

**КИЇВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
ІМЕНІ ТАРАСА ШЕВЧЕНКА  
ФАКУЛЬТЕТ ПСИХОЛОГІЇ  
КАФЕДРА ПСИХОДІАГНОСТИКИ ТА КЛІНІЧНОЇ ПСИХОЛОГІЇ**

**ПСИХОЛОГІЧНА АДАПТАЦІЯ ДО ХВОРОБИ В КЛІНІЦІ  
ЕНДОГЕННИХ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ**

*Кваліфікаційна робота*

Студентки 2 курсу  
ОР «магістр» (спеціальність 053  
«психологія», ОП «Психологія»  
Лазебник Жанни Владиславівни

Науковий керівник:  
кандидат психологічних наук,  
асистент кафедри психодіагностики  
та клінічної психології  
Проскурня Аліна Сергіївна

Рекомендовано до захисту ЕК №2

Протокол № \_\_\_\_\_ від \_\_\_\_\_

Завідувач кафедри психодіагностики та клінічної психології

\_\_\_\_\_ Людмила КРУПЕЛЬНИЦЬКА

## ЗМІСТ

ВСТУП.....	2
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПСИХОЛОГІЧНОЇ АДАПТАЦІЇ ХВОРИХ НА ЕНДОГЕННІ ПСИХІЧНІ РОЗЛАДИ.....	7
1.1. Напрямки дослідження поняття психологічної адаптації.....	7
1.2 Місце психологічних захистів та долаючої поведінки серед складових психологічної адаптації.....	11
1.3 Особливості ставлення до хвороби як компонент механізмів психологічної адаптації.....	17
1.4 Роль Я-Концепції та емоційної сфери в структурі механізмів психологічної адаптації.....	21
Висновки до розділу 1.....	27
РОЗДІЛ 2. МЕТОДИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ.....	32
2.1. Організація дослідження.....	32
2.2. Методичний інструментарій.....	33
Висновки до розділу 2.....	36
РОЗДІЛ 3. ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПСИХОЛОГІЧНОЇ АДАПТАЦІЇ ДО ХВОРОБИ ПРИ ЕНДОГЕННИХ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДАХ.....	38
3.1. Дослідження психологічної адаптації до хвороби у хворих на шизофренію.....	38
3.2. Дослідження психологічної адаптації до хвороби у хворих на шизоафективний розлад.....	48
3.3. Дослідження психологічної адаптації до хвороби у хворих на ендогенні афективні розлади.....	54
Висновки до розділу 3.....	63
ВИСНОВКИ.....	68
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	74

## Вступ

**Актуальність дослідження:** якщо говорити про психічне захворювання, то важливо розуміти, що лише його виникнення чи загострення можна вважати індивідуальною травмою, яка зачіпає значну частину життя людини і є причиною глибоких внутрішніх переживань, які згодом стають визначальними в житті людини. Часто перша поява або екзацербация ендогенного психічного розладу супроводжується госпіталізацією в стаціонар, тривалим прийомом ліків, повною або частковою втратою працездатності, проблемами у стосунках з іншими, емоційним стресом та іншими несприятливими та неприємними результатами.

Крім того, з початок повномасштабної війни в Україні 2022 року значна частина населення змушена була покинути домівку та виїхати в інші країни глобального суспільства. Згідно з сучасними науковими поглядами міграція є одним з факторів, що чинить негативний вплив на стан психічного здоров'я, змінює особистісне реагування та спричиняє дезадаптацію особистості, дебют або загострення ендогенних психічних розладів. Ряд досліджень підтверджують також негативні особистісні зміни, пов'язані з міграцією: зниження емоційної стійкості, що виступає як необхідний компонент вдалої психологічної адаптації, підвищення тривожності, фрустрованості, психічної дезадаптації, та розвитку депресивних розладів [30; 36]. Зокрема, дані актуальних досліджень, що стосуються змін особистості у емігрантів та реемігрантів, які страждають на ендогенні депресивні розлади, підтверджують виражені патохарактерологічні зміни, які зумовлені як ендогенним чинником, так і внаслідок впливу соціально-психологічних факторів. Дія чинника міграції серед хворих на ендогенні депресивні розлади проявляється через загострення патохарактерологічних змін, а також через їх диференціацію: у реемігрантів здебільшого трапляється глибока астенізація з виникненням пасивно-апатичного типу реагування, а серед емігрантів частіше виявляються ознаки тривожно-депресивного типу реагування з чіткими проявами неспокою,

поміркованості, тривоги, зниження емоційної стабільності, що своєю чергою ускладнює й адаптацію до захворювання в цілому [2, с. 19].

Крім того поєднання тривожних та депресивних розладів зумовлює формування так званого «хибного кола», за якого події, що можуть вважатися психотравмою, а саме наявна або пережита в минулому військова ситуація, стає мотивом до загострення вже наявної ендогенної афективної патології [3, с. 15].

Подолання таких деструктивних впливів значною мірою залежить від особливостей і властивостей психологічної адаптації, яка гармонізує потреби особистості і приводить їх у відповідність із запитами середовища та мінливістю умов життя.

Психічні розлади вважаються причиною значного і важливого важкого фізичного, психологічного та соціального стресу для хворого, що порушує психічну діяльність, з одного боку, і активізує механізми психологічної адаптації до хвороби, з іншого. Психологічна адаптація включає такі основні елементи: копінг-стратегії, захисні механізми та характеристики Я-концепції. І, залежно від їх властивостей та особливостей, можливі різні варіанти поведінки людини, відповідні зусиллям певною мірою успішно впоратися зі стресом у вигляді психічного захворювання, а також вдало адаптуватися до цього захворювання.

Крім того, початок та розвиток психічного захворювання пов'язаний з втратою короткострокових і довгострокових планів на майбутнє, з додатковим фінансовим навантаженням; зі зменшенням соціальної активності й стигматизацією, у тому числі й самостигматизацією. Подолання такого стресу лежить в основі сприятливого прогнозу захворювання і залежить від характеристик психологічної адаптації, які реалізуються у відповідних формах поведінки пацієнта і можуть як сприяти, так і перешкоджати сприятливому перебігу захворювання.

**Об'єктом дослідження** є психологічна адаптація до хвороби.

**Предмет дослідження:** особливості психологічної адаптації до хвороби при ендогенних психічних розладах.

**Метою даного дослідження** було виявлення особливостей психологічної адаптації до захворювання у пацієнтів з ендогенними психічними розладами з урахуванням компонентів психологічної адаптації: механізмів психологічної захисної та копінг-поведінки, Я-концепції та ставлення до захворювання.

Поставлена мета визначає наступним чином **завдання дослідження:**

1. Проаналізувати теоретичні концепції, які розкривають поняття психологічної адаптації загалом та безпосередньо при ендогенних психічних розладах;
2. Провівши емпіричне дослідження, встановити особливості психологічної адаптації до хвороби у хворих на шизофренію;
3. Встановити особливості психологічної адаптації до хвороби у хворих на ендогенні афективні розлади;
4. Виявити особливості психологічної адаптації до хвороби у хворих на шизоафективний розлад.
5. Сформулювати рекомендації з психологічного супроводу пацієнтів, хворих на ендогенні психічні розлади.

**Теоретико-методологічною основою роботи** є концепція психологічної адаптації у хворих на шизофренію О. П. Коцюбинського, концепція загального адаптаційного синдрому Х. Сельє, концепція психологічної адаптації особистості (Ф. Б. Березін, 1988; Л. Ю. Вассерман, 1998; М. А. Березін, 2008), системний підхід і концепції об'єднання біологічних і психо соціологічних методологій у формуванні психопатології людини, концепція ставлення до захворювання.

**Методи та методика дослідження:** теоретичні: аналіз, порівняння та узагальнення літературних джерел з питань дослідження.

Клінічно-психологічний метод представлений у формі клінічних інтерв'ю, спрямованих на збір психологічного анамнезу.

Метод клініко-катамнестичний, що полягає в аналізі медичних документів (історій хвороби, амбулаторних карт, статистичних карт тощо), зборі даних шляхом опитування пацієнтів та їхніх родичів.

Експериментально-психодіагностичні методи: діагностика ставлення до захворювання за методикою ТОБОЛ (Вассерман Л.Ю., Іовлев Б.В., Карпова Е.Б., Вукс А.Я., 1987); застосування 16-факторного опитувальника Кетелла для виявлення індивідуальних особливостей хворого; методика Дембо-Рубінштейн для вивчення рівня самооцінки та домагань; використання методики Плутчика-Келлермана «Індекс стилю життя» з метою вивчення механізмів психологічного захисту пацієнтів; використання копінг-тесту Р. Лазаруса для виявлення стилів копінг-поведінки; та визначення того, чи є пацієнт готовим нести відповідальність за події, що відбуваються в його житті з допомогою методики Дж. Роттера, що використовується як методика діагностики рівня суб'єктивного контролю.

Статистико-математичні: частотний аналіз, односторонній ANOVA, двосторонній ANOVA, метод множинного порівняння, t-критерій Стьюдента, кореляційний аналіз, таблиці сполучення.

**Характеристика вибірки:** для реалізації поставленої мети обстежено 103 хворих на ендогенні психічні розлади, які перебували на лікуванні в відділеннях первинного психотичного епізоду КНП КОР «ОПНМО» в період зима-весна 2021 та 2023 років. Психопатологічні прояви захворювань діагностувались згідно з Міжнародною класифікацією хвороб (МКХ-10). В нозологічному аспекті хворі розподілились таким чином: 48 осіб — пацієнти з параноїдною формою шизофренії, 26 осіб — хворі на шизоафективний розлад, 29 — хворі на ендогенні афективні розлади (біполярний афективний розлад та рекурентний депресивний розлад).

**Теоретичне значення** даної роботи полягає у вивченні особливостей ставлення до захворювання, механізмів психологічного захисту та копінг-поведінок, а також особливостей Я-концепції як складової психологічної

адаптації у пацієнтів, які страждають ендогенними психічними розладами.

**Практичне значення:** у результаті досліджень було встановлено, що особливості психологічної адаптації пацієнтів з ендогенними психічними розладами можуть стати науковою основою для розробки заходів психологічної корекції та психотерапії таких пацієнтів. Його також можна використовувати для оцінки ефективності програми реабілітації, що полягає в допомозі та покращенні якості життя пацієнта. Результати проведеного дослідження також можуть бути покладені в основу розробки програми психологічного супроводу зазначених категорій пацієнтів з метою покращення соціальної та професійної адаптації.

**Структура роботи:** вступ, три розділи, що містять по 3-4 підрозділи, рисунки та діаграми, висновок, список використаної літератури.

## РОЗДІЛ 1

### ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПСИХОЛОГІЧНОЇ АДАПТАЦІЇ ХВОРИХ НА ЕНДОГЕННІ ПСИХІЧНІ РОЗЛАДИ

#### 1.1. Напрямки дослідження поняття психологічної адаптації

Слово «адаптація» вперше було використано як пізньолатинське «adaptatio», що означає пристосування, і вперше було широко використано в біологічних науках для опису явища пристосування в загальному та адаптивного механізму поведінки особистості зокрема [17, с.5].

Адаптацією називають процес і результат змін внутрішнього середовища та активного пристосування до зовнішнього, а також самозміни людини згідно з новими умовами існування. Цей процес відбувається кожного разу, коли система «організм-середовище» зазнає змін, і таким чином відбувається утворення нового гомеостатичного стану, що дає змогу досягати максимально можливої ефективності на фізіологічному і поведінковому рівні. А так як організм з середовищем, в якому він існує, перебувають в динамічній рівновазі (напротивагу статичній), а їх співвідношення весь час модифікується, отже, процес адаптації має відбуватися постійно [11, с. 98].

Виділяють різні види адаптації, але здебільшого вони між собою пов'язані. Так, психологічна адаптація в соціумі здійснюється завдяки ряду психологічних механізмів, серед яких емпатія, рефлексія та саморефлексія, ідентифікація та інші. Соціальною адаптацією називають пристосування людини до умов, які висуває суспільство, утворення гармонійної системи взаємовідносин з об'єктами соціуму, інтеграцію людини в соціальні групи, діяльність щодо опанування стабільними умовами соціуму, прийняття нормативної і ціннісної системи соціального середовища. Як стверджує О. Безпалько, соціальна адаптація не є можливою без психологічної [6, с. 8].



Адаптація є невід'ємною частиною соціалізації, а за деякими даними — її різновидом, який, характеризуючись гармонізацією взаємовідносин з навколишнім середовищем та процесом пристосування, одночасно є необхідною умовою становлення і розвитку особистості [11, с. 102].

Згідно з інтеракціоністською концепцією адаптації, що була висвітлена зокрема в роботах Л. Філіпса, усі види адаптації пояснюються як чинниками навколишнього середовища, так і внутрішньопсихологічними. Згідно з цією концепцією, адаптація є тим більш ефективною, чим більше особа відповідає новим умовам, що висуваються. Така відповідність досягається двома шляхами: або ефективною відповіддю на ті умови, або гнучкістю при зіткненні з умовами, що можуть бути потенційно небезпечними і вміння спрямовувати події в сприятливий для себе напрямок. Таким чином в згаданій парадигмі успішна адаптація характеризується прийняттям коректних рішень, ініціативністю, чітким розумінням подальшого розвитку подій [34, с. 46]

Поняття психологічної адаптації варто розглядати в рамках біопсихосоціального підходу. Цей напрямок дослідження психологічної адаптації особистості походить від опису В.Н. Мясіщева про її повноту («Особистість є ціле»), що є взаємопов'язаною зі своїми складовими частинами: «З точки зору моністичного матеріалізму та історичного розуміння особистості людина — це складна єдність фізіологічної та психологічної складових, яка постійно розвивається, має біологічне походження та соціальну складову, що його постійно трансформує» [13, с. 8].

Якщо розглядати психологічну адаптацію через призму біопсихосоціальних концепцій, то постулюється, що психічна адаптація (постійний і безперервно функціонуючий процес, спрямований на успішне пристосування організму індивіда до певних вимог та змін) складається з трьох компонентів: біологічного, психологічного і соціального. Тому психічну адаптацію можна розглядати як одну з трьох підсистем єдиної психічної структури [8, с. 104].

Складовими власне психологічної адаптації в цій системі вважаються сприйняття та обробка інформації, емоційні реакції, взаємодія з соціумом, стратегії копінг-поведінки та індивідуальні захисні механізми психіки [21, с. 36-37].

Загалом сучасна психологія виробила різні способи опису поняття «психологічна адаптація». Зокрема, В. М. Воловик пояснював психологічну адаптацію як активну функцію особистості, відповідальну за забезпечення відповідності потреб, пов'язаних з особистістю, вимогам середовища та динамічним змінам умов життя. Інший дослідник Ф. Б. Березін визначав поняття психологічної адаптації як процес знаходження і встановлення індивідом оптимального стану відповідності умовам, що задаються середовищем. Це дає можливість індивіду задовольняти миттєві актуальні потреби і досягати найважливіших цілей, пов'язаних з ними, зберігаючи при цьому відповідність між психічною діяльністю людини, її поведінкою та вимогами середовища. Подібне пояснення дала Є. А. Фролова. Під терміном «психологічна адаптація» вона розуміє «притосування особистості до соціального існування відповідно до вимог цього суспільства, не виключаючи власних потреб, мотивів та інтересів» [13, с.9].

Ю. О. Александровський, у свою чергу, акцентував увагу на системній структурі психологічної адаптації, підкреслюючи, що остання є проявом узгодженої системної діяльності багатьох підсистем (біологічного та психологічного характеру), «що забезпечує життєдіяльність людини в стані оперативного спокою»; узгодженість, що дозволяє індивіду знаходити найкращий спосіб боротьби з різноманітними природними та соціальними впливами та позитивно цілеспрямовано впливати на них [5, с.240].

Зараз психологи активно працюють над розробкою концепції адаптивного потенціалу особистості. Адаптаційний потенціал індивіда і його значення в подоланні хвороби визначається як структура і здатність поступово

видозмінювати свої характеристики і властивості, підвищуючи тим самим свою організованість, стабільність і стійкість.

Механізми копінг-поведінки та механізми психологічного захисту А. М. Богомолів розглядає як способи регуляції засобів і джерел адаптації і водночас організації їх у структури адаптаційних реакцій. Адаптаційний потенціал — в своїй структурі містить специфічні ресурси, що відображені на індивідному, суб'єктно-діяльнісному та особистісному рівнях організації [16, с. 102].

Тому в якості основних структурних елементів психологічно адаптивних стратегій поведінки при захворюванні зазвичай виділяють три компоненти: механізми психологічного захисту, стратегії подолання (копінг-стратегії) і особливості ставлення до хвороби як особливий тип психологічного захисту [13, с.11].

Л. І. Вассерман розглядає механізми копінг-поведінки та психологічні захисні механізми як способи та засоби адаптації до стресових ситуацій, де копінг-поведінка трактується як стратегія позитивних дій індивіда, спрямована на усунення психологічно загрозованих ситуацій або переоцінку таких ситуацій, а психологічні захисні механізми існують щоб зменшити та послабити психічний дискомфорт [15, с.122].

Внутрішня картина хвороби — це концепція, спочатку введена А. Р. Лурія. Внутрішню картину хвороби можна розглядати як специфічний вид психологічної адаптації, найважливішу підсистему психологічної регуляції поведінки людини, яка виникає на основі провідних механізмів психологічної адаптації в умовах прогресуючої хвороби. Також поняття внутрішня картина хвороби розглядають через відношення до захворювання, що тісно пов'язано з терміном «свідомість хвороби», що транслює сприйняття людиною свого захворювання та відчуття, пов'язані з хворобою, а також наміри і дії, що з них випливають [10, с. 134-135].

Метою дослідження адаптивного потенціалу є розгляд і аналіз якостей і характеристик, що представляють структуру особистості, особливості їх взаємовідносин, їх зв'язок із зовнішніми чинниками, і в той же час вивчення їх ролі в «структурних дефектах» та зовнішньо- чи внутрішньопсихологічних конфліктах і захисту значущості особистості в процесі її розвитку й становлення [16, с.102].

А. П. Коцюбинський, описуючи адаптивний потенціал хворих на психічні розлади, виділяє: особливості будови особистості, наявність чи відсутність конфліктів, особливості індивідуальних захисних механізмів психіки, особливості копінг-механізмів (або механізми подолання), а також ставлення до захворювання. З настанням ремісії значущість функції індивідуального адаптаційного потенціалу істотно зростає порівняно з активною фазою захворювання, а компоненти його змісту, такі як механізми психологічної адаптації (показники особливостей ставлення до захворювання, копінг-стратегії та механізми психологічного захисту) постають в ролі вирішальних предикторів прогнозу в соціальному плані [13, с. 11-12].

## **1.2 Місце психологічних захистів та долаючої поведінки серед складових психологічної адаптації**

Сьогодні для вивчення причин і механізмів розладів психологічної адаптації, якщо спиратися на біопсихосоціальні моделі, важливою умовою є врахування індивідуального механізму подолання стресових ситуацій і захисних механізмів, що виражено в спеціальних літературних джерелах поняттям «індекс життєвого стилю»[21, с. 36-37].

Термін «психологічний захист» вперше був згаданий З. Фрейдом. Цей термін містить положення про вроджену природу психологічних захистів, спрямованих на вирішення конфліктів, що виникають у несвідомому, та інтерналізованих вимог зовнішнього середовища. Він також містить положення

щодо заперечувати, підміну чи спотворювання реальності як захисного механізму психіки [45, с.41-61]. Подальший розвиток згаданої вище моделі в психодинамічних рамках психологічної науки значною мірою залежить від припущень про формування і розвиток психологічних захисних механізмів в процесі індивідуального розвитку організму, про їх роль у стимуляції виникнення соціальних конфліктів і про їх вплив на ступінь індивідуальних адаптивних здатностей [26, с. 141].

Психологічні захисні механізми, засновані на реальних проявах несвідомої психічної діяльності, сформовані в ході індивідуального розвитку організмів і засновані на взаємодії генотипічних особливостей з індивідуальними, а також з конкретно-історичним досвідом формування і зростання особистості в певній культурі, певних суспільствах і середовищах, можуть погіршити, поліпшити або знівелювати способи, у які людина реагує на стимули емоційного значення, до яких значною мірою також відноситься психічний розлад. Анна Фройд зазначала, що основною функцією захисних механізмів психіки є захист від неприємних, неприйнятних для людини відчуттів [26, с. 141], в той час як О. Феніхель в свою чергу звертає увагу також на іншу функцію механізмів психологічного захисту особистості — збереження стабільності її самооцінки [24, с. 526].

Зі свого боку, К. Роджерс у своїх роботах висловлює і обґрунтовує положення про реалізацію психологічних захисних механізмів у тих ситуаціях, які супроводжують виникнення переживань, які не відповідають Я-концепції і, отже, створюють потрясіння і хаос в образі «Я». Роль механізмів психологічного захисту полягає в спотворенні та запереченні неприємних, неприйнятних і загрозливих переживань з метою послаблення їх невідповідності сформованій концепції «Я» [35, с.124].

Деякі дослідники під поняттям «психологічний захист» розуміють особливий прояв активності сили «Я», тобто модифікацію системи психологічних установок людини, що формується після перенесеної

особистістю психічної травми. Вона призначена для нейтралізації сильних емоційних переживань. У результаті наслідки травми дещо втрачають свій початковий зміст і, відповідно, свою патогенну роль [9, с.128-129].

Механізми психологічного захисту є регуляторними процесами, що знижують когнітивний дисонанс та вберігають від різких змін у внутрішньому та зовнішньому середовищі через зміну сприйняття подій [25, с.150].

