

**Житомирський державний університет
Ім. І.Франка
Кафедра соціальної та практичної психології**

**Проблема зміни у міжособистісних
стосунках хворих, що перенесли інфаркт
міокарда**

**Курсова робота
студентки 53 групи
соціально-психологічного факультету
Куликівської Світлани Віталіївна**

Житомир - 2008

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ ВПЛИВУ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ НА ОСОБИСТІСТЬ ХВОРОГО.....	5
1.1. Психологічні особливості пацієнтів з серцево-судинними захворюваннями.....	5
1.2. Внутрішня картина хвороби осіб, що перенесли інфаркт міокарда.....	10
РОЗДІЛ 2. ДОСЛІДЖЕННЯ МІЖОСОБИСТІСНИХ СТОСУНКІВ ХВОРИХ, ЩО ПЕРЕНЕСЛИ ІНФАРКТ МІОКАРДА.....	18
2.1. Опис методики та процедури дослідження міжособистісних стосунків хворих.....	18
2.2. Порівняльний аналіз результатів дослідження хворих, що перенесли інфаркт міокарда та здорових осіб.....	25
РОЗДІЛ 3. ОСНОВНІ НАПРЯМКИ ПСИХОКОРЕКЦІЙНОЇ ТА КОНСУЛЬТАТИВНОЇ РОБОТИ З ХВОРИМИ, ЩО ПЕРЕНЕСЛИ ІНФАРКТ МІОКАРДА.....	31
3.1. Напрямки психокорекційної роботи з хворими.....	31
3.2. Особливості консультування хворих, що перенесли інфаркт міокарда.....	34
ВИСНОВКИ.....	39
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ.....	41
ДОДАТКИ.....	44

ВСТУП

Актуальність теми. Останнім часом у дослідженнях, що стосуються факторів ризику серцево-судинних захворювань (ССЗ) і питань реабілітації й вторинної профілактики, все більша уваги приділяється проблемі взаємин пацієнтів й оточуючих людей. Це зрозуміло, оскільки результати, отримані в ході виконання цілого ряду наукових програм, показують, що існує пряма залежність між порушеннями міжособистісних контактів і темпами відновлення соціальної й трудової активності хворих, показниками їх соматичного стану й навіть смертністю після перенесеного інфаркту міокарда.

Психологічні особливості пацієнтів із захворюваннями серцево-судинної системи вивчали Е.К. Краснушкін, Н.Д. Лакосіна та Г.К. Ушаков, психогенні реакції на хворобу пацієнтів з пороком серця вивчали В.П. Белов та В.В. Ковальов, значення неврогенного та психогенного чинників при розвитку нападів стенокардії, ішемічної хвороби та інфаркту міокарду вивчалось Р.Ф. Лангом, Л.Р. Урсовою.

Однак, незважаючи на великий обсяг отриманих даних, невирішеним залишається питання про характер взаємозв'язку особливостей міжособистісних відносин з розвитком і плином ССЗ, ефективністю лікування й реабілітації.

Об'єкт дослідження – міжособистісні стосунки осіб із серцево-судинними захворюваннями.

Предмет дослідження – особливості міжособистісних стосунків хворих, що перенесли інфаркт міокарда.

Мета дослідження – дослідити зміни в міжособистісних стосунках, яки відбуваються у осіб після перенесеного інфаркту міокарда.

Гіпотеза дослідження – перенесення хворими інфаркту міокарду є фактором, що сприяє формуванню в них специфічних особистісних особливостей та особливостей міжособистісної комунікації і поведінки.

Завдання дослідження:

- 1) проаналізувати літературу з проблем дослідження психологічних особливостей пацієнтів із серцево-судинними захворюваннями;
- 2) розглянути специфіку внутрішньої картини хвороби осіб, що перенесли інфаркт міокарду;
- 3) дослідити особливості міжособистісних стосунків даної категорії хворих;
- 4) підібрати конкретні прийоми психокорекційної та консультативної роботи з хворими, що перенесли інфаркт міокарду.

Методи та організація дослідження: систематизація та узагальнення теоретичних положень, методика „незакінчені речення” Сакса-Сіднея, методика Леві та методи математичної обробки даних.

Дослідження проводилось на базі Житомирського діагностичного центру протягом листопада 2008 року – січня 2009 року. Вибірка складала 20 осіб.

Теоретичне значення дослідження: здійснено теоретико – експериментальне обґрунтування впливу інфаркту міокарду на характер міжособистісних стосунків;

Практичне значення дослідження – результати дослідження можуть бути використані на практиці для зниження негативних реакцій впливу серцево-судинних захворювань на міжособистісні стосунки.

Надійність та вірогідність результатів дослідження забезпечується методологічною й теоретичною обґрунтованістю його вихідних положень, сукупністю методів адекватних предмету, меті і завданням дослідження; репрезентативністю вибірки досліджуваних; поєднанню кількісного і якісного аналізу результатів дослідження.

Структура та обсяг курсової роботи. Зумовлена логікою дослідження, робота складається з вступу, трьох розділів, списку використаних джерел з 36 найменувань та додатків. Зміст викладено на 43.сторінках.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ ВПЛИВУ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ НА ОСОБИСТІСТЬ ХВОРОГО

1.1. Психологічні особливості пацієнтів з серцево-судинними захворюваннями

Психологічним особливостям пацієнтів із захворюваннями серцево-судинної системи приділяється значна увага як в медичній, та і в психологічній літературі.

Відомий радянський психіатр Е.К. Краснушкін вважав, що при емоційних станах разом із зміною ритму серцевої діяльності відбуваються зміни кровопостачання серцевого м'яза, якими і пояснюються соматичні відчуття, які супроводжуються емоційним реагуванням на них пацієнтів [15, 105].

В. Кеннону належать дослідження по вивченню впливу емоцій на фізіологічні функції. Ним показано, що під впливом емоцій відбувається збудження симпатичного відділу вегетативної нервової системи і посилене виділення наднирковими адреналіну, який також має дію симпатикотонії, внаслідок чого відбувається перерозподіл крові, посилена притока її до серця, легенів, центральної нервової системи, кінцівок і відтік від черевної порожнини. Цей перерозподіл крові має корисне, адаптивне значення [10, 154].

Зміни, що відбуваються в периферичному кровообігу, служать основою для появи різних відчуттів, таких, як відчуття напруги в голові, биття в скронях, шум у вухах, передзапаморочна пустота в голові та ін. (Е. Д. Краснушкін) [12].

Добре відомо, що хворі з органічними ураженнями серця, вадами клапанів, як правило, не скаржаться на серце, не помічають порушень його діяльності. Деякі автори вважають, що при значному органічному ураженні серця менше вираження приймають невротичні симптоми та психогенні

реакції на цей стан (Карвасарський Б.Д., Лакосіна В.С., Ушаков В.Д.) [10], [19].

Як вказують В. Байдигов та А. Ташева, зміни ритму серцевої діяльності, які часто наступають психогенно, можуть викликати різні страхи, особливо страх смерті. Це, вірогідно, пов'язано з уявленням людей про значення серця і його ритмічної діяльності — із здоров'ям, а порушення її — із смертю. Разом з психогенними реакціями особистості на серцево-судинні розлади у хворих цієї групи можуть спостерігатися невротоподібні порушення, пов'язані з хворобливим процесом і змінами кровопостачання органів. Так, при вадах серця частіше за все зустрічаються невротоподібні стани [4, 111].

Карвасарський Б.Д. також у своїй праці вивчає психологічні особливості пацієнтів з серцево-судинними захворюваннями. Згідно його досліджень, явища стомлюваності спостерігаються найбільш виразно при фізичних навантаженнях, самі хворі звичайно скаржаться на фізичну стомлюваність. Першою ознакою стомлюваності, що виникає при розумовому навантаженні, є підвищена виснажуваність активної уваги. Виснажуваність активної уваги настає при тривалій бесіді з лікарем, при проведенні психологічних експериментів. Хворі починають робити грубі помилки при здійсненні рахунку, у них з'являються неприємні відчуття в очах при читанні, тяжкість в голові, іноді головний біль. В процесі бесіди при стомленні хворі можуть виявляти реакцію роздратування, заплакати, відмовитися від подальшої розмови. Іноді така поведінка може виглядати неадекватною, оскільки бесіда не носила емоційно значущого характеру для хворого. Подібні реакції можливі при стомленні, особливо якщо хворому довелося довго чекати прийому або бесіди [10, 156].

В. Байдигов та А. Ташева вказують, що при погіршенні соматичного стану дратівлива слабкість може змінитися гіпостенією. Якщо дратівливий, збудливий, образливий хворий стає тихим, спокійним, млявим і байдужим, то це вказує на погіршення його соматичного стану і на більш важкі психічні

розлади. Крім того, при вадах серця можуть спостерігатися інтелектуальні зміни, які виявляються в деякій інертності мислення, звуженні круга інтересів. Зниження продуктивності в інтелектуальній діяльності звичайно відбувається за рахунок повільності та частих відволікань [4, 111].

Значне місце серед психічних порушень займають розлади сну, який стає поверхневим, з частими пробудженнями і сновидіннями неприємного, а у ряді випадків страхітливого змісту.

Істероформні розлади, які досліджували В.П. Белов та В.В. Ковальов, виявляються у вигляді афектно-моторних і афектно-вегетативних пароксизмів. Виникнення вказаної симптоматики часто буває пов'язаним з психогенною дією або конфліктом. Часто значущість травмуючої ситуації невелика, але для пацієнта вона суб'єктивно патогенна, тому в бесідах з такими пацієнтами необхідно проявляти обережність і такт, враховуючи їх надмірну вразливість і ранимість. При тривалому перебігу хвороби істероформні реакції, які виникають психогенно, можуть змінитися змінами особистості з появою істеричних форм поведінки. Пацієнти стають дратівливими, вимагають до себе підвищеної уваги, з'являється прагнення привертати до себе увагу розповідями про незвичайні події свого життя і стану здоров'я. Зауваження лікаря, що вислови хворого не мають підстави, а тяжкість хвороби не така велика, може викликати у пацієнта реакцію протесту з відмовою від їжі, ліків, з ускладненням істероформної симптоматики [11, 38].

