

НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ «ОДЕСЬКА ЮРИДИЧНА АКАДЕМІЯ»

Факультет психології, політології та соціології

Кафедра психології

**Кваліфікаційна робота –магістерський дослідницький проект**

053 «Психологія»

на тему:

**ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПАЦІЄНТІВ З АУТОІМУННИМИ  
ЗАХВОРЮВАННЯМИ**

Виконала: здобувач 2 курсу денного  
відділення магістратури галузь знань:  
05 «Соціальні та поведінкові науки»  
спеціальність 053  
«Психологія» Міцул Тетяна  
Олегівна

Керівник: доцент кафедри  
психології, канд.психол.н.,  
доцент Самара О.Є.

Рецензент: д.мед.н., професор,  
професор кафедри Ульянов  
В.О.

Одеса – 2024

## **АНОТАЦІЯ**

***Міцул Тетяна Олегівна. Психологічні особливості пацієнтів з аутоімуними захворюваннями.***

Кваліфікаційна робота – магістерський дослідницький проект на здобуття освітнього рівня «магістр», галузь знань: 05 «Соціальні та поведінкові науки», спеціальність 053 «Психологія». Національний університет «Одеська юридична академія». Одеса, 2024.

У роботі представлені теоретичні та емпіричні дослідження пацієнтів з аутоімуними захворюваннями.

Аутоімуні захворювання є одним із варіантів соматизації, тобто вираження психічної проблеми на тілесному рівні.

Метою нашого дослідження є розгляд теоретичних та практичних знань щодо особливостей людей з аутоімуними захворюваннями, створення комплексної програми реабілітації та аналіз її ефективності.

Відбір досліджуваних та методик був оснований на відповідності мети, задавання дослідження, віковій та статевій категорії учасників.

Доцільність розгляду цієї теми в тому, що за наявності можливості успадкування, або ж позитивного скринінгу антитіл, у одних людей спостерігається соматизація, а у інших – ні

У першій частині роботи описано основні етапи організації та проведення дослідження аутоімуних захворювань, а також описано методи та методики дослідження.

У другій частині проведено емпіричне та аналітичне дослідження пацієнтів з позитивним аутоімуним показником. На основі отриманих результатів проведено порівняльний аналіз та розроблено робочу програму, що складається з чотирьох блоків (діагностика, фізична реабілітація, гомеопатія та комплекс терапевтичних консультацій з психологом).

В роботі також проаналізовано отримані дані та надано психологічні рекомендації щодо проведення комплексних медико-психологічних досліджень з пацієнтами, що мають аутоімуні захворювання.

Відповідно до мети та завдання дослідження було отримано такі результати: виявлено основні клінічні та психологічні особливості соматизації у пацієнтів з аутоімунними захворюваннями; проведені інтерпретація та аналіз обраних методик; досліджені ролі впливу у розгляді різних аспектів аутоімунних захворювань; розроблена і науково обґрунтована дослідницька програма, яка включала психотерапевтичний маршрут; були застосовані основні висновки дослідження та компоненти розробленої методологічної системи.

Розроблена дослідницька програма позитивно зарекомендувала себе та може бути представлена для роботи з даною групою пацієнтів у ревматичних та імунологічних центрах. Робота має перспективи подальших досліджень у цьому напрямку.

**Ключові слова:** аутоімунні захворювання, пацієнт, здоров'я, психотерапевтичний маршрут.

## ANNOTATION

***Mitsul Tetyana Olehivna. Psychological features of patients with autoimmune diseases.***

Qualification Work – Master’s Research Project for the attainment of the educational level “Master”, Field of Knowledge: 05 “Social and Behavioral Sciences,” Specialty 053 “Psychology.” National University “Odesa Law Academy.” Odesa, 2024.

The work presents theoretical and empirical studies of patients with autoimmune diseases.

Autoimmune disease is one of the variants of somatization, which is the manifestation of a mental problem on the physical level.

The purpose of our research is to review theoretical and practical knowledge of the characteristics of people with autoimmune diseases, creating a comprehensive rehabilitation program and analyzing its effectiveness.

Selection of further research methods based on the type of mark, the research task, the age and article category of participants.

The point of this consideration is that, based on the possibility of depression or positive antibody screening, some people are wary of somatization, while others are not.

The first part of the work describes the main stages of organizing and conducting the investigation of autoimmune diseases, as well as the methods and methods of investigation.

In another part, an empirical and analytical study was carried out on patients with positive autoimmune indicators. Based on the obtained results, a comprehensive analysis was carried out and a working program was developed, which consists of four blocks (diagnostics, physical rehabilitation, homeopathy and a complex of therapeutic consultations with a psychologist).

The robot also analyzed data and provided psychological recommendations for conducting comprehensive medical and psychological examinations of patients who may have autoimmune diseases.

Apparently, prior to the study, the following results were obtained: the main clinical and psychological characteristics of somatization in patients with autoimmune diseases were identified; carried out interpretation and analysis of various methods; exploring the role of various aspects of autoimmune diseases; the previous program was fragmented and scientifically grounded, which included a psychotherapeutic route; The main principles of research and components of a fragmented methodological system were consolidated.

The developed previous program has positively proven itself and can be presented for work with this group of patients in rheumatic and immunological centers. The work holds the prospect of further investigations directly.

**Key words:** autoimmune disease, patient, health, psychotherapeutic route.

## **ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ**

АЗ – аутоімунне захворювання

НК – кілерні клітини

СЧВ – системний червоний вовчак

ТАТ - Тематичної аперцепції тест

FPI – Фрайбурзький багатофакторний особистісний опитувальник

MMPI – Міннесотський багатоаспектний особистісний опитувальник

МЦ – медичний центр

КП – комплексна програма

ФН – фізичне навантаження

КТКП – Комплекс терапевтичних консультацій з психологом

## **ЗМІСТ**

|                                                                                                                                            |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>ВСТУП</b> .....                                                                                                                         | 8  |
| <b>РОЗДІЛ 1. ОРГАНІЗАЦІЙНІ ОСОБЛИВОСТІ ТА СТАН РОЗВИТКУ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ХВОРИХ НА АУТОІМУННІ ЗАХВОРЮВАННЯ</b> ..... | 14 |
| 1.1. Організація та етапи емпіричного дослідження психологічних особливостей аутоімунних захворювань .....                                 | 15 |
| 1.2. Методика дослідження та характеристика психологічних особливостей людей з аутоімунними захворюваннями .....                           | 20 |
| <b>РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ХВОРИХ НА АУТОІМУННІ ЗАХВОРЮВАННЯ</b> .....                                  | 23 |
| 2.1. Результати дослідження та їх аналіз.....                                                                                              | 23 |
| 2.2. Інструкції та вказівки щодо впровадження результатів експериментального дослідження.....                                              | 35 |
| <b>ВИСНОВКИ</b> .....                                                                                                                      | 40 |
| <b>СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ</b> .....                                                                                                    | 43 |
| <b>ДОДАТКИ</b> .....                                                                                                                       | 48 |

## **ВСТУП**

**Актуальність теми запровадження.** Темп життя і пріоритети діяльності сучасних людей спонукають їх систематично

самовдосконалюватися і шукати нові можливості бути здоровими і працездатними. Негативні тенденції, такі як поява спадкових захворювань, ослаблення фізичного здоров'я, зміни в навколишньому середовищі та наявність стресових ситуацій все частіше звертають увагу людей на психосоматичні аспекти стану свого здоров'я. Одним із найзагадковішим захворювань сучасності є аутоімунні процеси. Доцільність розгляду цієї теми в тому, що за наявності можливості успадкування, або ж позитивного скринінгу антитіл, у одних людей спостерігається соматизація, а у інших – ні.

Проблему дослідження аутоімунних захворювань слід вважати однією з найактуальніших не тільки в медицині, але й у психології загалом. Це зумовлено складністю ранньої діагностики та лікування, вагомим рівнем непрацездатності та первинної інвалідності, психологічними проблемами, пов'язаними зі статусом і становищем людини в суспільстві, погіршенням суб'єктивного благополуччя та можливістю повноцінного і гармонійного існування особистості.

Аналіз наукової літератури показує, що вивчення аутоімунних захворювань почалися ще в першій половині 20-го століття, паралельно з розвитком імунології як науки (І. І. Мечников розробив теорію фагоцитозу та обґрунтував клітинну теорію імунітету).

У 1947 р. створена Європейська антиревматична ліга (EULAR) для боротьби з ревматичними та кістково-м'язовими захворюваннями, зменшення симптом ревматичних захворювань та покращення лікування, профілактики та реабілітації захворювань опорно-рухового апарату. Робота EULAR проводилася паралельно з неймовірними досягненнями в ревматології: багато смертельних ревматичних захворювань почали піддаватися лікуванню, пацієнти змогли жити більш нормальним життям.

У 1948 р. М. М. Hargraves та співавтори описали незвичні LE-клітини, їх виявили саме у пацієнтів із системним червоним вовчаком (СЧВ), що сприяло формуванню теорії аутоімунітету та визначило розвиток вчення про системні захворювання сполучної тканини у другій половині XX ст. [1].



Група вчених (E.J. Holborow, D.M. Weir, G.D. Johnson) 27 вересня 1957 р. продемонстрували ANA (antinuclear antibody — антинуклеарні антитіла) за допомогою непрямой імуофлюоресценції. А у 1959 р. виявлено, що сироватка крові у осіб із СЧВ містить антитіла. З 1966 р. по 1980 р. на основі ANA було відкрито антигени ENA та їх відповідні антитіла [2].

У 1984 р. створене перше анти-CD4-моноклональне антитіло для лікування пацієнтів із РА [3].

Успіхи в ревматології були досягнуті в основному завдяки розробці протизапальних та імуномодельюючих препаратів, а також препаратів, що змінюють перебіг хвороби.

**Аналіз останніх досліджень і публікацій.** Незважаючи на те, що за останні роки досягнуто значного прогресу в ключових аспектах проблематики аутоімунних захворювань, таких як точність діагностичних критеріїв, більш розподілена їх кваліфікація, об'єктивна оцінка стану хворих та індивідуальна розробка рекомендацій для таких пацієнтів, психологічні аспекти захворювань не мають вагомого впливу на діагностику та процес лікування.

Аутоімунні захворювання є одними з найбільш загадкових і важко виліковних захворювань, адже вражають майже кожную частину тіла та можуть викликати широкий спектр симптомів та ускладнень, залежно від типу та ураженого органу: систематичний біль, складність виконувати стандартні функції опорно-рухової системи, підвищення температури, шкірні висипання, погіршення зору, зменшення роботи видільної системи та роботи внутрішніх органів.

Наслідки вимушеної зміни способу життя проявляються у вигляді психологічних симптомів, таких як стрес, депресивний стан, соціальна дезадаптація, відчуття скутості та мінливість емоційного аспекту.

Останні дослідження та аналіз публікацій показують, що прогноз захворювання досить поганий і пацієнти все частіше стають непрацездатними та інвалідами в молодому віці. Статистика також

підтверджує, що все більше людей з відповідними симптомами отримують позитивний скринінг на аутоімунні процеси. Посилюють прояв соматизації відсутність бажання лікуватися, втрата віри у покращення самопочуття та соціальна дезадаптація, що і підтверджують лікарі.

Причини виникнення аутоімунних захворювань до кінця не з'ясовані, але доведена роль генетичних мутацій, ендокринних порушень і факторів навколишнього середовища. Також точкою відліку може стати будь-яка травматизація (інфаркт міокарда, опіки і тп) , адже під час перебігу хвороби уражена тканина набуває властивостей чужорідного тіла і виникає аутоімунна реакція.

Лікування аутоімунного захворювання має бути спрямоване на усунення больового синдрому, зменшення запальних процесів, запобігання прогресуванню структурних змін, заходи для відновлення функції опорно-рухового апарату та регенерації м'яких тканин. Одним з важливим інструментів є систематичні психологічна підтримка та психокорекція.

У сучасній літературі існує значна кількість досліджень аутоімунних захворювань серед українських вчених. Це ревматологи, генетики, імунологи, гомеопати, дерматологи та реабілітологи: Хаустова О.О., Ніколенко А.А., Візнюк І.М., Дехтяр Ю.М., Ніколенко Є.Я., Вовк К.В., Головач І. Ю., Лаповець Л.Є. Більшість дослідників встановили, що аутоімунні захворювання є генетичним захворюванням, що вони мають багатогранний вплив на фізіологічний стан пацієнтів, та відмітили важливість психологічного стану у хворих.

Роботи психологів Хаустової О.О. та Головач І.Ю. привертають особливу увагу до цих захворювань. Згідно їхніх досліджень можна зробити такі висновки: хворі мають специфічну особистість з вираженими тенденціями до самоконтролю, комфортності, консерватизму, моралізаторства та надзвичайною ригідністю мислення; в пацієнтів відсутні навички вираження негативних емоцій; тригерами, що провокують появу АЗ,

часто є незадовільні стосунки в сім'ї, порушення сну та звичка сприймати події як катастрофічні.

Ніколенко А. А. вважає, що аутоімунний процес є залежним від стресу та досліджує вплив тривалої психотравмуючої ситуації, яка може призвести до зростання кількості дебютів та загострень.

В дослідженнях Вовк К.В. можна знайти статистичні дані щодо збільшення кількості виявлених аутоімунних показників у пацієнтів та причинно-наслідковий зв'язок впливу оточуючих.

Відсутність активного впливу медикаментозного лікування у пацієнтів з аутоімунними процесами досліджує Дехтяр Ю.М. та обґрунтовує свою позицію щодо значення психологічної допомоги в даних випадках.

Висвітлення психологічних особливостей у людей з аутоімунними захворюваннями та важливість психологічної реабілітації для зменшення в них соматизації та покращення працездатності можна знайти в роботах Візнюк І.М.

Психодіагностика пацієнтів з аутоімунними захворюваннями показала, що хвороба може викликатися як внутрішньоособистісним конфліктом через відсутність самовизначення та профорієнтації, так і міжособистісним конфліктом з суспільством, або ж страхом конкуренції. В даному психоемоційному стані пацієнти відчують себе нездатними змінити обставини і змушені любити свою роботу, оточуючих, партнера; в них процвітають жалість до себе і пригнічений гнів через життєві обставини; хворі мають занепокоєння, тривожність та депресивний стан.

Психологічна допомога пацієнтам з аутоімунними процесами дуже важлива, оскільки вони бояться свого майбутнього, не помічають теперішнього та ставляться діагнозу як до страшної хвороби. Вони негативно сприймають жалість та підтримку оточуючих, що викликає ще більший прояв соматизації.

**Мета роботи:** дослідити психологічні особливості та психосоматичні механізми у пацієнтів з аутоімунними захворюваннями, визначити вплив

психоемоційного стану на перебіг хвороби, а також обґрунтувати можливості використання психологічної підтримки та терапії для покращення якості життя таких пацієнтів.

**Завдання роботи:**

1. Розглянути та проаналізувати теоретичний матеріал щодо аутоімунних захворювань.
2. Знайти та охарактеризувати клінічні особливості соматизації у пацієнтів з аутоімунним процесом.
3. Розробити дослідницьку програму емпіричного дослідження.
4. Вивчити психологічні особливості пацієнтів з аутоімунними захворюваннями.
5. Підбити підсумки дослідницької програми та проаналізувати покращення у фізіологічному та психологічному стані учасників.
6. Впровадити основні результати дослідження та компоненти розробленої методологічної системи в практику.

**Об'єкт дослідження:** психосоматичний стан осіб з аутоімунними захворюваннями.

**Предмет дослідження:** психологічні особливості пацієнтів з аутоімунними захворюваннями.

**Методи дослідження:** теоретичні (аналіз науково-методичної літератури та інформаційних джерел з обраної наукової теми, узагальнення, систематизація наукових даних); клінічні методи дослідження (аналіз історій хвороби та її перебіг, огляд); емпіричні (спостереження, тестування, анкетування); математичні методи кількісної обробки результатів дослідження.

Комплекс психодіагностичних методів дослідження включив в себе наступні методики: Тематичної аперцепції тест (ТАТ), тест Роршаха, Міннесотський багатоаспектний особистісний опитувальник, версія 2 (MMPI-2), та Фрайбурзький багатофакторний особистісний опитувальник FPI (Freiburg Personality Inventory).

