

Київський національний університет імені Тараса Шевченка

Факультет психології

Кафедра психодіагностики та клінічної психології

Психологічні чинники симптомів мігрені у жінок зрілого віку

Кваліфікаційна робота

Студентки 2 року ОР Магістр
(спеціальність 053 «Психологія»,
освітня програма «Психологія»,
заочна форма навчання)

Дубасюк Ольги Володимирівни

Науковий керівник:

Канд. психол. наук, доцент кафедри
психодіагностики та клінічної
психології

Васьківська Світлана Василівна

Роботу рекомендовано до захисту на ЕК №2

Протокол №___ від_____ року

Завідувач кафедри психодіагностики та клінічної психології

_____ **Людмила КРУПЕЛЬНИЦЬКА**

Київ – 2023

ЗМІСТ

ВСТУП	4
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ВИВЧЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ПРИЧИН ГОЛОВНОГО БОЛЮ ТА МІГРЕНІ	9
1.1. Психоемоційні причини виникнення головного болю	9
1.2. Психоемоційні причини виникнення мігрені як особливого виду головного болю.....	14
1.3. Психологічні еквіваленти фізіологічних симптомів мігрені та головного болю	19
Висновки до розділу 1	24
РОЗДІЛ 2. МЕТОДОЛОГІЧНА ОСНОВА ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ПРИЧИН МІГРЕНІ У ЖІНОК ЗРІЛОГО ВІКУ	27
2.1. Дизайн дослідження та характеристика вибірки.....	27
2.2. Методи дослідження психологічних чинників мігрені у жінок зрілого віку	31
Висновки до розділу 2	36
РОЗДІЛ 3. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ СИМПТОМІВ МІГРЕНІ У ЖІНОК ЗРІЛОГО ВІКУ	38
3.1. Опис отриманих результатів емпіричного дослідження.....	38
3.1.1 Опис результатів дослідження життєвої історії жінок з мігренями за А. Лазарусом	38
3.1.2 Опис результатів дослідження типу особистості жінок з мігренями за Дж. Олдхемом, Л. Моррісом	48
3.2. Аналіз отриманих результатів дослідження	53

3.2.1 Якісний аналіз результатів дослідження зв'язку симптомів мігрені з психологічними особливостями особистості	53
3.2.2 Математично-статистичний аналіз результатів дослідження	58
3.3. Методи та методики психотерапії при психосоматиці мігрені	64
Висновки до розділу 3.....	68
ВИСНОВКИ.....	71
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	73
ДОДАТКИ.....	80

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. Сучасний ритм життя, стресові ситуації, психоемоційне напруження – усе це може впливати на фізіологічний стан організму та викликати набір симптомів, включаючи біль у голові. Відтак, сьогодні різні види головного болю є доволі розповсюдженими у всьому світі. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, головні болі входять до числа найбільш поширених розладів нервової системи. На глобальному рівні розповсюдженість головного болю серед дорослих людей складає близько 50% [37]. І 90% людей з головним болем страждають від мігрені, головного болю напруги або їх комбінації. За іншими даними, близько 70% населення страждають періодичними, і приблизно 7% – постійними головними болями [25, с.100]. У всьому світі головний біль недооцінюється і не лікується в належних масштабах [37].

Психосоматичні розлади зустрічаються з частотою від 15% до 50%. За даними ВООЗ, майже 50% ліжок терапевтичного профілю займають психосоматичні. Відтак, лише у 10% людей з головними болями симптоматика пов'язана з іншими органічними захворюваннями [25, с.100].

При цьому важливо зауважити, що головні болі та мігрень частіше виникають саме у жінок, ніж в чоловіків. До прикладу, напади мігрені трапляються в 17% жінок та 6% чоловіків щороку. Загалом поширеність мігрені досягає у чоловіків і в жінок 7% і 24% відповідно [32]. Тобто, жінки більш ніж в три рази частіше страждають від мігрені, ніж чоловіки. Більш того, дослідження показують, що жіночі мігрені частіші, сильніше виводять з ладу і триваліші, ніж чоловічі. Жінки частіше, ніж чоловіки, звертаються за медичною допомогою і рецептурними препаратами від мігрені. Жінки з мігренню, як правило, мають більше проблем із психічним здоров'ям, включаючи тривогу та депресію [50].

Проблематика взаємозв'язку між психічним та фізичним станом існує вже протягом десятиліть і привертає увагу науковців різних галузей. Невідомі або погано розглянуті взаємозв'язки між психоемоційними факторами та фізіологією організму набувають все більшого значення в сучасних медичних та психологічних дослідженнях. Однією зі складних та розгалужених галузей цієї проблематики є вивчення психосоматичних аспектів головного болю та мігрені.

Проблема психосоматичної природи різних захворювань привертала увагу багатьох дослідників, починаючи від Сократа який говорив: «Неправильно лікувати очі без голови, голову без тіла, тіло без душі». Відповідно, про взаємозв'язок психологічних факторів та соматичних розладів йдеться в працях багатьох науковців різних напрямків: психоаналітиків (З. Фрейд, Й. Брейер, Г. Дойч); дослідників медичної психології (Ф. Александер, Г. Дунбар, А. С. Кочарян, В. Любан Плоцца); позитивної психології (Н. Пезешкіан); біологічного напрямку в психології (Г. Айзенк). Були здійснені напрацювання щодо класифікації психосоматичних розладів (К. Ясперс, Р. Лемке). Деякі дослідники працювали над визначенням психологічних еквівалентів соматичних симптомів різних хвороб (Л. Бурбо, Л. Хей). Проблема взаємозв'язку психічного та соматичного залишається актуальною та висвітлюється в працях сучасних дослідників (Л. Дідківська, А. Лобазова).

При цьому, варто зазначити, що більшість публікацій присвячені загальному огляду психосоматики різних захворювань, натомість досліджень присвячених психосоматиці мігрені як специфічного виду головного болю та методам її лікування вкрай мало.

Дане дослідження узагальнює напрацьований матеріал з теми психосоматики головного болю та розширює знання про вплив психоемоційного стану людини на появу фізіологічних симптомів у вигляді головного болю, зокрема мігрені. Відповідно, результати дослідження

будуть цінними і особливо корисними психологам та психотерапевтам, що практикують і працюють із пацієнтами, що страждають на головний біль та мігрень.

Відтак, актуальність дослідження зумовлена необхідністю більш ґрунтовного вивчення психологічних причин симптомів мігрені та, відповідно, психологічних особливостей людей, які страждають на головні болі та мігрені зокрема, а також розумінням психологічних механізмів для вибору необхідних методів терапії або профілактики.

Таким чином, значущість та актуальність проблеми, перспективи її розвитку, недостатня розробленість її теоретичних аспектів, необхідність практичного застосування обумовили вибір теми дослідження: «Психологічні чинники симптомів мігрені у жінок зрілого віку».

Метою даної роботи є дослідження зв'язку між психологічним станом жінки зрілого віку та симптомами мігрені й головного болю.

Завдання дослідження:

1. Здійснити теоретико-аналітичне дослідження підходів до вивчення психологічних причин симптомів головного болю та мігрені;
2. Визначити психоемоційні фактори симптомів мігрені як особливого виду головного болю;
3. Здійснити емпіричне дослідження щодо зв'язку між психологічними особливостями жінки зрілого віку та проявами в неї симптомів мігрені;
4. Провести якісний та математико-статистичний аналіз результатів емпіричного дослідження;
5. Розробити рекомендації щодо методів психотерапії з метою запобігання та подолання симптомів мігрені.

Об'єкт – психосоматика мігрені та головного болю.

Предмет – психологічні чинники симптомів мігрені у жінок зрілого віку.

Робоче положення – мігрень це психосоматичне захворювання, яке провокується різними психоемоційними факторами.

Методологічна основа дослідження складається із основних положень психології про: цілісність та інтегрованість у вивчені соматичного та психічного здоров'я (А. Лоуен); врахування комплексного впливу психологічних особливостей на прояв тих чи інших психосоматичних дисфункцій; роль механізмів загального адаптаційного синдрому в розвитку соматичних патологій (Г. Сельє, Р. Лазарус); уявлення про інтеграційні параметри особистості (Г. Аммон) та глибинні інтрапсихічні конфлікти (Ф. Александер). Відповідно, у процесі дослідження розглянуті різні підходи до пояснення взаємозв'язку між психічними станами, емоціями та головним болем.

Методи дослідження. Для розв'язання поставлених завдань було використано комплекс теоретичних, емпіричних та статистичних методів. Аналіз, синтез й узагальнення представлених в науковій літературі соціально-психологічних та медичних матеріалів щодо актуального стану досліджуваної проблеми. В роботі було застосовано такі психодіагностичні методики як Мультимодальний опитувальник життєвої історії А. Лазаруса та Методика визначення типу особистості та ймовірності особистісних розладів Дж. Олдхема та Л. Морріса. Для визначення ключових результатів дослідження було застосовано статистичні методи – кількісний та якісний аналіз емпіричних даних та опис статистик.

База дослідження. У дослідженні прийняли участь 100 жінок зрілого віку (від 21-го – до 57-ми років), які мають підтверджений діагноз мігрені (54%), або відчувають симптоми цього захворювання (46%): періодичний (пульсуючий) головний біль, який характеризується однобічною локалізацією, триває від 4 до 72 годин, посилюється при рутинній фізичній активності, та може супроводжуватись нудотою або блюванням, а також фотофобією (світлобоязню) або фонофобією (боязню гучних звуків) [32].

Наукова новизна одержаних результатів дослідження полягає в тому, що:

- подальшого розвитку набуло визначення зв'язку психологічних чинників із симптомами головного болю та мігрені;
- подальшого розвитку набуло визначення психоемоційних чинників симптомів мігрені у жінок зрілого віку;
- вперше досліджено психологічні чинники симптомів мігрені у жінок зрілого віку в умовах воєнного стану та травматичного впливу війни.

Практичне значення роботи полягає в тому, що одержані результати та висновки можуть бути використані психологами, психотерапевтами та психіатрами у роботі з клієнтами, що страждають на мігрень.

Структура та обсяг роботи. Дипломна робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків до кожного розділу, загальних висновків, списку використаних джерел, що налічує 57 найменувань та 2 додатки. У дослідженні вміщено 6 таблиць і 19 рисунків. Основний зміст викладено на 72 сторінках комп'ютерного набору. Повний обсяг роботи становить 84 сторінки.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ВИВЧЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ПРИЧИН ГОЛОВНОГО БОЛЮ ТА МІГРЕНІ

1.1. Психоемоційні причини виникнення головного болю

Головний біль є особливо частою формою психосоматичного розладу. Результати епідеміологічних досліджень показують, що майже у 90% людей, головний біль спричинений не органічними причинами. Відповідно, головний біль часто не піддається звичайному симптоматичному лікуванню анальгетиками, легким режимом чи спокоєм. Дуже часто, поява головного болю пов'язана з наявністю ситуативних труднощів або конфліктів [25, с.100].

Відтак, функціональні головні болі можуть виступати у формі судинних (мігрень) і болів, пов'язаних з напругою. Це два різні види головних болів, які мають різну фізіологію виникнення та ймовірно різні психологічні причини появи.

Головний біль напруги виникає через часту або постійну напругу м'язів потилиці та або плечового поясу. Біль від місць кріплення м'язів поширюється по всій голові [25, с.100]. Головний біль напруги починається поступово, зазвичай буває двобічний і локалізується в потилиці. Такий біль відчувається ніби “обруч навколо голови”. Головний біль напруги може тривати цілодобово і часто супроводжується різними додатковими симптомами [30, с. 153].

Як уже вище зазначалось, головні болі у більшості випадків спричинені психосоматичними реакціями на гостру травму або гострий конфлікт. В цьому контексті, головний біль дослідники, зокрема Н. Позешкіан, тлумачать як здатність людини давати вихід напрузі і конфліктам через голову [30, с. 153] [31, с. 35].

Якщо головний біль короткочасний, то це може означати, що він замінює певну образу людини, відчуття ворожості чи гніву. В цьому випадку, головний біль є способом для розвантаження. Якщо, наприклад, гнів або розчарування виявляється в головному болі, то людині та її оточенню звичайно простіше прийняти тілесну симптоматику, ніж психічну [25, с.103].

Разом з тим, головні болі напруги можуть бути спричинені переважною, внутрішніми та або зовнішніми перевантаженнями на фоні конфлікту, який може бути пов'язаний із визнаннями власної значущості людини. Такі дані наводяться в роботах різних дослідників. Зокрема, Дідковська Л. І. головний біль напруги також пов'язує із невротичними причинами, а саме зовнішніми та або внутрішніми конфліктами [25, с.102].

Психологічними причинами головного болю напруги також можуть бути «елементи органічної мови». В цьому випадку, головний біль може бути фізичним втіленням фрази [25, с.112]. Наприклад, слова «у мене голова за нього болить», «у мене розколюється голова від цього» можуть перетворитись на реальні симптоми. Аналіз таких метафор як причину головного болю розглядає також Н. Пезешкіан: «ламати голову», «втратити голову», «бути головним болем», «мати німб навколо голови», «ризикувати головою», «підставляти лоба», «втратити голову», «битись головою об стінку» тощо [31, с. 35].

Ще однією із психологічних причин головного болю може бути тривала терпимість людини до деструктивних відносин, які можуть не лише не приносити задоволення, але й виснажувати та руйнувати особистість людини. В цьому контексті, така толерантність до руйнівних взаємовідносин пояснюється придушенням ворожості, агресивності чи злості. Якщо зазвичай таке відчуття, як розлюченість стає причиною щоб припинити стосунки, то психосоматична особистість пригнічує злість і продовжує відносини [25, с.113].

Якщо говорити про окремі специфічні типи стресових чинників, які можуть бути сильними збудниками головного болю, то серед них зазначаються такі як: невдалий шлюб, стосунки з іншими, які залежать від вигоди для роботи, вимогливий і суворий начальник, песимістичні погляди, тривалі невдачі або нещасливе життя у сім'ї. Іншими словами, ті стреси, які є хронічними або непереборними, є найбільшою небезпекою [25, с.104; 31, с. 35].

Дослідники проблеми також сходяться на тому, що часто пусковою ситуацією до появи головного болю може бути неможливість досягнення бажаного соціального успіху. Адже в людей, що часто страждають на головні болі напруги виявляються високі амбіції, неадекватно завищені цілі, яких складно досягти [31, с. 35] та дуже великі очікування успіху і визнання. Відтак, головний біль напруги в цьому контексті спричинений розчаруванням, особливо тоді, коли в людини присутнє почуття провини, що витікає з дитинства [25, с. 102]. Великі очікування успіху часто ведуть до конфлікту з реальними можливостями і страхами, пригнічуваною агресивністю і фрустраціями, що може знаходити вираз у фоновому стані хронічної напруженості. Стисло це можна позначити як конфлікт між бажанням і умінням людини [25, с. 102].

Голова в прямому і переносному значенні є «вищою» частиною тіла, в якій розташовані мозок і органи чуття. Людина, яка відчуває часті головні болі в даному випадку знаходиться ніби в подвійному положенні. Адже, з однієї сторони, вона хоче серйозно і активно працювати головою, а з іншого – ця сама болюча голова є перешкодою для реалізації цього бажання. Таким чином, відбувається, так би мовити, неусвідомлене символічне віддзеркалення почуттів, що пригнічуються. Відтак, якщо голова людини весь час відчуває тиск (до прикладу, тиск діяльності), то, відповідно, вона «повинна» почати боліти.

Особистості, що страждають на головні болі часто характеризуються підвищеним честолюбством та надмірною активністю, які мають зазвичай досить одноманітне життя. Власне, такий замкнутий стиль життя людей з головним болем може бути результатом їхньої хвороби, адже закономірно, що важко бути приємним у спілкуванні, коли постійно болить голова. Але з іншої сторони, відсутність в житті соціальної підтримки може і саме по собі вважатись стресовим чинником, який здатний підвищувати ризик виникнення головного болю. Звісно, люди з головними болями можуть не почуватись самотніми або покинутими, але, не зважаючи на це, ці фактори можуть бути потужним джерелом головного болю, особливо у людей, які вже схильні до нього біологічно [25, с. 103].

Також, люди з частими головними болями прагнуть досконалості та схильні до перфекціонізму і педантичності, вони роблять все не просто добре, а якнайкраще, а тому рідко можуть повністю розслабитись і отримувати задоволення [31, с.35]. Відповідно, тривала напруга м'язів плечового поясу, потилиці і всієї голови, яка є фізіологічною причиною виникнення такого виду болю, є своєрідним супроводжуваним проявом і виразом фрустрації, внутрішньої напруженості, що ніколи не приводить до визначеності, задоволеності і розв'язки [25; 31, с.36].

Якщо говорити про дитинство людей з головними болями, то тут дослідники відзначають наявність високої цінності розуму та досягнень з боку їх батьків та родичів [31, с.35]. Відтак, часто, батьки таких людей самі були досить активними людьми, а тому не могли приділити своїм дітям стільки тепла, часу та терпіння, скільки вони того потребували. В сім'ях таких людей зазвичай відводили мало уваги власному тілу, почуттям і спілкуванню. Таким чином, перебуваючи в такому оточенні, діти переймали таку концепцію, згідно якої жити потрібно не для себе, а, в першу чергу, для своєї раціональної діяльності. Відповідно, з віком, такі діти все більше ідентифікуються з батьківською концепцією досягнень і

звикають до тиску ззовні. Їм складно повністю розслабитися або отримувати задоволення. Подорослішавши, та наслідуючи концепцію батьків, вони самі підставляють голову під цей тиск, вибираючи собі такі цілі, яких вони не в силах досягти [25, с. 103].

За Дідковською Л. І. характерними концепціями для особистостей з головними болями є: «у мене немає часу», «найперше робота», «я все зроблю сам», «я не роблю на половину» і «потрібно хоч трохи думати головою» [25; 31].

Також, досить типовими для людей з головними болем є деякі особистісні риси, що підсилюють сприйняття несприятливих зовнішніх чинників. Відтак, у людей з частими головними болями відзначається сумлінність, підвищена емоційність, складнощі у двозначних ситуаціях, сильна потреба в соціальному схваленні та альтруїзм, який у свою чергу часто супроводжується почуттям провини через недовіду альтруїстичність. Результатом цього всього є хронічний стрес, адже такі люди менш здатні захистити себе від надмірних вимог з боку інших, переживають досить сильне почуття провини і швидше поступляться, ніж дадуть себе залучити в неприємну конфронтацію з оточуючими [25, с.104].

Отже, на основі проведеного теоретичного огляду проблеми психосоматики головного болю можна зробити певні висновки щодо типу особистості, почуттів та стилю життя людей, що часто ним страждають.

Відтак, більшість досліджень сходяться на тому, що психологічною причиною виникнення головного болю напруги є реакція на гостру травму, внутрішній чи зовнішній конфлікт або інші ситуативні труднощі. Також, головний біль з психосоматичної точки зору пояснюється як спосіб розвантаження емоційного стану через випуск негативних почуттів у соматичні симптоми головного болю.

Серед більш конкретних психологічних причин виникнення головного болю, дослідники виділяють такі як: неадекватно завищені

очікування щодо власного успіху з однієї сторони, а з іншої – розчарування через складність (неможливість) досягнення поставлених цілей; терпимість до деструктивних відносин; невдалий шлюб та інші хронічні стреси.

Люди, що часто або періодично відчують головні болі характеризуються як: надмірно активні; з високими амбіціями; ті, що прагнуть досконалості та схильні до перфекціонізму й педантичності, у зв'язку з чим рідко можуть розслабитись; сумлінні; ті, що мають сильну потребу в соціальному схваленні; альтруїстичні із супутнім відчуттям вини через недостатню альтруїстичність.