В.В. Ковальов вказував, що для іпохондричних розладів при пороках серця типовий стійкий сенестопатичний синдром. Велике місце в картині хвороби можуть займати фобії, в походженні яких часто грають роль психогенні та ятрогенні чинники [14].

За останні десятиріччя у зв'язку з розвитком серцево-судинної хірургії стали відомі психічні порушення, що виникають після операцій на серці. Зокрема, Л.Н. Лежепекова та Б.А. Якубов в динаміці нервово-психічних

порушень в післяопераційному періоді виділяють три етапи: адинамічний, невротичний і період зворотного розвитку астенічних явищ [20, 291].

В роботах цих авторів описуються наступні психологічні особливості пацієнтів, прооперованих на серці. В першому періоді після операції на серці пацієнти легко виснажуються, для них характерне деяке оглушення, байдужість до навколишнього оточення і свого стану. Вони насилу відповідають на питання, односкладово, тихим голосом, швидко стомлюються. В другому періоді стають більш активними, виразно виявлені іпохондричність і дратівлива слабкість. Можуть з'явитися турбота, тривога за стан здоров'я. Іноді виникає піднесений настрій з балакучістю, безтурботним відношенням до своєї хвороби. Ця поведінка пацієнтів, на думку авторів, може представляти небезпеку для їх фізичного стану, оскільки вони скоюють різкі рухи, пориваються вставати. Сон порушується, з'являється ілюзорне сприйняття оточуючого, що ще більш ускладнює картину хвороби і догляд за такими хворими. Вони потребують проведення психотерапевтичних бесід, які, враховуючи стомлюваність і виснажуваність хворих, не повинні бути тривалими, а адресовані до хворого слова прості і зрозумілі; а також призначення снодійних і транквілізаторів. З кінця 2-го тижня після операції настає поступове поліпшення стану.

Значення неврогенного, психогенного чинників при розвитку нападів стенокардії та інфаркту міокарду відзначалося з давніх пір. Р.Ф. Ланг відносив грудну жабу до захворювань нейрогуморального апарату і надавав їй виникненні вирішальну роль негативним невідреагованим емоціям [18, 11].

Отже, існують наступні психічні порушення у хворих із серцево-судинною патологією.

1. Неврастеноподібні порушення

Стадії плину:

1) Синдром дратівливої слабості

- підвищена дратівливість;
- нестриманість;

- легка виснажуваність;
- сензитивність;
- слізливість;
- схильність до гіпотимії;

- стомлюваність при розумовому навантаженні легко виявляється в експерименті (відсутність скарг), підвищена виснажуваність активної уваги (перепитування, механічне читання без розуміння, грубі помилки в рахункових операціях, відповіді невлад), при тривалій роботі реакції роздратування, сльози й відмова продовжувати заняття;

- фізична стомлюваність;
- звуження кола інтересів із зосередженням уваги на стані здоров'я;
- уповільнення темпу розумових процесів ("повільне розуміння");

- розлад сну (поверхневий сон, тривожний з легким пробудженням протягом ночі, неприємні й тяжкі сновидіння, нічні кошмари з лементами й пробудженням, при пороках серця - відчуття провалювання в прірву), сонливість у першу половину дня;

- вегетативні розлади, пароксизмальні вегетативні розлади виникають рідше, ніж стійкі вегетативні порушення (вазо - вегетативні порушення - непритомності й напівнепритомні стани, несистемні запаморочення, шум у голові й вухах, головні болі, потемніння в очах, підвищена лабільність вазомоторів, мраморність шкіри, перекручені серцеві рефлекси, орто й клиностатичний);

- відсутність апетиту;
- сексуальні дисфункції;
- нестійкі сенестопатії й парестезії

2) Гіпостенічний синдром

- загальна слабкість;
- виснажуваність і стомлюваність;
- млявість, пасивність;
- гіпотимічно - апатичне тло настрою;

- загальна загальмованість, млявість
- тиха й немодульована мова;
- збідніння мислення до повсякденних уявлень (нагадують інтелектуальні порушення при психоендокринному синдромі)

3) Гіперстенічна форма неврозоподобних станів у пацієнтів із соматичними захворюваннями майже не зустрічається

4) Істероформний синдром

У преморбіді істероїдні й астенічні риси характеру, виявляються при незначному психогенному впливі (легкі хвилювання, пов'язані з медичним обстеженням, неприємне зауваження лікаря)

- афективно - моторні
- афективно - вегетативні пароксизми, виникають частіше й проявляються у вигляді афективно - респіраторних приступів задухи або інспіраторної задишки із прискореним і поверхневим диханням, міміка переляку, заклики про допомогу, серцебиття; афективно - судинні кризи (збліднення обличчя, відчуття нудоти, загальної слабості, непритомного стану).

5) Сенестопатично - іпохондричний синдром

У преморбіді тривожно - недовірливі риси характеру

6) Кардіофобічні феномени

Виникають особливо часто при порушенні серцевого ритму, не супроводжуються значною інтелектуальною переробкою, епізодичність, нетривалість, у вечірній і нічний час пов'язані з підвищенням тону блукаючого нерву [21, 156]

1.2. Внутрішня картина хвороби осіб, що перенесли інфаркт міокарда

Інфаркт міокарду як гостре соматичне захворювання має значний психотравмуючий та стресовий вплив, перш за все, своєю гостротою та тяжкістю, а також можливістю інвалідизації, страх смерті на фоні гострого

больового синдрому в початковий період хвороби, які спричиняють серйозний вплив на особистість. Ці особливості часто залишають наслідки у стані особистості та її подальшій життєдіяльності.

Особистісні характеристики хворих на інфаркт міокарда мають таку картину: сум і пригніченість, почуття скороченої перспективи, безпорадності. Будь-яка емоційна реакція хворого перетворюється в складний психофізіологічний синдром, що реалізується клінічно у вигляді тих або інших розладів роботи серця і всього апарату кровообігу (Майчук, Довженко, Габриєлян, 1997). Сукупність емоційних реакцій хворого і його фізіологічних порушень створює умови для прогресування серцевої недостатності, більш-менш замаскований гнів із запереченням хвороби і спробами повстати проти цього «страшного діагнозу» і медицини призводить іноді до розвитку артеріальної гіпотензії. Різке психомоторне порушення внаслідок недотримання постільного режиму, породжує відкриту загрозу розриву міокарда, надмірна пасивність із відмовою від лікувальної гімнастики посилює небезпеку тромбоемболічних ускладнень. При всіх перерахованих вище випадках хвороба визначається не тільки локалізацією і широтою ураження, але й якістю емоційних реакцій, тобто поганий фізичний стан стає наслідком невірноваженого емоційного стану.

У хворих на інфаркт міокарда спостерігаються подальші афективні порушення. Практично в переважній більшості хворих на інфаркт міокарда спостерігається більш-менш виражена тривога, яку деякі з них (приблизно 38%) намагаються приховати. У гострому періоді інфаркту міокарда типовим є «занурення у хворобу» із перебільшено песимістичним ставленням до свого стану. У 79,4% осіб, які перенесли інфаркт міокарда в молодому віці, наявний астеноневротичний синдром. Астенодепресивні або тривожно-депресивні реакції зі надцінними іпохондричними уявленнями зазначаються у 67,4% хворих із постінфарктною аневризмою серця й у 43,4% хворих без неї [8, 224].

Депресія суму і чітко виражена неврозоподібна симптоматика не

виключають можливості соціальної інвалідизації навіть у випадку позитивного, з погляду медицини, прогнозу. Саме масивна неврозоподібна симптоматика є основною або навіть єдиною причиною затримки видужання таких хворих.

У гострому періоді інфаркту міокарда тяжке переживання своєї хвороби і гіперболізовані уявлення про можливі її наслідки призводять до того, що відбувається розмежування життя на період до хвороби, який залишений в минулому, а майбутнього може і не бути, і сьогоднішній час, який не приймається в силу тяжкості і страху.

При цьому клінічними проявами депресії можуть бути не тільки уповільнений праксис і односкладні висловлювання, сумний погляд, збіднінні, міміки, але і неадекватні соматичному стану метушливість, підвищена активність, невгамовність, що ніби поглинають їхню тривогу, але в той же час видають її. Свідченням депресивного стану може бути не тільки обмеження контактів із лікарем, але і постійне прагнення до цього, до обговорення своїх скарг, безкінечні запитання з приводу свого самопочуття, не тільки «занурення у хворобу», але і «відхід від хвороби» із саморуйнівною поведінкою, порушенням постільного режиму аж до виконання силових вправ.

За спостереженнями вчених [22, 49], особливого значення набувають коливання психічного та емоційного стану впродовж доби з погіршенням його у ранкові години або з наближенням ночі, стійкі порушення сну із жахливими сновидіннями і вимогами снотворного, різке погіршення стану при спробі переводу хворого з блоку інтенсивної терапії в загальну палату. Це пов'язано, насамперед, із страхом «за серце» без достатнього раціонального обґрунтування.

Кардіофобія нерідко являє собою ту причину, що зумовлює соціальну інвалідизацію хворого, навіть незважаючи на позитивний кінець захворювання. У загальному комплексі іпохондричних реакцій головне місце займає побоювання повторного нападу, який можна не перенести, або

страх раптової смерті. Зворотною стороною цього страху є страх виписки зі стаціонару, постійні сумніви в успішному результаті інфаркту, почуття недолікованості, прагнення як можна довше знаходитися під лікарським наглядом при соматичному стані, що нормалізувався цілком.

Розвиток стійкої кардіофобії в осіб, які перенесли інфаркт міокарда звичайно пов'язують із преморбідними особистісними особливостями: тривожність і розсудливість, уразливість і підвищена сугестивність. При цьому інфаркт міокарда виступає в якості каталізатора, що виявляє приховані невротичні тенденції особистості. Вирішальне значення у формуванні кардіофобій мають не стільки преморбідні особливості особистості, скільки зниження загального життєвого тону, обумовлене інфарктом міокарда.

Одним з яскравих проявів неприхованого страху смерті від надмірного навантаження є зміна сексуальної поведінки хворих: зведення до мінімуму фізичної активності і придушення емоцій у момент інтимної близькості або відмова від неї з переходом на окреме ліжко, профілактичний прийом нітрогліцерину, реєстрація ритму дихання не тільки до і після, але і під час статевого акту, що зрештою призводить до розвитку психічної імпотенції.