Емпіричне дослідження проводилося дев'ять місяців протягом 2023 року. В дослідженні прийняли участь 24 особи (чотирнадцять жінок та десять чоловіків)

**Елементи наукової новизни:** наразі не виявлено жодного доступного джерела інформації для вивчення і аналізу перебігу хвороби та зменшення проявів симптомів під впливом комплексного лікування у людей з аутоімунними захворюваннями.

**Апробація.** Ревматологічна школа «Ревматологічні хвороби: класифікація, стандарти діагностики та лікування» (м. Київ, грудень, 2022 рік), Майстер-клас «Міждисциплінарні проблеми в ревматології» (м. Київ, лютий, 2023 рік), Науково-практична конференція «Популяційні стратегії і персоніфікована медицина в ревматології» (м. Київ, березень, 2023 рік), Семінар «Травневі ревмодні» (м. Київ, травень, 2023 рік).

Основні положення та результати роботи доповідалися та обговорювалися з відповідальними за реабілітацію і гомеопатію в режимі онлайн та підкріплювалися результатами діагностичних досліджень.

**Практичне значення одержаних результатів.** Розроблена дослідницька програма позитивно зарекомендувала себе та може бути представлена для роботи з даною групою пацієнтів у ревматичних та імунологічних центрах.

Робота має перспективи подальших досліджень у цьому напрямку.

**Публікація** автора за темою «Ефективність застосування комплексної програми реабілітації у пацієнтів з аутоімунними захворюваннями» на Міжнародній науковій конференції «Науковий простір: актуальні питання, досягнення та інновації» (м. Житомир, 29 листопада 2024 року).

**Структура та обсяг роботи.** Робота складається зі вступу, двох розділів, які об'єднані чотирма підрозділами, висновків, трьох додатків та тридцяти восьми використаних джерел.

## **РОЗДІЛ 1. ОРГАНІЗАЦІЙНІ ОСОБЛИВОСТІ ТА СТАН РОЗВИТКУ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ХВОРИХ НА АУТОІМУННІ ЗАХВОРЮВАННЯ**

### **1.1. Організація та етапи емпіричного дослідження психологічних особливостей автоімунних захворювань.**

Проведення досліджень пацієнтів з аутоімунними захворюваннями базувалося на двох рівнях: емпіричному та теоретичному.

Теоретична фаза дослідження ґрунтується на глибокому науковому аналізі природи досліджуваного явища, пізнанні і формулюванні законів та їх поясненні. На цьому етапі робляться прогнози щодо можливих подій та змін у досліджуваному процесі, а також формуються принципи та рекомендації для практичного впливу на них.

Емпірична фаза дослідження пов'язана з первинним збором і первинною обробкою фактичного матеріалу. Це передбачає розуміння і точний опис отриманих фактів, їх класифікацію за різними ознаками та виявлення основних залежностей між фактами. Було підібрано низку психодіагностичних методик, які спрямовані на діагностику психологічних особливостей людей з аутоімунними захворюваннями.

Відбір досліджуваних та методик був оснований на відповідності мети, задавання дослідження, віковій та статевій категорії учасників.

Метою даного дослідження був розгляд теоретичних та практичних знань щодо особливостей людей з аутоімунними захворюваннями, створення комплексної програми реабілітації та аналіз її ефективності.

Експериментальне дослідження було проведено на базі результатів отриманих за дев'ять місяців. У дослідженні взяли участь 24 особи (чотирнадцять жінок та десять чоловіків). Емпіричне дослідження складалося з етапів підготовки, діагностики та інтерпретації.

Згідно з метою та завданням дослідження було проаналізовано теоретичні та практичні дослідження щодо психологічних та

психосоматичних особливостей пацієнтів з аутоімунними захворюваннями, тобто літературу за темою дослідження:

Незважаючи на те, що за останні роки досягнуто значного прогресу в ключових аспектах проблематики аутоімунних захворювань, таких як точність діагностичних критеріїв, більш розподілена їх кваліфікація, об'єктивна оцінка стану хворих та індивідуальна розробка рекомендацій для таких пацієнтів, психологічні аспекти захворювань не мають вагомого впливу на діагностику та процес лікування.

Аутоімунні захворювання (АЗ) - це клінічні стани, які призводять до аномального вироблення аутоімунних антитіл і проліферації само нападаючих клонів кілерних клітин (NK). В результаті чого імунна система людини починає сприймати здорові клітини і тканини за чужорідні тіла та докладає всіх зусиль для їх усунення. Статистика показує, що найбільш схильні до цього захворювання жінки та зустрічаються майже у 10% населення планети, не маючи жодних вікових обмежень [7].

Аутоімунні захворювання розподіляють на чотири типи, згідно характерності розладів в організмі:

1. Розлади, які виникають при порушенні тканино-кров'яного (гістогематичного) бар'єру.
2. Розлади, що зароджуються внаслідок хімічного, фізичного, або вірусного впливу, змінюючи тканини організму; організм реагує на це, пошкоджуючи клітини плазматичної мембрани, де зберігаються комплекси антигенів.
3. Розлади, які з'являються через поєднання тканин з чужорідними антигенами, в результаті чого активується вроджена реакція, спрямована на уражену ділянку.
4. Розлади, які спричинені генетичними аномаліями або впливом несприятливих зовнішніх факторів та призводять до швидкої мутації імунних клітин [15].

Медицина розрізняє внутрішні та зовнішні причини аутоімунних процесів [38].

Внутрішньою причиною агресії лімфоцитів та їх неконтрольованої проліферації є мутації в генах I типу. При цьому втрачається розпізнавання лімфоцитами здорових клітин. Ця імунна аномалія успадковується від близьких родичів (зоб, зобна хвороба). Іншою ендогенною причиною є другий тип генетичної мутації, що призводить до неконтрольованої проліферації гігієнічних лімфоцитів.

До зовнішніх причин аутоімунних захворювань належать важкі та тривалі інфекції, що супроводжуються неадекватною поведінкою імунних клітин або несприятливим впливом факторів навколишнього середовища (радіація, ультрафіолетове випромінювання). Імунодефіцит виникає через те, що клітини, які є збудниками прикидаються схожими на власні клітини, але є патогенними. В результаті лімфоцити втрачають здатність розпізнавати чужорідні організми та починають боротися з обома.

Аутоімунні захворювання є одними з найбільш загадкових і важко виліковних захворювань, адже вражають майже кожную частину тіла та можуть викликати широкий спектр симптомів та ускладнень, залежно від типу та ураженого органу.

- Щитовидна залоза – хвороба Хішимото (характерна депресія, втома, низька рухливість суглобів та збільшення ваги), хвороба Грейвса характеризується тремтячими руками, підвищеним артеріальним тиском та потовиділенням, зменшенням ваги);
- Надниркові залози – хвороба Аддісона (зниження рівня глюкози, що призводить до запаморочення, поганого апетиту та низького артеріального тиску);
- Кишківник – виразковий коліт (запалення слизової оболонки), хвороба Крона (вражає товстий і тонкий кишківник), целіакія (характерна втомою, болем у животі, зменшенням ваги, діарею, блюванням);



- Шкіра – вітіліго (проявляє себе плямами на шкірі), псоріаз (протікає з болем у суглобах, висипом та сухістю шкіри), осередкова алопеція (характерна втрата волосся);
- Нервова система – міастенія (стомлення м'язів), розсіяний склероз (захворювання головного та спинного мозку);
- Підшлункова залоза – цукровий діабет 1 типу (інсулінозалежність).

Імунне захворювання може також вразити цілу систему організму: псоріатичний артрит (запалення суглобів, шкіри, серця та очей), ревматоїдний артрит (вважає суглоби та всі системи), склеродермія (фіброз шкіри і вн. органів, запалення сполучної тканини), синдром Шегрена (ушкодження слізних і слинних залоз), системний червоний вовчак (вважає сполучну тканину, шкіру, суглоби та нирки), хвороба Аддісона-Бірмера (захворювання крові) [37].

Хоча причини таких захворювань до кінця нез'ясовані, існує кілька теорій, що пояснюють їх виникнення. У цьому контексті генетична схильність відіграє першочергову роль, але для розвитку захворювання також необхідний вплив одного або декількох зовнішніх тригерів. До таких можливих факторів належать:

1. Інфекційні, вірусні та бактеріальні захворювання;
2. Вплив хімічних речовин;
3. Стрес та депресивний стан;
4. Порушення роботи імунної системи;
5. Запальні процеси в організмі;
6. Шкідливі звички та нездоровий спосіб життя;
7. Стан навколишнього середовища [36].

Усе це може стати початком боротьби імунних клітин проти самих себе.

Але, навіть, за наявності вищесказаних причин та генетичної спадковості одні пацієнти страждають аутоімунними захворюваннями з усіма їх проявами, а інші не мають ніяких симптоматичних ознак.

Конфлікти з самим собою найяскравіше проявляються у таких формах:

1. Внутрішньоособистісний конфлікт - людина розгублена, не знає, що робити, або стоїть перед складним, але важливим вибором у житті, або не до кінця розуміє, хто вона є (питання самовизначення, профорієнтації тощо);

2. Міжособистісні конфлікти виникають при зіткненні людини та суспільства (суспільство накладає обмеження та ярлики, яким людина не хоче, але змушена підкорятися);

3. Конкуренція з кимось більш успішним – може призвести до аутоімунних захворювань, адже людина бореться із самою собою, оскільки змушена носити маску і продовжувати робити те, що її мало цікавить, але в чому переважає «почуття досягнення» [32-34].

Останніми роками співіснуванню хронічних захворювань і психічних розладів приділяється все більше уваги. Це і підтверджує новий напрямок в лікуванні ревматичних захворювань, до якого прийшла Головач І.Ю, досліджуючи виникнення неврологічних і психіатричних симптомів у пацієнтів з аутоімунними захворюваннями. Психічним ланцюгом в патогенезі АЗ вбачають дисфункцію гіпоталамусу та зміну активності нейротрансмітерних систем, особливо серотонінергічної, яка зумовлює порушення в роботі імунної системи. У результаті чого виникає емоційно залежне напруження в білясуглобових тканинах. Було досліджено, що хворі на АЗ мають специфічну особистість з вираженими тенденціями до самоконтролю, комфортності, консерватизму, моралізаторства та надзвичайною ригідністю мислення. Відсутність навичок вираження негативних емоцій, особливо гніву, ускладнює спілкування з оточуючими. Попередні дослідження показали, що 40% пацієнтів з АЗ мають коморбідний тривожно-депресивний розлад. Це підтверджує, що психологічні фактори

відіграють пускову роль і впливають на подальшу ефективність лікування [5].

В роботах Хаустової О.О. виявлено, що до основних факторів ризику розвитку АЗ відносять тривалий психосоціальний стрес та посттравматичний синдром, завищена відповідальність, соціальна депривація, незадоволеність взаємовідносинами, насилля та наявність несприятливих життєвих подій. Тригерами, що провокують появу АЗ, часто є незадовільні стосунки в сім'ї, порушення сну та звичка сприймати події як катастрофічні. Основним діагностичним інструментом Хаустова О.О. вважає опитувальники, застосування яких допомагає встановити тяжкість патології та вплив на життя пацієнта [27-28].

Недостатність вітаміну D як провокацію майбутнього розвитку АЗ розглянули Марушко Ю.В. та Гищак Т.В., виявивши, що цей вітамін бере участь у дозріванні імунної системи та диференціації нервової системи. Рандомні дослідження показали, що діти, які систематично отримували цей вітамін додатково, на 70% мають менше проявів порушення роботи імунної системи та схильності до розвитку АЗ [12].

Ніколенко Є.Я., Салун О.О., Вовк К.В., та Павлова О.Л. дослідили негативний вплив екології та користь селену для розвитку та протікання АЗ, таких як хвороба Грейвса та Хашимото. В їх роботах виявлено, що люди через погіршення стану навколишнього середовища, почали активніше боротися з мікроорганізмами, які намагаються проникнути в їхні тіла, через що їх імунна система втрачає власні функції та чекає медикаментозної допомоги; селен в поєднанні з інозитолом може бути корисний для людей з недостатньою активністю щитоподібної залози для зниження рівня антитіл, спрямованих на руйнування щитоподібної залози [14].

Проблематику целіакії як одного з аутоімунних захворювань розглянуто в праці Радомської Т.Д. та Бобицької Т.В. Целіакія – спадкова хвороба, фактори розгортання якої: надлишок стресу, вагітність, оперативні втручання, тілесні ушкодження та інфекції. Головним правилом лікування є

аглютенова дієта, котра зможе дозволити жити пацієнтам повноцінним життям [21].

В дослідницьких роботах Головач І.Ю. та Негрич Т.І., Боженко Н.Л., Фітькало О.С., Паєнок А.В. і Лаповець Л.Є. розглянуто вплив стресу та болю при ревматичних захворюваннях. . Больові синдроми та стрес знижують якість життя пацієнтів, впливають на їхню працездатність та соціальну згуртованість, тому важливим є мультидисциплінарний підхід до діагностики та лікування ревматичних захворювань, який повинен враховувати особливості сприйняття болю пацієнтом, психоемоційний стан хворого, рівень його стресу, життєвий досвід, що дасть можливість покращити ефективність лікування, зменшити застосовування знеболювальних препаратів і підвищити якість життя пацієнта [18-19].

## **1.2. Методика дослідження та характеристика психологічних особливостей людей з автоімунними захворюваннями.**

Для того, щоб врахувати характер пацієнтів, вікову категорію, стать та уникнути складних для розуміння питань, були обрані наступні методи тестування: Тематичної аперцепції тест (Thematic Apperception Test, TAT), Тест Роршаха (Rorschach Test), Міннесотський багатоаспектний особистісний опитувальник, версія 2 (MMPI®-2), Фрайбурзький багатофакторний особистісний опитувальник FPI (Freiburg Personality Inventory). Розглянемо їх детальніше.

**Тематичної аперцепції тест** (TAT) - проєктивна методика дослідження особистості, є однією з найдавніших та найбільш розповсюджених у світі, створена Х. Морганом та Г. Мюрреєм у 1935 р. Обстежуваний отримує 31 таблицю; 30 – чорно-білих заповнених, відносно неоднозначної ситуації, що допускає нечіткі інтерпретації, та провокує реакції, виявляє установки в різних сферах. Експеримент проводиться в 2 етапи і в певній послідовності залежно від статі та віку. Досліджуваним

пропонується скласти коротку розповідь про те, як вони потрапили в ситуацію, зображену на малюнку, про емоції персонажів і результат ситуації. Наприкінці тесту ставляться додаткові питання, щоб якомога більше отримати інформації про досліджуваного.

Цінність ТАТ ґрунтується на визнанні того, що в людській психіці існують дві різні тенденції. Перша – це прагнення індивіда інтерпретувати кожен неоднозначну ситуацію, з якою він стикається, на основі власного минулого досвіду. Друга тенденція полягає в тому, що в усіх літературних творах автори спираються насамперед на власні пережиті моменти і свідомо чи несвідомо застосовують його до вигаданих персонажів [23].

**Тест Роршаха** (Rorschach Test) опублікований швейцарським психіатром і психологом Германом Роршахом в 1921 році, допомагає дізнатися більше про процеси мислення та загальний рівень адаптації до суспільства.

Досліджуванам пропонується розповісти, що вони бачать на десяти картках із зображенням плям. Герман Роршах вважав цю систему найбільш деталізованим відображенням процесу сприйняття, так як його візуальний підхід та відсутність єдиної правильної відповіді допомагають психологам побачити більш детальну картину того, як люди бачать навколишній світ. Цим методика й дозволить краще зрозуміти закономірності сприйняття обстежуваних [24].

**Міннесотський багатоаспектний особистісний опитувальник**, версія 2 (MMPI-2) є цінним інструментом психологічної діагностики, так як забезпечує високоточну і всебічну діагностику особистості та використовується для виявлення проблем з психічним здоров'ям. Він дозволяє визначити основні риси, типи і характеристики особистості, поведінку взаємодії, психологічну адаптивність і приховані психічні розлади, а також поточний емоційний стан і рівень психічного напруження.

MMPI був розроблений в 1937 році клінічним психологом Старком Р. Хетеуєм і нейропсихіатром Дж. К. МакКінлів та опублікований

видавництвом Університету Міннесоти в 1943 році. У 1989 році була опублікована оновлена версія цього тесту, яка отримала назву MMPI-2.

