

НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ «ЧЕРНІГІВСЬКИЙ КОЛЕГІУМ»
ІМЕНІ Т.Г. ШЕВЧЕНКА

Навчально-науковий інститут психології та соціальної роботи
Кафедра загальної, вікової та соціальної психології імені М. А. Скока

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

освітнього ступеня «магістр»

на тему:

**ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ЛЮДЕЙ З ХРОНІЧНИМИ
СОМАТИЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ В УРОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ**

Виконав:

студент II курсу, 61 групи
Литвин-Євтушенко Володимир
Георгійович

Науковий керівник:

Дяченко Вікторія Анатоліївна
кандидат психологічних наук, доцент

Захищено з оцінкою _____

Голова ЕК _____

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ВИВЧЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ХВОРИХ З ХРОНІЧНИМИ СОМАТИЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ	
1.1. Поняття та класифікація хронічних соматичних захворювань.....	6
1.2. Психологічні аспекти хронічних соматичних захворювань.....	12
1.3. Психологічні характеристики хворих з урологічними захворюваннями.....	16
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ УРОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ З ХРОНІЧНИМИ СОМАТИЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ	
2.1. Організація та опис методичних засобів дослідження.....	21
2.2. Аналіз результатів дослідження.....	22
РОЗДІЛ 3. ПСИХОКОРЕКЦІЙНА ПРОГРАМА ТА РЕКОМЕНДАЦІЇ ДЛЯ РОБОТИ З УРОЛОГІЧНИМИ ХВОРИМИ	
3.1. Розробка психокорекційної програми для урологічних хворих.....	33
3.2. Рекомендації для психологів та медичного персоналу.....	35
ВИСНОВКИ.....	37
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	39
ДОДАТКИ.....	42

ВСТУП

Актуальність. Сучасне суспільство стикається з постійним зростанням кількості хронічних захворювань, що впливають на якість життя значної частини населення. Особливо актуальним є вивчення впливу хронічних соматичних захворювань на психіку людини, оскільки такі стани часто супроводжуються психологічними та емоційними порушеннями. Урологічні хворі, які страждають на хронічні соматичні захворювання, є особливо вразливою групою, оскільки їхні захворювання безпосередньо впливають на життєві аспекти, такі як самопочуття, соціальна адаптація, статева функція та здатність до самозабезпечення.

Однією з важливих причин актуальності даного дослідження є те, що хронічні урологічні захворювання мають суттєвий вплив на психоемоційний стан пацієнтів. Часто такі пацієнти стикаються зі значними обмеженнями у фізичній активності, змінами в якості життя, почуттям ізоляції та соціальної відчуженості. Важливим є також те, що психологічні порушення у таких хворих можуть не тільки погіршувати їхній загальний стан, але й ускладнювати процес лікування, знижуючи ефективність терапії.

Психологічні аспекти цих захворювань залишаються недостатньо дослідженими, що ускладнює надання ефективної психологічної підтримки та терапії пацієнтам. Важливо враховувати, що психоемоційний стан пацієнтів може значно впливати на перебіг хвороби та ефективність лікування. Тому, дослідження психологічних особливостей людей з хронічними урологічними захворюваннями є надзвичайно актуальним і важливим.

Окрім цього, розвиток та впровадження нових підходів до психологічної підтримки пацієнтів може сприяти покращенню їхнього емоційного благополуччя, адаптації до хвороби та підвищенню загальної якості життя. Дослідження даної теми також може мати практичне значення для медичних працівників, допомагаючи їм краще розуміти психологічні проблеми пацієнтів та надавати більш комплексну і ефективну допомогу.

Отже, актуальність теми полягає в необхідності глибокого вивчення психологічних аспектів хронічних урологічних захворювань, що дозволить розробити ефективні стратегії психологічної підтримки, спрямовані на покращення якості життя пацієнтів.

Мета дослідження: емпірично вивчити психологічні особливості людей з хронічними урологічними захворюваннями, виявити основні психологічні проблеми, що виникають у таких пацієнтів.

Об'єкт дослідження: психологічні особливості людей з хронічними соматичними захворюваннями, зокрема урологічними хворими.

Предмет дослідження: психологічні особливості людей з хронічними урологічними захворюваннями в урологічних хворих, зокрема якості особистості, рівень тривожності, депресивні прояви.

Завдання дослідження:

- 1) Провести огляд наукової літератури з теми психологічних аспектів хронічних соматичних захворювань.
- 2) Теоретично дослідити психологічні характеристики хворих з урологічними захворюваннями.
- 3) Дослідити властивості особистості осіб з хронічними соматичними захворюваннями урологічних хворих.
- 4) Проаналізувати отримані дані та психологічні особливості людей з хронічними соматичними захворюваннями в урологічних хворих.
- 5) Розробити рекомендації щодо психологічної підтримки пацієнтів з хронічними соматичними захворюваннями в урологічних хворих.

Теоретико-методологічна основа: різні аспекти хронічних соматичних захворювань розглядаються у працях: Ф. Александер, І. Аршава, Н. Білик, В. Василенко, А. Гольдшейдер, О. Довгань, Т. Зінченко, І. Кравченко, Б. Михайлов, О. Петренко, С. Поліщук, С. Світич, Л. Сердюк, О. Сердюк та інші.

Методи дослідження. Для розв'язання поставлених задач були використані такі методи:

а) теоретичні методи – науковий аналіз, абстрагування, синтез, систематизація;

б) емпіричні методи – опитування, тестування. Зокрема, для діагностики особливостей депресії була використана методика «Шкала депресії Бека, для вивчення особистісних особливостей респондентів було використано Фрайбурзький багатофакторний опитувальник (FPI), з метою вивчення особливостей реактивної та особистісної тривожності було застосовано Шкалу оцінки рівня реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності Ч. Спілбергера, Ю. Ханіна.

Практичне значення полягає у розробці ефективних психокорекційних програм для урологічних хворих з хронічними соматичними захворюваннями, що сприяють зниженню рівня тривожності та депресії, покращенню емоційного стану пацієнтів, а також підвищенню якості їхнього життя. Отримані результати можуть бути впроваджені у клінічну практику для оптимізації медичної та психологічної допомоги, а також використані для інформування родичів і підвищення професійної компетентності медичного персоналу.

Структура та обсяг роботи. Кваліфікаційна робота складається зі вступу, трьох розділів (теоретичної та емпіричної частин, розділу практичних рекомендацій), висновків, списку використаних джерел (35 найменувань).

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ВИВЧЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ХВОРИХ З ХРОНІЧНИМИ СОМАТИЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ

1.1. Поняття та класифікація хронічних соматичних захворювань

Хронічні соматичні захворювання становлять одну з найбільш актуальних проблем сучасної медицини, оскільки вони значно впливають на якість життя пацієнтів та представляють серйозне навантаження на систему охорони здоров'я. Ці захворювання характеризуються тривалим, часто невиліковним перебігом, що вимагає постійного медичного контролю та підтримуючої терапії. Хронічні соматичні захворювання охоплюють широкий спектр патологій, які вражають різні органи та системи організму, включаючи серцево-судинні, дихальні, травні, ендокринні та інші системи.

Важливість вивчення хронічних соматичних захворювань обумовлена їхньою розповсюдженістю та значним впливом на фізичне і психічне здоров'я людини. Зокрема, хронічні захворювання часто супроводжуються болем, обмеженням фізичної активності та соціальною ізоляцією, що може призвести до розвитку депресії та інших психічних розладів. Крім того, хронічні захворювання нерідко потребують тривалого лікування та значних матеріальних витрат, що додатково ускладнює ситуацію.

У пацієнта формується внутрішня картина хвороби, що відбиває всю гаму його переживань. Як правило, у хворого вибудовується певний тип реагування на хворобу, який залежить як від об'єктивних факторів, наприклад, тяжкість хвороби, так і від суб'єктивних, тобто особистісних характеристик [25]. Отже, взаємодія властивостей особистості хворого та соматичних змін у його організмі може виявлятися двома шляхами.

Перший варіант відбиває реакцію особистості на її фізичний стан і соматичні зміни, що виникли як наслідок. Другий варіант полягає у впливі самої особистості протягом соматичної хвороби. Типології можливих варіантів

ставлення пацієнта до своєї хвороби формуються з урахуванням рівня активності особистості, спрямованості її прагнень. Тобто лікар має вчасно та правильно передбачити бажання свого пацієнта, вміти визначити, чого він прагне і чого уникає. Провідною метою є оцінка суспільної цінності спонукань людини, що проявляється в силі, динаміці і предметності веселощів і суму, що переживаються нею, в особливостях її смислових орієнтацій. Характерний для даної людини «набір» потреб, який знаходяться між собою в ієрархічно організованій супідрядності, впливає на всю діяльність, дається взнаки в типовому для неї варіанті споживання тимчасових і енергетичних ресурсів, самовираження і самоствердження. Особистісні реакції залежать від порушення психічної діяльності, які спровоковані соматичними захворюванням [5].

При ряді соматичних захворювань у головному мозку нашаровуються органічні зміни, що ведуть до зниження мозкової діяльності, внаслідок чого у хворого змінюється здатність правильно оцінювати свій стан та ставлення близьких, порушується критичність. Різновид перебігу, гострота розвитку хвороби також впливає на вираженість та якісні зміни психічної діяльності [21].

Аналіз психіки соматично хворих дозволяє виявити наступну закономірність. Гострий і неспокійний перебіг хвороби характеризується наявністю розладів, що досягають затьмарення свідомості. У той час як для повільної, хронічної течії властиві невротичні симптоми. У деяких варіантах перебігу соматичного захворювання воно призводить до виникнення психосоматичних розладів. Глибока стадія соматичного захворювання, необхідність тривалого перебування на стаціонарному лікуванні, «особливе соціальне становище» хворого найчастіше призводять до змін особистості патологічного характеру [25].

Психіка хворого від початку захворювання виявляється у незвичайному стані, оскільки у зв'язку з хворобою порушується звичний ритм життя, змінюється співвідношення праці, відпочинку, сну та неспання. Відбувається перебудова у сфері відчуттів, змінюється їх значення. Так, найбільш загальними та яскраво вираженими змінами психіки у соматичних хворих слід вважати

перерозподіл уваги від зовнішнього світу до власних відчуттів, можливостей власного тіла, звуження кола інтересів [31].