1.2. Психоемоційні причини виникнення мігрені як особливого виду головного болю

Мігрень є однією з найпоширеніших видів головного болю. Згідно даних епідеміологічних досліджень, поширеність мігрені досягає 11% (знаходиться в діапазоні 5 – 25%). У країнах Європи у структурі головного болю мігрень займає перше місце [21].

Фізіологічна причина нападу мігрені – початкове спастичне звуження мозкових кровоносних судин, в яких відбувається вивільнення агентів (нейротрансмітерів), які розширюють артерії та формують набряк, який підтримує больовий синдром протягом годин або днів [21; 27].

Напади мігрені характеризується досить інтенсивним латеральним пульсуючим болем, нудотою, блювотою і супроводжуючою неврологічною симптоматикою [25]. При цьому, мігрень може посилюватись візуальним або акустичним подразником [30]. Як правило, біль локалізується в лобно-скроневій або очно-ямковій ділянці. Середня тривалість такого виду болю складає близько 1 доби, при цьому біль може переходити з однієї частини голови на іншу, або взагалі бути двобічним. У 50% випадках стадія нападу

закінчується сном, за яким слідує стадія постдрімоти, що характеризується розбитістю, втомою та слабкістю [21].

Для того, щоб підтвердити в людини наявність такого клінічного синдрому як мігрень, в неї повинно бути мінімум 5 нападів больового синдрому, які відповідають наступним критеріям:

1. тривалість від 4 до 72 годин;
2. має принаймні дві з наступних характеристик:
 - однобічна локалізація;
 - пульсуючий характер;
 - помірна чи висока інтенсивність;
 - посилюється при рутинній фізичній активності або спричиняє її уникнення;
3. має як мінімум один із цих симптомів:
 - нудота і/або блювання;
 - або обидва: фотофобія (світлобоязнь) і фонофобія (боязнь гучних звуків) під час атаки [32].

При цьому, жінки на 2 – 3 рази частіше, ніж чоловіки хворіють на мігрень. Переважно напади цього виду головного болю починають виникати в молодому віці, середній вік пацієнтів складає 18 – 50 років [21].

Мігрень, як особлива форма головного болю, приносить чималі страждання для людини, що її відчуває. Такі головні болі є досить виснажливими, адже впливають на якість життя та працездатність людей з цим діагнозом. До прикладу, науковими дослідженнями підтверджено, що люди з мігренню мають суттєво гіршу працездатність, порівняно з людьми без цього симптому [36].

Дослідження Копенгагенського університету, що було присвячене аналізу працездатності людей з мігренями та головними болями напруги, виявило значущий зв'язок між депресивними симптомами, головними болями та працездатністю. Як висновок цього дослідження, наводиться

твердження, що лікування симптомів депресії може бути важливим фактором у покращенні самопочуття людей з мігренями. І в якості рекомендації, на основі результатів досліджень, в контексті покращення життя і працездатності людей із симптомами мігрени, рекомендується звернути особливу увагу саме на психічне здоров'я [36; 46].

Такі ж дані, щодо психологічної природи виникнення симптомів мігрени, знаходять підтвердження і в інших дослідженнях, присвячених цій проблемі. Вони показують важливість комплексного підходу до розуміння причин цього захворювання. Відтак, на основі результатів одного з таких досліджень, серед причин виникнення симптомів мігрени виділяють емоційні проблеми та психологічні негаразди, а саме депресивні симптоми [36]. Власне, мігрень відносять до найбільш розповсюджених захворювань та синдромів, під якими може приховуватись депресія [13].

Інші роботи науковців вказують також на довгий робочий день, шум, вимогливість з боку інших та схожі психосоціальні стресові фактори як чинники збільшення ризику виникнення симптомів мігрени. При цьому, наголошується, що робочі фактори відіграють подвійну роль як потенційний тригер нападів мігрени та як контекстний фактор, що заважає людям із мігренями жити повноцінним життям та виконувати необхідну роботу [36].

Також, є дослідження, які свідчать про те, що психіатричні захворювання можуть бути фактором ризику хронізації мігрени, тобто прогресування від епізодичної мігрени до хронічної [35].

Епідеміологічні роботи науковців показали, що мігрень двонаправлено пов'язана з іншими розладами, такими як розлади настрою та хронічна втома [41].

Навіть суто медичні дослідження до провокуючих факторів нападу мігрени відносять в першу чергу (!) психотравмуючі ситуації, які здатні легко викликати нестійкість судинного тону [21].

За класифікацією М. Блейлера (1970 р.) мігрень належить до обмежених самотичних захворювань (класичних психосоматозів, психосоматичних хвороб), в розвитку яких вирішальну роль має саме психогенний компотент [28, с. 34].

Таким чином, на основі результатів багатьох наукових досліджень, із психосоматичною природою виникнення мігрені важко посперечатись. Але цього розуміння недостатньо. В контексті даної проблеми важливим є визначити, що сама ховає за собою психосоматика мігрені; які конкретно психологічні чинники провокують напади хвороби. Відповіді на ці питання дозволять зменшити прояв симптомів мігрені та запобігти їх появі.

За Дідковською Л. І. однією з психологічних причин виникнення мігрені може бути певна мотивація, або умовна вигода. Наприклад, якщо людина позбудиться симптомів мігрені, вона може, так би мовити, «розплющити очі» на багато проблем, які «заважає бачити» головний біль. В такому випадку людині доведеться їх вирішувати [25, с.112].

Мігрень також можна характеризувати як свого роду «шахрайство», адже вона може приховувати душевні конфлікти, які людина не «повинна» повідомляти. Також, власне сам напад мігрені може давати людині елементи вторинного задоволення, адже вона дає можливість маніпулювати сім'єю або «карати» навколишній світ [25, с.104].

Якщо підійти до характеристики людей з мігренями, то більшість дослідників характеризують їх як тих, що часто демонструють пригнічену ворожість, яка може бути заздрісною установкою, направленою проти інтелектуальних досягнень інших [25, с.104].

За Ф. Александером, люди, що страждають на мігрень, у своїй більшості мають наступні психологічні особливості:

- затримка емоційного розвитку, високий інтелект, складнощі в сексуальній адаптації, надмірна залежність від матері;

- фарисейський тип особистості: честолюбство, скритність, спокій, гордощі, чутливість, деспотичність, відсутність почуття гумору;
- ворожі імпульси, які спочатку спрямовано проти людей, які виділяються своїм інтелектом, а потім проти власної природи [31, с. 34].

Дещо відрізняється характеристика психосоматичних людей з мігренню в Р. Дальке – Т. Детлефсена. В даному випадку, подаються такі характеристики:

- однобічність мислення;
- проблеми в сексуальній сфері. В цьому контексті наводиться така інтерпретація, згідно якої людина з мігренню переносить одну з проблем тіла до голови. Відтак, виходить, що напади мігрені це свого роду «оргазм в голові»;
- порушення травлення;
- небажання мати нічого спільного зі змістом несвідомого;
- конфлікт між потягом і розумом. За Р. Дальке – Т. Детлефсеном, розум має свої корені в умінні користуватись власним тілом, якщо це зв'язок розірвати почнеться застій енергії, який проявиться в різних симптомах хвороби [31, с. 35].

Типова людина з мігренню є «хорошою», добросовісною, акуратною та працюючою [47]. Вона постійно прагне досягати успіху, але з тих чи інших причин не отримує бажаного [25]. Зв'язок появи симптомів мігрені з періодами розчарування описують різні дослідження, додаючи також й такі провокуючі фактори, як періоди надмірної активності та зміну життєвої ситуації [55]. Високу інтелектуальність пацієнтів з мігренню відзначають майже всі дослідники проблеми, вказуючи при цьому на слаборозвинену емоційну сферу [47; 25].

Отже, можна підсумувати, що мігрень – це особливий вид головного болю, який має свою фізіологію виникнення та окремий набір симптомів,

які суттєво впливають на якість життя та працездатність людини. Мігрень визнають як психосоматичний розлад, психологічними чинниками виникнення якого можуть бути: депресивні симптоми, емоційні проблеми, психологічні негаразди, психосоціальні та робочі фактори, хронічна втома, вимогливість з боку інших, проблеми в сексуальній сфері, прагнення до успіху та складнощі з отриманням бажаного.

Люди, що часто або періодично страждають на мігрень характеризуються як: високоінтелектуальні; чутливі; добросовісні; акуратні; ті, що демонструють пригнічену ворожість, яка може бути заздрісною установкою.

1.3. Психологічні еквіваленти фізіологічних симптомів мігрені та головного болю

Завдяки психологічним еквівалентам хвороб та окремих симптомів, які розробили дослідники психосоматичного напрямку, можна зробити гіпотезу щодо можливих психологічних причин виникнення головного болю та мігрені.

За Луїзою Хей, психосоматичною причиною виникнення мігрені є відчуття примусу, невдоволення до цього примусу, опір перебігу життя, а також сексуальні страхи. Натомість, головний біль за Л. Хей породжує недооцінка себе, самокритика та страх [40].

Головний біль напруги згідно психологічних еквівалентів соматичних хвороб Ліз Бурбо має наступні причини виникнення: низька самооцінка, докори, самозвинувачення, надмірна вимогливість по відношенню до себе, боязнь стати об'єктом чиєїсь критики, бажання виправдати очікування інших людей.

За Ліз Бурбо мігрень безпосередньо пов'язана з особистістю людини її самоідентифікацією. Відповідно, мігрень виникає через те, що людина не дозволяє собі бути тим, ким вона насправді хоче. Натомість надає перевагу тому, щоб виправдовувати очікування інших, що також пов'язано із досить сильним відчуттям вини щодо того, щоб піти проти тих, хто має вплив та сильною потребою соціального схвалення. Проблеми в сексуальному житті як першопричину виникнення мігрені також виокремлює Ліз Бурбо [4, с. 295].

Головний біль в ділянці чола часто характерний для різних видів головного болю. Він може свідчити про те, що людина перенапружується, намагаючись зрозуміти все [4, с. 144].

Нудота часто супроводжує напади мігрені. З психосоматичної точки зору, вона може свідчити про відчуття загрози з боку певної людини або події. Також нудота трактується як прояв відрази в людини до того, що відбувається, адже події не виправдовують очікувань. Нудоту як прояв відрази може спровокувати конкретна особа або предмет. Цей симптом певним чином відображає ставлення людини до того, що відбувається в її житті [4, с. 332].

Бльовота є одним із симптомів мігрені при ускладненому її протіканні. Бльовання може бути спричинене тим, що людина когось засуджує на стільки сильно, що відчуває по відношенню до неї огиду або відразу [4, с. 83].

Біль в очах часто відчувають люди під час нападу мігрені. Він може локалізуватись одnobічно або поширюватись на обидва ока. Передувати нападу загостреному перебігу мігрені може й погіршення зору – так звана мігрень з аурою. Психологічними еквівалентами проблем з очима є блокування власних бажань та або бажання «заплющити очі» на те, що відбувається (через страх втратити когось або щось) [4, с. 346 – 347].

У майже половини випадках напад мігрені закінчується сном, за яким слідує стадія постдрімоти, що характеризується розбитістю, втомою та слабкістю. Втома може підсвічувати відсутність конкретної мети в житті людини, тобто бажання реалізувати щось конкретне у сфері роботи або мати. Замість того, щоб діяти та досягати цілей, людина яка часто відчуває втому, грузне у своїх думках, тривогах і страхах, які блокують її дії та забирають енергію. Серед психологічних факторів які провокують втому також може бути упередження людини, що вона чогось не гідна, або її надто серйозне ставлення до життя [4, с. 120 – 121].

Слабкість свідчить про відсутність бажання в людини показувати свою силу, ймовірно через порівняння себе з іншими та відсутність віри у власні сили. Слабкість, а отже не використання внутрішньої сили може спричинити її «накопичення» та «вихід», яким може стати певна хвороба (мігрень?) [4, с. 417 – 418].

Через часту, постійну та тривалу напругу м'язів потилиці та або плечового поясу виникає головний біль напруги. Такі симптоми, зокрема напруга плечового поясу, пов'язані із надмірною турботою людини по відношенню до інших. Це може бути проявом того, що людина не дозволяє собі робити те, що хоче, через те, що вважає себе відповідальною за щастя і добробут інших людей. Людина з таким симптомом багато працює з почуття обов'язку. Відповідно, напруга або біль в плечах може вказувати на те, що людина виконує зайву роботу, і через прагнення допомогти іншим людям, бере на свої плечі чужий тягар [4].

Біль в потилиці або шиї може вказувати на брак гнучкості в людини та її не бажання об'єктивно сприймати ситуацію через неможливість її контролю. Тобто з цим симптомом людина наче вдає, що ситуація її не хвилює та ігнорує її, проте насправді досить сильно переймається через неї [4].

Таблиця 1.1

Таблиця психологічних еквівалентів
фізіологічних симптомів мігрені та головного болю

Хвороба/симптом	Психологічний еквівалент
Мігрень	<ul style="list-style-type: none"> • Відчуття примусу, ненависть до примусу; • Опір перебігу життя; • Сексуальні страхи. • Проблема самоідентифікації та нереалізованості; • Складність в розумінні своїх істинних бажань; • Неприйняття себе; • Проблеми в сексуальному житті; • Бажання виправдовувати очікування інших людей; • Потреба соціального схвалення; • Почуття вини (зокрема, через невиправдані очікування інших).
Головний біль напруги	<ul style="list-style-type: none"> • Недооцінка себе; • Самокритика; • Страх; • Низька самооцінка; • Докори собі; • Самозвинувачення; • Надмірна вимогливість по відношенню до себе; • Боязнь стати об'єктом чиєїсь критики; • Бажання виправдовувати очікування інших людей.
Головний біль в ділянці чола	<ul style="list-style-type: none"> • Перенапруга.
Нудота (один із супутніх симптомів мігрені)	<ul style="list-style-type: none"> • Страх; • Неприйняття ідей чи обставин; • Відраза до того, що відбувається, адже події не виправдовують очікувань; • Відчуття загрози з боку якоїсь людини або події.
Блювота (один із супутніх симптомів мігрені)	<ul style="list-style-type: none"> • Наполегливе заперечення ідей; • Страх нового; • Осуд.

Погіршення зору (може передувати нападу мігрені)	<ul style="list-style-type: none"> • Блокування власних бажань; • Бажання не зважати на те, що відбувається, через страх втрати чогось або когось.
Втома (один із супутніх симптомів мігрені)	<ul style="list-style-type: none"> • Відсутність конкретної мети в житті; • Відчуття, що не гідний чогось.
Слабкість (один із супутніх симптомів мігрені)	<ul style="list-style-type: none"> • Небажання показувати свою силу; • Порівнювання себе з іншими; • Відсутність віри у власні сили; • Відсутність повноцінного життя.
Плечі. Напруга м'язів плечового поясу (фізіологічна причина виникнення головного болю напруги)	<ul style="list-style-type: none"> • Надмірна турбота про інших; • Заборона робити собі те, що хочеться (через відповідальність за щастя і добробут інших людей); • Альтруїзм (на плечах чужий тягар, через прагнення допомогти іншим); • Трудоголізм (з почуття обов'язку).
Потилиця. Шия. Напруга м'язів потилиці (фізіологічна причина виникнення головного болю напруги)	<ul style="list-style-type: none"> • Брак гнучкості; • Небажання об'єктивно сприймати ситуацію, через неможливість її контролю; • Ігнорування виниклої ситуації.

Отже, на основі складеної таблиці, можна підсумувати, що аналіз окремих симптомів головного болю та мігрені на відповідність психологічним еквівалентам знаходить кореляцію із загальними висновками теоретичного дослідження, а відтак і з твердженнями науковців щодо психологічних причин прояву симптомів головного болю та мігрені.

Таким чином, можна виділити наступні психологічні еквіваленти головного болю напруги: низька самооцінка, самокритика, бажання виправдовувати очікування інших людей.

Психологічні еквіваленти мігрені: наявність певного примусу в житті, невдоволення до нього та опір перебігу життя; сексуальні проблеми;

проблеми самоідентифікації, відчуття провини, бажання відповідати очікуванням інших людей.

Супутні симптоми головного болю та мігрені доповнюють перелік психологічних факторів, що їх спричиняють. Усі еквіваленти можна звести до таких як: негативні почуття, пов'язані з тим, що події в житті не відповідають очікуванням; не бажання об'єктивно сприймати ситуацію; надмірна турбота про інших; низька самооцінка пов'язана зокрема із порівнянням себе з іншими; блокування власних бажань; труднощі пов'язані з діяльністю задля досягнення мети.

В цілому, психологічні еквіваленти окремо розкладених симптомів головного болю та мігрені доповнюють напрацювання теоретичного дослідження та проливають більше світла на шляху до розуміння психосоматики мігрені.

Висновки до першого розділу

Відповідно до завдань дослідження, в першому розділі «Теоретичні аспекти вивчення психологічних чинників симптомів головного болю та мігрені»: розглянуто напрацювання дослідників з проблеми вивчення психосоматики головного болю та мігрені; на теоретичному рівні описано різницю між фізіологічними симптомами головного болю напруги та мігрені й визначено їх біологічні механізми; пояснено психосоматичну природу головного болю та мігрені; відповідно до теоретичних даних визначено ймовірні психологічні причини виникнення їх симптомів; здійснено характеристику типу особистості людини з симптомами мігрені й головного болю; розроблено таблицю психологічних еквівалентів симптомів головного болю та мігрені.

Відтак, психологічною причиною виникнення головного болю визначено реакцію на гостру травму, внутрішній чи зовнішній конфлікт, або інші ситуативні труднощі. Конкретизуючи питання, серед психологічних причин виникнення головного болю виділяють такі як: неадекватно завищені очікування щодо власного успіху з однієї сторони, а з іншої – розчарування через складність (неможливість) досягнення поставлених цілей; терпимість до деструктивних відносин; невдалий шлюб та інші хронічні стреси. Люди, що часто або періодично відчувають головні болі напруги характеризуються як: надмірно активні; з високими амбіціями; ті, що прагнуть досконалості та схильні до перфекціонізму й педантичності; сумлінні; з сильною потребою в соціальному схваленні; альтруїстичні.

Психологічні чинники виникнення мігрені визначено такі як: хронічна втома, вимогливість з боку інших, проблеми в сексуальній сфері, прагнення до успіху та труднощі з отриманням бажаного. Люди, що часто або періодично страждають на мігрень характеризуються як: високоінтелектуальні, чутливі, добросовісні та акуратні.

На основі здійсненого теоретичного аналізу проблеми розроблена таблиця психологічних еквівалентів фізіологічних симптомів мігрені та головного болю, відповідно до якої психологічними еквівалентами головного болю напруги є: низька самооцінка, самокритика, бажання виправдовувати очікування інших людей; психологічними еквівалентами мігрені є: наявність певного примусу в житті, невдоволення до нього та опір перебігу життя; сексуальні проблеми; проблеми самоідентифікації, відчуття провини, прагнення відповідати очікуванням інших людей. Психологічні еквіваленти супутніх симптомів головного болю та мігрені: негативні почуття, пов'язані з тим, що події в житті не відповідають очікуванням; надмірна турбота про інших; порівняння себе з іншими; блокування власних бажань.

Відповідно до мети дослідження, варто виокремити гіпотезу щодо психологічних чинників симптомів мігрені:

- прагнення до успіху та труднощі з отриманням бажаного, невідповідність реальності очікуванням;
- проблеми в сексуальній сфері;
- хронічна втома;
- відчуття примусу в житті;
- вимогливість з боку інших та прагнення відповідати очікуванням інших людей, сильна потреба соціального схвалення;
- відчуття провини;
- надмірна турбота про інших;
- порівняння себе з іншими;
- проблема самоідентифікації;

Відтак, теоретичний аналіз проблеми дозволив зробити відповідні висновки щодо ймовірних психологічних причин виникнення симптомів мігрені, та на їх основі сформулювати гіпотезу для підтвердження або спростування за допомогою емпіричного дослідження.