Тому, якщо говорити про адаптивну функцію захисних механізмів окремо, то різні автори формують різні результати існування й дії механізмів психологічного захисту: підтримка інтегрованості поведінкових патернів, зниження рівня тривожності та емоційної напруги, підтримка, підкріплення та розвиток аспекту позитивної оцінки самосвідомості, захист власної свідомості від неприємних, часто травматичних переживань, а також внутрішніх і зовнішніх конфліктів, що з ними пов'язані, станів тривоги та дискомфорту. Крім того, завдяки ролі механізмів психологічного захисту можливе досягнення цілісності та злагодженості внутрішнього світу людини, подолання тривоги, неспокою, хвилювання та напруги, здолання важких стресових станів. Хвороба також може розглядатися як така [13, р. 14].

Не можна не говорити і про подвійний вплив механізмів психологічного захисту на особистість. З одного боку, вони справді допомагають підтримувати внутрішню рівновагу особистості та захищають особистість від негативних переживань, а з іншого – певним чином заважають росту та розвитку особистості, гальмуючи розвиток її «Я», розвиток нових можливостей адаптації людини [21, с.43].

Єдиної класифікації механізмів психологічного захисту не існує, хоча є багато спроб згрупувати їх за різними параметрами. Умовно їх можна розділити на чотири групи: механізми, що перешкоджають розпізнаванню самої тривоги або факторів, які можуть її викликати (заперечення, витіснення); механізми, що дозволяють фіксувати її частково на різних подразниках; засоби захисту, що знижують ступінь спонукань (девальвація базових потреб); захисти для

нейтралізації почуття тривоги або зміни його інтерпретації шляхом формування фіксованих переконань (концептуалізація). А. А. Налчаджян поділяє механізми психологічного захисту на нормальні механізми і патологічні механізми, останні характерні для невротичних або психотичних пацієнтів. При іншому підході вони групуються в ситуативні й стилістичні механізми психологічного захисту. Перша група виникає в контексті травми, друга формується і закріплюється в результаті хронічної травми. Перша носить тимчасовий характер і не потребує корекції, на відміну від другої групи — стійких та генералізованих захистів психіки, що є своєрідною формою псевдоруїнування конфліктів [13, с. 15].

Механізми захисту також поділяються на первинні або також відомі як архаїчні або примітивні механізми психологічного захисту, та вторинні або зрілі механізми психологічного захисту [1, с. 9]. Тому механізм захисту можна класифікувати, рівень зрілості використовуючи як стандарт розподілу: поєднання типу витіснення, типу заперечення, типу регресії та типу реактивних утворень називають проєктивними механізмами захисту психіки; раціоналізація, інтелектуалізація, ідентифікація, сублімація, заміщення та проєкція також можуть бути класифіковані в одну категорію, яка називається дефензивними механізмами захисту психіки. Механізми, що містяться в першій групі, є більш примітивними, і вони не дають проникнути в свідомість інформації, що загрожує цілісності особистості. Навпаки, психологічні захисти у другій групі дозволяють надходити інформації про загрозу, але обробляють її так, ніби це «безболісно» для індивіда [22, с. 129].

О. Кернберг в описі психотичної структури особистості наголошує на її головному механізмі активації первинних психозахистів та підсиленні механізму регресії [29, с. 215].

Дане дослідження ґрунтується на концепціях Р. Плутчика, який описав вісім механізмів психологічного захисту, споріднених із запропонованими А. Фрейд. Р. Плутчик стверджує, що психологічні захисні механізми

характеризуються такою ж полярністю, як і протилежні емоції, на яких базуються психологічні захисти: до них відносяться радість-печаль, страх-гнів, прийняття-відчуження, очікування-здивування. Таким чином, вісім основних психологічних захисних механізмів можна об'єднати в 4 біполярні пари (деструктивні і конструктивні відповідно): реактивні формування-компенсація, подавлення-заміщення, заперечення-проекція, інтелектуалізація-регресія.

Інший вид адаптивної поведінки особистості — копінг-стратегії або стратегії подолання. Вони, поряд із психологічними захисними механізмами, вважаються структурними елементами психологічної адаптації [21, с. 36-37]. Як уже зазначалося вище, однією з багатьох умов, що впливають на рівень розвитку адаптаційних можливостей індивіда, можна вважати його адаптивний потенціал — стійкість до обставин, які стимулюють здатність мобілізувати особистісні ресурси та набутий соціальний досвід проти факторів стресу; умов, що активують інтерналізацію соціального досвіду і підтримку оточення. Копінг-поведінка — це мобільна властивість, яка разом із внутрішніми індивідуальними ресурсами індивіда розкриває його адаптивний потенціал.

Взагалі термін «копінг» вперше був використаний у віковій психології для позначення індивідуальної активності особистості, яка активується при подоланні складних ситуацій. Він охоплює як вроджені, так і набуті форми поведінки [32, С. 35].

Р. С. Лазарус пропонує своє визначення копінг-поведінки. Він описав це як процес конструктивної адаптації, як результат подолання особистістю труднощів з підвищенням самооцінки [31, с.13].

Протягом останнього десятиліття 20-го століття і початку 21-го століття було розроблено кілька нових теоретичних підходів до вивчення долаючої поведінки. Один із них — концепція випереджаючого подолання, зосередженого на майбутньому (тобто проактивне подолання) — це багатогранна стратегія подолання проєктивного характеру. Проактивний копінг поєднує інтроспективний процес регуляції власного життя з досягненням цілей



саморегуляції. Інша концепція – це відповідність когнітивної оцінки та подолання. Модель заснована на ідеї, що копінг-поведінка залежить від суб'єктивності переживань, пов'язаних з конкретною ситуацією. Ця концепція підкреслює важливість проблемно-орієнтованого подолання, оскільки він є найбільш ефективним і адаптованим. Існує також модель посттравматичного зростання, згідно з якою в процесі подолання травми та її наслідків людина не тільки відновлюється і повертається до початкового рівня функціонування, який існував до травми, але й використовує ситуацію, яка сталася, як основу для подальшого особистісного розвитку, досягнення більш високого рівня функціонування в деяких областях, ніж той, що був до її психотравми [13, с.16-17].

У психотерапевтичній та клінічно-психологічній літературі психологічні захисні механізми часто описуються як поняття, пов'язані зі стратегіями подолання. Тому для розмежування цих двох механізмів можна використовувати представлену далі схему:

1. Механізм психологічного захисту жорсткіші, вони ригідні, і нездатні адаптуватися до ситуації, в той же час стратегії подолання є гнучкими та адаптуються до актуальних умов.

2. Захисні механізми прагнуть якнайшвидше стабілізувати вже виниклий нестабільний емоційний стан, і навпаки, придушуючи емоційні реакції індивіда провокують особистість створювати самій собі ще більшого дискомфорту (це пов'язано з антигедоністичною природою технік самоконтролю).

3. Захисні механізми «короткозорі», створюють лише можливість тимчасового зняття емоційної напруги, працюють «тут і зараз», тоді як механізми копінг-поведінки довгострокові, далекоглядні, і розраховані на майбутнє.

4. Захисні механізми спотворюють уявлення про реальність і своє місце в ній, механізми копінг-поведінки пов'язані з більш реалістичним уявленням і здатністю об'єктивно оцінювати і сприймати себе.

Л. І. Вассерман розглядає копінг-поведінкові та захисні механізми як можливості адаптації до стресу, де під копінг-стратегією розуміється індивідуальна поведінкова стратегія, спрямована на вирішення або переосмислення ситуації, яка загрожує психічному дискомфорту, а захисні механізми психіки направлені більшою мірою на зменшення відчуття психологічного дискомфорту індивіда [15, с. 122].

А. А. Реан та співавтори стверджують, що захисні механізми є непрактичними та жорсткими негнучкими процесами, які не враховують цілісність ситуації та здатність оцінювати довгострокові перспективи, тому можуть підривати поведінкову інтеграцію та не є конструктивним підходом до подолання труднощів. Натомість копінг-стратегії розглядаються як конструктивні способи подолання складнощів, спрямовані на реалістичну адаптацію до навколишнього світу з урахуванням загальної ситуації та вміння розбивати проблеми на потенційно вирішувані завдання [21, с. 43].

### **1.3 Особливості ставлення до хвороби як компонент механізмів психологічної адаптації**

Як ми вже з'ясували, такі характеристики, як психологічна копінг-поведінка та захисні механізми, вважаються найважливішими в процесі психологічної адаптації. Разом з ними є третя складова, яку слід враховувати в умовах захворювання — ставлення до хвороби. На формування структурно-функціональної організації внутрішньої картини хвороби мають вплив як зовнішні, так і внутрішні джерела інформації, проте саме внутрішні під час протікання захворювання відіграють визначальну роль [10, с. 134].

Ставлення до хвороби поєднує в собі багато психологічних категорій. У їх сукупності й формується уявлення про внутрішню картину захворювання. Звичайно, ставлення до хвороби може вплинути на те, наскільки адаптивно людина себе поведе в мінливих умовах існування. Стратегії поведінки людини

в хворобливому стані в різних ситуаціях проявляються по-різному. За певних умов вони можуть приймати форму: ігнорування, відкидання або заперечення наявної хвороби; в інших випадках людина бере на себе «роль» хворого та розвиває відповідні установки та переконання; також ймовірно докладання активних зусиль для боротьби з хворобою, з несприятливими перспективами в сфері соціального благополуччя; в інших випадках спостерігається «занурення» в роботу або навчання і подібні стилі подолання травмуючої ситуації у вигляді маніфестації чи загострення захворювання [18, с. 56-60].

Для клінічної психології ставлення до захворювання особливо важливо в особистісній структурі хворого. Представляється дуже конструктивним розглядати його з точки зору концепцій В. Н. Мясищева, оскільки це дозволяє в загальному вигляді продемонструвати психологічне значення таких понять, як «внутрішня картина захворювання», «переживання захворювання», «реакція на захворювання», «індивідуальне усвідомлення хвороби», "усвідомлюваність захворювання» тощо. Ставлення до хвороби є індивідуальним, вибіркоким, усвідомленим, тобто відображає рівень особистості чи індивіда. Воно суб'єктивне та об'єктивне одночасно, є змістовним і не може бути розглянутим у відриві від об'єкта відносини, інакше кажучи, визначається природою самої хвороби [10, с. 134].

Виділяють такі основні види реакцій на захворювання, як стенична, що характеризується активною життєвою позицією, астенична, якій притаманна песимістичність, недовіра щодо можливості одужання і пропонованої лікуючим лікарем схеми лікування, та раціональна, якій властива розсудлива та адекватна оцінка свого становища. Ця класифікація співзвучна також з іншою, згідно з якою існують адекватна (або гармонійна) реакція на захворювання, гіпертрофована (або перебільшена) оцінка тяжкості хвороби, недооцінка серйозності або заперечення наявності хвороби, свідоме викривлення картини захворювання (агравация, симуляція, дисимуляція). Найбільш поширеною та використовуваною методикою діагностики внутрішньої картини хвороби є

«Психологічна діагностика типів ставлення до хвороби» (ТОБОЛ), згідно з якою існує 12 видів ставлення до хвороби, що поєднуються в три групи за характером адаптивності-дезадаптивності та й інтрапсихічної чи інтерпсихічної спрямованості [10, с. 135].

Перший блок включає наступні три види реакції на розлад: гармонічні реакції, які ще називають реалістичними та зваженими; ергопатичні реакції (або стенічні) та агнозичні (чи ейфоричні). Психологічна адаптація при формуванні ставлення до хвороби описаного вище типу особливо не порушувалася. Тобто ці типи вважаються адаптивними.

Більш детально, пацієнти, які реалістично реагують на хворобу, здатні адекватно оцінювати свій стан, проявляти ентузіазм у лікуванні захворювання та дотримуватися рекомендацій лікаря щодо лікування та режиму. У той же час їм також властиве бажання впоратися з хворобою і побороти її, відмовитися від «ролі» хворого, підтримувати системи цінностей і відігравати активну роль у суспільстві.

Перший блок включає також стенічний і анозогнозний типи на додаток до зважених реакцій на захворювання. Пацієнти, у яких розвивається такий тип реакції на хворобу, характеризуються відсутністю критики до свого стану або подвійною, неповною критикою, яка недооцінює значення хвороби або повністю її витісняє, крім того, іноді пацієнт не дотримується лікування, режиму, що був рекомендований лікуючим лікарем, “ховається” від думок про хворобу в роботі чи навчанні, а іноді навіть цілком заперечує наявність захворювання. Проте пацієнти з такими типами реагування на хворобу не мають виражених дезадаптивних проявів, що дозволяє умовно віднести їх до групи з гармонійним ставленням до захворювання [18, с. 60-61].

Решта типів ставлення до хвороби, що характеризуються наявністю психічних дезадаптацій у зв'язку з захворюванням, відносяться до II групи (з внутрішньопсихічною спрямованістю) і III групи (з інтерпсихічною спрямованістю).

Тому до другої групи відносять наступні реакції на хворобу: тривожна (тривожно-депресивна або obsесивно-фобічна), іпохондрична, неврастенічна, вітально-тужлива (чи меланхолійна), та апатична. Як згадувалося раніше, вони характеризуються внутрішньопсихологічною спрямованістю у відповіді індивіда на хворобу, що підриває стійкість пацієнтів із згаданим ставленням до хвороби. Емоційний компонент установок цих хворих характеризується дезадаптивною поведінкою: реагування дратівливістю або слабкістю, тривогою, млявістю, депресивними станами, «замиканням» у хворобу, невірою в ефективність лікування і можливість боротьби з хворобою тощо. [18, с. 60-61].

Нарешті, третя група охоплює такі типи реагування на захворювання: сенситивний, егоцентричний (також називають істероїдним), дисфоричний (або агресивний) та паранояльний. Для них характерна зовнішньопсихологічна спрямованість реагування. Ці види також знижують рівень соціальної адаптації пацієнта. Ці пацієнти характеризуються гіперчутливою реакцією на хворобу, яка може значною мірою залежати від її особистісних рис до початку захворювання. Таке чутливе до хвороби ставлення проявляється в дезадаптивній поведінці пацієнтів: вони часто соромляться своєї хвороби перед людьми; іноді пацієнти ніби «використовують» свою хворобу як можливість досягти певних цілей; можливий параноїдальний хід міркувань щодо факторів, які викликали виникнення захворювання та хронічний його перебіг, виявлення різноманітних агресивних орієнтацій, звинувачення інших у своїй хворобі [18, С. 60-61].

Визначення типу ставлення до хвороби крім адаптивності/дезадаптивності може також допомогти підтвердити наявність чи відсутність резерву особистісних адаптаційних можливостей. Так, дезадаптивні типи реагування на хворобу з інтерпсихічною направленістю можна розглядати як прагнення особистості протистояти негативному впливу захворювання. Наявність дезадаптивних типів реагування на хворобу з інтрапсихічною

направленістю в свою чергу є ознакою так званої «капітуляції» перед хворобою. Вищезгаданий резерв адаптаційних можливостей при ендогенних психічних розладах може бути використаний з метою зменшення дезадаптивного впливу хвороби та покращення рівня соціальної й психологічної адаптації [20, с. 12].

В клініці ендогенних психічних розладів робота клінічного психолога характеризується рядом перешкод в роботі з пацієнтами, серед яких на перший план виходять часті випадки некритичності до свого стану, недовіра до персоналу, низька контактність пацієнтів. То ж саме професійна компетентність, вміння посприяти налагодженню довірливих стосунків з пацієнтом в першу чергу впливатиме на успіх і ефективність діагностичного дослідження та психологічної корекції, психотерапії. Також визначення особистісних характеристик пацієнта ймовірно позитивно впливатиме на розуміння емоційної, когнітивної, вольової та мотиваційно-регулятивної сфер. Найчастіше при ендогенних розладах біологічні параметри є не стільки визначальними, скільки має вагу ставлення хворого до лікування і дотримання призначеного лікуючим лікарем режиму, внутрішня картина хвороби, критичність до власного стану, параметри самооцінки, сукупна картина «Я», локус контролю, що і впливатимуть на перспективи лікування, соціальної та професійної адаптації, якості життя людини загалом.

#### **1.4 Роль Я-Концепції та емоційної сфери в структурі механізмів психологічної адаптації**

Більшість авторів визнають, що процес розвитку психічного захворювання має великий вплив на формування і розвиток Я-концепції, наділяючи її якісною своєрідністю і спотворюючи її ієрархічну структуру, елементи, які вона містить, і зв'язки між ними. У своїх працях Джозеф Парнас висловлює ідею про те, що основним патопсихологічним компонентом

шизофренії є спотворення дорефлексивного основного уявлення про образ «Я». Ці базові уявлення часто відповідають за набутий суб'єктивний досвід поведінки, узгодженість і релевантність дій, що вона включає [33, с. 19].

Концепція «Я» — це комплекс структур, сформованих людиною як описова характеристика самого себе, поєднана з оцінкою цієї характеристики. У термінах опису концепції «Я» часто використовується назва «Я-образ» або «Я-картина». Частина, яка пов'язана із самоусвідомленням або реакцією на свої власні риси, часто називається самооцінкою або самоприйняттям. Насправді поняття «Я» означає не тільки те, ким є людина, але й те, що вона про себе думає і як бачить свої реальні можливості, а також свій майбутній розвиток [13, с. 22].

За К. Роджерсом, сприйняття людиною самої себе представляє цінність «концепції Я». У ситуаціях, коли доцільність власного «Я» становить загрозу природі людини, «Я-Реальне» суттєво відрізняється від «Я-Ідеального». Люди з такими великими відмінностями характеризуються недостатньою психологічною адаптацією, низькою самоактуалізацією, низькою спроможністю до самоусвідомлення, високою тривожністю, мінливим настроєм та емоційною нестабільністю. Особистість, яка характеризується негативною «Я-концепцією», тобто незадоволеністю собою, не здатна до кінця пізнати себе, а відповідно, оточуючих, і незадоволена життям своїм та поведінкою оточуючих. Тобто поряд із самоненавистю виникає ще й виражена неприязнь до оточення, тобто ставлення до себе відбивається і на ставленні до оточуючих, що призводить до дезадаптації [14, с. 77].

Зміни суб'єктивного сприйняття «Я» можна спостерігати при ряді розладів, які при формальному збереженні інтелекту супроводжуються зміною вираженості різних рис характеру і темпераменту людини, а також труднощами автоматичного використання інтелектуального досвіду та набуття нових знань. В інших випадках підвищується емоційна збудливість, реактивність, чутливість [13, с. 22-23].

Відсутність критики і наявність характерних структурних і логічних порушень при шизофренії може призвести до схильності до завищення самооцінки пацієнта, що досягає найвищого рівня вираженості, оскільки люди часто не в змозі адекватно оцінити зміни в особистості, викликані психічними порушеннями [12, с. 74]. Це часто вказує на нестійку Я-концепцію, психологічний захист, спрямований на створення хибного, нереального, «ідеального» Я-образу, форму захисту, яка, безумовно, має як позитивні, так і негативні сторони. З одного боку, це характеризується підвищенням активності людини, а з іншого – сприяє зниженню критичності та регуляції діяльності та поведінки суб'єкта, що відбивається на побудові планів на майбутнє, які відрізняються від тих, що відповідні реальності.

Ряд досліджень, спрямованих на вивчення Я-концепції хворих на шизоафективний розлад та ендогенні афективні розлади, доводять, що в даній категорії пацієнтів спостерігається знижена самооцінка, схильність до незадоволеності собою в поєднанні з різкими змінами у ставленні до інших осіб через швидкі зміни в емоційному стані та зміни обставин [19, с. 21]. Зміна ставлення до оточуючих деформує зокрема і внутрішньо-сімейні стосунки, що в свою чергу може повпливати на адаптаційні ресурси особи. Внутрішньо-сімейні чинники за великим рахунком можуть надавати двоякого впливу. Цей вплив може виявитися негативним у разі некоректного ставлення до хвороби пацієнтом та його родичами, і в цьому разі може спричинити рецидив. Але може бути й позитивний вплив – за рахунок формування рідними соціальної підтримки, тобто виду допомоги в подоланні тих вимог, що висуваються оточуючим середовищем особистості, та прийняття хворим такої допомоги, – і це в свою чергу позитивно позначається на адаптації пацієнта [23, с.363].

Вивчення психологічної адаптації тісно пов'язане з проблемою стресу. Г. Сельє запропонував концепцію стресу, в якій він розрізняв два рівні адаптивної системи: перший — це «поверхневий» рівень, який отримує ресурси з іншого «глибинного» рівня, який займається адаптаційною модифікацією



систем сталого стану всього організму. Г. Сельє стверджує, що в крайніх випадках, коли «поверхневі» резерви дефіцитні, а мобілізація «глибинних» ресурсів гальмується, існує ризик розвитку патологічних процесів, симптомами яких є неспецифічні порушення, властиві соматичним і психічним розладам. Проте, незалежно від типу дії та впливу стресової ситуації, відповідно до наявної адаптаційної фази (тривоги, резистентності чи виснаження) формується «нова функціональна система організму», достатня для адаптації до вимог середовища [37, с. 73].

Досвід вивчення адаптаційних здібностей особистості рядом дослідників вказує на емоційну стійкість як ймовірний критерій психологічної адаптації-деадаптації. Емоційна стійкість є інтегральною властивістю особистості, яка виражає здатність зберігати емоційну рівновагу і достатній рівень активності у достатньо мінливому середовищі існування. Емоційна стійкість поєднує біологічно детермінований рівень чутливості до сили та тривалості дії емоціогенних стимулів, форми емоційного відреагування та шляхи регулювання цих реакцій. Емоційно стійким особистостям притаманне почуття впевненості в собі і власної адекватності, а атмосфера комунікації з соціумом для них є емоційно комфортною. В екстремальних же ситуаціях та при вирішенні високого рівня складності задач люди, що володіють високим рівнем емоційної стійкості, є швидшими і більш точними, аніж нестійкі. Значущою складовою адаптації є тривожність, прояви якої виявляються на різних рівнях психофізіологічної сфери (емоційному, когнітивному, руховому, психовегетативному) [5, с. 237-238].