Хвороба, що традиційно сприймається як порушення адаптації організму до умов зовнішнього та внутрішнього середовища, завжди протікає згідно з механізмами, які не залежать від нашого бажання та є ненавмисними. Припинити хворобу зусиллям волі не в наших силах. З цього випливає, що неконтрольованість дезадаптації, стихійність течії, що є фундаментом будь-якого патологічного стану, належать до основних психологічних факторів хвороби. Не маловажливу роль грає психічна і фізична залежність людини від хвороби, яка проявляється у зміні всього життя людини [21].

Хронічне соматичне захворювання суттєво змінює спосіб життя людини, впливає на її взаємовідносини з оточуючими і собою. Необхідність вивчення захворювання з особистісного боку наголошувалося багатьма авторами [1, 25].

Психологічним аспектам соматичного захворювання здавна надавалося велике значення багатьма класиками як зарубіжної, так і вітчизняної медицини. Однак найбільш глибоке та всебічне вивчення даної проблеми почалося з робіт німецького лікаря-інтерніста А. Гольдшейдера (1926), який описав відчуття, переживання та уявлення хворого про свою хворобу. Він назвав їх аутокластичною картиною захворювання. Автором було виділено два рівні картини хвороби: сенситивний, що базується на відчуттях особистості, та інтелектуальний, що є результатом роздумів людини про свій стан. Так, Ф. Александер та Ф. Данбар, представники психосоматичного спрямування минулого століття, розглядали хворобу як реалізацію у певних життєвих умовах психічного образу особистості, який у кожної людини індивідуальний і визначається, як правило, конституцією та спадковістю [33].

Глибока стадія соматичного захворювання, необхідність тривалого перебування у стаціонарі, «особливе соціальне становище» хворого найчастіше призводять до змін особистості у вигляді патологічного розвитку, при якому виникають риси характеру, які раніше не були властиві цій людині. Психіка хворого з початку захворювання виявляється в незвичайному стані, тому що у

зв'язку з хворобою порушується звичний ритм життя, змінюється співвідношення праці, відпочинку, сну та неспання. Відбувається перебудова у сфері відчуттів, змінюється їх значення [6].

Так, найбільш загальними та яскраво вираженими змінами психіки у соматичних хворих слід вважати перерозподіл уваги від зовнішнього світу до власних відчуттів, до можливостей власного тіла, до звуження кола інтересів. Хвороба, що традиційно сприймається як порушення адаптації організму до зовнішніх умов і внутрішнього середовища, завжди протікає згідно з механізмами, які не залежать від нашого бажання і є ненавмисними.

Хронічні соматичні захворювання – це захворювання, які мають тривалий перебіг (більше 6 місяців), впливають на різні органи та системи організму та часто мають значний вплив на якість життя пацієнтів. Класифікація цих захворювань може здійснюватися за різними критеріями:

- Залежно від ураженої системи організму: серцево-судинні захворювання: гіпертонічна хвороба, ішемічна хвороба серця, серцева недостатність; респіраторні захворювання: хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ), бронхіальна астма; ендокринні захворювання: цукровий діабет, гіпотиреоз; травна система: хронічний гастрит, виразкова хвороба шлунка та дванадцятипалої кишки, хронічний панкреатит; ниркові захворювання: хронічна ниркова недостатність, гломерулонефрит; опорно-руховий апарат: остеоартрит, остеопороз; нервова система: епілепсія, розсіяний склероз.

- За етіологією: інфекційні: хронічний гепатит В та С, хронічна інфекція ВІЛ; неінфекційні: аутоімунні захворювання (наприклад, ревматоїдний артрит), дегенеративні захворювання (наприклад, остеоартрит), метаболічні захворювання (наприклад, цукровий діабет).

- За характером перебігу: прогресуючі: хвороба Паркінсона, хронічна ниркова недостатність; стабільні: деякі форми гіпертонії, хронічний гастрит. За рівнем інвалідизації: захворювання, що значно знижують якість життя та працездатність: інсульт, серцева недостатність; захворювання, що незначно

впливають на якість життя: хронічний бронхіт, початкові стадії остеоартриту [14].

Ця класифікація допомагає лікарям у діагностиці, лікуванні та реабілітації пацієнтів з хронічними соматичними захворюваннями.

Хронічні соматичні захворювання – це тривалі порушення функцій органів і систем, які мають тенденцію до прогресування і вимагають тривалого лікування або постійного контролю. Вони впливають на загальний стан організму, значно знижують якість життя і можуть призвести до інвалідності або навіть летального результату. Хронічні соматичні захворювання характеризуються тривалим перебігом, вони можуть тривати місяці або навіть роки. На відміну від гострих захворювань, які мають раптовий початок і обмежений у часі перебіг, хронічні захворювання розвиваються поступово і часто стають постійними супутниками людини [22].

Існує безліч факторів, які можуть сприяти розвитку хронічних захворювань:

1. Спадковість: генетична схильність до певних захворювань може значно підвищити ризик їх розвитку. Наприклад, діабет 2 типу часто має спадкову складову.
2. Спосіб життя: неправильне харчування, низька фізична активність, куріння, зловживання алкоголем – є важливими факторами ризику розвитку хронічних захворювань. Наприклад, високий рівень холестерину в крові, обумовлений харчовими звичками, може призвести до атеросклерозу.
3. Навколишнє середовище: екологічні фактори, такі як забруднення повітря, вода з високим вмістом шкідливих речовин або надмірний рівень радіації, можуть сприяти виникненню захворювань дихальної системи або онкологічних процесів.
4. Психоемоційні фактори: постійний стрес, тривога, депресія можуть викликати або погіршити перебіг захворювань, таких як артеріальна гіпертензія, ішемічна хвороба серця, виразкова хвороба [14].

Перебіг хронічних соматичних захворювань відзначається рядом характерних рис:

1. Тривалість: хвороби можуть тривати роками, навіть все життя. Протягом цього часу можливі періоди ремісій і загострень. Наприклад, хворі на ревматоїдний артрит можуть відчувати різкі загострення з болем та обмеженням рухів, змінювані періодами відносного благополуччя.

2. Накопичення ускладнень: з часом, без належного лікування або контролю, хронічні захворювання можуть призводити до серйозних ускладнень. Наприклад, діабет може ускладнюватися ураженням нирок (нефропатія), очей (ретинопатія) та нервової системи (нейропатія).

3. Необхідність постійного лікування: часто хронічні захворювання вимагають постійного медичного контролю і лікування. Це може включати регулярний прийом медикаментів, спеціальні дієти, фізіотерапію або інші методи лікування.

4. Психологічний аспект: хронічне захворювання впливає не тільки на фізичний стан людини, але й на її психічний і емоційний стан. Пацієнти можуть відчувати тривогу, депресію або інші психоемоційні розлади, що додатково ускладнює лікування [22].

Отже, хронічні соматичні захворювання є однією з найважливіших проблем сучасної медицини, що вимагає комплексного підходу до діагностики, лікування та профілактики. Вони характеризуються тривалим і часто прогресуючим перебігом, впливаючи на якість життя пацієнтів і вимагаючи постійного медичного контролю.

Основними факторами, що сприяють розвитку хронічних захворювань, є генетична схильність, спосіб життя, екологічні умови та психоемоційні стреси. Це свідчить про необхідність більш широкого підходу до профілактики, який би враховував як медичні, так і психологічні аспекти.

1.2. Психологічні аспекти хронічних соматичних захворювань

Психологічні аспекти хронічних соматичних захворювань є важливою складовою розуміння цих станів, оскільки психічні та емоційні фактори можуть значно впливати на розвиток, перебіг та лікування цих захворювань.

Хронічні соматичні захворювання – це захворювання, які тривають тривалий час і можуть мати постійний вплив на якість життя пацієнта. До них належать такі хвороби, як діабет, гіпертонія, астма, хронічна обструктивна хвороба легень та багато інших. Оскільки ці захворювання мають тривалий характер, вони не тільки впливають на фізичний стан людини, але й мають значний вплив на її психологічне здоров'я [21].

Психологічні аспекти хронічних соматичних захворювань включають реакції пацієнтів на діагноз, зміни в емоційному стані, розвиток психологічних розладів та необхідність підтримки в процесі лікування. Важливість цих аспектів важко переоцінити, оскільки вони безпосередньо впливають на загальний стан здоров'я та процес одужання [25].

Дослідник Франц Александер є однією з ключових фігур у розвитку психосоматичної медицини. Його дослідження значною мірою вплинули на розуміння того, як психічні та емоційні фактори можуть сприяти розвитку соматичних захворювань. Нижче наведені основні ідеї його вчення про хронічні соматичні захворювання:

1. Концепція специфічних конфліктів: Александер вважав, що певні психосоматичні захворювання є результатом специфічних внутрішніх конфліктів. Кожне захворювання пов'язане з конкретними емоційними або психологічними переживаннями. Наприклад, виразкова хвороба шлунка, за його теорією, може бути пов'язана з внутрішніми конфліктами щодо агресії та залежності.

2. Психосоматичні «органні неврози»: Александер ввів поняття «органного неврозу», де психологічні конфлікти проявляються через фізичні симптоми в певних органах. Це означає, що хронічний стрес або емоційні

переживання можуть спричиняти функціональні зміни в організмі, які з часом можуть перерости в соматичні захворювання.

3. Психоаналітична перспектива: Франц Александер застосував принципи психоаналізу до розуміння соматичних захворювань. Він вважав, що неусвідомлені емоції та конфлікти можуть впливати на фізіологічні процеси в організмі, спричиняючи хвороби. Наприклад, пригнічені почуття можуть знайти вихід через соматичні симптоми.

4. Патогенетичні механізми: Александер досліджував механізми, через які психічні стани впливають на фізичне здоров'я. Він вважав, що ці механізми включають як прямий вплив через нервову систему, так і непрямий вплив через зміну поведінкових патернів, таких як зміни в харчуванні, сні, фізичній активності тощо.

5. Психосоматичні взаємодії: вчення вищезгаданого автора підкреслює важливість інтегративного підходу, який враховує біологічні, психологічні та соціальні фактори. Він вважав, що для ефективного лікування хронічних соматичних захворювань необхідно враховувати всі ці аспекти.

6. Роль особистості та характеру: Александер також досліджував, як риси характеру та особистісні особливості можуть впливати на схильність до певних захворювань. Він вважав, що певні типи особистості можуть бути більш вразливими до конкретних соматичних розладів через специфічні способи реагування на стрес і внутрішні конфлікти [22].

Вчення Франца Александера стало основою для подальших досліджень у галузі психосоматики, вплинувши на розвиток як теоретичних моделей, так і клінічних підходів до лікування хронічних соматичних захворювань.