РОЗДІЛ 2. МЕТОДОЛОГІЧНА ОСНОВА ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ПРИЧИН МІГРЕНІ У ЖІНОК ЗРІЛОГО ВІКУ

2.1. Дизайн дослідження та характеристика вибірки

Дослідження, які проводились на рівні теоретичного осмислення проблеми психосоматики мігрени у жінок зрілого віку та зроблені відповідні висновки дозволили приступити до проведення емпіричного дослідження з виявлення взаємозв'язку психоемоційних факторів та симптомів мігрени.

Відповідно, в рамках емпіричного дослідження були поставлені наступні завдання:

1. Визначити методи дослідження психологічних причин симптомів мігрени у жінок зрілого віку;
2. Здійснити якісний та математико-статистичний аналіз результатів емпіричного дослідження;
3. Визначити психоемоційні фактори симптомів мігрени як особливого виду головного болю;
4. Визначити зв'язок між психологічними особливостями жінки зрілого віку та проявами в неї симптомів мігрени;
5. Розробити рекомендації щодо методів психотерапії з метою запобігання та подолання симптомів мігрени.

Об'єктом даного дослідження виступає власне психосоматика мігрени та головного болю. Предметом – психологічні чинники симптомів мігрени у жінок зрілого віку.

Відповідно, в емпіричному дослідженні прийняли участь 100 жінок зрілого віку, які мають підтверджений діагноз мігрени, або відчувають симптоми цього захворювання: періодичний (пульсуючий) головний біль, який характеризується одnobічною локалізацією, тривалістю від 4 до 72

годин, який посилюється при рутинній фізичній активності та може супроводжуватись нудотою або блюванням, а також фотофобією (світлобоязню) або фонофобією (боязню гучних звуків) [32].

Вік групи досліджуваних корелюється від 21-го до 57-ми років. Найбільшу групу склали жінки молодшого зрілого віку. Відповідно, 11% жінок з опитаних мають 22 роки; по 9% – 23 та 27-річні; 7% – 30-ти річні; по 6% – 26-, 28-, 29-, 31-річні; по 5% – 24-, 25-ти річні; та інші вікові розрізи (21, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 40, 41, 43, 46, 48 52 роки).

Вибір статі для проведення емпіричного дослідження зумовлювався вищезазначеними статистичними даними та дослідженнями, згідно яких, жінки більше ніж в три рази частіше страждають від мігрені, ніж чоловіки. Більш того, ці дослідження показують, що жіночі мігрені частіші, сильніше виводять з ладу і триваліші, ніж чоловічі. Жінки частіше, ніж чоловіки, звертаються за медичною допомогою і рецептурними препаратами від мігрені та, як правило, мають більше проблем із психічним здоров'ям, включаючи тривогу та депресію [50; 32].

Серед досліджених 55% мали підтверджений діагноз мігрені, тобто поставлений лікарями, та 45% не підтверджений, але їх головний біль відповідає критеріям мігрені (див. Рис. 2.1).

Жінки, які взяли участь в дослідженні є представниками різних професій (при цьому 56% з опитаних задоволені своєю роботою), різних релігійних вірувань і світоглядів та різного сімейного стану. Щодо останнього: більшість з опитаних заміжні (32%), в стосунках (20%), без стосунків (16%), проживають у громадянському шлюбі (10%), заручені (8%), та розлучені (5%), решту 9% – інші сімейні стани, такі як розлучені тощо (див. Рис. 2.2).

Чи підтверджений у вас діагноз мігрені?

100 відповідей

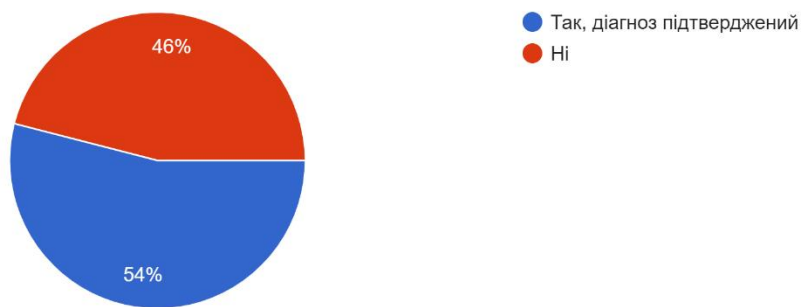


Рис. 2.1. Наявність підтверженого діагнозу мігрені в опитуваних та відсутність медичного підтвердження.

Сімейний стан:

100 відповідей

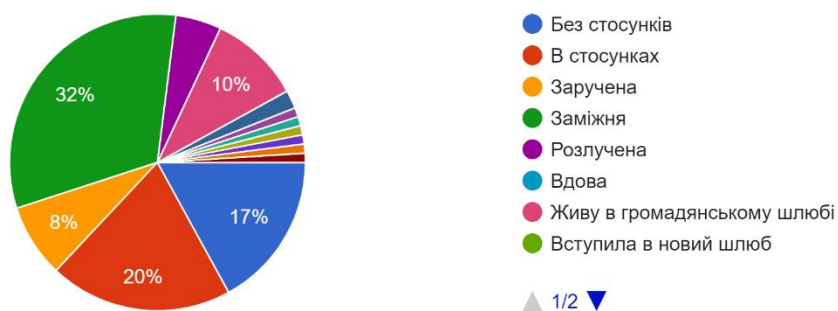


Рис. 2.2. Сімейний стан опитуваних.

З ким ви проживаєте?

100 відповідей

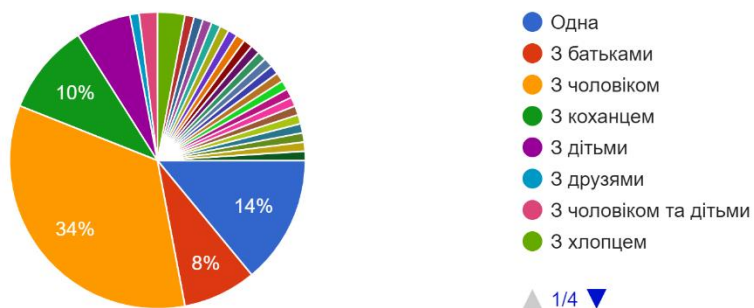


Рис. 2.3. Середовище проживання опитуваних.

Більшість з досліджуваних проживає з чоловіком (34%), самотійно (14%), з коханцем (10%), з батьками (8%), з дітьми 5% та решта – з іншими близькими, родичами, друзями тощо (див. Рис. 2.3).

Відповідно, згідно мети та завдань дослідження є необхідність виявлення психологічних причин симптомів мігрені у жінок зрілого віку. Для реалізації цих завдань з піддослідними було проведено психологічне дослідження за допомогою наступних методів:

- Мультимодальний опитувальник життєвої історії А. Лазаруса;
- Методика визначення типу особистості та ймовірності особистісних розладів Дж. Олдхема та Л. Морріса.

Робота над дослідженням почалась із визначення обраної групи піддослідних жінок, які періодично відчували симптоми мігрені, частина з яких мала підтверджений діагноз «мігрень» (лікарем), частина – не мала підтвердженого діагнозу «мігрень» лікарем, проте періодично відчувала головний біль, який відповідав всім ознакам мігрені.

Відповідно групі досліджуваних було запропоновано пройти «Мультимодальний опитувальник життєвої історії А. Лазаруса», який дав змогу визначити психологічні особливості піддослідних та «Методику визначення типу особистості та ймовірності особистісних розладів Дж. Олдхема та Л. Морріса», яка дала змогу визначити переважаючий тип особистості та ймовірні психологічні розлади в групі досліджуваних.

Застосування вищезазначених методик дало змогу виявити спільні психоемоційні особливості жінок зрілого віку, що періодично страждають на мігрень та зробити висновки щодо ймовірних психологічних причин прояву в них симптомів мігрені.

Отже, в рамках поставлених завдань даної роботи, була обрана група досліджуваних, яка складалась із жінок зрілого віку, що періодично страждають на мігрень. Група піддослідних включала представників різних професій, різних релігійних вірувань та світоглядів, різного сімейного

статусу, що дозволило більш ширше поглянути на проблему дослідження. Для розв'язання останньої з піддослідними було проведено психологічне дослідження за допомогою таких методів як: Мультимодальний опитувальник життєвої історії А. Лазаруса та Методика визначення типу особистості та ймовірності особистісних розладів Дж. Олдхема та Л. Морріса. Детальний опис застосованих методик міститься в наступному розділі.

2.2. Методи дослідження психологічних чинників мігрені у жінок зрілого віку

Основними методиками при виявленні психосоматичної природи того чи іншого захворювання, в тому числі мігрені, представляються дві моделі діагностування: бесіда, в ході якої психотерапевт діагностує захворювання та психологічні опитувальники, що дозволяють визначити напрямок проблеми.

При застосуванні такої моделі діагностування як бесіда, точкою відліку має бути період первинного прояву цих специфічних симптомів та зв'язок їх зі значущими для людини стресовими ситуаціями, кризами, конфліктами та іншими ситуаціями, які могли спровокувати сплеск перманентних емоцій.

При цьому, за такої моделі діагностування, важливим елементом є з'ясування психотерапевтом, наскільки сам пацієнт сприймає цей взаємозв'язок між захворюванням і ситуацією, що спровокувала його.

Відповідно, в процесі роботи із психосоматичним пацієнтом, дуже важливим є те, щоб він усвідомив та визнав зв'язок головного болю із конфліктами в емоційній сфері. В такому випадку пацієнта слід готувати до

вербалізації своїх переживань, це допоможе усвідомити пацієнту його емоційні проблеми та вербалізувати їх [25, с. 114].

В цьому контексті, за Л. І. Дідковською найважливішим завданням психотерапевта в бесіді з психосоматичним хворим – допомогти йому виявити, хоча б частково, приховану розлюченість [25, с. 113].

Для виявлення взаємозв'язку між психоемоційними факторами та соматичними захворюванням під час діагностичної бесіди, попередньо спеціаліст «знайомиться» з людиною, вивчає її особистісні якості, характер, соціалізацію в різних вікових періодах, що спливає в пам'яті пацієнта в даному часі, ступінь актуальності пережитих проблем з урахуванням минулого часу.

За можливості психотерапевт намагається з'ясувати:

- як пацієнт трактує своє захворювання, якою інформацією він володіє відносно своєї недуги;
- наскільки часто, тривало та інтенсивно він відчуває головний біль в даний період часу і як він позначається на повсякденному житті;
- яку відповідальність покладає хворий на родичів, лікарів, самого себе, ще кого-небудь за свій головний біль і чи покладає взагалі;
- чи є генетична схильність до захворювань [28, с.63 – 64].

Анамнез, виявлений у ході бесіди з пацієнтом, аналізується і вибудовується взаємозв'язок подій і симптоматики соматичного захворювання.

Безпосередньо для проведення емпіричного дослідження даної роботи був складений набір методик, який відповідав її цілям та меті – визначенню психологічних чинників симптомів мігрені у жінок зрілого віку.

Зважаючи на значну кількість опитуваних, що взяли участь в емпіричному дослідженні (100 жінок), в якості методик для виявлення психологічних чинників симптомів мігрені, було обрано саме опитувальники, які і дали змогу опитати вищевказану кількість досліджуваних.

При цьому, методи, що були включені в дане дослідження відбирались на основі таких критеріїв:

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

Відповідно, з групою піддослідних жінок було проведене психологічне дослідження за допомогою наступних методів:

- Мультимодальний опитувальник життєвої історії А. Лазаруса;
- Методика визначення типу особистості та ймовірності особистісних розладів Дж. Олдхема та Л. Морріса.

Результати застосування «Мультимодального опитувальника життєвої історії» дозволяють отримати комплексне уявлення про життя людини. Він дозволяє оцінити поточні проблеми опитуваних, їх симптоми, сімейну історію, образи, когніції, стосунки, біологічні чинники, а також значущі для них спогади та переживання.

Відповідно, в опитувальнику питання розподілені в розрізі наступних семи модальностей: поведінка (Behavior), емоції (Affect), відчуття (Sensation), уявлення (Imagery), когніції (Cognitions), міжособистісні відносини (Interpersonal) та біологічні фактори (Drugs /Biology).

Таким чином, для того, щоб якнайбільш комплексно оцінити психологічний стан досліджуваних, їм були представлені питання в розрізах вищевказаних семи модальностей:

1. Поведінка: які види поведінки властиві; що подобається та не подобається робити; чим займаються у вільний час тощо.

2. Емоції: які емоції найчастіше домінують; які основні страхи; що може змусити втратити контроль над емоціям тощо.
3. Відчуття: які фізичні відчуття характерні; які відчуття приємні, а які ні тощо.
4. Уявлення: як себе описують та характеризують; які образи домінують; які є приємні/неприємні образи, фантазії, уявлення; що уявляється під абсолютно безпечним місцем; чи бувають нічні кошмари тощо.
5. Когніції: якої думки про себе; чи є думки, які переслідують; які упередження існують; чи є певні деструктивні переконання чи ірраціональні ідеї; чи є несприятливі автоматичні думки, які можуть заважати нормальному функціонуванню тощо.
6. Міжособистісні стосунки: які стосунки зі значущими людьми (рідними, друзями); які стосунки приносять особливе задоволення або завдають біль; чи є задоволеність сексуальними стосунками тощо.
7. Біологічні фактори: що хвилює у фізичному стані; які є скарги на фізичний стан; які особливості щодо дієти, ваги, сну, фізичної активності тощо.

В опитувальнику зокрема наводяться питання щодо спогадів з дитинства, які можуть бути ключем до їх ранніх дезадаптивних схем. Даний опитувальник також цінний тим, що якщо досліджувані не розповідають про деякі травматичні ситуації терапевту, вони можуть про це написати в опитувальнику у спеціальних полях.

Таким чином, Мультимодальний опитувальник життєвої історії А. Лазаруса як методика дослідження психологічних причин симптомів мігрені, дає змогу отримати комплексне уявлення про життя досліджуваних та побачити результати, які дозволяють сформулювати певні гіпотези про життєві патерни, схеми та копінгові стратегії досліджуваних.

Другою методикою, яка застосовувалась в даному дослідженні є Методика визначення типу особистості та ймовірності особистісних розладів Дж. Олдхема та Л. Морріса. Цей особистісний опитувальник, розроблений на основі критеріїв DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders IV – посібник з діагностики та статистики психічних розладів Американської психіатричної асоціації, IV видання) та (частково) на основі DSM-III-R Дж. Олдхемом та Л. Моррісом у 1994 році.

Автори опитувальника пропонують використовувати його для побудови індивідуального портрету особистості за 14-ма шкалами і додають загальну описову інтерпретацію.

Чотирнадцять типів особистості, виокремлених в методиці – це звичайні гуманні непатологічні версії різких хворобливих розладів, зафіксовані в DSM-IV і ЕРО (Експертиза розладів особистості). Простими словами, дана методика визначає норму та акцентуацію відповідного типу особистості. Отже, автори методики виділяють наступні типи особистості та їх ймовірні розлади:

Таблиця 2.1

Типи та розлади особистості згідно методики
Дж. Олдхема та Л. Морріса.

Тип	Розлад
Добросовісний (сумлінний)	Нав`язливо-принудливий
Самовпевнений	Нарцисизм
Драматичний	Неприродне актерство
Пильний	Параноїдальні
Діяльний	Активність на грані зриву
Відданий	Залежний
Відлюдкуватий	Шизоїд
Бездіяльний	Пасивно-агресивний

Чуттєвий	Ухиляння
Ідеосинкратичний	Шизопатія
Авантюрний	Антисоціальний
Альтруїстичний	Самоприниження
Агресивний	Садист
Серйозний	Депресивний

Відповідно, результати опитувальника дають змогу виділити домінуючий тип особистості та його ймовірний розлад. При цьому інтерпретація дає опис відчуттів та характерної поведінки людини з тим чи іншим домінуючим типом та відповідним розладом особистості.

Таким чином, за допомогою застосованих в даній роботі таких методів дослідження як Мультимодальний опитувальник життєвої історії А. Лазаруса та Методика визначення типу особистості та ймовірності особистісних розладів Дж. Олдхема та Л. Морріса можна отримати комплексне уявлення про життя досліджуваних; оцінити їх психологічний стан; сформулювати певні гіпотези про життєві патерни, схеми та копінгові стратегії; та, в кінцевому підсумку, зробити відповідні висновки, які дозволять визначити ймовірні психологічні чинники симптомів мігрені.

Висновки до другого розділу

У другому розділі «Методологічна основа дослідження психологічних чинників симптомів мігрені у жінок зрілого віку» розглянуто дизайн, завдання та методи емпіричного дослідження даної роботи.

В даному розділі визначено базу дослідження та охарактеризовану групу піддослідних за такими критеріями як: наявність або відсутність

підтвердженого діагнозу мігрені, сімейний стан, середовище проживання, професійна діяльність, тощо.

Окрім цього, в другому розділі роботи описано методи психодіагностики психосоматичних захворювань, окреслено їх специфіку та виокремлено ті, які безпосередньо застосовуються в емпіричному дослідженні.

Відповідно, в якості методів дослідження було визначено такі опитувальники як: Мультимодальний опитувальник життєвої історії А. Лазаруса та Методика визначення типу особистості та ймовірності особистісних розладів Дж. Олдхема та Л. Морріса.

РОЗДІЛ 3. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ СИМПТОМІВ МІГРЕНІ У ЖІНОК ЗРІЛОГО ВІКУ

3.1. Опис отриманих результатів емпіричного дослідження

3.1.1 Опис результатів дослідження життєвої історії жінок з мігренями за А. Лазарусом

З групою піддослідних було проведено дослідження на основі Мультиmodalного опитувальника життєвої історії А. Лазаруса та Методики визначення типу особистості та ймовірності особистісних розладів Дж. Олдхема та Л. Морріса.

Мультиmodalний опитувальник життєвої історії А. Лазаруса мав на меті отримати комплексне уявлення про життя досліджуваних – оцінити їх поточні проблеми, відчуття, когніції, стосунки, біологічні чинники, а також значущі для них спогади й переживання. Відповідно, завданням даної методики було отримати результати, які дозволять сформулювати певні гіпотези про життєві патерни, схеми та копінгові стратегії досліджуваних.

Відтак, результати Мультиmodalного опитувальника життєвої історії А. Лазаруса показали, що понад 70% досліджуваних відчувають втому часто або навіть щоденно (див. рис. 3.1, де 4 – часто, 5 – щоденно).

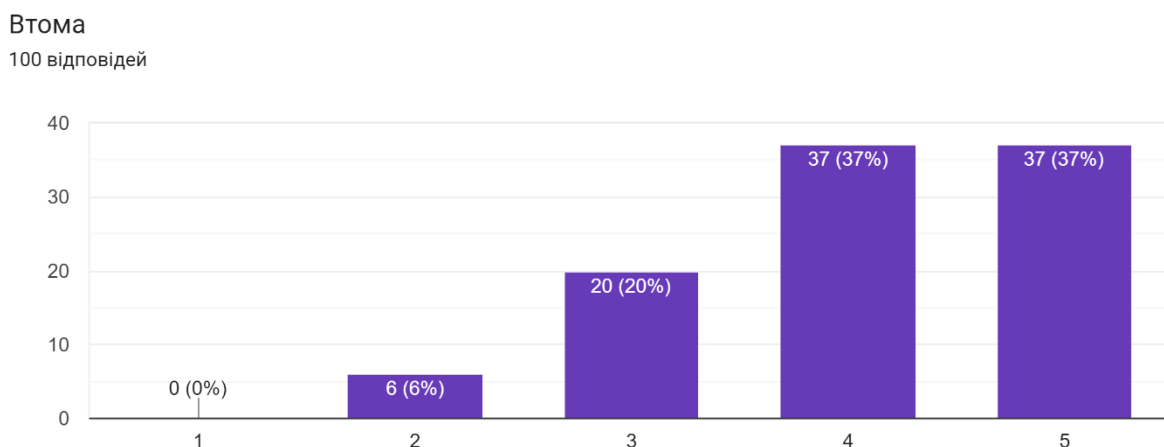


Рис. 3.1. Частота відчуття втоми в досліджуваних.

