

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ІМЕНІ П. Л. ШУПИКА

Фармацевтичний та медико-профілактичний факультет
Кафедра педагогіки, психології, медичного та фармацевтичного права

На правах рукопису

Гаврилюк Олена Олегівна

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА
на здобуття другого (магістерського) рівня вищої освіти
за спеціальністю 053 «Психологія»

на тему: «Особливості захисних механізмів пацієнтів хворих на цукровий
діабет I та II типу»

Керівник:

Костюк Олена Іванівна,
кандидат психологічних наук, старший викладач кафедри педагогіки,
психології, медичного та фармацевтичного права Національного
університету охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика

Рецензент:

Гірник А

М., канд. філософ. н., професор кафедри психології та педагогіки НУ 'Києво-
Могилянська академія'

Робота містить результати власного дослідження автора. Використані
здобутки інших авторів мають посилання на відповідне джерело.

_____ О.О. Гаврилюк
(підпис)

Робота допущена до захисту 02 грудня 2024 року.

Завідувач випускової кафедри

_____ професор В.В. Краснов
(підпис)

Київ – 2024

ЗМІСТ

ВСТУП.....	4
РОЗДІЛ I. Теоретичні дослідження психологічних особливостей хворих на цукровий діабет I та II типу та вибір ними захисних механізмів.....	11
1.1. Цукровий діабет та його види.....	11
1.2. Психологічні особливості хворих на цукровий діабет.....	14
1.3. Підвищений стрес при діабеті та його вплив на особистість.....	24
1.4. Захисні механізми в психології. Види психологічних захистів.....	26
1.4.1. Механізми психологічного захисту особистості та їх види.....	26
1.4.2. Роль захисних механізмів для особистості.....	31
1.5. Проблема дослідження механізмів психологічних захистів особистості.....	37
1.6. Психологічні особливості захисних механізмів пацієнтів хворих на діабет I та II типу.....	40
Висновки до 1 розділу.....	45
РОЗДІЛ II. Підходи до дослідження особливостей захисних механізмів пацієнтів хворих на діабет I та II типу.....	49
2.1. Програма дослідження. Характеристика основи дослідження.....	49
2.2. Опис методів дослідження.....	52
Висновки до 2 розділу.....	57
РОЗДІЛ III. Емпіричне дослідження особливостей захисних механізмів пацієнтів хворих на діабет I та II типу.....	59
3.1. Аналіз та обговорення результатів дослідження.....	59
3.1.1. Вивчення впливу психологічних факторів на виникнення у особистості захворювання на цукровий діабет.....	60
3.1.2. Дослідження особливості вибору психологічного захисту хворих на ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ за методикою LSI: «Індекс життєвого стилю».....	65

3.1.3. Соціально-психологічна адаптованість пацієнтів, які страждають на цукровий діабет.....	70
3.1.4. Дослідження особистісних особливостей хворих на цукровий діабет за методикою «16-факторний опитувальник Р.Б. Кеттелла».....	73
3.1.5. Дослідження рівнів тривожності у хворих цукровим діабетом I та II типу за шкалою Тейлора.....	77
3.2. Рекомендації хворим на цукровий діабет.....	80
Висновки до 3 розділу.....	88
Висновки.....	92
Список використаної літератури.....	95
Додатки.....	103

Актуальність дослідження. Цукровий діабет найпоширеніше захворювання у світі. Щороку кількість хворих на цукровий діабет зростає. Внаслідок захворювання цукрового діабету уражається ЦНС. Діабет є наслідком сліпоти, ниркової недостатності, серцевих нападів, інсульту та ампутації нижніх кінцівок у пацієнтів. В 10 відданні Атласу діабету 2021 (IDF Diabetes Atlas 2021) зазначено що кількість осіб з цукровим діабетом у світі становить 537 млн, з них понад 90% - з цукровим діабетом 2 типу.

Запобігти або відстрочити виникнення цукрового діабету II типу та зменшити ускладнення діабету I типу дозволяє здоровий образ життя, а саме: здорове харчування, регулярна фізична активність, підтримання нормальної маси тіла та відмова від тютюнопаління.

У квітні 2021 року ВООЗ заснувала Глобальний пакт боротьби з діабетом - глобальну ініціативу, спрямовану на забезпечення стійких покращень у галузі лікування та профілактики діабету, в якій особлива увага приділяється наданню підтримки країнам з низьким та середнім рівнем доходу.

У травні 2021 року. Всесвітня асамблея охорони здоров'я ухвалила резолюцію щодо посилення заходів профілактики діабету та боротьби з ним. А у травні 2022 року Всесвітня асамблея охорони здоров'я схвалила п'ять глобальних цілей з охоплення діагностикою та лікуванням діабету, які мають бути досягнуті до 2030 року.

Стандартизований коефіцієнт смертності від діабету зростає з кожним роком. Коефіцієнт смертності від діабету у світі за останній час підвищився на 13%. І навпаки, ймовірність смерті будь-якого з чотирьох основних неінфекційних захворювань (серцево-судинні захворювання, рак, хронічні респіраторні захворювання та діабет) у віці від 30 до 70 років знизилася на 22% у всьому світі.

Війна в Україні спричинила катастрофу на усіх рівнях. Подвійний удар

переживають люди з цукровим діабетом, оскільки потребують безперервної терапії, доступу до ліків та медичної допомоги на різних рівнях.

За даними Атласу діабету IDF-2021, на початок 2022 року в Україні налічувалося 2,3 мільйона людей з цукровим діабетом, з яких 230 000 - ті, хто отримує інсулін.

14 листопада - Всесвітній день боротьби з цукровим діабетом. За даними МОЗ, тільки в 2023 році в Україні діагностовано 531 200 людей, які мають діагноз цукровий діабет. Минулого року діагностовано таких хворих на діабет було значно менше - 489 934.

Поширення цієї хвороби настільки серйозне, що необхідні вдосконалені методи раннього виявлення та комплексне впровадження профілактичних заходів. Необхідно вивчення впливу несприятливих соціально-психологічних факторів на виникнення та перебіг цукрового діабету (Сидоров П.І. та ін., 2001; Коркіна М.В., Єлфімова Є.В., 2004, Суркова Є. В., 2004; Beekman A. T. et al. 1997; Питання про роль психологічних факторів у розвитку цукрового діабету в основному невідоме. Окремі дослідники (Лайнгер М.А., 1983; Barglow P. et al., 1984; Greenhaigh P. et al., 1992 та ін) пов'язують декомпенсацію діабету з його психологічними наслідками. Психічні розлади, з переважанням розладів адаптації, невротичних розладів, афективних розладів, розладів особистості та органічних розладів головного мозку, є важливими компонентами клінічної картини цукрового діабету. Вони виявляються у 83,3% хворих і часто мають полісиндромну структуру (Єлфімова Є.В., 2006). Вивчення взаємозв'язку фізичного статусу та психологічних особливостей хворих на цукровий діабет є однією з найактуальніших проблем сучасної клінічної психології та клінічної медицини.

Дослідження особливостей особистості хворих на цукровий діабет та їх ролі в патогенезі проводили переважно у хворих на ІЗСД, найбільш важку форму цукрового діабету (Verrotti. A., 1993; Коркіна М.В., Єлфімова Є.В.,

2004; Вассерман Л.І., Трифонова Є.А., 2005). Природа індивідуальних особливостей конкретних хворих на цукровий діабет I та II типу вивчена мало та практично не вивченою залишається особливості виникнення механізмів психологічного захисту у хворих на цукровий діабет.

Психологічний захист є однією з найбільш суперечливих властивостей структури особистості, оскільки вона одночасно сприяє, як стійкості особистості та її дезорганізації. Найважливішим завданням психологічного захисту є усунення відчуття психологічного дискомфорту, або часткове зняття напруги в неприємній ситуації, а не реальне вирішення проблеми.

Психологічний захист - це спеціальна система корекції, спрямована на стабілізацію особистості, спрямована на усунення або мінімізацію почуття тривоги, пов'язаного зі сприйняттям конфлікту. Вчені, такі як Дж. Келлерман, Р.М. Грановська, З. Фройд, К. Роджерс, Р. Плутчик та інші, спостерігали за таким феноменом як психологічні захисні механізми особистості та вивчали його у різних проявах.

Нині тема психологічного захисту не базується на одній концепції. Аналіз літератури виявляє різноманітність підходів, ідей, теоретичних та емпіричних спроб дослідження проблем психологічного захисту. Незважаючи на теоретичну та практичну важливість, механізми захисту особистості ще не були предметом глибоких досліджень з точки зору захворювання особистості на цукровий діабет.

Водночас у сучасній психологічній науці існує велика розбіжність дослідників щодо пояснення природи захисних механізмів, всього цих механізмів, розуміння послідовності становлення та розвитку протягом життя людини.

Вивчення психологічних особливостей хворих на цукровий діабет і специфічного зв'язку з клініко-метаболічними показниками, вивчення механізмів психологічного захисту хворих є необхідним через високу поширеність цукрового діабету і для підвищення ефективності лікування особливо хворих на цукровий діабет II типу (Смирнов С.Д., Корнілова Т.В. та

ін., 2001). Основними проблемами є недостатньо вивчена природа цих зв'язків і відсутність порівняльних даних у літературі щодо взаємозв'язку між психологічними та клінічними особливостями різних варіацій клінічного перебігу. Знання цих механізмів дозволить здійснювати психотерапевтичний контроль ІНСД з метою корекції поведінки для попередження переходу в інсулінозалежний цукровий діабет - найбільш важкий тип діабету. Поширення цієї хвороби настільки серйозне, що необхідні вдосконалені методи раннього виявлення та комплексне впровадження профілактичних заходів.

Для підвищення ефективності лікування необхідно звернути увагу на психосоціальні особливості хворих на цукровий діабет, які види психологічного захисту вони використовують, щоб прийняти та адаптуватись до свого захворювання. Так у своїх дослідженнях Ю.А. Шишков показав, що у хворих зі зниженим рівнем цукру в крові спостерігається адекватне ставлення до захворювання, а у хворих з підвищеним - дратівливість, знижений емоційний фон, неврастенічні реакції та депресивний настрій [56].

Вчений А.Ю. Майоров вивчав емоційні стани, рівень тривожності та ставлення до хвороби. Він відзначив такі характеристики: при відсутності психологічної підтримки пацієнти страждали від емоційного виснаження, високого рівня тривожності та пасивності, у деяких пацієнтів спостерігалася залежність від захворювання. У хворих зі стабільним цукровим діабетом відзначається сприятливий психологічний стан, активна діяльність і низький рівень тривожності [28].

Є.В. Суркова досліджувала темперамент, риси особистості, рівень тривожності та депресії. Під час експерименту було виявлено, що люди, які не контролювали свій діабет, не мали навичок мислення, не усвідомлювали поставлених завдань і не контролювали свою поведінку [56].

А.Ф. Вербовий вивчав особливості харчової поведінки, виникнення

ожиріння як фактор, що викликає діабет. Було виявлено взаємозв'язок між переїданням і відчуттям дискомфорту та зафіксовано почуття провини після переїдання [9].

Багато вчених вивчали депресію та тривогу на хворих на діабет. Важливо стежити за появою депресивних станів, враховувати рівень тривожності, вивчати когнітивні установки щодо здатності пацієнта до саморегуляції та поведінки.

Таким чином, у хворих на діабет активно досліджуються тривожність, депресивні розлади, агресія, дратівливість. Захисним механізмам психіки і стратегіям подолання у людей з діабетом приділяється мало уваги, але окремі дослідження показують, що ці психологічні риси впливають на рівень цукру в крові та емоційне благополуччя людей з діабетом.

Мета дослідження: вивчити та дослідити психологічні особливості хворих на цукровий діабет I та II типу та особливості вибору ними механізмів психологічного захисту.