Хронічні соматичні захворювання – це не лише фізична проблема, але й значне психологічне навантаження для пацієнта. Психологічні аспекти таких захворювань відіграють важливу роль у перебігу хвороби, впливаючи на якість життя, ефективність лікування та соціальну адаптацію пацієнта [4]. Підтримка психічного здоров'я є критичною, оскільки психоемоційні стани, такі як тривога, депресія, стрес, можуть як сприяти загостренню симптомів, так і ускладнювати

лікування [13]. Далі ми розглянемо основні психологічні аспекти хронічних соматичних захворювань, їх вплив на пацієнтів, взаємозв'язок між психологічними та фізичними факторами тощо.

Хронічні захворювання мають значний вплив на психічний стан пацієнта. Під час тривалого перебігу хвороби пацієнт може відчувати широкий спектр негативних емоцій, включаючи страх, безпорадність, злість, розчарування та депресію [17]. Ці емоційні реакції можуть бути обумовлені наступними факторами:

1. Постійна присутність симптомів: хронічні захворювання часто супроводжуються тривалими болями, втомою та іншими неприємними симптомами, що можуть впливати на емоційний стан і призводити до виникнення тривожності або депресії.

2. Обмеження активності: багато хронічних захворювань суттєво обмежують можливості пацієнта в плані фізичної активності, соціальної взаємодії та професійної діяльності, що може викликати відчуття ізоляції та безпорадності.

3. Невизначеність і страх перед майбутнім: пацієнти з хронічними захворюваннями часто стикаються з невизначеністю щодо свого майбутнього, оскільки хвороба може мати непередбачуваний перебіг і призводити до непоправних ускладнень. Це може викликати постійний стрес і тривогу.

4. Зміни в самооцінці: тривала хвороба може змінити уявлення пацієнта про себе, знижуючи самооцінку через обмеження фізичних можливостей або зміни зовнішності, особливо якщо захворювання впливає на зовнішній вигляд (наприклад, при ревматоїдному артриті або хронічних шкірних захворюваннях) [16, 19].

Важливим аспектом взаємодії психологічного та фізичного здоров'я є психосоматичні реакції, коли психологічний стан людини безпосередньо впливає на фізичні симптоми хвороби. Психосоматичні реакції можуть проявлятися у вигляді загострення основного захворювання або виникнення нових симптомів.

1. Тривога і стрес: тривога та стрес є одними з основних тригерів для загострення багатьох хронічних захворювань, таких як бронхіальна астма, артеріальна гіпертензія, серцево-судинні захворювання. Наприклад, у пацієнтів з астмою стрес може спричинити бронхоспазм і погіршити дихальну функцію.

2. Депресія: депресивні стани часто супроводжують хронічні захворювання і можуть погіршувати їхній перебіг. Наприклад, депресія може призвести до зниження імунітету, що у свою чергу ускладнює боротьбу організму з хворобою і підвищує ризик ускладнень.

3. Соматизація: це процес, при якому психічні конфлікти та стреси проявляються у вигляді фізичних симптомів, що не мають органічного пояснення. Наприклад, пацієнти можуть скаржитися на болі в тілі, головні болі, проблеми з травленням, що виникають на тлі психоемоційних розладів [9].

Первинною реакцією на діагноз хронічного захворювання часто є шок і заперечення. Люди можуть відмовлятися вірити, що вони мають серйозне захворювання, особливо якщо раніше вони не мали проблем зі здоров'ям. Це може призвести до затримки в пошуку медичної допомоги та початку лікування [15].

Згодом, коли людина починає усвідомлювати свій стан, виникають інші емоційні реакції, такі як страх, тривога та депресія. Страх може бути пов'язаний із невизначеністю щодо майбутнього, можливістю втрати працездатності, залежністю від інших або змінами в соціальному статусі. Депресія часто виникає внаслідок почуття безпорадності та втрати контролю над власним життям [15].

Довготривалі реакції на хронічне захворювання можуть включати хронічний стрес, що, у свою чергу, може негативно впливати на фізичний стан і сприяти загостренню хвороби. Проте, з часом, багато пацієнтів знаходять шляхи для адаптації до нового способу життя, хоча деякі з них можуть розвинути серйозні психологічні розлади [20].

Психологічний стан пацієнтів із хронічними захворюваннями може суттєво погіршуватися через постійний тиск, який вони відчувають. Депресія та тривожні розлади є одними з найпоширеніших психологічних проблем, з якими

стикаються ці пацієнти. Втрата життєвих ресурсів, таких як соціальна підтримка або працездатність, може ще більше посилити ці стани [13].

Соціальна ізоляція, яка часто супроводжує хронічні захворювання, може поглиблювати почуття самотності та безвиході. Відсутність належної емоційної підтримки з боку родини, друзів або медичного персоналу може призводити до погіршення як психологічного, так і фізичного стану пацієнта [30].

Психосоматичні розлади виникають у тому випадку, коли психологічні проблеми впливають на соматичне здоров'я людини. Наприклад, стрес може спричинити загострення таких захворювань, як астма, виразкова хвороба шлунка або серцево-судинні захворювання. Взаємозв'язок між психічним станом та фізичним здоров'ям є важливим аспектом у лікуванні хронічних захворювань. Наприклад, у пацієнтів із хронічною обструктивною хворобою легень часто спостерігаються високі рівні тривоги, що може призводити до посилення задишки та погіршення загального стану. Це в свою чергу викликає ще більший стрес, створюючи замкнене коло [12].

Отже, психологічні аспекти хронічних соматичних захворювань є важливою частиною комплексного підходу до лікування. Вони впливають на перебіг хвороби, якість життя пацієнта та його здатність до соціальної адаптації. Вчасне виявлення і лікування психічних розладів, психотерапія та соціальна підтримка можуть значно покращити прогноз для пацієнта [28]. Для досягнення успіху у лікуванні необхідний тісний зв'язок між пацієнтом, його родиною, медичними працівниками та психологами, що сприятиме як фізичному, так і психічному благополуччю пацієнта.

1.3. Психологічні характеристики хворих з урологічними захворюваннями

Урологічні захворювання — це група захворювань, що охоплюють патології сечовидільної системи та чоловічих статевих органів. До них належать захворювання нирок, сечоводів, сечового міхура, простати та інших органів.

Урологічні проблеми часто є делікатною темою для пацієнтів, оскільки вони безпосередньо впливають на інтимну сферу життя, соціальні зв'язки та загальне самопочуття [8].

Пацієнти з урологічними захворюваннями стикаються з рядом психологічних викликів, серед яких провідними є страх за своє здоров'я, почуття сорому, зниження самооцінки, страх втрати сексуальної функції та соціальної ізоляції. Ці психологічні фактори можуть значно впливати на якість життя хворого, спричиняючи розвиток депресії, тривожних розладів та інших психоемоційних проблем [29].

Психологічні характеристики хворих з урологічними захворюваннями можуть значно варіюватися залежно від конкретного захворювання, його стадії, лікування та особистих особливостей пацієнта [23]. Ось деякі з основних психологічних аспектів, які часто зустрічаються у таких пацієнтів:

1. Тривожність та депресія: багато пацієнтів з урологічними захворюваннями відчують тривогу та депресію через невизначеність щодо свого здоров'я, болю, можливих ускладнень та впливу на якість життя [24].

2. Зниження самооцінки: деякі урологічні захворювання, особливо ті, що впливають на сексуальну функцію або контроль сечовипускання, можуть призводити до зниження самооцінки та відчуття неповноцінності.

3. Соціальна ізоляція: хворі можуть уникати соціальних контактів через страх перед можливими інцидентами (наприклад, нетримання сечі) або через почуття сорому [34].

4. Стрес: постійний стрес через хворобу, необхідність частих медичних обстежень та процедур може впливати на загальне психічне здоров'я пацієнта [27].

5. Психосоматичні симптоми: психологічний стан може впливати на фізичні симптоми захворювання. Наприклад, тривога може посилювати біль або відчуття дискомфорту [32].

6. Проблеми у взаєминах: урологічні захворювання можуть впливати на інтимні взаємини, що, в свою чергу, може призводити до конфліктів у парі або родині.

7. Ставлення до лікування: психологічний стан може впливати на ставлення до лікування. Пацієнти, що відчують депресію або тривогу, можуть бути менш схильними дотримуватися рекомендацій лікаря.

8. Потреба у підтримці: пацієнти з урологічними захворюваннями часто потребують емоційної підтримки від родини, друзів та медичного персоналу [11, 18].

Важливою частиною лікування урологічних захворювань є врахування психологічного стану пацієнта та надання їм відповідної психологічної підтримки. Це може включати психотерапію, консультування, підтримуючі групи або медикаментозне лікування психологічних розладів [10, 35].

Аналіз теоретичних уявлень демонструє, що поряд із фізіологічними компонентами переживання хвороби (наявність больових відчуттів, ступінь їх виразності і т. д.) важливу роль відіграють і суб'єктивне сприйняття людиною власного захворювання, а також поінформованість про захворювання, ступінь сформованості на модифікацію способу життя і виконання медичних процедур [26].

Діагноз урологічного захворювання часто супроводжується сильними емоційними реакціями, такими як страх і сором. Страх виникає через невизначеність щодо майбутнього, можливість втрати працездатності, фізичну недієздатність та зміну соціального статусу. Сором може бути пов'язаний із специфікою захворювання, яке зачіпає інтимну сферу життя, що ускладнює відкритий діалог про проблему [2].

Пацієнти часто відчують заперечення або намагаються мінімізувати серйозність захворювання, що може призводити до відмови від лікування або ігнорування рекомендацій лікаря. У випадку серйозних захворювань, таких як рак передміхурової залози, емоційні реакції можуть бути ще більш вираженими, включаючи глибоку тривогу та панічні настрої [2].

Соціальні переживання також відіграють значну роль у психологічному стані хворого. Пацієнти можуть відчувати страх втрати інтимних стосунків або бути стигматизованими через свою хворобу. Це особливо актуально для пацієнтів із нетриманням сечі або іншими захворюваннями, що можуть викликати соціальний дискомфорт.

Фізичні обмеження, пов'язані з урологічними захворюваннями, можуть значно знижувати якість життя пацієнтів. Наприклад, хронічний біль, порушення сечовиділення або необхідність постійного використання медичних пристроїв (катетерів) створюють постійне фізичне та психологічне навантаження.