Тест MMPI-2 використовують як джерело інформації про психічний стан клієнта, застосовують для виявлення психічних розладів і захворювань. Опитувальник складається з 567 різних тверджень типу «вірно» або «невірно». Після інтерпретуються результати тесту за рядом різних шкал, які дадуть можливість визначити етапи психологічної корекції [13].

***Фрайбурзький багатofакторний особистісний опитувальник FPI (Freiburg Personality Inventory)*** призначений для діагностики властивостей і станів особистості, що мають важливе значення для процесу соціальної адаптації та регуляції поведінки. Тест був розроблений Й. Фаренбергом, Р. Гампелом та Х. Зелгом у 1963 році та вперше опублікований лише у 1970 році. Тест FPI використовується для психодіагностики, профорієнтації, психологічного консультування та експертизи.

Опитувальник FPI містить 12 шкал, які діагностують невротичність, спонтанну агресивність, депресивність, дратівливість, товариськість, врівноваженість, реактивну агресивність, сором'язливість, відкритість, екстраверсію-інтроверсію, емоційну лабільність, маскуліність-фемінність. Загальна кількість запитань в опитувальнику - 114. Успішність дослідження залежить від уважності, з якою виконується завдання [17].

## **РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ХВОРИХ НА АВТОІМУННІ ЗАХВОРЮВАННЯ.**

### **2.1. Результати дослідження та їх аналіз**

Обираючи методи ми керувалися такими принципами:

1. Вони повинні бути релевантними предмету дослідження;
2. Мають бути валідними, надійними та максимально розкривати психічний стан досліджуваних;
3. Повинні охоплювати обширну вікову категорію.

Опираючись на мету та завдання дослідження, ми виділили такі етапи емпіричного дослідження, як підготовка, діагностика, обробка та інтерпретація результатів.

Підготовка складалася з низки психодіагностичних дослідницьких процедур, про які більш детально описані вище. Спектр методів та психодіагностичних методик включає спостереження, анкетування та бесіди:

- для дослідження реакцій та вияву установок у досліджуваних, було обрано Тематичної аперцепції тест (Додаток 1, 1.1, 1.2, 1.3, 1.4);
- для дослідження процесів мислення, сприйняття та рівню адаптації в суспільстві було обрано тест Роршаха;
- для виявлення проблематики психічного здоров'я та напруження, а також визначення характеристики особливостей поведінки пацієнтів, було обрано Міннесотський багатоаспектний особистісний опитувальник, версія 2 (MMPI-2);
- для дослідження комунікативності з оточуючими та регуляції поведінки був застосований Фрайбурзький багатофакторний особистісний опитувальник FPI (Додаток 2, 2.1, 2.2, 2.3).

Для виявлення причини наявності у пацієнтів аутоімунних захворювань та розуміння спектру прояву соматизації були обрані вищезазначені методики. Різноманітність вибору пов'язана з тим, що досліджувані мають різні характеристики, різний темп життя, різні

травматичні ситуації, різну вікову категорію та різний соціальний і сімейний статус [2].

Діагностика була проведена на основі дослідження пацієнтів з аутоімунними захворюваннями. На цьому етапі досліджувані проходили інструктаж щодо опитувальників, заповнення бланків та роз'яснювався момент відсутності єдиної правильної відповіді. За необхідності давалися уточнення та відповіді на запитання.

Перед діагностикою кожному із учасників дослідження було назначено зустріч для підвищення рівня довіри, індивідуальності підходу та часткового виявлення причини наявності в них аутоімунних захворювань. Всі методики також проводили окремо з кожним із респондентів, що дало змогу побачити їх цілі, наявність бажання вилікуватися і зрозуміти причину прояву в них хвороби та побудувати робочу програму.

На третьому етапі нашого дослідження, зроблена обробка та інтерпретація отриманих даних. На цьому етапі проводилася статистична обробка та узагальнення результатів дослідження для виявлення аспектів причинно-наслідкових проявів соматизації та ступеня вирішення окремих проблем з метою внесення коректив у комплексну програму.

Дослідження проводилося дев'ять місяців протягом 2023 року. В дослідженні прийняли участь 24 особи (чотирнадцять жінок та десять чоловіків), які були розбиті на чотири групи:

1 група – чоловіки з діагностованими аутоімунними захворюваннями (АЗ):

- Чоловік, діагноз – псоріаз, 19 років (ЧАЗ 1);
- Чоловік, діагноз – синдром Рейно, 29 роки (ЧАЗ 2);
- Чоловік, діагноз – запальне захворювання кишечника, 42 років (ЧАЗ 3);
- Чоловік, діагноз – псоріаз, 47 років (ЧАЗ 4);
- Чоловік, діагноз – целиакія, 53 років (ЧАЗ 5).



2 група – жінки з діагностованими аутоімунними захворюваннями (АЗ):

- Жінка, діагноз – синдром Рейно, 16 років (ЖАЗ 1);
- Жінка, діагноз – системний червоний вовчак, 24 роки (ЖАЗ 2);
- Жінка, діагноз – хвороба Аддісона, 37 років (ЖАЗ 3);
- Жінка, діагноз – ревматоїдний артрит, 38 років (ЖАЗ 4);
- Жінка, діагноз – ревматоїдний артрит, 40 років (ЖАЗ 5);
- Жінка, діагноз – хашимото, 57 років (ЖАЗ 6);
- Жінка, діагноз – вітіліго, 58 років (ЖАЗ 7).

3 група – люди з позитивним показником аутоімунних процесів (RNP 70) в організмі, але без вираженої соматизації:

- Чоловік, 35 років (RNP 1);
- Чоловік, 37 років (RNP 2);
- Чоловік, 38 років (RNP 3);
- Жінка, 28 років (RNP 4);
- Жінка, 39 років (RNP 5);
- Жінка, 44 роки (RNP 6).

4 група – люди, які відвідували консультації для психокорекції (не є носіями RNP 70 та не мають виражених симптом хвороби):

- Чоловік, 36 років (Л 1);
- Чоловік, 40 років (Л 2);
- Жінка, 30 років (Л 3);
- Жінка, 32 роки (Л 4);
- Жінка, 39 років (Л 5);
- Жінка, 53 роки (Л 6).

Метою емпіричної частини є вивчення психологічних та психосоматичних особливостей пацієнтів з аутоімунними захворюваннями різних видів.

Розглянемо та проаналізуємо результати чотирьох груп досліджених за допомогою Тематичної аперцепції тесту (див. таблиця 1 – 4):

Таблиця 1.

*Описання першої групи досліджених за допомогою ТАТ*

|       |                                                                                                                                                                                         |
|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ЧАЗ 1 | Намагається уникати близьких відносин; концентрується на власних недоліках; відчуває самотність; вважає себе неповноцінним та недостойним щастя.                                        |
| ЧАЗ 2 | Утримується емоціональної дистанції у соціумі; намагається приховати свої вади та недоліки; віддає перевагу залишитися на самоті вдома; відповіді вказують на бажання піти з життя.     |
| ЧАЗ 3 | Відчуття дискомфорту та тривожності у взаємодії з іншими людьми; неприйняття власних вад та недоліків інших людей; помічає тільки негативне; не бачить майбутнього.                     |
| ЧАЗ 4 | Фокусується на пустоті; живе минулим та намагається самотужки покарати себе за вчинені помилки; страх втратити близьких; концентрація на хворобі.                                       |
| ЧАЗ 5 | Емоціональна чутливість; здатність занурюватися в негативні спогади та проживати минулі події; відчуває себе тягарем для близьких; відсутність почуття спокою та безпеки; страх смерті. |

Таблиця 2.

*Описання другої групи досліджених за допомогою ТАТ*

|       |                                                                                                                                                                                    |
|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ЖАЗ 1 | Фокусується на втраті; концентрація на ролі жертви; бажання підкорюватися іншому; страх реакції людей на власні думки та бажання.                                                  |
| ЖАЗ 2 | Агресія на оточуючих; тривожність за майбутнє; страх вибору; бажання залишатися на самоті.                                                                                         |
| ЖАЗ 3 | Часті запаморочення й зниження працездатності; схильність до анорексії; відчуття не самодостатності.                                                                               |
| ЖАЗ 4 | Почуття незавершеності та недосконалості життя; страх втрати чоловіка та втрати авторитетності у дітей; відчуття неповноцінності; негативний погляд на будь-яку ситуацію.          |
| ЖАЗ 5 | Концентрація на больових відчуттях; залежність від хвороби; втрата цінності сторонньої допомоги; бажання отримувати співчуття від усіх оточуючих; страх майбутніх проявів хвороби. |
| ЖАЗ 6 | Пасивність до життя; бажання залишатися на самоті; незадоволеність власною роботою; невпевненість у собі; різкі зміни настрою.                                                     |
| ЖАЗ 7 | Концентрується на втрачених можливостях; втрата цінності власних досягнень; зниження темпу життя; безініціативність та пасивність; відраза власного тіла.                          |

Таблиця 3.

*Описання третьої групи досліджених за допомогою ТАТ*

|       |                                                                                                                                                    |
|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| RNP 1 | Виражена емоційність; вважає себе кращим за інших; не сприймає критики оточуючих; має яскраво виражені лідерські якості.                           |
| RNP 2 | Різкі зміни настрою; не впевнений у своєму майбутньому; намагається уникати відповідальності; бажає уникнути почуття самотності завдяки одруженню. |
| RNP 3 | Намагається не зважати на проблемні ситуації; уникає розмов про хворобу; дистанціюється                                                            |

|       |                                                                                                                                                                      |
|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|       | від хворобливих людей; знижений інстинкт самозбереження.                                                                                                             |
| RNP 4 | Схильність до меланхолічного настрою; бажання розлучитися та змінити роботу; не зважає на зміни самопочуття; агресивність до хвороби; відкидання емоційного зв'язку. |
| RNP 5 | Стала частіше уникати близьких відносин та дистанціюється від членів родини; багато часу приділяє вивченню хвороби та пошуку симптомів у себе.                       |
| RNP 6 | Апатичність до роботи та досягнень; бажання змінити все в своєму житті; боїться проявів хвороби та не довіряє лікарям; зниження комунікативності.                    |

*Таблиця 4.*

*Описання четвертої групи досліджених за допомогою ТАТ*

|     |                                                                                                                                                    |
|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Л 1 | Веде активний та здоровий спосіб життя; будує плани на майбутнє; бажає розвиватися в різних напрямках та створити сім'ю.                           |
| Л 2 | Емоційно стабільний; впевнений в собі; віддає перевагу гамірливим зустрічам; має активну власну позицію.                                           |
| Л 3 | Притаманний стрімкий кар'єрний ріст; цінує себе та свої досягнення; виражена ініціативність та саморозвиток; систематично розширює коло знайомств. |
| Л 4 | Активний темп та образ життя; впевненість в завтрашньому дні; широкий круг спілкування; відчуває свою значимість для своїх близьких та колег.      |
| Л 5 | Гарні взаємовідносини з оточуючими; притаманне відчуття спокою; бажання проявляти та пізнавати себе різносторонньо.                                |
| Л 6 | Цінує себе та свої близьких; фокусується на теперішньому та планує майбутнє; працює на своїми стереотипами.                                        |

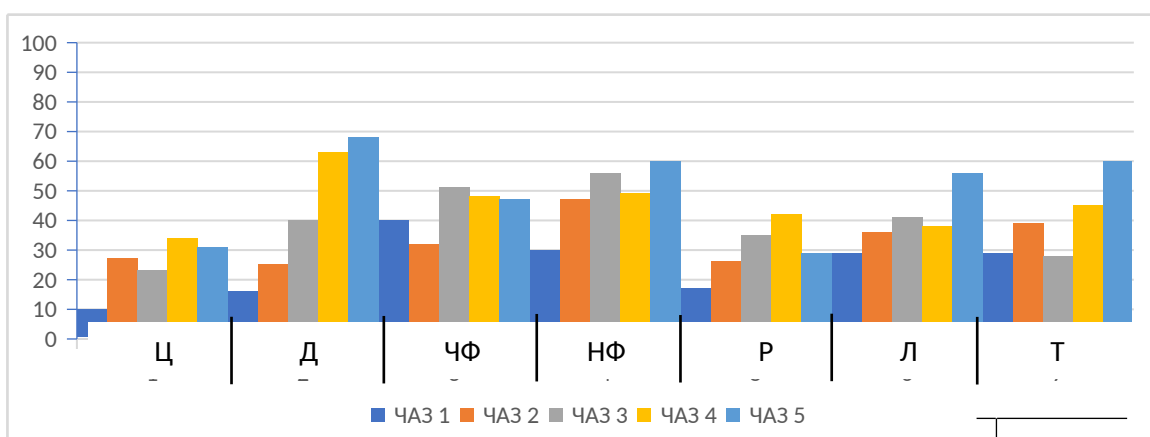
Аналізуючи результати, ми маємо змогу побачити, що для першої групи пацієнтів з аутоімунними захворюваннями (чоловіки) притаманна тривожність, емоційна чутливість, страх смерті та бажання дистанціюватися від близьких та оточуючих; для другої (жінки) – агресивність, пасивність та залежність від хвороби, яка додатково ґрунтується на відчутті неповноцінності. Для третьої групи пацієнтів з позитивним показником аутоімунного захворювання, але без вираженої соматизації (RNP) характерні погіршення настрою, відсутність впевненості у майбутньому, критика до власних вчинків в минулому, але є бажання прийти до змін та уникнути хвороби. За результатами ТАТ, ми бачимо, що тільки четверта група досліджуваних, а саме ті, котрі не мають ні позитивності, ні симптоматики аутоімунних захворювань, цінує себе, свої досягнення та своє теперішнє,

веде активне життя, має гарні взаємовідносини з оточуючими та схильність до саморозвитку.

Надалі представлені результати емпіричного дослідження за тестом Роршаха в вигляді діаграми для кожної з груп за категоріями (Діаграма 1-4): цілісність (Ц), деталі (Д), чіткість форми (ЧФ), нечіткі форми (НФ), рух (Р), люди (Л), тварини (Т).

*Діаграма 1.*

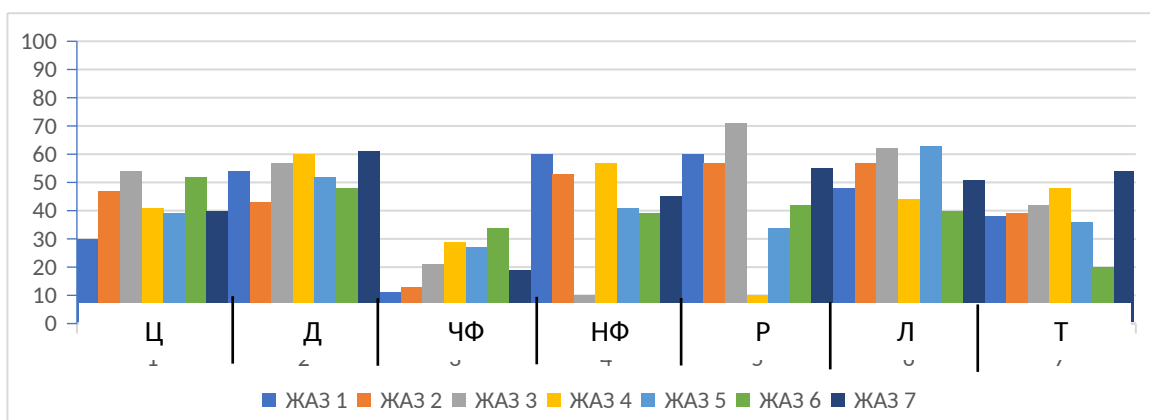
*Діаграма для першої групи досліджених за тестом Роршаха*



Згідно вищевказаної діаграми можна зробити висновки: дослідженні першої групи залежні від свого емоційного стану, прагнуть отримувати переживання, відчувають обмеження, приниження та помічають системність перешкод та презирство до самих себе, утруднення самоствердження, знаходяться в стані дезадаптації.