Завдання дослідження:

1. Вивчення наукової літератури з тематики, що досліджується, теоретичний аналіз існуючих у сучасній науці даних про психологічні особливості хворих на цукровий діабет I та II типу.

2. Організація та проведення емпіричного дослідження особливостей особистості хворих на цукровий діабет I та II типу та особливості вибору ними механізмів психологічного захисту.

3. Обробка, аналіз та інтерпретація результатів проведеного емпіричного дослідження.

4. Формулювання висновків про психологічні особливості особистості хворих на цукровий діабет I та II типу та особливості вибору ними механізмів психологічного захисту.

Об'єктом даного дослідження є пацієнти хворі на цукровий діабет I та II типу.

Предмет дослідження - психологічні особливості особистості хворих на

цукровий діабет I та II типу та особливості вибору ними механізмів психологічного захисту.

Гіпотеза дослідження. Більшість пацієнтів з захворюванням на цукровий діабет використовує заперечення та витіснення, як механізми психологічного захисту. Це пов'язано з особливостями особистості та особливостями захворювання.

Методи дослідження:

- Аналіз, узагальнення літературних та наукових досліджень;
- Аналіз та узагальнення науково-методичної бази національних інституцій, міжнародних організацій тощо;
- Спостереження, обстеження, а також наступні психодіагностичні методики:
- 16-факторний особистісний опитувальник Р.Б. Кеттелла, призначений для діагностики особистісних особливостей респондентів.
- Шкала тривоги Дж. Тейлора. Шкала проявів тривоги Тейлора (Teilor's Manifest Anxiety Scale) призначена для виміру тривожності пацієнта. Опубліковано Дж. Тейлор в 1953 р.
- Методика «LSI» (Індекс життєвого стилю) Плутчика-Келлермана-Конте, призначена для діагностики механізмів психологічного захисту та загального рівня розвитку психологічного захисту.
- Шкала соціально-психологічної адаптованості, розроблена К. Роджерсом та Д. Даймондом.
- Методика «TAS» (Торонтська алекситимічна шкала), призначена для оцінки рівня алекситимії, яка виражає психологічний стан, який проявляється в складності розуміння власних емоцій, вираженні їх через жести, позу та міміку, а також в описі їх словами при спілкуванні з іншими людьми).

Особистий внесок здобувача.

Автором особисто досліджено психологічні особливості особистості пацієнтів хворих на цукровий діабет I та II типів, вибір захисних механізмів

хворими в залежності від типу цукрового діабету, що дає змогу вибрати індивідуальний підхід щодо ефективного застосування лікувальних методик та терапії.

Оприлюднення результатів магістерської роботи, основних положень та результатів дослідження на засіданні комісії при захисті магістерської роботи в Київському національному університеті імені П. Л. Шупика 13 грудня 2024 р.

Наукова новизна та значущість дослідження. На даному етапі розвитку науки роль захисних механізмів особистості у пацієнтів хворих на цукровий діабет вивчена недостатньо. У науковій літературі наведено різні, нерідко суперечливі відомості про психологічні особливості хворих на цукровий діабет, вибір захисних механізмів хворими в залежності від типу цукрового діабету. У роботі проведено емпіричне дослідження, яке, на наш погляд, допоможе усунути деякі існуючі прогалини та протиріччя у вивченні цієї теми.

Практична значущість дослідження. Отримані в ході проведеного дослідження дані можуть бути використані у практичних цілях профілактики цукрового діабету та психологічного супроводу хворих на цукровий діабет.

Обсяг та структура магістерської роботи.

Магістерська робота викладена на 112 сторінках. Робота складається з загального вступу, трьох розділів, огляду літератури, матеріалів та методів досліджень, результатів дослідження, висновків, переліку літератури яка використовувалася під час проведення досліджень і написання магістерської роботи. Робота містить 4 таблиці та 10 малюнків.

РОЗДІЛ І. Теоретичні дослідження психологічних особливостей хворих на цукровий діабет I та II типу та вибір ними захисних механізмів

1.1.Цукровий діабет та його види

Діабет – це хронічне захворювання, яке виникає внаслідок, відмови організму ефективно використовувати інсулін або підшлункова залоза перестає виробляти необхідну кількість інсуліну (гормон підшлункової залози). Гормоном підшлункової залози є інсулін, якій регулює рівень глюкози. Наслідком цукрового діабету є підвищений або низький рівень глюкози (цукри) у крові (гіперглікемія/гіпоглікемія), що згодом призводить до серйозного пошкодження багатьох систем в організмі, особливо кровоносних судин та нервової системи. Цукровим діабетом хворіють приблизно 1 млн жителів України.

У 2014 р. захворюваність на діабет віком більше 18 років становила 8,6%. А в 2019 р. діабет став основною причиною смерті 1,5 мільйонів людей, і біля 50% цих смертей, які були пов'язані із цукровим діабетом, випадало на людей похилого віку. Велика кількість випадків смерті були спричинені захворюваннями нирок, які зумовлені захворюванням на цукровий діабет. Підвищений рівень глюкози в крові становить близько

20% смертей від серцево-судинних захворювань.

Також в психології використовується термін «біржовий діабет». Цей від діабету відносять до бізнесменів, менеджерів, відповідальних працівників, науковців та освітян. Цукровий діабет може бути як первинним (ідіопатичним), так і вторинним (спричиненим різними можливими причинами, включаючи руйнування підшлункової залози злоякісними пухлинами або панкреатитом, а також антагонізмом інсуліну та стероїдних препаратів).

Серед багатьох причин відносного дефіциту інсуліну однією з перших слід згадати фактори стресостійкості. Дослідження показали, що психологічні чинники, як на початку захворювання (психологічна травма внаслідок життєвих подій, тривале нервово напруження тощо), так і під час його перебігу (пацієнти повинні турбуватися про те, як підвищиться рівень цукру в крові) відіграють важливу роль.

Однією з причин виникнення цукрового діабету є тривалий емоційний стрес, який спричиняє порушення нормального перебігу процесів збудження та гальмування в головному мозку, утворюючи застійні збудливі вогнища в нейрогенезі цукрових центрів. Підвищена збудливість призводить до підвищення концентрації цукру в крові, що викликає спазм судин підшлункової залози, порушення окисних процесів, гіпоксію бета-клітин підшлункової залози, порушення вироблення інсуліну і розвиток цукрового діабету. Зв'язок між діабетом і емоційним стресом був встановлений ще в 1674 році Томасом Віллісом. В. Кеннон вважав, що «дослідження показують, що люди з діабетом мають більш високий рівень стресових подій, тривалих переживань і труднощів протягом п'яти років до встановлення діагнозу.

Цукровий діабет це ендокринне захворювання, яке відносять до психосоматичних захворювань, які виникають на фоні нервових переживань. Психосоматичні розлади - захворювання, при яких порушується адаптація (пристосування, захист) організму. Зв'язок між

розумом і тілом відбувається через вегетативну нервову систему. Уражений орган генетично схильний до цього.

Симптоми психосоматичних захворювань: початок захворювання зумовлений психологічними чинниками (психічна травма, емоційний стрес тощо), причому зі стресовими ситуаціями пов'язаний не лише початок захворювання, а й його загострення та рецидиви. Психосоматичні розлади зазвичай розвиваються поетапно, а їх загострення має певну сезонність.

Узагальнюючи сказане, можна зробити висновок, що цукровий діабет - це захворювання, яке обумовлене абсолютною або відносною недостатністю інсуліну в організмі пацієнта, що спочатку призводить до порушення вуглеводного обміну та всіх інших видів обміну, а в кінцевому підсумку приводить до ураження всіх функціональних систем організму.

Цукровий діабет є практично невиліковним захворюванням, стан хворого погіршується із збільшенням тривалості захворювання [16]. У легких випадках або на ранніх стадіях захворювання діабет може майже не мати симптомів.

До основних симптомів цукрового діабету відносяться підвищення рівня цукру в крові і його поява в сечі, спрага, почастішання сечовипускання, втрата ваги, загальна слабкість і навіть шкірні захворювання (екзема, свербіж, фурункульоз). Загоєння ран часто погане, ефективність знижена, а менструальний цикл скорочується. У міру прогресування захворювання ранні склеротичні зміни судин можуть призвести до хронічних інфекцій сечовивідних шляхів і розладів периферичного кровообігу. Серйозним ускладненням є діабетична кома, раптове порушення обмінних процесів з втратою свідомості [22; 29].

Існує два типи діабету [22; 32]: діабет I типу (інсулінова залежність), при якому порушується секреція інсуліну в острівцях Лангерганса (абсолютний дефіцит інсуліну).

Цей тип діабету найчастіше зустрічається у дітей (включаючи новонароджених і немовлят), підлітків і молодих людей (віком до 30 років).

З усіх випадків діабету на цукровий діабет I типу припадає лише 15-20%.

Цукровий діабет II типу (інсулінонезалежний) внаслідок відносної резистентності периферичних органів до інсуліну (відносний дефіцит інсуліну). Цей тип діабету є найпоширенішим. Цей вид діабету найчастіше зустрічається у людей старше 40 років, поширеність діабету 2 типу значно зростає з кожною віковою групою. Даний тип характеризується відотною недостатністю інсуліну і дуже часто поєднується з ожирінням. Хворі тривалий час, а іноді все життя не потребують інсулінотерапії.

В обох випадках основним симптомом є гіперглікемія. Вірною ознакою діабету є рівень цукру в крові (натщесерце) понад 7,2 ммоль/л (130 мг/дл або вище) [27].

Етіологія та патогенез цукрового діабету ще остаточно не вивчені наукою. Але, безсумнівно, однією з причин цукрового діабету є відповідна генетична схильність.

Діабет I типу може бути ідіопатичним (етіологія та етіологія невідомі) та аутоімунним (викликаним аутоімунним нападом). Бета-клітини в підшлунковій залозі можуть стати мішенню для імунної системи організму, оскільки вони схожі на кілька вірусів, у тому числі паротиту, краснухи та Коксаки. Діабет 1 типу може виникнути в результаті захворювань, які пошкоджують острівці підшлункової залози.

Другий тип діабету виникає на тлі генетичної схильності та особливостей способу життя. 80-90% випадків супроводжується ожирінням, яке зустрічається у понад 10% людей, які страждають від ожиріння [15; 24; 29].

Причини діабету до кінця не вивчені, тому лікування діабету не завжди є ефективним. Для підтримання життя людей з діабетом рекомендуються - ін'єкції інсуліну, дієта та фізичні вправи. Лікування діабету II типу досить часто обмежується дієтою та фізичними вправами, оскільки призначаються пероральні протидіабетичні препарати та/або

інсулін за певними показаннями.

1.2. Психологічні особливості хворих на цукровий діабет

Психологічні аспекти цукрового діабету розглядаються на трьох рівнях: як етіологічно значущий фактор, як причина гострих порушень обміну речовин і як реакція на захворювання [7].

У сучасній науці накопичено багато доказів того, що існує «взаємозалежність трьох регуляторних систем людського організму, які здійснюють гомеостаз та адаптацію: нервову, ендокринну та імунну. Тісне переплетення цих регуляторних систем констатовано в експериментальних та клінічних дослідженнях. Такий тісний взаємозв'язок призводить до того, що стрес, впливаючи насамперед на нервову систему, впливає через неї і на імунну та ендокринну системи.

Крім перерахованих причин виникнення цукрового діабету, сучасною наукою доведено, що це захворювання може бути результатом емоційного стресу. Проведені дослідження у людей з цукровим діабетом показують, що за п'ять років до встановлення діагнозу, відзначався підвищений рівень стресових ситуацій та довготривалих труднощів. Тобто, людина часто стикалася з різними труднощами та змінами в житті, частіше відчувала стрес. [24].