Негативні емоції, які викликає інфаркт міокарда, створюють більш ніж сприятливі умови для розвитку невротичного стану і стають однією з найважливіших причин тривалої непрацездатності хворих навіть при повній нормалізації їхнього соматичного статусу.

Дослідження особливостей сприйняття життєвого шляху як показника функціонування адаптаційних механізмів в осіб, які перенесли інфаркт міокарда проводилось науковцями [28, 50] у 2001 році на базі санаторного комплексу «Великий Луг» Запорізької області за допомогою методики: «Психологічна автобіографія» (Л.Ф.Бурлачук, О.Ю.Коржова, 1998). Учасниками дослідження були пацієнти реабілітаційного відділення для осіб з порушеннями серцево-судинної системи, їхня кількість становила 30 осіб. Серед них жінок - дві, чоловіків - двадцять вісім. Більша частина

досліджуваних припадала на вік 41-50 років, який за багатьма показниками є віком найбільшої працездатності та максимального розквіту професійних досягнень, що свідчить, хоча і неопосередковано, про те, що інфаркт міокарда найчастіше буває пов'язаний з нервовою перенапругою та підвищеною активністю людини.

За даними діагностики виявилось, що для осіб, які перенесли інфаркт міокарда, характерна помірна продуктивність сприйняття способів життєвого шляху. Має місце значне перебільшення важливості минулих подій над майбутніми та радісних над сумними. З одного боку, для будь-якої людини є природним спирання на минулий досвід та позитивні переживання. Однак, порівнюючи наші дані з нормативними показниками, які надають автори методики, неважко помітити те, що для осіб, які перенесли інфаркт міокарда, опора на минулий досвід є більш значною, ніж для соматично здорових осіб. Якщо в соматично здорових осіб невелика кількість майбутніх подій найчастіше вказує на своєрідне узагальнення майбутнього життя, то в осіб з перенесеним інфарктом міокарда невелика кількість майбутніх подій тісно пов'язана з пережитим тяжким соматичним станом і найчастіше є наслідком тривоги за своє майбутнє, небажання замислюватися наперед.

Кількість радісних подій в осіб, які перенесли інфаркт міокарда, в цілому менша, ніж у соматично здорових осіб, однак опора на них очевидна, оскільки радісні події значною мірою перевищують сумні, кількість яких, зазвичай, більша у хворих на інфаркт міокарда, ніж у соматично здорових осіб. Такий перерозподіл емоційно забарвлених подій найчастіше пов'язаний з недавніми негативними переживаннями у вигляді тяжкого соматичного захворювання, яке, хоча і не змінило полюси, однак певним чином вплинуло на сприйняття життєвих способів.

Важливість життєвих подій за результатами діагностування у хворих, що перенесли інфаркт міокарда, в середньому менша, ніж у соматично здорових осіб. Отже, для них опора на минулі події є більш важливою, ніж для соматично здорових осіб. Діагностується значно більша важливість сумних

подій і дещо нижча важливість радісних подій порівняно з соматично здоровими. Середній час ретроспекції життєвих подій у хворих на інфаркт міокарда вдвічі перевищує той же час у соматично здорових осіб. Це свідчить, насамперед, про те, що особи з інфарктом значно менш відкриті сучасним дослідженням [28, 51].

А.І. Гефтер та Н.В. Іванов вважають, що порушення психічної діяльності при інфаркті міокарду обумовлені наступними причинами: розладом мозкового кровообігу, який супроводжує інфаркт міокарду, погіршенням живлення головного мозку, кисневим голодуванням, що виникає у зв'язку з розладом серцевої діяльності і порушенням дихання, розпадом некротичних ділянок та надходженням в кров токсичних продуктів. Особливе значення надається рефлекторному впливу больових імпульсів на центральну нервову систему. Ця рефлекторна дія пов'язана з порушенням діяльності вегетативної нервової системи [7, 154-156].

В картині порушень психічної діяльності при інфаркті міокарду відіграють роль і психогенні компоненти, що є реакцією хворого на хворобу.

Л.Р. Урсова виділяє декілька етапів в розвитку порушень психічної діяльності при інфаркті міокарду. В продромальному періоді з'являються зміни психічної діяльності, які можуть оцінюватися як ознаки церебральної ішемії. Хворі переживають відчуття «неясної затьмареної голови», нечіткість сприйняття оточуючого, неможливість зосередитися при розумовій діяльності, головний біль, запаморочення. Ці симптоми, як правило, супроводжуються змінами в емоційній сфері — з'являються передчуття небезпеки, тривога, туга, іноді ейфорія. Вказані розлади мають «сигнальне значення». Лікар при таких скаргах хворого повинен знати, що вони служать передвісником інфаркту міокарду. Призначенням судинорозширювальних і заспокійливих засобів можна запобігти розвитку цього захворювання [34].

Як вказують Байдигов В. та Ташева А., основним проявом гострого періоду є больовий синдром, який часто супроводжується несвідомим

страхом смерті. В такому стані хворі або лежать нерухомо, дещо відчужені від оточуючого, або тривожні, рухливі, неспокійні, метушливі, розгублені. Іноді цей стан наростає і хворі різко встають з ліжка, ходять, говорять, не дивлячись на те, що розуміють небезпеку такої поведінки і вказують на це лікарю, але не можуть заспокоїтися і лягти. Існує деяка кореляційна залежність між локалізацією інфаркту і характером змін психічної діяльності. При інфаркті задньої стінки міокарду частіше спостерігаються несвідомий страх смерті, тривога, туга [4, 107].

Як показують дослідження Карвасарського Б.Д., ейфорія в більшості випадків супроводжує інфаркт передньої стінки міокарду, а також спостерігається при комбінованих поразках міокарду. Ейфорія завжди служить ознакою більш важкої поразки м'яза серця та більш глибоких психічних порушень. Це ускладнюється ще й тим, що такі хворі не дотримуються режиму у зв'язку з недостатньою оцінкою свого стану. Іноді в картині психічних порушень переважають апатія, адинамія. Такі пацієнти лежать спокійно, не висувають жодних скарг, не виявляють цікавості ні до чого [10, 154].

За спостереженнями В.В. Ніколаєвої, всі хворі в гострому періоді звичайно скаржаться на порушення сну, в сновидіннях відбиваються психогенні переживання, за змістом яких часто вдається з'ясувати психологічні конфлікти, приховувані хворими. В підгострому періоді з поліпшенням стану починають зростати явища дратівливої слабкості, хворі стають більш образливими, дратівливими, їх турбують розмови, яскраве світло, ходіння студентів і персоналу, шум транспорту. Ці прояви психічних порушень представляють наступний етап в перебігу інфаркту міокарду і вказують на поліпшення стану. При одужанні на більш менш тривалий термін залишаються астеничні прояви [22, 211].

У деяких хворих, за спостереженнями Глозмана Ж.М., виникає іпохондрична фіксація на відчуттях, які були у минулому, змінюється відношення до больового синдрому. Якщо до інфаркту міокарду багато хто з

пацієнтів не надавав значення болю в серці, то після нього навіть незначні больові відчуття в області серця викликають реакцію страху. У таких пацієнтів, на думку автора, може виникнути певний стиль поведінки. Вони виробляють для себе особливий режим, неухильно і формально дотримуються призначень лікаря, обмежують круг обов'язків і знайомств, всі свої інтереси зосереджують на хворобі, стають егоїстичними і важкими в сім'ї. В цьому часто виявляються характерні для пацієнтів з інфарктом міокарду такі риси, як прямолінійність, ригідність, формальне дотримання догм і правил. Під час хвороби ці риси, як правило, загострюються, що виражається на побудові певного стилі поведінки. Якщо вказані форми поведінки і реагування закріплюються і ними визначається на все подальше життя хворого, то говорять про іпохондричний розвиток особистості [6, 125].

РОЗДІЛ 2. ДОСЛІДЖЕННЯ МІЖОСОБИСТІСНИХ СТОСУНКІВ ХВОРИХ, ЩО ПЕРЕНЕСЛИ ІНФАРКТ МІОКАРДУ

2.1. Опис методики та процедури дослідження міжособистісних стосунків хворих

Природа міжособистісних відносин істотно відрізняється від природи суспільних відносин: їх найважливіша специфічна риса - емоційна основа. Емоційна основа міжособистісних відносин означає, що вони виникають і складаються на основі певних почуттів, що народжуються в людей по відношенню один до одного. У вітчизняній школі психології розрізняються три види, або рівня емоційних проявів особистості: афекти, емоції й почуття. Емоційна основа міжособистісних відносин включає всі види цих емоційних проявів [23, 78].

Через те, що при обстеженні пацієнтів із серцево-судинними захворюваннями мова, як правило, не йде про грубі порушення міжособистісних відносин, вимоги чутливості використовуваних психодіагностичних методик виявляються особливо високими. Досить істотним є й вимога економичності: виконати тестове завдання великого обсягу складно через астенизацію хворого.

Вибір методу, який повною мірою відповідає зазначеним вимогам, являє собою надзвичайно важке завдання. Тим більше, що аналіз найбільше часто використовуваних методів вивчення міжособистісних відносин показав, що більшість із них явно недостатньо задовольняють навіть вимозі вірогідності одержуваних даних. А це виключає з розгляду питання про чутливість методів [6].

З огляду на вищесказане, для діагностики особливостей міжособистісних стосунків хворих, що перенесли інфаркт міокарду, ми обрали наступні методики.

На першому етапі ми досліджували особливості міжособистісних відносин постінфарктних хворих за допомогою методики Т.Лірі.

Методика створена Т. Ліри, Г. Лефоржем, Р. Сазеком в 1954 р. і призначена для дослідження уявлень суб'єкта про себе й ідеальне "Я", а також для вивчення взаємин у малих групах. За допомогою даної методики виявляється переважний тип ставлення до людей у самооцінці й взаємооцінці.

При дослідженні міжособистісних відносин, соціальних аттитюдів найбільше часто виділяються два фактори: домінування-підпорядкування й дружелюбність-агресивність. Саме ці фактори визначають загальне враження про людину в процесах міжособистісного сприйняття [12].

Ступінь виразності того або іншого типу міжособистісних відносин у першу чергу залежить від інтенсивності емоційного зафарбування інтерперсональної взаємодії індивіда з оточуючими його людьми. Цей факт підтверджується даними порівняльного аналізу результатів, отриманих при застосуванні ДМО й інших психодіагностичних методів.