Ці дані підтверджуються і в розрізі іншого питання щодо характерних для опитуваних фізичних відчуттів – поруч із постійними головними болями (мігренями) у 77% присутня втома (див. рис. 3.2).

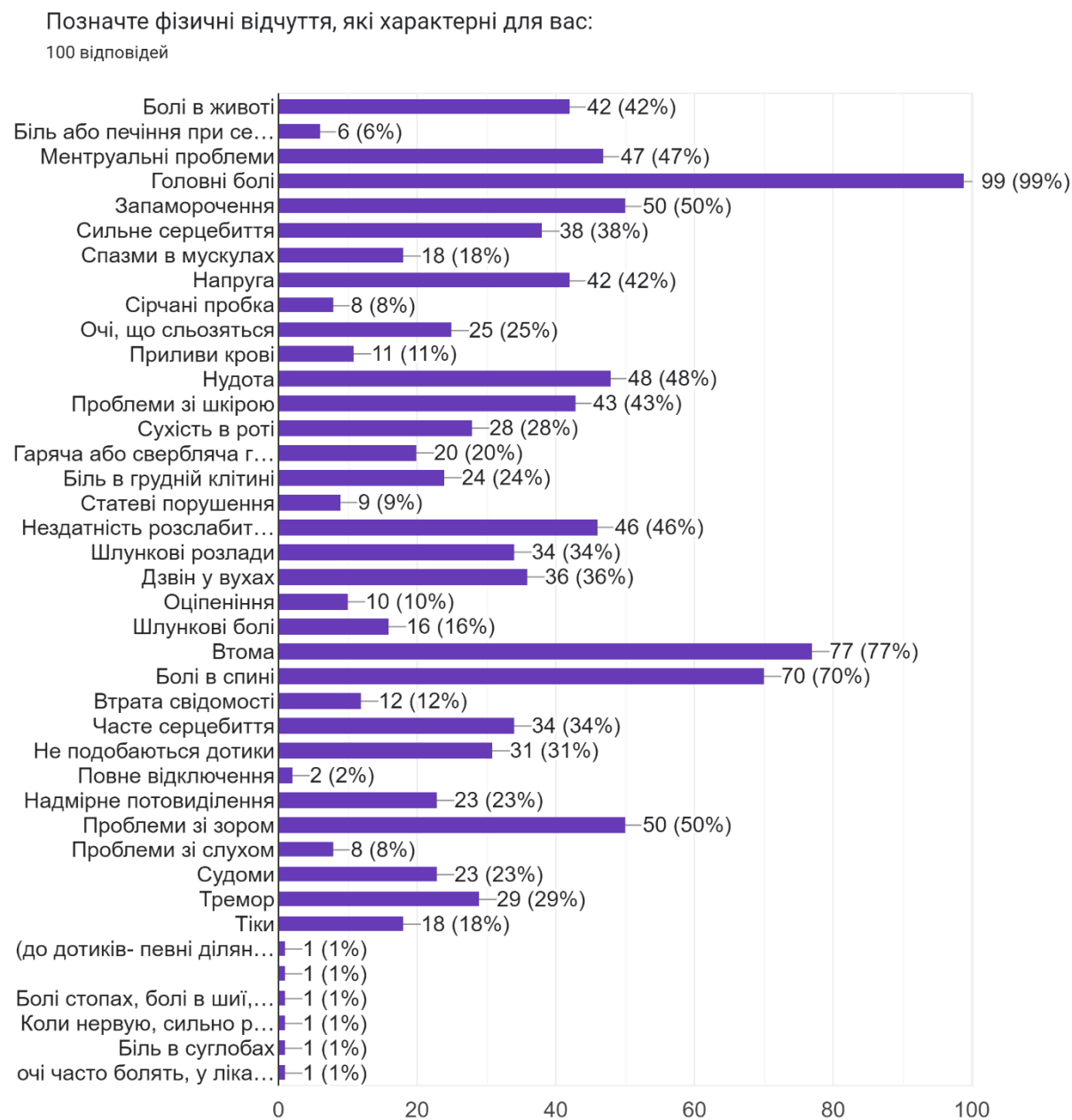


Рис. 3.2. Фізичні відчуття, які характерні для опитуваних.

80% з опитаних часто відчуває роздратування, 68% – тривогу, 62% – сум, 61% – напруженість, 56% – стурбованість та 51% – постійне відчуття провини (див. рис. 3.3).

Позначте ті відчуття, які ви часто відчуваєте

100 відповідей

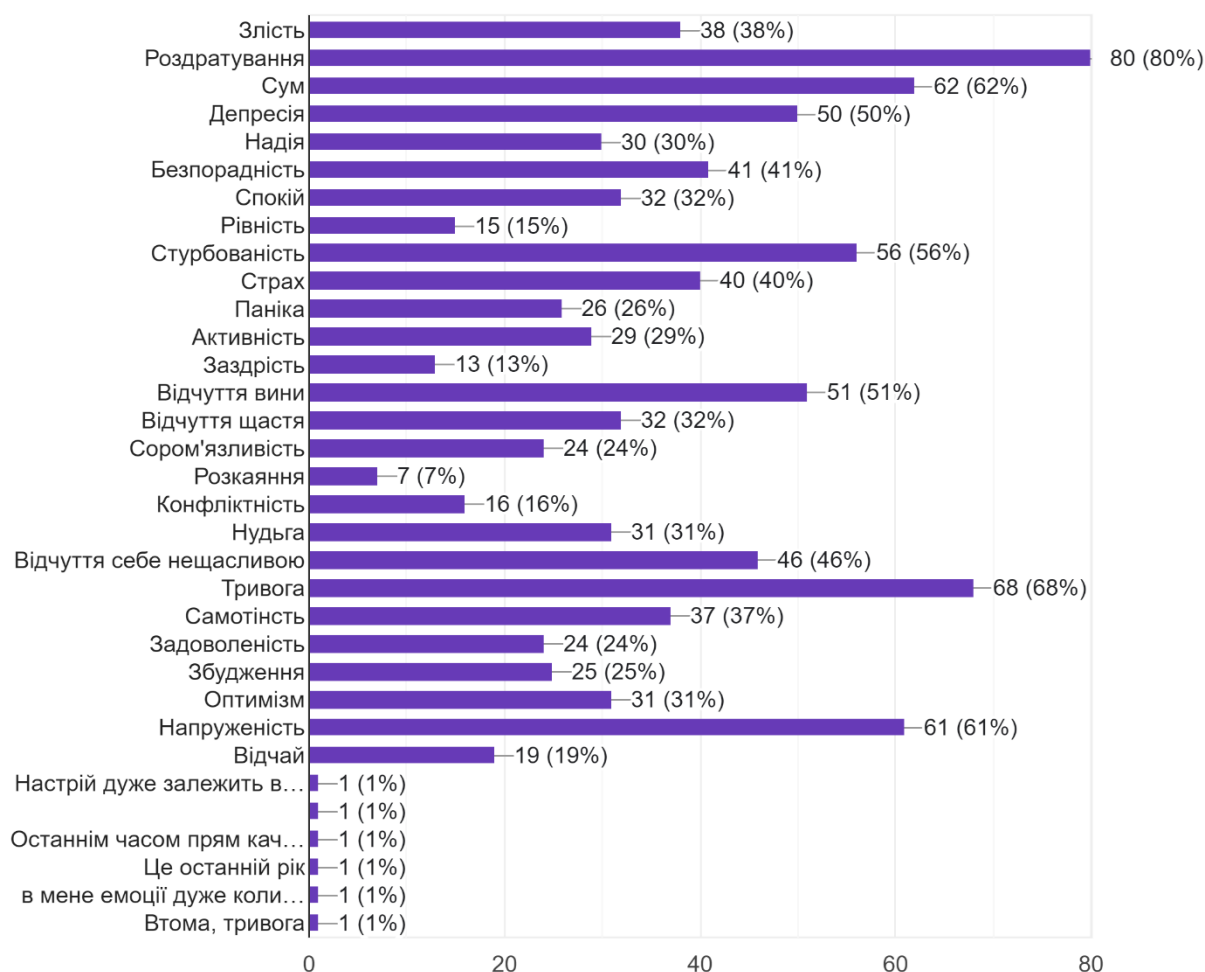


Рис. 3.3. Психоемоційні відчуття, які характерні для опитуваних.

Значна частина з опитаних оцінює свій рівень напруги упродовж останнього часу як «високий» (див. рис. 3.4, де 7 – максимально напружена, 1 – розслаблена).

Трохи менше половини з опитаних, а саме 46% – не задоволені своїм сексуальним життям (див. рис. 3.5), а більш ніж половина з опитаних відчувала тривогу або вину за сексуальні стосунки або мастурбацію (див. рис. 3.6).

Оцініть загальний рівень напруги упродовж минулого місяця:

100 відповідей

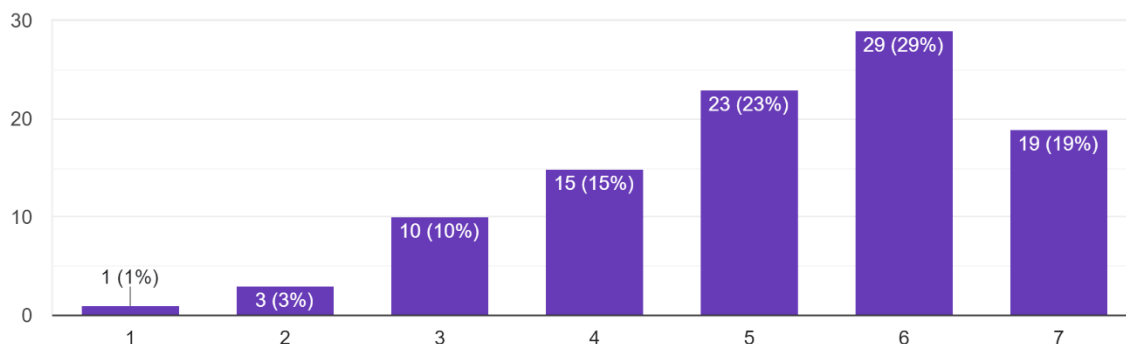


Рис.3.4. Рівень відчуття напруги опитаних упродовж останнього часу.

Ви задоволені вашим сьогоднішнім сексуальним життям?

100 відповідей



Рис. 3.5. Задоволеність сексуальним життям опитуваних.

Ви коли-небудь відчували тривогу або відчуття вини за сексальні стосунки або мастурбацію?

100 відповідей

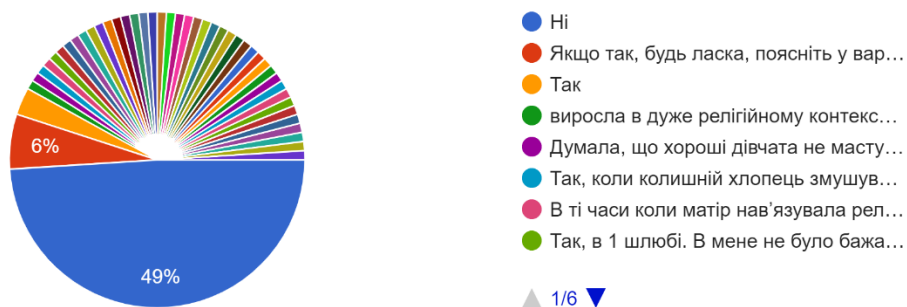


Рис. 3.6. Відчуття опитуваних щодо сексуальних стосунків.

Більшість з опитуваних мають позитивні думки щодо себе. Проте, можна виділити такі розрізи як: 71% з опитаних жінок вважають себе вразливими, 50% характеризують себе як роздратовану та 70% – як тривожну (див. рис. 3.7).

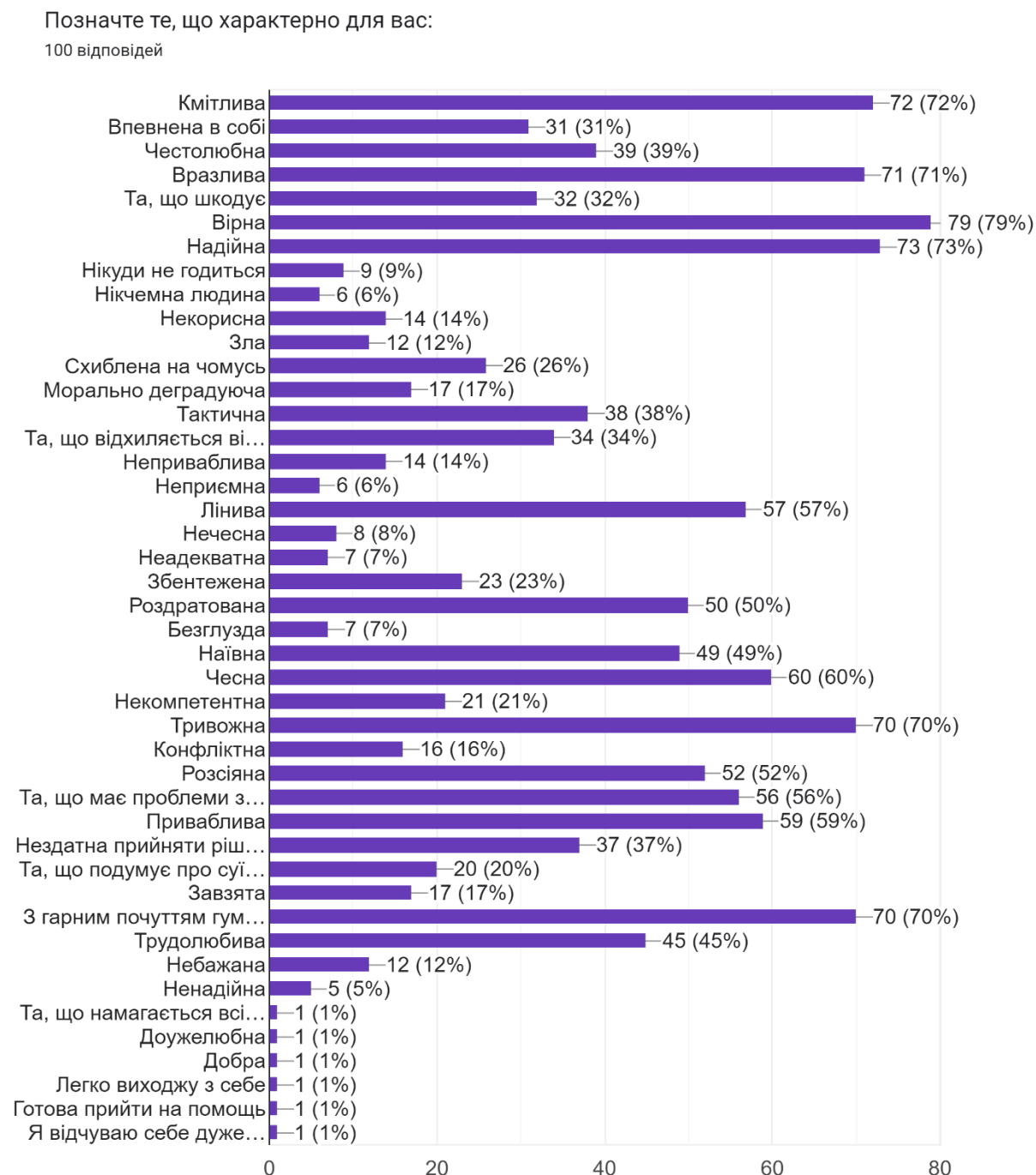


Рис. 3.7. Характерні думки опитуваних щодо себе.

Окрім цього, 55% з опитаних жінок вважають себе тією, що не справляється, 40% – слабкою (див. рис. 3.8)

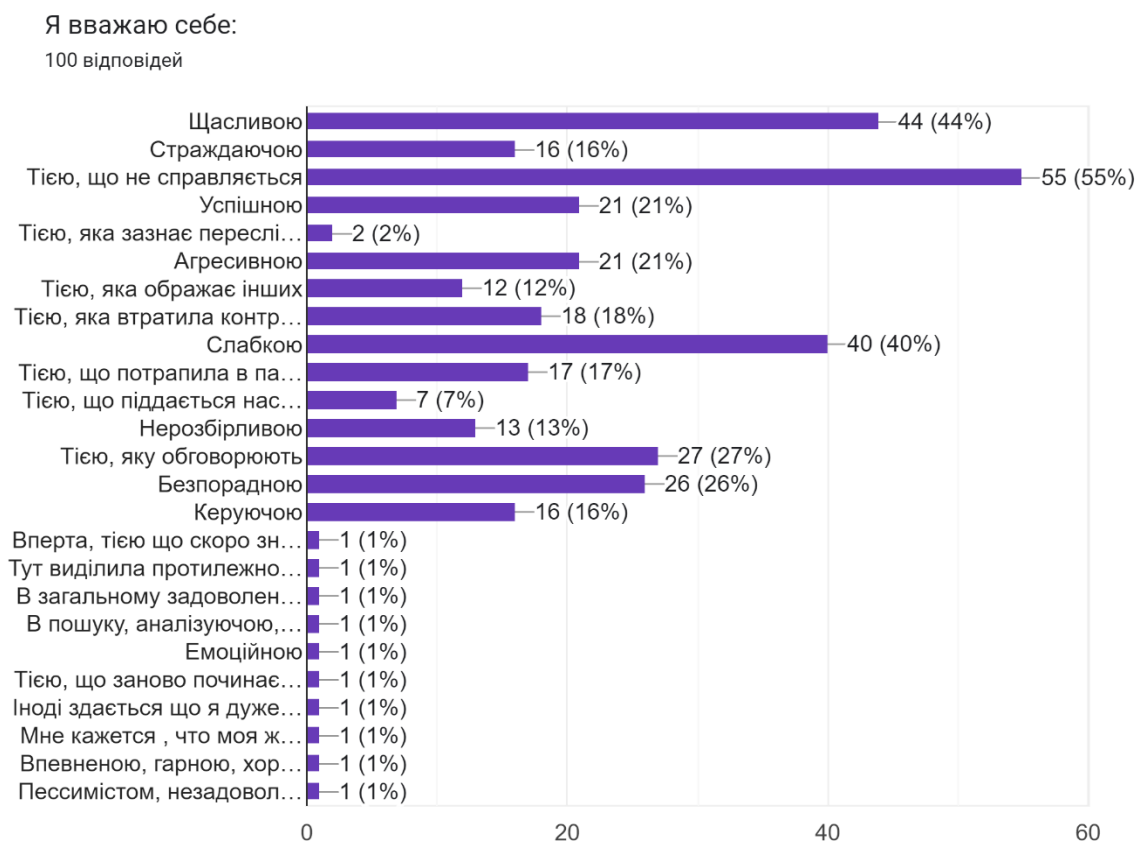


Рис. 3.8. Характерні думки опитуваних щодо себе.

Понад 70% з групи досліджуваних зазначили, що їх раніше серйозно ображали або дражнили (див. рис. 3.9).

Вас коли-небудь серйозно ображали чи дражнили?