Зв'язок діабету та емоційного напруження розглядався ще в 1674 р. Томасом Віллісом. Він писав, що появі цукрового діабету нерідко передуює «тривалий стрес» [15]. У середині XIX століття Клодом Бернаром було встановлено зв'язок гіперглікемії з діяльністю ЦНС. Надалі багато відомих вчених розглядали діабет як «нервову хворобу». Класичним прикладом цукрового діабету, що виник після емоційних потрясінь був так названий «діабет біржовиків», який виник у багатьох біржовиків після падіння цін на біржі в Чикаго у 30-х рр. минулого століття [15].

У. Кеннон у своїх дослідках з'ясував, що гнів та страх впливають на

обмін вуглеводів. Під час проведення досліджень було виявлено цукор у сечі у тих, хто складає іспит, запасних гравців та азартних уболівальників під час футбольного матчу тощо. Щоб забезпечити організм енергією для нападу чи втечі, у кров посилено виділяється цукор [47].

Ф. Александер, як було зазначено, з своєї концепції, припускав, що у основі цукрового діабету, як і, як і основі гіпертонії та інших захворювань, лежить емоційно-опосередковане одностороннє підвищення симпатичного тону (симпатикотонія) [1]. Однак у наведеній схемі Ф. Александера цукровий діабет вказано під знаком питання: засновник психосоматики не встиг довести свої припущення про етіологію цукрового діабету результатами емпіричних досліджень.

Сучасній фізіології достеменно відомо, що під впливом стимуляції симпатичних нервів відбувається зниження секреції інсуліну бета-клітинами острівців Лангерганса підшлункової залози, що призводить до підвищення рівня цукру в крові [50]. Під час стресу збуджується симпатична нервова система, виділяється адреналін, норадреналін і катехоламіни, що гальмують вироблення інсуліну підшлунковою залозою. В результаті кількість цукру в крові підвищується, що забезпечує додаткову енергію для фізичної активності. За відсутності рухової розрядки може розвинути гіперглікемія. Коли рівень цукру в крові перевищує 180 мг %, нирки не можуть повертати таку кількість у кров і настає глікозура (цукор у сечі 1-8%). Гіперглікемія проявляється як слабкість, швидка стомлюваність, сухість у роті, постійна спрага, нудота, головний біль, часте сечовипускання» [47]. «Глюкозотоксичний ефект» призводить до розвитку інсулінорезистентності тканин [15].

Непрямим доказом впливу підвищеного тону симпатичного відділу вегетативної нервової системи на розвиток цукрового діабету є підтверджена результатами досліджень наявність взаємозв'язку між цукровим діабетом та гіпертонічною хворобою: підвищений артеріальний тиск фіксується у 50-80% хворих на цукровий діабет [9].

Але чому не у всіх людей, які зазнають емоційного стресу, розвивається цукровий діабет? Чому організми різних людей по-різному реагують на стрес? Більшість дослідників, визнаючи етіологічну роль психотравми у розвитку діабету, вважають, що грає лише роль провокуючого чинника [15].

М. Суінн (американський психолог) зазначав, що: «є індивідуальні профілі стресу - картини специфічних реакцій на стрес. Одні люди помічають початок розвитку стресу щодо змін вегетативних функцій, інші по змінах у поведінці, треті - щодо змін у когнітивній сфері. Понад те, автор стверджує, що є різні ознаки стресу навіть у межах однієї сфери. Наприклад, у вегетативної системі пацієнти відчують різні відчуття такі як почастішання серцебиття, легке тремтіння, холод в руках та ногах» [18]. Результати досліджень підтверджують таку думку: «незважаючи на генералізацію вісцеральних порушень при експериментальних неврозах, найбільш стійкі функціональні зміни нерідко відзначаються в межах одного органу або системи постулюється єдиний центральний механізм соматовегетативних розладів, а парціальність відповіді стимул (роздратування) пов'язується із впливом додаткових чинників» [2]. Таким чином, постраждає організм внаслідок стресу і як саме - залежить від впливу додаткових факторів.

Як зазначалося, цукровий діабет II типу найчастіше виникає в людей із надмірною вагою. У свою чергу надмірна вага може бути наслідком порушень харчової поведінки [10]. Лікарі довгий час підозрювали, що у людей з цукровим діабетом підвищена частота розладів харчової поведінки. Пацієнти які страждають на цукровий діабет часто соромляться своєї поведінки і при обстеженні не дають про це жодної інформації» [38]. Можливо, виникнення саме цукрового діабету внаслідок стресових впливів пов'язане з тим, що порушення харчової поведінки, що продовжуються протягом тривалого терміну, призводять до перевантаженості, перенапруження бета-клітин острівців Лангерганса

підшлункової залози, і в результаті ці клітини стають ослабленими; у свою чергу, вплив стресу на ослаблені клітини повністю виводить їх із ладу.

Якщо це припущення правильно, то сприятливим чинником виникнення цукрового діабету є порушення харчової поведінки (надмірний апетит). У свою чергу, надмірний апетит з'являється тоді, коли їжа заміщає задоволення фрустрованих емоційних потреб, які не мають нічого спільного з процесом харчування. Харчовий розлад зазвичай є реакцією на емоційну фрустрацію [1].

Найчастіше виділяють такі причини порушень харчової поведінки у формі надмірного апетиту [7]:

Фрустрація при втраті об'єкта кохання. Ця причина зазначається у літературі найчастіше. «Їжа є заміщенням відсутнього материнського піклування, захистом від депресії. ... їжа - це більше, ніж просто харчування, це самоствердження, зняття напруги, материнська підтримка».

Загальна пригніченість, гнів, страх перед самотністю та почуття порожнечі. Ситуації, в яких поєднуються небезпека та діяльність, що вимагають неспання та підвищеної напруги.

В осіб, які страждають даною формою порушення харчової поведінки, виявляється внутрішній конфлікт між прагненнями, з одного боку, до непомірного поглинання їжі, з іншого боку, до відповідності фізичним ідеалам сучасного суспільства, якій в останні 50 років все більше зсувається від округлих форм в бік скоріше дитячої та витонченої фігури. Ідеал краси сучасності - це приваблива, спортивна, витончена, схожа на дівчинку жінка [7]. У зв'язку з цим вони постійно відчують провину, сором і безпорадність. Передбачають також наявність у таких людей конфлікту між прагненнями до залежності та незалежності: «Власні побоювання не впоратися контролюються та компенсуються дбайливою поведінкою; слабкі та залежні аспекти власної особистості стримуються і, зрештою, виявляються у нападах переїдання» [25].

Серед особистісних якостей людей із надмірним апетитом виділяють

підвищену чутливість до соціальних вимог, перфекціонізм (патологічне прагнення до досконалості), низьку самооцінку, імпульсивність, «вони прагнуть більшого успіху і часто плутають кохання, якого вони домагаються, з визнанням» [25].

Ті ж особистісні особливості виявляються у людей, які страждають на цукровий діабет. Аналіз отриманих даних вказує на впевненість хворих на цукровий діабет II типу у своїй соціальній репутації, привабливості та популярності, здатності домагатися поставленої мети, повазі та високій оцінці оточуючих людей. В основі таких особистісних характеристик може лежати нереалістична установка до власної досконалості, схильності до великої активності по відношенню до інших людей і підвищеної вимоги до оточуючих. Отримані дані можуть бути властиві переважно тривожним, емоційно-лабільним особам, що відрізняються підвищеною конформністю та, можливо, зниженою самооцінкою. Подання Соловйової С.Л. про те, що відповідність високим вимогам до себе та до оточуючих викликає хронічну нервово-психічну напругу ... знаходить підтвердження в отриманих даних та відображає психосоматичний механізм розвитку декомпенсації у хворих на цукровий діабет II типу» [21].

Слід підкреслити, що дані в літературі дані про особистісні особливості хворих на цукровий діабет вкрай суперечливі. Розходяться дані про факт наявності таких особливостей: з одного боку, автори пишуть, що «гіпотеза про існування етіологічно значущої «діабетичної особистості» не підтвердилася» [7]. З іншого боку є багато доказів, що підтверджують наявність певних особистісних та характерологічних особливостей у людей, які страждають на діабет. [29].

Ф. Данбар у рамках концепції профілю особистості вважала, що «діабетики більшою мірою, ніж нормальні люди, замінюють свій залежний стан більш зрілим і незалежним. Вони мають тенденцію швидко регресувати до залежної установці і відстоювати свої незалежні устремління більшою мірою на словах, ніж насправді» [1].

У сучасній літературі перераховують такі психологічні особливості хворих на цукровий діабет, як почуття незахищеності та емоційної занедбаності у поєднанні з бажанням уваги, опіки та турботи з боку інших, тривожність у поєднанні з прагненням до спокою та уникнення проблем (емоційний конфлікт), егоцентризм, дратівливість, і нестриманість, шизоїдні риси у поєднанні з параноїчною готовністю, нерішучість, імпульсивність, підвищена чутливість та емоційна інертність, прояви алекситимії, астенії та депресії, соціальна тривожність та слабкість Его, схильність до саморуйнівної поведінки [4; 15; 22; 27].

Рудольф (1970) узагальнив дані про психосоматичні концепції виникнення цукрового діабету наступним чином [22]:

Емоційні конфлікти та потреби задовольняються за допомогою їжі, можливо виникнення неконтрольованого споживання їжі, та як наслідок - ожиріння, після чого настає тривала гіперглікемія.

Таким чином, роль психологічних факторів у виникненні цукрового діабету в даний час доведена, але залишається не до кінця ясним, чи емоційний стрес може викликати діабет у здорових людей, чи стрес лише виявляє латентне захворювання. Не до кінця вивчені також конкретні психологічні причини та механізми виникнення цукрового діабету.

Далі розглянемо психологічні чинники гострих порушень обміну речовин за діабету. В даний час відомо, що психологічні фактори через вегетативну нервову систему впливають на рівень цукру в крові у хворих на цукровий діабет [7]. Дослідниками цукрового діабету підкреслювався безперечний зв'язок декомпенсацій діабету з впливом психічних факторів. Було доведено розвиток кетонемії, ацидозу, наростання глікемії, глюкозурії, підвищення діурезу, ранній розвиток ускладнень у хворих на цукровий діабет під впливом психічного стресу. Гострий психічний стрес у пацієнтів із цукровим діабетом I типу може спричинити резистентність до інсуліну, яка зберігається протягом кількох годин» [15].

Найбільш яскраві приклади впливу психологічних факторів на стан

хворих відзначаються при лабільному перебігу цукрового діабету [4; 22; 27], який характеризується коливаннями глюкози в крові, що призводить до невідкладної госпіталізації. Для хворих з лабільною течією цукрового діабету характерні підвищена збудливість, нестійкість настрою; вони уразливі, вкрай сенситивні, примхливі та егоцентричні [27].

Tattersal & Walford (1985) дійшли до висновку, що лабільний цукровий діабет це патофізіологічна проблема, а не поведінкова. Хворі на лабільний цукровий діабет дозволяють собі потенційно небезпечну поведінку, частково тому, що нехтують її наслідками, але частіше тому, що вона окупається в змісті задоволення інших потреб [38].

У психоаналізі нерідко наголошується, що соматична хвороба дає так звану «вторинну вигоду»: вона дозволяє людині уникнути вирішення важких проблем та необхідності відповідати зовнішнім чи внутрішнім вимогам, отримати турботу та увагу оточуючих тощо. [22; 43]. Вважається, що прагнення вторинної вигоди одна із психологічних чинників лабільного цукрового діабету.

Психологічні реакції на захворювання на цукровий діабет. У хворих на цукровий діабет нерідко спостерігається ряд психологічних порушень, що виникають як на органічному тлі, так і внаслідок хронічного психологічного стресу [11].