*Діаграма 2.*

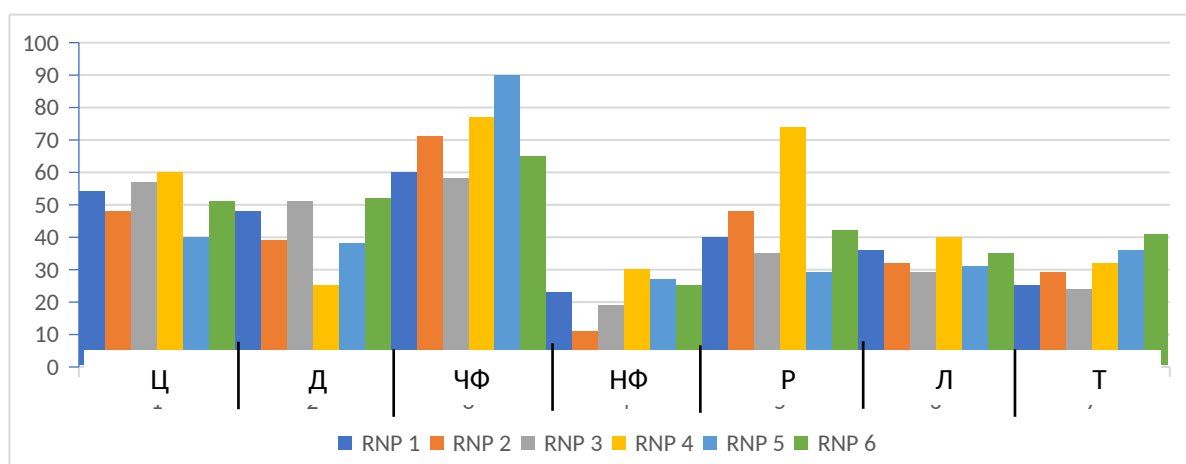
*Діаграма для другої групи досліджених за тестом Роршаха*



За результатами даної діаграми виявлено параноїдальні страхи щодо хвороби, складні відносини з протилежною статтю, амбівалентне відношення до полового акту, негативне сприйняття власного тіла, внутрішній дискомфорт, ізолюваність від соціума та недовіра до оточуючих, стрес та тривожність, пригніченість і зневажливе ставлення до себе, гнів, відчуття деградації.

*Діаграма 3.*

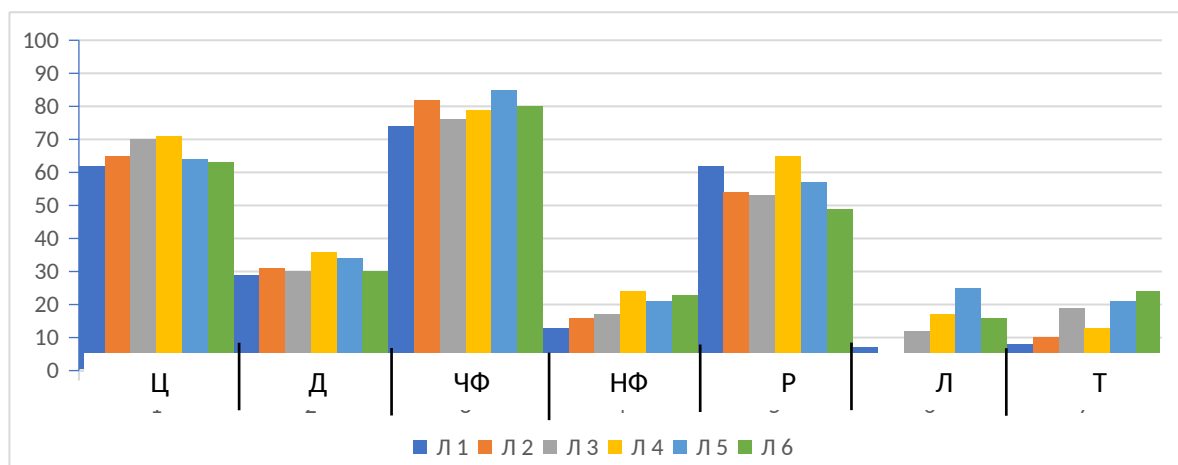
*Діаграма для третьої групи досліджених за тестом Роршаха*



Загальним щодо третьої групи є суперництво, егоцентричність, почуття неповноцінності та невизначеності, відчуття внутрішньої пустоти та бажання бути коханими, страх самотності, схильність до самокритики, бажання відгородити себе від порожнечі, напруга через бажання самоствердитися.

*Діаграма 4.*

*Діаграма для четвертої групи досліджених за тестом Роршаха*



Загальне по четвертій групі: почуття впевненості при протистоянні труднощам, розвинений інтелект та гарна пам'ять, незалежність від думки оточуючих, активне соціальне життя, мають перспективи розвитку та бажання самовдосконалюватися.

Розглянемо результати чотирьох груп емпіричного дослідження за Міннесотським багатоаспектним особистісним опитувальником у процентному співвідношенні за профілями: маскулінність (М), фемінність (Ф), іпохондрія (ІП), депресія (Д), істерія (ІС), психопатія (ПС), параноя (П), психастенія (ПХ), шизофренія (Ш), гіпоманія (Г), інтровертія (ІН), достовірність (ДС), (див. табл. 4)

*Таблиця 4.*

*Процентне співвідношення результатів чотирьох груп досліджених за Міннесотським багатоаспектним особистісним опитувальником*

| № гр. | Склад групи | Профілі опитування, % |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|-------|-------------|-----------------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
|       |             | М                     | Ф  | ІП | Д  | ІС | ПС | П  | ПХ | Ш  | Г  | ІН | ДС |
| 1     | ЧАЗ 1       | 64                    | 19 | 61 | 58 | 43 | 63 | 70 | 65 | 32 | 30 | 52 | 80 |
|       | ЧАЗ 2       | 67                    | 21 | 68 | 67 | 54 | 71 | 58 | 78 | 36 | 22 | 62 | 84 |
|       | ЧАЗ 3       | 51                    | 24 | 57 | 64 | 42 | 46 | 64 | 69 | 41 | 34 | 57 | 75 |
|       | ЧАЗ 4       | 43                    | 21 | 74 | 75 | 61 | 59 | 63 | 71 | 48 | 29 | 54 | 78 |
|       | ЧАЗ 5       | 67                    | 13 | 49 | 86 | 50 | 79 | 72 | 79 | 50 | 27 | 62 | 89 |
| 2     | ЖАЗ 1       | 6                     | 29 | 48 | 77 | 58 | 62 | 73 | 72 | 51 | 13 | 54 | 77 |
|       | ЖАЗ 2       | 9                     | 38 | 58 | 48 | 44 | 60 | 54 | 84 | 55 | 17 | 62 | 86 |
|       | ЖАЗ 3       | 4                     | 54 | 63 | 54 | 36 | 54 | 67 | 68 | 49 | 16 | 63 | 82 |
|       | ЖАЗ 4       | 12                    | 32 | 67 | 60 | 37 | 45 | 63 | 73 | 53 | 20 | 56 | 91 |
|       | ЖАЗ 5       | 7                     | 30 | 54 | 71 | 62 | 77 | 72 | 78 | 40 | 24 | 71 | 83 |
|       | ЖАЗ 6       | 9                     | 36 | 71 | 78 | 67 | 65 | 61 | 82 | 55 | 19 | 70 | 76 |
|       | ЖАЗ 7       | 16                    | 41 | 62 | 66 | 72 | 70 | 75 | 86 | 59 | 17 | 68 | 85 |
| 3     | RNP 1       | 12                    | 4  | 31 | 29 | 21 | 36 | 40 | 40 | 30 | 32 | 30 | 60 |
|       | RNP 2       | 18                    | 2  | 42 | 30 | 20 | 40 | 36 | 36 | 29 | 26 | 29 | 67 |
|       | RNP 3       | 16                    | 5  | 40 | 25 | 26 | 42 | 35 | 12 | 41 | 44 | 21 | 35 |
|       | RNP 4       | 3                     | 16 | 49 | 31 | 22 | 45 | 41 | 54 | 25 | 19 | 34 | 66 |
|       | RNP 5       | 5                     | 32 | 37 | 19 | 30 | 56 | 48 | 43 | 34 | 18 | 32 | 72 |
|       | RNP 6       | 6                     | 25 | 51 | 40 | 32 | 59 | 42 | 34 | 32 | 20 | 37 | 84 |
| 4     | Л 1         | 14                    | 22 | 11 | 7  | 10 | 10 | 8  | 3  | 10 | 49 | 5  | 97 |
|       | Л 2         | 12                    | 31 | 9  | 5  | 7  | 5  | 13 | 5  | 11 | 55 | 6  | 87 |

|  |     |   |    |    |    |   |    |    |    |    |    |    |    |
|--|-----|---|----|----|----|---|----|----|----|----|----|----|----|
|  | Л 3 | 4 | 6  | 24 | 4  | 4 | 6  | 10 | 11 | 9  | 54 | 10 | 89 |
|  | Л 4 | 2 | 9  | 5  | 10 | 8 | 13 | 11 | 9  | 8  | 61 | 4  | 85 |
|  | Л 5 | 5 | 8  | 7  | 12 | 5 | 19 | 5  | 10 | 11 | 63 | 6  | 91 |
|  | Л 6 | 3 | 10 | 13 | 8  | 6 | 8  | 9  | 13 | 13 | 59 | 7  | 90 |

Результати Міннесотського багатоаспектного особистісного опитувальника дозволяють нам зробити таку порівняльну характеристику чотирьох груп (див. табл. 5).

*Таблиця 5.*

*Порівняльна характеристика результатів чотирьох груп досліджуваних*

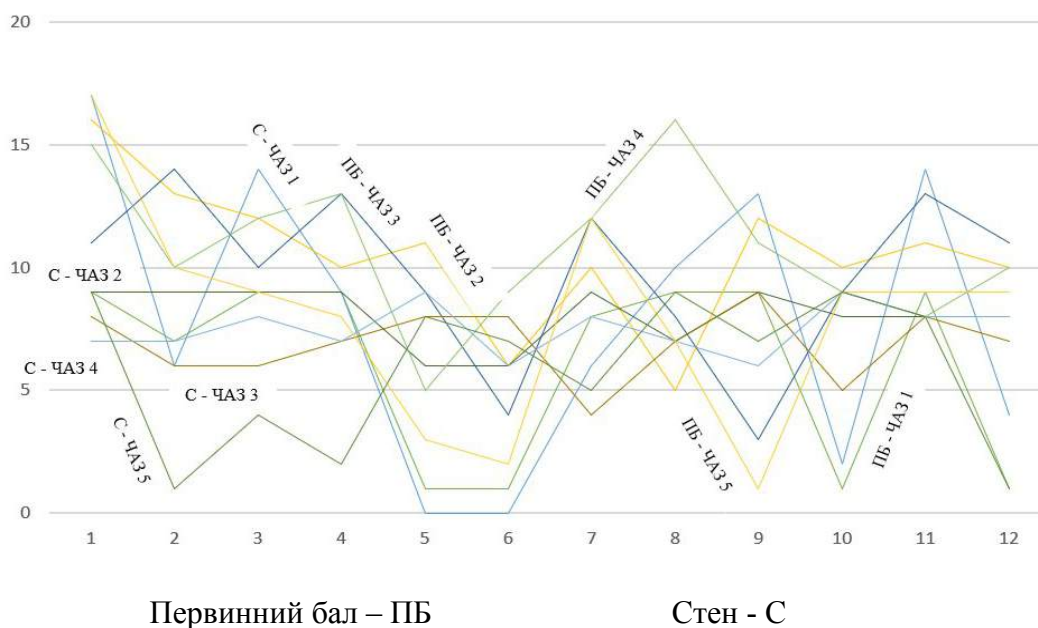
|         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|---------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 група | Схильні до депресії, емоційної нестабільності, до постійного занепокоєння своїм здоров'ям, а також, саме чоловіки, почали помічати в собі прояви істерії та нездорові страхи, що в свою чергу викликало почуття провини і соціальне відчуження.                                                                                         |
| 2 група | Для жінок більш характерні прояви стереотипності, поганий настрій, почуття невпевненості та неповноцінності, ревнощів, нав'язливих думок, що призвело до відчуття незадоволеності собою, життям та соціальну дезадаптацію.                                                                                                              |
| 3 група | Було виявлено різкі зміни настрою, втрата інтересу до життя, страх хвороби, бажання вилікуватися всіма можливими засобами, обмеження кола спілкування та почалися прояви своєрідного сприйняття реальності.                                                                                                                             |
| 4 група | В наявності позитивний настрій, впевненість в собі та в своєму виборі, хворобу сприймають як швидкопротікаюче явище, котре не здатне порушити їх активний темп життя, бажають розвиватися та пізнавати себе, щоб конструктивніше прожити своє життя, не мають потенціальної емоційної проблематики, яка б порушувала їх психічний стан. |

Розглянемо результати емпіричного дослідження за Фрайбурзьким багатофакторним особистісним опитувальником FPI.

Отримані значення оцінок позначаються у стовпці протоколу нанесенням умовного позначення у точці, що відповідає величині стандартної оцінки за кожною шкалою. Поєднавши прямими позначені точки, ми можемо спостерігати зростання емоційності в наведених нижче діаграмах (Діаграма 5-8):

Діаграма 5.

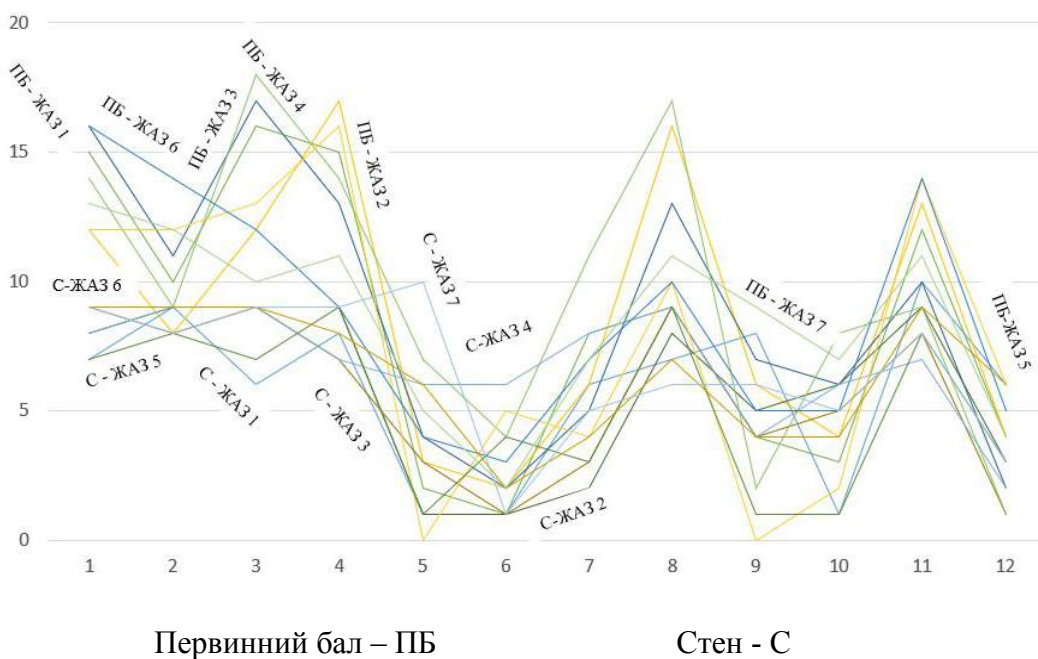
*Профілі досліджуваних першої групи за методикою FPI*



Загальна характеристика профілів першої групи: вказує на різкі перепади емоційності з подальшим спадом на апатію та депресію.

Діаграма 6.