100 відповідей

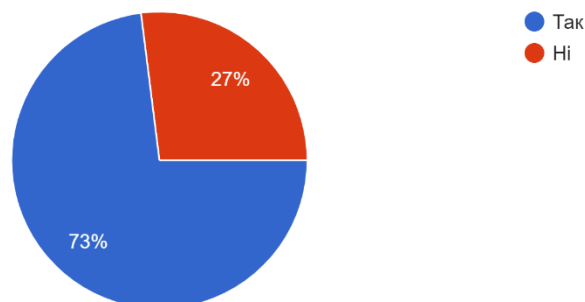


Рис. 3.9. Наявність образливих ситуацій в житті досліджуваних.

У 69% відсотків з опитаних були емоційні проблеми в дитинстві, у 58% – фінансові проблеми. Тим не менш, більше половини з досліджуваних характеризують своє дитинство як щасливе (див. рис. 3.10).

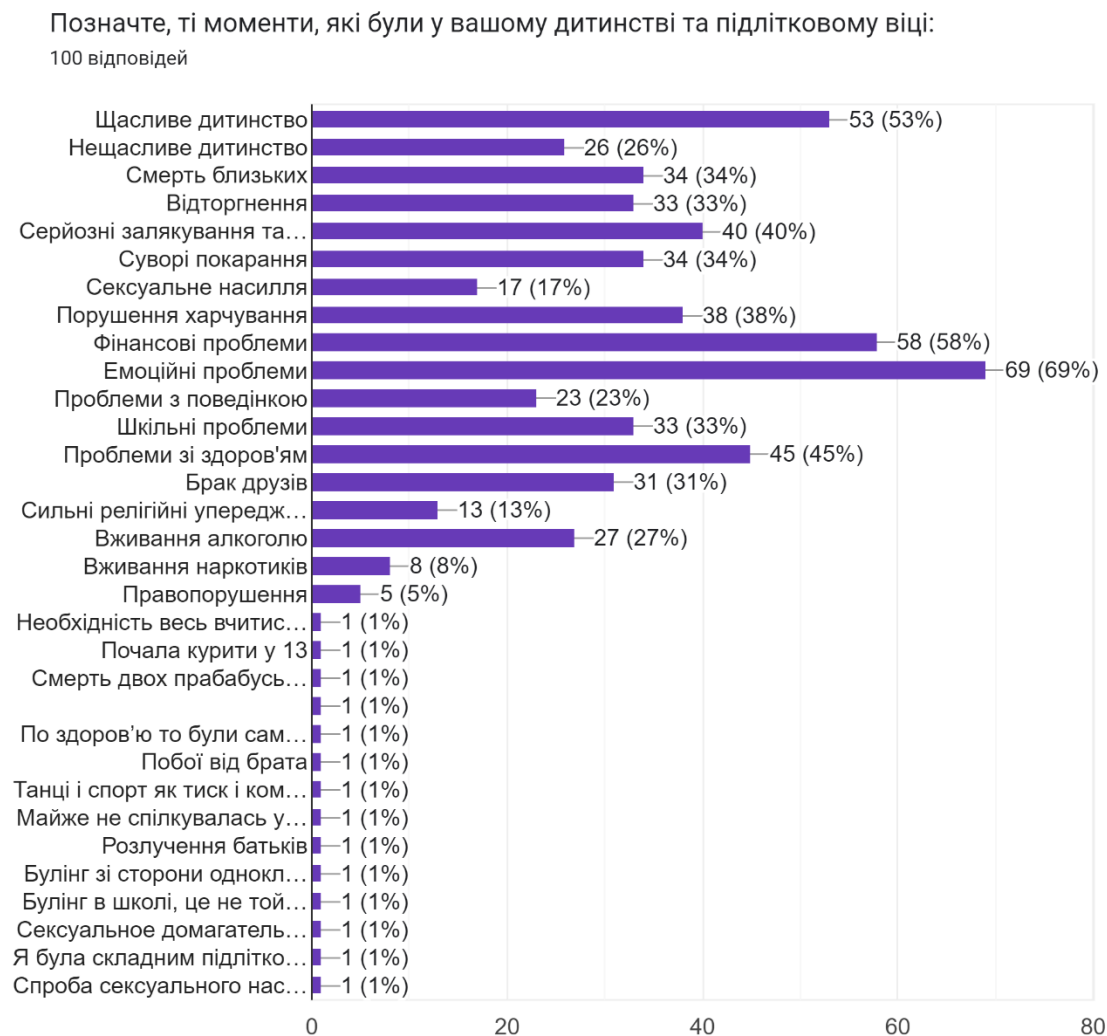


Рис. 3.10. Характеристика свого дитинства досліджуваними.

Менше половини опитаним складно отримувати задоволення від відпочинку, вихідних чи відпусток (див. рис. 3.11). А більшості з них, а саме 73% – властива прокрастинація та 60% – невпевненість (див. рисунок 3.12).

Чи складно вам отримувати задоволення від відпочинку, вихідних і відпусток?

100 відповідей



Рис. 3.11. Здатність отримувати задоволення від відпочинку.

Позначте ті види поведінки, які часто властиві вам:

100 відповідей

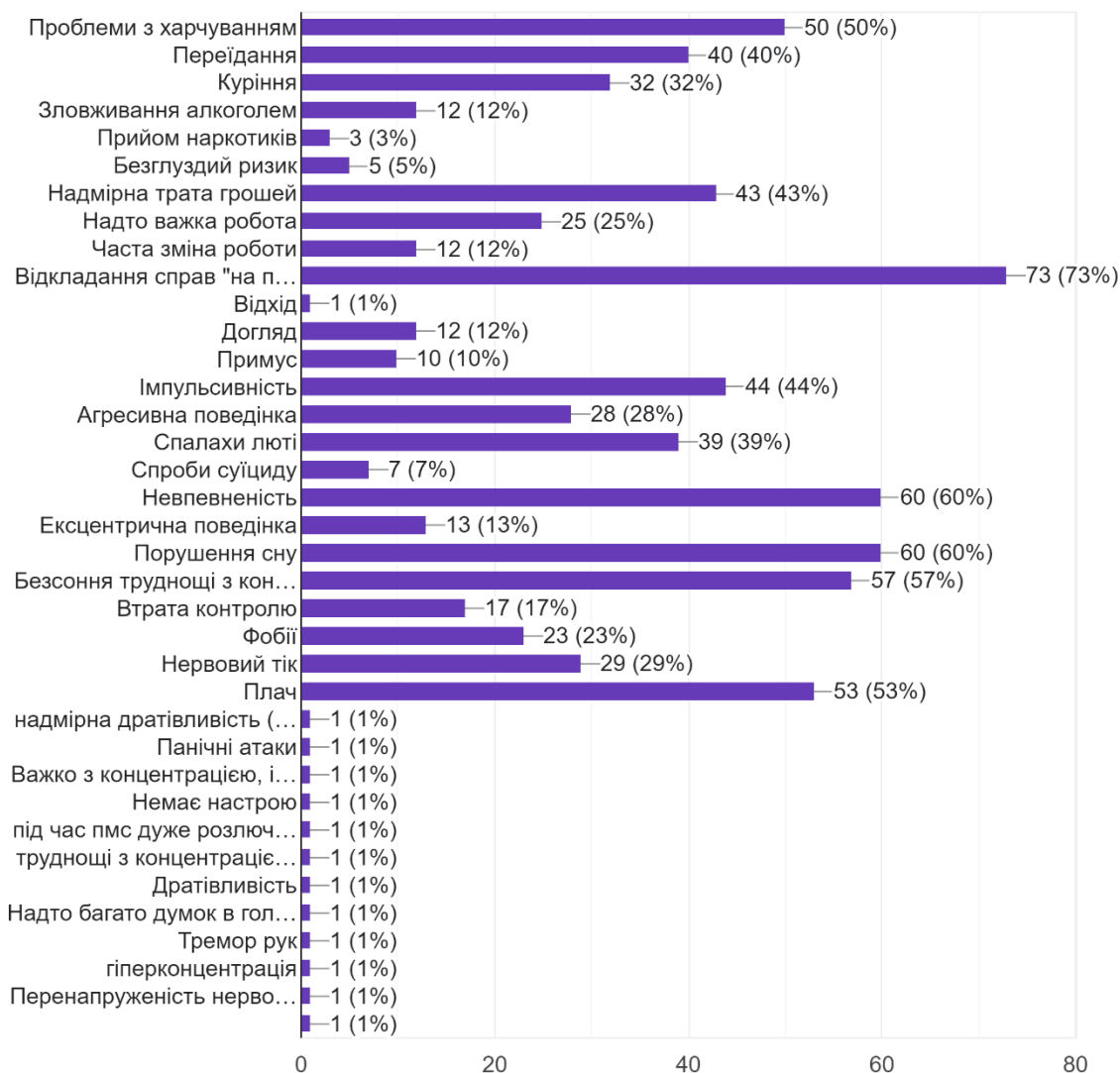


Рис. 3.12. Види поведінки, які властиві опитуваним.

45% з опитаних оцінює рівень серйозності їх проблем як «помірно засмучують», 21% – «дуже серйозні», по 14% – «трохи засмучують» або «повністю виводять із ладу» та 6% – «вкрай серйозні» (див. рис. 3.13).

Опишіть серйозність ваших проблем за наступною шкалою:

100 відповідей

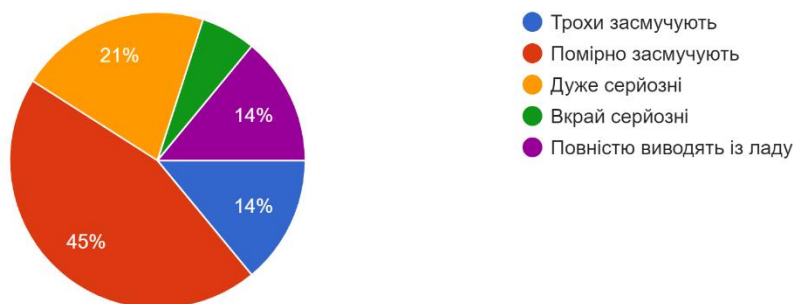


Рис.3.13. Рівень серйозності проблем досліджуваних.

Трохи менше половини з опитуваних задоволені своєю поточною роботою (див. рис. 3.14)

Чи задоволені ви вашою роботою?

100 відповідей



Рис. 1.14. Задоволеність роботою досліджуваних.

Щодо рівня задоволеності життям, то його можна охарактеризувати як «помірний» (див. рис. 3.15, де 1 – зовсім не задоволена, а 7 – повністю задоволена).

Наскільки ви задоволені вашим життям в цілому?

100 відповідей

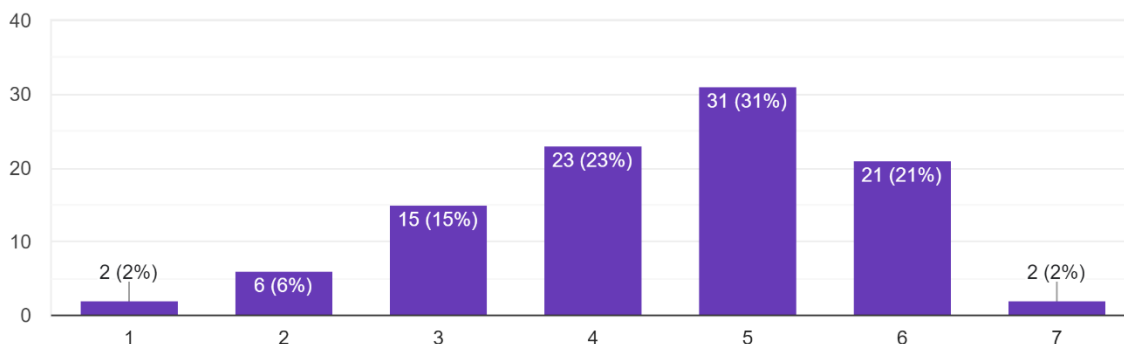


Рис. 3.15. Рівень задоволеності життям досліджуваних.

Отже, підсумовуючи опис результатів емпіричного дослідження, отриманих на основі Мультимодального опитувальника життєвої історії А. Лазаруса, можна зробити наступні висновки.

Більшість з досліджуваних часто або навіть щоденно відчують втому та описують її як характерне для них постійне фізичне відчуття. Поруч з втомою домінують такі відчуття як: тривога, роздратованість, стурбованість, висока напруженість та постійне відчуття провини. Разом з тим, значна частина з досліджуваних (понад 70%) характеризує себе як вразливу особистість.

Окрім цього, майже половина з опитуваних не задоволені своїм сексуальним життям, а більша частина мала тривожні відчуття щодо сексуальних стосунків.

Щодо дитинства групи досліджуваних, то не зважаючи на те, що більшість характеризує його як «щасливе», в ньому були присутні емоційні та фінансові проблеми.

3.1.2 Опис результатів дослідження типу особистості жінок з мігренями за Дж. Олдхемом, Л. Моррісом

Методика визначення типу особистості та ймовірності особистісних розладів Дж. Олдхема та Л. Морріса застосовувалась в емпіричному дослідженні з метою виділити домінуючі типи особистості в групі досліджуваних та їх ймовірні розлади. Інтерпретація того чи іншого типу дозволяє здійснити опис відчуттів та характерної поведінки людини з тим чи іншим домінуючим типом та відповідним ймовірним розладом особистості. В кінцевому підсумку, застосування даної методики дозволяє побудувати своєрідний портрет жінки, що страждає на мігрень та визначити норму й акцентуацію її типу особистості.

На основі результатів дослідження що здійснювалось за допомогою Методики визначення типу особистості та ймовірності особистісних розладів Дж. Олдхема та Л. Морріса видно, що більшість опитуваних має наступні домінуючі типи особистості: «серйозний», «діяльний», «чутливий», «самопожертва» та «ідіосинкратичний» (див. рис. 3.16).

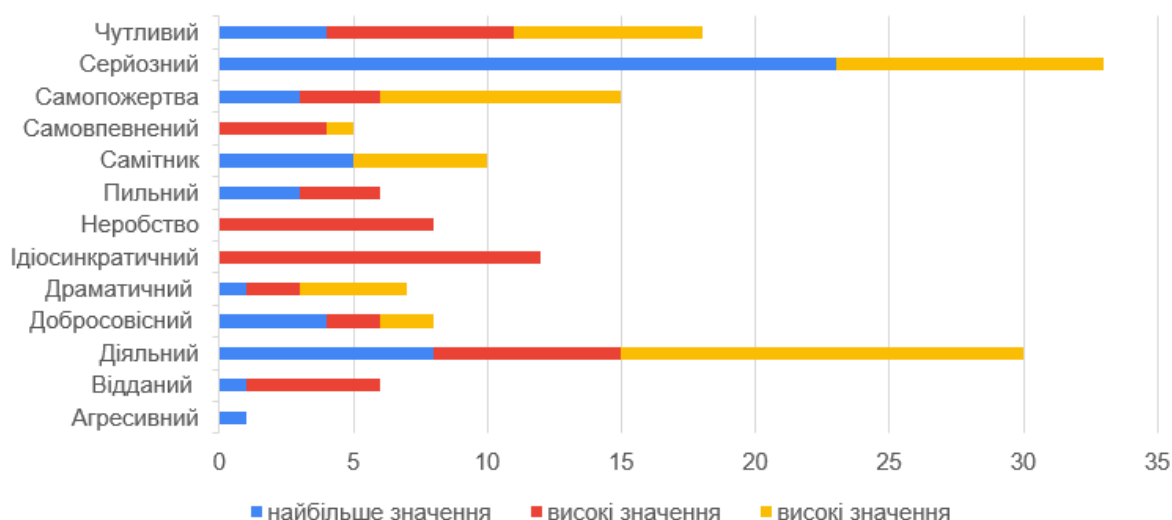


Рис. 3.16. Домінуючі типи особистості опитуваних за методикою Дж. Олдхема та Л. Морріса.

Інтерпретуючи результати даного опитувальника, варто мати на увазі, що жодна людина не має чистого типу особистості згідно методики. Відповідно, персональний тип кожної з опитуваних це унікальна суміш усіх 14-ти типів. Але, разом з тим, є окремі типи які домінують в тій чи іншій особистості та які мають властивий йому розлад, що у свою чергу може бути причиною психосоматичних розладів в тому числі і таких, як мігрень.

Згідно наведеної вище діаграми (див. рис. 3.16), яка відображає результати застосованої методики Дж. Олдхема та Л. Морріса, у більшості з опитуваних домінує «серйозний» тип особистості.

Люди із «серйозним» типом особистості характеризуються: відсутністю ілюзій, тверезим поглядом на речі за будь-яких обставин, прямою, високою здатністю пристосовуватись до будь-яких змін. «Серйозні» люди постійно покладають на себе відповідальність за власні дії та дуже страждають, коли усвідомлюють, що були неправі чи несправедливі стосовно інших.

Для «серйозного» типу особистості властивий *депресивний розлад*. Діагностичні критерії депресивного розладу особистості згідно опису в DSM-IV:

1. Настрій зазвичай пригнічений, похмурий, тужливий, викликаний роздумами про власне нещастя.
2. Концепція зазвичай побудована на занижених самооцінках та низькій самоповазі.
3. Дуже критичний, обвинувачувальний до себе.
4. Гіперболізує приводи для хвилювання.
5. Негативно та критично ставиться до інших.
6. Є песимістом.
7. Мучиться від каяття та почуття провини.

Для людей з депресивним розладом особистості цей світ завжди нудний та похмурий. Якщо вони чогось прагнуть, то обов'язково будуть зламані неможливістю виконати це непосильне завдання.

До числа домінуючих типів особистості групи досліджуваних за методикою Дж. Олдхема та Л. Морріса на другому місці розташовується тип «діяльний» (див. рис. 3.15).

Люди з «діяльним» типом особистості характеризуються: активністю, енергійністю, ініціативністю, непосидючістю щодо себе та інших людей, постійним пошуком нових вражень, мінливістю настрою. «Діяльні» люди прагнуть бути залученими до глибоких романтичних відносин з однією людиною, вони емоційні, імпульсивні, яскраво демонструють свої почуття, швидко на все реагують.

Для «діяльного» типу властивий такий розлад особистості як *активність на межі зриву*. Даний розлад характеризується неврівноваженістю, гнівом, самоприниженням, занепокоєнням, невпевненістю, спустошеністю, сильним саморуйнуванням. Люди з таким розладом особистості не можуть використовувати свої здібності.

У DSM-IV такий розлад особистості як активність на межі зриву – описано таким чином: «зразок первазивної нестійкості міжабонентських відносин, характерний надмірною імпульсивністю, що розвивається в ранньому дорослому віці та представлений у різноманітності нижченаведених контекстів:

1. Докладання неймовірних зусиль, щоб уникнути гаданої відмови.
2. Нестійкі інтенсивні відносини з надідеалізацією і девальвацією, що чергуються.
3. Переживання щодо самовизначення. Помітна відсутність стійкої думки про себе.
4. Імпульсивність та схильність до саморуйнування (наприклад, секс, вживання наркотичних речовин, нерозсудливість).

5. Періодична суїцидальна поведінка, жести, погрози, саморуйнівна поведінка.

6. Афективна нестійкість, залежна від амплітуди настрою наприклад, епізодичний дисфоричний настрій або занепокоєння, що триває від кількох годин до кількох днів).

7. Хронічне почуття спустошеності.

8. Інтенсивний гнів або труднощі в керуванні гнівом.

9. Перехідні процеси, пов'язані з напругою. Параноїдальні, а також дисоціативні ознаки.