Аналіз отриманих даних показав наступне: досліджувані, у яких по даним ДМО переважає "владний-лідуючий" тип міжособистісних відносин (І октант), характеризуються оптимістичністю, швидкістю реакцій, високою активністю, вираженою мотивацією досягнення, тенденцією до домінування, підвищеним рівнем домагань, легкістю й швидкістю в прийнятті рішень, гомономністю (тобто орієнтацією в основному на власну думку й мінімальну залежність від зовнішніх середовищних факторів), екстравертованістю. Учинки й висловлення можуть випереджати їхню продуманість. Це - реагування, обумовлене одномоментними потребами, виражена тенденція до спонтанної самореалізації, активний вплив на оточення, завойовницька позиція, прагнення вести за собою й підкоряти своїй волі інших.

II октант, що відповідає "незалежно-домінуючому" типу міжособистісних відносин, при явній перевазі над іншими за даними комплексного дослідження сполучається з такими особливостями, як риси

самовдоволення (або самозакоханості), дистантність, егоцентричність, завищений рівень домагань, виражене почуття суперництва, що проявляється в прагненні зайняти відособлену позицію.

Думка оточуючих сприймається критично, власна думка зводиться в ранг догми або досить категорично відстоюється. Емоціям бракує тепла, учинкам - конформності. Висока пошукова активність сполучається з безстрасністю. Низька підкорюваність.

"Прямолінійно-агресивний" тип міжособистісних відносин (перевага показників III октанта) виявив виражену близькість до таких особистісних характеристик як ригідність установок, що сполучається з високою спонтанністю, завзятістю в досягненні мети, практицизмом при недостатній опорі на накопичений досвід у стані емоційного захоплення, підвищене почуття справедливості, що сполучається з переконаністю у власній правоті, почуття ворожості, що легко загоряється при протидії й критиці у свою адресу, безпосередність і прямолінійність у висловленнях і вчинках, підвищена уразливість, легко гаснуча в комфортній ситуації, що не ущемляє престиж особистості досліджуваного.

"Недовірливо-скептичний" тип міжособистісних відносин (IV октант) проявляється такими особистісними характеристиками, як відособленість, замкнутість, ригідність установок, критичний настрій до будь-яких думок крім власної, незадоволеність своєю позицією в мікрогрупі, підозрілість, надчутливість до критичних зауважень у свою адресу, неконформність суджень і вчинків, схильність до побудови ригідних і надцінних умовиводів, пов'язаних з переконаністю в недоброзичливості оточуючих осіб; випереджальна ворожість у висловленнях і поведженні, що виправдується апіорною впевненістю в людський недоброті; системне мислення, що опирається на конкретний досвід, практичність, реалістичність, схильність до іронії; висока конфліктність, що може бути не настільки явною (якщо порівнювати з типом III) і акумулюватися, створюючи тим самим підвищену напруженість і сприяючи наростаючій відгородженості.

V варіант - "покірно-соромливий" тип міжособистісних відносин - виявився перева в особистостей болісно соромливих, інтровертизованих, пасивних, досить педантичних у питаннях моралі й совісті, що підкоряють, невпевнених у собі, з підвищеною схильністю до рефлексії, з помітною перевагою мотивації уникання неспіху й низкою мотивацією досягнення, заниженою самооцінкою. Він характерний для тривожних, ананкастних особистостей, з підвищеним почуттям відповідальності, незадоволених собою, схильних до того, щоб винити себе у всьому при невдачах, що легко впадають у стан сумуй, песимістично оцінюючі свої перспективи, акуратних і виконавчих у роботі, що уникають широких контактів і соціальних ролей, у яких вони могли б залучити до себе увагу навколишніх, ранимих і вразливих, болісно зосереджених на своїх недоліках і проблемах. Таким чином, тип міжособистісного відношення, що виявляється V октантом, відповідає пасивно-споглядальному типу особистості, а при високих балах - інтровертованій особистості гіпотимного кола з акцентуацією за пасивно-шизоїдним типом [32].

VI октант - "залежний - слухняний" тип міжособистісних відносин. Особи з перевагою показників VI октанта при обстеженні іншими психодіагностичними методиками виявляють високу тривожність, підвищену чутливість до середовищних впливів, тенденцію до вираженої залежності мотиваційної спрямованості від відносин зі значимими іншими, власної думки - від думки оточуючих. Потреба в прихильності й теплих відносинах є провідною. Непевність у собі тісно пов'язана з нестійкою самооцінкою. Ретельність і відповідальність у роботі створює їм гарну репутацію в колективі, однак інертність у прийнятті рішень, конформність установок і непевність у собі не сприяють їхньому просуванню на роль лідера. Підвищена помисливість, чутливість до неувважності й брутальності оточуючих, надлишкова самокритичність, побоювання неспіху як основа мотиваційної спрямованості формують канву конформного поведіння.

VII октант - "співробітницький-конвенційний" тип міжособистісних відносин – характеризується такими індивідуально-особистісними характеристиками як емоційна нестійкість, високий рівень тривожності й низький - агресивності, підвищена відгукуваність на впливи середовища, залежність самооцінки від думки значимих інших.

VIII октант, перевага якого дозволяє віднести тип міжособистісної взаємодії до "відповідального-великодушного", сполучається з такими особистісними особливостями, як виражена потреба у відповідності соціальним нормам поведінки, схильність до ідеалізації гармонії міжособистісних відносин, екзальтація в прояві своїх переконань, художній тип сприйняття й переробки інформації, стиль мислення - цілісний, образний. Легке вживання в різні соціальні ролі, гнучкість у контактах, комунікабельність, доброзичливість, жертвовність; прагнення до діяльності, корисної для всіх людей; прояв милосердя, добрودійності, місіонерський склад особистості. Артистичність, потреба справити приємне враження, подобатися оточуючим. Проблема подавленої (або витиснутої) ворожості, що викликає підвищену напруженість, соматизація тривоги, схильність до психосоматичних захворювань; вегетативний дисбаланс як результат блокування поведінкових реакцій [33, 120].

Отримані оцінки профільні наочно показують переважний стиль міжособистісних відносин. Показники, що не виходять за рівень 8 балів, відповідають "гармонійним особистостям". Більше високі показники відповідають акцентуації певних поведінкових стереотипів. Оцінки, що досягають рівня 14-16 балів, свідчать про труднощі соціальної адаптації. Низькі показники по всіх октантах (0-3 бала) можуть бути результатом скритності або невідвертості випробуваного. Якщо в дискограми відсутні октанти, зафарбовані вище рівня 4 балів, дані обстеження вважаються сумнівними. Передбачається, що випробувані не виявили належної відвертості. Перші чотири типи міжособистісного поведінки, що відповідають I-I октантам, характеризуються перевагою неконформних

тенденцій і схильністю до конфліктів (III й IV), вираженою незалежністю думок, завзятістю, тенденцією до лідерства (I й II). Інші чотири октанти (V-VIII) представляють протилежну тенденцію. В осіб з високими показниками по них переважають конформістські установки, лагідність (VII й VIII), непевність, схильність до компромісів (V й VI).

Наступним етапом ми досліджували зовнішні та внутрішні чинники, які вплинули на реакцію пацієнта на хворобу та зміну у міжособистісних стосунках за методикою «Незакінчені речення» Сакса – Сіднея, модифікованою для соматичних хворих [9].

Тест включає 64 незакінчених речення, які можуть бути розділені на 16 груп, що характеризують в тому або іншому ступені систему ставлення обстежуваного до сім'ї, до представників своєї або протилежної статі, до сексуальних відносин, до керівників та підлеглих. Деякі групи речень мають відношення до людських страхів та побоювань, до відчуття усвідомлення власної провини, свідчать про його відношення до минулого і майбутнього, зачіпають взаємостосунки з батьками і друзями, власної життєвої мети.

Тестування (без обробки) займає від 20 хвилин до декількох годин (залежно від особистості досліджуваного).

Така кількісна оцінка полегшує виявлення у обстежуваного дисгармонійної системи відносин. Але більш важливо, звичайно, якісне вивчення доповнених пропозицій.

Дослідженню методом «незакінчені речення» повинне передувати встановлення контакту з обстежуваним для отримання щирих, природних відповідей. Але навіть якщо досліджуваний розглядає діагностику як небажану процедуру і, прагнучи приховати світ своїх глибоких переживань, дає формальні, умовні відповіді, досвідчений психолог може витягнути масу інформації, що відображає систему особових відносин.

Для кожної групи речень виводиться характеристика, що визначає дану систему відносин як позитивну, негативну або байдужу. Приклади речень і варіанти відповідей з оцінкою:

Більшість відомих мені сімей

1. Нещасливі, недружні, розпались -2
2. Нервові, не дуже дружні-1
3. Всі однакові-0

Системи ставлення

- 1) Ставлення до матері
- 2) Ставлення до батька
- 3) Ставлення до сім'ї
- 4) Ставлення до протилежної статі
- 5) Ставлення до статевого життя
- 6) Ставлення до товаришів і знайомих
- 7) Ставлення до осіб, які вище за статусом
- 8) Ставлення до підлеглих
- 9) Ставлення до колег
- 10) Страху і побоювання
- 11) Усвідомлення провини
- 12) Ставлення до себе
- 13) Ставлення до минулого
- 14) Ставлення до майбутнього
- 15) Цілі
- 16) Ставлення до хвороби

Таким чином, за допомогою даної методики відповідно мети нашого дослідження ми дізнаємось про наявність конфліктних зон, проблем у міжособистісних стосунках постінфарктних хворих. Також це допоможе побудувати корекційну та консультативну роботу з хворими, що перенесли інфаркт міокарду з метою профілактики рецидивів та соціальної реабілітації даної категорії осіб.

2.2. Порівняльний аналіз результатів дослідження міжособистісних стосунків хворих, що перенесли інфаркт міокарда та здорових осіб

Дослідження проводилось на базі обласного діагностичного центру. В ньому взяли участь 10 осіб, які перенесли інфаркт міокарду, 3 жінки і 7 чоловіків віком 46 – 67 років, період після перенесеного інфаркту – від 3-х місяців до року. В якості контрольної групи виступили особи такого ж віку, які звертались до кардіолога з підозрою на серцево-судинні захворювання, але в них не було виявлено серйозних захворювань серцево-судинної системи, лише майже всім встановлено діагноз – вегето-судинна дистонія.