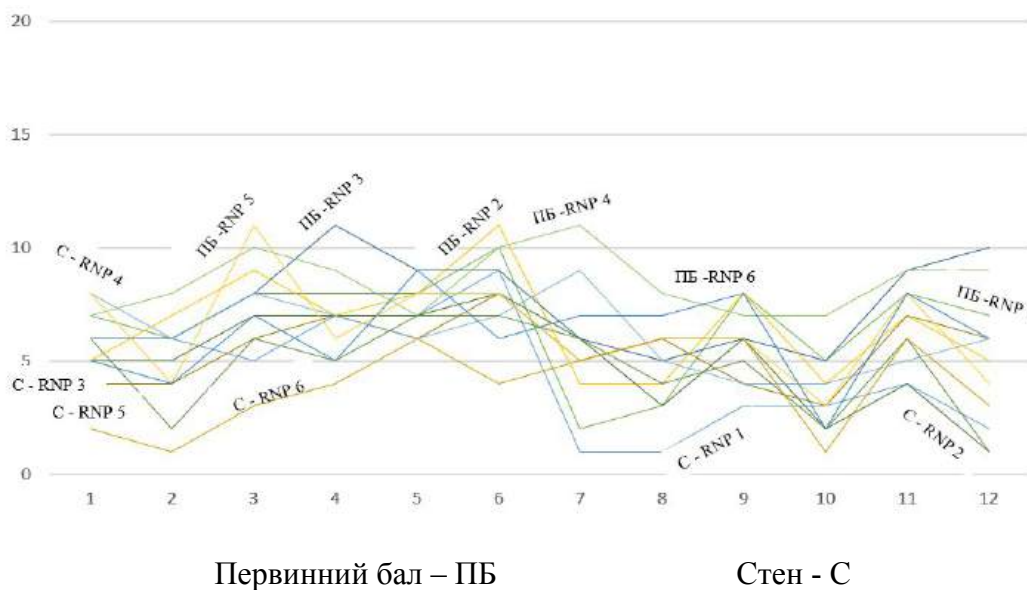
*Профілі досліджуваних другої групи за методикою FPI*



Загальна характеристика профілів другої групи: свідчить про емоційну нестабільність, підвищений рівень агресивності та дратівливості.



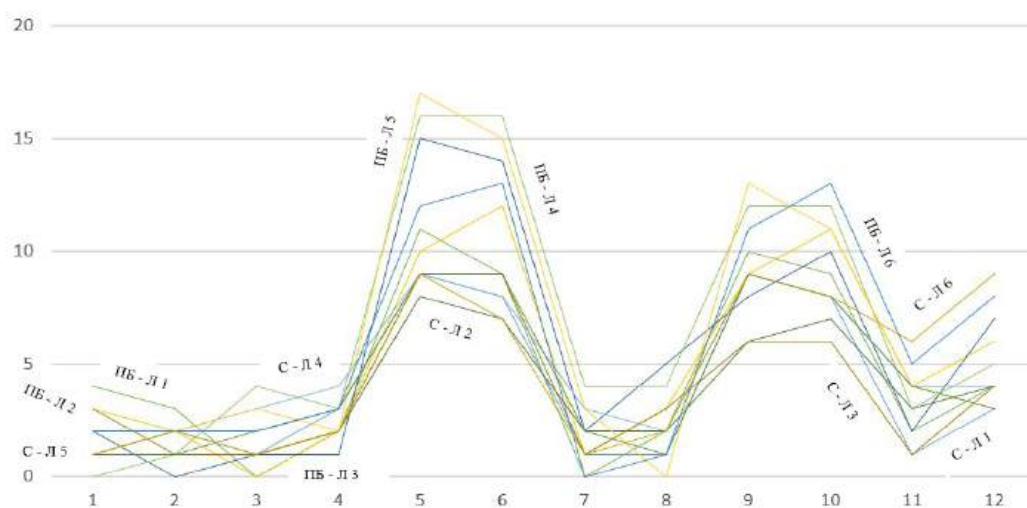
### Профілі досліджуваних третьої групи за методикою FPI



Загальна характеристика профілів третьої групи: є прояви порушення емоційної рівноваги, наявні роздратованість та схильність до депресії.

*Діаграма 8.*

### Профілі досліджуваних четвертої групи за методикою FPI



Загальна характеристика профілів четвертої групи: немає ніяких видимих ознак того, що досліджувані концентрують своє життя на хворобах, є легкі занепокоєння, але вони не впливають на перебіг їх життя та адаптацію.

Коли всі вищезгадані методи були проаналізовані і результати узагальнені, стало зрозуміло, що між чотирма групами існують спільні елементи, а саме:

**Залежність від минулого:**

- 1 група – зосереджені на минулому досвіді, минуле для них більш цілісне і зрозуміле, ніж розмите майбутнє;
- 2 група – пам'ятають психологічні травми свого дитинства, вибір роблять опираючись на них;
- 3 група – бажають повернутися в минуле і виправити помилки;
- 4 група – вважають, що минуле - це досвід, який допомагає в майбутньому.

**Вплив хвороби на вибір:**

- 1 група – систематична тривожність про розвиток хвороби, не бачить сенсу лікуватися;
- 2 група – соматизація хвороби являється єдиною темою для розмови, усі плани залежать від самопочуття;
- 3 група – ділять життя на дві паралелі: якщо прогресуватиме хвороба та якщо б її не було;
- 4 група – захворювання сприймають як швидкоплинні події.

**Соціальна дезадаптація:**

- 1 група – бажають огородити себе від близьких та оточуючих, віддають перевагу самотності;
- 2 група – зменшують коло спілкування, обмежуючись соціумом, котрий пов'язаний хворобою;
- 3 група – знаходяться в пошуку людей, котрі будуть за ними піклуватися та проявляти співчуття;
- 4 група – розширюють коло спілкування та мають близькі стосунки.

**Саморозвиток та темп життя:**

- 1 група – професію вважають тягарем, схильні до апатичності;
- 2 група – вважають, що їх не цінують на роботі, бояться спробувати та розпочати щось нове;
- 3 група – бажають звільнитися з роботи, але зупиняє страх, що не зможуть знайти себе;
- 4 група – мають активне кар'єрне зростання, яскраво виражене бажання здобувати нові знання та прагнуть до розвитку.

#### **Плани на майбутнє:**

- 1 група – живуть хворобою, подальших планів немає, стимулу займатися прогнозом теж;
- 2 група – розмовляють про майбутнє тільки як про розвиток хвороби;
- 3 група – бояться говорити про майбутнє, так як не впевнені в ньому;
- 4 група – бачать подальше майбутнє, мають цілі та плани, насолоджуються сьогоденням.

## **2.2. Інструкції та вказівки щодо впровадження результатів експериментального дослідження.**

Кожному з досліджуваних трьох груп (ЧАЗ, ЖАЗ, RNP) було запропоновано пройти комплексне альтернативне лікування, яке базувалося на індивідуальній програмі, а саме:

1. Діагностика (консультація лікаря, лабораторні та апаратні обстеження) [1;6;8];
2. Фізична реабілітація (мануальна терапія, індивідуальні заняття з тренером, ранкова гімнастика та ходьба) [4;31];
3. Гомеопатія [21;18];
4. Комплекс терапевтичних консультацій з психологом (КТКП) [6;9;14;20].

За кожним пацієнтом закріплюється фахівець, який стежить за дотриманням режиму та станом здоров'я (лікар, фізичний терапевт, гомеопат, психолог) (Таблиця 6).

Таблиця 6.

*Розподіл / закріплення (дороговказний лист) пацієнтів трьох груп  
(ЧАЗ, ЖАЗ, RNP)*

| Пацієнт         | Діагностика                                                                                                                    | Фізична реабілітація                                                      | Гомеопатія                                                                 | КТКП              |
|-----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| Відповідальний: |                                                                                                                                |                                                                           |                                                                            |                   |
| ЧАЗ 1           | КМН, ас. кафедри пропедевтики внутрішніх хвороб і терапії ОНМедУ, лікар-ревматолог вищої категорії Тихончук Н.С.               | Лікар невролог-вертебролог, мануальний терапевт МЦ "Аксіс" Супрунець Д.В. | Директор Центру гомеопатичної медицини м. Одеси, сімейний лікар Мухін В.В. | Психолог Міцул Т. |
| ЧАЗ 2           | Міський позаштатний ревматолог вищої категорії Багатопрофільного МЦ ОНМедУ Василець В.В                                        | Лікар-реабілітолог Войцеховський П.С.                                     | Гомеопат, нефролог, трихолог Хабібулліна А.М.                              | Психолог Міцул Т. |
| ЧАЗ 3           | Міський позаштатний ревматолог вищої категорії Багатопрофільного МЦ ОНМедУ Василець В.В                                        | Фізичний терапевт, вертебролог Свет Н.А.                                  | Гомеопат, дерматолог, сімейний лікар Зіміна Т.С.                           | Психолог Міцул Т. |
| ЧАЗ 4           | КМН, доцент, врач-терапевт высшей категории, врач-ревматолог Холопов Л.С. Центру реконструктивної та відновної медицини ОНМедУ | Масажист-реабілітолог Арнаутов С.С.                                       | Директор Центру гомеопатичної медицини м. Одеси, сімейний лікар Мухін В.В. | Психолог Міцул Т. |
| ЧАЗ 5           | КМН, доцент, врач-терапевт высшей категории, врач-ревматолог Холопов Л.С. Центру реконструктивної та відновної медицини ОНМедУ | Мануальний терапевт, кінезіотерапевт, вертебролог, остеопат Пшеніцин В.Н. | Гомеопат, терапевт Єрашова Н.П.                                            | Психолог Міцул Т. |
| ЖАЗ 1           | Лікар - ревматолог вищої категорії Багатопрофільного МЦ ОНМедУ Канєвська Ю.В.                                                  | Реабілітолог, лікар ЛФК Базей Б.Н.                                        | Директор Центру гомеопатичної медицини м. Одеси, сімейний лікар Мухін В.В. | Психолог Міцул Т. |
| ЖАЗ 2           | Міський позаштатний ревматолог вищої категорії Багатопрофільного МЦ ОНМедУ Василець В.В                                        | Реабілітолог, лікар ЛФК Базей Б.Н.                                        | Директор ТОВ «Гомеопатія», провідний гомеопат Ніколаєв В.М.                | Психолог Міцул Т. |
| ЖАЗ 3           | КМН, ас. кафедри пропедевтики внутрішніх хвороб і терапії ОНМедУ, лікар - ревматолог вищої категорії Тихончук Н.С.             | Лікар невролог-вертебролог, мануальний терапевт МЦ "Аксіс" Супрунець Д.В. | Директор ТОВ «Гомеопатія», провідний гомеопат Ніколаєв В.М.                | Психолог Міцул Т. |
| ЖАЗ 4           | Лікар - ревматолог вищої категорії Багатопрофільного МЦ ОНМедУ Канєвська Ю.В.                                                  | Фізичний терапевт, вертебролог Свет Н.А.                                  | Гомеопат, терапевт Єрашова Н.П.                                            | Психолог Міцул Т. |

|       |                                                                                                                               |                                                                           |                                                                            |                   |
|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| ЖАЗ 5 | КМН, доцент, врач-терапевт вищої категорії, врач-ревматолог Холопов Л.С. Центру реконструктивної та відновної медицини ОНМедУ | Мануальний терапевт, кінезіотерапевт, вертебролог, остеопат Пшеніцин В.Н. | Директор ТОВ «Гомеопатія», провідний гомеопат Ніколаєв В.М.                | Психолог Міцул Т. |
| ЖАЗ 6 | Міський позаштатний ревматолог вищої категорії Багатопрофільного МЦ ОНМедУ Василець В.В                                       | Мануальний терапевт, кінезіотерапевт, вертебролог, остеопат Пшеніцин В.Н. | Гомеопат, дерматолог, сімейний лікар Зіміна Т.С.                           | Психолог Міцул Т. |
| ЖАЗ 7 | КМН, ас. кафедри пропедевтики внутрішніх хвороб і терапії ОНМедУ, лікар - ревматолог вищої категорії Тихончук Н.С.            | Лікар невролог-вертебролог, мануальний терапевт МЦ "Аксіс" Супрунець Д.В. | Директор ТОВ «Гомеопатія», провідний гомеопат Ніколаєв В.М.                | Психолог Міцул Т. |
| RNP 1 | Міський позаштатний ревматолог вищої категорії Багатопрофільного МЦ ОНМедУ Василець В.В                                       | Масажист-реабілітолог Арнаутов С.С.                                       | Гомеопат, дерматолог, сімейний лікар Зіміна Т.С.                           | Психолог Міцул Т. |
| RNP 2 | Міський позаштатний ревматолог вищої категорії Багатопрофільного МЦ ОНМедУ Василець В.В                                       | Реабілітолог, лікар ЛФК Базей Б.Н.                                        | директор Центру гомеопатичної медицини м. Одеси, сімейний лікар Мухін В.В. | Психолог Міцул Т. |
| RNP 3 | Лікар - ревматолог вищої категорії Багатопрофільного МЦ ОНМедУ Канєвська Ю.В.                                                 | Масажист-реабілітолог МЦ "Аксіс" Бабаков М.О.                             | Директор ТОВ «Гомеопатія», провідний гомеопат Ніколаєв В.М.                | Психолог Міцул Т. |
| RNP 4 | Міський позаштатний ревматолог вищої категорії Багатопрофільного МЦ ОНМедУ Василець В.В                                       | Мануальний терапевт, кінезіотерапевт, вертебролог, остеопат Пшеніцин В.Н. | Гомеопат, дерматолог, сімейний лікар Зіміна Т.С.                           | Психолог Міцул Т. |
| RNP 5 | КМН, доцент, врач-терапевт вищої категорії, врач-ревматолог Холопов Л.С. Центру реконструктивної та відновної медицини ОНМедУ | Лікар-реабілітолог Войцеховський П.С.                                     | Гомеопат, терапевт Єрашова Н.П.                                            | Психолог Міцул Т. |
| RNP 6 | КМН, ас. кафедри пропедевтики внутрішніх хвороб і терапії ОНМедУ, лікар - ревматолог вищої категорії Тихончук Н.С.            | Фізичний терапевт, ерготерапевт МЦ "Аксіс" Трофимчук В.А.                 | Гомеопат, дерматолог, сімейний лікар Зіміна Т.С.                           | Психолог Міцул Т. |

Кожен з пацієнтів трьох груп пройшов психотерапевтичний маршрут, курсом з 36 особистісних консультацій по 60 хвилин кожна, 2 консультації на тиждень за індивідуальним планом, що наведений нижче (Таблиця 7).

Таблиця 7.

*План тем індивідуального психотерапевтичного маршруту  
(розробка психолог Міцул Т.)*

| Тема консультації                            | Тривалість     | Використовувані вправи (Додаток 3)                                                                                                                                                                                                 |
|----------------------------------------------|----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Знайомство та аналіз пацієнта                | 3 консультації | Проведена ввідна консультація та аналіз за вищевказаними методиками (ТАТ, тест Роршаха, MMPI-2, FPI)                                                                                                                               |
| Довіра                                       | 1 консультація | За допомогою вправ «Довіра» та «Чотири сцени» нам вдалося порушити бар'єр замкнутості та встановити довірчі відносини.                                                                                                             |
| Знання про хворобу                           | 1 консультація | Було надано можливість розповісти всі свої пізнання про їхню хворобу.                                                                                                                                                              |
| Вплив минулого                               | 3 консультації | Для розуміння ролі минулого у житті досліджуваних та взяття лише позитивних аспектів минулого були використані вправи «Валіза», «Три мудреці» та «Примирення з собою».                                                             |
| Логотерапевтичний локус                      | 3 консультації | Для зв'язку лікування і духовного контексту використовувалися вправи «Логічні зв'язки», «Зостановись на момент» та «Сенс життя».                                                                                                   |
| Самооцінка                                   | 3 консультації | Для ефективності діяльності пацієнтів і їх подальшого розвитку особистості допомогли вправи «Відмова від негативного мислення», «Позбавлення страху і провини», «Прийняття своїх особливостей» та «Дослідження карти своїх умінь». |
| Впевненість                                  | 2 консультації | Щоб підняти рівень психологічного благополуччя використовувалися вправи «Приглушення самокритики», «Дзеркало», «Реактивація неактивних ресурсів» та «Підберіть цитати».                                                            |
| Профорієнтація                               | 2 консультації | Так як важливим моментом для пацієнтів є професійні досягнення, потрібно було визначити їх схильності, в цьому допомогли вправи «Оповідання з іменників», «Мої життєві й професійні плани» та гра "Вгадай професію".               |
| Соціалізація                                 | 4 консультації | Для усунення дезадаптації проведено сюжетно-рольову гру "Створення миру" та написаний особистий маніфест.                                                                                                                          |
| Вміння радіти життю та позитивність мислення | 4 консультації | Було проведено вправи «У світі мистецтв», «Свідоме дихання» та «Будь туманом», що пацієнти висвітлювати та розповсюджувати позитивні якості особистості.                                                                           |
| Локус контролю                               | 2 консультації | Для розуміння, що ми маємо вплив на події, котрі відбуваються у нас в житті, виконані вправи «Писання листів» та «Мова тіла».                                                                                                      |
| Безпека                                      | 2 консультації | Щоб кожен з пацієнтів почувався у безпеці, залишаючись на самоті, та навчився довіряти собі та своїм почуттям, проводилися вправи «Сам собі друг», «Зрозумійте себе», «Усвідомлена реакція».                                       |
| Цілеспрямованість                            | 2 консультації | Щоб розвинути у кожного бажання та вміння ставити цілі допомогли вправи «Мої цілі» та "5 кроків".                                                                                                                                  |
| Сміливість                                   | 2 консультації | Досліджуванням важливо підбити підсумок, що вони знайшли в собі мужність впоратися з хворобою та її симптоматикою (в деталях), заохотити себе (слова, подарунки, дії).                                                             |
| Плани на майбутнє                            | 3 консультації | Важливим етапом було навчитися бачити своє майбутнє та не боятися його, з чим і впоралися вправи «Мої досягнення», «Мої ресурси», «План мого майбутнього» та гра «Лист з майбутнього».                                             |

Для рефлексії після курсу психологічних консультацій була проведена заключна шеренгова консультація. Всі учасники повідомили, що

їхнє фізичне та психічне здоров'я покращилося, а також відмітили здатність ставити цілі та аналізувати умови, необхідні для їх досягнення, визначати та покладатися на свої сильні сторони, знаходити ресурси та мотивацію, почали відчувати внутрішню та психологічну безпеку, що допоможе мати якісніші умови життя та бажання розширювати коло спілкування.