Люди з таким розладом особистості як активність на межі зриву часто «не можуть знайти себе», відчують, що заплуталися у собі, їм здається, що мають стати кимось ще, та часто задаються такими питаннями як: "Хто я? Що я є? Про що думаю? Що мені з собою робити?". Усі люди для них діляться на поганих та добрих. Вони потребують кохання, любові, захисту та визнання з боку їх ідеальної людини. Також, для таких людей властиве постійне почуття провини.

До числа домінуючих типів особистості групи досліджуваних за методикою Дж. Олдхема та Л. Морріса на третьому місці розташовується тип «чутливий» (див. рис. 3.16).

Люди із «чутливим» типом особистості характеризуються: потребою в дружніх стосунках, комфорті, задоволеності. Саме тому, в ділових відносинах вони поведуться з навмисною обережністю. Для людей з тим типом дуже важливою є емоційна зручність, безпечне довкілля з кількома близькими людьми, членами сім'ї чи друзями. Вони почуваються зручно, навіть натхненно, у звичному перебігу життя. Для них важлива звичка, повторення, усталена практика. При цьому, «чутливі» особи дуже переймаються тим, що про них думають інші.

Для «чутливого» типу властивий такий розлад особистості як *уникливий*. Ті люди, які страждають на цей розлад особистості, зазвичай

дуже замкнуті. Вони не проти спілкування з іншими людьми, але не можуть впоратися з почуттям, що їхня поведінка викликає негативну оцінку.

У DSM-IV цей розлад особистості описаний таким чином: «зразок соціального самообмеження, почуття неповноцінності, підвищена увага до негативної оцінки, що розвивається в ранньому дорослому віці та представлена у різноманітності контекстів:

1. Уникає професійних дій, які передбачають різний контакт, через побоювання критики, несхвалення та заперечення.

2. Не бажає бути залученим до відносин з людьми, не будучи впевненим у тому, що його люблять.

3. Обмеження демонстративних дій у межах інтимних відносин через побоювання викликати ганьбу чи осміяння.

4. Через побоювання піддатися критиці уникає соціальних ситуацій.

5. Обмежує себе у придбанні нових зв'язків через почуття власної неадекватності.

6. Розглядає себе як соціально недоречну людину чи гіршу, ніж інші.

7. Відмовляється від ризику, а також від будь-яких нових заходів.

Отже, на основі вищезазначеного опису результатів дослідження, можна зробити висновки, що для більшості з опитуваних характерні такі домінуючі типи особистості за методикою Дж. Олдхема та Л. Морріса як «серйозний», «діяльний» та «чутливий». Кожен тип, а відповідно і людина, в якій він домінує, може мати схильність до характерного розладу особистості: депресивного, активності на межі зриву або уникливого.

3.2. Аналіз отриманих результатів дослідження

3.2.1 Якісний аналіз результатів дослідження зв'язку симптомів мігрені з психологічними особливостями особистості

Огляд наукових досліджень з теми психосоматики мігрені та головного болю дозволив зробити відповідні висновки на теоретичному рівні щодо психологічних причин виникнення симптомів мігрені та на їх основі сформулювати гіпотезу для підтвердження або спростування за допомогою емпіричного дослідження. Таким чином, згідно гіпотези психологічними чинниками симптомів мігрені є:

1. прагнення до успіху та труднощі з отриманням бажаного, невідповідність реальності очікуванням;
2. проблема самореалізації та самоідентифікації;
3. порівняння себе з іншими;
4. відчуття примусу та опір перебігу життя;
5. вимогливість з боку інших та прагнення відповідати очікуванням інших людей, сильна потреба соціального схвалення;
6. альтруїзм, надмірна турбота про інших;
7. відчуття провини;
8. проблеми в сексуальній сфері;
9. хронічна втома.

Також згідно теоретичного дослідження було здійснено попередню характеристику типу людини, що часто або періодично страждає на мігрень. Відповідно такий тип характеризується як високоінтелектуальний, чутливий, добросовісний та акуратний. Дані результатів дослідження життєвої історії опитуваних показують відповідність із результатами теоретичного аналізу в багатьох розрізах. Зокрема, щодо типології людей з мігреньями знаходимо підтвердження серед опитуваних щодо високого

рівня інтелектуальності. Відтак, більшість з досліджуваних мають вищу освіту, а значна частина з них – навіть дві.

Перше твердження гіпотези сформульованої на основі теоретичного етапу дослідження полягає в тому, що однією з причин появи симптомів мігрені є прагнення людини досягти успіху та пов'язане з ним розчарування, через неможливість отримати бажане. Дане припущення знаходить підтвердження в загальних результатах емпіричного дослідження, згідно яких (див. рис. 3.16) для більшості опитуваних властивий «серйозний» тип особистості, а відповідно і депресивний розлад. Однією з ознак депресивного розладу особистості є неможливість досягти бажане. Домінуючим типом серед досліджуваних є також тип «діяльний» (див. рис. 3.16), для якого характерний такий розлад особистості як «активність на межі зриву». Однією з ознак цього розладу є неможливість використовувати людиною свої здібності. Така ж ознака присутня і в розладі типу самопожертва. Чи не це може бути тією перешкодою на шляху до успіху та досягнення бажаного? Те, що в опитуваних є труднощі з отриманням бажаного також підтверджується й іншими результатами емпіричного дослідження. У відкритих відповідях на відповідні питання Мультиmodalного опитувальника життєвої історії А. Лазаруса досить поширеними є такі твердження опитуваних: «не можу жити щасливе життя»; «не можу зібратись та почати жити, не можу нормально розвиватись та збільшувати свій заробіток, через це постійно почуваюсь нікчемою»; «не можу заробляти»; «я нарешті знаю, що хочу від себе та свого життя, але не знаю, де взяти на це сили».

Інше питання, що викликає в досліджуваних ті труднощі, через які складно (неможливо) досягти бажане. Цими труднощами можуть бути ті фактори, які група опитуваних визначає як свої основні поточні проблеми: «відсутність віри в себе»; «невпевненість в собі та своїх здібностях» (тут бачимо кореляцію в контексті здібностей з характерним для «діяльного»

типу розладу особистості «активність на межі зриву»); «низька самооцінка»; «неприйняття себе»; «порівняння себе з оточуючими» (що окрім цього також підтверджує третій пункт гіпотези щодо одного з психологічних чинників симптомів мігрені); «боязнь проявляти себе»; «чутливість до невдач»; «страх робити помилки»; «брак коштів»; «відчуття провини» (що окрім цього також підтверджує сьомий пункт гіпотези щодо відчуття провини як одного з психологічних чинників симптомів мігрені). Тобто, невпевненість, низька самооцінка, порівняння себе з оточуючими та інші вищеперераховані фактори – ймовірно є труднощами, через які людям з мігренню складно досягти бажаного. Втім, допускаємо й те, що причини, через які людям з мігренями складно досягти бажаного, можуть бути цілком унікальними й залежати від конкретної особистості.

До першого пункту гіпотези, щодо прагнення до успіху, як до психологічного чинника симптомів мігрені, дотичний і такий фактор як надмірна вимогливість до себе. І цей фактор також наявний в групі опитуваних, що і простежується у відкритих відповідях опитувальника: «забагато вимагаю від себе»; «не досягла того, що хотіла»; «не заробляю достатньо»; «бажання заробляти більше і швидше»; «потрібно стати успішною» тощо. Про надмірну вимогливість до себе в групі опитуваних також говорять і відповіді на питання «які думки часто переслідують»: «ти робиш не достатньо»; «думаю, що втрачаю можливості, недостатньо роблю». А турбує те, «що я завжди намагаюсь все робити правильно».

Проблема самореалізації та самоідентифікації також підтвердилась в групі опитуваних жінок із симптомами мігрені. Відповідно, у відкритих відповідях Мультимодального опитувальника життєвої історії А. Лазаруса досить поширеними є такі твердження: «не можу знайти себе в житті, не знаю чим хочу займатися»; «нерозуміння чого хочу насправді». З цим і пов'язана значна частина переживань опитуваних: «переживання стосовно місця в житті, реалізації»; «професія яку я обрала мені не подобається»; «не

покидають думки, що я хочу якусь власну справу, але не знаю яку»; «не маю роботи, яка мені приносила задоволення»; Серед переліку основних страхів поширені ті, які пов'язані із самореалізацією: «страх не реалізуватись як слід»; «страх ніколи не знайти себе»; «страх нічого не досягти в житті». Так само і в питанні щодо основних бажань – у відповідях домінують ті, що пов'язані із побажанням щодо кращої роботи та самореалізації. На питання «які думки часто переслідують» – є чимало відповідей пов'язаних із успішністю та реалізованістю: «думка, що я не встигаю і тому нічого не досягну»; «страх не реалізуватися у житті». На питання: «що турбує або псує настрій» поширені відповіді: «те, що я не можу реалізувати себе в професійній сфері», «що я нічого не досягла».

Підтвердження п'ятого пункту гіпотези щодо прагнення відповідати очікуванням інших людей також знаходимо в результатах емпіричного дослідження. Відтак, серед основних страхів в опитуваних поширені ті, що пов'язані з не виправданням очікувань інших людей: «докори про те, що я живу не так, як хочеться іншим, розчарувати оточуючих людей, не виправдати очікувань, осуд». Про прагнення відповідати очікуванням інших в групі опитуваних також говорить і питання про те, які думки часто переслідують: «страх не впоратись зі своїми обов'язками»; «я можу розчарувати», «я ніколи не буду достатньо хороша в усіх планах». Переживання щодо виправдання очікувань інших є причиною тривоги в опитуваних та поганого настрою: «зацикленість на думці оточуючих», «покладені на мене надії».

Проблеми в сексуальній сфері як фактор виникнення симптомів мігрені частково можна підтвердити, адже в попередніх розділах йшлося про те, що майже половина досліджуваних не задоволені своїм сексуальним життям (див. рис. 3.5) та більш ніж половина з опитаних відчувала тривогу або вину за сексуальні стосунки або мастурбацію (див. рис. 3.6). У відкритих відповідях містяться такі твердження як: «коли я не дуже хочу

сексу, я все одно погоджуюсь». Відтак, сексуальний фактор як психологічний чинник симптомів мігрені потребує подальшого дослідження та конкретизації.

Результати методики Мультиmodalного опитувальника життєвої історії А. Лазаруса показали, що понад 70% з опитуваних характеризує себе як вразливу людину. Ці дані можна корелювати з типом «чутливий» Методики визначення типу особистості та ймовірності особистісних розладів Дж. Олдхема та Л. Морріса, який також домінує в значній частини опитуваних (див. рис. 3.15). Окрім цього, підтвердження надмірної чутливості знаходимо і у відповідях щодо поточних проблем досліджуваних, серед яких зазначаються такі як: «дуже чутлива до невчач»; «сприймаю все близько до серця».

Хронічна втома як психологічний чинник виникнення симптомів мігрені також знаходить підтвердження в результатах емпіричного дослідження – понад 70% досліджуваних відчувають втому часто або навіть щоденно (див. рис. 3.1); та поруч із постійними головними болями (мігренями) у 77% присутня втома (див. рис. 3.2).

Відчуття провини як провокуючий фактор мігрені також можна підтвердити даними результатів емпіричного дослідження, адже для більше половини з опитаних воно властиве. Про те, даний фактор потребує глибшого дослідження так конкретизації – відчуття провини через що?

Окрім цього, варто зазначити про фінансовий фактор як об'єкт переживань опитуваних. Про нього не йшлося в гіпотезі, але він є причиною хвилювань значної частини опитуваних. Відтак фінансовий фактор присутній майже в більшості відповідях опитуваних пов'язаних із їх думками, страхами та настроєм. Найбільш неприємні образи та уявлення в опитуваних пов'язані із «бідністю», «нужденністю», «злиднями». Тому до списку психологічних чинників симптомів мігрені слід віднести і фінансовий фактор як об'єкт тривоги.

Отже, на основі проведених теоретичного та емпіричного дослідження можна побачити кореляцію даних, які наштовхують на наступні висновки. Якісний аналіз результатів дослідження підтвердив гіпотезу щодо психологічних чинників симптомів мігрені. Зокрема в опитуваних наявні наступні психологічні особливості, які можуть бути провокуючими факторами виникнення симптомів мігрені:

1. завищені очікування щодо власних досягнень та труднощі з отриманням бажаного;
2. проблема самореалізації та самоідентифікації;
3. порівняння себе з іншими;
4. прагнення відповідати очікуванням інших людей;
5. хронічна втома;
6. відчуття провини;
7. переживання щодо фінансового становища.

Інші психологічні чинники висунуті гіпотезою, що не були підтверджені результатами емпіричного дослідження не відкидаються як спростовані. Власне, подальше дослідження може вбачатись у підтвердженні або спростуванні їх та застосуванні інших більш адаптованих методик.

3.2.2 Математично-статистичний аналіз результатів дослідження

В процесі математично-статистичного аналізу результатів дослідження було використано комп'ютерні програми Jamovi v. 2.3.28 та MS Office Excel 2021.

Для порівняння двох груп опитуваних з підтвердженим та не підтвердженим діагнозом «мігрень» та виявлення ймовірної різниці в даних

було використано U-критерій Mann–Whitney, оскільки наявний ненормальний розподіл даних.

У таблиці 3 подано результати порівняння двох груп досліджуваних з наявністю або відсутністю підтвердженого діагнозу «мігрень» та властивим для них типу особистості за методикою Дж. Олдхема та Л. Морріса.

Таблиця 3.

Порівняння груп досліджуваних з наявністю або відсутністю підтвердженого діагнозу «мігрень» та властивим для них типу особистості за методикою Дж. Олдхема та Л. Морріса.

Тип особистості	P-значення
Пильний	0.117
Самітник	0.374
Ідіосинкратичний	0.075
Авантюрний	0.524
Діяльний	0.017*
Драматичний	0.235
Самовпевнений	0.986
Чутливий	0.136
Відданий	0.029*
Добросовісний	0.675
Неробство	0.091
Агресивний	0.114
Самопожертва	< .001**
Серйозний	0.034*

*Примітка: ** — відмінності між жінками з діагностованою мігренню та не діагностованою значимі при $p < 0.01$; * — відмінності між жінками з діагностованою мігренню та не діагностованою значимі при $p < 0.05$.*

За даними таблиці 3 можна побачити найбільш значиму відмінність в типі «самопожертва», а також менш значиму, але все ж відмінність в таких типах як «серйозний», «відданий» та «діяльний». В цілому ж, можна констатувати що суттєвої відмінності між з групами з підтвердженим та не підтвердженим діагнозом мігрени в розрізі типів особистості немає.

З метою виявити кореляційний зв'язок між психологічними особливостями досліджуваних було проведено кореляційний аналіз за К. Пірсоном.

Коефіцієнти кореляції, наведені в таблиці 3.1 показують, що найсильніші значущі зв'язки між тим, що опитувані вважають себе жертвою обставин й тим, що їх життям керують зовнішні сили; між прагненням бути досконалою та подобатись людям; між тим, що опитані не повинні засмучуватись й тим, що важливо подобатись людям; ($R = .638, .535, .481; p < 0,001$).

Таблиця 3.1

Кореляційні дані математично-статистичного аналізу
результатів емпіричного дослідження

ШК	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32
23. ЖО	—									
24. МКІ	0.638* **	—								
25. ВПЛ	0.258	0.152	—							
26. НР	0.161	0.101	0.131	—						
27. НЗЩ	-0.054	-0.055	0.197	0.184	—					
28. НПП	0.175	0.194	0.196	0.038	0.044	—				
29. ЗЩЩ	0.331*	0.145	0.296*	0.150	0.072	0.111	—			
30. ПБД	0.027	0.001	0.535* **	0.203	0.222	0.093	0.324*	—		
31. ДСД	0.139	0.129	0.028	0.106	0.465* **	0.042	0.227	0.273*	—	
32. ПНЗ	0.005	0.075	0.481* **	0.045	0.257	0.126	0.214	0.369* *	0.255	—
33. СВК	-0.186	-0.057	0.093	0.125	0.212	0.159	0.120	0.161	0.134	0.116

Примітка: * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$; *** – $p < 0,001$.

Коефіцієнти кореляції, наведені в таблиці 3.2 показують, що найсильніші значущі зв'язки між тим, що опитувані вважають що повинні все робити добре та не помилятись; між прагненням все робити добре та бути досконалою; між прагненням подобатись людям та все робити добре;

між прагненням подобатись людям та не помилятись; між прагненням бути досконалою та ніколи не помилятись; між тим прагненням вдавати знання та ніколи не помилятись, між прагнення ніколи не засмучуватись і не помилятись ($R = .818, .693, .596, .571, .556, .496, .455$; $p < 0,001$).

Таблиця 3.2

Кореляційні дані математично-статистичного аналізу
результатів емпіричного дослідження

ШК	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
17. ЗЖ	-0.080	-0.190	- 0.403* *	0.140	0.069	—					
18. РН	-0.163	0.408* *	0.354* *	0.042	-0.003	-0.164	—				
20. РД	0.287*	0.232	0.202	-0.099	0.241	-0.084	0.205	0.818* **	—		
21. ВЗ	-0.005	0.107	0.042	0.027	0.039	-0.074	-0.036	0.496* **	0.392* *	—	
22. НРІ	0.166	-0.181	-0.145	0.099	0.201	0.010	-0.174	0.230	0.314* *	0.121	—
23. ЖО	-0.036	0.058	0.021	0.395* *	0.045	-0.190	0.158	0.098	0.066	0.188	0.052
25. ВПЛ	0.086	0.317* *	0.217	0.068	0.149	-0.127	0.334* *	0.571* **	0.596* **	0.414* *	0.223
27. НЗЦ	0.250	0.279* *	0.317* *	0.023	0.372* *	- 0.480* **	0.026	0.325* *	0.379* *	0.032	0.103
29. ЗЩ	0.018	0.130	0.083	0.218	-0.012	0.013	0.260	0.242	0.379* *	0.013	- 0.086
30. ПБД	0.295* *	0.389* *	0.298* *	-0.131	-0.028	-0.002	0.144	0.556* **	0.693* **	0.247	0.192
31. ДСД	0.190	0.123	0.194	0.008	0.024	- 0.309* *	0.030	0.245	0.263	-0.198	0.018
32. ПНЗ	0.026	-0.053	0.073	0.107	0.115	-0.057	0.073	0.455* **	0.508* **	0.290* *	0.338 *
33. СВК	-0.055	0.039	0.254	-0.230	-0.116	- 0.313* *	0.053	0.071	0.130	0.089	0.197

Примітка: * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$; *** – $p < 0,001$.

При цьому цікавим є негативний значущий зв'язок між такими факторами як задоволеність життям та упередженням в опитуваних, що вони не заслуговують на щастя ($R = -.480$; $p < 0,001$) (табл. 3.2).

Коефіцієнти кореляції типів особистості за методикою Дж. Олдхема та Л. Морріса, що наведені в таблиці 3.3 показують, що найсильніші

значущі зв'язки є між ідіосинкратичним типом особистості та пильним; між ідіосинкратичним та самотником; між діяльним та ідіосинкратичним; між самопожертвою та ідіосинкратичним; між неробством та авантюризм; між діяльним та авантюризм; між відданим та діяльним; між неробством та діяльним; між серйозним та чутливим; між самопожертвою та неробством; між серйозним та неробством, між серйозним та самопожертвою ($R = .481, .517, .444, .566, .445, .694, .437, .499, .436, .490, .450, .549$; $p < 0,001$).