Реакція хворих на встановлення діагнозу характеризується вираженим емоційним дистресом внаслідок усвідомлення факту хронічної хвороби [15]. У хворих виникають нозогенні психологічні зміни, у тому числі такі емоційні реакції, як страх, гнів, горе, страждання, тривога [53], з'являються замкнутість, відчуженість, збіднення контактів із людьми, пасивність [29], посилюється тривожність, виникають невпевненість у собі та розлади самооцінки аж до формування комплексу неповноцінності [8], страх негативного ставлення з боку інших, страх перед ймовірними тяжкими ускладненнями цукрового діабету [32], деякі нав'язливі стани [4].

Не тільки сам факт наявності тяжкого хронічного захворювання з

ймовірними ускладненнями, а й необхідність перебудови всього життя, підпорядкованого вимогам самостійного лікування та постійного перебування в стаціонарі, ставить хворого в умови тривалої психотравмуючої ситуації [7; 15; 27].

Внаслідок хронічного психологічного стресу змінюється особистість хворого, виникають не властиві йому психологічні особливості, такі як загальне погіршення настрою, коливання емоцій, часті невротичні прояви, відсутність інтересу та недостатня здатність [11]. Однак подібні зміни характерні не тільки для хворих на цукровий діабет, вони зустрічаються і за інших хронічних захворювань. Крім того, вираженість цих змін залежить від особливостей особистості хворого та характерної для нього реакції на стрес [4].

Основна причина зміни психічних процесів внаслідок хвороби полягає в довготривалій інтоксикації, порушенні обмінних процесів та виснаженні організму [29].

Соматогенні психологічні порушення при цукровому діабеті включають психоендокринний і мнестико-органічний синдроми [11]. Психоендокринний синдром характерний для будь-яких ендокринологічних захворювань і проявляється у зниженні психічної та фізичної активності (астенії), змінах інстинктів, потягів та настрої різного ступеня виразності [4]. На ґрунті астенії у хворих спостерігаються підвищена стомлюваність, дратівливість, уразливість, ослаблення пам'яті, зниження працездатності [23]. Мнестико-органічний синдром формується принаймні при подальшому розвитку хвороби, його основними симптомами є розлади когнітивних (пізнавальних) функцій: пам'яті, мислення, уваги тощо. З огляду на мнестико-органічного синдрому іноді розвиваються гострі психози [11; 23]. Однак грубі зміни особистості та психози при цукровому діабеті відзначаються рідко. Когнітивний дефіцит, як правило, пов'язаний не тільки з діабетичною церебральною дисфункцією, але і з процесами старіння і спостерігається переважно у осіб похилого віку [4; 27].

Серед емоційних розладів при цукровому діабеті найчастіше трапляються депресії [15; 16; 22]. У цьому остаточно незрозуміло, чи є депресії результатом біохімічних змін, властивих основному захворюванню, чи результатом дії психосоціальних і психологічних чинників, що з діабетом (реакції горя) [15; 38]. Є дані на користь і тієї, і іншої точки зору: з одного боку, у багатьох хворих депресивні стани виникають ще до маніфестації ендокринного захворювання [16], з іншого боку, у деяких хворих виразність депресії пов'язана зі ступенем їх поінформованості про результати дослідження цукру в крові [15; 27]. Психогенні та соматогенні чинники по черзі виступають у вигляді причини та у вигляді слідства, формуючи психогенно-соматогенний, чи психосоматичний, цикл [15].

Слід наголосити, що існують численні труднощі вивчення психологічних факторів цукрового діабету, як і інших захворювань. Можливо вивчити психологічні особливості хворих, але невідомо, чи були виявлені властивості притаманні їм до захворювання, або вони з'явилися пізніше і зумовлені впливом самої хвороби. При ретроспективному визначенні психологічних особливостей пацієнтів до маніфестації захворювання існує велика можливість суб'єктивного спотворення даних.

1.3. Підвищений стрес при діабеті

Захворювання на діабет часто призводить до стресу, оскільки воно висуває щоденні вимоги до хворих. Люди з діабетом повинні постійно дотримуватись правил, наприклад регулярно вимірювати рівень цукру в крові, стежити за своїм харчуванням і отримувати достатнє фізичне навантаження у повсякденному житті. Багато людей з діабетом страждають від того, що хвороба визначає їхнє повсякденне життя. Плюс до цього є страх вторинних захворювань. Постійно висуваються вимоги можуть стати постійним емоційним тягарем і, таким чином, призвести до постійного стресу. У професійних колах це називається діабетичний

дистрес.

У разі постійного стресу організм виробляє більше гормону кортизолу. Кортизол, у свою чергу, підвищує рівень цукру в крові, щоб швидко забезпечити організм енергією, коли це потрібно. Крім того, високий рівень стресу стимулює виділення гормону апетиту грелін. Цей гормон апетиту сприяє появі потягу до солодкої та багатой вуглеводами їжі, а значить, і до ймовірності подальшого підвищення рівня цукру в крові за рахунок збільшення кількості споживаної їжі.

Низка досліджень показала, що діабетичний дистрес часто призводить до зниження уваги людини до свого діабету. Рано чи пізно це також впливає на успіх лікування. Діабет виявляється занедбаним, погіршується контроль за обміном речовин і підвищується ризик довгострокових ускладнень захворювання.

Існує ряд методів та заходів щодо зниження дистресу, якими можна опанувати. Наприклад, регулярна фізична активність. Важливо шукати допомогу та вміти її приймати. Гарною підмогою можуть стати, наприклад, стратегії подолання стресу.

Прогресуюче ослаблення пам'яті чи проблеми концентрації може мати безліч причин. Не завжди пов'язані з наявністю серйозного захворювання. Напевно, кожен знайомий із ситуацією, коли ніяк не можеш згадати якесь ім'я або начисто забуваєш про призначену зустріч. Але, якщо випадки порушень пам'яті частішають, це може свідчити про деменцію, що починається. Здатність запам'ятовувати чи згадувати помітно знижена, це стосується насамперед короткострокової пам'яті. При прогресуючій деменції пацієнти часто не можуть сказати, який рік, місяць чи день сьогодні. У деяких випадках забувається навіть власне ім'я чи дата народження. Часто спостерігається зміна характеру, сплутаність свідомості та проблеми орієнтації. Процес може зайти так далеко, що пацієнти вже не можуть орієнтуватися у власну квартиру.

Люди з діабетом частіше відчувають проблеми з когнітивними

функціями і сильніше схильні до ризику деменції, ніж люди зі здоровим обміном речовин. Відомо, що люди з діабетом протягом свого життя вдвічі частіше хворіють на деменцію, ніж люди того ж віку без діабету. Хороша новина: існує низка способів зниження ризику деменції, зокрема (і особливо) для людей з діабетом.

Фахівці виходять із того, що підвищений ризик деменції обумовлений багатьма причинами. Сюди відносяться поганий контроль над значеннями цукру в крові, артеріальним тиском та показниками ліпідів у крові, а також куріння, малорухливий спосіб життя, зайва вага та депресія. Відповідно до сучасного рівня знань, нестача фізичної активності одна із найважливіших чинників розвитку деменції на пізніх етапах життя. Це стосується людей з діабетом і без нього.

Крім підвищеного рівня цукру в крові, сприяти розвитку деменції також може бути виражена гіпоглікемія. Дані дослідження показали, що три важкі гіпоглікемічні епізоди і більше подвоюють ризик розвитку деменції в пізнішому віці.

Діабет пов'язаний із підвищеним ризиком розвитку розладів харчової поведінки. При діабеті 2-го типу певну роль грає так зване психогенне переїдання. Також постійно повідомляється про пропуск прийому пероральних протидіабетичних препаратів.

При діабеті 1-го типу в центрі уваги знаходиться навмисний перепустка доз інсуліну з метою зниження ваги, відомий як діабулімія. Інший розлад харчової поведінки, нервова булімія, при якому гострі напади голоду чергуються з блюванням або вживанням проносних препаратів, також спостерігається переважно у дівчаток-підлітків або молодих жінок з діабетом 1-го типу.

Факторами ризику розладів харчової поведінки у пацієнток з діабетом є молодий вік, жіноча стать, підвищена маса тіла, незадоволеність своїм тілом та депресія. Багато хворих схильні заперечувати або применшувати свій розлад харчової поведінки.

Важливо прийняти розлади харчової поведінки як хворобу. Наслідком розладів харчової поведінки у людей з діабетом є поганий контроль цукру в крові і, отже, підвищений ризик розвитку таких ускладнень як нефропатія, ретинопатія або серцево-судинні захворювання. Тому важливо знати: Чим раніше буде надано допомогу при розладі харчової поведінки, тим краще.

Зі всього вище сказаного, можна зробити висновок, що, стрес відіграє велику роль у клінічній картині та перебігу цукрового діабету, таку ж велику роль займають і механізми психологічного захисту особистості, які дозволяють стабілізувати емоційний стан хворих на цукровий діабет. Психологічний захист має функцію регуляції поведінки людини, підвищення адаптивності, стабілізації психіки, нормалізації стану особистості. На думку багатьох дослідників механізми психологічного захисту підтримують цілісність особистості, виконують функції самозбереження та допомагають подолати страх та тривогу.

Далі розглянемо більш детально механізми психологічного захисту, їх види та вплив на особистість.

1.4.Захисні механізми в психології. Види психологічних захистів

1.4.1. Механізми психологічного захисту особистості та їх види

Кожного день, від народження, ми використовуємо різні механізми психологічного захисту і часто не сприймаємо їх серйозно. Вони працюють постійно, не лише під час кризи, у надзвичайних ситуаціях, у ситуаціях, що загрожують життю, але й під час спілкування з іншими людьми, у громадському транспорті та під час різних життєвих подій.

Функціональне значення психологічного захисту полягає в тому, щоб зменшити у особистості страх, напругу, занепокоєння та розчарування, викликані конфліктом між несвідомими імпульсами та вимогами

навколишнього середовища, що є результатом взаємодії з навколишнім середовищем.

Основний механізм психологічного захисту працює на підсвідомому рівні. Тобто люди часто не підозрюють про їх існування та їхній вплив на свою поведінку та сприйняття. Основною функцією захисту є зменшення емоційного дискомфорту, спричиненого внутрішніми конфліктами та зовнішніми стресовими факторами. Основна функція полягає в підтримці самооцінки, захищаючи людину від негативного самосприйняття та зовнішньої критики. А. Фройд розширила, узагальнила та систематизувала розуміння механізмів психологічного захисту. А. Фройд вказувала на те, що захисні механізми допомагають уникнути розладу, розпаду поведінки та підтримують психічний баланс особистості. Захисні механізми носять індивідуальний характер, та характеризують рівень адаптованості людини.

З. Фройд, Карвасарський Б. Д., Ташликов В. А., Роттенберг В. С., Кіршбаум Е. І., Стоїков І. Д., Отто Ф. Кернберг, вважали, що психологічний захист деструктивно впливає на людину.

Однак, вчені Максименко О.Г., Субботіна Л.Ю., Грановська Р.М., Нікольська І. М. [21] й інші, не так категорично говорять про негативні наслідки, що виникають в результаті використання механізмів психологічного захисту людиною. Найсучасніші напрямки вивчення цього феномену навпаки говорять про позитивні моменти захисту. Захисні механізми вважаються продуктом розвитку та навчання, які знаходяться у підсвідомості особистості, та запускаються у різних кризових ситуаціях, таких як конфлікт, фрустрація чи стрес тощо [20].

Не існує єдиної класифікації механізмів психологічного захисту, але є спроби їх угруповання з різних критеріїв. Наприклад, в монографії Анни Фройд описано 15 механізмів захисту, в класифікації G. E. Vaillant (Vaillant G.E., 1971) їх вже налічується 18 [49].