Так як аутоімунні захворювання мають рецидивуючий перебіг досліджуванним були надані практичні рекомендації: контроль за допомогою діагностування стану здоров'я (для оцінки ефективності лікування та змін у стані пацієнта); систематичні консультації з психологом (для підтримки досягнутих результатів); роз'яснена важливість й подальшого виконання усіх призначень спеціалістами (лікарі, психологи, гомеопати та реабілітологи); індивідуальний план психологічних вправ; ведення щоденника емоцій (для самоконтролю).

## **Висновки**

Аутоімунні захворювання (АЗ) - це клінічні стани, які призводять до аномального вироблення аутоімунних антитіл і проліферації само нападаючих клонів кілерних клітин (NK). В результаті імунна система людини починає сприймати здорові клітини і тканини за чужорідні тіла та докладає всіх зусиль для їх усунення.

Аутоімунні захворювання є одними з найбільш загадкових і важко виліковних захворювань, адже вражають майже кожную частину тіла та можуть викликати широкий спектр симптомів та ускладнень, залежно від типу та ураженого органу, не маючи жодних вікових обмежень (синдром Рейно, целіакія, ревматоїдний артрит, псоріаз, вітіліго та інші). Статистика показує, що найбільш схильні до цього захворювання жінки, а зустрічаються вони майже у 10% населення планети.

При аутоімунних захворюваннях окрім фізичної інвалідності, присутні також психопатологічні симптоми: невротичні розлади, розлади особистості та неврозоподібні стани. Тілесні та психопатологічні симптоми взаємодіють між собою, що сприяє погіршенню перебігу хвороби, так як впливає на психічне та фізичне здоров'я пацієнта, погіршуючи ефективність лікування та реабілітації хворого. Аутоімунні захворювання є достатньо розповсюдженими та, незважаючи на те, що за останні роки досягнуто значного прогресу в ключових аспектах проблематики аутоімунних захворювань, психологічні аспекти захворювань не мають вагомого впливу на діагностику та процес лікування.

Психосоматичними причинами виникнення аутоімунних захворювань є стрес, депресивний стан, відсутність самовизначення та профорієнтації, міжособистісний конфлікт з суспільством та страх конкуренції.

Опираючись на ці зібрані дані від результатів психодіагностики та порівняльної характеристики чотирьох груп досліджуваних, була створена реабілітаційна програма.

Аналізуючи результати робочої програми було відмічені покращення соматичного стану та зменшення проявів хвороби, стабільність емоційного



аспекту, відчуття безпеки та впевненості в собі, з'явилася позитивність мислення, цілеспрямованість та активна динаміка в комунікаціях з оточуючими, а також відмітили здатність ставити цілі та аналізувати умови, необхідні для їх досягнення, визначати та покладатися на свої сильні сторони, знаходити ресурси та мотивацію.

Аутоімунні захворювання мають рецидивуючий перебіг, тому досліджуванам були надані практичні рекомендації: контроль за допомогою діагностування стану здоров'я, систематичні консультації з психологом, роз'яснена важливість й подальшого виконання усіх призначень спеціалістами, індивідуальний план психологічних вправ, ведення щоденника емоцій.

Вперше в рамках дослідницької програми було розглянуто лікування аутоімунних захворювань з різних сторін (реабілітація, гомеопатія, психологічні консультування). Наразі не виявлено жодного доступного джерела інформації для вивчення і аналізу перебігу хвороби та зменшення проявів симптомів під впливом комплексного лікування у людей з позитивними аутоімунними процесами.

Основні положення та результати роботи доповідалися та обговорювалися з відповідальними за реабілітацію і гомеопатію в режимі онлайн та підкріплювалися результатами діагностичних досліджень.

Відповідно до мети та завдання дослідження було отримано такі результати: виявлено основні клінічні та психологічні особливості соматизації у пацієнтів з аутоімунними захворюваннями; проведені інтерпретація та аналіз обраних методик; досліджені ролі впливу у розгляді різних аспектів аутоімунних захворювань; розроблена і науково обґрунтована дослідницька програма, яка включала психотерапевтичний маршрут; були застосовані основні висновки дослідження та компоненти розробленої методологічної системи. На основі даних результатів можна зробити певні висновки.

Пацієнти з аутоімунними захворюваннями повинні перебувати під наглядом спеціалізованої команди з ранніх стадій захворювання: лікаря (ревматолога, імунолога, гастроентеролога, ортопеда та дерматолога), фізичного реабілітолога, гомеопата та психолога. Комплексна діагностика захворювання вимагає використання сучасних лабораторних методів. Важливою задачею в процесі лікування є досягнення ремісії захворювання, профілактика та лікування проявів соматизації консервативними методами, дотримання режиму харчування (стіл №15), уникання інсоляції та психотерапія, що дозволить не дійти до стадії незворотніх наслідків та смерті.

Актуальність розгляду цієї теми зумовлена поширеністю и активним ростом кількості осіб, маючих позитивний скринінг антитіл, складністю ранньої діагностики та лікування, високим рівнем непрацездатності та первинної інвалідності, психологічними проблемами, пов'язаними зі статусом і становищем людини в суспільстві, погіршенням суб'єктивного благополуччя та можливістю повноцінного і гармонійного існування особистості.

Розроблена дослідницька програма є доволі дієвою та може бути рекомендована для роботи з даною групою пацієнтів у ревматичних та імунологічних центрах України, а також має перспективи подальших досліджень у цьому напрямку.

## **СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ**

1. Антипкін Ю.Г., Квашніна Л.В., Омельченко Л.І. Сучасна педіатрія: Обґрунтування доз вітаміну D3 для профілактики D-вітамінної недостатності та вітамін D-дефіцитних станів у здорових дітей різного віку: інформаційний посібник – К.: Med expert, 2017. 36 с.
2. Браун Дж. Психосоматика: Психосоматичний підхід. Взаємозв'язок психіки и здоров'я – К.: Дніпропетровська держ. Мед. акад., 1999. 244 с.
3. Герасименко Л.О. Психогенні психічні розлади: навчально-методичний посібник / Л.О. Герасименко, А.М. Скрипніков, Р.І. Ісаков.- К.: Всеукраїнське спеціалізоване видавництво «Медицина», 2021. 208 с.
4. Глиняна О.О. Основи кінезіотейпування: навчальний посібник: для студ. спеціальності 227 «Фізична терапія, ерготерапія», спеціалізації «Фізична терапія»/ О.О. Глиняна, Ю.В. Копчинська; КПП ім. Ігоря Сікорського. – В : Пороги, 2020. 125 с.
5. Головач І.Ю. Психосоматична практика: ревматологія. Тези науково-практичного вебінару «Психосоматична практика», 31 березня 2023. Посилання: <https://umj.com.ua/uk/publikatsia-203264-psihosomatichna-praktika-revmatologiya> (дата звернення - 13.10.2024 р.)
6. Губенко І.Я. Основи загальної і медичної психології, психічного здоров'я та міжособового спілкування : підруч. для студентів мед. закл. фах. передвищ. та вищ. освіти / І.Я. Губенко, О.С. Карнацька, О.Т. Шевченко. – 3-є вид. стер. – Київ : Медицина, 2021. 310 с.
7. Губський Ю.І., Свінціцький А.С., Широбоков В.П.: підручник заснований на принципах доказової медицини / За заг. ред. Голубовська О.А., Свінціцький А.С., Широбоков В.П., Губський Ю.І., Пасечніков С.П. - McMaster: textbook of internal medicine, 2018. 45 с.
8. Дональд В. Блек Вступ до психіатрії: 7-е видання / Дональд В. Блек, Ненсі К. Андреасен. - К.: Всеукраїнське спеціалізоване видавництво «Медицина», 2024. 638 с.

9. Дж. Герман Психологічна травма та шлях до видужання: наслідки насильства – від знущань у сім'ї до політичного терору. Львів: Видавництво Старого Лева, 2019. 5 с.

10. Егер Едіт Єва Вибір. Прийняти можливе / пер. з анг Христина Радченко. - Київ: Книголав, 2022. 400 с.

11. Ігнатович П., Птак Е., Чекальська Н. У вас це в крові. Аутоімунні захворювання: Навчальний посібник – К.: Publicat, 2022. 29 с.

12. Максименко С.Д., Литвинчук Л.М., Луньов В.Є., Мельничук Т.І., Мойзріст М.О., Терещенко Л.А., Ткач Б.М. Подолання медико-психологічних наслідків пандемії COVID-19: генетичний підхід: практичний посібник / за науковою ред. академіка Максименка С.Д. – Київ : Інститут психології ім. Г.С. Костюка НАПН України, 2021. 106 с.

13. Міннесотський багатоаспектний особистісний опитувальник, ( М М Р І - 2 ) . П о с и л а н н я : <https://www.pearsonassessments.com/store/usassessments/en/Store/Professional-Assessments/Personality-%26-Biopsychosocial/Minnesota-Multiphasic-Personality-Inventory-2/p/100000461.html?tab=product-details> (дата звернення - 27.10.2024 р.)

14. Мозгова Г.П., Ханецька Т.І., Якимчук О.І. Психосоматика: психічне, тілесне, соціальне. Хрестоматія: Навчальний посібник. - К.: НПУ імені М. П. Драгоманова, 2021. 383 с.

15. Пенман Я.Д., Стрекен М.В. Дж., Гобсон Р.П. Медицина за Девідсоном: принципи і практика: 23-є видання: у 3 томах. / За заг. ред. Ралстона С.Г. – К.: Медицина, 2021. 141 с.

16. Практична психосоматика: депресія. Навчальний посібник / За заг. ред. О.О. Чабана, О.О. Хаустової. – Київ : Видавничий дім Медкнига, 2020. 216 с.

17. Практична психосоматика: діагностичні шкали : навчальний посібник / за заг. ред. О.О. Чабана, О.О. Хаустової. К: ВНТУ, 2018. 108 с.

18. Прафулл Віджейкар Прогнозуюча гомеопатія, ч. 3: Заключне представлення про міомазми. – К.: Гомеопатична медицина, 2017. 181 с.
19. Пурийо Т. Духовні можливості логотеорії Віктора Франкла / Переклад Українська Асоціація Логотерапії та Екзистенційного Аналізу (УАЛЕА).- Харків, ПП «Компанія СКАТ», 2022. 248 с.
20. Самара О.Є. Коваленко О.І. Емоційна залежність особистості як проблема сучасної психології. Габітус, 2022. Випуск 42. стор. 178- 182. Посилання: <https://doi.org/10.32782/2663-5208.2022.42.30> (дата звернення - 28.11.2024 р.)
21. Радомська Т. Д., Бобицька Т. В., Каньовська Л. В. Сучасні погляди на проблему целиакії. Тези modern sciens «Innovations and prospects», 11-13 грудня 2022. Посилання: <https://sci-conf.com.ua/wp-content/uploads/2022/12/MODERN-SCIENCE-INNOVATIONS-AND-PROSPECTS-11-13.12.2022.pdf> (дата звернення - 20.11.2024 р.)
22. Стівен М. Саутвік, Денніс С. Чарні Резилієнтність: Мистецтво долати найбільші виклики життя. Львів: Галицька видавнича спілка, 2022. 365с.
23. Тематичної аперцепції тест (Thematic Apperception Test, TAT). Посилання: <https://studfile.net/preview/9739413/page:11/> (дата звернення - 19.11.2024р.)
24. Тест Роршаха. Посилання: <https://futuro.in.ua/videos/357-yak-pratsyuye-test-rorshakha.html> (дата звернення - 01.11.2024 р.)
25. Толкунова І.В., Гринь О.Р., Смоляр І.І., Голець О.В. Психологія здоров'я людини: навчальний посібник. – Київ : ТАЛКОМ, 2019. 184 с.
26. Чугунов В.В. Психотерапевтичний діагноз: навч. посіб. / В.В. Чугунов. Львів : Видавець Марченко Т. В., 2020. 324 с.
27. Хаустова О.О. Практична психосоматика: діагностичні шкали: Навчальний посібник / За заг. ред. О.О. Чабана,. — К.: Видавничий дім Медкнига, 2019. 112 с.

28. Хаустова О.О. Ревматичні захворювання з позиції сучасної психосоматики. Тези IV науково-практичної конференції «Міждисциплінарні проблеми в ревматології», 16 травня 2023. Посилання: <https://health-ua.com/article/38844-revmatichn-zahvoryuvannya-zpozitcj--suchasno-psihosomatiki> (дата звернення - 11.10.2024 р.)
29. Юр'єва Л.М. Клінічна суїцидологія: підручник / за заг. Ред.: Л.М. Юр'євої, Н.О. Марути, І.В. Лінського. - Харків : Строков Д.В., 2020. 301 с.
30. Ялом І., Ялом М. Питання життя і смерті. Видавництво Клуб Сімейного Дозвілля (КСД), 2021 272 с.
31. Battiani Alexander Threshold: Terminal Lucidity and the Border of Life and Death Publisher: Scribe. 2023. 256 p.
32. Broad Research in Artificial Intelligence and Neuroscience, 13 (3),104-118. Посилання: <https://doi.org/10.18662/brain/13.3/356> (дата звернення - 12.10.2024 р.)
33. Demchenko, I., Simko, R., Hudyma, O., Levchuk, N., Shportun, O., & Samara, O. (2022). Psychological Counseling of Clients in Crisis Situations. BRAIN.
34. Mack C.L., Adams D. Hepatology: diagnosis and management of autoimmune hepatitis in adults and children: practice guidance and guidelines from the American association for the study of liver diseases / Et al. Assis D.N., 2019. 671–722 p. Посилання: ([www.umj.com.ua/uk/publikatsia-242179-autoimunni-zahvoryuvannya-v-gastroenterologiyi-suchasnij-stan-problemi](http://www.umj.com.ua/uk/publikatsia-242179-autoimunni-zahvoryuvannya-v-gastroenterologiyi-suchasnij-stan-problemi)) (дата звернення - 18.10.2024 р.)
35. Samara, O., Shkrabiuk, V., Kompanovych, M., Liebiedieva, S., Mateiko, N., & Shelever, O. (2022). Psychological Aid to Victims of War and the Covid Pandemic - 19 in Ukraine. BRAIN. Broad Research in Artificial Intelligence and Neuroscience, 13(3), 00-00. Посилання: <https://doi.org/10.18662/brain/13.3/> (дата звернення - 13.11.2024 р.)
36. Venegas D.P., Marjorie K. Immunol: Short chain fatty acids (SCFAs)-mediated gut epithelial and immune regulation and its relevance for inflammatory

bowel: Diseases Front/ Et al. Landskron G. - De la Fuente, 2019. 346 p.  
Посилання: ([www.umj.com.ua/uk/publikatsia-242179-autoimunni-zahvoryuvannya-v-gastroenterologiyi-suchasnij-stan-problemi](http://www.umj.com.ua/uk/publikatsia-242179-autoimunni-zahvoryuvannya-v-gastroenterologiyi-suchasnij-stan-problemi)) (дата звернення - 11.11.2024 р.)