Тривога — це універсальний феномен, що має зв'язок з людською реакцією на стрес. Еволюційно тривога — це адаптивна функція, адже вона слугує виживанню людини та спонукає людину уникати загрожуючих обставин. І саме адаптація як мобілізація всіх наявних ресурсів організму з метою швидкої зміни поведінки й пристосування до нових змінених умов життєдіяльності, вважається основним призначенням тривоги [7, с. 141].

Коли мова заходить про тривогу, ми повинні пам'ятати про труднощі розрізнення раціональної та патологічної тривоги. Ключова відмінність між раціональною та патологічною тривогою полягає в тому, що перша є вираженням людської безпорадності перед обличчям реальної небезпеки, тоді як остання часто є результатом уявної ворожості. На думку Р. Мея, невротична тривога є реакцією на загрозу, по-перше, недостатньою для боротьби з об'єктивною небезпекою, по-друге, включає витіснення (дисоціацію) та інші прояви захисних механізмів, тому, по-третє, людина обмежує деякі свої поведінкові акти за допомогою різноманітних невротичних механізмів захисту. При раціональній тривозі людина може впоратися з нею конструктивно на свідомому рівні, або при зміні об'єктивних обставин тривога зменшується. Раціональна тривога обумовлена реальною ситуацією і є адекватною за інтенсивністю та тривалістю, тоді як патологічна тривога зумовлена виключно хворобливим процесом або є надто гострою та тривалою по відношенню до причини, що її викликала [7, с. 145-146].

Крім того тривогу трактують як функцію «Его», вважаючи її призначенням попередження людини про ймовірну загрозу, що насувається, і яку необхідно зустріти або якої треба уникнути. Тривога дає людині змогу реагувати в небезпечних обставинах адаптивним шляхом. Витіснення розглядають як первинний механізм психологічного захисту, що позбавляє особистість болісного для неї відчуття тривоги, ним назовні проривається і тривога, пов'язана з цим змістом. В результаті цього активізується ряд додаткових захисних механізмів психіки, функцією котрих є зміцнення «греблі», яка стримує недозволені імпульси. Поміж таких – раціоналізація, заміщення, реактивне утворення, регресія, ізоляція (інтелектуалізація), проекція та сублимація. Витіснення активується через появу загрози «Его» (що співвідносно з загрозою самооцінці), а не через просту неприємність. Коли загроза «Его», яка послугувала причиною витіснення, зникає, то витіснений зміст знову актуалізується в свідомості. Тобто для витісненого матеріалу стало

безпечним знову повернення на рівень усвідомлення, коли загроза зникла сама чи її було навмисно усунуто [28, с. 80].

Давайте розглянемо зв'язок між самооцінкою людини та її здатністю справлятися зі стресом. У подоланні стресу велике значення має позитивне чи негативне самосприйняття людини. Це важлива частина самооцінки. Люди, які добре себе почувають, мають позитивне самосприйняття, відповідно мають високу самооцінку. Вони впевнені в собі, знають свої якості та здібності, тому вибирають відповідні Я-реальному цілі. Самооцінка впливає на те, як вони реагують на стрес. Люди з низькою самооцінкою сильніше реагують на стрес, ніж люди з високою самооцінкою.

У кожного є більш-менш виражені психологічні конфлікти. Вони поділяються на функціональні та дисфункціональні. У психічно хворих пацієнтів останнє трапляється частіше через відсутність адаптаційних можливостей. Крім того, вирізняють внутрішньоособистісні або інтраперсональні конфлікти та міжособистісні чи інтерперсональні конфлікти. Характеристика зони конфліктного переживання є важливою ознакою психологічної адаптованості. Детермінантами психологічного конфлікту в психологічній літературі часто постають розбіжності й невідповідності в структурі «Я» [13, с. 24].

Таким чином, дослідження показують, що в ситуаціях усвідомленого внутрішньопсихологічного конфлікту переважають такі чинники: копінг-стратегії — відчуження, самоконтроль, уникнення, прийняття відповідальності; механізми психологічного захисту — інтелектуалізація та раціоналізація. У осіб з несвідомлюваними конфліктами провідними є захисні механізми інтелектуалізація та витіснення; типи ставлення до хвороби (як потенційні внутрішні ресурси подолання): ейфоричний (або анозогнозичний), тривожно-депресивний або obsесивно-фобічний, іпохондричний, неврастенічний, вітально-тужливий та апатичний. Для усвідомлюваного внутрішньопсихологічного конфлікту переважають стратегії подолання:

конфронтація, пошук соціальної підтримки, уникнення та позитивна переоцінка. У неусвідомлюваного – захисні механізми: проекція, заміщення, реактивні формування, регресія; типи реагування на захворювання: сенситивний, істероїдний, агресивний, паранояльний [13, с 24].

### **Висновки до розділу 1**

Психологічна адаптація – це активна функція особистості, яка відповідає за забезпечення відповідності актуальних потреб особистості вимогам середовища та динамічним змінам умов життя. Вона включає в себе такі складові: сприйняття та обробку інформації, емоційне відреагування, копінг-стратегії, захисні механізми та внутрішню картину хвороби. Залежно від них можливі різні варіанти поведінки, що відповідають намаганням вдало впоратися з захворюванням. Психологічні захисні механізми та копінг-стратегії постають як способи опосередкування засобів і джерел адаптації та водночас організації їх у адаптаційні структури. Вони розглядаються як способи адаптації до стресових ситуацій, де стратегії подолання визначаються як індивідуальні стратегії дій, спрямовані на подолання або переоцінку психологічно загрозливих ситуацій, а механізми психологічного захисту спрямовані на полегшення психічного дискомфорту.

Говорячи окремо про адаптивні функції психологічних захистів, варто підкреслити: підтримання інтегрованості поведінкових патернів і зниження рівня тривожності та емоційної напруги; підтримку, зміцнення і розвиток позитивно оцінюваних аспектів самосвідомості; захист свідомості від неприємних, часто травмуючих переживання та впливу внутрішніх та зовнішніх конфліктів, тривожних станів, станів дискомфорту; досягнення цілісності та злагодженості внутрішнього світу, подолання хвилювання та напруги; подолання складних стресових станів, яким можна вважати в тому числі й виникнення чи загострення хвороби. Не можна не говорити і про

подвійний вплив механізмів психологічного захисту на особистість. З одного боку, вони справді допомагають підтримувати внутрішню рівновагу особистості та захищають особистість від негативних переживань, а з іншого – певним чином заважають росту та розвитку особистості, гальмуючи розвиток її «Я», розвиток нових способів адаптації.

Мобільною властивістю, яка разом із захисними механізмами і внутрішніми особистісними можливостями розкриває адаптивний потенціал індивіда, є копінг-поведінка як процес конструктивної адаптації, що призводить до подолання особистістю складних ситуацій з одночасним підвищенням самооцінки.

Копінг-поведінкові механізми, де копінг-стратегії розуміються як особистісні стратегії дій, спрямовані на вирішення або переосмислення ситуацій, що загрожують особистісній цілісності, а психологічні захисні механізми, які спрямовані на зменшення психологічного дискомфорту, вважаються можливостями адаптації до стресу. Проте захисні механізми розглядаються як непрактичні та жорсткі негнучкі процеси, які не враховують цілісності ситуації та можливості оцінки довгострокових перспектив, тому можуть підривати поведінкову інтеграцію та не є конструктивним підходом до подолання труднощів. Натомість стратегії подолання — це конструктивні способи подолання труднощів, спрямовані на реалістичну адаптацію до навколишнього світу з урахуванням загальної ситуації та здатності розбивати проблеми на потенційно вирішувані завдання.

Ставлення до хвороби можна розглядати як специфічний вид психологічної адаптації, найважливішу підсистему психологічної регуляції поведінки людини, яка виникає на основі основних механізмів психологічної адаптації в умовах прогресуючої хвороби. Також поняття внутрішня картина хвороби розглядають через відношення до захворювання, що тісно пов'язано з терміном «свідомість хвороби», що транслює сприйняття людиною свого захворювання та відчуття, пов'язані з хворобою, а також наміри і дії, що з них

впливають. Ставлення до хвороби є «найважливішою підсистемою психологічної регуляції поведінки людини», яка формується на основі основних механізмів психологічної адаптації в умовах прогресуючої хвороби. Розрізняють 12 типів ставлення до хвороби, згрупованих у три групи відповідно до характеру адаптації та інтрапсихічної чи інтерпсихічної спрямованості. Перший включає реалістичний, стенічний і анозогностичний типи ставлення до хвороби, при яких психологічна адаптація особливо не порушена. Відомо, що хворим з анозогностичним та стенічним типами реагування на хворобу властива неповна або відсутня критика до свого стану, недооцінка значимості хвороби чи цілковите витіснення її; іноді недотримання режиму, поринання в працю чи заперечення наявності захворювання, але у цих хворих немає явних проявів адаптаційних психологічних розладів, що дозволяє умовно розглядати такі типи ставлення до захворювання в одній групі з гармонійним. Ті типи реагування на хворобу, яким властива психічна дезадаптація, пов'язана з хворобою, включені в другу групу (з інтрапсихічною) та третю (з інтерпсихічною направленістю). До другої групи належать тривожно-депресивний або obsесивно-фобічний, іпохондричний, неврастенічний, вітально-тужливий, апатичний типи реакцій на хворобу. Емоційна складова установок цих хворих характеризується дезадаптивною поведінкою: реагування драгітливістю або слабкістю, тривогою, млявістю, байдужістю, депресивними станами, «відходом» від хвороби, невірою в ефективність лікування чи можливості боротьби з хворобою тощо. Третя група сенситивний, егоцентричний, дисфоричний і паранояльний типи ставлення до хвороби, що виявляються в такому дезадаптивному поводженні хворих: часто їм соромно через своє захворювання; іноді хворі "користуються" хворобою як можливістю втілення певних цілей; вони вигадують паранояльного типу ідеї щодо факторів, які зумовлювали виникнення хвороби та її хронічного протікання; проявляють агресивні нахили, звинувачення інших у своїй хворобі.

Те, що людина думає про себе, відображає те, що мається на увазі під «Я-концепцією». У ситуаціях, коли доцільність власного «Я» становить загрозу природі людини, «Я-Реальне» суттєво різниться від «Я-Ідеального». Люди з такими великими відмінностями характеризуються недостатньою психологічною адаптацією, низькою самоактуалізацією, низьким рівнем самоусвідомлення, високою тривожністю та емоційною нестабільністю. Особистість, яка характеризується негативною «Я-концепцією», тобто незадоволеністю собою, не здатна до кінця пізнати себе, а відповідно, оточуючих, незадоволена життям і поведінкою оточуючих. Тобто поряд з ненавистю до себе присутня явна огида до навколишнього середовища, тобто ставлення до себе також відбивається на ставленні до оточуючих, викликаючи дезадаптацію. Зміни суб'єктивного сприйняття «Я» можна спостерігати при ряді розладів, які при формальному збереженні інтелекту супроводжуються зміною вираженості ряду рис характеру і темпераменту людини, а також труднощами автоматичного використання інтелектуального досвіду та набуття нових знань. В інших випадках підвищується емоційна збудливість, реактивність, чутливість.

Відсутність критики у хворих на шизофренію і наявні характерні структурно-логічні розлади мислення провокують тенденцію до завищення самооцінки хворих до крайнього верхнього рівня вираженості, тому що індивіди часто не в змозі адекватно оцінити зміни особистості, викликані психічним захворюванням [12 с.74]. Це часто вказує на нестійку Я-концепцію, психологічний захист, спрямований на створення хибного, нереального, «ідеального» Я-образу, форму захисту, яка, безумовно, має як позитивні, так і негативні сторони. З одного боку, це характеризується підвищенням активності людини, а з іншого – сприяє зниженню критичності та регуляції діяльності та поведінки суб'єкта, що відбивається на побудові планів на майбутнє, які несумісні з реальності.

Ряд досліджень, спрямованих на вивчення Я-концепції хворих на шизоафективний розлад та ендогенні афективні розлади, доводять, що в даній категорії пацієнтів спостерігається знижена самооцінка, схильність до незадоволеності собою в поєднанні з різкими змінами у ставленні до інших осіб через швидкі зміни в емоційному стані та зміни обставин.

Досвід вивчення адаптаційних здібностей особистості рядом дослідників вказує на емоційну стійкість як ймовірний критерій психологічної адаптації-деадаптації. Емоційна стійкість є інтегральною властивістю особистості, яка виражає здатність зберігати емоційну рівновагу і достатній рівень активності у достатньо мінливому середовищі існування. Значущою складовою адаптації є тривожність, прояви якої виявляються на різних рівнях психофізіологічної сфери (емоційному, когнітивному, руховому, психовегетативному). Коли мова заходить про тривогу, ми повинні мати на увазі труднощі в розрізненні раціональної тривоги від патологічної. Раціональна тривога обумовлена реальною ситуацією і є адекватною за інтенсивністю і тривалістю, тоді як патологічна тривога обумовлена виключно хворобливим процесом або є занадто сильною і тривалою по відношенню до причини, що її викликала.



## РОЗДІЛ 2

### МЕТОДИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

#### 2.1. Організація дослідження

На базі комунального некомерційного підприємства Київської обласної ради «Обласне психіатрично-наркологічне медичне об'єднання» (сmt Глеваха) проведено дослідження психологічної адаптації до захворювань у пацієнтів з ендogenousними психічними розладами. Дослідження проводилося у жіночому та чоловічому відділеннях первинного психотичного епізоду взимку та навесні 2021 та 2023 років.

У дослідженні прийняло участь 103 пацієнтів, з діагнозами параноїдна шизофренія, шизоафективний розлад та з пацієнти з ендogenousними афективними розладами (біполярний афективний розлад та рекурентний депресивний розлад) віком від 18 до 68 років, серед яких 61% — жінки, та 39% — чоловіки. В нозологічному аспекті хворі розподілились таким чином: 48 осіб — пацієнти з параноїдною формою шизофренії, 26 осіб — хворі на шизоафективний розлад, 29 осіб — хворі на ендogenousні афективні розлади (біполярний афективний розлад та рекурентний депресивний розлад).

До вибірки були включені лише пацієнти з клінічною ремісією зі зниженими психотичними симптомами та без серйозної медичної та невропатології. Усі випробувані дали інформовану згоду на участь у проведеному дослідженні, дослідження проводилося анонімно.

Основними методами дослідження є клініко-психологічний, клініко-катамнестичний, експериментально-психологічний та статистичний аналіз.

Клініко-психологічні методи представлені у формі клінічних інтерв'ю, метою яких є збір даних щодо психологічного анамнезу.

Метод клініко-катамнестичний полягає в аналізі медичних документів (історій хвороби, статистичних та амбулаторних карт), зборі даних шляхом опитування пацієнтів та їхніх родичів.

Експериментально-психодіагностичні методи: діагностика ставлення до захворювання за методикою ТОБОЛ (Вассерман Л.Ю., Іовлев Б.В., Карпова Е.Б., Вукс А.Я., 1987); застосування 16-факторного опитувальника Кетелла для виявлення індивідуальних особливостей хворого; методика Дембо-Рубінштейн для вивчення рівня самооцінки та домагань; використання методики Плутчика-Келлермана «Індекс стилю життя» з метою вивчення механізмів психологічного захисту пацієнтів; використання копінг-тесту Р. Лазаруса для виявлення стилів копінг-поведінки; та визначення того, чи є пацієнт готовим нести відповідальність за події, що відбуваються в його житті з допомогою методики Дж. Роттера, що використовується як методика діагностики рівня суб'єктивного контролю.

Статистичну обробку даних проводили за допомогою методів математичної статистики з використанням стандартного статистичного пакету SPSS Statistics 23. Під час обробки первинних даних було використано наступні статистико-математичні методи: частотний аналіз, односторонній ANOVA, двосторонній ANOVA, метод множинного порівняння, t-критерій Стюдента, кореляційний аналіз, таблиці сполучення.

## **2.2. Методичний інструментарій**

Дослідження типів ставлення до хвороби (серед них гармонійне (або реалістичне, зважене) ставлення до хвороби, ергопатичне (або стенічне), анозогнозне (ейфоричне), тривожне (тривожно-депресивне та obsесивно-фобічне), іпохондричне, неврастенічне, меланхолійне (або вітально-тужливе), апатичне, сенситивне, егоцентричне (чи істероїдне), паранояльне і дисфоричне (агресивне) ставлення до хвороби, по порядку поділяються на три групи: перша

включає адаптивні типи, друга і третя - дезадаптивні з внутрішньопсихічним і зовнішньопсихічним спрямуваннями) з використанням методика ТОБОЛ (Вассерман Л. Й., Ювлев Б. В., Карпова Є. Б., Вукс А. Я., 1987).

Анкета складається з 12 блоків тверджень, які допомагають діагностувати ставлення пацієнта до різних життєвих ситуацій, які прямо чи опосередковано пов'язані з його захворюванням. Тематично модулі розподілені за такими темами: оцінка загального стану здоров'я, настрою, апетиту та ставлення до їжі, безпосереднє ставлення до хвороби, ставлення до лікування хвороби, ставлення до лікарів та медичного персоналу, родичів та близьких людей, ставлення до інших, ставлення до роботи чи навчання, ставлення до самотності та майбутнього. Кожен блок у свою чергу містить від десяти до шістнадцяти тверджень. Пацієнта просять вибрати одне або два твердження, які йому найкраще підходять у кожному блоці, і відзначити зроблений вибір у реєстраційній формі.

Вивчення особистісні характеристики пацієнтів (серед іншого замкнутість-соціальна контактність, інтелектуальні здібності, емоційна стабільність-нестійкість, підпорядкованість-домінантність, стриманість-експресія, етичність поведінки, нерішучість-сміливість, жорсткість-сензитивність, довірливість-скептицизм, практичність-мрійливість, прямий-дипломатичний, спокійний-тривожний, консерватизм-активізм, конформізм-нонконформізм, самоконтроль, релаксація-стрес, тривога, інтроверсія або екстраверсія, вразливість-врівноваженість, конформність або незалежність) використовується шістнадцятифакторний опитувальник Кеттелла (форма А). Досліджуваному пропонується 187 запитань і три варіанти відповіді, з яких варто вибрати той, який досліджуваний вважає найкращим для себе.

Для дослідження самооцінки була використана модифікація методики Дембо-Рубінштейн в варіації Прихожан. Суб'єктам пропонувалося оцінити себе за семи характеристиками (здоров'я, характер, розум, здібності, авторитет, зовнішність і впевненість у собі), відзначаючи в спеціально відведеному місці

ступінь розвитку конкретних якостей (шкала самооцінки) і ступінь домагання, тобто ці ж якості в тому ступені розвитку, що їх міг би задовольнити і при якому вони пишалися б собою.

Для вивчення системи психологічних захисних механізмів пацієнтів (включаючи заперечення, витіснення, регресію, компенсацію, проєкцію, заміщення, інтелектуалізацію та реактивні формування) для визначення домінуючого механізму та рівня напруги кожного механізму Плутчик-Келлерман пропонує опитувальник «індекс життєвого стилю». Таким чином, хворим було представлено 97 тверджень, що описують те, що людина зазвичай відчуває або дії, які вона зазвичай виконує, з двома варіантами відповіді: «Так» чи «Ні».

Для вивчення копінг-поведінки пацієнтів використовувався Копінг-тест Р. Лазаруса, який містив такі шкали: конфронтація, відчуження, самоконтроль, пошук соціальної підтримки, прийняття відповідальності, уникнення, планування рішення проблем, позитивна переоцінка. Надано ряд 50 тверджень щодо поведінки у складних життєвих ситуаціях. Необхідно вибрати пропонований варіант відповіді серед наступних: «часто», «іноді», «рідко», «ніколи».

Психодіагностичне дослідження рівня суб'єктивного контролю проводилося з допомогою методики, що була створена для вивчення готовності пацієнтів брати на себе відповідальність за події, що відбуваються в їхньому житті (авторство Дж. Роттера). Методика складається з 44 пунктів і дозволяє оцінити зовнішні-внутрішні ефекти в сферах досягнень, невдач, сімейних і особистих стосунках, виробничих відносинах. Є також пункти, які вимірюють рівень суб'єктивного контролю в області здоров'я та хвороби. Було розроблено дві версії анкети, версія А використовувалася нами для дослідницьких цілей. Тому респондентам було запропоновано оцінити кожне твердження за шестибальною шкалою (від -3 до +3), де -3 означає повну незгоду, а +3 означає повну згоду (і надано також проміжні варіанти відповідей).

## Висновки до розділу 2

У проведеному дослідженні прийняло участь 103 пацієнтів, з встановленими діагнозами «Шизофренія. Параноїдна форма», «Шизоафективний розлад» та з ендогенними афективними розладами («Біполярний афективний розлад» та «рекурентний депресивний розлад») віком від 18 до 68 років, серед яких 61% — жінки, та 39% — чоловіки. В нозологічному аспекті хворі розподілились таким чином: 48 осіб — пацієнти з параноїдною формою шизофренії, 26 осіб — хворі на шизоафективний розлад, 29 осіб — хворі на ендогенні афективні розлади (біполярний афективний розлад та рекурентний депресивний розлад).

Дослідження було проведено взимку-навесні 2021 та 2023 років на базі Комунального некомерційного підприємства Київської обласної ради «Обласне психіатрично-наркологічне медичне об'єднання» (сmt Глевага).