Важливим аспектом є вплив урологічних захворювань на сексуальну функцію, що може призводити до серйозних проблем у стосунках. Зниження лібідо, еректильна дисфункція або інші сексуальні розлади можуть стати джерелом значного стресу та поглиблювати психологічний дискомфорт пацієнта. Це часто призводить до погіршення стосунків із партнером та підвищує ризик розвитку депресії [7].

Соціальна ізоляція є ще одним важливим фактором, що впливає на психологічний стан пацієнтів. Сором, пов'язаний із симптомами захворювання, може призвести до обмеження соціальних контактів, уникнення громадських місць та подій. Це, у свою чергу, сприяє розвитку почуття самотності, тривожних розладів та депресії.

Психосоматичні розлади, коли психологічні проблеми впливають на соматичне здоров'я, є поширеними серед пацієнтів із урологічними захворюваннями. Наприклад, хронічний стрес та тривога можуть призводити до загострення симптомів сечокам'яної хвороби або посилення симптомів нетримання сечі.

Взаємозв'язок між психічним станом та урологічними захворюваннями особливо важливий у випадках, коли пацієнти відчують тривалий стрес через хворобу. Постійне відчуття тривоги може погіршувати фізичний стан, спричиняти розлади сну, знижувати імунітет та ускладнювати лікування.

Психосоматичні механізми також можуть відігравати роль у розвитку хронічних урологічних захворювань, таких як простатит або цистит. Наприклад, підвищений рівень стресу може спричиняти спазми м'язів тазового дна, що ускладнює симптоми цих захворювань [3].

Отже, внутрішня картина хвороби представлена як цілісний та багатокомпонентний психологічний феномен, що відображає як індивідуальні особливості переживань пацієнта, пов'язаних з його захворюванням (емоційний компонент), так і уявлення пацієнта про захворювання та терапію (когнітивний компонент). Крім зазначених вище факторів, можна виділити і наявність соціальних факторів, таких як зміна взаємин пацієнта з друзями та родичами, зміна професійних відносин та ін., що також впливає на сприйняття пацієнтом власного захворювання та поведінки, спрямованої на боротьбу з хворобою.

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ УРОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ З ХРОНІЧНИМИ СОМАТИЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ

2.1. Організація та опис методичних засобів дослідження

Дослідження було проведене на вибірці з 90 осіб, поділених на дві групи: 45 осіб з урологічними хронічними соматичними захворюваннями (експериментальна група) та 45 осіб, які не мають діагностованих захворювань (контрольна група). Такий підхід дозволяє порівняти психологічні особливості між групами хворих та здорових людей, зокрема у контексті емоційного стану, рівня тривожності та особистісних рис.

Процедура дослідження здійснювалась в індивідуальній формі. Пацієнти проходили тестування в умовах Чернігівського військового госпіталю, що дозволяло забезпечити комфортні умови для заповнення анкет та уникнути зовнішніх відволікаючих факторів. Здорові респонденти заповнювали анкети за допомогою онлайн-ресурсів (Google Forms).

Для дослідження були обрані такі методики:

1. Шкала депресії Бека – використовувалася для оцінки рівня депресії у досліджуваних групах. Ця методика дає можливість виявити наявність депресивних симптомів, таких як відчуття безнадії, розчарування, зниження активності та мотивації, що особливо актуально для пацієнтів з хронічними соматичними захворюваннями.

Шкала містить 21 запитання, кожне з яких стосується симптомів депресії, таких як:

- Погіршення настрою
- Відчуття провини
- Втрата інтересу до життя
- Порухення сну
- Втома або втрата енергії

- Відчуття непотрібності або невпевненості в собі

Кожен пункт оцінюється за чотирибальною шкалою від 0 до 3, де 0 означає відсутність симптомів, а 3 – їхню високу інтенсивність. У результаті загальна сума балів може варіюватися від 0 до 63, де вищі показники вказують на більш виражені прояви депресії.

2. Фрайбурзький багатофакторний опитувальник особистості (Багатофакторний особистісний опитувальник FPI, модифікована форма В) застосовувався для вивчення особистісних характеристик учасників, таких як комунікативні здібності, агресивність, емоційна стабільність та інші. Цей інструмент дозволяє отримати багатовимірну картину особистості, яка може відрізнятися у пацієнтів з хронічними захворюваннями порівняно зі здоровими особами. Методика FPI містить 12 шкал (невротичність; спонтанна агресивність; Депресивність; Дратівливість; Товариська; Врівноваженість; реактивна агресивність; Сором'язливість; Відкритість; Екстраверсія-інтроверсія; Емоційна лабільність; Маскулінізм-фемінізм) (бланк методики представлено у Додатку А).

Методика призначена для діагностики станів та властивостей особистості, які мають першорядне значення для процесу соціальної адаптації та регулювання поведінки.

3. Шкала оцінки рівня реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності Спілбергера-Ханіна – використовувалася для визначення рівня тривожності. Цей тест дозволяє оцінити як ситуативну (реактивну) тривожність, яка виникає в конкретних ситуаціях, так і стабільну (особистісну) тривожність, яка є характерною рисою індивіда.

2.2. Аналіз результатів дослідження

Для оцінки рівня депресії у експериментальній та контрольній групах було використано Шкалу депресії Бека. Результати дослідження представлені на Рис. 2.1.

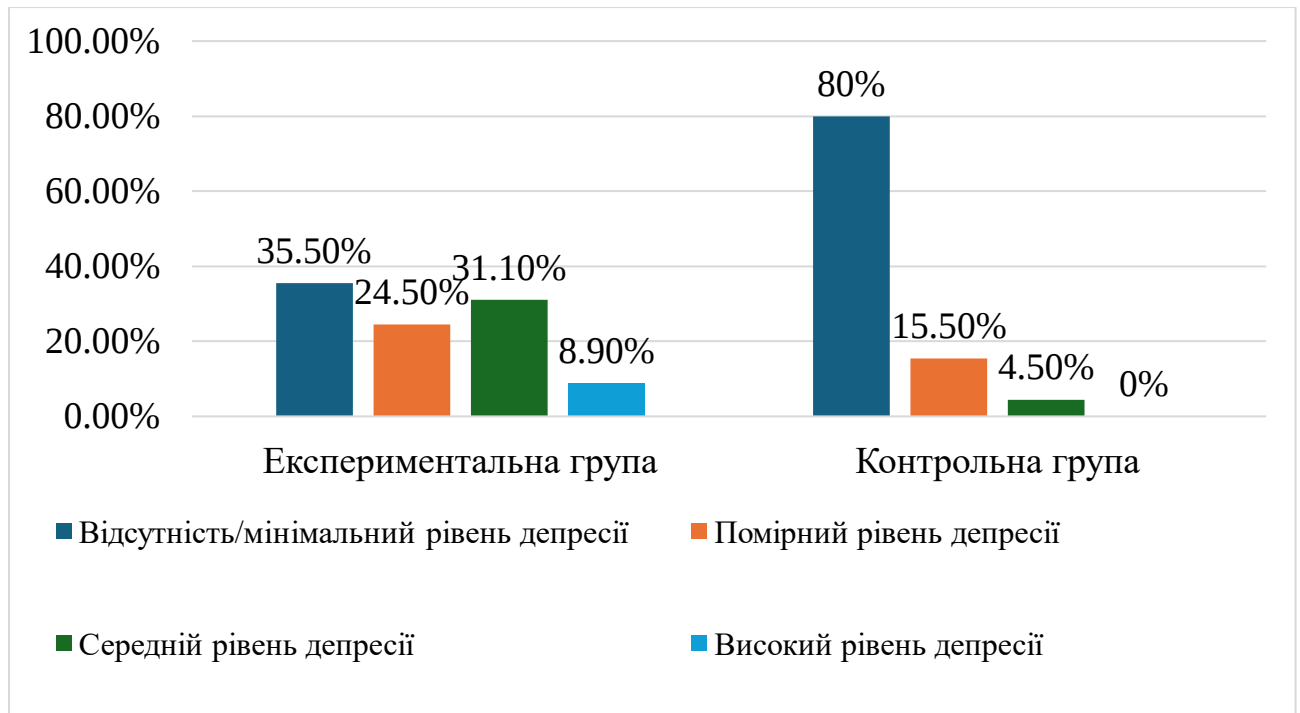


Рис. 2.1. Результати дослідження рівня депресії серед респондентів

Результати дослідження рівня депресії у групі осіб з урологічними хронічними соматичними захворюваннями показали, що 35,5% осіб не мають ознак депресії або мають мінімальний її рівень. Ця група показала низький рівень депресивних симптомів, що свідчить про відносно стабільний емоційний стан, попри хронічні захворювання.

Помірний рівень депресії було виявлено серед 24,5% осіб з урологічними захворюваннями. У цих пацієнтів спостерігалися помірні ознаки депресії, які можуть бути зумовлені психологічним навантаженням, викликаним хворобою.

Досліджено, що середній рівень депресії мають 31,1% респондентів. Ця група продемонструвала значні ознаки депресії, що вказує на психологічний дискомфорт, пов'язаний з фізичним станом і впливом хвороби на якість життя.

Високий рівень депресії (важка депресія) діагностовано у 10% осіб. У цих пацієнтів спостерігався високий рівень депресії, що свідчить про серйозні емоційні розлади, які потребують психологічної підтримки або медичної допомоги.

Результати групи осіб без хвороб є наступними: більшість учасників (80%) цієї групи не виявили ознак депресії, що свідчить про емоційне благополуччя та стійкість до стресових факторів.

Помірний рівень депресії виявлено у 15,5% осіб. Наявність помірних симптомів депресії вказує на наявність певних емоційних проблем, хоча вони не мають хронічних захворювань. Середній рівень депресії виявлено лише у 4,5% респондентів з групи осіб без захворювань. Ці респонденти виявили ознаки помітної депресії, що може бути зумовлено особистими життєвими обставинами.

У групі здорових осіб високий рівень депресії не було зафіксовано.

Порівнюючи аналіз результатів можна сказати, що у групі осіб з урологічними хронічними захворюваннями було значно більше випадків середнього та високого рівня депресії порівняно з групою здорових осіб. Це вказує на вплив хронічного фізичного стану на емоційний добробут.

У групі здорових осіб переважна більшість учасників показала відсутність або мінімальний рівень депресії, що підтверджує наявність загалом кращого емоційного стану у відсутності хронічних захворювань. Психологічний тягар хронічної хвороби, обмеження фізичної активності, біль та соціальна ізоляція є ключовими факторами, що впливають на підвищений рівень депресії у групі хворих.