Обом категоріям осіб було запропоновано оцінити себе реального за твердженнями з методики. Спочатку передбачалось, що для порівняння можливо буде використати оцінку «я-ідеального», але хворі швидко втомлювались, починали нервувати, тому було прийняте рішення обмежитись одним варіантом тестування і робити висновки за ним.

Дані були занесені в таблиці.

Таблиця 1.1

Розподіл по октантах показників «я-реальне» за методикою Лірі серед постінфарктних хворих

Досліджувані		авторитарний	егоїстичний	агресивний	підозрілий	покірний	залежний	дружелюбний	альтруїстичний	домінування	дружелюбність
№	Кодове ім'я										
1.	Дмитро І.	9	8	9	9	3	3	4	2	4,6	-13,4
2.	Леонід Ж.	14	9	5	10	5	8	2	4	5,5	-7,9
3.	Іван Р.	7	5	7	8	4	7	6	5	-0,5	-1,7
4.	Ганна С.	12	10	4	9	3	9	3	4	6,2	-5,2
5.	Семен І.	11	3	8	10	6	6	5	3	-2	-5,8
6.	Павло Н.	9	10	6	8	7	7	3	5	2	-6,2

Продовження таблиці 1.1

7.	Сергій О.	12	13	8	4	4	4	6	6	15,7	-6,9
8.	Василь С.	11	9	4	6	5	8	4	7	2,6	0
9.	Дар'я С.	10	12	6	7	6	9	3	2	2,6	-8,6
10.	Олексій Н.	8	11	5	8	4	10	3	4	4,7	-5,5
середнє		10,3	9,0	6,2	7,9	4,7	7,1	3,9	4,2	4,1	-6,1

Найвищі показники ми отримали за I та II октантами – авторитарний та егоїстичний, також високий – IV октант – підозрілість. Найнижчі показники – за VII та VIII октантами – дружелюбний та альтруїстичний. Це може свідчити про появу певного озлоблення на світ у хворих, що перенесли інфаркт міокарду, пісемістичні погляди на життя, можливо через страх смерті, наявна установка, що їм «всі все винні», що лікарі встановлюють невірні діагнози, щось їм недоговорюють.

Таблиця 1.2

Розподіл по октантах показників «я-реальне» за методикою Лірі серед відносно здорових осіб

Досліджувані		авторитарний	егоїстичний	агресивний	підозрілий	покірний	залежний	дружелюбний	альтруїстичний	домінування	дружелюбність
№	Кодове ім'я										
1.	Олена К.	5	3	3	5	2	5	3	2	-0,5	0,7
2.	Петро Т.	8	3	5	2	4	9	12	10	2,6	16,8
3.	Людмила Р	4	4	4	4	4	4	4	5	0,7	0,7
4.	Віктор К.	6	6	3	5	2	8	6	5	2,6	4,4
5.	Олег Т.	5	6	5	7	5	2	5	4	0,7	-3,5
6.	Ігор М.	5	3	4	3	2	2	4	4	3,7	0
7.	Микита А.	3	3	3	5	3	5	7	4	-2,1	4,7
8.	Дмитро А.	12	4	5	6	4	9	11	10	7,3	12,3

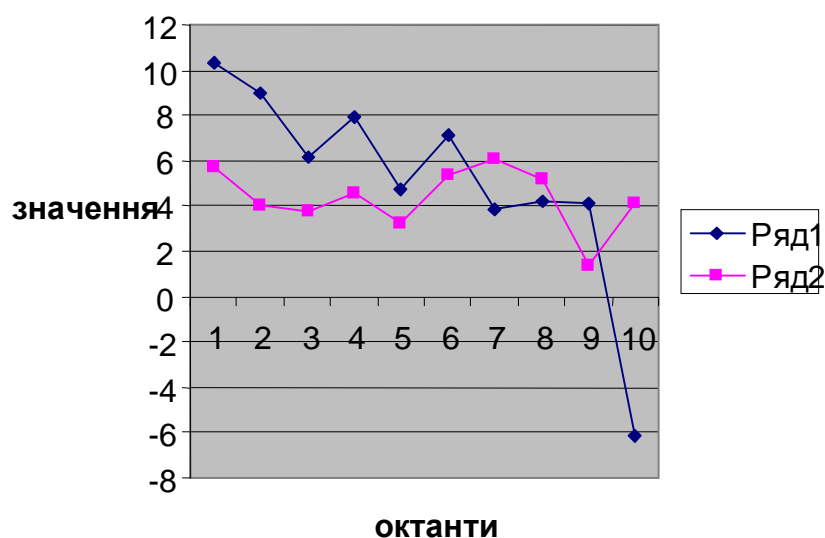
Продовження таблиці 1.2

9.	Катерина О	5	3	3	5	2	5	3	2	-0,5	-0,7
10.	Леонід В.	4	5	3	4	4	5	6	6	0	5,4
середнє		5,7	4,0	3,8	4,6	3,2	5,4	6,1	5,2	1,4	4,1

Серед даної категорії осіб жоден показник так яскраво не діагностується, що може свідчити про відносно гармонійний розвиток особистості, але по окремих відповідях ми відмітили наявність тривоги та занепокоєння у досліджуваних, що може бути пов'язане з ситуацією невизначеності діагнозу, невпевненості у вірності діагнозу, можливо, наявності іпохондричних проявів.

Для унаочнення порівняння показників обох досліджуваних груп, ми побудували графіки, на яких яскраво видно відмінності у стилях спілкування, які можуть спричинити проблеми у міжособистісних відношеннях постінфарктних хворих.

Співвідношення по октантах за методикою Лірі показників хворих, що перенесли інфаркт міокарду та відносно здорових осіб



Мал..1

Як ми бачимо, найбільша відмінність у показниках дійсно стосується I, II та IV октантів, а також показників ворожості та особливо, дружелюбності. Як ми вже зазначали, це свідчить про певну озлобленість хворих, що

перенесли інфаркт міокарду. Потрібно глибше дослідити конфліктні зони, щоб доцільно спланувати психотерапевтичну та консультативну роботу для соціальної реабілітації хворих і запобігання рецидиву, який, як ми вже вказували ризикують мати тривожні та агресивні пацієнти.

З допомогою наступної методики ми з'ясовували наявність конфліктогенів у пацієнтів, які б могли вплинути на зміни у міжособистісних відносинах. Бали, отримані пацієнтами розміщені у таблиці 2.1, співвідношення у відсотках – у таблиці 2.2.

Таблиця 2.1

Дані наявності конфліктних зон у постінфарктних хворих за методикою
Сакса-Сіднея

№	Кодове □м.'я	Конфліктні зони	Кількість
1	Дмитро І.	Страхи і побоювання, ставлення до майбутнього.	2
2	Леонід Ж.	Страхи і побоювання, ставлення до майбутнього, нереалізовані можливості, ставлення до хвороби.	4
3	Іван Р.	Страхи і побоювання, ставлення до майбутнього, почуття провини.	2
4	Ганна С.	Страхи і побоювання, ставлення до майбутнього, ставлення до себе, ставлення до хвороби.	4
5	Семен І.	Страхи і побоювання, ставлення до майбутнього.	2
6	Павло Н.	Страхи і побоювання, ставлення до майбутнього, ставлення до хвороби.	2
7	Сергій О.	Страхи і побоювання, ставлення до майбутнього, ставлення до хвороби, нереалізовані можливості.	4
8	Василь С.	Страхи і побоювання, ставлення до майбутнього, ставлення до родини, нереалізовані можливості.	4
9	Дар'я С.	Страхи і побоювання, ставлення до майбутнього, ставлення до хвороби	3
10	Олексій Н.	Страхи і побоювання, ставлення до майбутнього, ставлення до родини.	3

Отже, страхи у осіб, що перенесли інфаркт міокарду, схожі: ситуація хвороби, страхи, пов'язані з нею та можливі ускладнення у майбутньому є травмуючими для більшості досліджуваних.

Деякі досліджувані виявляли у відповідях свої переживання, пов'язані з життям родини у випадку їх госпіталізації або смерті.

Порівняємо результати дослідження постінфарктних хворих та відносно здорових осіб.

Таблиця 2.2

Порівняльний аналіз за методикою Сакса – Сіднея

№	Конфліктні зони	К-ть постінфарктних	К-ть осіб з контрольної гр.
1	Ставлення до матері	0%	10%
2	Ставлення до батька	0%	20%
3	Ставлення до сім'ї	20%	30%
4	Ставлення до протилежної статі	0%	10%
5	Ставлення до статевого життя	10%	30%
6	Ставлення до товаришів і знайомих	10%	10%
7	Ставлення до осіб, які вище за статусом	0%	40%
8	Ставлення до підлеглих	0%	0%
9	Ставлення до колег	0%	10%
10	Страхи і побоювання	100%	30%
11	Усвідомлення провини	10%	50%
12	Ставлення до себе	10%	30%
13	Ставлення до минулого	10%	30%
14	Ставлення до майбутнього	100%	30%
15	Цілі	30%	10%
16	Ставлення до хвороби	50%	30%

Як ми бачимо, конфліктні зони наявні також і в контрольній групі, але головна різниця в тому, що серед здорових осіб вони більш різноманітні, а в людей, що перенесли інфаркт міокарду, переживання пов'язані в основному з хворобою, ця проблема є психотравмуючою для досліджуваних.

За методикою Лірі, виявилось, що егоїстичний, підозрілий, залежний та авторитарний тип ставлення до оточення є найбільш притаманним та домінуючим для осіб, що перенесли інфаркт міокарда, що разом з даними методики Сакса-Сіднея свідчить про особливості поведінки і стосунків в осіб, що перенесли інфаркт, які проявляються неадекватною поведінкою в соціальному середовищі, низькими адаптивними можливостями, що вказує на необхідність психокорекційної роботи з цією категорією хворих.

Таким чином, у результаті проведеної діагностики ми підтвердили гіпотезу дослідження, і з'ясували, що перенесення хворими інфаркту міокарду є фактором, що сприяє формуванню в них специфічних особистісних особливостей та особливостей міжособистісної комунікації і поведінки, як то переважання авторитарного типу ставлення до оточуючих та високого ступеня внутрішньої конфліктності особистості.

