зав'язують очі. У приміщенні розставляються кілька стільців для створення перешкоди. «Поводир» не має права говорити. Він повинен провести «сліпого» так, щоб той почував себе впевнено і безпечно, потім учасники міняються ролями. Аналізуються такі питання: як почувалися учасники в ролі «сліпого» і «поводиря»; в якій ролі учасники відчували себе краще; що учасники робили

для того, щоб зміцнити довіру партнера; чи відчували учасники, що «поводир» веде їх дбайливо і впевнено?

*Фаза завершення.*

Учасникам пропонується висловити свої почуття і думки від заняття.