Дослідження показало, що у осіб з урологічними хронічними соматичними захворюваннями рівень депресії суттєво вищий, ніж у здорових осіб. Це вказує на необхідність надання їм психологічної підтримки для зменшення рівня депресії та підвищення якості життя.

Перейдемо до аналізу отриманих результатів на основі багатофакторного особистісного опитувальника FPI (Фрайбурзький опитувальник). У ході проведення аналізу результатів дослідження нами було отримано первинні бали за кожною зі шкал опитувальника, які були переведені в стени. Далі результати представлені у стенах (середнє значення по групі).

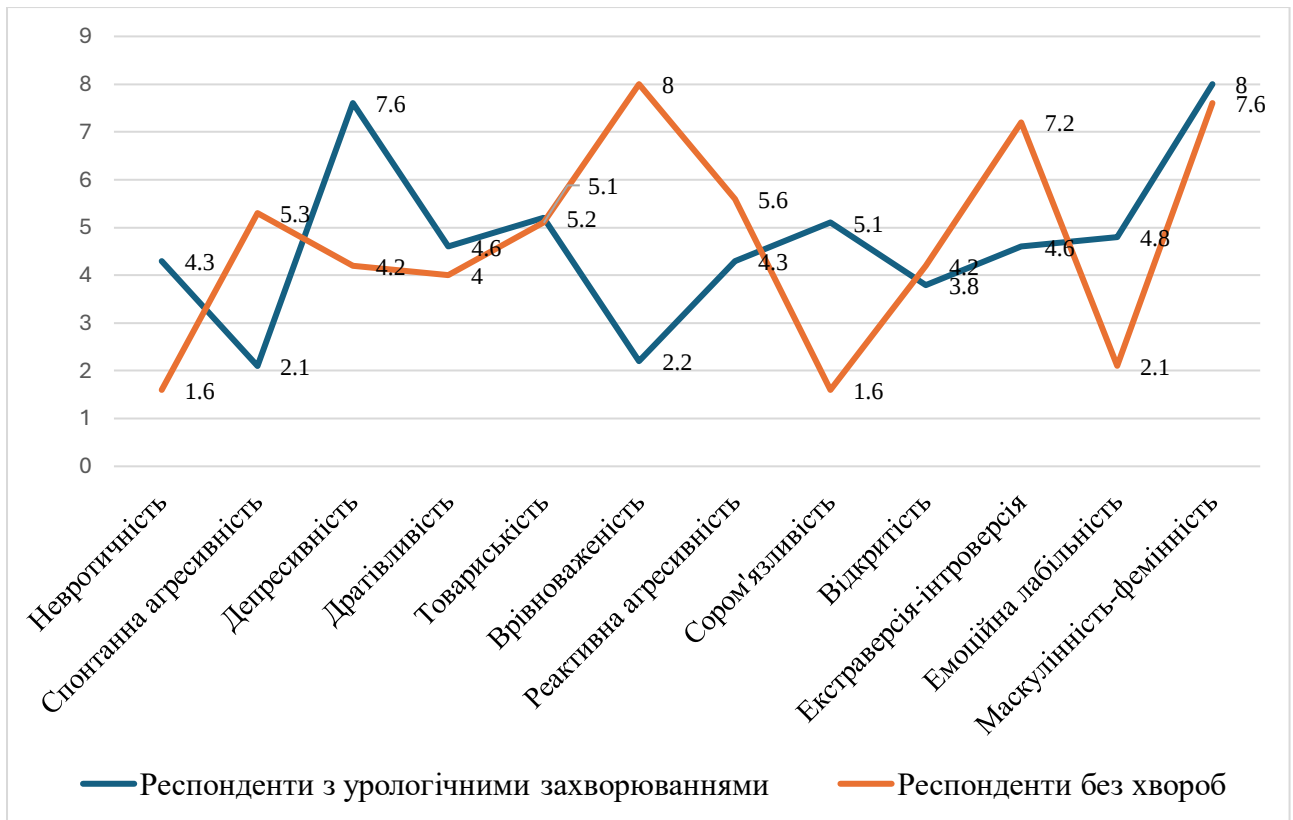


Рис. 2.2. Результати дослідження за методикою багатофакторного опитувальника FPI

Отже, аналіз результатів за багатофакторним особистісним опитувальником FPI для двох груп (осіб з урологічними захворюваннями та здорових осіб) показує помітні відмінності в ряді особистісних характеристик.

Невротичність: у осіб з урологічними захворюваннями рівень невротичності (4,3) значно вищий, що вказує на їх більшу емоційну нестабільність, тривожність та чутливість до стресів. Здорові особи мають нижчі показники (1,6), що вказує на їх кращу здатність контролювати емоції.

Спонтанна агресивність нижча у групі осіб з урологічними захворюваннями (2,1), можливо через фізичну слабкість або зниження енергійності. Здорові особи показують вищий рівень спонтанної агресії (5,3), що може свідчити про більшу активність та наполегливість у соціальних взаємодіях.

Високий рівень депресивності (7,6) у осіб з хронічними захворюваннями свідчить про емоційне виснаження та поганий настрій, що пов'язано з хворобою

та обмеженнями у житті. У здорових осіб показники депресивності значно нижчі (4,2).

Невелике підвищення драгівливості (4,6) у осіб з хворобами може бути обумовлено дискомфортом через стан здоров'я, але в цілому рівень цієї характеристики майже однаковий між групами (у групі здорових респондентів середній показник – 4).

Товариськість у двох групах знаходиться майже на одному рівні (у осіб з урологічними хворобами середній показник становить 5,2, у групі осіб без хвороб – 5,1), що свідчить про те, що на соціальну активність і взаємодії хвороба не має значного впливу.

Високий контраст між групами в показнику врівноваженості свідчить про те, що здорові особи (середній показник 8) мають значно більшу емоційну стійкість та здатність залишатися спокійними в стресових ситуаціях. Особи з хронічними захворюваннями мають значно нижчу стійкість (2,2), що може свідчити про часті емоційні зриви.

Здорові респонденти демонструють вищу реактивну агресивність (5,6), що може бути пов'язано з більшою активністю в соціальних і конфліктних ситуаціях, тоді як хворі проявляють менш активні захисні реакції (4,3).

Особи з урологічними захворюваннями демонструють більшу стриманість та сором'язливість (5,1), що може бути пов'язано з самопочуттям і соціальними обмеженнями, які накладає хвороба. Здорові особи мають значно нижчий рівень сором'язливості (1,6).

Показники відкритості не мають значних відмінностей між групами (у осіб з урологічними хворобами середній показник становить 3,8, у групі осіб без хвороб – 4,2), що свідчить про схожий рівень готовності до сприйняття нового досвіду та ідей.

Здорові особи виявляють значно більшу схильність до екстраверсії (7,2), що проявляється у більшій активності та комунікабельності. Особи з урологічними захворюваннями більш інтровертовані (4,6), що може бути зумовлено фізичним станом.

Підвищена емоційна лабільність у осіб з хворобами (4,8) свідчить про їхню схильність до емоційних коливань і труднощі з регуляцією настрою, що часто супроводжує хронічні захворювання.

Рівень маскулінності-фемінінності майже однаковий у двох групах (у осіб з урологічними хворобами середній показник становить 8, у групі осіб без хвороб – 7,6), що свідчить про відсутність суттєвих відмінностей у гендерних характеристиках між групами.

Отже, особи з хронічними урологічними захворюваннями демонструють більшу емоційну нестабільність, депресивність, стриманість та сором'язливість, що вказує на їхній уразливий емоційний стан у порівнянні зі здоровими особами. Здорові особи мають вищі показники екстраверсії, реактивної агресивності та врівноваженості, що свідчить про їхню більшу соціальну активність та емоційну стійкість.

У рамках дослідження психологічних особливостей осіб з урологічними хронічними соматичними захворюваннями була проведена оцінка рівня ситуативної (реактивної) та особистісної тривожності за методикою Спілбергера-Ханіна. Одержані результати відображають значні відмінності між двома досліджуваними групами.

Таблиця 2.1.

Результати дослідження особливостей тривожності респондентів

		Респонденти з урологічними захворюваннями	Здорові респонденти
Ситуативна (реактивна) тривожність	Високий рівень	57,8%	22,2%
	Середній рівень	31,1%	44,4%
	Низький рівень	11,1%	33,4%
Особистісна тривожність	Високий рівень	64,4%	17,8%
	Середній рівень	26,7%	40%
	Низький рівень	8,9%	42,2%

Отже, як бачимо, у групі респондентів з урологічними захворюваннями виявлено підвищений рівень ситуативної тривожності. Високий рівень тривожності зафіксовано у 57,8% досліджуваних, що свідчить про виражену реакцію на стресові фактори, пов'язані зі станом здоров'я. Середній рівень тривожності мають 31,1% респондентів, тоді як низький рівень зустрічається лише у 11,1%.

У контрольній групі (без діагностованих захворювань) високий рівень ситуативної тривожності виявлено лише у 22,2% досліджуваних, середній рівень мають 44,4%, а низький рівень зафіксований у 33,4% учасників. Це свідчить про те, що особи без хронічних захворювань загалом менш схильні до стресової реакції на поточні життєві ситуації.

Особистісна тривожність також виявилась значно вищою у групі респондентів з урологічними захворюваннями. Високий рівень тривожності виявлено у 64,4% респондентів, що вказує на стійку схильність до тривожних реакцій у цих осіб. Середній рівень зафіксований у 26,7%, а низький рівень – лише у 8,9% учасників дослідження.

У контрольній групі високий рівень особистісної тривожності виявлений у 17,8% респондентів, середній рівень мають 40%, а низький рівень – 42,2% досліджуваних. Це вказує на те, що здорові особи менш схильні до переживання постійної тривоги, порівняно з хворими.

Отже, особи з урологічними захворюваннями мають значно вищі показники як ситуативної, так і особистісної тривожності. Високий рівень тривоги свідчить про те, що хронічне захворювання є значним стресогенним фактором, який впливає на емоційний стан пацієнтів. Контрольна група (особи без хвороб) демонструє більш низькі рівні тривожності, що підтверджує меншу схильність до тривожних реакцій у відсутності серйозних проблем зі здоров'ям.

Наступним етапом дослідження було виявлення значущих кореляційних зв'язків між досліджуваними показниками депресії, особистісних якостей та тривожності. Результати кореляційного аналізу представлено у Табл. 2.2.

Таблиця 2.2.