G. E. Vaillant (1977) була розроблена та запропонована класифікація механізмів захисту за їхньою зрілістю - від "примітивних" до "зрілих", яка

стала досить популярною і залишається актуальною до цього часу.
Дослідник розділив механізми захисту на 4 рівні:

- I рівень це механізми психічного реагування, такі як відкидання реальності, спотворення, ілюзорна проекція;
- II рівень це недорозвинені механізми, такі як уява, проекція, уникання від хвороби, компульсивність та інше..;
- III рівень це невротичні механізми, такі як інтелектуалізація, формування психологічної реакції, усунення, дисоціація;
- IV рівень це зрілі захисти, такі як сублімація, альтруїзм, гумор, супресія, антиципація [25].

Р. Плутчик вніс цінний внесок у дослідження психологічного захисту та розробку методів його вимірювання. (1979). Він поєднав механізми захисту з базовими емоціями, затверджуючи що захисні механізми є похідними емоцій і направлені на їх регулювання та контроль. Їм було виділено 8 захисних механізмів, які були побудовані за «шкалою примітивності – зрілості», залежно від періодів формування в онтогенезі, та пов'язані з когнітивними процесами: заперечення, витіснення, регресія, компенсація, проекція, заміщення, інтелектуалізація, реактивні освіти [31].

У концепції Р. Плутчика механізми захисту є похідними емоцій, які онтогенетично розвивалися для стримування однієї з базисних емоцій [66]. Дані механізми організуються як найважливіші новоутворення на певних етапах розвитку особистості.

Розглянемо деякі види психологічних захистів.

- Базові захисні механізми особистості, такі як витіснення, заперечення, проекція, раціоналізація, заміщення, реактивне утворення, регресія, сублімація [47].

Одним із найважливіших і первинних механізмів є витіснення, який полягає у відкиданні людиною неприємних подій, думок та переживань. У результаті чого, людина більше не усвідомлює внутрішніх конфліктів і не пам'ятає минулих травматичних подій. Травматичні події, які були витіснені,

залишаються активними в несвідомому і можуть виявлятися через сновидіння, жарти, застережень тощо.

Механізми витіснення можна порівняти з дамбою, яка може прорватися в будь-який момент. Завжди існує небезпека, що спогади про неприємні події спливають. Розум при використанні особистістю даного захисного механізму витрачає багато енергії на його придушення.

Наступним важливим механізмом є проекція. Тобто приписування іншим своїх соціально небажаних емоцій, бажань. Цей механізм психологічного захисту дозволяє усунути відповідальність за власні риси особистості та бажання, які вважаються неприйнятними [26]. Наприклад, невинуваті ревності можуть бути результатом механізму проекції. Щоб захиститися від зрадницьких бажань, люди підозрюють свого партнера в невірності.

Крім того, одним з ключових захисних механізмів є заміщення, де рушійний імпульс перенаправляється від більш загрозливого об'єкта до менш загрозливого. Наприклад, надто вимогливий роботодавець критикує співробітницю, яка вибухає гнівом на найменшу провокацію з боку членів сім'ї. Вона просто заміщує начальника як об'єкт свого гніву. У цьому прикладі фактична мета ворожості замінена об'єктом, який є набагато менш загрозливим для цілі.

Раціоналізація. Раціоналізація як захисний механізм включає в себе автоматичне створення логічних аргументів та висновків для пояснення власних помилок з метою збереження позитивного самовизначення.

Одним з найбільш часто використовуваних видів такого захисту є так званий ефект «зелений виноград». Назва ефекту походить від казки Езопа про лисицю, вона не може дістатися до винограду і вирішує, що плід ще не дозрів.

Реактивна освіта. Реактивна освіта перетворюється на механізм психологічного захисту, коли людина проявляє певну поведінку, яка не відповідає її справжньому досвіду. У цій захисній реакції людина несвідомо

змінює один психічний стан на інший (наприклад, ненависть переходить у любов і навпаки). Такі факти важливі для оцінки характеру людини, тому що вони показують, що реальна поведінка людини може бути лише результатом завуальованого спотворення її справжніх бажань. Наприклад, в інших випадках надмірна злість - це неусвідомлена спроба приховати інтерес і доброзичливість, а яскраво виражена ненависть стоїть за спробою налякати людину і несвідомо виплеснути негатив - це результат любові, яка вирішила це приховати.

Регресія - це коли людина повертається до попередньої поведінки. У регресії людина може адаптуватися до травматичної ситуації, несвідомо повертаючись до нормальної дитячої поведінки, наприклад до плачу, примхливості та емоційних потреб. Цей тип захисту особливо поширений у ситуаціях хвороби, коли дорослі починають поводитися як діти. Регресія дозволяє зняти відповідальність за те, що сталося: тому що в дитинстві за багато чого відповідали батьки, що призводить до відсутності успішних життєвих стратегій, труднощів у спілкуванні з оточуючими, до появи психосоматичних розладів. Ми несвідомо засвоїли, що така поведінка гарантує стабільність і безпеку.

Сублімація – це несвідоме перетворення негативної психічної енергії в суспільно корисну роботу. Сублімація проявляється в тому, що людина, яка переживає невротичні конфлікти, знаходить альтернативу своєму внутрішньому страху, переключаючись на інше заняття, такі як творчість, рубання дров, прибирання квартири тощо. Даний механізм вважається єдиною конструктивною стратегією поведінки в ситуаціях психологічного дискомфорту. Сублімація - продуктивний захисний механізм, який подарував світу різноманітні твори мистецтва [47].

Заперечення. Цей механізм захисту дозволяє нам ігнорувати (заперечувати) очевидні факти, тим самим захищаючи розум від травми. Неприємна інформація буде повністю відкинута. Першою реакцією на біль втрати чи небезпечну хворобу часто є заперечення. Коли людина

відмовляється визнати, що сталося щось неприємне, це означає, що вона використовує такі засоби захисту, як заперечення.

Заперечення реальності також має місце, коли люди говорять або стверджують, що: незважаючи на чіткі докази протилежного (наприклад, лікар сказав пацієнту, що він або вона має смертельну хворобу), не може статися зі мною.

1.4.2. Роль захисних механізмів для особистості

Розглядаючи механізми психологічного захисту особистості, необхідно обов'язково звертати увагу на наступне:

1. Люди не усвідомлюють, що вони використовують захисні механізми. Захисні механізми застосовуються на несвідомому рівні.
2. Люди зазвичай використовують один або два механізми захисту. Механізми захисту виникають несвідомо в кризовій ситуації.
3. Захисні механізми захищають людину від непереборного страху та напруги, запобігають розладам поведінки та допомагають зберегти особисту цілісність.
4. Визнання існування психологічного захисту допомагає нам краще зрозуміти та прийняти себе.

Психологічний внутрішній захист зменшує напругу, викликану тривогою, страхом і стресом, дозволяючи підтримувати працездатність навіть за складних обставин.

У ситуаціях, коли емоційні переживання надто інтенсивні, розумові реакції можуть допомогти запобігти розумовому перевантаженню, забезпечити тимчасове полегшення та уникнути розумової втоми. Реакції допомагають підтримувати позитивне самосприйняття, захищаючи людину від негативних думок про себе. Це особливо важливо в ситуаціях невдач або критики [36].

Психічні реакції допомагають підтримувати цілісність

самоідентичності, запобігаючи внутрішньому конфлікту та допомагаючи людям підтримувати стабільний образ себе.

Основний психологічний захист людини допомагає нам адаптуватися до мінливих або складних життєвих ситуацій і забезпечує розумову гнучкість і стабільність. Захисні механізми допомагають керувати внутрішніми конфліктами та дозволяють людям приймати компромісні рішення, не порушуючи внутрішньої рівноваги. Певні реакції людини, такі як гумор і сублімація, покращують соціальні навички та сприяють більш позитивній взаємодії з іншими. Психічні реакції допомагають уникнути прямого конфлікту, забезпечуючи тимчасове вирішення проблеми, поки не буде знайдено більш постійне рішення.

Розуміння власних реакцій є важливим кроком до самопізнання та особистісного зростання, і може допомогти розробити стратегії подолання. Реактивність є основою для розробки більш здорових способів боротьби зі стресом і емоційними проблемами.

Загалом функції захисту корисні для особистості, але надмірне покладення на них може спричинити психологічні проблеми та спотворення реальності.

Важливо знати, коли їх використовувати, і прагнути до більш свідомого та здорового підходу до вирішення емоційних проблем.

Найбільш здоровим використанням психологічних функцій є гнучке застосування зі здатністю адаптуватися до різних ситуацій і поступово переходити до більш зрілих і продуктивних способів боротьби зі стресом і конфліктами [36]. Надмірне використання деяких рис, таких як заперечення та раціоналізація, може призвести до спотворення реальності, а це ускладнює правильне сприйняття ситуації та прийняття ефективних рішень.

Рефлекси заважають особистості безпосередньо зіткнутися з проблемою і можуть завадити її вирішити. Наприклад, використання регресії або проекції дозволяє уникнути відповідальності та відстрочити

вирішення проблеми.

Деякі психологічні стани, такі як компенсація та реактивне виховання, можуть підірвати самооцінку, оскільки вони приховують справжні почуття та заважають людям бути чесними з собою.

Також захисні реакції можуть мати негативний вплив на міжособистісні стосунки. Наприклад, проекція може призвести до помилкового сприйняття намірів іншої людини, а заперечення може перешкодити розпізнаванню та вирішенню конфліктів.

Постійне використання захисних реакцій призводить до емоційного застою та відсутності особистісного зростання, оскільки людина не стикається з емоційними викликами.

Захисне ставлення, таке як витіснення, може призвести до хронічного стресу та тривоги, оскільки невирішені емоційні проблеми продовжують впливати на підсвідомий рівень.

Крім того, неправильне використання засобів захисту може призвести до психологічних проблем, таких як депресія, тривожні розлади та навіть психосоматичних розладів.

У контексті психотерапії захисні реакції можуть перешкоджати ефективному лікуванню, оскільки вони перешкоджають розпізнаванню та обробці глибоких емоційних проблем [55]. Такі позиції, як заперечення та прокрастинація, можуть призвести до соціальної ізоляції, оскільки люди уникають ситуацій, які викликають дискомфорт або страх.

Деякі люди використовують шкідливі моделі поведінки, такі як зловживання алкоголем або наркотиками, як захисний механізм для зменшення стресу та тривоги, що призводить до залежності.

Захисне ставлення може перешкодити людині приймати виклики, які сприяють особистому та професійному зростанню, тим самим обмежуючи потенціал і можливості людини. Надмірна залежність від захисних механізмів може призвести до проблем із саморегуляцією, оскільки погіршує здатність адекватно реагувати на стресові ситуації.

Чи можна змінити форму психологічного захисту? На сьогодні можна впевнено сказати, що це можливо. Першим кроком до змін є усвідомлення власних захисних механізмів. Вони часто діють на підсвідомому рівні, тому їх виявлення вимагає самоаналізу та споглядання. Психотерапевти та психологи можуть допомогти розпізнати та зрозуміти механізми захисту. Вони надають необхідні інструменти та методи для внесення змін у ці механізми. Бажання та готовність до змін є особливо важливими. Без внутрішньої мотивації важко досягти значного прогресу в зміні захисних механізмів.

Другим кроком до змін є усвідомлення поточного пошкодження механізму. Розуміння того, як поточні захисні механізми перешкоджають особистому зростанню, міжособистісним стосункам і просуванню по службі, може стати потужним каталізатором змін.

Замініть механізми захисту від хвороби найбільш адаптивними стратегіями, щоб впоратися з емоційними проблемами та стресом. Наприклад, замість того, щоб використовувати заперечення та придушення, можна освоїти методи вирішення проблем і саморегуляції. Покращення здатності розпізнавати та виражати свої емоції може допомогти зменшити залежність від захисних механізмів і сприяти більш здоровому емоційному спілкуванню.

Зміна захисних механізмів - це процес, який вимагає часу і терпіння. Важливо розуміти, що зміни можуть відбуватися не відразу, а поступово, так як вважається що існує взаємозв'язок копінгу та механізмів психологічного захисту.