РОЗДІЛ 3. ОСНОВНІ НАПРЯМКИ ПСИХОКОРЕКЦІЙНОЇ ТА КОНСУЛЬТАТИВНОЇ РОБОТИ З ХВОРИМИ, ЩО ПЕРЕНЕСЛИ ІНФАРКТ МІОКАРДУ

3.1. Напрямки психокорекційної роботи з хворими

В.С. Лакосіна та В.Д. Ушакова розглядають психокорекцію як залучення лікарем всіх можливостей лікувального впливу на хворого, впливаючи через його емоційні реакції, використовуючи інтелектуальні можливості і умовнорефлекторні зв'язки. Тобто, в кожен лікувальний дію необхідно включати психотерапевтичний компонент. Ця думка співпадає з думкою В.М. Бехтерева, який вважав, що якщо пацієнту не стає краще після бесіди з лікарем – це не лікар [19, 217].

Деякі автори (Саймонтон К., Саймонтон С.) розглядають психокорекцію як «навчання» хворого, що виражається в навчанні хворого поводитися відповідним чином в певній ситуації та уміти управляти своїми вегетативними і емоційними реакціями, але не цьому процесу навчання належить вирішальна роль в психокорекції [31, 122].

Психокорекційний вплив, на думку Л.Н. Лежепекової та Б.А. Якубова, має на хворого поведінка лікаря, бесіда про характер захворювання, особливості та течію хвороби, рекомендації режиму та ліків, праці і відпочинку [20, 29-31].

І.М. Тилевич та А.Я. Немцова стверджують, що при проведенні психокорекції лікар впливає на особистість пацієнта, прагне змінити в ній ті реакції, які сприяли виникненню хвороби або закріпленню хворобливих проявів. Характерологічні особливості пацієнта і клінічні прояви хвороби визначають ті задачі, які стоять перед психотерапевтом і тому вимагають індивідуального підходу у кожному окремому випадку. Психотерапевтична робота визначається і етапом розвитку хвороби. Так, невдовзі після

перенесеного інфаркту доцільна заспокійлива терапія, а в більш пізні терміни — активізуюча [34, 127].

Під психокорекцією в широкому значенні слова, або під загальною психотерапією, розуміють весь комплекс психічних чинників дії на хворого будь-якого профілю з метою підвищення його сил в боротьбі з хворобою, створення навкруги нього охоронно-відновного режиму, що виключає психічну травматизацію. В цих випадках психокорекція служить допоміжним засобом і необхідна в будь-якій лікувальній установі.

В.С. Лакосіна та В.Д. Ушаков виділяють такі варіанти психокорекційної дії на хворого, як психотерапевтичне переконання, навіювання в стані неспання, гіпнотерапія та аутогенне тренування. Розглянемо більш детально аутогенне тренування, як один з цих видів психокорекції [19, 127].

Аутогенне тренування — метод, запропонований німецьким психотерапевтом Іоганном Шульцем, має деякі загальні передумови з методами, якими користувалися ще в старовині йоги. У вітчизняній практиці його вперше застосували О.М. Свядощ, Г.С. Беляєв та М.В. Іванов [29].

Принцип методу полягає в тому, що спеціальними вправами пацієнт навчається викликати у себе відчуття тяжкості, тепла в руці, серцебиття або зміна частоти дихання. Ці вправи спрямовані на те, щоб перемкнути хворобливі симптоми на регульовані вегетативні функції.

Згідно з рекомендаціями вищевказаних авторів, заняття проводяться колективно, по 4—10 чоловік в групі. До початку тренувань лікар проводить роз'яснювальну бесіду, розказує про особливості вегетативної нервової системи, її ролі в житті людини. В популярній, доступній формі дається пояснення особливостям рухових реакцій і стану м'язового тону залежно від настрою. Наводяться приклади м'язової напруги при різних емоційних станах.

Управляти деякими вегетативними функціями пацієнт повинен навчитися в процесі аутогенного тренування.

К.І. Платонов вважав, що аутогенне тренування вимагає тривалої роботи з пацієнтами, оскільки на оволодіння однією вправою необхідно 2 тижня [23].

Автор методики І. Шульц казав про те, що лікар повинен зустрічатися з хворими 2 рази на тиждень, щоб перевірити, як йде відпрацювання вправ, роз'яснює нові вправи. Пацієнт повинен самостійно проводити по три заняття в день. Тільки після того, як пацієнт оволодіє шістьма вправами, описаними в методиці, можна переходити до направленої самонавіювання проти хворобливих розладів. Ефект звичайно досягається після багатомісячних домашніх тренувань. Вищий ступінь тренування допомагає пацієнту управляти своїми душевними переживаннями. Ці вправи спрямовані на викликання стану із здібністю до довільної яскравої візуалізації уявлень, емоційно значущих, які прямо або символічно відображають драму пацієнта, дозволяючих йому знайти або уловити не зрозуміле раніше прозріння. Ці вправи, близькі до психоаналізу, не знайшли широкого терапевтичного застосування [29].

Г.С. Беляєв рекомендував застосовувати аутогенне тренування в тих випадках, коли необхідно навчити пацієнта, який швидко виснажується, відновлювати працездатність, зменшувати або знімати душевну напругу, функціональні розлади внутрішніх органів, коли треба навчити пацієнта володіти собою [4].

Аутогенне тренування відноситься до активуючої психотерапії, оскільки дозволяє хворому проявляти активність в боротьбі із захворюванням і дає можливість переконатися в своїх можливостях.

Пізнавально-поведінкову терапію можна успішно застосовувати як один із заходів реабілітації пацієнтів, які перенесли інфаркт міокарда. Конкретних висновків про ефективність цього заходу поки що немає, проте Національний інститут здоров'я проводить дослідження, мета якого – вивчити ефективність цього виду психотерапії у хворих із серцевою

патологією та визначити її місце у загальній стратегії лікування тривожних станів у цієї когорти пацієнтів.

3.2. Особливості консультування хворих, що перенесли інфаркт міокарда

Клінічна діяльність містить у собі консультування взаємодію й терапію. Психіатричне консультування психологами - це наріжний камінь клінічної діяльності психіатра в сфері консультуваннявзаємодії.

Розрізняють три основних типи психіатричного консультування в медичних установах широкого профілю:

- консультування орієнтоване на пацієнта, коли в центрі уваги перебувають пацієнти;
- консультування орієнтоване на консультованого коли в центрі уваги коштують проблеми консультованого і їх обговорюють без присутності пацієнта;
- консультування орієнтоване на ситуацію, коли в центрі уваги перебуває взаємозв'язок між пацієнтом і членами медичного колективу, що здійснює лікування й догляд за пацієнтом [9, 267].

Перре й Бауман, розглядаючи співвідношення психологічного консультування й клініко-психологічної інтервенції (і психотерапії, як однієї з її функцій), указують: а) у психологічному консультуванні серед засобів впливу (тобто методів) на першому місці стоїть інформування (передача інформації людині, що звернулася за допомогою); б) психологічне консультування в медицині виконує в основному функцію гігієни й профілактики; в) у рамках консультування аналізуються варіанти рішень конкретної проблеми, але рішення й зміни здійснює сама людина й не в рамках консультування а самостійно; г) у практиці консультування зміни відбуваються по закінченні самого консультування без супроводу фахівцем,

у психотерапії - сутністю є сам процес змін, супроводжуваний фахівцем [9, 319].

Подібно психотерапії психологічне консультування може мати у своїй основі різні теоретичні підходи (психодинамічний, поведінковий, гуманістичний). Поза залежністю від теоретичної орієнтації виділені наступні основні завдання психологічного консультування 1) емоційна підтримка й увага до переживань клієнта; 2) розширення свідомості й підвищення психологічної компетентності; 3) зміна ставлення до проблеми (з тупика до вибору рішення); 4) підвищення стресової й кризової толерантності; 5) розвиток реалістичності й плюралістичності світогляду; 6) підвищення відповідальності пацієнта й вироблення готовності до творчого освоєння світу [9, 319].

Консультування в процесі надання психологічної допомоги хворим, що перенесли інфаркт міокарда, має на увазі спільне обговорення лікаря, клінічного психолога, з одного боку, і пацієнта або клієнта, з іншої, проблем що виникли в людини, можливих варіантів їхнього подолання й профілактики, а також інформування індивіда про його індивідуально-психологічні якості, специфічні типи реагування, методи саморегуляції. Консультування спрямоване на вироблення активної позиції людини стосовно психологічних проблем, фрустрацій і стресів з метою навчання способам відновлення або збереження емоційного комфорту в критичних життєвих ситуаціях, а в нашому випадку – запобігання рецидиву хвороби.

Після детального аналізу літератури з проблеми консультування хворих, що перенесли інфаркт міокарда, ми дійшли висновку що доцільно також буде використання при консультуванні даної категорії хворих застосовувати техніки позитивної психотерапії. Позитивна психотерапія - короткостроковий психотерапевтичний метод із психодинамічною моделлю, гуманістичним світоглядом і транскультуральним підходом.

У позитивній психотерапії особистість розглядається через здатності, реалізовані людиною в повсякденному житті. Дана модель консультування

виходить із позитивного бачення людини, як здатної до змін, самодопомоги й допомоги членам своєї родини.

Позитивне бачення йде далі гуманістичної тези про те, що людина - "істота природжено активна, що бореться, що самозатверджується й підвищує свої можливості, з майже безмежною здатністю до позитивного росту", стверджуючи, що кожна людина, без винятку, гарна по своїй природі, і від народження володіє "всіма здатностями, які порівнянні з насіннями прихованих можливостей, які, однак, ще потрібно розвинути" [24, 23].

Виходячи з концепції позитивної психотерапії "здоровий не той, у кого немає проблем, а той, хто вміє справлятися з виникаючими проблемами". У той час як у традиційній, застосовуваній сьогодні, медицині між лікарем і пацієнтом головним чином стоїть хвороба, у позитивній психотерапії між психологом і клієнтом перебувають здатності, інакше кажучи, якщо людина змогла створити проблему, то в неї досить сил і здатностей для її вирішення.