**Результати кореляційного аналізу у експериментальній
та контрольній групах**

Виявлений взаємозв'язок	Рівень значущості
Експериментальна група	
Депресія (методика Бека) – Депресивність (методика FPI)	$r = 0,431$ при $p \leq 0,01$
Товариськість – Ситуативна тривожність	$r = 0,472$ при $p \leq 0,05$
Інтроверсія – Особистісна тривожність	$r = 0,424$ при $p \leq 0,05$
Депресія – Врівноваженість	$r = 0,534$ при $p \leq 0,05$
Невротичність – Особистісна тривожність	$r = 0,376$ при $p \leq 0,05$
Сором'язливість – Особистісна тривожність	$r = 0,246$ при $p \leq 0,05$
Контрольна група	
Депресія – Емоційна лабільність	$r = - 0,521$ при $p \leq 0,05$
Врівноваженість – Особистісна тривожність	$r = - 0,338$ при $p \leq 0,05$
Спонтанна агресивність – Реактивна тривожність	$r = 0,462$ при $p \leq 0,05$
Екстраверсія – Депресія	$r = - 0,553$ при $p \leq 0,01$

Аналіз кореляційних результатів в експериментальній групі людей з хронічними соматичними захворюваннями, які страждають на урологічні хвороби, показує наявність важливих психологічних взаємозв'язків між різними емоційними станами та особистісними характеристиками.

Виявлений значущий позитивний взаємозв'язок між депресією та депресивністю (при $p \leq 0,01$) вказує на те, що чим вищий рівень депресії за методикою Бека, тим вищий рівень депресивності, вимірюваний за Фрайбурзьким опитувальником (FPI). Це узгоджується з очікуваним результатом, оскільки обидві шкали вимірюють схожі емоційні аспекти депресії.

Негативна кореляція між товариськістю та ситуативною тривожністю (при $p \leq 0,05$) свідчить, що люди, які мають вищий рівень товариськості, схильні мати

нижчий рівень ситуативної тривожності. Це логічно, оскільки більш соціальні індивіди, як правило, краще адаптуються до зовнішніх ситуацій і мають менше занепокоєння в соціальних взаємодіях.

Позитивна кореляція між інтроверсією та особистісною тривожністю (при $p \leq 0,05$) вказує на те, що чим більш інтровертована людина, тим вище рівень особистісної тривожності. Інтроверти часто відчують більшу невпевненість і тривогу, особливо в соціальних ситуаціях, через схильність уникати взаємодії з іншими.

Сильна негативна кореляція між депресією та врівноваженістю (при $p \leq 0,05$) свідчить, що люди з вищим рівнем депресії мають нижчий рівень врівноваженості. Депресія часто супроводжується емоційною нестабільністю, тому цей результат є очікуваним.

Позитивна кореляція між невротичністю та особистісною тривожністю (при $p \leq 0,05$) вказує на те, що люди з вищим рівнем невротичності мають більший рівень тривожності. Невротичні особи схильні до підвищеної емоційної реактивності і частіше зазнають тривожних станів.

Помірна позитивна кореляція між сором'язливістю та особистісною тривожністю (при $p \leq 0,05$) свідчить про те, що сором'язливі люди частіше відчують тривожність у стосунках із іншими людьми, що є загальновідомою рисою інтровертованих та соціально замкнутих осіб.

Результати кореляційного аналізу показують важливі психологічні аспекти пацієнтів з урологічними захворюваннями. Люди, які мають вищі показники депресії та тривожності, також мають знижену емоційну стабільність (врівноваженість) і більше схильні до інтроверсії та сором'язливості. Це свідчить про важливість психоемоційної підтримки таких пацієнтів, оскільки їхні психологічні особливості можуть ускладнювати процес лікування та соціальну адаптацію.

Аналіз кореляційних результатів у контрольній групі (здорові люди без урологічних захворювань) виявив значущі взаємозв'язки між різними емоційними та особистісними характеристиками. Ці кореляції допомагають

краще зрозуміти психологічні особливості людей, які не мають хронічних захворювань, у порівнянні з урологічними пацієнтами. Нижче подано аналіз основних кореляцій.

Сильна негативна кореляція між депресією та емоційною лабільністю (при $p \leq 0,05$) свідчить, що люди з високим рівнем депресії мають нижчий рівень емоційної лабільності. Це означає, що депресивні люди в контрольній групі менше схильні до перепадів настрою та емоційних реакцій. Можливо, депресія у них проявляється через емоційне виснаження або загальну емоційну притупленість.

Негативна кореляція між врівноваженістю і особистісною тривожністю (при $p \leq 0,05$) вказує на те, що більш врівноважені люди мають менший рівень особистісної тривожності. Врівноваженість допомагає знижувати загальний рівень тривоги, оскільки такі люди здатні краще контролювати свої емоційні реакції в стресових ситуаціях.

Позитивна кореляція між спонтанною агресивністю та реактивною тривожністю (при $p \leq 0,05$) показує, що люди зі схильністю до спонтанної агресивності також мають підвищену реактивну тривожність. Це свідчить про те, що агресивна поведінка може бути відповіддю на тривожні або стресові ситуації, і вони можуть бути схильні до імпульсивних реакцій на стрес.

Сильна негативна кореляція між екстраверсією і депресією (при $p \leq 0,01$) свідчить про те, що більш екстравертовані люди мають нижчий рівень депресії. Екстраверти зазвичай схильні до більшої соціальної активності, що може допомагати їм ефективніше справлятися з негативними емоціями та депресивними станами.

Результати кореляційного аналізу в контрольній групі показують, що здорові люди мають психологічні особливості, які можуть полегшувати їм впоратися з емоційними та особистісними проблемами. Екстраверти менш схильні до депресії, а врівноважені люди мають нижчий рівень тривожності. Водночас спонтанна агресивність і реактивна тривожність взаємопов'язані, що вказує на те, що агресивні реакції можуть бути пов'язані з високим рівнем

тривоги. Це відображає загальні психологічні тенденції у здорових людей, які допомагають їм краще справлятися з емоційними труднощами в порівнянні з пацієнтами з хронічними урологічними захворюваннями.

Згідно з результатами дослідження, психологічні особливості людей з хронічними урологічними захворюваннями характеризуються такими ключовими аспектами:

1. Вищий рівень депресії. У пацієнтів з хронічними урологічними захворюваннями рівень депресії значно вищий, ніж у здорових людей. 31,1% респондентів мають середній рівень депресії, а 8,9% демонструють високий рівень депресії, що свідчить про серйозний емоційний дискомфорт і потребу в психологічній підтримці.

2. Невротичність. Пацієнти з урологічними захворюваннями демонструють підвищену емоційну нестабільність. Їх рівень невротичності становить 4,3 бали, що значно вище, ніж у контрольній групі (1,6 балів).

3. Підвищена тривожність. Як ситуативна, так і особистісна тривожність є значно вищими у пацієнтів з урологічними хворобами. 57,8% учасників показали високий рівень ситуативної тривожності, а 64,4% – високий рівень особистісної тривожності. Це вказує на серйозний вплив хронічного захворювання на психологічний стан пацієнтів.

4. Сором'язливість та інтроверсія. Пацієнти з урологічними захворюваннями проявляють вищу сором'язливість (5,1 бала) та більшу схильність до інтроверсії (4,6 бала) у порівнянні зі здоровими людьми (1,6 і 7,2 відповідно). Це свідчить про обмежену соціальну активність через хворобу.

5. Емоційна лабільність. Підвищена емоційна лабільність (4,8 бала) свідчить про схильність пацієнтів до частих емоційних коливань і труднощі в регуляції настрою.

6. Знижена врівноваженість. Пацієнти з урологічними захворюваннями демонструють значно нижчу врівноваженість (2,2 бала), що свідчить про їхню емоційну вразливість і часті емоційні зриви у відповідь на стрес.

РОЗДІЛ 3. ПСИХОКОРЕКЦІЙНА ПРОГРАМА ТА РЕКОМЕНДАЦІЇ ДЛЯ РОБОТИ З УРОЛОГІЧНИМИ ХВОРИМИ

3.1. Розробка психокорекційної програми для урологічних хворих

Психокорекційна програма для урологічних хворих з хронічними соматичними захворюваннями має на меті зменшити рівень тривожності, депресії та покращити емоційний стан пацієнтів. Враховуючи високі показники ситуативної та особистісної тривожності, виявлені в результатах дослідження, а також загальний емоційний стан, програма складається з кількох ключових етапів:

Етап 1. Діагностика та мотиваційна складова.

На першому етапі програма включає обстеження психоемоційного стану пацієнтів. Важливо визначити базовий рівень тривожності, депресії та інші психологічні чинники за допомогою таких методик, як:

- Шкала депресії Бека (BDI);
- Методика Спілбергера-Ханіна (оцінка ситуативної та особистісної тривожності).

Цей етап також включає мотиваційні бесіди з пацієнтами, спрямовані на пояснення важливості психологічної підтримки у процесі лікування та покращення якості життя. Метою є підвищення усвідомленості пацієнтів щодо впливу емоційних станів на їхнє фізичне здоров'я.

Етап 2. Психосвітні заняття.

Цей етап передбачає проведення психосвітніх тренінгів для пацієнтів з метою інформування про природу тривоги, депресії та стресу. Основні теми занять:

- Розуміння тривожних і депресивних розладів: їхня природа, причини та симптоматика.
- Вплив стресу на фізичне здоров'я, зокрема на хронічні урологічні захворювання.

- Стратегії саморегуляції та емоційного контролю.

Заняття можуть бути проведені у груповому форматі, що сприятиме обговоренню та зниженню відчуття ізольованості пацієнтів.

Етап 3. Тренінги навичок релаксації та управління стресом.

Психокорекційна програма передбачає навчання пацієнтів навичок релаксації для зниження рівня тривожності та покращення емоційного стану. Використовуються такі техніки:

- Прогресивна м'язова релаксація (за методом Джейкобсона)
- Дихальні вправи для управління стресом
- Медитації на основі усвідомленості (mindfulness)

Метою є навчити пацієнтів регулярному використанню цих технік у повсякденному житті для запобігання емоційним розладам і зменшення впливу стресу на організм.

Етап 4. Індивідуальна психологічна підтримка.

Для пацієнтів із високим рівнем особистісної тривожності або вираженими симптомами депресії програма включає індивідуальні консультації з психологом. У процесі індивідуальної роботи застосовуються:

- Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ), спрямована на роботу з деструктивними мисленнєвими паттернами та формування нових способів мислення.
- Психоаналітичний підхід для вивчення глибинних причин тривожних та депресивних станів.
- Арт-терапія для вираження емоцій через творчість.

Етап 5. Соціальна підтримка.