Також вважають, що психологічний захист є своєрідним інтрапсихічним копінгом або механізмом контролю внутрішньої тривоги. Іноді копінг відносять до зовнішніх, поведінкових виявів механізмів психологічного захисту. [34, 47].

Близькість понять копінгу та механізмів психологічного захисту диктувала необхідність їх розмежування. Критерії розмежування були

запропоновані

N. Наан у 1974 році, яка вважала, що копінг - це динамічний «параметр», який використовується індивідом свідомо та спрямований на зміну ситуації. Механізми психологічного захисту, на відміну від копіngu, є статичним «параметром», що реалізує пасивні механізми, залежні від інтрапсихічної діяльності та спрямовані на пом'якшення психічного дискомфорту.

N. Наан характеризує копінг-процеси як адекватні реальності, цілеспрямовані, гнучкі та адаптивні дії, а процеси захисту розуміє як нав'язані, жорсткі та спотворені реальності [71].

Ця думка узгоджується з думкою R. Lazarus. Вони розглядають психологічний захист як пасивну копінг-поведінку, а захисні механізми як форми внутрішньопсихічного управління стресом, спрямовані на зняття емоційної напруги до зміни ситуації. Відомі спроби поєднати співіснування понять «копінг» і «захист» за різними ознаками (критеріями) [70]. Рівень свідомості, ступінь волі, час виникнення в онтогенезі, тип і спрямованість поведінки.

Таким чином, механізми психологічного захисту являють собою регулятивні системи стабілізації особистості, основною метою яких є зменшення страху, який неминуче виникає при розпізнаванні конфліктів і перешкод для самоактуалізації.

У ширшому психологічному контексті психологічний захист охоплює негативні травматичні переживання і в першу чергу визначає поведінку особи шляхом усунення психологічного дискомфорту чи тривожної напруги. За своїм проявом це тип несвідомої психічної діяльності, що виникає в онтогенезі, заснований на взаємодії особистісного, конкретного досвіду перетворення особистості у конкретному соціокультурному контексті [35, 41].

Психологічний захист забезпечує копінг-орієнтацію, яка формується на пізніх етапах онтогенетичного розвитку якій розвивається і

зміцнюється в ході набуття життєвого досвіду. Спектр стратегій, які використовує людина протягом життя для вирішення ситуацій та адаптації з вимогами середовища, залежить від структури основних типів психологічного захисту, вироблених у ранньому дитинстві. При цьому психологічні захисти, пов'язані зі структурою особистості будуть впливати як когнітивне осмислення стресової ситуації, так і формування відповідних поведінкових стратегій. Закладається «коридор розвитку особистості», подальша копінг-поведінка [13].

Загалом у вітчизняній літературі найважливішими формами адаптаційних процесів особистості вважаються механізми психологічного захисту та механізми подолання (копінг-поведінки).

На думку ВД, Karvasarskyi (1990), копінг-процеси спрямовані на позитивну зміну ситуації для задоволення основних потреб, а компенсаторні процеси, особливо захисні процеси, зменшують психологічні скарги.

Вчений-дослідник Е.І. Чехлатій (1994) вважає, що різниця між механізмами подолання та механізмами психологічного захисту полягає в тому, що перші використовуються індивідом свідомо, тоді як другі є несвідомими та пасивними [36]. До цього часу при визначенні психотерапевтичних завдань було прийнято поєднувати захисні та копінг-механізми з усією системою адаптаційних реакцій особистості.

Незважаючи на те, що феномен психологічних захистів був описаний ще З. Фройдом і викликає по сій день інтерес у багатьох дослідників, на сьогоднішній день відсутній методологічний матеріал для вивчення механізмів захисту. Ймовірно, це пов'язано зі складністю досліджуваного явища.

1.5. Проблема дослідження механізмів психологічних захистів особистості

Однією з головних труднощів у вивченні психологічного захисту є

відсутність чітко виражених специфічних проявів його функціонування. Іншими словами, його вплив і дія можуть бути помічені лише опосередковано, через інші психічні явища, наприклад, через особливості емоційної сфери особистості, рівень тривожності тощо.

Інша проблема полягає в самому походженні механізмів психологічного захисту проти глибинних неусвідомлених структур психіки. Людина не робить жодних спроб активувати той чи інший захисний механізм, вони включаються автоматично, без будь-якого контролю з боку індивіда.

Однією зі складності є те, що наразі, як вже згадувалося, не існує загальноприйнятої класифікації механізмів психологічного захисту. Наприклад, З. Фройд виділив лише 9 захисних механізмів, П. Коулмен виділяє 17, а Американська психіатрична асоціація виділяє 23.

На даний час існує більше 40 різних захисних механізмів, досить схожих за своєю дією, які можна ідентифікувати, і які використовуються особистістю в поєднанні з іншими та дають схожі результати з точки зору ефективності використання, тобто зменшують емоційний стрес. Тому важко визначити вплив конкретного захисту, оскільки немає чітких обмежень щодо впливу захисту на особистість.

На сьогоднішній день індивідуальний психологічний захист застосовувався лише до емпіричних досліджень за допомогою клінічних і проєктивних методів, досліджень, чиї обмеження та вразливі місця були визнані та описані дослідниками багато разів [48].

Оскільки сьогодні психологічний захист вважається не клінічним явищем, а обов'язковим явищем для кожної психічно здорової людини, тому пріоритет при виборі методу надається неклінічним формам дослідження.

У психології існує дуже мало підтверджуючих діагностичних методів, які можуть оцінити це явище. Деякі з них детально описані в психоаналітичній психології, зокрема через клінічні спостереження під час

аналітичних сесій, динамічний опитувальник особистості (DPI) Т. Гриж і проєктивні методики, такі як ТАТ. Інші методи виходять за межі психоаналітичного підходу, наприклад, метод С. Розенцвейга, метод експертної оцінки К. Перрі та опитувальник «Індекс життєвого стилю» (LSI) Р. Плутчика. При цьому встановлюються завдання дослідження, які дозволяють конкретно та кількісно оцінити захисні механізми [35].

Розглянемо можливість їх використання:

- Клінічне спостереження. Цей метод застосовував З. Фройд у сеансах психоаналізу. Завдяки спостереженню З. Фройд зміг задокументувати такий захисний механізм, як витіснення, і створити свою теорію захисних механізмів.

Основним недоліком цього методу на сучасному етапі розвитку психології є те, що отримані дані не можуть бути підтверджені за допомогою параметричних методів. Більше того, фіксація наявності того чи іншого механізму впливу значною мірою залежить від суб'єктивного сприйняття дослідника. Зібрані дані можуть суттєво спотворюватися під впливом поточних зовнішніх умов, таких як стан дослідника та досліджуваного, їхній настрій, очікування дослідника, особистісні характеристики, когнітивні упередження (наприклад, помилка контрасту), а також тип приміщення, його розміри, меблювання тощо. В результаті метод забезпечує лише загальну інформацію про об'єкт дослідження та вимагає значних часових витрат для проведення [1];

- Проективний метод. У сфері діагностики захисних механізмів основну роль відіграє первинний проєктивний метод дослідження. При цьому найсерйозніші дослідження можливості вимірювання захисних механізмів проводилися дослідниками за допомогою методу Роршаха, проєктивних методів типу ТАТ і методу візуалізації [55].

Проте проєктивні тести не можуть надати жодної загальної інформації про ступінь довіри до використання заперечення, стримування, компенсації чи регресії. І хоч тести Роршаха та ТАТ можуть надати

інформацію про захисти, але вони не дають можливості систематично та кількісно оцінити загальний захист людини [48]. Крім того, жоден із тестів, який зараз використовується, не може пов'язати діапазон захисних механізмів з точки зору подібності та полярності, а також розмістити їх у більш широкому контексті.

Виходячи з того факту, що систематично оцінити всі захисні механізми за допомогою проєктивних методів практично неможливо, деякі дослідники намагалися створити свої опитувальники, які вимірюють захисні механізми. Частина з них спираються на принцип самооцінки, інші вимагають думки самого інтерв'юера [35].

У той же час, з тестів, доступних для вимірювання захисних механізмів, усі, крім кількох, обмежені вимірюванням лише певних методів захисту. [65] Деякі анкети були просто перебудовані з тверджень MMPI;

-Опитувальники. Найповніше серед усіх відомих методів специфіки механізмів психологічного захисту (МПЗ) дозволяє вивчати опитувальник LSI Р. Плутчика, який охоплює вісім механізмів.

Серед беззаперечних переваг цієї методики – її теоретична цінність, яка полягає в можливості вибору даних з восьми захисних механізмів та їх кількісної оцінки. Розроблений Р. Плутчиком спільно з Г. Келерманом і Х. Р. Контом діагностичний інструмент є зручним для використання серед різних суб'єктів і вікових груп та має зрозумілу інтерпретацію, що значно розширює можливості дослідження механізмів психологічного захисту. Варто зазначити, що розробка цього тесту концептуально ґрунтується на загально-психологічній теорії. Психологічні захисні механізми трактуються як похідні емоцій, оскільки кожен базовий механізм захисту спрямований на стримування однієї з основних емоцій.

Цей метод представлений анкетною, що складається з 97 запитань, на які необхідно відповісти «так» або «ні». Така форма дослідження механізмів психологічного захисту дозволяє не лише якісно оцінити прояви захисного механізму, але й кількісно визначити його значення. Однак, ця методика

має й певні недоліки: дихотомічний характер відповідей обмежує можливості вивчення, не даючи змоги виявити індивідуальні особливості відповіді.

Крім того, цей опитувальник не фіксує експресію інших захисних механізмів, а зводить їх до 8 обраних категорій. Тому для визначення загальної картини механізмів психологічного захисту необхідно використовувати цілий комплекс методів, спостережливих і проєктивних, а також опитувальних форм дослідження. В нашому дослідженні ми будемо використовувати даний тест.

1.6. Психологічні особливості захисних механізмів пацієнтів хворих на діабет I та II типу

Психологічні реакції на захворювання на цукровий діабет. У хворих на цукровий діабет нерідко спостерігається ряд психологічних порушень, що виникають як на органічному тлі, так і внаслідок хронічного психологічного стресу [5].

Реакція хворих на встановлення діагнозу характеризується вираженим емоційним дистресом внаслідок усвідомлення факту хронічної хвороби [10]. У хворих виникають нозогенні психологічні зміни, у тому числі такі емоційні реакції, як страх, гнів, горе, страждання, тривога, з'являються замкнутість, відчуженість, збіднення контактів із людьми, пасивність, посилюється тривожність, виникають невпевненість у собі та розлади самооцінки аж до формування комплексу неповноцінності, страх негативного відношення з боку інших, страх перед ймовірними тяжкими ускладненнями цукрового діабету, деякі нав'язливі стани [59].

Не тільки сам факт наявності тяжкого хронічного захворювання з ймовірними ускладненнями, а й необхідність перебудови всього життя, підпорядкованого вимогам самостійного лікування та постійного перебування в стаціонарі, ставить хворого в умови тривалої

психотравмуючої ситуації [28].

Внаслідок хронічного психологічного стресу змінюється особистість хворого, виникають не властиві йому психологічні особливості, такі як загальний знижений фон настрою, емоційна лабільність, часті невротичні реакції, байдужість, нездатність прийняття у багатьох випадках самостійних рішень [31]. Однак подібні зміни характерні не тільки для хворих на цукровий діабет, вони зустрічаються і за інших хронічних захворювань. Крім того, вираженість цих змін залежить від особливостей особистості хворого та характерної для нього реакції на стрес [59].