37. Woude F.J., Rasmussen N., Lobatto S. Autoantibodies against neutrophils and monocytes: tool for diagnosis and marker of disease activity in Wegener's granulomatosis / Lancet, 1985. 425 p. Посилання: (<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S014067368591147X>) (дата звернення - 21.10.2024 р.)

38. Weinblatt M.E. Methotrexate in Rheumatoid Arthritis: A Quarter Century of Development / Am. Clin. Assos, 2013. 16 p. Посилання: (<https://ouci.dntb.gov.ua/en/works/4zq3wJv7/>) (дата звернення – 13.11.2024 р.)

## ДОДАТКИ

### *Додаток 1.*

Стимульний матеріал Тематичної аперцепції тест складає стандартний набір із 31 таблиці: 30 чорно-білих та одна порожня таблиця, на якій

обстежуваний може уявити будь-яку картинку. Зображення, які використовуються в тесті, подані відносно невизначеної ситуації, що припускає їх неоднозначне тлумачення. В той же час кожний із малюнків має особливу стимулюючу силу, яка провокує реакції.

У ході експерименту в певній послідовності подаються 20 картин, які підбираються із стандартного набору залежно від статі та віку. Звичайно обстеження проводиться у 2 етапи по 10 картин за сеанс з інтервалом не більше ніж в один день. Обстежуваному пропонують скласти невелику історію про те, що привело до ситуації, яка зображена на малюнку, що відчують діючі герої, та чим ця ситуація скінчиться. Закінчується обстеження опитуванням, основне завдання якого – отримати додаткову інформацію про обстежуваного.

Аналіз оповідань проводиться таким чином:

1. визначається “герой”, з яким себе ідентифікує обстежуваний;
2. визначаються найважливіші характеристики “героя” – його відчуття, бажання, прагнення. А також визначаються сили, які впливають на “героя” зовні, тобто “тиск” середовища;
3. здійснюється порівняльна оцінка сил, які відходять від “героя”, та сил, які відходять від середовища. Співвідношення цих змінних утворюють “тему” або динамічну структуру взаємодії особистості та середовища.

Діагностична цінність ТАТ. ґрунтується на визнанні існування у психіці людини двох виразних тенденцій. Перша з них виявляється в бажанні тлумачити кожную багатозначну ситуацію, з якою стикається індивід, згідно із своїм минулим досвідом. Друга тенденція полягає в тому, що в усякій літературній творчості автор спирається, перш за все, на власні переживання та свідомо або несвідомо приписує їх вигаданим персонажам.

### *Додаток 1.1.*

#### *Результати досліджуваних першої групи (ЧА3) за методикою ТАТ*

| Група 1 | Ц  | Д  | ЧФ | НФ | Р  | Л  | Т  |
|---------|----|----|----|----|----|----|----|
| ЧА3 1   | 10 | 16 | 40 | 30 | 17 | 29 | 29 |
| ЧА3 2   | 27 | 25 | 32 | 47 | 26 | 36 | 39 |



|       |    |    |    |    |    |    |    |
|-------|----|----|----|----|----|----|----|
| ЧАЗ 3 | 23 | 40 | 51 | 56 | 35 | 41 | 28 |
| ЧАЗ 4 | 34 | 63 | 48 | 49 | 42 | 38 | 45 |
| ЧАЗ 5 | 31 | 68 | 47 | 60 | 29 | 56 | 60 |

### Додаток 1.2.

#### Результати досліджуваних другої групи (ЖАЗ) за методикою ТАТ

| Група 2 | Ц  | Д  | ЧФ | НФ | Р  | Л  | Т  |
|---------|----|----|----|----|----|----|----|
| ЖАЗ 1   | 30 | 54 | 11 | 60 | 60 | 48 | 38 |
| ЖАЗ 2   | 47 | 43 | 13 | 53 | 57 | 57 | 39 |
| ЖАЗ 3   | 54 | 67 | 21 | 10 | 71 | 62 | 42 |
| ЖАЗ 4   | 41 | 60 | 29 | 57 | 10 | 44 | 48 |
| ЖАЗ 5   | 39 | 52 | 27 | 41 | 34 | 63 | 36 |
| ЖАЗ 6   | 52 | 48 | 34 | 39 | 42 | 40 | 20 |
| ЖАЗ 7   | 40 | 61 | 19 | 45 | 55 | 51 | 54 |

### Додаток 1.3.

#### Результати досліджуваних третьої групи (RNP) за методикою ТАТ

| Група 3 | Ц  | Д  | ЧФ | НФ | Р  | Л  | Т  |
|---------|----|----|----|----|----|----|----|
| RNP 1   | 54 | 48 | 60 | 23 | 40 | 36 | 25 |
| RNP 2   | 48 | 39 | 71 | 11 | 48 | 32 | 29 |
| RNP 3   | 57 | 51 | 58 | 19 | 35 | 29 | 24 |
| RNP 4   | 60 | 25 | 77 | 30 | 74 | 40 | 32 |
| RNP 5   | 40 | 38 | 90 | 27 | 29 | 31 | 36 |
| RNP 6   | 51 | 52 | 65 | 25 | 42 | 35 | 41 |

### Додаток 1.4.

#### Результати досліджуваних четвертої групи (Л) за методикою ТАТ

| Група 4 | Ц  | Д  | ЧФ | НФ | Р  | Л  | Т  |
|---------|----|----|----|----|----|----|----|
| Л 1     | 62 | 29 | 74 | 13 | 62 | 7  | 8  |
| Л 2     | 65 | 31 | 82 | 16 | 54 | 4  | 10 |
| Л 3     | 70 | 30 | 76 | 17 | 53 | 12 | 19 |
| Л 4     | 71 | 36 | 79 | 24 | 65 | 17 | 13 |
| Л 5     | 64 | 34 | 85 | 21 | 57 | 25 | 21 |
| Л 6     | 63 | 30 | 80 | 23 | 49 | 16 | 24 |

### Додаток 2.

#### Результати досліджуваного першої групи (ЧАЗ 1) за методикою FPI.

| Шкала         | Первинний бал | Стен |
|---------------|---------------|------|
| Невротичність | 15            | 7    |

|                          |    |    |
|--------------------------|----|----|
| Спонтанна агресивність   | 10 | 9  |
| Депресивність            | 16 | 6  |
| Дратівливість            | 15 | 8  |
| Товариськість            | 2  | 1  |
| Урівноваженість          | 1  | 1  |
| Реактивна агресивність   | 8  | 6  |
| Сором'язливість          | 9  | 7  |
| Відвертість              | 4  | 8  |
| Екстраверсія-інтроверсія | 3  | 1  |
| Емоційна лабільність     | 12 | 10 |
| Маскулінізм-фемінізм     | 4  | 6  |

### *Додаток 2.1.*

*Результати досліджуваного другої групи (ЖАЗ 1) за методикою FPI.*

| Шкала                    | Первинний бал | Стен |
|--------------------------|---------------|------|
| Невротичність            | 15            | 7    |
| Спонтанна агресивність   | 10            | 9    |
| Депресивність            | 16            | 6    |
| Дратівливість            | 15            | 8    |
| Товариськість            | 2             | 1    |
| Урівноваженість          | 1             | 1    |
| Реактивна агресивність   | 8             | 6    |
| Сором'язливість          | 9             | 7    |
| Відвертість              | 4             | 8    |
| Екстраверсія-інтроверсія | 3             | 1    |
| Емоційна лабільність     | 12            | 10   |
| Маскулінізм-фемінізм     | 4             | 6    |

### *Додаток 2.2.*

*Результати досліджуваного третьої групи (RNP 1) за методикою FPI.*

| Шкала         | Первинний бал | Стен |
|---------------|---------------|------|
| Невротичність | 7             | 6    |

|                          |    |   |
|--------------------------|----|---|
| Спонтанна агресивність   | 6  | 6 |
| Депресивність            | 8  | 5 |
| Дратівливість            | 8  | 7 |
| Товариськість            | 8  | 7 |
| Урівноваженість          | 10 | 9 |
| Реактивна агресивність   | 2  | 1 |
| Сором'язливість          | 3  | 1 |
| Відвертість              | 8  | 3 |
| Екстраверсія-інтроверсія | 5  | 3 |
| Емоційна лабільність     | 8  | 4 |
| Маскулінізм-фемінізм     | 7  | 2 |

### *Додаток 2.3.*

*Результати досліджуваного четвертої групи (Л 1) за методикою FPI.*

| Шкала                    | Первинний бал | Стен |
|--------------------------|---------------|------|
| Невротичність            | 4             | 1    |
| Спонтанна агресивність   | 3             | 2    |
| Депресивність            | 0             | 1    |
| Дратівливість            | 2             | 3    |
| Товариськість            | 11            | 9    |
| Урівноваженість          | 9             | 8    |
| Реактивна агресивність   | 0             | 1    |
| Сором'язливість          | 2             | 1    |
| Відвертість              | 10            | 9    |
| Екстраверсія-інтроверсія | 9             | 8    |
| Емоційна лабільність     | 2             | 1    |
| Маскулінізм-фемінізм     | 4             | 3    |

### *Додаток 3.*

*Інструкції до вправ, які використовувалися на консультуванні.*

«Довіра». Зміст:

Давайте розглянемо деякі ознаки та способи, якими володіють люди, здатні викликати довіру, як можна ці ознаки подолати, хоча б частково. Хто така людина, що викликає довіру? Як викликати довіру? Здається, не може тут бути єдиного визначення, навіть саме поняття розпливчате. Але ось, наприклад, приходите ви в супермаркет і запитуйте в м'ясному відділі: "Дівчино, яке тут найсвіжіше?" Вона вам відповідає рівнодушно: "Все однакове, свіже". А слідом за вами підходить інша людина, ставить те саме запитання і отримує відповідь: "Усе однакове, але, знаєте, я б вам порадила ось це не брати".

Або, скажімо, забули ви перепустку на прохідній, і вас пускати не хочуть, хоча ви там 5 років працюєте вже. А іншу людину, яка точно так само, як і ви, скаже: "Хлопці, забув, блін!", пропустять. Можна наводити приклади до нескінченності. Суть у тому, що є люди, які чомусь викликають у більшості людей довіру. Вони не роблять нічого такого особливого, немає в них якихось високих зв'язків або супер-зовнішності. Але ось привертають вони увагу до себе, і все тут.

Давайте розглянемо деякі ознаки, якими володіють такі люди, і способи, як можна ці ознаки подолати, хоча б частково. Отже, як викликати довіру:

Людина, що викликає довіру, спокійна і впевнена в собі. Вона випромінює легкість, відкритість, від неї віє чимось домашнім, свійським. Багато людей вважають, що, якщо хочеш швидкого вирішення проблеми або цінної поради, треба показати, як ця проблема для тебе важлива, як ти стурбований, як переживаєш. В екстремальних ситуаціях або в бізнесі це, можливо, і так.

Такий настрій завжди викликає розслаблення. Навіть якщо ви поспішаєте, не робіть нервових, поривчастих рухів. Не теребите телефон, одяг, сумку, не висловлюйте ознак нетерпіння. Не говоріть плутаниною, швидкою, швидкою мовою. Не кусайте губи, не грайтеся жовтяницями. Ваш девіз має бути "Все під контролем", це має читатися у вас на лобі.

Ще на самому початку розмови подивіться людині прямо в очі. Погляд не має бути закидаючим або, навпаки, агресивним. Звичайний нейтральний погляд із часткою зацікавленості та зацікавленості. Найкраще такий результат досягається, якщо ви спробуєте визначити колір очей людини.

Людина, що викликає довіру, може бути охайна. Чисте волосся, ноги, одяг. Приємний або нейтральний запах. Одним словом, жодної явної неряшливості. Перебувати поруч із вами має бути або приємно, або ніяк, тобто без яскравих плюсів чи мінусів.

Не сутультеся. Ми нещодавно писали про те, як багато чого може сказати про людину постава. Спілкуючись, стійте прямо. Не по стійці "смирно", просто рівно, естественно. Це суттєво підвищує рівень довіри. Другий момент - не прагніть зайняти якомога менше простору, не тіснитесь.

Спокійна і впевнена в собі людина стоїть (або сидить) так, як їй зручно, у звичній позі. Не торкайтеся руками обличчя занадто часто, не заламуйте пальці, не ховайте руки в кишені, намагайтеся тримати їх на виду.

Зайва балаканина й надлишкова інформація не сприяють виникненню довіри в незнайомій людині. Говорите по суті. А краще задавайте питання: нехай співрозмовник говорить більше, а ви уважно вислуховуйте відповіді. Якщо ви пропонуєте щось, робіть це конкретно і впевнено.

"Можливо... можливо, ми з вами могли б якось домовитися, якщо вийде?" - це поганий варіант. "Давай домовимося" - набагато кращий. Якщо є можливість дізнатися ім'я людини (наприклад, з бейджа), обов'язково використовуйте його в ключових моментах. "Іване Петровичу, давай домовимося" - відмінний варіант.

Від вас не повинно виходити насмішки, прихованої чи явної загрози. Ми звикли ставитися до чужих людей з деякою підозрою, бути напготові, чекати підступу. Але ж і люди ставляться до нас відповідно. Якщо ви хочете викликати довіру, потрібно для початку з довірою поставитися до іншої людини.

Гра «У світі мистецтв». Зміст:

Учасники поділяються на групи. Кожній групі дається завдання уявити себе великими режисерами чи поетами і створити ноу-хау. 1-й групі дається завдання написати на новий лад казку про успішну людину; 2-й групі – придумати частівки про негативні якості (образливість, байдужість, звеличення себе...); 3-й групі – створити рекламний ролик про одну або декілька позитивних якостей особистості. (Під час створення роботи спробувати показати залежність та вплив інших людей, обставин, способу життя на Я-особистість).

По закінченню йде презентація й обговорення групових робіт: Чи вдалося досягти мети? Чи виникали труднощі? Що вдалося найкраще? Чи завжди оцінка інших є об'єктивною? Як має поступати особистість, коли відчуває, що це не так? Які враження від участі в грі? Що можете взяти із собою в подальше життя?

Гра «Лист з майбутнього». Зміст:

Гра проводиться під тиху і спокійну музику, що сприяє розслабленню. Кожен учасник пише собі лист із майбутнього: «Уяви собі, що в тебе є можливість поспілкуватися із «собою майбутнім». Ти, двадцятирічний, зустрів себе «в минулому» - учня N-го класу. Ви присіли на лавочку в парку і почали спілкуватися. Що б ти, дорослий, хотів сказати, побажати, порадити собі – школяреві сьогоднішньому? Чого слід уникати, на що звертати увагу, як поводитися?

Обговорення: Які емоції викликала ця гра? Над чим ти замислився?

Притча «Три мудреці». Зміст:

Три мудреці посперечалися про те, що важливіше для людини - її минуле, сьогодення чи майбутнє.

Один з них сказав: «Моє минуле робить мене тим, хто я є. Я вмію те, чому я навчився в минулому. Я вірю в себе, по тому, що мені добре вдавалися ті справи, за які я раніше брався. Мені подобаються люди, з якими мені раніше було добре, або схожі на них.

Я дивлюся на вас зараз, бачу ваші посмішки і чекаю ваших заперечень, тому що ми вже не один раз сперечалися, і я вже знаю, що ви не звикли погоджуватися з чим-небудь без заперечень».

«А з цим неможливо погодитися, - каже другий, - якби ти був правий, людина була б приречена, як павук, сидіти день за днем в павутині своїх звичок. Людину робить його майбутнє. Не важливо, що я знаю і вмію зараз - я буду вчитися тому, що буде потрібно мені в майбутньому. Моє уявлення про те, яким я хочу стати через два роки, куди більш реальніше, ніж мої спогади про те, яким я був два роки тому, тому що мої дії залежать зараз не від того, яким я був, а від того, яким я збираюся стати. Мені подобаються люди, несхожі на тих, кого я знав раніше. А розмова з вами цікава мені тому, що я передчував тут захоплюючу боротьбу і несподівані повороти думки».