Основними методами дослідження є клініко-психологічний, клініко-катамнестичний, експериментально-психологічний та статистичний аналіз.

Діагностика типу ставлення до захворювання здійснювалася за методикою ТОБОЛ (Вассерман Л.Ю., Іовлев Б.В., Карпова Е.Б., Вукс А.Я., 1987); застосовувався 16-факторний опитувальник Кетелла для виявлення індивідуальних особливостей хворого; методика Дембо-Рубінштейн для вивчення рівня самооцінки та домагань; використано методику Плутчика-Келлермана «Індекс життєвого стилю» з метою вивчення механізмів психологічного захисту пацієнтів; використано також копінг-тест Р. Лазаруса для виявлення стилів копінг-поведінки; та визначення того, чи є пацієнт готовим нести відповідальність за події, що відбуваються в його житті, здійснено з допомогою методики Дж. Роттера, яка використовується як методика діагностики рівня суб'єктивного контролю.

Статистичну обробку даних проводили за допомогою методів математичної статистики з використанням стандартного статистичного пакету SPSS Statistics 23.

## РОЗДІЛ 3

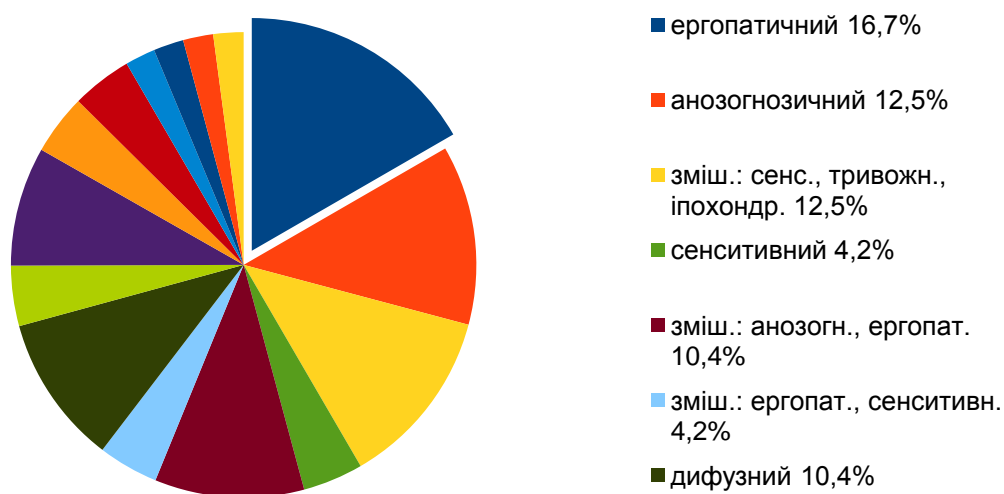
### ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПСИХОЛОГІЧНОЇ АДАПТАЦІЇ ДО ЗАХВОРЮВАННЯ У ХВОРИХ НА ЕНДОГЕННІ ПСИХІЧНІ РОЗЛАДИ

#### 3.1 Особливості психологічної адаптації до хвороби у хворих на шизофренію

З застосуванням частотного аналізу було виявлено: в серед хворих на шизофренію найчастіше зустрічається ергопатичний тип реагування на хворобу (16,7%), що характеризується уникненням думок про хворобу шляхом “відходу в роботу”, надміру відповідальним, майже одержимим ставлення до професійної діяльності, що значно посилюється, в порівнянні з тим, що було до захворювання. Такі пацієнти характеризуються вибіркоким ставленням до лікування і необхідності обстежень, що зумовлено прагненням будь якою ціною продовжувати працювати, зберегти професійний статус та можливість продовження повноцінної трудової діяльності в тій же якості, не дивлячись на захворювання.

Дещо рідше, але все ще досить часто зустрічаються анозогностичний тип реагування на захворювання (12,5%), що характеризується активним відкиданням думок про захворювання та можливі його наслідки, у даній категорії пацієнтів це часто проявляється нездатністю усвідомити наявність хвороби, зниженою чи повністю відсутньою критичністю до свого захворювання і власного стану, що часто спричиняє відмову від лікування, бажання обійтися власними силами, віра, що все саме налагодиться, а також (при ейфоричному варіанті такого типу ставлення до хвороби) необгрунтовано підвищений настрій, нерозсудливе, легковажне ставлення до лікування; а також змішаний тип ставлення до хвороби, що включає в себе прояви сенситивного, тривожного та іпохондричного (12,5%). Таким чином, можна сказати, що деякі

пацієнти схильні турбуватися про те, як їх сприймає суспільство, особливо найближче коло спілкування, і тому вони мають труднощі у формуванні міжособистісних стосунків. Надмірна зосередженість на процесі одужання та суб'єктивних неприємних відчуттях, а також страх, викликаний думками та занепокоєнням щодо несприятливого перебігу хвороби. Згадані види ставлення до захворювання також часто зустрічаються в складі змішаних у даній категорії хворих (див. Рис. 3.1.1).



Рис

. 3.1

.1.

Пор

івня

ння

пош

ире

нос

ті

різн

их

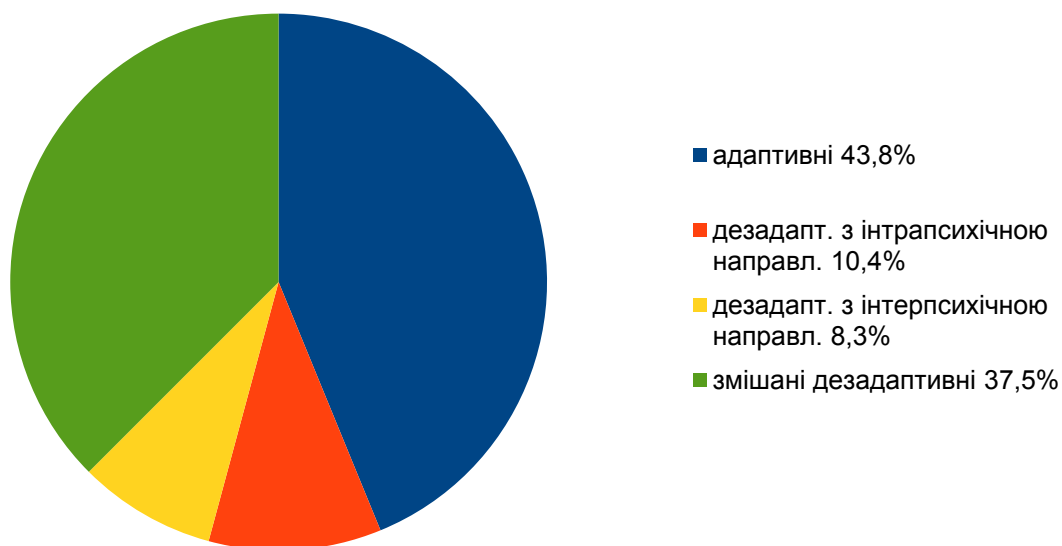
типів ставлення до хвороби у пацієнтів, хворих на шизофренію

Частотний аналіз також використовувався для опису типів ставлення до хвороби з урахуванням адаптивності-дезадаптивності та інтрапсихічних або інтерпсихічних орієнтацій, і виявлено, що серед даної категорії пацієнтів з чотирьох можливих типів реагування на хворобу (адаптивний, дезадаптивний з інтра- та інтерпсихічною направленістю і змішаний дезадаптивний) переважають адаптивні типи ставлення до хвороби (43,8%), серед них психологічна адаптація суттєво не порушена. Одним із них вважається зважений чи гармонійний тип реагування на захворювання, також відомий як реалістичний. Характеризується здатністю адекватно оцінити стан людини, не перебільшуючи і не недооцінюючи його тяжкість. У хворих на шизофренію



така реакція на хворобу зустрічається дуже рідко — 4,2% випадків. Також сюди відносять анозогностичний (12,5%) та ергопатичний (16,7%) типи реагування на захворювання. Вони характеризуються некритичним або з неповною критикою поглядом на свій стан, недооцінкою серйозності свого захворювання і навіть запереченням своєї хвороби. У той же час такі реакції на хворобу ще не дають підстав робити висновок про психологічну дезадаптацію.

Водночас, якщо розглядати лише адаптивність-дезадаптивність ставлення до захворювання, частіше зустрічається дезадаптивний тип (56,2%) (див. рис. 3.1.2).

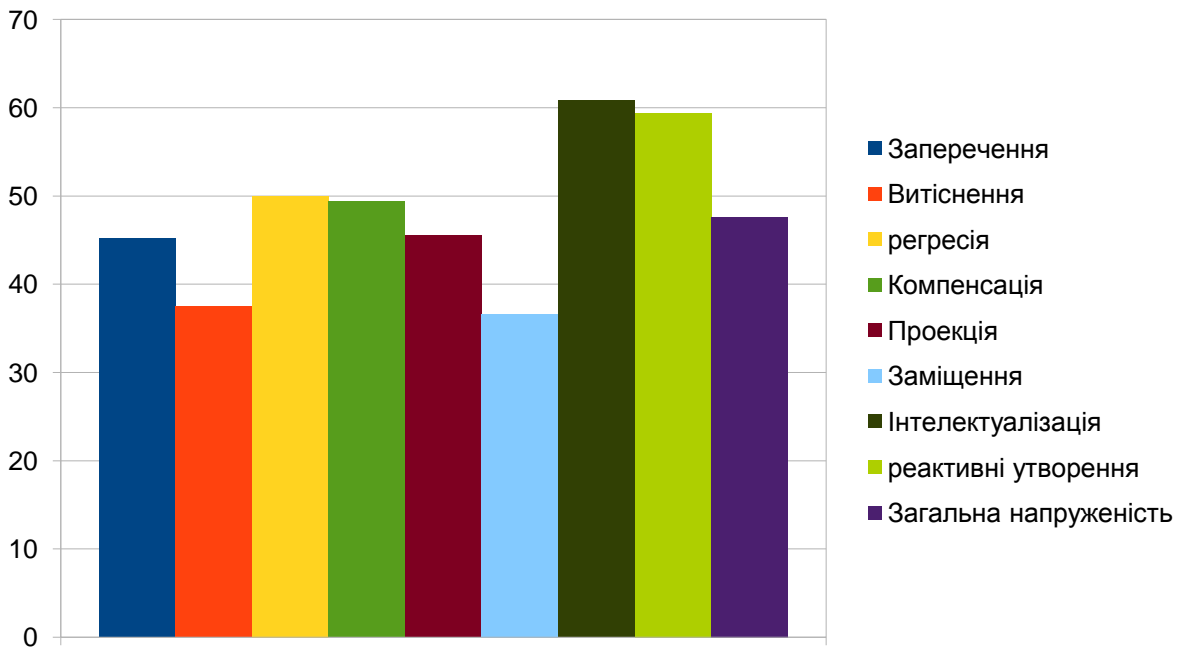


*Рис. 3.1.2. Порівняння поширеності адаптивних й дезадаптивний типів ставлення до хвороби у пацієнтів, хворих на шизофренію*

Міри центральної тенденції при різних формах психологічної захисної та копінг-поведінки, дають змогу спостерігати, що в групі випробовуваних з діагнозом «Шизофренія. Параноїдна форма» найбільш вираженою є проєктивна форма психологічного захисту «реактивні утворення» (гіперкомпенсація) ( $Mx=59,4$ ;  $Md=70$ ;  $Mo=90$ ), що характеризується попередженням прояву особистісно неприйнятних або неприємних думок і почуттів через

перебільшене представлення протилежних бажань. Таку форму психологічного захисту називають дезадаптивною формою.

На ряду з цим механізмом найбільш вираженим також виявився дефензивний механізм «інтелектуалізація» або «раціоналізація» ( $Mx=60,8$ ;  $Md=64$ ;  $Mo=67$ ), і вже він був зарахований до адаптивного механізму психологічного захисту. Цей механізм працює через надто «розумовий» і логічний спосіб впоратися з фрустраційними ситуаціями. При цьому важливо відзначити, що ці показники відповідають високому рівню напруженості описаних вище захисних механізмів. Проте загальна напруженість психологічних захистів в межах норми (див.рис. 3.1.3).



*Рис. 3.1.3. Порівняння середніх показників вираженості механізмів психологічного захисту серед хворих на шизофренію*

Група хворих з адаптивним типом ставлення до захворювання на статистично значущому рівні відрізняється від пацієнтів з дезадаптивним з інтрапсихічною направленістю за показником подавлення (знач = 0,04). З допомогою частотного аналізу встановлено, що при адаптивних типах ставлення хвороби рівень вираженості механізму подавлення ( $Mx=32$ ;  $Md=33$ ;

Mo=8) значно нижчий, ніж при дезадаптивних з інтрапсихічною направленістю (Mx=58,2; Md=54; Mo=33).

З допомогою однофакторного дисперсійного аналізу було встановлено, що існує статистично значуща відмінність між групами з базовою середньою та середньою спеціальною освітою за вираженістю механізму психологічного захисту “заміщення” (знач. = 0,04), та копінг стратегією “прийняття відповідальності” (знач. = 0,012). У пацієнтів з базовою середньою освітою заміщення виражено значно вище (Mx=51,7; Md=54; Mo=54), ніж у пацієнтів з середньою спеціальною (Mx=26,8; Md=19; Mo=0). Прийняття відповідальності у хворих з базовою середньою освітою (Mx=58,2; Md=57; Mo=57) також вище, ніж у пацієнтів з середньою спеціальною освітою (Mx=49; Md=48; Mo=48).

Підгрупа пацієнтів з середньою спеціальною освітою на статистично значущому рівні відрізняється від груп з вищою та середньою базовою за показником копінг-стратегії “позитивна переоцінка” (знач. < 0,05). Хворі з середньою спеціальною освітою (Mx=46,1; Md=46; Mo=36) мають нижчий рівень позитивної переоцінки, ніж хворі з базовою середньою (Mx=57,7; Md=57; Mo=45). чи вищою (Mx=59; Md=58; Mo=58) освітою.

Після розрахунку показників центральної тенденції для різних форм копінг-поведінки було отримано наступні результати: вже згадана стратегія прийняття відповідальності як розуміння особистої ролі у виникненні труднощів виявилася найменш вираженою стратегією (Mx=49,8; Md=50; Mo=48) на ряду зі стратегією “конфронтаційний копінг”, який характеризується можливістю активно протистояти труднощам (Mx=49,9; Md=50; Mo=44), проте вони також знаходяться в межах норми.

Механізм уникнення як стратегія подолання негативних переживань, пов'язаних із ситуаціями фрустрації, шляхом заперечення проблем, фантазій, невиправданих очікувань, спроб відволіктися від відповідей на існуючі проблемні ситуації тощо, виявляється найбільш очевидною формою копінг-поведінки (Mx =57,3; Md=58; Mo=61). У теорії Р. Лазаруса ця форма подолання

є емоційно-орієнтованою і, отже, менш конструктивною, ніж проблемно-орієнтована поведінка подолання. Але ці показники є середніми (див. рис. 3.1.4).

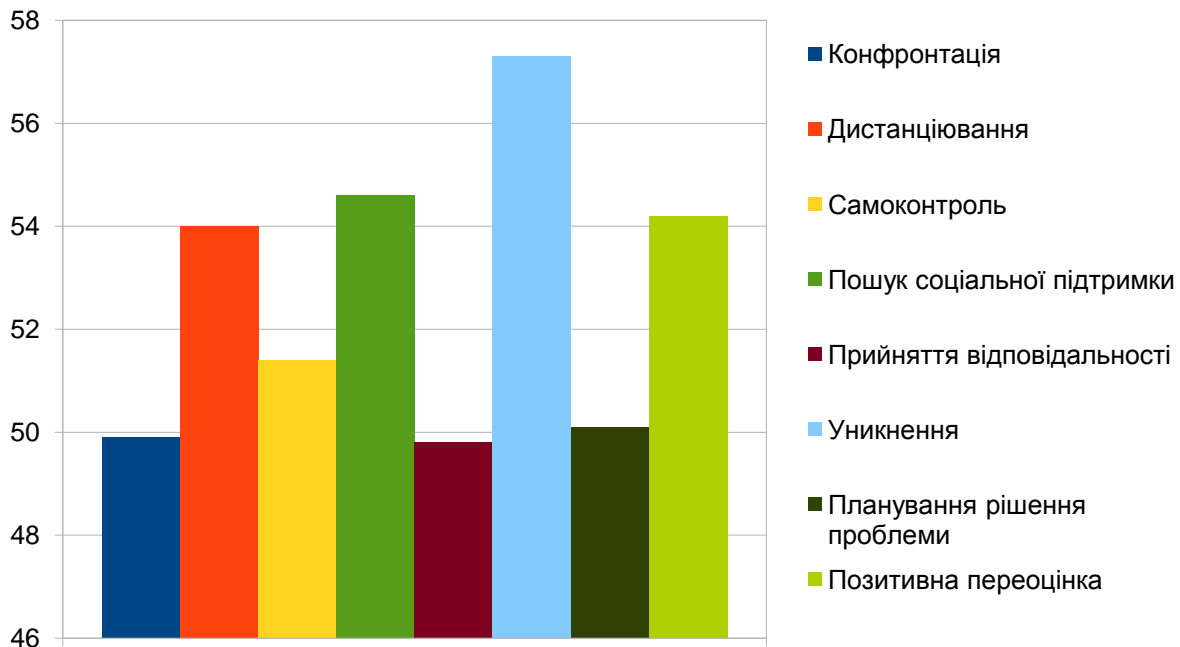


Рис. 3.1.4. Порівняння середніх показників вираженості копінг-стратегій серед хворих на шизофренію

Згадана стратегія “уникнення” має помірний кореляційний зв’язок з механізмом психологічного захисту “проекція” ( $r=0,489$ ;  $p=0.00$ ).

Застосувавши кореляційний аналіз, вдалося також встановити прямий помірний кореляційний зв’язок між механізмом психологічного захисту “заперечення” та копінгом “дистанціювання” ( $r=0,436$ ;  $p<0.05$ ).

Також за шкалою дистанціювання група пацієнтів, хворих на шизофренію, що мають дезадаптивні типи ставлення до хвороби з інтерпсихічною направленістю відрізняються на статистично значущому рівні від хворих з адаптивними (знач. =0,006), змішаними (знач. =0,005) та дезадаптивними інтрапсихічними (знач. =0,016) типами ставлення до хвороби. Дистанціювання у хворих на шизофренію з дезадаптивним типом ставлення до хвороби з інтерпсихічною направленістю ( $Mx=32$ ;  $Md=32$ ;  $Mo=32$ ) виражено значно нижче, ніж у пацієнтів з адаптивним типом ставлення до хвороби

( $Mx=54,9$ ;  $Md=57$ ;  $Mo=50$ ), змішаним ( $Mx=56,2$ ;  $Md=53$ ;  $Mo=49$ ) та дезадаптивним з інтрапсихічною направленістю ( $Mx=53,5$ ;  $Md=56$ ;  $Mo=57$ ) (див. рис. 3.1.5).

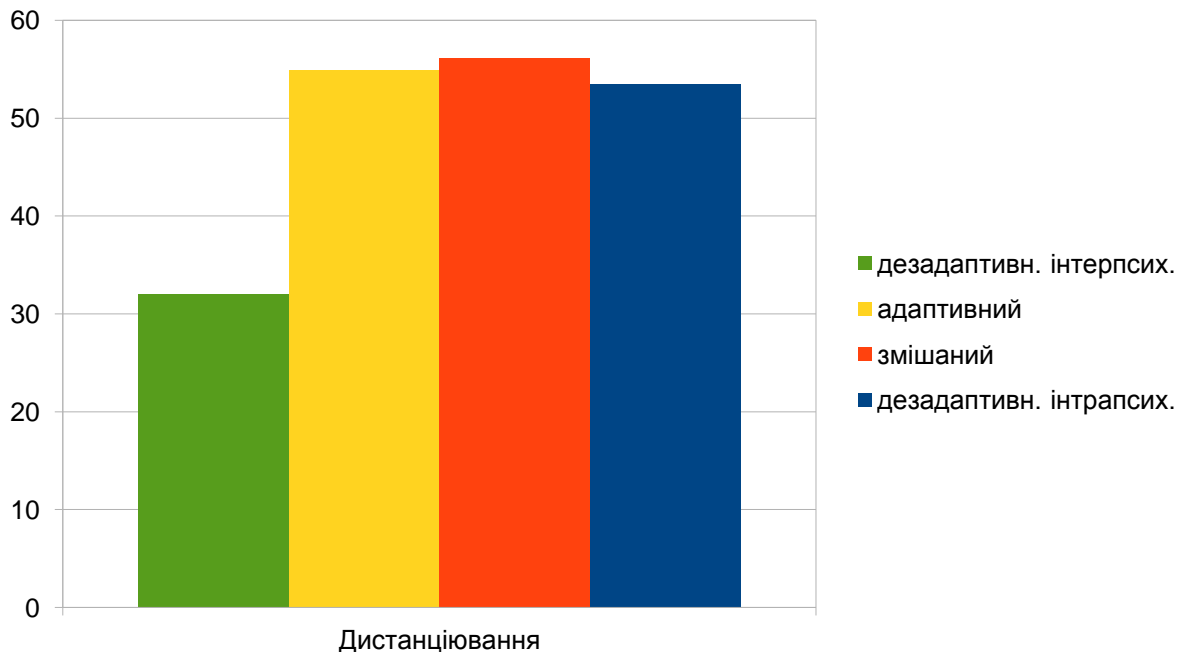


Рис. 3.1.5. Порівняння середніх показників вираженості дистанціювання серед хворих на шизофренію з різними типами реагування на хворобу

Крім того серед даної категорії хворих переважає екстернальний локус контролю у всіх сферах життєдіяльності, крім області здоров'я та хвороб ( $Mx=5,6$ ;  $Md=6$ ;  $Mo=6$ ), тобто дана категорія хворих схильна відчувати більше за собою відповідальність за своє здоров'я і лікування, вважають, що їх стан здоров'я є здебільшого наслідком їх власних дій та рішень, і разом з тим в світлі зниженої критики до свого стану менше схильні звертатися за допомогою до лікарів.