Таблиця 3.3

Кореляційні дані математично-статистичного аналізу
результатів емпіричного дослідження

ШК	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1. ПЛН	—												
2. СМН	0.372 **	—											
3. ІСК	0.481 ***	0.517 ***	—										
4. АВН	0.125	0.343 *	0.415 **	—									
5. ДЛН	0.095	0.294 *	0.444 ***	0.694 ***	—								
6. ДРМ	- 0.165	0.018	0.175	0.429 **	0.364 **	—							
7. СМП	0.148	0.195	0.259	0.241	0.108	0.271 *	—						
8. ЧТЛ	0.179	0.268 *	0.428 **	0.261	0.398 **	0.151	0.221	—					
9. ВДН	- 0.002	0.047	0.106	0.113	0.437 ***	0.125	- 0.214	0.373 **	—				
10. ДБР	0.181	0.211	0.112	0.043	0.040	0.055	0.076	- 0.041	- 0.047	—			
11. НРБ	0.166	0.220	0.377 **	0.445 ***	0.499 ***	0.284 *	0.267	0.325 *	0.201	0.122	—		
12. АГР	0.389 **	0.249	0.255	0.124	0.022	- 0.209	0.197	0.105	- 0.093	0.234	0.210	—	
13. СПЖ	0.249	0.317 *	0.566 ***	0.310 *	0.422 **	0.164	0.043	0.318 *	0.249	0.314 *	0.490 ***	0.196	—
14. СРЗ	0.267	0.340 *	0.350 **	0.213	0.400 **	- 0.005	0.062	0.436 ***	0.298 *	0.169	0.450 ***	0.084	0.549 ***

Примітка: * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$; *** – $p < 0,001$.

Таким чином, можна підсумувати, що гіпотезу щодо різниці психологічних особливостей між групами досліджуваних з підтвердженим та непідтвердженим діагнозом «мігрень» можна спростувати. Наявна лише

одна значима відмінність в типі «самопожертва», та менш значимі відмінності в типах «серйозний», «відданий» та «діяльний».

Якщо говорити про кореляції між самими типами особистості за методикою Дж. Олдхема та Л. Морріса, то найбільш значущий позитивний зв'язок наявний між діяльним та авантюрним типами. Тобто, можна інтерпретувати, що поруч з активністю, непосидючістю та емоційністю «діяльних» людей, в даному випадку, може стояти ризиковість та бунтівливість «авантюрних»; їх небажання відповідати соціальним нормам, нездатність витримувати певний режим роботи, послідовну поведінку та зневагу до фінансових обставин.

Також цікавою є кореляцію типів серйозного та чутливого та між серйозним та самопожертвою, адже це ті типи, які й найбільше домінують серед досліджуваних. Відповідно, з кореляції типів серйозного та чутливого можна зробити висновок, що серед психологічних особливостей опитуваних є такі, як поєднання тверезості поглядів, відповідальності, заниженої самооцінки, самокритичності, відчуття провини, складністю досягти бажаного та хвилюванням щодо думки інших, побоюванням критики чи несхвалення, та заперечення.

Згідно кореляції типів серйозного та самопожертви, можна зробити висновок, що для досліджуваної групи властиві поєднуються психологічні особливості «серйозного» типу особистості: пристосованість, відповідальність, занижена самооцінка та самокритичність, відчуття провини, складність досягти бажаного; та типу «самопожертва»: витривалість, незмога виконати цілі, незважаючи на здатність досягти їх.

Також, робимо висновок, на основі вищезазначених коефіцієнтів кореляції, що опитуваним властиве поєднання таких психологічних особливостей як: прагнення бути досконалою та подібатись людям; прагнення все робити добре та не помилятись; прагнення все робити добре та бути досконалою; прагнення подібатись людям та все робити добре;

прагнення подобатись людям та не помилятись; прагнення бути досконалою та ніколи не помилятись.

3.3. Методи та методики психотерапії при психосоматиці мігрені

Результати проведених теоретичного й емпіричного досліджень та їх аналіз дали змогу прийти до висновків, що причинами появи в людини симптомів мігрені є саме психологічні фактори, з яких були підтверджені такі як: завищені очікування щодо власних досягнень та труднощі з отриманням бажаного; проблема самореалізації та самоідентифікації; порівняння себе з іншими; прагнення відповідати очікуванням інших людей; хронічна втома; відчуття провини; переживання щодо фінансового становища. Відтак, задля зменшення та запобігання прояву симптомів мігрені в людини, варто психотерапевтично працювати з тими психологічними факторами, які їх викликають. Психотерапія може проводитись паралельно з медикаментозним лікуванням, якщо в цьому є необхідність.

В більшості, основним методом лікування при психосоматиці мігрені є психотерапія. Про те, в даному випадку, вона повинна мати окрему специфіку та ґрунтуватися на наступних принципах:

- загальне заспокоєння та розслаблення хворого (боротьба з невротизацією пацієнта);
- корекція його афективних розладів;
- побудова оптимальної з точки зору терапії внутрішньої картини симптому;
- навіювання хворому віри в сприятливий результат терапії;
- дотримання режиму;
- посилення захисних сил організму [5; 28, с.70].

В ході терапевтичної бесіди, працюючи з психосоматичним розладом, психологу чи психотерапевту варто обов'язково запитати про те, чи хоче сама людина позбавитися від симптому і чи бачить вона себе здоровою. Якщо відповідь позитивна, варто уточнити про терміни – коли саме вона бачить себе здоровою; що станеться, коли вона позбудеться симптомів; чого не варто очікувати, якщо симптом залишиться [5].

Важливим завданням консультанта в процесі терапевтичної бесіди з людиною яка страждає на мігрень, є допомогти їй виявити хоча б частково приховану озлобленість. Для цього можна запитати в клієнта про те, які в нього наразі є конкретні проблеми через питання: «Схоже, що у вашому житті щось викликає заклопотаність?» або «Що відбувається у вашому житті, що в ньому змінилось, що стало іншим, ніж було раніше?». Питання повинні спрямовуватись на повсякденне життя клієнта, на зміни в його робочій сфері, сім'ї, стосунках з близькими і друзями [11].

Психотерапевтична бесіда з психосоматичним клієнтом про озлобленість, зазвичай, є досить важкою і не завжди успішною, але вона допоможе усвідомити клієнтові свою життєву ситуацію та її зв'язок із соматичними симптомами мігрени [11].

Часто буває, що людині складно описувати свої відчуття в процесі терапевтичної бесіди, або взагалі вона є яскраво вираженим алекситиміком. В тому випадку, варто застосувати ті процедури консультування, які спрямовані на підтримку. Це дозволить підготувати клієнта до вербалізації своїх переживань. Для цього також можна використати приклади емоційних слів і фантазій та аналіз різних емоційних ситуацій. Не зважаючи на те, що така підготовка не завжди є ефективною, проте вона певним чином допомагає клієнту усвідомити його емоційні проблеми та вербалізувати їх [11].

Одним із психологічних факторів виникнення симптомів мігрени, який знайшов кореляцію в теоретичному та емпіричному дослідженні є

прагнення людини досягти успіху та пов'язане з ним розчарування, через неможливість отримати бажане. Враховуючи це, при роботі з людиною, що страждає на мігрень є доцільним попрацювати над тим, щоб визначити: чи є прагнення до успіху істинним бажанням клієнта, чи можливо ці бажання нав'язані суспільством, відповідати очікуванням якого дуже схильні люди з мігреньями. Якщо ж в ході психотерапевтичної бесіди виявиться, що це є істинними бажаннями людини, то наступним кроком буде з'ясувати що саме заважає людині досягти бажаного і далі працювати в терапії з визначеними перешкодами.

Якщо говорити про конкретні методи психотерапії, які рекомендують використовуватись при такому психосоматичному розладі як мігрень, то в даному випадку, можна використовувати різні види невербальної психотерапії (тілесно-орієнтована терапія, гештальт-терапія, трансова терапія та ін.) [28].

Окрім них, при роботі з психосоматикою мігрени, варто виділити кататимно-імагінативну психотерапію. Це метод глибинно-психологічно орієнтованої психотерапії, який виявився клінічно високоефективним у разі короткострокового лікування неврозів і психосоматичних захворювань. Із відомих нині близько п'ятнадцяти напрямів психотерапії, що використовують образи в лікувальному процесі, символдрама є найбільш глибоко і системно проробленим і технічно організованим методом, що має фундаментальну теоретичну базу [1].

Деякі дослідження вказують на ефективність емоційно-фокусованої психотерапії при роботі з пацієнтами з мігренню. Їх результати вказують на те що, сеанси емоційно-фокусованої психотерапії значно впливають на зменшення тяжкості болю у пацієнтів з мігренню. Вплив на емоційну систему людини, а саме на її думки, фізичні почуття, емоції та імпульси до дій може змінити те, як вона дивляться на життя, та покращити її стосунки з собою, іншими та світом через співчуття та реалістичне прийняття. Тому,

емоційно-фокусована психотерапія прямо чи опосередковано корисна для полегшення болю спричиненого нападом мігрені, і використання цього методу як основного курсу лікування або додаткового терапевтичного методу може допомогти полегшити симптоми мігрені [54].

Ефективність терапії прийняття та рішучості підтверджують дослідження, що були присвячені психотерапії при симптомах мігрені. Для людей з мігренню властивий перфекціонізм та надмірна вимогливість до себе – метод терапії прийняття та рішучості допомагає знизити перфекціонізм та підвищити стійкість. Цей терапевтичний підхід допомагає пацієнтам збільшити їхній контакт із теперішнім часом і прийняти пов'язані з болем думки, почуття та фізичні відчуття замість того, щоб намагатися їх контролювати чи уникати. Іншими словами, пацієнти вчаться відмовлятися від будь-яких непотрібних зусиль, щоб змінити форму або частоту небажаних внутрішніх переживань, таких як думки, спогади, емоції та фізичні відчуття, тим самим знижують високий рівень своєї тривоги [56].

Окрім роботи з психотерапевтом, пацієнтам із симптомами мігрені для покращення самопочуття рекомендується модифікувати спосіб життя: послабити щоденний графік приблизно на 25%, що дозволить зменшити тиск та напругу; дотримуватись режиму сну – спати не менше 8 годин на добу, але й не допускати надлишку сну; виконувати помірні фізичні вправи; для заспокоєння приймати теплу ванну упродовж 30-ти хвилин вдень та вночі перед сном [47].

Серед додаткових рекомендацій для зменшення та запобігання прояву симптомів мігрені можна виділити такі, як вправи систем йоги та цигуну, що базуються на саморегуляції загального стану і роботи організму. Фахівці медичної галузі такі методи використовують з превентивно-лікувальною метою, для нормалізації розладів та подолання захворювань психосоматичного характеру. [15].

Втім, модифікація способу життя безперечно не вилікує пацієнта; вона «не більше ніж милиці, які допомагають пацієнту вийти на більш ефективний і менш затратний спосіб життя». Адже, люди з мігреньми які здаються такими завзятими та самовпевненими у своїй роботі, насправді досить невпевнені в собі й потребують заспокоєння. Їх глибинні сумніви та тривоги посилюють напругу. Саме тому, психотерапевту в роботі з такими людьми варто використовувати різні ефективні методи психотерапії направлені на заспокоєння пацієнта та позбавлення провокуючих факторів [47].

Таким чином можна підсумувати, що психотерапія при такому психосоматичному розладі як мігрень повинна мати окрему специфіку та ґрунтуватися на певних принципах, спрямованих на покращення стану пацієнта. Для зменшення та запобігання прояву симптомів мігрені, варто працювати в психотерапії з тими психологічними факторами, які їх викликають. Для цього можна використовувати різні види невербальної психотерапії (тілесно-орієнтована терапія, гештальт-терапія, трансова терапія та ін.). Для ефективною терапії рекомендується також такий метод глибинно-психологічно орієнтованої психотерапії як кататимно-імагінативна психотерапія, яка є клінічно високоефективною в короткостроковому лікуванні психосоматичних захворювань. Також рекомендується застосовувати емоційно-фокусовану терапію та терапію прийняття для лікування окремих аспектів психосоматичного стану пацієнта з мігренью.

Висновки до третього розділу

У третьому розділі роботи «Емпіричне дослідження психологічних чинників симптомів мігрені у жінок зрілого віку» здійснено опис

результатів застосованих методик – Мультиmodalного опитувальника життєвої історії А. Лазаруса та Методики визначення типу особистості та ймовірності особистісних розладів Дж. Олдхема та Л. Морріса.

Застосування Мультиmodalного опитувальника життєвої історії А. Лазаруса дало змогу отримати комплексне уявлення про життя досліджуваних, оцінити їх поточні проблеми, відчуття, когніції, стосунки, біологічні чинники, а також значущі для них спогади та переживання.

Відтак, результати даної методики дозволити зробити висновки, що для більшості з досліджуваних характерна постійна втома, тривога, роздратованість, стурбованість, висока напруженість та постійне відчуття провини. Значна частина з досліджуваних характеризує себе як вразливу особистість. Майже половина не задоволені своїм сексуальним життям. В дитинстві досліджуваних були присутні емоційні та фінансові проблеми.

Застосування Методики визначення типу особистості та ймовірності особистісних розладів Дж. Олдхема та Л. Морріса дало змогу проаналізувати групу досліджуваних на визначення домінуючих типів особистості та їх ймовірні розлади.

Відтак, результати даної методики дозволити зробити висновки, що для більшості з опитуваних характерні такі домінуючі типи особистості як «серйозний», «діяльний» та «чутливий». Людина з відповідним типом, може мати схильність до характерного розладу особистості: депресивного, активності на межі зриву або уникливого. Для «серйозного» типу особистості характерні: відсутність ілюзій, тверезий погляд на речі, прямота, відповідальність. Люди з «діяльним» типом особистості характеризуються: активністю, енергійністю, ініціативністю, непосидючістю щодо себе та інших людей а також мінливістю настрою. «Діяльні» люди прагнуть бути залученими до глибоких романтичних відносин з однією людиною, вони емоційні, імпульсивні, яскраво демонструють свої почуття, швидко на все реагують. Люди із «чутливим»

типом особистості характеризуються: потребою в дружніх стосунках, комфорті, задоволеності, емоційній зручності, безпечним довкіллям. «Чутливі» особи дуже переймаються тим, що про них думають інші.

В розділі здійснено якісний аналіз результатів дослідження, метою якого було підтвердити або спростувати висновки теоретичної частини роботи. В підрозділі проаналізовано відкриті відповіді в опитувальнику групи досліджуваних, що дало змогу підтвердити гіпотезу щодо психологічних чинників симптомів мігрені. Серед них визначено такі як: завищені очікування щодо власних досягнень та труднощі з отриманням бажаного; проблема самореалізації та самоідентифікації; порівняння себе з іншими; прагнення відповідати очікуванням інших людей; хронічна втома; відчуття провини; переживання щодо фінансового становища.

В даному розділі також здійснено математично-статистичний аналіз результатів дослідження, що дозволило побачити кореляцію даних.

В підсумку, розділ завершується оглядом рекомендованих методів психотерапії та описом загальних рекомендації для фахівців у роботі з клієнтами, що страждають на мігрень.

ВИСНОВКИ

В рамках дослідження психологічних чинників симптомів мігрені було здійснено огляд теоретичних напрацювань дослідників з теми психосоматики головного болю та мігрені. На основі даних теоретичного огляду проблеми було сформулювало гіпотезу щодо ймовірних психологічних причин виникнення симптомів мігрені. Для підтвердження гіпотези було здійснене емпіричне дослідження, в якому взяло участь 100 жінок зрілого віку, що періодично страждають на мігрень. Для проведення емпіричного дослідження було застосовано такі психодіагностичні методики як Мультимодальний опитувальник життєвої історії А. Лазаруса та Методика визначення типу особистості та ймовірності особистісних розладів Дж. Олдхема та Л. Морріса. Для визначення ключових результатів дослідження було застосовано статистичні методи – математико-статистичний та якісний аналіз емпіричних даних та опис статистик.

Відповідно, результати даного дослідження дозволили підтвердити гіпотезу щодо психологічних чинників симптомів мігрені та зробити наступні висновки, виділивши 5 положень відповідно до поставлених дослідницьких завдань:

1. На основі теоретико-аналітичного дослідження підтверджено прояви симптомів головного болю та мігрені як реакцію на психологічні чинники, такі як: завищені очікування щодо власних досягнень та труднощі з отриманням бажаного; проблема самореалізації та самоідентифікації; порівняння себе з іншими; прагнення відповідати очікуванням інших людей; хронічна втома; відчуття провини; переживання щодо фінансового становища.

2. Для жінок, які страждають на мігрень характері такі психологічні особливості як: постійна втома, тривога, роздратованість, стурбованість, висока напруженість та постійне відчуття провини.

3. В жінок, які страждають на мігрень домінують такі типи особистості як: «серйозний», «діяльний» та «чутливий», які характеризуються посиленою відповідальністю, активністю, потребою в емоційній зручності, безпечним довкіллям, та чутливістю до думки інших.

4. Виявлено кореляції: між типами особистості «серйозний» та «самопожертва», характеристика яких відповідає результатам теоретичного дослідження: відповідальність, занижена самооцінка, самокритичність, відчуття провини, труднощі в досягненні бажаного та хвилювання щодо думки інших, побоюванням критики чи несхвалення; та кореляції між психологічними особливостями: прагнення бути досконалою та подобатись людям.

5. Розроблено рекомендації щодо методів психотерапії для фахівців у роботі з клієнтами, що страждають на мігрень з метою запобігання та подолання симптомів мігрені.

Подальше дослідження даної проблематики може вбачатись у: розробці більш адаптованих методик для аналізу психологічних чинників симптомів мігрені; аналізі впливу зовнішніх факторів на посилення чи зменшення симптомів мігрені; розробці практичних методичних рекомендацій придатних для застосування психологами, психотерапевтами та психіатрами в роботі з людьми, що страждають на такі психосоматичні розлади як мігрень та головний біль.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Андрушко Я. С. Психокорекція: навч.-метод. посібник / Я. С. Андрушко. – Львів: ЛьвДУВС, 2017. – 212 с.
2. Боженко М.І., Негрич Т.І., Боженко Н.Л., Негрич Н.О. Головний біль. Навчальний посібник. Видання 2, доповнене – К.: Професійні видання. Україна. - 2021. – 83 с.
3. Букатару, Ю., Рева, М., & Березяк, К. (2020). Формування та класифікація психосоматичних розладів. Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка. Психологія, 1(11), 22–26. [https://doi.org/10.17721/BSP.2020.1\(11\).4](https://doi.org/10.17721/BSP.2020.1(11).4)
4. Бурбо Л. Люби своє тіло. Лікуємо психосоматичні недуги та хвороби / Ліз Бурбо. – Харків : Книжковий клуб «Клуб Сімейного дозвілля», 2023. – 512 с.
5. Васьківська С. Технологія роботи з психосоматичними симптомами та конверсійним розладом в психотерапії та консультуванні / Психосоматична медицина та загальна практика. – Vol. 6 № 2, 2021. – doi : 10.26766/pmgrp.vbi2.292
6. Видолоб Н. О. До питання норми у психосоматиці. Науковий вісник Херсонського державного університету. Вип.6. Том 1. – 2017. – С. 9 – 13
7. Горяча Т. С. До питання про підходи до проблеми психосоматичної єдності особистості [Електронний ресурс] / Т. С. Горяча. – Режим доступу:https://scienceandeducation.pdpu.edu.ua/doc/2009/4_2009/3.pdf.pdf
8. Жукотанська В. П. Специфіка психосоматичних розладів, їх прояви та характеристика. Вісник студентського наукового товариства Донецького національного університету імені Василя Стуса. Серія «Психологічні науки». Вінниця, 2022. – С. 118 – 122.