Суть негативного впливу хвороби на особистість полягає в тривалій та інтенсивній інтоксикації, порушенні обмінних процесів і виснаженні, які спричиняють зміни в ході психічних процесів. В соматогенні психологічні порушення при цукровому діабеті входять психоендокринний і мнестико-органічний синдроми. Психоендокринний синдром характерний для будь-яких ендокринологічних захворювань і проявляється у зниженні психічної та фізичної активності (астенії), змінах інстинктів, потягів та настрої різного ступеня виразності [16]. На ґрунті астенії у хворих спостерігаються підвищена стомлюваність, дратівливість, уразливість, ослаблення пам'яті, зниження працездатності. Мнестико-органічний синдром формується принаймні подальшого розвитку хвороби, його основними симптомами є розлади когнітивних (пізнавальних) функцій: пам'яті, мислення, уваги тощо. З огляду на мнестико-органічного синдрому іноді розвиваються гострі психози [10; 22]. Однак грубі зміни особистості та психози при цукровому діабеті відзначаються рідко. Когнітивний дефіцит, як правило, пов'язаний не тільки з діабетичною церебральною дисфункцією, але і з процесами старіння та при тривалому і тяжкому перебігу хвороби.

Серед емоційних розладів при цукровому діабеті найчастіше трапляються депресії [30; 59]. При їх виникненні остаточно незрозуміло, чи є депресії результатом біохімічних змін, властивих основному захворювання, чи результатом дії психосоціальних і психологічних

чинників, які мають місце при діабеті (реакції горя). Є дані на користь і тієї, і іншої точки зору: з одного боку, у багатьох хворих депресивні стани виникають ще до маніфестації ендокринного захворювання, з іншого боку, у деяких хворих виразність депресії пов'язана зі ступенем їх поінформованості про результати дослідження цукру в крові. Якщо психологічні та фізіологічні фактори виступають як причини один одного, вони можуть утворювати психосоматичний цикл або психогенно-соматогенний цикл [54].

Слід наголосити, що існують численні труднощі вивчення психологічних факторів цукрового діабету, як і інших захворювань. Можливо вивчити психологічні особливості хворих, але невідомо, чи були виявлені властивості притаманні їм до захворювання, або вони з'явилися пізніше і зумовлені впливом самої хвороби. При ретроспективному визначенні психологічних особливостей пацієнтів до маніфестації захворювання існує велика можливість суб'єктивного спотворення даних. Важко визначати і специфіку окремих захворювань, питання ускладнюється тим, що кожен вчений досліджує лише одну групу захворювань. Часто при подальшому аналізі так званих специфічних типів особистості та конфліктних ситуацій виявляється, що вони в значній мірі схожі на показники, отримані при інших захворюваннях. [5].

Психологічний захист, пов'язаний із витісненням тих чи інших потреб та емоцій зі свідомості, що призводить до неможливості здійснення емоційної розрядки [59]. Психологічний захист нерідко зумовлений внутрішнім конфліктом: «Ми стикаємося з виникненням конфлікту між устремліннями органічного життя та засадами суспільства. ... У деяких випадках переможене соціальним впливом «Я» змушене витіснити свої природні імпульси... Слідом за здійсненим витісненням «Я» ... організує енергію людини таким, що не відповідає дійсності, не дозволяє їй реалізувати природне призначення власних імпульсів і спонукань, і, як наслідок, може навести до психоневротичних розладів, істерії, органічних змін та

пухлини» [54].

Стримування емоцій: «характерною рисою ... є схильність придушувати чи стримувати ці емоції замість вивільнення екстремальної реакції у відповідній поведінці - боротьбі, втечі чи конструктивній діяльності, таким чином ніколи не завершуючи їх. Він занурюється в постійний стан готовності перед загрозою, яка може бути суто суб'єктивною і ніколи не призводить його до будь-яких дій. В результаті описані вище фізіологічні зміни можуть перетворитися з тимчасових екстремальних реакцій на постійні та закріплені. Такою є фізіологічна основа психосоматичних розладів» [7]. Нерідко постійне стримування емоцій пов'язані з особистісними особливостями суб'єкта: «психосоматичні хворі соромляться виявляти свої емоції, особливо агресивні. Їм властивий надмірний емоційний контроль, що допомагає приховувати власні потреби, залежність, розчарування, гнів, а також свідомість своєї безпорадності та переживання ворожих почуттів до себе. ... Через постійний контроль їх руху набувають відтінку скутості, «дерев'яності», мова стає монотонною та одноманітною» [7].

Психологічні захисти при захворюванні на цукровий діабет - це механізми психічного захисту, які використовуються людиною для пом'якшення впливу стресу, тривоги та негативних емоцій, пов'язаних із діагнозом цукрового діабету.

Пацієнти з цукровим діабетом можуть виявляти різні психологічні захисти, такі як заперечення (не визнання серйозності захворювання), проекція (перенесення своїх проблем на інших), раціоналізація (пояснення свого стану хибними переконливими аргументами), сублімація (перенаправлення негативних емоцій на корисну дію) та інші.

Використання психологічних захистів може утруднити пацієнтам прийняття свого стану, дотримання рекомендацій щодо лікування, контроль рівня глюкози та загальне управління захворюванням. Це може призвести до погіршення стану здоров'я та ускладнень.

Для допомоги пацієнтам з цукровим діабетом у подоланні психологічних захистів важливо проводити психологічну підтримку, навчати стратегіям управління зі стресом, заохочувати відкритість та чесне спілкування про свої емоції та побоювання, а також сприяти розвитку позитивного ставлення до управління захворюванням.

Пацієнти з цукровим діабетом I та II типу можуть використовувати різні механізми психологічних захистів для подолання емоційних труднощів, пов'язаних із захворюванням. Ось деякі з можливих особливостей та видів механізмів психологічних захистів у таких пацієнтів:

1. Заперечення: пацієнти можуть заперечувати факт наявності захворювання або його серйозність, щоб знизити тривожність та страх перед хворобою.
2. Проекція: іноді пацієнти можуть проектувати свої негативні почуття та емоції на інших людей або на саме захворювання, щоб пом'якшити свій внутрішній біль.
3. Раціоналізація: пацієнти можуть використовувати раціоналізацію для пояснення свого захворювання через зовнішні обставини або генетичну схильність, щоб знизити почуття провини.
4. Регресія: у стресових ситуаціях пацієнти можуть вдаватися до регресії, повертаючись до більш простих способів усунення проблем, наприклад, відходу в себе.
5. Компенсація: пацієнти можуть компенсувати свої емоційні труднощі, пов'язані з діабетом через збільшення активності в інших сферах життя, наприклад, заняття спортом або творчістю.

Ці механізми психологічних захистів можуть допомогти пацієнтам цукровим діабетом долати емоційні труднощі, але важливо пам'ятати, що вони не завжди сприяють повноцінній роботі з проблемами і можуть вимагати професійної психологічної підтримки.

Висновки до 1 розділу

Цукровий діабет - це захворювання, яке обумовлене недостатністю інсуліну в організмі пацієнта, що спочатку призводить до порушення вуглеводного обміну та всіх інших видів обміну, а в кінцевому підсумку приводить до ураження всіх систем організму.

Цукровий діабет може бути як первинним (ідіопатичним), так і вторинним (спричиненим різними можливими причинами, включаючи руйнування підшлункової залози злоякісними пухлинами або панкреатитом, а також антагонізмом інсуліну та стероїдних препаратів).

Однією з причин виникнення цукрового діабету є тривалий емоційний стрес, який спричиняє порушення нормального перебігу процесів збудження та гальмування в головному мозку, утворюючи застійні збудливі вогнища в нейрогенезі цукрових центрів. Підвищена збудливість призводить до підвищення концентрації цукру в крові, що викликає спазм судин підшлункової залози, порушення окисних процесів, гіпоксію бета-клітин підшлункової залози, порушення вироблення інсуліну і розвиток цукрового діабету.

Цукровий діабет є практично невиліковним захворюванням, стан хворого погіршується із збільшенням тривалості захворювання. У легких випадках або на ранніх стадіях захворювання діабет може майже не мати симптомів.

До основних симптомів цукрового діабету відносяться підвищення рівня цукру в крові і його поява в сечі, спрага, почастішання сечовипускання, втрата ваги, загальна слабкість і навіть шкірні захворювання (екзема, свербіж, фурункульоз). Загоєння ран часто погане, ефективність знижена, а менструальний цикл скорочується. У міру прогресування захворювання ранні склеротичні зміни судин можуть призвести до хронічних інфекцій сечовивідних шляхів і розладів периферичного кровообігу. Серйозним ускладненням є діабетична кома, раптове порушення обмінних процесів з втратою свідомості.

Існує два типи діабету: діабет I типу (інсулінова залежність), при якому порушується секреція інсуліну в островцях Лангерганса (абсолютний дефіцит інсуліну). Цей тип діабету ще називають «юнацьким діабетом», оскільки він найчастіше зустрічається у дітей (включаючи новонароджених і немовлят), підлітків і молодих людей (віком до 30 років). З усіх випадків діабету на цукровий діабет I типу припадає лише 15-20%.

Цукровий діабет II типу (інсулінонезалежний) внаслідок відносної резистентності периферичних органів до інсуліну (відносний дефіцит інсуліну). Цей тип діабету є найпоширенішим. Його називають «діабетом у дорослих», тому що, хоча він найчастіше зустрічається у людей старших 40 років, поширеність діабету 2 типу значно зростає з кожною віковою групою. Даний тип характеризується відотною недостатністю інсуліну і дуже часто поєднується з ожирінням. Хворі тривалий час, а іноді все життя не потребують інсулінотерапії. В обох випадках основним симптомом є гіперглікемія.

У сучасній літературі перераховують такі психологічні особливості хворих на цукровий діабет, як почуття незахищеності та емоційної занедбаності у поєднанні з бажанням уваги, опіки та турботи з боку інших, тривожність у поєднанні з прагненням до спокою та уникнення проблем (емоційний конфлікт), егоцентризм, дратівливість, і нестриманість, шизоїдні риси у поєднанні з параноїчною готовністю, нерішучість, імпульсивність, підвищена чутливість та емоційна інертність, прояви алекситимії, астенії та депресії, соціальна тривожність та слабкість Его, схильність до саморуйнівної поведінки.

У хворих на цукровий діабет нерідко спостерігається ряд психологічних порушень, що виникають як на органічному тлі, так і внаслідок хронічного психологічного стресу.

Реакція хворих на встановлення діагнозу характеризується вираженим емоційним дистресом внаслідок усвідомлення факту хронічної хвороби. У хворих виникають нозогенні психологічні зміни, у тому числі такі

емоційні реакції, як страх, гнів, горе, страждання, тривога, з'являються замкнутість, відчуженість, збіднення контактів із людьми, пасивність, посилюється тривожність, виникають невпевненість у собі та розлади самооцінки аж до формування комплексу неповноцінності, страх негативного ставлення з боку інших, страх перед ймовірними тяжкими ускладненнями цукрового діабету, деякі нав'язливі стани.

Внаслідок хронічного психологічного стресу змінюється особистість хворого, виникають не властиві йому психологічні особливості, такі як загальний знижений фон настрою, емоційна лабільність, часті невротичні реакції, байдужість, нездатність прийняття у багатьох випадках самостійних рішень. Однак подібні зміни характерні не тільки для хворих на цукровий діабет, вони зустрічаються і за інших хронічних захворювань. Крім того, вираженість цих змін залежить від особливостей особистості хворого та характерної для нього реакції на стрес.

Стрес відіграє велику роль у клінічній картині та перебігу цукрового діабету, таку ж велику роль займають і механізми психологічного захисту особистості, які дозволяють стабілізувати емоційний стан хворих на цукровий діабет. Психологічний захист має функцію регуляції поведінки людини, підвищення адаптивності, стабілізації психіки, нормалізації стану особистості.

Вперше термін «захисний механізм» використав Зигмунд Фройд. Функціональне значення психологічного захисту полягає в тому, щоб зменшити страх, напругу, занепокоєння та розчарування, викликані конфліктом між несвідомими імпульсами та вимогами навколишнього середовища, що є результатом взаємодії з навколишнім середовищем.