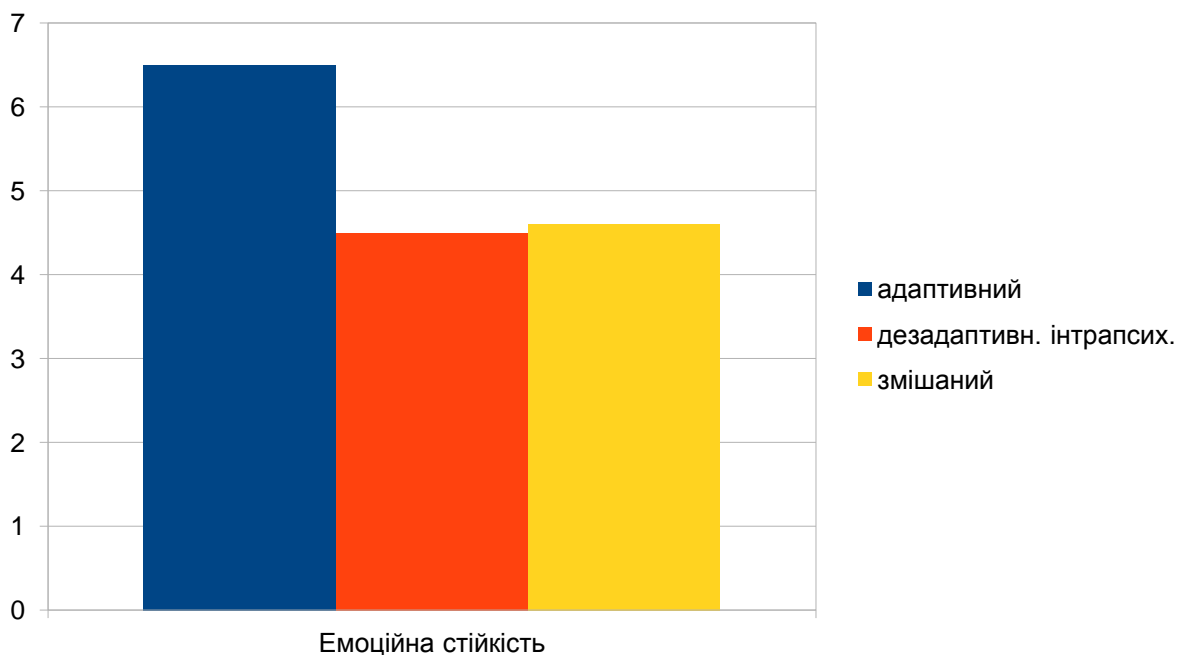
Також, застосувавши таблиці сполучення, вдалося з'ясувати, що існує помірної міри пряма зв'язаність інтернальності в області здоров'я і хвороб з тривалістю останньої ремісії ( $r=-0,35$ ;  $p<0.05$ ). Тобто чим довше тривала остання ремісія у хворих на параноїдну шизофренію, тим вищий рівень суб'єктивного контролю в області здоров'я їм притаманний. Чим менш тривалою була остання ремісія у пацієнта, тим більше ці хворі схильні наділяти

відповідальністю за власне здоров'я оточення, зокрема рідних, лікарів, долю тощо.

З допомогою кореляційного аналізу вдалося також встановити статистично значущий помірний прямий кореляційний зв'язок рівня суб'єктивного контролю в області здоров'я і хвороб з віком ( $r=0,393$ ;  $p=0,000$ ), що дозволяє нам стверджувати, що чим старше хворий, що страждає на шизофренію, тим більше він відчуває відповідальність за свій стан здоров'я та підвладність області здоров'я і хвороб його власним діям, відповідно чим молодшого віку хворий, тим більше він схильний вважати хвороби результатом випадку та розраховувати на те, що одужання має настати в результаті дій лікарів чи інших людей.

Хворі на шизофренію характеризуються також низьким рівнем моральної нормативності ( $Mx=4,2$ ;  $Md=4$ ;  $Mo=3$ ), що характеризується схильністю до непостійності, підвладністю почуттів, випадку, обставин. Схильні потурати своїм бажанням, нехтувати виконанням групових вимог та норм. Їм часто характерна неорганізованість, низька відповідальність, імпульсивність, свобода від впливів, часто відчуженість та замкнутість, підозрілість.

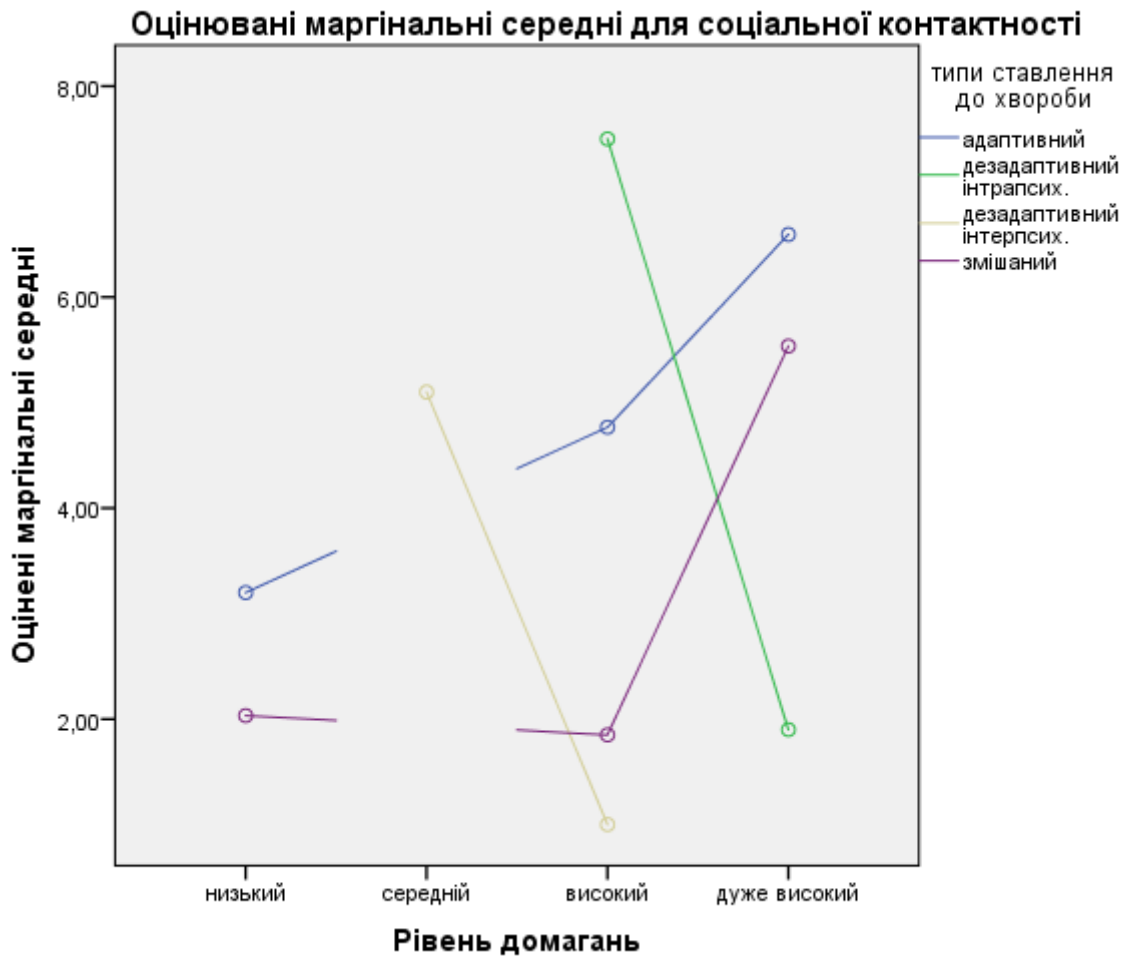
За показником емоційної стійкості пацієнти, хворі на шизофренію, що мають адаптивний тип ставлення до захворювання відрізняються на статистично значущому рівні від пацієнтів, які мають змішані (знач. = 0,02) та дезадаптивні з інтрапсихічною направленістю (знач. = 0,023) типи реагування на хворобу. Пацієнти згаданої категорії з адаптивними типами ставлення до захворювання характеризуються найвищою емоційною стійкістю, в порівнянні з хворими на параноїдну шизофренію, що мають інші типи реагування на захворювання (див. рис. 3.1.6).



*Рис. 3.1.6. Порівняння середніх показників емоційної стабільності серед хворих на шизофренію з різними типами реагування на хворобу*

З допомогою кореляційного аналізу було встановлено прямий помірний кореляційний зв'язок соціальної контактності з механізмом психологічного захисту “заміщення” ( $r=0,479$ ;  $p<0.05$ ), та копінг-стратегією “конфронтація” ( $r=0,469$ ;  $p<0.05$ ).

З допомогою двофакторного дисперсійного аналізу було також визначено особливості соціальної контактності хворих на шизофренію у зв'язку з рівнем домагань і типом ставлення до хвороби, та з'ясовано, що у хворих з адаптивними і змішаними типами реагування на хворобу з підвищенням рівня домагань поступово підвищується рівень соціальної контактності, та у хворих зі змішаними типами реагування на хворобу він дещо нижчий, ніж у хворих з адаптивними типами, а також нижчий за норму у всіх випадках крім тих, де рівень домагань є завищеним, що може бути пов'язано з дезадаптивними включеннями. У хворих з дезадаптивними типами реагування навпаки з підвищенням рівня домагань стрімко знижується рівень соціальної контактності (див. рис. 3.1.7). Представлені дані є соціально значущими і пояснюють 67% дисперсій.



*Рис. 3.1.7. Особливості соціальної контактності хворих на шизофренію у зв'язку з рівнем домагань і типом ставлення до хвороби*

Рівень домагань у хворих на шизофренію також має статистично значущий сильний прямий кореляційний зв'язок з емоційною стабільністю ( $r=0,517$ ;  $p=0,00$ ), що дає нам змогу стверджувати, що з підвищенням емоційної стійкості у хворих на параноїдну шизофренію підвищується також і рівень домагань, а також обернений кореляційний зв'язок помірної сили із тривогою ситуаційною ( $r=-0,480$ ;  $p=0,00$ ) та тривожністю особистісною ( $r=-0,477$ ;  $p=0,00$ ), тобто чим нижча особистісна і ситуаційна тривожність у пацієнтів, хворих на шизофренію, тим вищий рівень домагань вони мають і навпаки.

### **3.2 Особливості психологічної адаптації до хвороби у хворих на ендогенні афективні розлади**



З застосуванням частотного аналізу було виявлено, що серед хворих на ендогенні афективні розлади найчастіше зустрічається дифузний тип ставлення до захворювання (24,1%), що характеризується нечіткістю та невизначеністю в ставленні пацієнта до власного захворювання.

Серед чистих типів ставлення до хвороби у хворих на ендогенні афективні розлади найчастіше зустрічається ергопатичний (13,8%). Цей тип ставлення до захворювання характеризується униканням думок про хворобу шляхом “відходу в роботу”, підвищеною відповідальністю щодо професійної діяльності, прагненням будь що зберегти професійний статус. Дещо рідше, проте майже на тому ж рівні серед хворих на афективні ендогенні розлади зустрічається анозогнозичний (10,3%) тип реагування на захворювання, що характеризується відкиданням думок про захворювання та можливі його наслідки; і сенситивний тип ставлення до захворювання (10,3%), що характеризується підвищеною вразливістю, переживаннями щодо можливості скласти у оточуючих несприятливого враження у зв'язку з захворюванням. Страх здаватися неповноцінним в очах оточуючих, страх ймовірного поблажливого ставлення з боку оточення, пліток, погіршення міжособистісних стосунків. Стурбованість ймовірністю стати тягарем для близьких і тим, що стосунки з рідними зіпсуються. Цей тип ставлення до захворювання у хворих на ендогенні афективні розлади зустрічається також в складі більшості змішаних типів реагування на хворобу. Це дає нам можливість робити висновок, що саме його прояви є найбільш характерними для пацієнтів, хворих на ендогенні афективні розлади (див. рис. 3.2.1). В поєднанні з цим особливості копінг-поведінки даної категорії пацієнтів вказують на те, що часто ці хворі схильні до формування залежної поведінки та мати надмірні очікування стосовно оточуючих.



*Рис. 3.2.1. Порівняння поширеності різних типів ставлення до хвороби у пацієнтів, хворих на ендогенні афективні розлади*

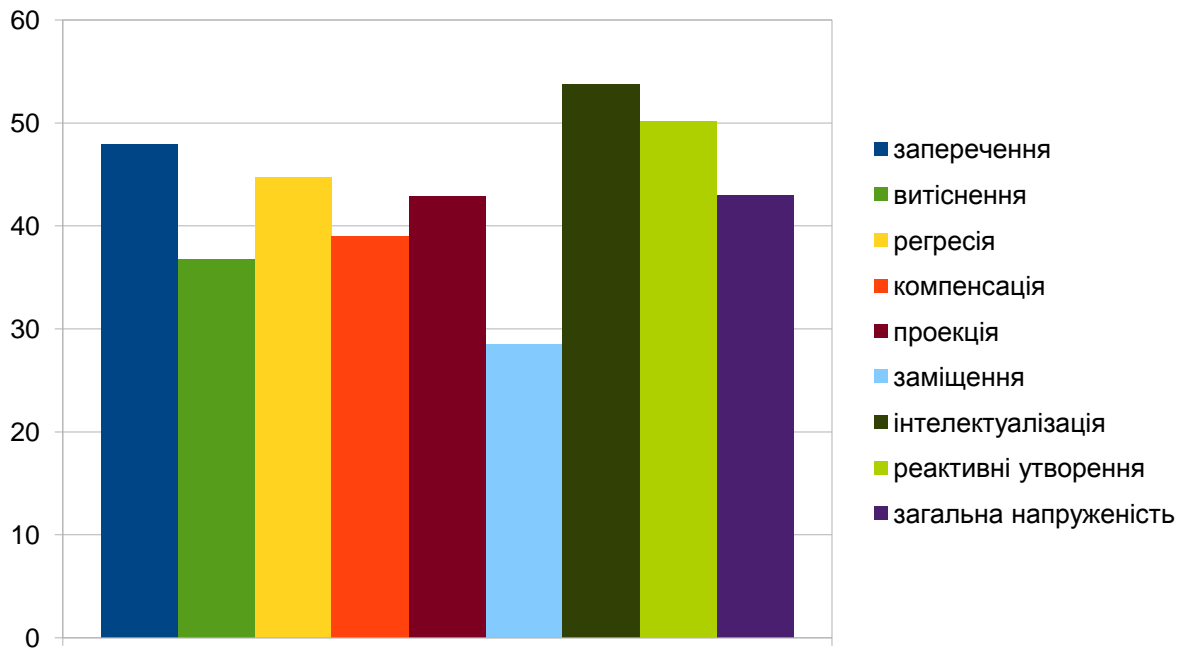
Також застосовано частотний аналіз для характеристики типів ставлення до хвороби з урахуванням адаптивності-дезадаптивності та інтрапсихічної чи інтерпсихічної направленості у хворих на ендогенні афективні розлади, і було виявлено, що серед даної категорії пацієнтів найчастіше зустрічаються змішані типи реагування на хворобу, проте якщо брати до уваги лише критерій адаптивності-дезадаптивності, то переважають дезадаптивні типи ставлення до захворювання (див. рис. 3.2.2.). А у зв'язку з тим, що найчастіше у пацієнтів виражені саме сензитивні включення (як в змішаних типах реагування на хворобу, та і в якості чистого сензитивного типу), це дає змогу робити висновок про переважання все-таки інтрапсихічної спрямованості, яка, хоч і належить до проявів психологічної дезадаптації, але разом з тим містить в собі виражений адаптаційний ресурс і сильний потенціал та готовність боротися з захворюванням, на відміну від інтрапсихічної спрямованості, яка частіше характеризується байдужістю до себе і власного стану, що зумовлена так званою “капітуляцією” перед хворобою.



*Рис. 3.2.2. Порівняння поширеності адаптивних й дезадаптивних типів ставлення до хвороби у пацієнтів, хворих на ендогенні афективні розлади*

Обчислюючи показники центральної тенденції для різних форм психологічної захисної та копінг-поведінки, можна спостерігати, що даній групі досліджуваних найбільш вираженим є механізм психологічного захисту «інтелектуалізація» або «раціоналізація» ( $Mx=53,8$ ;  $Md=58$ ;  $Mo=17$ ). Цей механізм долає фрустраційні ситуації надто «розумовим» і логічним шляхом, проте при показниках, що перебувають в межах норми він вважається конструктивним.

Майже на тому ж рівні виражена проєктивна дезадаптивна форма психологічного захисту «реактивні утворення» ( $Mx=50,2$ ;  $Md=40$ ;  $Mo=40$ ), яка характеризується попередженням прояву особистісно неприйнятних або неприємних думок і почуттів через перебільшене представлення протилежних бажань. Але разом з тим вираженість захисних механізмів психіки, що також відносять до найменш адаптивних, а саме подавлення ( $Mx=36,8$ ;  $Md=42$ ;  $Mo=50$ ) та заміщення ( $Mx=28,5$ ;  $Md=23$ ;  $Mo=8$ ), відповідає низькому рівню, і ці психологічні захисти є найменш вираженими серед всіх інших. Тобто загалом можна припускати, що захисні механізми психіки та копінги у даної категорії пацієнтів дають потенціал до формування успішної психологічної адаптації до захворювання (див. рис. 3.2.3).



*Рис. 3.2.3. Порівняння середніх показників вираженості механізмів психологічного захисту серед хворих на ендогенні афективні розлади*

Існує зворотній помірний кореляційний зв'язок подавлення з самооцінкою ( $r=-0,445$ ;  $p<0.05$ ), тобто у хворих на ендогенні афективні розлади зі збільшенням самооцінки знижується рівень напруженості вказаного механізму психологічного захисту.

Також є сильний зворотній кореляційний зв'язок загальної напруженості захисних механізмів з рівнем суб'єктивного контролю в сфері сімейних стосунків ( $r=-0,502$ ;  $p<0.05$ ): при високій напруженості захисних механізмів хворі на ендогенні афективні розлади характеризуються більшою екстернальністю. Також інтернальність в сімейних стосунках має помірний прямий кореляційний зв'язок з соціальною контактністю ( $r=0,443$ ;  $p<0.05$ ).

Крім того з допомогою кореляційного аналізу вдалося встановити, що існує тісний зворотній кореляційний зв'язок соціальної контактності з нонконформізмом ( $r=-0,780$ ;  $p<0.05$ ), тобто соціальна контактність у даної категорії хворих є тим більше вираженою, чим конформнішою є особа; а також помірний — з моральною нормативністю ( $r=-0,396$ ;  $p<0.05$ ).

Обчислюючи показники центральної тенденції для різних форм долаючої поведінки, можна спостерігати: найбільш вираженими копінг-стратегіями є пошук соціальної підтримки, що вказує на схильність даної категорії хворих до пошуку підтримки чи інформації у оточуючих людей щодо того, як слід коректно діяти в складній проблемній фруструючій ситуації ( $Mx=59,7$ ;  $Md=56$ ;  $Mo=50$ ); самоконтроль ( $Mx=57,1$ ;  $Md=57$ ;  $Mo=76$ ) як подолання неприємних і неприйнятних переживань, пов'язаних з проблемою, через цілеспрямоване стримування емоцій, зменшення їх впливу на оцінку виниклої ситуації, підвищення контролю поведінки та прагнення самоконтролю; та прийняття відповідальності ( $Mx=57,5$ ;  $Md=75$ ;  $Mo=83$ ) як розуміння особистої ролі у виникненні труднощів, що вважається проблема орієнтованою стратегією (див. рис.3.2.4). Але висока міра вираженості даних копінгів також вказує на те, часто ці пацієнти схильні до формування залежної поведінки та мати надмірні очікування стосовно оточуючих, мають труднощі з вираженням своїх переживань, потреб, побуджень, пов'язаних з хворобою, існує можливість необгрунтованої самокритичності та відчуття провини.