«Ви зовсім випустили з уваги, - втрутився третій, - що минуле і майбутнє існують лише в наших думках. Минулого вже немає. Майбутнього ще немає. І не залежно від того, згадуєте ви про минуле або мрієте про майбутнє, дієте ви тільки в сьогоденні.

Тільки в цьому можна щось змінювати у своєму житті - ні минуле, ні майбутнє нам не підвладно. Тільки в цьому можна бути щасливим: спогади про минуле щастя - сумні, очікування майбутнього щастя - тривожне!

А коли я вступаю в суперечку, я повинен враховувати те співвідношення сил і той візерунок аргументів, які склалися на даний момент».

І мудреці довго ще сперечалися, насолоджуючись неквапливою бесідою. І я не знаю, хто з них переміг у суперечці.

«Писання листів». Зміст:

І все ж шкода провести життя, сповнене гірких думок, образ чи докорів сумління. Якщо ви страждаєте через щось подібне, можете спробувати метод, подібний до того, який використала Аня. Написати листа, де поясните все так, ніби ви справді пишете цій людині — але листа їй не

надсилатимете. Ви можете прочитати його вголос своїй найкращій подрузі або другу, терапевту або лише самому собі. Ця техніка здатна принести велике полегшення.

«Сам собі друг». Зміст:

Крім того, ви можете спробувати описати вашу нинішню ситуацію так, як ніби ви дивитеся на неї очима вашої найкращої подруги або друга. Що б вони вам порадили? Як би дивилися на вашу ситуацію? Що б вони робили на вашому місці? Як би впоралися з ситуацією? Ця вправа може дати нам погляд збоку і дистанцію. Інтенсивні емоції, які ми відчуваємо, перестануть мати таку силу.

Інколи ми самі можемо давати іншим кращі поради, ніж собі. Ми також носимо в собі друзів і близьких, які можуть надихнути нас. Допомогти нам зробити щось по-іншому, коли наші дії не виправдовують себе. Коли ми самі втрачаємо шлях, ми завжди можемо допомогти собі, відповівши на запитання: Як би це зробив хтось, хто для мене важливий, кого я поважаю, з кого беру приклад? Як би він дав собі раду? Що з цього я можу взяти для себе?

«Примирення з собою». Зміст:

Техніка, щоб відпустити минуле, яке болить. Зазвичай ми витрачаємо багато часу на докори сумління про те, що ми повинні були зробити щось по-іншому. Наскільки важливим було те, що ми сказали чи зробили, що ми могли чогось не допустити. Аня щодня по кілька разів звинувачувала себе в тому, що, можливо, занадто штовхала Дана до спільного життя й дітей. Що, можливо, він злякався. В думках вона прокручувала різні можливості — що вона мала зробити і не зробила або, навпаки, сказала, чого не повинна була б говорити.

Однак шлях докорів сумління, жалю й звинувачень зазвичай приносить нам тільки ще більше мук. Не можна змінити минуле. А тепер повернімося до техніки. Як кажуть, у простоті сила, а тому в цій техніці немає нічого складного. Йдеться про мантру, яку я раджу повторювати. В ту



ми не знали того, що знаємо тепер. Ми робили те, що тоді вважали правильним. У ту мить, у той момент, ми чинили з найкращими намірами. В ту мить ми не знали того, що знаємо тепер.

Якщо нас мучать докори сумління, якщо ми постійно згадуємо моменти, які хочемо спокутувати, які так хочемо змінити, спробуймо вимовити цю мантру вголос. Вистачить кілька разів. У той момент ви не знали, що трапиться. Ви не зробили «це» (що б це не було) з поганими намірами. Ви вірили, що це правильно. І ви не уявляли, як це обернеться.

Іноді викинути щось із голови є надлюдським завданням. Кожен біль з минулого, який ми носимо в собі дотепер, схожий на уявну брилу в нас на плечах. Вони обтяжують нас і значно ускладнюють пересування в теперішньому моменті. Але якщо нам вдасться відпустити минуле, ми зможемо відкласти цю брилу і залишити її на своїй дорозі. Це сталося, воно було там, воно залишило слід, пухир або шрам, але нам більше не потрібно його нести.

«Співбесіда з роботодавцем». Зміст:

Учасник пробує себе в ролі здобувача. Хто-небудь зі членів групи відіграє роль роботодавця. Ведучий тренінгу може дати установку на відмову "здобувачеві" або пред'явлення йому твердих вимог. Це додасть грі більше реалістичний і творчий характер.

Члени групи, не приймаючи участь у співбесіді, є спостерігачами, які аналізують і оцінюють по її завершенні, дають зворотний зв'язок "здобувачеві" щодо ефективності його самопрезентації й поведінки на співбесіді.

Тренінгова вправа "5 кроків". Зміст:

Підвищити готовність учасників виділяти пріоритети при плануванні своїх життєвих і професійних перспектив, а також готовність соот-носити свої професійні цілі й можливості.

Гра може проводитися як у колі (для 6-12 учасників) , так і при роботі із класом. Середній час на гру - 30-40 хвилин. Процедура включає наступні етапи:

1. Ведучий пропонує групі визначити яку-небудь цікаву професійну мету, наприклад, надійти в якийсь навчальний заклад, оформитися на цікаву роботу, а може навіть - зробити в перспективі щось видатне на роботі. Ця мета, тому що неї сформулювала група, виписується на дошці (або на листочку).

2. Ведучий пропонує групі визначити, що за уявлювана людина повинен досягти цю мету. Учасники повинні назвати його основні (уявлювані) характеристики наступним позиціям: підлога, вік (бажано, щоб ця людина була однолітком граючих), успішність у школі, матеріальне становище й соціальний статус батьків і близьких людей. Це все також коротко виписується на дошці.

3. Кожний учасник на окремому листочку повинен виділити основні п'ять етапів (п'ять кроків), які забезпечили б досягнення наміченої мети. На це приділяється приблизно 5 хвилин.

4. Далі всі діляться на мікрогрупи по 3-4 чоловік.

5. У кожній мікрогрупі організується обговорення, чий варіант етапів досягнення виділеної мети найбільш оптимальний і цікавий (з урахуванням особливостей позначеного вище людини). У підсумку обговорення кожна група на новому листочку повинна виписати самі оптимальні п'ять етапів. На все це приділяється 5-7 хвилин.

6. Представник від кожної групи коротко повідомляє про найбільш важливих п'ять етапів, які виділені в груповому обговоренні. Інші учасники можуть задавати уточнюючі запитання. Можлива невелика дискусія (при наявності часу).

7. При загальному підведенні підсумків гри можна подивитися, наскільки збігаються варіанти, запропоновані різними мікрогрупами (нерідкий збіг виявляється значним). Також у підсумковій дискусії можна

оцінити спільними зусиллями, наскільки враховувалися особливості людини, для якого й виділялися, п'ять етапів досягнення професійної мети. Важливо також визначити, наскільки виділені етапи (кроки) реалістичні й відповідають конкретній соціально-економічній ситуації в країні, тобто наскільки загальна ситуація в суспільстві дозволяє (або не дозволяє) здійснювати ті або інші професійні й життєві мрії.

Вправа «Валіза». Зміст:

Один з учасників виходить із кімнати, решта починають збирати йому в далеку дорогу «валізу» (незабаром ми попрощаємося, тому слід допомогти людині в її подальшій долі). До цієї «валізи» складається те, що, на думку решти учасників групи, допоможе цій людині в спілкуванні з людьми, тобто ті позитивні якості, яка група особливо цінує в ній. Поряд з цим необхідно нагадати про те, що заважатиме їй у дорозі, тобто про негативні якості, з якими необхідно працювати, щоб життя стало більш приємним і продуктивним. Потім «від'їжджаючому» зачитується та передається весь список. «Від'їжджаючий» має право запитати в учасників групи про будь-що зі списку. (Потім виходить наступний учасник і процедура повторюється доти, поки кожен з учасників не отримає по «валізі»).

Обговорення: Що ти відчував, коли тобі зачитували список твоїх позитивних рис і якостей? Чи погоджуєшся ти з цим списком? Що, на твою думку, знадобиться тобі в подальшому житті?

«Свідоме дихання». Зміст:

Дихання – це те, що з'єднує тіло і розум. Свідоме дихання – це практика, яку можна використовувати для покращення самопочуття, водночас позбутися тривоги та негативних думок. Мета практики – сфокусуватися на диханні, а не на думках.

«Розкажи про себе». Зміст:

Масте згуртувати малознайомих людей, або по-новому поглянути на кожного зі вже сформованої команди? Ця вправа точно для вас!

- Розпишіть на дошці запитання, наприклад:

- Яким був найщасливіший момент у вашому житті?
- Яким був найщасливіший досвід у житті?
- Що спонукає вас прокидатися вранці?
- Для чого ви використовуєте свої гроші?
- Хто є найважливішою людиною у вашому житті?
- Опишіть свого найкращого друга.

Вислухайте кожного учасника та думки команди стосовно нової інформації. Виконання цієї вправи дозволить комфортніше почуватися у колективі, а також допоможе навчитися читати емоції інших і уважно слухати людей.

**« Мова тіла».** Зміст:

Інколи рівень самопізнання проявляється не в тому, що ти робиш, а в тому, як ти це робиш. Наприклад, у мові тіла. Ваша постава та жести не тільки впливають на те, як ви сприймаєте себе, а й на те, як вас сприймають інші. Наприклад, якщо ви виказуєте дискомфорт, ваші співрозмовники можуть відволіктися на пошуки того, що спричинило цей дискомфорт. Якщо ви розслаблені, то й співрозмовники так само зможуть розслабитися.

Запишіть себе на відео та оцініть власну мову тіла. Погляньте на себе очима інших.

**«Будь туманом».** Зміст:

Багатьом важко прийняти критику, зазвичай це провокує сильні емоції. Як їх вгамувати? Це реально. Наприклад, якщо хтось вам скаже щось на зразок: «Ти не розумієш», «Ти лінивий», «Ти завжди спізнюєшся», «Ти безвідповідальний», варто відповісти:

- «Так, я просто не розумію».
- «Так, іноді я лінивий».
- «Так, я запізнився».
- «Так, я просто не беру на себе зайвої відповідальності».

Коли ви приймете критику на свою адресу, ви зрозумієте, що особа, яка вас критикує, залишилася без зброї.

«Логічні зв'язки». Зміст:

А тепер уявімо, що в нас не тисячі життів, а всього один день, але він - найкращий, найідеальніший, і кожна його секунда сповнює нас радістю. Уявіть собі ідеальний день у всіх подробицях. Продумайте навколишні пейзажі. Більшість уявляє себе у відпустці, коли не треба йти на роботу і це нормально. Такі думки можуть свідчити про те, що ваша теперішня робота не дає змоги вам відпочивати і треба знайти ту, що дасть свободу жити, а не існувати в ролі робочої мурашки. Щовечора перед сном уявляйте шматочок цього дня. Подумайте, в якому місці прокидаєтеся: в шикарному особняку, на безлюдному острові, на яхті, та хоч на Марсі! Між іншим, такі фантазії на сон прийдешній - чудовий спосіб зняти стрес. Налаштуватися на потрібний лад і дозволити уяві розігратися мені допомагали мелодії для релаксації. Тепер ділимо всі деталі дня на дві групи: а) нагальна потреба; б) просто примха. Заковика в тому, щоб відрізнити примху від гострої необхідності. Скажімо, для одних життя біля моря - неовов'язкова умова, а комусь фізично погано далеко від шелесту хвиль і їхніх переливів. Можливо, таким людям варто пов'язати свою мету з морем: зайнятися океанологією або стати моряками. Можна проживати ідеальний день кілька разів, видозмінюючи його. Адже в кожному з нас безліч талантів, у нас не одне захоплення.

«Зостановись на момент». Зміст:

Ця вправа дає чудову можливість прояснити цілі свого існування. Учасник групи повинен.

Сядьте прямо і зробіть кілька глибоких вдихів і видихів. Заплющте очі й зосередьтеся.

Уявіть собі старовинну порожню віллу, яка зараз безлюдна. Огляньте цю будівлю. Пройдіться всіма кімнатами, помилуйтеся старовинними меблями, світильниками, картинами і килимами.

Тепер підніміться сходами на другий поверх, пройдіть через спальню. Зверніть увагу на фіолетову порт'єру, що трохи прикриває широкі дерев'яні двері. Відсуньте порт'єру вбік і відчиніть двері.

Зараз ви бачите другі сходи, заповишені й усі в павутині. Очевидно, ними дуже давно ніхто не користувався. Повільно підніміться сходами і відчиніть двері, що знаходяться нагорі.

Ви опинилися в старій бібліотеці, наповненій світлом, що ллється з вікон і проникає крізь скляний дах. Спробуйте прочитати кілька назв книг. Раптом ви помічаєте, що в кутку кімнати сидить якась людина.

Вона говорить спокійним, м'яким голосом: "Я чекав на тебе". І звідкись із глибини душі до вас приходить відчуття, що ця людина володіє всіма знаннями світу і може відповісти на всі запитання. Ви наважуєтесь поставити йому найважливіше запитання: "Навіщо я прийшов у цей світ?" і в тиші чекаєте, що він вам відповість. Відповідь може прийти в словах, у жестах, у переданих телепатично думках або образах. Ви можете поставити цій людині будь-які важливі для вас запитання. А тепер подякуйте старому мудрецю і попрощайтесь з ним. Спустіться сходами вниз, знову пройдіть усіма кімнатами. Покиньте цю віллу і повертайтеся назад. Ви відчуваєте оновлення після цієї зустрічі. Потягніться, випряміться і розплющіть очі.

Чи можете Ви зараз перейти по дошці? Якщо можете, то що для Вас змінилося? Зауважте, що тепер Ви вже можете і зробити помилку, і впасти, і не виконати переміщення ідеально.

Запишіть свої почуття і думки, що виникають у Вас після появи страховки. У підсумку, відчуйте, як створення страховки психологічної безпеки справді усуває чинники сильного стресу. Створюйте для себе індивідуальне повідомлення, в якому будете забезпечувати собі безпеку.

«Мої цілі». Зміст:

Досліджуваному пропонується протягом 2-х хвилин написати на листочках цілі, які необхідні для досягнення тієї соціальної ролі, яку вони побачили в "чарівному дзеркалі" (у попередній вправі). Є важлива умова: мета має бути сформульована в позитивних термінах, конкретна і виконання її залежало більшою мірою від вас.

Після виконання завдання учням пропонується вибрати 3 найголовніші цілі та написати можливі способи їх досягнення.

Після закінчення психолог запитує, чи складно було виконувати вправу, аналізують найзагальніші способи досягнення поставлених цілей.

«Мої досягнення». Зміст:

Психолог каже, що в попередній вправі ми вчилися ставити цілі на майбутнє та визначати способи досягнення цих цілей. Однак у кожному з хлопців уже зараз є те, чим вони можуть пишатися, чого вони досягли вже зараз. Потрібно пишатися своїми успіхами і не боятися про них заявити. Ваші успіхи зараз - це ваші внутрішні ресурси, які можуть вам допомогти в досягненні поставлених цілей. Учні пропонується по колу розповісти про свої успіхи та досягнення, використовуючи незакінчені речення: Я пишаюся тим, що я ...; Особливо добре мені вдається... ; У мене добре виходить...; Своїм успіхом я вважаю... .

Після закінчення: чи з'явилося в них почуття гордості за себе, коли вони розповідали про свої досягнення; що їм ще може допомогти в досягненні поставлених цілей.

Проводиться рефлексія. Можна використовувати незакінчені речення: На занятті мені сподобалося...; Я дізнався...; Мені було цікаво...; Мені було складно...; Мені б хотілося... .

«Мої ресурси». Зміст:

Психолог каже, що в клієнті вже зараз є те, чим вони можуть пишатися, чого вони досягли вже зараз. Потрібно пишатися своїми успіхами і не боятися про них заявити. Ваші успіхи зараз - це ваші внутрішні ресурси, які можуть вам допомогти в досягненні поставлених цілей. Так само пропонується про свої успіхи та досягнення, використовуючи незакінчені речення:

- Я пишаюся тим, що я ...
- Особливо добре мені вдається...
- У мене добре виходить...

- Своїм успіхом я вважаю...

Після закінчення клієнт розповідає, чи з'явилося в нього почуття гордості за себе, коли вони розповідали про свої досягнення. Також психолог запитує, що їм ще може допомогти в досягненні поставлених цілей.