9. Коломоєць М. Теорії та концепції психосоматичних захворювань / М. Ю. Коломоєць, Н. Д. Павлюкович, В. М. Ходоровський, Є. П. Ткач // Буковинський медичний вісник. – 2008. – Том 12. – №1. – С. 141 – 144.
10. Коцан І. Я., Ложкін Г. В., Мушкевич М. І. К 75 Психологія здоров'я людини / За ред. І. Я. Коцана. – Луцьк: РВВ "Вежа" Волин. нац. ун-ту ім. Лесі Українки, 2011. – 430 с.
11. Магдисюк Л. І. Основи психологічного консультування : навч. посіб. / Людмила Іванів-на Магдисюк, Раїса Петрівна Федоренко. – Луцьк : Вежа-Друк, 2022. – 360 с.
12. Маруненко І. М. Психогенетика: навчальний посібник для студентів вищих навчальних закладів. Київ: ун-т ім. Б. Грінченка, 2015. 294 с.
13. Медична психологія : підруч. ; за заг. ред. докт. мед. наук, проф. І. Д. Спіріної. Дніпро : ЛПРА, 2022. 300 с.
14. Методика визначення типу особистості та ймовірності особистісних розладів Дж. Олдхема та Л. Морріса / [Електронний ресурс] // Режим доступу: https://www.eztests.xyz/tests/personality_oldham/#scales-score.
15. Мозгова Г.П., Ханецька Т.І., Якимчук О.І. Психосоматика: психічне, тілесне, соціальне. Хрестоматія: Навчальний посібник. – К.: НПУ імені М. П. Драгоманова, 2021. – 383 с.
16. Мозгова П. Психологічна реабілітація психосоматичних хворих прездатного віку. [Електронний ресурс] / Галина Мозгова, Іннеса Візнюк. // Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. – Режим доступу: <https://web.archive.org/web/20220116074941/https://sj.npu.edu.ua/index.php/pn/article/download/1157/945>
17. Никоненко Ю.П. Клінічна психологія : Навчальний посібник / Укл. Ю.П. Никоненко. — Київ : КНТ, 2016. — 369 с.
18. Орос М. М., Іваньо Т. В., Смоланка В. І., Орос С. В. Сучасні алгоритми діагностики та лікування мігрені // Наукові публікації

- кафедри неврології, нейрохірургії та психіатрії. – 2017. – №10 (93). С. 26–30.
19. Основи загальної і медичної психології / За ред. І. С. Вітенка і О. С. Чабана. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2003. – 344 с.
20. Основи медичної психології: навч.-метод. посіб. для студ. вищ. мед. навч. закл. IV рів. акред. та лік.-інтерн. / Ждан В.М., Скрипніков А.М., Животовська Л.В. та ін. – Полтава: ТОВ «АСМІ», 2014. – 255 с.
21. Особливості епідеміології мігрени та її вплив на тактику лікування [Електронний ресурс] / М. М. Орос, Х. С. Главацьких // Український медичний часопис – 2017. – doi : 10.32471/umj.1680-3051.123.120210. Режим доступу: www.umj.com.ua/uk/publikatsia-120210-osoblivosti-epidemiologiyi-migreni-ta-yiyi-vpliv-na-taktiku-likuvannya
22. Перетятко Л. Г., Тесленко М. М. Психосоматичні розлади: сучасний стан проблеми / Л. Г. Перетятко, М. М. Тесленко // Психологія і особистість. – 2017. – № 2 (12). – С. 138 – 148.
23. Практична психосоматика: діагностичні шкали. Навчальний посібник / За заг. ред. О.О. Чабана, О.О. Хаустової. — 2-ге видання, виправлене і доповнене. — К.: Видавничий дім Медкнига, 2019. – 112 с.
24. Психологу для роботи. Діагностичні методики : збірник [Текст] / [уклад.: М. В. Лемак, В. Ю. Петрище]. – Вид. 2-ге, виправл. – Ужгород : Видавництво Олександри Гаркуші, 2012. – 616 с. : іл.
25. Психосоматика: основи психодіагностики та психотерапії: навчальний посібник: [для вищих навчальних закладів] / Л. І. Дідковська. Львів: Видавничий центр ЛНУ імені Івана Франка, 2010. – с.100
26. Психосоматичні маски тривоги [Електронний ресурс] / О. О. Хаустова // Український медичний часопис – 2019. – doi : 10.32471/umj.1680-3051.132.160744

- 27.Пфайфер С. Психосоматика: Як ми можемо розуміти мову тіла? / Самюель Пфайфер; пер. з нім. І. Давиденко. – Львів: «Свічадо», 2023. – 56 с.
- 28.Середа І. В. Основи психосоматики : навчально-методичний посібник для самостійної роботи студентів з курсу за змішаною формою навчання / І. В. Середа. – Миколаїв : Видавець Румянцева Г. В., 2022. – с. 70
- 29.Федоренко, О.Є. (2009) Психосоматична медицина та якість життя у хворобі. / О. Є. Федоренко // Дерматовенерология. Косметология. Сексопатология, 1-2 (12). – С. 198 – 208.
- 30.Федосова Л. О. Клінічна психологія : навч. посіб. / Л. О. Федосова. — К.: ДП «Вид. дім «Персонал», 2013. – 248 с.
- 31.Хомуленко Т. Б. Основи психосоматики: навч. метод. посіб. Вінниця: Нова Книга, 2009. – 120 с.
- 32.Чи насправді деякі види мігрені є рідкісними? : матеріали Історико-термінологічної конференції ВУЛТ [«Українські медичні вісті»], Львівський національний медичний університет ім. Д. Галицького. – К : 2022 / Т.14 / № 1 – 2 (90 – 91).
- 33.Шмаргун В. Проблема психосоматичного в сучасній психології. Педагогічний Процес: теорія і практика. – 2016, №1 (52). – С.35 – 41.
- 34.Brief but Comprehensive Psychotherapy: The Multimodal Way. / Lazarus, Arnold A. Herman, Steve. Journal of Cognitive Psychotherapy. – Vol 12, Issue 1, Jan 1998. – doi : 10.1891/0889-8391.12.1.79
- 35.Buse, D. C., Silberstein, S. D., Manack, A. N., Papapetropoulos, S., & Lipton, R. B. (2012). Psychiatric comorbidities of episodic and chronic migraine. Journal of Neurology, 260(8), 1960–1969. doi:10.1007/s00415-012-6725-x
- 36.Demand-specific work ability among employees with migraine or frequent headache: [Електронний ресурс] / Josephine Lyngh Steenberg, Karsten

- Thielen, Jacob Moller Hansen, Ase Marie Hansen, Vivian Ruaskov, Kirsten Nabe-Nielsen // *International Journal of Industrial Ergonomics*. – Vol. 87, January 2022. from : <https://doi.org/10.1016/j.ergon.2021.103250>
- 37.Headache disorders. Retrieved April 8, 2016, from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/headache-disorders>
- 38.Haag, G., Diener, HC., May, A. *et al.* Self-medication of migraine and tension-type headache: summary of the evidence-based recommendations of the Deutsche Migräne und Kopfschmerzgesellschaft (DMKG), the Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN), the Österreichische Kopfschmerzgesellschaft (ÖKSG) and the Schweizerische Kopfwehgesellschaft (SKG). *J Headache Pain* 12, 201–217 (2011). <https://doi.org/10.1007/s10194-010-0266-4>.
- 39.Hashizume, M., Yamada, U., Sato, A., Hayashi, K., Amano, Y., Makino, M., ... Tsuboi, K. (2008). Stress and psychological factors before a migraine attack: A time-based analysis. *BioPsychoSocial Medicine*, 2(1). doi:10.1186/1751-0759-2-14
- 40.Hay. L. *Love Yourself, Heal Your Life. Workbook* / Louise L. Hay. – California : Hay House, Inc., 1990. – 176 p.
- 41.Karsan, N., & Goadsby, P. J. (2021). Migraine is more than just headache: Is the link to chronic fatigue and mood disorders simply due to shared biological systems? *Frontiers in Human Neuroscience*, 15, Article 646692. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2021.646692>
- 42.Lazarus, Arnold A. *Multimodal Life History Inventory. / Brief But Comprehensive Psychotherapy : The Multimodal Way*. Springer Publishing Compan, 2006 / p.127. – doi: 10.1891/9780826196842.ap02
- 43.*Life With Migraine: Effects on Relationships, Career, and Finances From the Chronic Migraine Epidemiology and Outcomes (CaMEO) Study* : [Электронный ресурс] / Dawn C Buse, Kristina M Fanning, Michael L Reed, Sharron Murray, Paula K Dumas, Aubrey Manack Adams, Richard

- B Lipton // Journal of Head pain and Face Pain – 12 August 2019. – from : <https://doi.org/10.1111/head.1361>.
44. Migraine is first cause of disability in under 50s: will health politicians now take notice? : [Электронный ресурс] / Timothy J. Steiner, Lars J. Stovner, Theo Vos, R. Jensen and Z. Katsarava // The Journal of Headache and Pain – 2018 19 (1). – doi:10.1186/s10194-018-0846-2
45. Murray, J. B. (1981). Psychophysiological Aspects of Migraine Headaches. Psychological Reports, 48(1), 139 – 162. doi:10.2466/pr0.1981.48.1.139
46. Overlooked disease: Tens of thousands of people have problems at work: [Электронный ресурс] / ScienceDaily. – December 3, 2023. – from: www.sciencedaily.com/releases/2022/02/220209112154.htm
47. Park, L. (1949). Therapy of Migraine. American Journal of Psychotherapy, 3(2), 323–324. doi:10.1176/appi.psychotherapy.1949.3.2.323
48. Pittman, F. S. (1979). Discussion: Family therapy approach to incapacitating migraine. International Journal of Family Therapy, 1(1), 56–62. doi:10.1007/bf00926789
49. Sharpe L, Dudeney J, Williams ACDC, Nicholas M, McPhee I, Baillie A, Welgampola M, McGuire B. Psychological therapies for the prevention of migraine in adults. Cochrane Database of Systematic Reviews 2019, Issue 7. Art. No.: CD012295. DOI: 10.1002/14651858.CD012295.pub2.
50. Women get far more migraines than men – a neurologist explains why, and what brings relief : [Электронный ресурс] / Danielle Wilhour // The Conversation – August 9, 2023 from: <https://theconversation.com/women-get-far-more-migraines-than-men-a-neurologist-explains-why-and-what-brings-relief-207606>.
51. Kellner, R. (1975). Psychotherapy in Psychosomatic Disorders. Archives of General Psychiatry, 32(8), 1021. doi:10.1001/archpsyc.1975.0176026

52. Henryk-Gutt, R., & Rees, W. L. (1973). Psychological aspects of migraine. *Journal of Psychosomatic Research*, 17(2), 141–153. doi:10.1016/0022-3999(73)90015-9
53. Mitchell, K. R., & Mitchell, D. M. (1971). Migraine: An exploratory treatment application of programmed behaviour therapy techniques. *Journal of Psychosomatic Research*, 15(2), 137 – 157. doi:10.1016/0022-3999(71)90002-x
54. Barchakh Z, Mardani Valandani Z, Khorvash F. The Effectiveness of Compassion-focused Therapy for Improving Emotional Control and Reducing the Severity of Pain in Migraine Patients. *PCP* 2021; 9 (1) : 51 – 60 URL: <http://jpcp.uswr.ac.ir/article-1-725-en.html>
55. Rees, L. (1974). Personality and Psychodynamic Mechanisms in Migraine. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 23(1-6), 111–122. doi:10.1159/000286635
56. Esmaeili N, Asgari P, Khorami NS, Bakhtiarpour S. Effectiveness of acceptance and commitment therapy on perfectionism and resilience in migraine patients. *Int Arch Health Sci* 2021;8:138-42.
57. Pancheri C, Maraone A, Roselli V, Altieri M, Di Piero V, Biondi M, Pasquini M, Tarsitani L. The role of stress and psychiatric comorbidities as targets of non-pharmacological therapeutic approaches for migraine. *Riv Psichiatr* 2020;55(5):262-268. doi 10.1708/3457.34458

ДОДАТОК А

Таблиця психологічних еквівалентів фізіологічних симптомів мігрені та головного болю: доповнена на основі емпіричного дослідження

Хвороба/симптом	Психологічний еквівалент
Мігрень	<ul style="list-style-type: none"> • Відчуття примусу, ненависть до примусу; • Опір перебігу життя; • Сексуальні страхи. • Проблема самоідентифікації та нереалізованості; • Складність в розуміння своїх істинних бажань. • Неприйняття себе; • Проблеми в сексуальному житті • Бажання виправдовувати очікування інших людей. • Потреба соціального схвалення; • Почуття вини (зокрема, через невиправдані очікування інших).
Головний біль напруги	<ul style="list-style-type: none"> • Недооцінка себе; • Самокритика; • Страх. • Низька самооцінка; • Докори собі; • Самозвинувачення; • Надмірна вимогливість по відношенню до себе; • Боязнь стати об'єктом чиєїсь критики; • Бажання виправдовувати очікування інших людей.
Головний біль в ділянці чола	<ul style="list-style-type: none"> • Перенапруга.
Нудота (один із супутніх симптомів мігрені)	<ul style="list-style-type: none"> • Страх; • Неприйняття ідей чи обставин; • Відраза до того, що відбувається, адже події не виправдовують очкувань; • Відчуття загрози з боку якоїсь людини або події.
Блювота (один із супутніх симптомів мігрені)	<ul style="list-style-type: none"> • Наполегливе заперечення ідей; • Страх нового; • Осуд.

<p>Погіршення зору (може передувати нападу мігрені)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Блокування власних бажань; • Бажання не зважати на те, що відбувається, через страх втрати чогось або когось.
<p>Втома (один із супутніх симптомів мігрені)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Відсутність конкретної мети в житті; • Відчуття, що не гідний чогось.
<p>Слабкість (один із супутніх симптомів мігрені)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Небажання показувати свою силу; • Порівнювання себе з іншими; • Відсутність віри у власні сили; • Відсутність повноцінного життя.
<p>Плечі. Напруга м'язів плечового поясу (фізіологічна причина виникнення головного болю напруги)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Надмірна турбота про інших; • Заборона робити собі те, що хочеться (через відповідальність за щастя і добробут інших людей); • Альтруїзм (на плечах чужий тягар, через прагнення допомогти іншим) • Трудоголізм (з почуття обов'язку).
<p>Потилиця. Шия. Напруга м'язів потилиці (фізіологічна причина виникнення головного болю напруги)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Брак гнучкості; • Небажання об'єктивно сприймати ситуацію, через неможливість її контролю; • Ігнорування виниклої ситуації.
<p>Порушення сну, в тому числі безсоння (властиве 60% опитуваним)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Надмірна емоційність та тривожність.
<p>Запаморочення (властиве 50% опитуваним)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Бажання уникнути когось або чогось через ситуація що пробуджує стару незагоєну травму; • Нерозважливі дії; • Неуважність; • Неорганізованість; • Занадто багата уява; • Надмірна вимогливість до себе;
<p>Болі в спині (властиві 70% опитуваним)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Страх бідності та матеріальних негараздів; • Відчуття невпевненості; • Потреба в підтримці; • Переживання щодо невиправданих очікувань; • Прагнення догодити іншим.

ДОДАТОК Б

Таблиці кореляційних даних
математично-статистичного аналізу емпіричного дослідження

ШК	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32
23. ЖО	—									
24. МКІ	0.638* **	—								
25. ВПЛ	0.258	0.152	—							
26. НР	0.161	0.101	0.131	—						
27. НЗЩ	-0.054	-0.055	0.197	0.184	—					
28. НПП	0.175	0.194	0.196	0.038	0.044	—				
29. ЗЩ	0.331*	0.145	0.296*	0.150	0.072	0.111	—			
30. ПБД	0.027	0.001	0.535* **	0.203	0.222	0.093	0.324*	—		
31. ДСД	0.139	0.129	0.028	0.106	0.465* **	0.042	0.227	0.273*	—	
32. ПНЗ	0.005	0.075	0.481* **	0.045	0.257	0.126	0.214	0.369* *	0.255	—
33. СВК	-0.186	-0.057	0.093	0.125	0.212	0.159	0.120	0.161	0.134	0.116

Примітка: * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$; *** – $p < 0,001$.

ШК	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
17. ЗЖ	-0.080	-0.190	- 0.403* *	0.140	0.069	—					
18. РН	-0.163	0.408* *	0.354* *	0.042	-0.003	-0.164	—				
19. НП	0.188	0.219	0.217	-0.048	0.205	-0.107	0.188	—			
20. РД	0.287*	0.232	0.202	-0.099	0.241	-0.084	0.205	0.818* **	—		
21. ВЗ	-0.005	0.107	0.042	0.027	0.039	-0.074	-0.036	0.496* **	0.392* *	—	
22. НРІ	0.166	-0.181	-0.145	0.099	0.201	0.010	-0.174	0.230	0.314* *	0.121	—
23. ЖО	-0.036	0.058	0.021	0.395* *	0.045	-0.190	0.158	0.098	0.066	0.188	0.052
24. МКІ	0.164	0.096	0.046	0.127	-0.074	-0.107	0.040	-0.086	-0.009	0.024	0.058
25. ВПЛ	0.086	0.317* *	0.217	0.068	0.149	-0.127	0.334* *	0.571* **	0.596* **	0.414* *	0.223
26. НР	-0.043	0.017	0.009	0.208	-0.020	-0.045	-0.071	-0.077	-0.069	0.040	0.107
27. НЗЩ	0.250	0.279* *	0.317* *	0.023	0.372* *	- 0.480* **	0.026	0.325* *	0.379* *	0.032	0.103
28. НПП	0.078	0.069	-0.003	-0.097	-0.123	-0.164	-0.071	0.009	0.098	-0.015	0.126
29. ЗЩ	0.018	0.130	0.083	0.218	-0.012	0.013	0.260	0.242	0.379* *	0.013	-0.086
30. ПБД	0.295* *	0.389* *	0.298* *	-0.131	-0.028	-0.002	0.144	0.556* **	0.693* **	0.247	0.192
31. ДСД	0.190	0.123	0.194	0.008	0.024	- 0.309* *	0.030	0.245	0.263	-0.198	0.018
32. ПНЗ	0.026	-0.053	0.073	0.107	0.115	-0.057	0.073	0.455* **	0.508* **	0.290* *	0.338* *
33. СВК	-0.055	0.039	0.254	-0.230	-0.116	- 0.313* *	0.053	0.071	0.130	0.089	0.197

Примітка: * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$; *** – $p < 0,001$.

ШК	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1. ПЛН	—												
2. СМН	0.372 **	—											
3. ІСК	0.481 ***	0.517 ***	—										
4. АВН	0.125	0.343 *	0.415 **	—									
5. ДЛН	0.095	0.294 *	0.444 ***	0.694 ***	—								
6. ДРМ	- 0.165	0.018	0.175	0.429 **	0.364 **	—							
7. СМП	0.148	0.195	0.259	0.241	0.108	0.271 *	—						
8. ЧТЛ	0.179	0.268 *	0.428 **	0.261	0.398 **	0.151	0.221	—					
9. ВДН	- 0.002	0.047	0.106	0.113	0.437 ***	0.125	- 0.214	0.373 **	—				
10. ДБР	0.181	0.211	0.112	0.043	0.040	0.055	0.076	- 0.041	- 0.047	—			
11. НРБ	0.166	0.220	0.377 **	0.445 ***	0.499 ***	0.284 *	0.267	0.325 *	0.201	0.122	—		
12. АГР	0.389 **	0.249	0.255	0.124	0.022	- 0.209	0.197	0.105	- 0.093	0.234	0.210	—	
13. СПЖ	0.249	0.317 *	0.566 ***	0.310 *	0.422 **	0.164	0.043	0.318 *	0.249	0.314 *	0.490 ***	0.196	—
14. СРЗ	0.267	0.340 *	0.350 **	0.213	0.400 **	- 0.005	0.062	0.436 ***	0.298 *	0.169	0.450 ***	0.084	0.549 ***

Примітка: * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$; *** – $p < 0,001$.