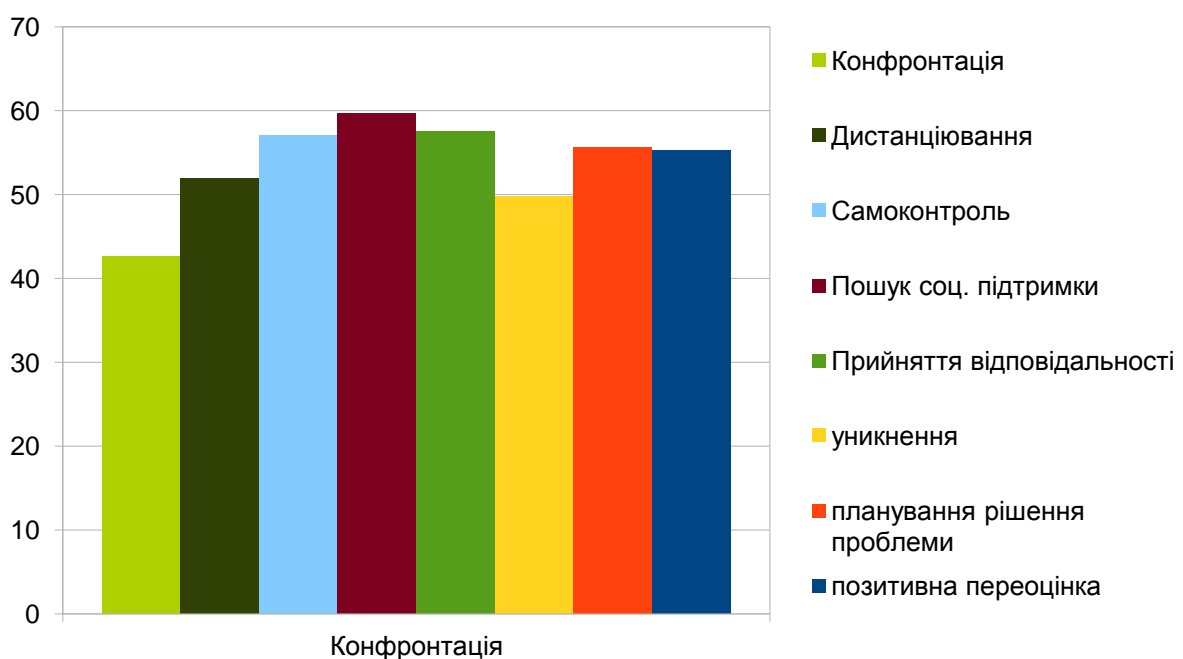


Рис. 3.2.4. Порівняння середніх показників вираженості копінг-стратегій серед хворих на ендогенні афективні розлади

З допомогою двофакторного дисперсійного аналізу було також встановлено, що при змішаних типах реагування на хворобу зі збільшенням тривалості захворювання стрімко знижується рівень копінг-стратегії самоконтролю. При дезадаптивних типах ставлення до хвороби рівень самоконтролю зі збільшенням тривалості хвороби спочатку поступово знижується, проте з часом починає стрімко зростати до дезадаптивного рівня, також при типах ставлення до захворювання з інтерпсихічною направленістю він загалом вищий і відповідає дезадаптивному рівню. При адаптивних типах ставлення до захворювання рівень самоконтролю зі збільшенням тривалості хвороби поступово зростає також до дезадаптивного рівня (див. рис. 3.2.5). Представлені дані є статистично значущими і пояснюють 58% дисперсій.

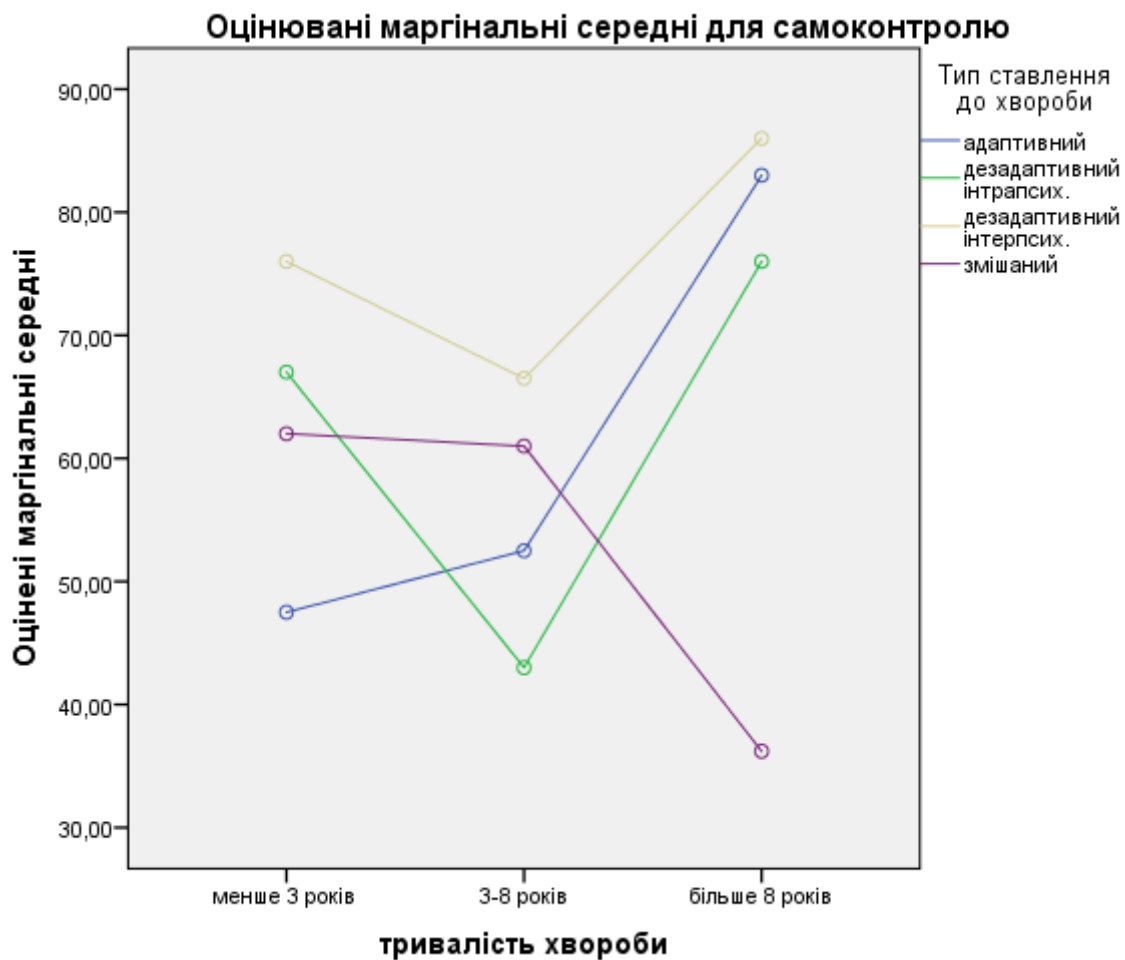


Рис. 3.2.5. Особливості самоконтролю хворих на ендogenous афективні розлади у зв'язку з тривалістю захворювання і типом ставлення до хвороби

Також було виявлено сильний прямий статистично значущий кореляційний зв'язок копінку прийняття відповідальності з підозрілістю ( $r=-0,547$ ;  $p<0.05$ ).

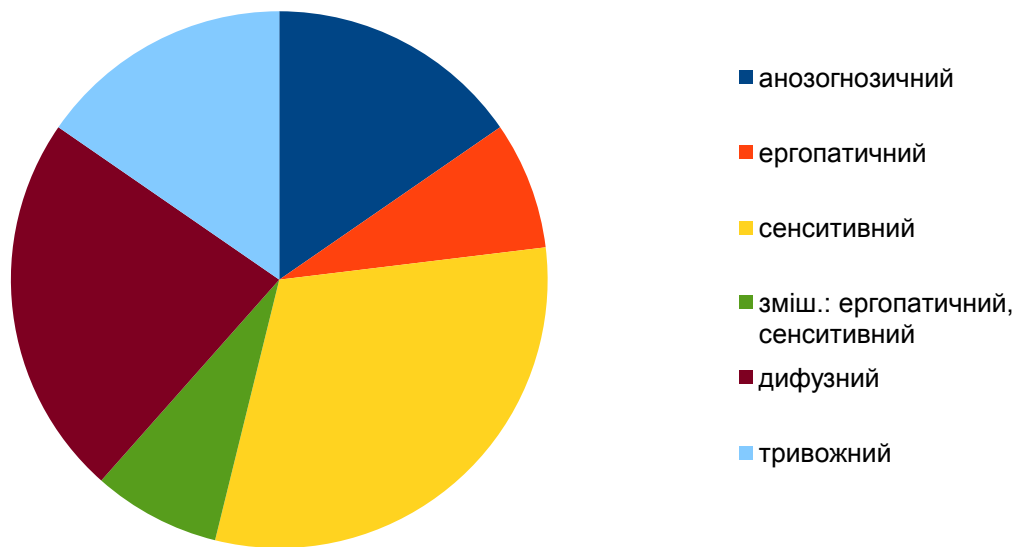
Крім того серед даної категорії хворих переважає екстернальний локус контролю у всіх сферах життєдіяльності, в тому числі в області здоров'я та хвороб ( $Mx=4,9$ ;  $Md=5$ ;  $Mo=6$ ), тобто дана категорія хворих схильна вважати здоров'я і хворобу результатом випадку та сподіватися, що одужання настане в результаті дії інших людей, в першу чергу фахівців.

З застосуванням t-критерію Стьюдента вдалося з'ясувати, що існує статистично значуща відмінність між чоловіками та жінками з ендогенними афективними розладами за шкалами сміливості (чоловіки є більш емоційно стриманими, обережними, соціально пасивними ( $Mx=3,7$ ;  $Md=3,5$ ;  $Mo=6$ ), в той час як жінки характеризуються більшою активністю, сміливістю, наявними емоційними інтересами ( $Mx=6,3$ ;  $Md=7$ ;  $Mo=7$ )), але разом з тим жінки виявляють більшу залежність від групи та конформність ( $Mx=7$ ;  $Md=7$ ;  $Mo=4$ ), ніж чоловіки ( $Mx=4,6$ ;  $Md=4$ ;  $Mo=3$ ), які навпаки орієнтуються орієнтацією на власну думку та самостійність.

### **3.3 Особливості психологічної адаптації до хвороби у хворих на шизоафективний розлад**

З застосуванням частотного аналізу було виявлено: серед хворих на шизоафективний розлад найчастіше зустрічається сенситивний тип ставлення до хвороби, що характеризується надмірною вразливістю, ранимістю, переживаннями щодо можливих несприятливих вражень, що можуть скластися у оточуючих у зв'язку з захворюванням. Страх здаватися неповноцінними в очах оточуючих, що оточуючі будуть висловлювати жаль та поблажливе ставлення, будуть пліткувати, розповсюджувати несприятливі чутки або навіть уникати спілкування з хворим. Також дана категорія хворих стурбовані

ймовірністю стати тягарем для близьких та рідних та що рідні змінять своє ставлення до них в несприятливий бік. Сенситивний тип ставлення до захворювання зустрічається також в складі наявного змішаного типу, що дає можливість робити висновок, що саме прояви даного типу ставлення до захворювання є найбільш характерними для пацієнтів, хворих на шизоафективний розлад (див. Рис. 3.3.1).

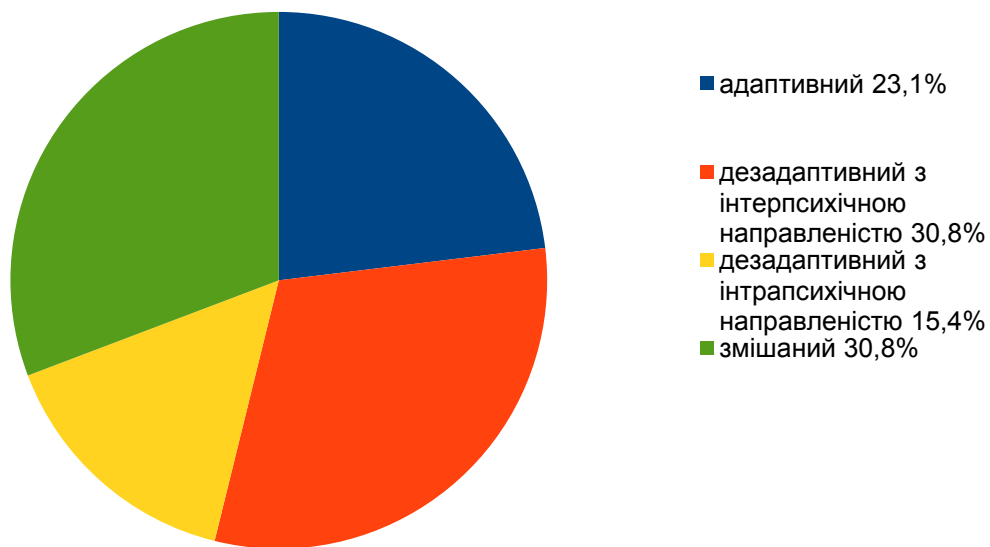


*Рис. 3.3.1. Порівняння поширеності різних типів ставлення до хвороби у пацієнтів, хворих на шизоафективний розлад*

Частотний аналіз також використовувався для характеристики типів ставлення до хвороби з урахуванням адаптивності-дезадаптивності та інтрапсихічних або інтерпсихічних орієнтацій, і виявлено, що серед даної категорії пацієнтів найчастіше зустрічається дезадаптивний тип реагування на хворобу з інтерпсихічною направленістю (див. рис. 3.3.2). Ці хворі часто соромляться своєї хвороби; інколи хворі ніби «використовують» хворобу як можливість досягти певних цілей; вони вигадують параноїдального типу домисли щодо факторів, що спричинили їхню хворобу та її хронічний перебіг; вдаються до різноманітних поведінкових актів агресивної спрямованості, звинувачують у своїй хворобі оточення. Але разом з тим ці дані дають



можливість підтвердити наявність резерву особистісних адаптаційних можливостей. Тобто, можна говорити, що ці хворі здатні протистояти негативному впливу захворювання. Вищезгаданий резерв адаптаційних можливостей може бути використаний з метою зменшення дезадаптивного впливу хвороби та покращення рівня соціальної й психологічної адаптації.

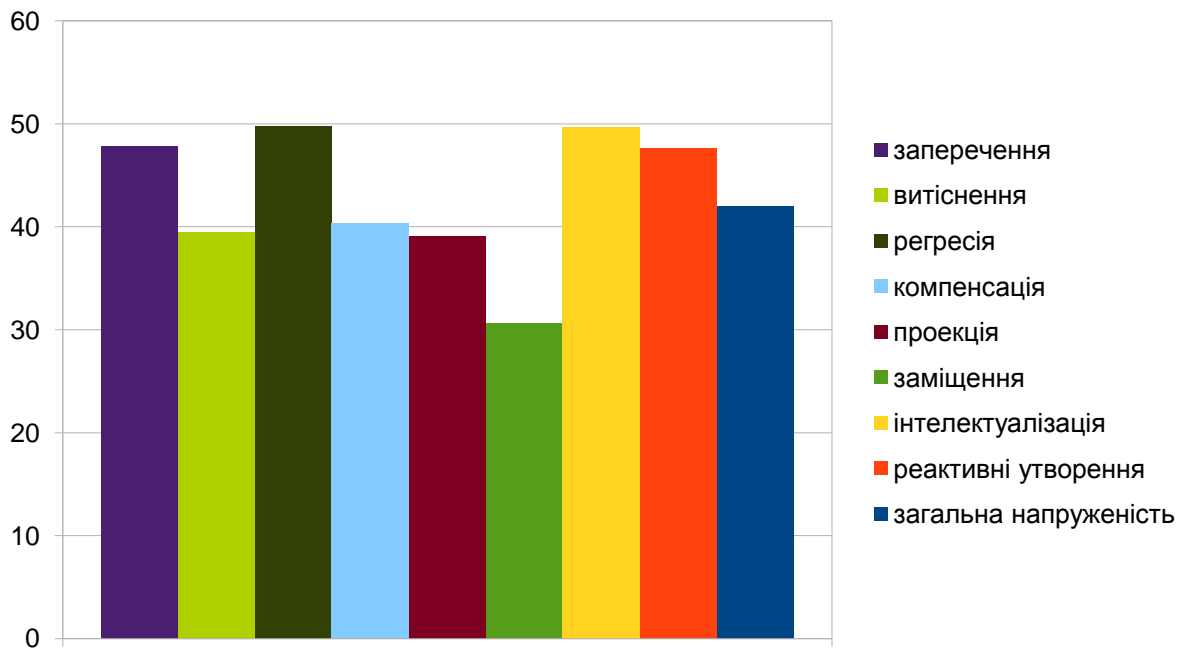


*Рис. 3.3.2. Порівняння поширеності адаптивних й дезадаптивний типів ставлення до хвороби у пацієнтів, хворих на шизоафективний розлад*

Обчислення мір центральної тенденції для різних форм копінг-поведінки дає змогу прослідкувати, що в даній групі досліджуваних найбільш вираженим є проєктивний механізм психологічного захисту регресія ( $Mx=49,7$ ;  $Md=43$ ;  $Mo=86$ ), що передбачає переходи на ранні стадії розвитку, щоб уникнути неприємних, тривожних переживань, пов'язаних із фруструючими ситуаціями, блокує потрапляння загрожуючої цілісності особистості інформації в свідомість.

Найменш вираженим є дефензивний механізм заміщення ( $Mx=30,7$ ;  $Md=23$ ;  $Mo=15$ ), що, на відміну від проєктивних, дозволяє надходження загрожуючої інформацію, проте переробляє її ніби то «безболісним» для особистості чином; цей механізм описують як схильність розрядити подавлені

емоції шляхом відреагування в бік об'єктів, більш доступних та менш небезпечних, ніж ті, що викликали цю напругу.



*Рис. 3.3.3. Порівняння середніх показників вираженості механізмів психологічного захисту серед хворих на шизоафективний розлад*

Існує помірний кореляційний зв'язок тривалості останньої ремісії з захисними механізмами “регресія” ( $r=0,406$ ;  $p<0.05$ ) та проєкція ( $r=0,470$ ;  $p<0.05$ ), а також сильний кореляційний зв'язок з механізмами компенсація ( $r=0,594$ ;  $p<0.05$ ), заміщення ( $r=0,580$ ;  $p<0.05$ ) та інтелектуалізація ( $r=0,537$ ;  $p<0.05$ ). Також доведено тісний прямий кореляційний зв'язок компенсації ( $r=0,597$ ;  $p<0.05$ ) та інтелектуалізації ( $r=0,530$ ;  $p<0.05$ ), а також помірний зв'язок заміщення ( $r=0,432$ ;  $p<0.05$ ) з тривалістю захворювання.

Доведено також наявність сильного прямого кореляційного зв'язку механізму подавлення з тривожністю ( $r=0,518$ ;  $p<0.05$ ).

Подібний розрахунок мір центральної тенденції для різних форм копінг-поведінки дав наступні результати: найбільш вираженою копінг-стратегією є дистанціювання ( $Mx=55,7$ ;  $Md=55,5$ ;  $Mo=48$ ), що передбачає подолання негативних переживань шляхом цілеспрямованого подавлення емоцій і знецінення проблеми, зниження її суб'єктивної значущості. Рівень вираженості

даної стратегії вказує на можливість уникнення емоціогенних вчинків імпульсивного характеру, раціональний підхід до вирішення проблемних ситуацій.

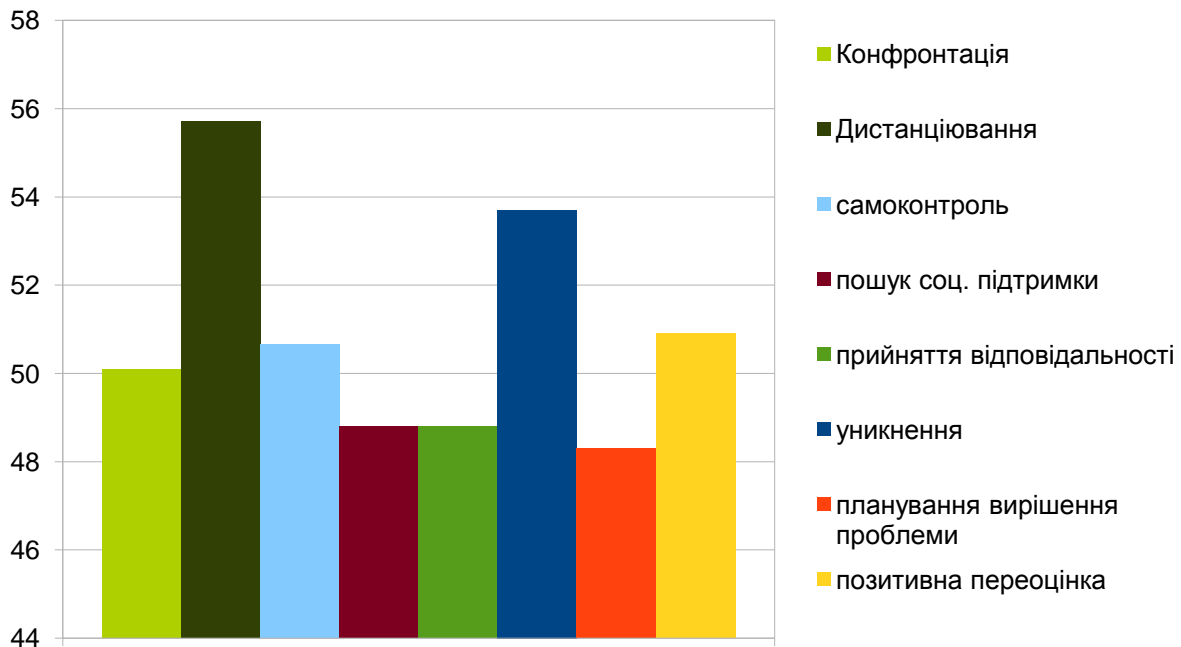


Рис. 3.3.4. Порівняння середніх показників вираженості копінг-стратегій серед хворих на шизоафективний розлад

Також з допомогою однофакторного дисперсійного аналізу було з'ясовано, що існують статистично значущі відмінності у вираженості дистанціювання у хворих на шизоафективний розлад з різними типами ставлення до хвороби, а саме між хворими з ергопатичним типом ставлення до хвороби та дифузним (знач. = 0,031), ергопатичним та тривожним (знач. = 0,041). Здійснивши частотний аналіз для вказаних категорій хворих, вдалося виявити, що хворі з ергопатичним типом ставлення до хвороби ( $M_x=70$ ;  $M_d=70$ ;  $M_o=70$ ) мають вищий за норму рівень вираженості дистанціювання, а також вищий ніж хворі з дифузним ( $M_x=51,3$ ;  $M_d=52$ ;  $M_o=48$ ) та тривожним ( $M_x=51$ ;  $M_d=51$ ;  $M_o=42$ ) типом реагування на хворобу (див. рис. 3.3.5).