Цей етап програми спрямований на залучення родичів та близьких до процесу лікування. Підтримка соціального оточення є важливим фактором у процесі відновлення пацієнта, тому варто передбачити спеціальні сесії для родичів, де вони дізнаються про ефективні стратегії допомоги і підтримки.

Етап 6. Оцінка ефективності програми.

Після проходження програми проводиться повторна діагностика психоемоційного стану пацієнтів. Порівняння початкових та кінцевих результатів допомагає оцінити ефективність корекційних заходів та виявити можливі напрями для подальшої роботи.

3.2. Рекомендації для психологів та медичного персоналу

Враховуючи результати дослідження та особливості психологічного стану урологічних хворих, пропонуються такі рекомендації для медичного персоналу та психологів:

1. Комплексний підхід до лікування.

Медичний персонал повинен включати психологічну підтримку у процес лікування урологічних хворих з хронічними соматичними захворюваннями. Емоційний стан пацієнтів має прямий вплив на динаміку хвороби, тому співпраця між лікарями та психологами є необхідною умовою ефективної терапії.

2. Інформування пацієнтів про вплив психологічних факторів на хворобу.

Рекомендується проводити регулярні бесіди з пацієнтами про важливість емоційної стабільності та контролю над тривожністю. Медичний персонал повинен пояснювати пацієнтам, як стрес і тривожність можуть впливати на перебіг їхнього захворювання, та заохочувати їх до участі в психокорекційній програмі.

3. Використання технік релаксації в клінічній практиці.

Психологи та медичний персонал можуть використовувати релаксаційні техніки прямо в умовах клініки чи лікарні. Наприклад, перед медичними процедурами пацієнтам можна пропонувати дихальні вправи або короткі сесії прогресивної м'язової релаксації для зниження тривожності.

4. Робота з сім'ями пацієнтів.

Для досягнення максимального ефекту від лікування важливо залучати до роботи родичів пацієнтів. Психологи можуть проводити групові сесії для родин,

пояснюючи їм, як підтримувати близьких у складні періоди та які стратегії ефективні для зменшення тривожності та депресії.

5. Постійний моніторинг емоційного стану.

Медичний персонал повинен регулярно проводити оцінку психоемоційного стану пацієнтів за допомогою спеціалізованих методик (Шкала депресії Бека, опитувальник Спілбергера-Ханіна тощо). Це дозволить вчасно виявляти підвищені рівні тривожності або депресії та коригувати терапевтичні заходи.

6. Підтримка постійного зв'язку з пацієнтами.

Для пацієнтів з хронічними захворюваннями важливим є постійний контакт з лікарем або психологом навіть після завершення активної терапії. Рекомендується підтримувати телефонні консультації або зустрічі для профілактики рецидивів тривожних або депресивних розладів.

7. Психоедукація персоналу.

Медичному персоналу слід регулярно підвищувати свою кваліфікацію в галузі психосоматики та психологічної підтримки хворих. Це може бути досягнуто через проведення тренінгів або навчальних семінарів для лікарів та медсестер.

Запропонована психокорекційна програма і рекомендації для психологів та медичного персоналу є комплексним підходом до роботи з урологічними хворими з хронічними соматичними захворюваннями. Програма спрямована на зменшення тривожності, покращення емоційного стану та підвищення якості життя пацієнтів.

ВИСНОВКИ

Проведене теоретико-емпіричне дослідження дає змогу зробити наступні висновки:

1. Теоретичний аналіз показав, що хронічні соматичні захворювання значно впливають на психологічний стан пацієнтів, викликаючи емоційні та психосоматичні розлади. Урологічні хвороби, зокрема, часто супроводжуються депресією, тривогою, зниженням самооцінки та почуттям ізоляції. Виявлено, що хворі можуть переживати суттєві соціальні труднощі, пов'язані із самообмеженням через страх перед захворюванням та можливими ускладненнями.

2. Емпіричне дослідження підтвердило, що пацієнти з урологічними хронічними захворюваннями мають підвищений рівень депресії та тривожності порівняно зі здоровими особами. Зокрема, за результатами тестування за методиками Бека та Спілбергера-Ханіна, значна частина хворих демонструє середні та високі рівні депресивності та тривожності, що вказує на необхідність посиленої психологічної підтримки. Серед здорових осіб більшість не мали ознак депресії, що підкреслює негативний вплив хронічних хвороб на психологічне здоров'я.

3. За результатами багатофакторного опитувальника FPI, особистісні риси пацієнтів з урологічними захворюваннями суттєво відрізняються від показників здорових осіб. Пацієнти проявляють більшу емоційну лабільність, схильність до інтроверсії, стриманість та сором'язливість, що може ускладнювати їх соціальну адаптацію та взаємодію з оточуючими. Здорові респонденти показали кращі результати у показниках емоційної стійкості, екстраверсії та соціальної активності, що свідчить про менший емоційний стрес і вищу соціальну адаптацію.

4. У третьому розділі, присвяченому розробці психокорекційної програми та рекомендаціям для роботи з урологічними хворими, було запропоновано низку психологічних заходів, спрямованих на покращення

емоційного стану пацієнтів. Психокорекційна програма, заснована на когнітивно-поведінковій терапії, спрямована на зниження рівня тривожності та депресії шляхом розвитку навичок контролю емоцій та подолання стресу.

Отже, дослідження підкреслює необхідність розробки та впровадження психокорекційних програм для урологічних хворих, що сприяли б зниженню рівня тривожності та депресії, підвищенню якості життя і соціальної адаптації пацієнтів.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Аршава І. Ф., Єрошкіна Т. В. Медико-психологічні аспекти соматичних захворювань : навч. посіб. Дніпропетровськ : РВВ ДНУ, 2012. 88 с.
2. Барашнев О. Ю. Психологічні аспекти лікування урологічних хворих. *Лікування та діагностика*. 2017. № 4 (18). С. 22-28.
3. Білик Н. А. Взаємозв'язок психологічних та соматичних аспектів хронічних захворювань. *Психологічний журнал*. 2020. № 5 (2). С. 105-112.
4. Василенко В. І. Психологія хронічних хвороб. Київ: Наукова думка, 2019. 335 с.
5. Гнатенко Л. П. Соматичні захворювання і психічне здоров'я: вплив та взаємозв'язки. *Журнал клінічної психології*. 2021. № 9 (1). С. 37-44.
6. Грубляк В. Варіативний вплив хронічної соматичної патології на психоемоційний стан юнаків і підлітків в процесі навчання. *Інноватика у вихованні*. Рівне. 2021. № 14. С. 166-174.
7. Довгань О. І. Хронічні захворювання та якість життя пацієнтів: психологічний аспект. *Медична психологія*. 2018. № 12 (3). С. 59-66.
8. Драгомирецька М. Психологічні фактори тривожних розладів у хворих з урологічними проблемами. *Український медичний журнал*. 2017. № 25 (8). С. 88-93.
9. Зінченко Т. В., Михайлов П. А. Психосоматичні взаємодії при хронічних захворюваннях. *Медична психологія та психіатрія*. 2020. № 6 (2). С. 45-53.
10. Іванова О. С. Психологічна підтримка хворих на урологічні захворювання: рекомендації. *Терапевтичний архів*. 2019. № 18 (6). С. 34-40.
11. Ковальчук О. М. Емоційні розлади у пацієнтів з урологічними захворюваннями. *Науковий вісник Ужгородського університету. Серія: Медицина*. 2020. № 23 (2). С. 72-78.
12. Кравченко І. В. Вплив хронічних соматичних захворювань на психоемоційний стан пацієнтів. *Психологія здоров'я*. 2020. № 3 (3). С. 14-21.

13. Кузьменко О. Ю. Психологічний стан хворих із хронічними соматичними хворобами: аспекти психотерапії. *Психотерапія в Україні*. 2021. № 11 (1). С. 56-62.
14. Курило В. О. Клінічна медична психологія : підручник. Магнолія, 2020. 348 с.
15. Ліщук А. В. Особливості психологічного консультування хворих із хронічними урологічними захворюваннями. *Медична психологія та психіатрія*. 2019. № 7 (4). С. 92-98.
16. Лях В. Ю. Психологічні розлади у пацієнтів із хронічними соматичними захворюваннями. *Клінічна психологія*. 2017. № 8 (2). С. 59-65.
17. Мельник І. Психосоматичні аспекти хронічних хвороб. *Науковий вісник Національного університету охорони здоров'я України*. 2021. № 4 (2). С. 30-37.
18. Михайлов П. В. Хронічні урологічні захворювання та психосоматичні порушення. *Журнал урології та нефрології*. 2018. № 6 (7). С. 22-27.
19. Міщенко Т. І. Психосоматичні захворювання: сучасні підходи до лікування. *Лікарська справа*. 2019. № 8 (5). С. 46-52.
20. Наumenко Н. М. Взаємозв'язок психологічних і соматичних чинників при хронічних хворобах. *Журнал психічного здоров'я*. 2021. № 19 (4). С. 41-49.
21. Никоненко Ю. П. Клінічна психологія : навч. посіб. Київ : КНТ, 2016. 369 с.
22. Османова А. М., Хоруженко Г. В. Клінічна психологія : навч. посіб. Київ: Університет «Україна», 2023. 183 с.
23. Павленко Л. Психотерапевтична підтримка хворих на хронічні урологічні захворювання. *Здоров'я та медична психологія*. 2020. № 10 (3). С. 78-85.
24. Петренко О. В. Хронічні урологічні захворювання та депресія: підходи до діагностики та лікування. *Український медичний журнал*. 2017. № 15 (2). С. 33-40.