У сучасному суспільстві, орієнтованому на цінності досягнення, хвороба розглядається як обмеження можливості працювати й одержувати задоволення від життя. Найчастіше робота й одержання задоволення сприймаються як синоніми. Хвороба ж сприймається як щось окреме від звичайного життя, як трагедія, що обрушилася на людину ззовні. У такому випадку хвороба - це стан, вплинути на який сам пацієнт не може. Із цього погляду питання про позитивні аспекти симптому поділене на області, які ігноруються, і пов'язаний із процесуальним розумінням хвороби. На її значимість для переробки пацієнтом своїх переживань, на її значимість як індикатора дисгармонії життєвої ситуації й на розуміння хвороби як способу реагування в конфлікті.

Позитивні реінтерпретації - це не ярлики, які даються пацієнтові замість прямого діагнозу, це, скоріше, програма, що містить нові способи переробки конфлікту. За допомогою позитивної інтерпретації терапевт впливає не тільки на конкретну хворобу, як на суб'єктивне уявлення про хвороби, які зложилися в традиціях даної родини [25, 65].

В нашому випадку за допомогою позитивної психотерапії потрібно змінити бачення хвороби «інфаркт міокарда».

Традиційне мислення	Позитивне мислення
Зниження активності серцевої мускулатури внаслідок закупорки серцевих коронарних судин. Фактори ризику: зловживання алкоголем, підвищений вміст жирів у крові	Патологічна подія в серці, викликана факторами ризику, які крім усього іншого спровоковані перевтомою й однобічним способом життя. Сигнал тривоги до того, щоб знизити навантаження, більше звертати уваги на емоційні переживання й зробити спосіб життя більше гармонічним

Зміна точки зору на хворобу дозволяє пацієнтові більше дистанційно ставитися до свого конфлікту. Зміна ж ставлення відкриває нові перспективи не тільки в терапії, але й у подальшому житті пацієнта як розв'язання конфлікту й закінчення курсу терапії.

Позитивний підхід дозволяє використати надію як ліки не тільки для рішення внутрішніх проблем пацієнта, але й, насамперед, для поліпшення відносин у родині й соціальному оточенні. Таким чином, мова йде про переоцінку колишніх концепцій, що призвели до виникнення проблеми. Не до тотального їхнього заперечення, але до ретельного обговорення: диференціювання [25, 80].

Але, для застосування даного методу при консультуванні пацієнтів, що перенесли інфаркт міокарда, необхідна певна освіта та досвід роботи.

Як ми з'ясували у нашому дослідженні, даній категорії осіб притаманні страхи щодо майбутнього та тривожність за своє життя, тому при консультуванні доцільно дотримуватись правил консультування тривожних клієнтів. Дуже важливо дозволити клієнтові виговоритися й виразити свою тривожність, тому що неспокійний клієнт мало що чує, до нього не доходять умовляння консультанта. Невисловлена тривожність безмежна. Коли вона "одягається" у словесну оболонку, то фіксується в межах слів і стає об'єктом, що може "побачити" як клієнт, так і консультант. Відбувається значне

зменшення дезорганізуючої сили тривожності. Отже, із тривожним клієнтом необхідно обговорювати його стан. Не можна забувати, що ми маємо справу власне кажучи зі схованими в несвідомому почуттями, тому даремно давити на клієнта, щоб він скоріше назвав причини своєї тривожності. Консультант повинен виявити розуміння й терпимість. Не треба також піддаватися спокусі міркувати про стреси й напругу, властиві нашому часу. Це звичайно не зачіпає страждань конкретного клієнта. Людині, що роздирається внутрішнім, невербалізованим конфліктом, не слід відмовляти в допомозі через нібито екзистенціальну природу його тривожності. Екзистенціальна тривога існує, однак більшість клієнтів звертається не через неї [16, 47].

ВИСНОВКИ

1. Інфаркт міокарду як гостре соматичне захворювання має значний психотравмуючий та стресовий вплив, перш за все, своєю гостротою та тяжкістю, а також можливістю інвалідизації, страх смерті на фоні гострого больового синдрому в початковий період хвороби, які спричиняють серйозний вплив на особистість. Ці особливості часто залишають наслідки у стані особистості та її подальшій життєдіяльності.

Особистісні характеристики хворих на інфаркт міокарда мають таку картину: сум і пригніченість, почуття скороченої перспективи, безпорадності. Будь-яка емоційна реакція хворого перетворюється в складний психофізіологічний синдром, що реалізується клінічно у вигляді тих або інших розладів роботи серця і всього апарату кровообігу. Сукупність емоційних реакцій хворого і його фізіологічних порушень створює умови для прогресування серцевої недостатності. Хвороба визначається не тільки локалізацією і широтою ураження, але й якістю емоційних реакцій, тобто поганий фізичний стан стає наслідком неврівноваженого емоційного стану.

2. Через те, що при обстеженні пацієнтів із серцево-судинними захворюваннями мова, як правило, не йде про грубі порушення міжособистісних відносин, вимоги чутливості використовуваних психодіагностичних методик виявляються особливо високими. Досить істотним є й вимога економичності: виконати тестове завдання великого обсягу складно через астенизацію хворого.

Вибір методу, який повною мірою відповідає зазначеним вимогам, являє собою надзвичайно важке завдання. Тим більше, що аналіз найбільше часто використовуваних методів вивчення міжособистісних відносин показав, що більшість із них явно недостатньо задовольняють навіть вимозі вірогідності одержуваних даних.

На першому етапі ми досліджували особливості міжособистісних відносин постінфарктних хворих за допомогою методики Т.Лірі. Наступним етапом ми досліджували зовнішні та внутрішні чинники, які вплинули на реакцію пацієнта на хворобу та зміну у міжособистісних стосунках за методикою «Незакінчені речення» Сакса – Сіднея, модифікованою для соматичних хворих.

Дослідження проводилось на базі обласного діагностичного центру. В ньому взяли участь 10 осіб, які перенесли інфаркт міокарду, 3 жінки і 7 чоловіків віком 46 – 67 років, період після перенесеного інфаркту – від 3-х місяців до року. В якості контрольної групи виступили особи такого ж віку, які звертались до кардіолога з підозрою на серцево-судинні захворювання, але в них не було виявлено серйозних захворювань серцево-судинної системи, лише майже всім встановлено діагноз – вегето-судинна дистонія.

У результаті проведеної діагностики ми підтвердили гіпотезу дослідження, і з'ясували, що перенесення хворими інфаркту міокарду є фактором, що сприяє формуванню в них специфічних особистісних особливостей та особливостей міжособистісної комунікації і поведінки, як то переважання авторитарного типу ставлення до оточуючих та високого ступеня внутрішньої конфліктності особистості.

3. Також нами були проаналізовані методи психологічної реабілітації пацієнтів після інфаркту міокарда. Ми дійшли висновку, що доцільно застосовувати методи арттерапії, аутогенне тренування та позитивну психотерапію при консультуванні даної категорії осіб. Необхідно дотримуватись правил консультування тривожних клієнтів.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Александер Ф. Психосоматическая медицина. – М.: Экмо-Пресс, 2002. – 352с.
2. Анастаси А. Психологическое тестирование. Т.1. - М.: Педагогика, 1982. – 460 с.
3. Асмолов А. Г. Психология личности. Принципы общепсихологического анализа. — М.: Изд-во Моск. ун-та, 1990. — 367 с.
4. Байдилов В., Ташёва А. Выраженные тревожно-фобические переживания соматических больных как диагностический признак потребности в психологической помощи. - В сб.: «Проблемы психологического консультирования семьи.» - Ростов-на-Дону.: Новость, 1991. – С.107-110.
5. Беседов А.Н., Липатов И.И., Тимченко А.В., Шапарь В.Б. Книга практического психолога. – Харьков.: Фортуна-Пресс, 1996. – 450с.
6. Глозман Ж.М. Личность и нарушения общения. – М.: Наука, 1987. – 152 с.
7. Данилова Н.Н. Психопатология. – М.: Аспект-Пресс, 1998. – 373 с.
8. Зайцев А.Е. Кардиогемодинамика у больных инфарктом миокарда. – М.: Кардиология, 1998. – 458 с.
9. Клиническая психология / Под ред. Б.Д.Карвасарского. - СПб.: Питер, 2002. – 960 с.
10. Карвасарский Б.Д. Медицинская психология.- Л., 1982. – 272 с.
11. Климов Е.А. Индивидуальный стиль деятельности в зависимости от типологических свойств нервной системы. М. – 1984. – 124 с.
12. Клиническая психология и психофизиология/ под. ред. Г.М. Яковлева. – СПб.: Элби-СПб. – 2003. – 295 с.
13. Клиническая физиология. Учебник. / под ред.. Л.Р.Карвасарского. СПб.: Питер. – 2002. – 480 с.
14. Кондратенко В.Т., Донской Д.И. Общая психотерапия. – Минск. – 1993. – 478 с.

- 15.Конечный Р., Боухам П., Рад М. Психология в медицине. Прага. – 1983. – 488 с.
- 16.Кочюнас Р. Основы психологического консультирования – М.: "Академический проект", 1999. – 360с.
- 17.Кулагин А.В. Основы профессиональной психодиагностики – Ленинград: «Медицина», 1984 – 216 с.
- 18.Курцин И.Т. Теоретические основы психосоматической медицины. Л.: Наука : 1973. – 336 с.
- 19.Лакосина В.С., Ушаков В.Д. Медицинская психология. М.: «Медицина», 1989.
- 20.Лежепекова Л.Н., Якубов Б. А. Психогигиена и психопрофилактика в работе практического врача. – Ленинград, изд-во «Медицина» – 1982.
- 21.Медицинская психология и деонтология. / под ред.. Г.В.Морозова, Г.И.Царедворцева. – М.: Медицина, 1983. – 270 с.
- 22.Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику. – М.: Медицина, 1987. – 168 с.
- 23.Общая психология. / под ред. Петровского В.А. – М.: «Просвещение». – 1986. – 464 с.
- 24.Пезешкиан Н. Психосоматика и позитивная психотерапия. – М.: Медицина, 1996. – 464 с.
- 25.Пезешкиан Н. Психотерапия повседневной жизни. – М.: Медицина, 1995. – 336 с.
- 26.Пере М., Бауман У. Клиническая психология. СПб.: Питер, 2002. – 256 с.
- 27.Петровский В.А. К психологии активности личности. // Вопр. психологии. – 1985. - № 3. – С. 26-34.
- 28.Психологічна допомога тяжким соматичним хворим: Навчальний посібник. / Укл. Шевченко Н.Ф. - Запоріжжя: ЗДУ, 2005. - 153с.
- 29.Рудестам К. Групповая психотерапия. Психокоррекционные группы: теория и практика. М.: Медицина, 1990. – 368 с.