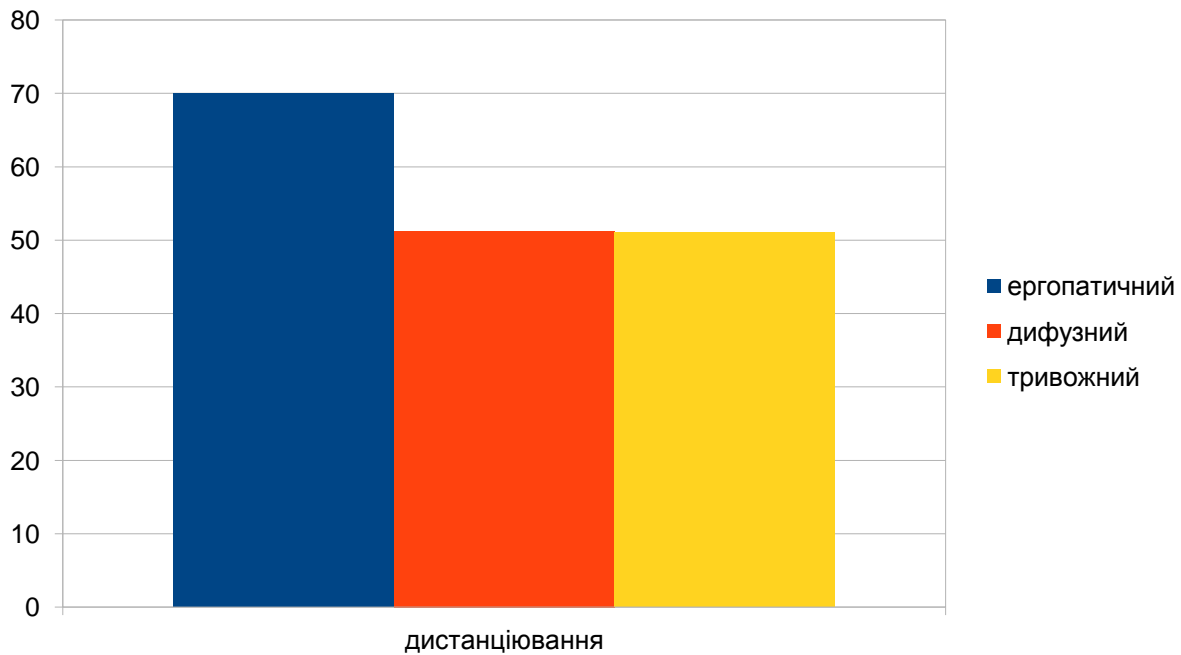


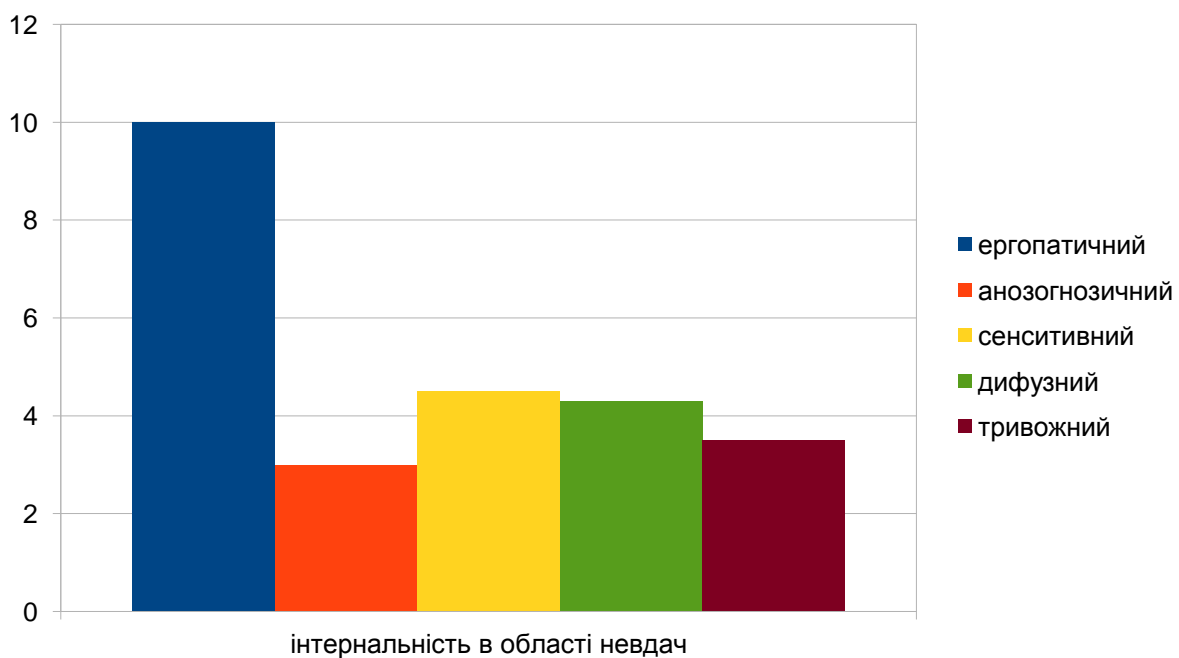
Рис. 3.3.5. Порівняння середніх показників вираженості дистанціювання серед хворих на шизоафективний розлад з різними типами ставлення до хвороби

Існує також сильний зворотній кореляційний зв'язок психологічного захисту “заперечення” з копінгом “прийняття відповідальності” ( $r=-0,564$ ;  $p<0.05$ ), та помірний — з незалежністю ( $r=-0,424$ ;  $p<0.05$ ), а також існує прямий помірний кореляційний зв'язок заперечення з соціальною контактністю ( $r=0,435$ ;  $p<0.05$ ).

Також вдалося встановити сильний прямий кореляційний зв'язок тривалості останньої ремісії з рядом копінгів, зокрема з пошуком соціальної підтримки ( $r=0,598$ ;  $p<0.05$ ), з плануванням вирішення проблеми ( $r=0,541$ ;  $p<0.05$ ) та з позитивною переоцінкою ( $r=0,715$ ;  $p<0.05$ ). Тривалість хвороби ж має тісний прямий кореляційний зв'язок з плануванням вирішення проблеми ( $r=0,568$ ;  $p<0.05$ ).

Крім того серед даної категорії хворих переважає екстернальний локус контролю у всіх сферах життєдіяльності, крім області міжособистісних стосунків та області досягнень і невдач. Однофакторний дисперсійний аналіз допоміг з'ясувати, що за ознакою інтернальності в області невдач підгрупа хворих з ергопатичним типом ставлення до хвороби відрізняється на

статистично значущому рівні від хворих з анозогнозичним (знач. = 0,009), сенситивним (знач. = 0,031), дифузним (знач. = 0,032) і тривожним (знач. = 0,017) типами ставлення до хвороби. Так рівень інтернальності в області невдач серед хворих з ергопатичним типом реагування на хворобу ( $M_x=10$ ;  $M_d=10$ ;  $M_o=10$ ) вищий за рівень в групі хворих з анозогнозичним ( $M_x=3$ ;  $M_d=3$ ;  $M_o=1$ ), сенситивним ( $M_x=4,5$ ;  $M_d=4$ ;  $M_o=4$ ), дифузним ( $M_x=4,3$ ;  $M_d=4$ ;  $M_o=3$ ) і тривожним ( $M_x=3,5$ ;  $M_d=3,5$ ;  $M_o=1$ ) типами реагування на хворобу (див. рис.3.3.6).



*Рис. 3.3.6. Порівняння середніх показників інтернальності в області невдач у хворих на шизоафективний розлад з різними типами ставлення до хвороби*

Також з допомогою двофакторного дисперсійного аналізу вдалося встановити, що при адаптивних та дезадаптивних інтрапсихічних типах реагування на захворювання рівень суб'єктивного контролю в області невдач знижується з підвищенням самооцінки, при дезадаптивних інтрапсихічних і змішаних з підвищенням самооцінки в межах нормальної рівень суб'єктивного контролю в області невдач поступово підвищується, проте надалі також має стрімке зниження (див. рис. 3.3.7). Отримані значення є статистично значущими і пояснюють 93% дисперсій.

### Оцінювані маргінальні середні для рівня суб'єктивного контролю в області невдач

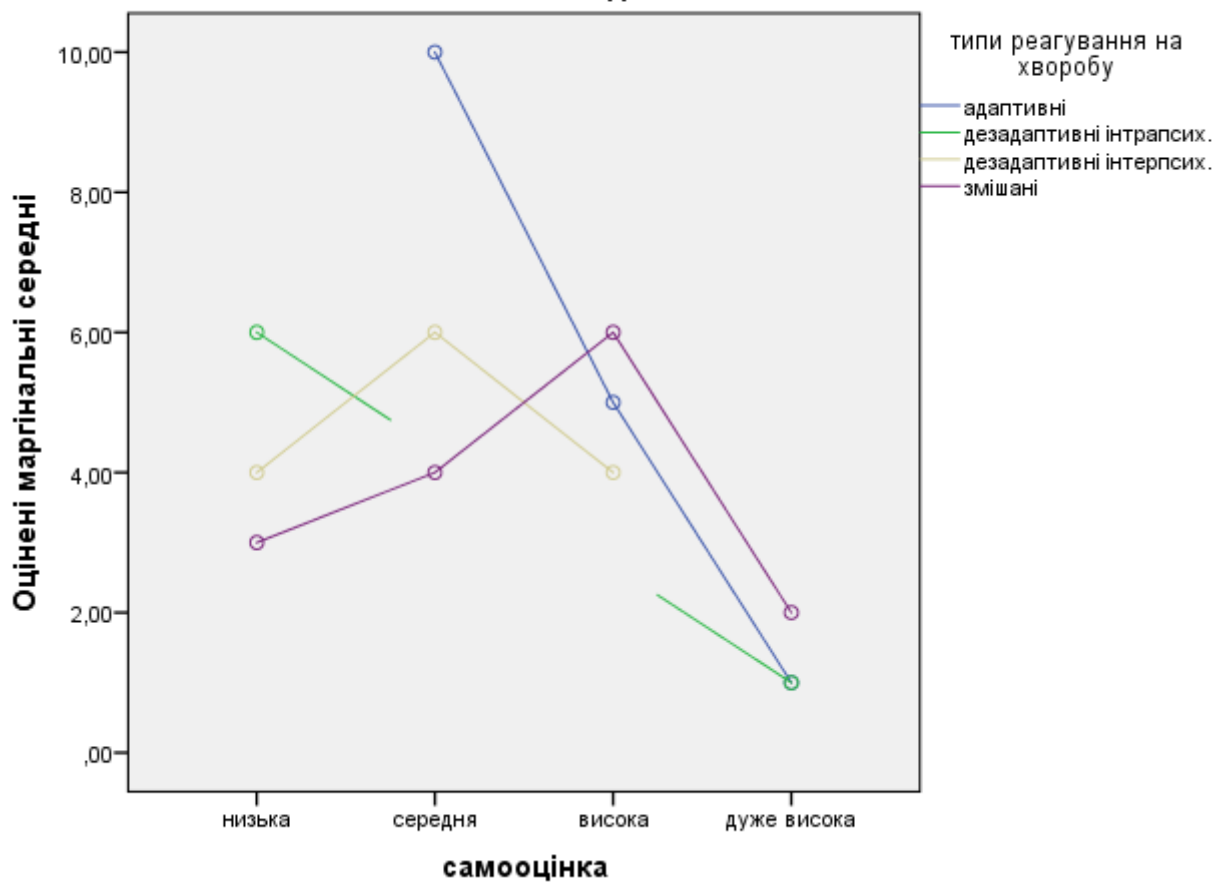


Рис. 3.3.7. Особливості рівня суб'єктивного контролю в області невдач у хворих на ендогенні афективні розлади у зв'язку з рівнем самооцінки і типом ставлення до хвороби

Загалом хворі на шизоафективний розлад характеризуються низьким рівнем моральної нормативності ( $Mx=4,3$ ;  $Md=4$ ;  $Mo=4$ ), що характеризується схильністю до непостійності, підвладністю почуттів, випадку, обставин. Схильні потурати своїм бажанням, нехтувати виконанням групових вимог та норм. Їм часто характерна неорганізованість, низька відповідальність, імпульсивність, свобода від впливів, часто відчуженість та замкнутість. Також їм часто притаманна висока практичність поглядів ( $Mx=4,3$ ;  $Md=4$ ;  $Mo=3$ ), швидке прийняття рішень щодо практичних завдань, орієнтація на зовнішню реальність.

Хворі характеризуються досить високим рівнем особистісної тривожності ( $Mx=6,7$ ;  $Md=7$ ;  $Mo=7$ ), що виражається в неспокої, стурбованості, ранимості, підвладності настрою, страхах, невпевненості в собі, схильності до самозвинувачень, почуття провини, незадоволеності собою, чутливості до схвалення чи несхвалення з боку оточення.

Група хворих з сенситивно-ергопатичним типом реагування на хворобу відрізняється від груп з ергопатичним (знач. = 0,038), сенситивним (знач. = 0,024) і тривожним (знач. = 0,012) типами реагування на хворобу за ознакою підозрливості на статистично значущому рівні. Рівень підозрливості у пацієнтів з сенситивно-ергопатичним типом реагування на хворобу значно вищий (див. рис. 3.3.8).

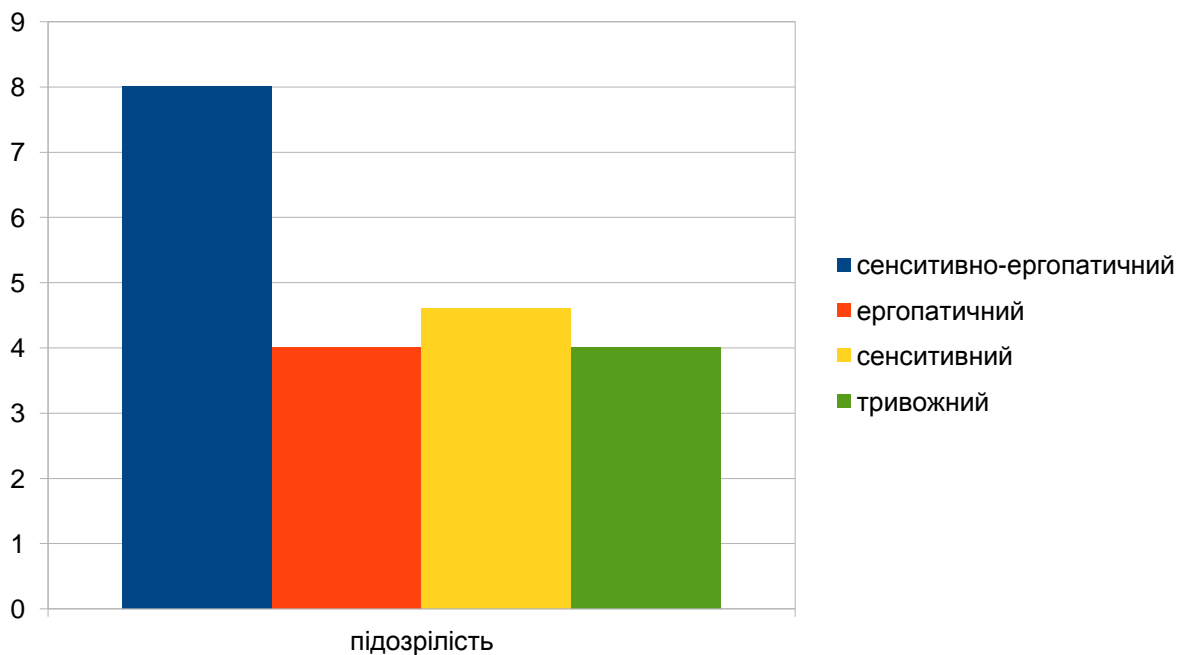


Рис. 3.3.8. Порівняння середніх показників підозрливості у хворих на шизоафективний розлад з різними типами ставлення до хвороби

Було також встановлено помірний прямий кореляційний зв'язок тривалості останньої ремісії з соціальною контактністю хворих ( $r=0,473$ ;  $p<0.05$ ), сильний — з самооцінкою ( $r=0,516$ ;  $p<0.05$ ), обернений помірний кореляційний зв'язок з напруженістю ( $r=-0,422$ ;  $p<0.05$ ) і тривогою ( $r=-0,407$ ;  $p<0.05$ ). Тобто можна говорити, що чим довше тривала остання ремісія у хворих на шизоафективний розлад, тим більш соціально контактними вони є,

тим більшу самооцінку мають, характеризуються нижчим рівнем напруженості і тривоги.

Але рівень суб'єктивного контролю в області здоров'я має обернений помірний кореляційний зв'язок з тривалістю захворювання ( $r=-0,448$ ;  $p<0.05$ ), тобто чим довше людина хворіє, тим більше посилюється екстернальність в сфері здоров'я і хвороб.

### Висновки до розділу 3

У хворих на шизофренію в ставленні до захворювання переважають дезадаптивні прояви в ставленні до захворювання. Найчастіше зустрічаються прояви ергопатичного типу реагування на хворобу (униканням думок про хворобу шляхом відходу в роботу, вибіркоче ставлення до лікування і необхідності обстежень, що зумовлено прагненням будь що зберегти професійний статус). Також часто виражений анозогностичний тип реагування на хворобу, що загалом очікувано і притаманно даній категорії хворих; а також змішаний тип ставлення до хвороби з включеннями сенситивного, тривожного та іпохондричного (схильність хворого перейматися щодо того, як його буде сприймати суспільство та близькі, і через це труднощі в побудові особистісних стосунках; перебільшена сконцентрованість на процесі лікування та на суб'єктивних неприємних відчуттях, страх через думки та переживання щодо несприятливих наслідків хвороби чи лікування).

Ці пацієнти також характеризуються переважанням дезадаптивних проєктивних захисних механізмів, зокрема гіперкомпенсації, а інтелектуалізація як конструктивний копінг виражена на високому рівні, що за собою теж тягне окремі дезадаптивні прояви. У хворих на шизофренію переважають також емоційно-спрямовані копінги, що вважаються менш адаптивними, проте загалом рівень вираженості стратегій долаючої поведінки відповідає адаптивному. Крім того копінг "дистанціювання" у хворих з



дезадаптивними інтерпсихічними типами реагування на захворювання виражений на значно нижчому рівні, ніж у решти хворих.

З підвищенням емоційної стійкості у хворих на параноїдну шизофренію підвищується також і рівень домагань. Найвища емоційна стійкість притаманна пацієнтам з адаптивними типами реагування на хворобу.

У хворих з адаптивними і змішаними типами реагування на хворобу з підвищенням рівня домагань поступово підвищується також рівень соціальної контактності, та у хворих зі змішаними типами реагування на хворобу він дещо нижчий, ніж у хворих з адаптивними типами, а також нижчий за норму у всіх випадках крім тих, де рівень домагань є завищеним, що може бути пов'язано з дезадаптивними включеннями. У хворих з дезадаптивними типами реагування навпаки з підвищенням рівня домагань стрімко знижується рівень соціальної контактності. Крім того рівень соціальної контактності є тим вищим, чим вище виражено психологічний захист “заміщення” та копінг “конфронтація”.

Хворі на шизофренію схильні відчувати за собою відповідальність за своє здоров'я і лікування, вважають, що їх стан здоров'я є здебільшого наслідком їх власних дій та рішень, але разом з тим в поєднанні з проявами анозогностичного типу реагування на хворобу менше схильні звертатися за допомогою до фахівців. Разом з тим чим довше тривала у них остання ремісія, тим вищий рівень інтернальності в області здоров'я їм притаманний. Чим менш тривалою була остання ремісія у пацієнта, тим більше ці хворі схильні наділяти відповідальністю за власне здоров'я оточення, зокрема рідних, лікарів, долю тощо. Також чим старше хворий, що страждає на шизофренію, тим більше він відчуває відповідальність і власну роль в області здоров'я, відповідно чим молодшого віку хворий, тим більше він схильний вважати хвороби результатом випадку та розраховувати на те, що одужання має настати в результаті дій лікарів чи інших людей.

Щодо хворих на ендогенні афективні розлади, серед чистих типів реагування на хворобу у них також найчастіше зустрічається ергопатичний,

дещо рідше анозогнозичний і сензитивний, проте якщо аналізувати також змішані та дифузні типи реагування на хворобу, то найчастіше трапляються саме сензитивні прояви, що дозволяє робити висновок про переважання інтрапсихічної спрямованості, яка, хоч і належить до проявів психологічної дезадаптації, але разом з тим містить в собі виражений адаптаційний ресурс і сильний потенціал та готовність боротися з захворюванням. Захисні механізми психіки та копінги у даної категорії пацієнтів дають потенціал до формування успішної психологічної адаптації до захворювання. Разом з тим загальна напруженість захисних механізмів психіки, а також соціальна контактність у цих хворих тісно пов'язана з відчуттям суб'єктивного контролю в сімейних стосунках, що підтверджує важливість формування гармонійних стосунків в родині та важливості сімейної терапії в формуванні успішної психологічної адаптації.

Крім того серед даної категорії хворих переважає екстернальний локус контролю у всіх сферах життєдіяльності.

Часто ці пацієнти схильні до формування залежної поведінки та мати надмірні очікування стосовно оточуючих, мають труднощі з вираженням своїх переживань, потреб, побуджень, пов'язаних з хворобою, існує можливість необгрунтованої самокритичності та відчуття провини.