25. Поліщук С. Психологічні особливості пацієнтів із соматичними хронічними захворюваннями. *Клінічна психологія*. 2020. № 6 (4). С. 69-75.
26. Прокопчук О. В. Психосоматичні взаємозв'язки у хворих із хронічними урологічними захворюваннями. *Журнал психотерапії та медичної психології*. 2018. № 3 (1). С. 29-35.
27. Радченко О. Ю. Емоційні стани та їх вплив на перебіг хронічних урологічних захворювань. *Психологічний огляд*. 2019. № 11 (2). С. 47-53.
28. Савчук В. А. Вплив тривалих соматичних захворювань на психічне здоров'я хворих. *Психологія та психіатрія*. 2021. № 5 (3). С. 102-108.
29. Соловей О. Психологічні проблеми пацієнтів з урологічними захворюваннями: підходи до вирішення. *Медичний вісник*. 2018. № 3 (1). С. 56-61.
30. Ткаченко І. М. Особливості психоемоційних станів у хворих з хронічними соматичними захворюваннями. *Психологія здоров'я*. 2019. № 14 (1). С. 50-55.
31. Хаустова О. О. Психосоматичний підхід до менеджменту хронічних захворювань: взаємовплив стресу та імунітету. *Ліки України: гастроентерологія, фармакотерапія*. 2012. № 7 (163). С. 24-27.
32. Шевченко О. І. Психологічні особливості пацієнтів із хронічними урологічними захворюваннями та їхній вплив на якість життя. *Медична психологія*. 2018. № 5 (2). С. 23-29.
33. Шиманський А. І. Психосоматичні хвороби: сучасний підхід до терапії. *Клінічний журнал урології та психотерапії*. 2021. № 7 (4). С. 59-64.
34. Юрченко В. Психологічні аспекти тривожних станів у пацієнтів з урологічними захворюваннями. *Науковий вісник Вінницького національного медичного університету*. 2020. № 9 (3). С. 78-83.
35. Barsky A. J. Assessing the New DSM-5 Diagnosis of Somatic Symptom Disorder. *Psychosomatic Medicine*. 2016. Vol. 78. Issue 1. P. 2-4.

ДОДАТОК А

БАГАТОФАКТОРНИЙ ОСОБИСТІСНИЙ ОПИТУВАЛЬНИК FPI

(модифікована форма В)

Інструкція випробуваному. На наступних сторінках є ряд тверджень, кожне з яких має на увазі що відноситься до вас питання про те, відповідає чи не відповідає дане твердження якимось особливостям вашої поведінки, окремих вчинків, ставлення до людей, поглядам на життя і т. П. Якщо ви вважаєте, що таке відповідність має місце, то дайте відповідь «Так», в іншому випадку – відповідь «Ні».

1. Я уважно прослухав інструкцію і готовий відверто відповісти на всі запитання.
2. Вечорами я надаю перевагу розвагам у веселій компанії (гості, дискотека, кафе).
3. Моєму бажанню познайомитися з кимсь завжди заважає те, що мені важко знайти відповідну тему для розмови.
4. У мене часто болить голова.
5. Іноді я відчуваю стук у скронях або пульсацію в ділянці ший.
6. Я швидко втрачаю владу над собою (самоконтроль), але також швидко беру себе в руки.
7. Трапляється, що я сміюся над непристойним анекдотом.
8. Я уникаю розпитувань. Про те, що мене цікавить, довідуюсь іншим шляхом.
9. Я не заходжу до кімнати, якщо невпевнений в тому, що моя поява залишиться непоміченою.
10. Я можу спалахнути. Здатний розтрити все, що потрапить під руку.
11. Почуваю себе ніяково, якщо навколишні починають звертати на мене увагу.
12. Я іноді відчуваю, що серце починає битися з переборами або б'ється так що, здається, вискочить із грудей.
13. Не думаю, що можна б було простити образу.
14. Вважаю, що на зло потрібно відповідати злом і завжди дотримуюсь цього.
15. Якщо я сидів і рвучко встав, то у мене темніє в очах або наморочиться голова.
16. Я майже щодня думаю про те, наскільки кращим було б моє життя, якби мене не переслідували невдачі.
17. У своїх вчинках я ніколи не дотримуюся думки, що людям можна повністю довіряти.

18. Можу застосувати фізичну силу, якщо доводиться відстоювати свої інтереси.
19. Можу легко розвеселити найнуднішу компанію.
20. Я легко ніяковію.
21. Якщо роблять зауваження стосовно моєї роботи або щодо мене особисто, то мене це аніскільки не ображає.
22. Нерідко відчуваю як у мене німіють або холонуть ноги і руки.
23. Буваю несміливим у спілкуванні з іншими людьми.
24. Іноді без видимої причини відчуваю себе пригніченим, нещасливим.
25. Іноді немає жодного бажання будь-чим зайнятися.
26. Часом відчуваю, що мені не вистачає повітря, ніби я виконував дуже важку роботу.
27. Мені здається, що в житті я дуже багато чого робив неправильно.
28. Мені здається, що нерідко наді мною сміються.
29. Люблю такі завдання, коли можна діяти довго не розмірковуючи.
30. Вважаю, що у мене досить підстав, щоб бути не дуже вдоволеним своєю долею.
31. Часто у мене немає апетиту.
32. У дитинстві я радів, коли інших дітей карали їхні батьки або вчителі.
33. Я рішучий і дію швидко.
34. Я не завжди говорю правду.
35. З цікавістю стежу за тим, хто намагається виплутатись з неприємної ситуації.
36. Вважаю, що всі засоби добрі, коли треба відстояти свою думку.
37. Те, що минуло, мене мало хвилює.
38. Не можу уявити нічого такого, що варто було б доводити кулаками.
39. Я не уникаю зустрічі з людьми, які, як мені здається, шукають сварки зі мною.
40. Іноді видається, що я ні на що нездатний.
41. Мені здається, що я постійно перебуваю в стані напруження і мені важко розслабитися.
42. Нерідко у мене виникають болі під ложечкою і неприємні відчуття в животі.
43. Якщо образять мого друга, я намагаюсь відімстити кривдникові.
44. Траплялось, я запізнювався.
45. У моєму житті бувало так, що я мучив тварин.
46. Зустрічаючись зі старими знайомими, я ладен кинутися їм на шию.
47. Коли я чогось боюсь, у мене пересихає в роті, тремтять руки і ноги.

48. Нерідко у мене буває такий настрій, що я з задоволенням хотів би нічого не бачити і не чути.
49. Коли лягаю спати, то засипаю через декілька хвилин.
50. Я дуже задоволений, коли можу ткнути носом когось у його помилки.
51. Іноді я можу похвалитися.
52. Беру активну участь в організації громадських заходів.
53. Іноколи буває так, що доводиться дивитися в інший бік, щоб уникнути небажаної зустрічі.
54. Для свого виправдання іноді дещо вигадую.
55. Я завжди рухливий і активний.
56. Нерідко у мене виникає сумнів, чи справді цікаво моїм співбесідникам те, що я говорю.
57. Іноді раптово відчуваю, як увесь вкриваюсь потом.
58. Якщо я сильно на когось розізлюся, то можу його вдарити.
59. Мене не хвилює, що хтось погано до мене ставиться.
60. Здебільшого мені важко заперечувати моїм знайомим.
61. Я хвилююсь і переживаю навіть при думці про можливу невдачу.
62. Я люблю не всіх своїх знайомих.
63. У мене бувають думки, яких варто було б соромитися.
64. Не знаю чому, але іноді у мене виникає бажання зіпсувати враження про те, чим усі захоплюються.
65. Мені подобається примусити будь-яку людину зробити те, що мені потрібно, ніж просити її про це.
66. Я нерідко нервово рухаю рукою або ногою.
67. Надаю перевагу провести вільний вечір за улюбленою справою, а не розважатися у веселій компанії.
68. У компанії поводжу себе так, як удома.
69. Часом, не задумуючись, скажу те, про що ліпше було б мовчати.
70. Боюсь бути у центрі уваги навіть у знайомій компанії.
71. Добрих знайомих у мене дуже мало.
72. Іноді бувають такі періоди, коли яскраве світло, яскраві барви, сильний шум викликають у мене неприємні відчуття.
73. У компанії у мене нерідко виникає бажання кого-небудь образити або розізлити.
74. Іноді думаю, то краще було б не народжуватись на світ, як тільки уявляю собі, скільки всіляких неприємностей можливо доведеться зазнати в житті.
75. Якщо хто-небудь мене образить, то дістане своє сповна.
76. Я не стримуюсь у виразах, якщо мене виводять з рівноваги.

77. Мені подобається так задати запитання або так відповісти, щоб співбесідник розгубився.
78. Траплялось, що я відкладав те, що треба було зробити негайно.
79. Не люблю розповідати анекдоти або потішні історії.
80. Повсякденні труднощі і клопоти мене часто виводять з себе.
81. Не знаю куди подітись при зустрічі з людиною, яка була в компанії, де я поводив себе незграбно.
82. На жаль, я належу до людей, які бурхливо реагують навіть на життєві дрібниці.
83. Я ніяковію, коли виступаю перед численною аудиторією.
84. У мене досить часто змінюється настрій.
85. Я втомлююсь швидше, ніж більшість людей, які мене оточують.
86. Якщо мене щось схвилювало або роздратувало, то це я відчуваю всім тілом.
87. Мені неприємні думки, які настирливо лізуть у голову.
88. На жаль, мене не розуміють ні в сім'ї, ні в колі особистих знайомих.
89. Якщо я посплю сьогодні менше ніж звичайно, то завтра буду почувати себе втомленим.
90. Намагаюсь поводити себе так, щоб навколишні боялись викликати моє невдоволення.
91. Я впевнений у своєму майбутньому.
92. Іноді я стаю причиною поганого настрою у кого-небудь з навколишніх.
93. Я не проти того, щоб посміятися над іншими.
94. Я належу до людей, які за словом до кишені не лізуть.
95. Я належу до людей, які до навколишніх ставляться досить легковажно.
96. У підлітковому віці я цікавився забороненими темами.
97. Іноді чомусь завдаю біль людям, яких люблю.
98. У мене досить часто виникають конфлікти з впертими людьми.
99. Часто відчуваю докори сумління через свої вчинки.
100. Часто буваю неуважним.
101. Не пам'ятаю, щоб я журився при невдачах людини, яку я терпіти не міг.
102. Часто я занадто швидко починаю упереджено ставитись до інших.
103. Часом я починаю несподівано для себе говорити про речі, в яких мало тямлю.
104. Часто в мене такий настрій, що я ладен вибухнути з будь-якого приводу.
105. Нерідко відчуваю себе млявим і втомленим.
106. Я люблю спілкуватися з людьми - знайомими та незнайомими.
107. На жаль, я дуже часто поспіхом оцінюю інших людей.
108. Ранком я звичайно встаю у чудовому настрої і нерідко починаю наспівувати.

109. Не почуваю себе впевненим при вирішенні важливих питань, навіть після довготривалих роздумів.
110. Трапляється так, що у суперечці я чомусь намагаюсь говорити голосніше від свого опонента.
111. Розчарування не викликають у мене сильних або тривалих переживань.
112. Буває, що я раптом починаю кусати губи або гризти нігті.
113. Найщасливішим я почуваю себе тоді, коли буваю наодинці.
114. Іноді охоплює нудьга і хочеться, щоб всі пересварились один з одним.