- 30.Руководство по психотерапии // Под ред. проф. М. Рожнова. –Ташкент: изд-во «Медицина», 1979. – 350с.
- 31.Саймонтон К., Саймонтон С. Возвращение к здоровью. Новый взгляд на тяжелые болезни.- СПб.: Питер, 1995. – 172 с.
- 32.Савченко С.В. Методика диагностики межличностных отношений Тимоти Лири применительно к шаблонам соционических типов
<http://www.socioniko.net/ru/authors/savch-sv.html>
- 33.Собчик Л.Н. Психология индивидуальности. Теория и практика психодиагностики. – М.: Речь, 2003. – 624с.
- 34.Тылевич И.М., Немцева А.Я. Руководство по медицинской психологии. – М.: «Медицина», 1980. – 380с.
- 35.www.mega.ua
- 36.<http://exitt.narod.ru/gloss> – психологічний словник.

Методика 1.

**ТЕКСТ ОПИТУВАЛЬНИКА ДО МЕТОДИКИ ДІАГНОСТИКИ
МІЖОСОБИСТІСНИХ ВІДНОСИН Т. ЛІРІ**

Поставте знак "+" проти тих визначень, які відповідають Вашому уявленню про себе (якщо немає цілковитої впевненості, знак "+" не ставте).

1. Інші думають про нього прихильно
2. Справляє враження на оточуючих
3. Уміє розпоряджатися, наказувати
4. Уміє наполягти на своєму
5. Володіє відчуттям власної гідності
6. Незалежний
7. Здатний сам потурбуватися про себе
8. Може проявити байдужість
9. Здатний бути суворим
10. Строгий, але справедливий
11. Може бути щирим
12. Критичний до інших
13. Любить поплакатися
14. Часто зажурений
15. Здатний проявити недовіря
16. Часто розчаровується
17. Здатний бути критичним до себе
18. Здатний визнати свою неправоту
19. Охоче підкоряється
20. Поступливий
21. Благородний
22. Захоплюється і схильний до наслідування
23. Поважний
24. Шукає схвалення
25. Здатний до співпраці
26. Прагне вжитися з іншими
27. Дружелюбний, доброзичливий
28. Уважний і ласкавий
29. Делікатний
30. Схвальний
31. Чуйний до закликів про допомогу
32. Безкорисливий
33. Здатний викликати захоплення
34. Користується повагою в інших
35. Володіє талантом керівника
36. Любить відповідальність
37. Упевнений в собі
38. Самовпевнений і напористий
39. Діловитий і практичний
40. Любить змагатися
41. Строгий і крутий, де треба
42. Невблаганний, але неупереджений
43. Дратівливий
44. Відкритий і прямолінійний

45. Не терпить, щоб ним командували
46. Скептичний
47. На нього важко справити враження
48. Образливий, педантичний
49. Легко бентежиться
50. Невпевнений у собі
51. Поступливий
52. Скромний
53. Часто вдається до допомоги інших
54. Дуже шанує авторитети
55. Охоче приймає поради
56. Довірливий і прагне радувати інших
57. Завжди люб'язний в поводженні
58. Дорожить думкою оточуючих
59. Товариський і злагідний
60. Добросердий
61. Добрий, вселяє упевненість
62. Ніжний і м'якосердий
63. Любить піклуватися про інших
64. Безкорисливий, щедрий
65. Любить давати поради
66. Справляє враження значущості
67. Начальницько-наказовий
68. Владний
69. Хвалькуватий
70. Гордовитий і самовдоволений
71. Думає тільки про себе
72. Хитрий і обачливий
73. Нетерпимий до помилок інших
74. Самокорисливий
75. Відвертий
76. Часто недружній
77. Озлоблений
78. Скаржник
79. Ревнивий
80. Довго пам'ятає образи
81. Схильний до самобичування
82. Соромливий
83. Безініціативний
84. Покірливий
85. Залежний, несамостійний
86. Любить підкорятися
87. Надає іншим ухвалювати рішення
88. Легко потрапляє впросак
89. Легко попадає під вплив друзів
90. Готовий довіритися будь-якому
91. Прихильний до всіх розбору
92. Всім симпатизує
93. Прощає все всім
94. Переповнений надмірним співчуттям
95. Великодушний і терпимий до недоліків
96. Прагне протегувати

97. Прагне до успіху
98. Чекає захоплення від кожного
99. Розпоряджається іншими
100. Деспотичний
101. Сноб (судить про людей за рангом і достатком а не за особистими якостями)
102. Пихатий
103. Егоїстичний
104. Холодний, черствий
105. Уїдлиий, глузливий
106. Злобний, жорстокий
107. Часто гнівливий
108. Бездушний, байдужий
109. Злопам'ятний
110. Пройнятий духом суперечності
111. Упертий
112. Недовірливий і підозрілий
113. Боязкий
114. Сором'язливий
115. Відрізняється надмірною готовністю підкорятися
116. М'якотілий
117. Майже ніколи нікому не заперечує
118. Ненав'язливий
119. Любить, щоб його опікали
120. Надмірно довірливий
121. Прагне здобути розташування кожного
122. Зі всіма погоджується
123. Завжди доброзичливий
124. Усіх любить
125. Дуже поблажливий до оточуючих
126. Прагне утішити кожного
127. Піклується про інших у шкоду собі
128. Псує людей надмірною добротою

Методика 2.**«НЕЗАКІНЧЕНІ РЕЧЕННЯ» САКСА-СІДНЕЯ**

Кодове ім'я _____

Інструкція. Прочитайте уважно ці незакінчені речення, доповнивши їх першою, що прийшла Вам в голову, думкою. Робіть це якнайшвидше. Якщо Ви не можете закінчити яке-небудь речення, залишіть його, обвівши кружком номер і поверніться до нього пізніше. Будьте правдиві. Ваші відповіді, нікому, крім психолога, не будуть відомі.

1. Думаю, що мій батько рідко... _____
2. Якщо всі проти мене, то... _____
3. Я завжди хотів... _____
4. Якби я займав керівну посаду ... _____
5. Майбутнє здається мені... _____
6. Якби не хвороба... _____
7. Моє керівництво... _____
8. Знаю, що глупо, але боюсь... _____
9. Думаю, справжній друг... _____
10. Коли я був дитиною... _____
11. Ідеалом жінки (чоловіка) для мене є... _____
12. Коли я вижу жінчину вместе с мужчиной... _____
13. В порівнянні з більшістю інших родин моя сім'я... _____
14. Краще за все я працюю з... _____
15. Моя мати і я... _____
16. Все ж таки здорові люди... _____
17. Зробив би усе, щоб забути... _____
18. Якби лише мій батько захотів... _____
19. Думаю, що я достатньо вільний, щоб... _____
20. Я міг би бути дуже щасливим, якби... _____
21. Якщо хто-небудь працює під моїм керівництвом... _____
22. Сподіваюсь на... _____
23. В школі мої вчителі... _____
24. Більшість моїх товаришів не знають, що я боюсь... _____
25. Не люблю людей, які... _____
26. До «перебудови» я... _____
27. Вважаю, що юнаків (дівчат)... _____
28. Подружнє життя здається мені... _____
29. Моя сім'я ставиться до мене як до... _____
30. Люди, з якими я працюю... _____
31. Моя мати... _____
32. Моєю самою великою помилкою було... _____
33. Я хотів би, щоб мій батько... _____
34. Моя найбільша слабкість полягає в тому... _____
35. Моя хвороба... _____
36. Моїм прихованим бажанням в житті... _____
37. Мої підлеглі... _____
38. Настане той день, коли... _____
39. Коли до мене наближується мій керівник... _____
40. Хотілося б мені перестати боятися... _____

- 41.Більше за все я люблю тих людей, які... _____
- 42.Якби я знов став молодим... _____
- 43.Вважаю, що більшість жінок (чоловіків)... _____
- 44.Якби у мене було нормальне статеve життя... _____
- 45.Більшість відомих мені сімей... _____
- 46.Люблю працювати з людьми, які... _____
- 47.Вважаю, що більшість матерів... _____
- 48.Коли я був молодий, то почував себе винним, якщо... _____
- 49.Думаю, що мій батько... _____
- 50.Коли мені починає не щастити, я... _____
- 51.Коли я даю іншим доручення... _____
- 52.Більш за все я хотів би в житті... _____
- 53.Коли я будустарим... _____
- 54.Люди, перевагу яких над собою я визнаю... _____
- 55.Мої страхи не раз змушували мене.. _____
- 56.Коли мене немає, мої друзі... _____
- 57.Через хворобу... _____
- 58.Моїм самим живим спогадом дитинства є... _____
- 59.Мені не дуже подобається, коли жінки (чоловіки)... _____
- 60.Моє статеve життя... _____
- 61.Коли я був дитиною, моя родина... _____
- 62.Люди, які працюють зі мною... _____
- 63.Я люблю свою матір, але... _____
- 64.Найгірше, що мені довелося зробити, це... _____

Ключ до методики Сакса-Сіднея

№	Група речень	Номери речень
1	Ставлення до матері	15 31 47 63
2	Ставлення до батька	1 18 33 49
3	Ставлення до сім'ї	13 29 45 61
4	Ставлення до протилежної статі	11 27 43 59
5	Ставлення до статевого життя	12 28 44 60
6	Ставлення до товаришів і знайомих	9 25 41 56
7	Ставлення до осіб, які вище за статусом	7 23 39 54
8	Ставлення до підлеглих	4 21 37 51
9	Ставлення до колег	14 30 46 62
10	Страхи і побоювання	8 24 40 55
11	Усвідомлення провини	17 32 48 64
12	Ставлення до себе	2 19 34 50
13	Ставлення до минулого	10 26 42 58
14	Ставлення до майбутнього	5 22 38 53
15	Цілі	3 20 36 52
16	Ставлення до хвороби	6 16 35 57