Серед хворих на шизоафективний розлад найчастіше зустрічаються дезадаптивні типи реагування на хворобу з інтрапсихічною направленістю. Найчастіше виявляються прояви сензитивного типу. Але разом з тим це свідчить про наявність адаптаційного ресурсу та здатності протистояти захворюванню. Напруженість захисних механізмів в цілому в межах норми, хоч і переважають проєктивні захисти, що може мати вплив на адаптаційний потенціал. Існує також сильний зв'язок вираженості різних копінгів та механізмів психологічного захисту з тривалістю захворювання і останньої ремісії, зокрема: чим довше тривала остання ремісія, тим більш вираженими є після чергового нападу хвороби механізми регресія, проєкція, заміщення,

інтелектуалізація. Також після чергового нападу хвороби тим сильніше є вираженими компенсація, інтелектуалізація та заміщення, чим довше в цілому триває захворювання.

Також існує сильний прямий кореляційний зв'язок тривалості останньої ремісії з рядом копінгів, зокрема з пошуком соціальної підтримки, з плануванням вирішення проблеми та з позитивною переоцінкою. Тривалість хвороби ж має тісний прямий кореляційний зв'язок з плануванням вирішення проблеми як одним з найбільш конструктивних копінгів.

Загалом у хворих на ШАР, найбільш вираженим є копінг дистанціювання, що відноситься до емоційно-спрямованих та є мало ефективним, і найбільш вираженим він є при ергопатичному типі реагування на хворобу.

Крім того серед даної категорії хворих переважає екстернальний локус контролю у всіх сферах життєдіяльності, крім області міжособистісних стосунків та області досягнень і невдач. Рівень інтернальності в області невдач є найвищим у хворих з ергопатичним типом ставлення до хвороби. Також при адаптивних та дезадаптивних інтрапсихічних типах реагування на захворювання рівень суб'єктивного контролю в області невдач знижується з підвищенням самооцінки, при дезадаптивних інтрапсихічних і змішаних з підвищенням самооцінки в межах нормальної рівень суб'єктивного контролю в області невдач поступово підвищується, проте надалі також має стрімке зниження.

Загалом хворі на шизоафективний розлад характеризуються низьким рівнем моральної нормативності, схильністю до непостійності, підвладністю почуттям, випадку, обставинам. Їм часто характерна неорганізованість, низька відповідальність, імпульсивність, часто відчуженість та замкнутість, висока практичність поглядів.

Також було встановлено, що, чим довше тривала остання ремісія у шворих на ШАР, тим більш соціально контактними вони є після чергового

нападу хвороби, тим вищу самооцінку вони мають, тим менше виражена напруженість і тривога. Але чим довше людина хворіє, тим більше в неї посилюється екстернальність в сфері здоров'я і хвороб.

## ВИСНОВКИ

1. У ході дослідження проаналізовано теоретичні концепції, в яких виявлено особливості психологічної адаптації пацієнтів до захворювання загалом та безпосередньо хворих на ендогенні психічні розлади. Психологічна адаптація – це активна функція особистості, яка відповідає за забезпечення відповідності актуальних потреб особистості вимогам середовища та динамічним змінам умов життя.

У рамках біопсихосоціальних поглядів постулюється, що психічна адаптація (постійні процеси, спрямовані на оптимальне пристосування організму до заданих умов) складається з трьох компонентів: біологічного, психологічного та соціального. Отже психологічну адаптацію можна розглядати як одну з підсистем єдиної системи психічної адаптації. Складовими власне психологічної адаптації в цій системі вважаються сприйняття й переробка інформації, емоційні реакції, взаємодія з соціумом, стратегії копінг-поведінки, індивідуальні захисні механізми. У разі розвитку хвороби ми можемо доповнити цей перелік реагуванням на хворобу як проявом психологічного захисту.

2. Провівши емпіричне дослідження, встановлено особливості психологічної адаптації до хвороби у хворих на шизофренію. В ставленні до захворювання у них переважають дезадаптивні прояви в ставленні до захворювання. Найчастіше зустрічаються прояви ергопатичного типу реагування на хворобу (униканням думок про хворобу шляхом відходу в роботу, вибіркоче ставлення до лікування і необхідності обстежень, що зумовлено прагненням будь що зберегти професійний статус). Також часто виражений анозогнозичний тип реагування на хворобу, що загалом очікувано і притаманно даній категорії хворих; а також змішаний тип ставлення до хвороби з включеннями сенситивного, тривожного та іпохондричного (схильність хворого перейматися щодо того, як його буде сприймати суспільство та близькі, і через це труднощі в побудові особистісних стосунках; надмірна

зосередженість на процесі одужання і суб'єктивних неприємних відчуттях, страх через думки та переживання щодо несприятливих наслідків хвороби чи лікування).

Ці пацієнти також характеризуються переважанням дезадаптивних проєктивних захисних механізмів, зокрема гіперкомпенсації, а інтелектуалізація як конструктивний копінг виражена на високому рівні, що за собою теж тягне окремі дезадаптивні прояви. У хворих на шизофренію переважають також емоційно-спрямовані копінги, що вважаються менш адаптивними, проте загалом рівень вираженості стратегій долаючої поведінки відповідає адаптивному. Крім того копінг “дистанціювання” у хворих з дезадаптивними інтерпсихічними типами реагування на захворювання виражений на значно нижчому рівні, ніж у решти хворих.

З підвищенням емоційної стійкості у хворих на параноїдну шизофренію підвищується також і рівень домагань. Найвища емоційна стійкість притаманна пацієнтам з адаптивними типами реагування на хворобу.

У хворих з адаптивними і змішаними типами реагування на хворобу з підвищенням рівня домагань поступово підвищується також рівень соціальної контактності, та у хворих зі змішаними типами реагування на хворобу він дещо нижчий, ніж у хворих з адаптивними типами, а також нижчий за норму у всіх випадках крім тих, де рівень домагань є завищеним, що може бути пов'язано з дезадаптивними включеннями. У хворих з дезадаптивними типами реагування навпаки з підвищенням рівня домагань стрімко знижується рівень соціальної контактності. Крім того рівень соціальної контактності є тим вищим, чим вище виражено психологічний захист “заміщення” та копінг “конфронтація”.

Хворі на шизофренію схильні відчувати за собою відповідальність за своє здоров'я і лікування, вважають, що їх стан здоров'я є здебільшого наслідком їх власних дій та рішень, але разом з тим в поєднанні з проявами анозогнозичного типу реагування на хворобу менше схильні звертатися за допомогою до фахівців. Разом з тим чим довше тривала у них остання ремісія, тим вищий

рівень інтернальності в області здоров'я їм притаманний. Чим менш тривалою була остання ремісія у пацієнта, тим більше ці хворі схильні наділяти відповідальністю за власне здоров'я оточення, зокрема рідних, лікарів, долю тощо. Також чим старше хворий, що страждає на шизофренію, тим більше він відчуває відповідальність і власну роль в області здоров'я, відповідно чим молодшого віку хворий, тим більше він схильний вважати хвороби результатом випадку та розраховувати на те, що одужання має настати в результаті дій лікарів чи інших людей.

3. Встановлено особливості психологічної адаптації до хвороби у хворих на ендогенні афективні розлади. Серед чистих типів реагування на хворобу у них також найчастіше зустрічається ергопатичний, дещо рідше анозогнозичний і сензитивний, проте якщо аналізувати також змішані та дифузні типи реагування на хворобу, то найчастіше трапляються саме сензитивні прояви, що дозволяє зробити висновок про переважання інтрапсихічної спрямованості, яка, хоч і належить до проявів психологічної дезадаптації, але разом з тим містить в собі виражений адаптаційний ресурс і сильний потенціал та готовність боротися з захворюванням. Захисні механізми психіки та копінги у даної категорії пацієнтів дають потенціал до формування успішної психологічної адаптації до захворювання. Разом з тим загальна напруженість захисних механізмів психіки, а також соціальна контактність у цих хворих тісно пов'язана з відчуттям суб'єктивного контролю в сімейних стосунках, що підтверджує важливість формування гармонійних стосунків в родині та важливості сімейної терапії в формуванні успішної психологічної адаптації.

Крім того серед даної категорії хворих переважає екстернальний локус контролю у всіх сферах життєдіяльності.

Часто ці пацієнти схильні до формування залежної поведінки та мати надмірні очікування стосовно оточуючих, мають труднощі з вираженням своїх переживань, потреб, побуджень, пов'язаних з хворобою, існує можливість необгрунтованої самокритичності та відчуття провини.

4. Виявлено особливості психологічної адаптації до хвороби у хворих на шизоафективний розлад. Серед цих хворих найчастіше зустрічаються дезадаптивні типи реагування на хворобу з інтерпсихічною направленістю. Найчастіше виявляються прояви сензитивного типу. Але разом з тим це свідчить про наявність адаптаційного ресурсу та здатності протистояти захворюванню. Напруженість захисних механізмів в цілому в межах норми, хоч і переважають проєктивні захисти, що може мати вплив на адаптаційний потенціал. Існує також сильний зв'язок вираженості різних копінгів та механізмів психологічного захисту з тривалістю захворювання і останньої ремісії, зокрема: чим довше тривала остання ремісія, тим більш вираженими є після чергового нападу хвороби механізми регресія, проєкція, заміщення, інтелектуалізація. Також після чергового нападу хвороби тим сильніше є вираженими компенсація, інтелектуалізація та заміщення, чим довше в цілому триває захворювання.

Також існує сильний прямий кореляційний зв'язок тривалості останньої ремісії з рядом копінгів, зокрема з пошуком соціальної підтримки, з плануванням вирішення проблеми та з позитивною переоцінкою. Тривалість хвороби ж має тісний прямий кореляційний зв'язок з плануванням вирішення проблеми як одним з найбільш конструктивних копінгів.

Загалом у хворих на ШАР, найбільш вираженим є копінг дистанціювання, що відноситься до емоційно-спрямованих та є мало ефективним, і найбільш вираженим він є при ергопатичному типі реагування на хворобу.

Крім того серед даної категорії хворих переважає екстернальний локус контролю у всіх сферах життєдіяльності, крім області міжособистісних стосунків та області досягнень і невдач. Рівень інтернальності в області невдач є найвищим у хворих з ергопатичним типом ставлення до хвороби. Також при адаптивних та дезадаптивних інтрапсихічних типах реагування на захворювання рівень суб'єктивного контролю в області невдач знижується з



підвищенням самооцінки, при дезадаптивних інтрапсихічних і змішаних з підвищенням самооцінки в межах нормальної рівень суб'єктивного контролю в області невдач поступово підвищується, проте надалі також має стрімке зниження.

Загалом хворі на шизоафективний розлад характеризуються низьким рівнем моральної нормативності, схильністю до непостійності, підвладністю почуттям, випадку, обставинам. Їм часто характерна неорганізованість, низька відповідальність, імпульсивність, часто відчуженість та замкнутість, висока практичність поглядів.

Також було встановлено, що, чим довше тривала остання ремісія у хворих на ШАР, тим більш соціально контактними вони є після чергового нападу хвороби, тим вищу самооцінку вони мають, тим менше виражена напруженість і тривога. Але чим довше людина хворіє, тим більше в неї посилюється екстернальність в сфері здоров'я і хвороб.

5. Сформульовано рекомендації щодо психологічної підтримки й супроводу хворих на ендogenousні психічні розлади:

Загалом, важливо пам'ятати, що біопсихосоціальні підходи до лікування ендogenousних психічних розладів не можна недооцінювати при створенні моделей для підтримки пацієнтів з такими розладами. У процесі лікування, крім медикаментозної терапії, важливу роль відіграє групова та індивідуальна психотерапія.

Як ми побачили, у більшості випадків пацієнти, хворі на ендogenousні психічні розлади, схильні до руйнівних психологічних захистів і способів подолання, а також до дезадаптивних реакцій на хворобу. Тому, в цьому напрямку є сенс працювати в першу чергу. Психосвіта може бути важливою частиною цього процесу. При чому, працювати в цьому напрямку є сенс як індивідуально з самим хворим, так і з всією сім'єю. Разом з тим переважання інтерпсихічної спрямованості в наявних дезадаптивних типах реагування на

хворобу стає допоміжним, оскільки містить адаптаційний потенціал, що дозволяє успішно боротися з захворюванням.

Загалом сімейна терапія важлива, оскільки сензитивні включення виявляються сильно вираженими у типі ставлення до хвороби при ендогенних психічних розладах, який характеризується, зокрема, соромом і страхом перед власною хворобою, страхом стати тягарем для родичів і друзів. У хворих на ендогенні афективні розлади крім всього є також почуття втрати суб'єктивного контролю в області сімейних стосунків. Все це супроводжується проблемами в сімейних стосунках.

Часто необхідне формування критики до хвороби в роботі з усіма трьома категоріями хворих.

Також у всіх трьох групах є труднощі соціалізації, найбільше виражені при шизофренії. То ж важливе місце в структурі реабілітації та психологічного супроводу після нападу ендогенного психічного захворювання займає робота з відновленням чи розвитком комунікативних навичок, соціотерапія, а також адекватного сприйняття власного захворювання.

Оскільки часто такі хворі мають низький рівень контролю емоцій та поведінки, понурені у власні переживання, знижений рівень суб'єктивного контролю, неадекватне сприйняття себе чи світу. Когнітивно-поведінкова терапія, форма виправлення викривлень у когнітивних процесах, — це можливість показати пацієнтам зв'язок між поведінкою та емоціями і таким чином розвинути навички самоконтролю

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Аврамчук О. С. Дослідження психодинамічних аспектів особистості пацієнтів, хворих на шизофренію. Актуальні проблеми психології : зб. наук. пр. Інституту психології ім. Г. С. Костюка НАПН України. Т. 10. Вип. 18. 2011. С. 7–16.
2. Венгер, О. П. (2016). Аналіз особливості кольорових виборів за тестом МКВ емігрантів та реемігрантів, хворих на депресивні розлади. *ScienceRise: Medical Science*, (9 (5)), 14-19.
3. Венгер О. П. (2016). ОСОБЛИВОСТІ СУБ'ЄКТИВНОГО КОНТРОЛЮ У ЕМІГРАНТІВ ТА РЕЕМІГРАНТІВ, ХВОРИХ НА ДЕПРЕСИВНІ РОЗЛАДИ. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*, (3) с.36-40
4. Волошин, П., & Марута, Н. О. (2017). ОСНОВНІ НАПРЯМКИ НАУКОВИХ РОЗРОБОК В НЕВРОЛОГІЇ, ПСИХІАТРІЇ ТА НАРКОЛОГІЇ В УКРАЇНІ. *Український вісник психоневрології*, 25(1), 10–18.
5. Дацков, А. (2014). ПСИХОЛОГІЧНІ КРИТЕРІЇ І ДЕТЕРМІНАНТИ АДАПТАЦІЇ І ДЕЗАДАПТАЦІЇ ОСОБИСТОСТІ. *Вісник Національного університету оборони України*, 5(42), 236–241.
6. Енциклопедія для фахівців соціальної сфери / за заг.ред. І. Д. Зверєвої. Київ–Сімферополь : Універсум, 20013. 536 с.
7. Завязкіна, Н., & Ряховська, Т. (2019). Проблематика досліджень психологічних особливостей раціональної та патологічної тривоги в клініці ендогенних психічних захворювань. *ПРОБЛЕМИ СУЧАСНОЇ ПСИХОЛОГІЇ*, (46), 135–156.
8. Зінченко, А. (2014). Психологічна характеристика адаптації в контексті різних наукових підходів. *міжнародний науковий форум: соціологія, психологія, педагогіка, менеджмент*, (15), 99–107.

9. Карпенко З. С. Аксіологічна психологія особистості / З. С. Карпенко. – Івано-Франківськ: Лілея-НВ, 2009. – 512 с.
10. Кихтюк, О. (2018). ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ТА ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВНУТРІШНЬОЇ КАРТИНИ ХВОРОБИ ВКЛІНІЧНІЙ ПСИХОЛОГІЇ. *Психологічні перспективи*, (31), 131–140.
11. Козубовська, І., & Шикітка, Г. (2019). НАУКОВІ ПІДХОДИ ДО РОЗУМІННЯ ТЕРМІНІВ «АДАПТАЦІЯ» І «СОЦІАЛІЗАЦІЯ» ОСОБИСТОСТІ. *Педагогічні інновації у фаховій освіті*, (10), 98–102.
12. Корж, А. (2017). СУЧАСНІ ДАНІ ПРО ПРИХИЛЬНІСТЬ ДО ТЕРАПІЇ НЕЙРОЛЕПТИКАМИ ХВОРИХ НА ПАРАНОЇДНУ ШИЗОФРЕНІЮ (огляд літератури). *Медична психологія*, (4), 73–78.
13. Лазебник, Ж. (2021). *Особливості психологічної адаптації до дебюту захворювання хворими на шизофренію* [бакалаврська кваліфікаційна робота]. Київський національний університет імені Т.Г.Шевченка.
14. Ніколаєнко С. І. Поняття адаптації в різних напрямках психології [Текст] / С. І. Ніколаєнко, О. С. Ніколаєнко // *Світогляд - Філософія - Релігія : збірник наукових праць*. - Суми : УАБС НБУ, 2012. - Вип. 2. - С. 68-77
15. Рисинець, Т. П. (2012). ЕТИМОЛОГІЯ КАТЕГОРІЙ «МЕХАНІЗМИ ПСИХОЛОГІЧНОГО ЗАХИСТУ» ТА «КОПІНГ-СТРАТЕГІЇ». *ВІСНИК НТУУ “КПІ”. Філософія. Психологія. Педагогіка*, (1), 119–123
16. Скрипник, Н. (2019). ПРОБЛЕМА ОСОБИСТІСНОГО АДАПТАЦІЙНОГО ПОТЕНЦІАЛУ В СУЧАСНІЙ ПСИХОЛОГІЧНІЙ НАУЦІ. *Теорія і практика сучасної психології*, 1(1), 100–104.
17. *Словник іншомовних слів* / укладач О. Давидова. Тернопіль: Підручники і посібники. 2010. 430 с.
18. Спіріна, І., & Вітенко, І. (2008). *Медична психологія*. Дніпропетровська державна медична академія.
19. Хоміцький М. Є. Особистісні характеристики хворих на шизоафективний розлад в період ремісії як ознака постманіфестних патоперсоналогічних

- трансформацій //Психіатрія, неврологія та медична психологія. – 2019. – №. 12.
20. Хоміцький М. Є. Структура та типи реагування на хворобу у зв'язку з показником адаптивності/дезадаптивності у пацієнтів з шизоафективним розладом в стані ремісії в контексті постманіфестних патоперсонологічних трансформацій. – 2019.
21. Чаплак, Я., Андреева, Я. Ф., & Чуйко, Г. (2020). ПСИХІЧНИЙ ЗАХИСТ І КОПІНГ-СТРАТЕГІЇ ЯК СКЛАДОВІ СИСТЕМИ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ АДАПТАЦІЇ ОСОБИСТОСТІ. *Психологічний журнал інституту психології імені Г.С.Костюка*, 6(8), 36–56.
22. Шулдик Г. О. (2017). Механізми психологічних захистів у студентської молоді. *Науковий вісник херсонського державного університету. Серія: психологічні науки*, 2 (2), 127–131
23. Askey R. Family work in first-onset psychosis: a literature review / R. Askey, C. Gamble, R. Gray // *J. Psychiatric Mental Health Nursing*. – 2007. – Vol. 14, No 4. – P. 356–365
24. Cramer, P. (2015). Understanding Defense Mechanisms. *Psychodynamic Psychiatry*, 43(4), 523–552
25. Drapeau, M., Thompson, K., Petraglia, J., Thygesen, K.L., & Lecours, S. (2011). Defense mechanisms and gender: An examination of two models of defensive functioning derived from the Defense Style Questionnaire. *International Journal of Psychology & Psychological Therapy*, 11(1), 149–155.
26. Freud, A. (1936). *Das Ich und die Abwehrmechanismen*. [The ego and the defense mechanisms]. Int. Psychoanal. Verlag.

27. Freud S. The neuro-psychoses of defense / S. Freud // The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud. - London: Hogarth press and the Institute of Psychoanalysis, 1962. - vol. 3. - P. 41-61.
28. Freud, S. (1926). Inhibitions, symptoms and anxiety. In J. Strachey, & A. Freud (Eds.), The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud (pp. 77-175). London: The Hogarth Press.
29. Kernberg, O. F. (1986). *Severe personality disorders: Psychotherapeutic strategies*. Yale University Press.
30. Lauber C. Patterns of Psychiatric Inpatient Care in Migrants: Results from Switzerland / C. Lauber, B. Lay, W. Rossler // Swiss Medical Weekly. – 2006. – No 135. – P. 50–56.
31. Lazarus R.S. Psychological stress and the coping process / R.S. Lazarus. - New York: McGraw-Hill, 1966. – 466 p.
32. Murphy L.B. Coping, vulnerability and resilience in childhood / L.B. Murphy // Coping and adaptation / ed. by G.V. Coelho, D.A. Hamburg,
33. Parnas J. Self and schizophrenia: a phenomenological perspective. In: Kircher T, David AS (eds). The self in neuroscience and psychiatry. Cambridge: Cambridge University Press, 2003:217-41.
34. Philips L. Human adaptation and his failures. - New-York&London: Academic Press. 1968.
35. Rogers C. R. Psychotherapy and Personality Change: Coordinated Research Studies in the Client-Centered Approach / C. R. Rogers, R. F. Dymond. - Chicago: University of Chicago Press, 1954. - 447 pp.
36. Selten J. P. Incidence of psychotic disorders in immigrant groups to the Netherlands / J. P. Selten, N. Veen, W. Feller [et al.] // British Journal of Psychiatry. – 2001. – No 178. – P. 367–372.9.
37. Selye H. The stress of life / H. Selye. – N.Y., 1956. – 216 p.