Під час розгляду механізмів психологічного захисту особистості, необхідно звернути увагу на наступне:

1. Захисні механізми знаходяться на несвідомому рівні. Люди не усвідомлюють, що вони використовують захисні механізми.
2. Механізми захисту виникають несвідомо в кризовій ситуації. Люди

зазвичай використовують один або два механізми захисту.

3. Захисні механізми захищають людину від непереборного страху та напруги, запобігають розладам поведінки та допомагають зберегти особисту цілісність.

4. Визнання існування психологічного захисту допомагає нам краще зрозуміти та прийняти себе.

Психологічний внутрішній захист зменшує напругу, викликану тривогою, страхом і стресом, дозволяючи підтримувати працездатність навіть за складних обставин.

Психологічні захисти при захворюванні на цукровий діабет - це механізми психічного захисту, які використовуються людиною для пом'якшення впливу стресу, тривоги та негативних емоцій, пов'язаних із діагнозом цукрового діабету.

Пацієнти з цукровим діабетом можуть виявляти різні психологічні захисти, такі як заперечення (не визнання серйозності захворювання), проекція (перенесення своїх проблем на інших), раціоналізація (пояснення свого стану хибними переконливими аргументами), сублімація (перенаправлення негативних емоцій на корисну дію) та інші.

Використання психологічних захистів може утруднити пацієнтам прийняття свого стану, дотримання рекомендацій щодо лікування, контроль рівня глюкози та загальне управління захворюванням. Це може призвести до погіршення стану здоров'я та ускладнень.

Для допомоги пацієнтам з цукровим діабетом у подоланні психологічних захистів важливо проводити психологічну підтримку, навчати стратегіям управління зі стресом, заохочувати відкритість та чесне спілкування про свої емоції та побоювання, а також сприяти розвитку позитивного ставлення до управління захворюванням.

РОЗДІЛ II. Емпіричне дослідження особливостей захисних механізмів пацієнтів хворих на діабет I та II типу

2.1. Програма дослідження. Характеристика основи дослідження

Відповідно до вимог організації практичного психологічного дослідження нами було проведено емпіричне дослідження індивідуальних особливостей та особливостей вибору механізмів психологічного захисту хворих на цукровий діабет I та II типу. Дослідження проводилось в три етапи: підготовка емпіричного дослідження, діагностичний етап - проведення самого дослідження, аналітичний етап дослідження - опис, аналіз та інтерпретація отриманих результатів.

На підготовчому етапі були визначені мета роботи, об'єкт та предмет дослідження, основні завдання, підібрано комплекс відповідних психологічних діагностичних методів, сформована вибірка дослідження.

На даному етапі визначається послідовність дій емпіричного дослідження.

Наступним кроком було емпіричне дослідження, яке було проведено на діагностичному етапі. Дослідження проводилося за попередньо визначеним планом та обраними психодіагностичними методиками.

Емпіричне дослідження, а саме тестування респондентів, проводилось з червня по вересень 2024 року. Під час дослідження всі випробувані були проінформовані про цілі, особливості процедури дослідження та можливість відмови від участі в ньому.

На аналітичному етапі дослідження проведено статистичну обробку даних та якісний аналіз отриманих результатів.

Результати, отримані після цих математичних і статистичних методів обробки, дозволяють розрахувати ступінь достовірності отриманих даних і відібрати ті дані, які не відповідають цим критеріям, але є досить структурованими і повними.

Під час написання цієї роботи було вибрано наступні методи емпіричного дослідження: спостереження, бесіда, анкетування, психодіагностичні методики.

Психодіагностичні методики такі:

- 16-факторний особистісний опитувальник Р.Б. Кеттелла, призначений для діагностики особистісних особливостей респондентів.

- Шкала тривоги Дж. Тейлора. Особистісна шкала проявів тривоги Тейлора (Taylor's Manifest Anxiety Scale) розроблена для вимірювання рівня тривожності. Вона була опублікована Дж. Тейлором у 1953 році.

- Методика «LSI» (Індекс життєвого стилю) Плутчика-Келлермана-Конте, призначена для діагностики механізмів психологічного захисту та загального рівня розвитку психологічного захисту.

- Шкала соціально-психологічної адаптованості, розроблена К. Роджерсом та Д. Даймондом.

- Методика «TAS» («Торонтська алекситимічна шкала»), призначена для оцінки рівня алекситимії (алекситимія - це психологічний стан, який проявляється в складності розуміння власних емоцій, вираженні їх через жести, позу та міміку, а також в описі їх словами при спілкуванні з іншими людьми).

Таким чином, психодіагностичні методи, використані в нашому дослідженні, відповідають основним принципам нашого емпіричного дослідження і дійсні в рамках обраної теми магістерської роботи. Це дозволило провести дослідження категорійних характеристик механізмів психологічного захисту у хворих на цукровий діабет, які будуть нами розглянуті.

Основними критеріями вибору засобів психологічної діагностики для проведення дослідження є: практичність, інформативність, висока точність і прогнозованість отриманих результатів, можливість автоматизованої обробки даних, відповідність загальноприйнятим вимогам до організації процедури психологічного діагностичного тестування.

Тому при виборі методів проведення психологічних діагностичних тестів ми керувались такими принципами, як: надійність і валідність методу, можливість кількісної і якісної оцінки отриманих даних, швидкість обробки і отримання результатів, можливість отримати загальну оцінку деяких засвоєних властивостей.

Характеристика основи дослідження

Емпіричне дослідження психологічних особливостей хворих на цукровий діабет було проведено у період із березня по травень 2024 року у місті Одесі, що включало в себе підготовку до тестування (анкетування, спілкування з лікарями, що ведуть хворих та самими хворими), саме тестування хворих на цукровий діабет та обробку отриманих результатів. У дослідженні взяли участь 65 осіб, у тому числі 33 особи (50,8% вибірки) -

пацієнти ендокринологічного відділення Одеської обласної клінічної лікарні з діагнозом «цукровий діабет» та 32 особи (49,2% вибірки) - умовно здорові респонденти, які не страждають даним захворюванням.

До групи умовно здорових респондентів увійшли особи віком від 20 до 59 років, середній вік у цій групі - 37 років. 67,7% респондентів цієї групи (21 особа) - жінки, 32,3% (10 осіб) - чоловіки. 54,8% піддослідних (17 осіб) мають середню освіту, 41,9% (15 осіб) - вищу освіту. 67,7% піддослідних цієї групи (21 особа) перебувають у шлюбі, 32,3% (11 осіб) - не одружені.

31% респондентів (10 осіб), які увійшли до складу вивченої групи умовно здорових осіб, не мають жодних скарг щодо здоров'я і не страждають на хронічні захворювання; 69,0% респондентів у цій групі (22 людини) страждають на хронічні захворювання, у тому числі психосоматичні (22,5% від числа респондентів цієї групи). Група умовно здорових респондентів була підібрана вільним вибором.

До групи осіб, які страждають на цукровий діабет, увійшли респонденти віком від 20 до 61 років, середній вік у групі - 40 рік. 62,5% піддослідних цієї групи (20 особа) - жінки, 37,5% (13 осіб) - чоловіки. 68,7% (22 особи) мають середню освіту, 31,3% (10 осіб) - вищу освіту. 51,0% респондентів цієї групи (17 осіб) перебувають у шлюбі, 49,0% (16 осіб) - не перебувають у шлюбі.

49% респондентів цієї групи (16 осіб) страждають на цукровий діабет першого типу; 51% (17 осіб) - цукровий діабет другого типу. Показники тривалості захворювання на цукровий діабет варіювали від 1 до 21 років, середня тривалість захворювання в групі, що вивчається, - 9 років. 21,9% респондентів цієї групи (7 осіб) не мають супутніх діагнозів, 78,1% (25 осіб) страждають крім цукрового діабету, на інші захворювання.

Таким чином, групи респондентів, що страждають на цукровий діабет, і умовно здорових піддослідних схожі за соціально-демографічним складом: і в тій, і в іншій групі переважають особи жіночої статі, в групах близькі середні показники віку респондентів і т.д. Стан здоров'я осіб у групі

умовно здорових респондентів як і загалом залишає бажати кращого: цілком здоровими є лише 29,0% піддослідних, які у складі цієї групи. Отже, між досліджуваними групами випробуваних відсутні істотні відмінності соціально-демографічних показників і загального стану здоров'я, які були виявлені під час проведення емпіричного дослідження відмінності психологічних особливостей респондентів у групах, що вивчаються, не пов'язані ні з чим іншим, крім наявності або відсутності цукрового діабету.

2.2. Методики дослідження

Спостереження. У процесі спілкування з пацієнтами відзначалися особливості їхньої поведінки, загального фізичного стану, включеність у виконання методик. Дані способу доповнюють характеристику особистості. У ході спостереження за пацієнтами є можливість помітити ті особистісні риси, які вони мають і які виявляються під час вивчення результатів методик. Спостереження хворих на цукровий діабет проводилось разом з лікарем на прийомі, воно проходило в вільній формі (вільне спостереження не має заздалегідь установлених рамок, програми, процедури проведення).

Бесіда. Початок дослідження супроводжувала клініко-психологічна бесіда, мета якої не лише зібрати анамнестичні дані та вислухати скарги пацієнта, а й встановити з ним довірчий контакт, щоб зменшити ймовірність соціально-бажаних відповідей. Бесіда допомагає пацієнтові звикнути до ситуації дослідження, що особливо важливо для тривожних та параноїдних пацієнтів. Під час розмови також можуть бути зібрані дані, важливі для поточного дослідження.

Анкета. Перед проведенням основної частини дослідження, яка включала опитувальні методи, пацієнтам було представлено опитування - кілька питань, що дозволяють віднести пацієнта до будь-якої групи.

Всім респондентам було поставлено кілька питань про соціально-

демографічні характеристики (стаття, вік, рівень освіти, сімейний стан), про стан здоров'я (про наявність або відсутність хронічних захворювань - у групі умовно здорових респондентів, про наявність супутніх хронічних захворювань - у групі хворих на цукровий діабет). Респондентам групи хворих на цукровий діабет також були задані питання про давність захворювання, на який тип діабету вони страждають і яка, на їхню думку, роль емоційних факторів у виникненні їх захворювання, з'ясовувалося кількість госпіталізацій, пов'язаних з низьким рівнем глюкози в крові, та оцінювався загальний соматичний та психічний стан..

Відповідно до мети та завдань роботи для емпіричного дослідження індивідуально-психологічних особливостей хворих на цукровий діабет та використання ними механізмів психологічного захисту були підібрані наступні психодіагностичні методики.

Методика «TAS» (Торонтська алекситимічна шкала), призначена для оцінки рівня алекситимії. Торонтська шкала алекситимії (Toronto Alexithymia Scale, TAS) — це клінічний опитувальник, який використовується для дослідження такої особистісної характеристики як алекситимії та її особистісної характеристики.

Алекситимія характеризується зниженням або відсутністю здатності до диференціації, розпізнавання та вираження емоційних переживань і тілесних відчуттів. Інколи до цього поняття також відносять низький рівень емоційної чутливості до інших людей і недостатню емоційну залученість у повсякденному житті.

Методика складається з 26 питань, ступінь своєї згоди з якими випробовуваному необхідно висловити шляхом вибору одного із п'яти варіантів відповіді. Обробка результатів здійснюється відповідно до ключа. За даними авторів методики, підсумкові показники величиною 62 бали та нижче відображають низький рівень алекситимії, характерний для здорових людей; показники величиною 74 бали та вище - високий рівень алекситимії, характерний для хворих на психосоматичні розлади.

Методика «LSI» (Індекс життєвого стилю) Плутчика-Келлермана-Конте, призначена для діагностики механізмів психологічного захисту та загального рівня розвитку психологічного захисту. Методика складається з 92 питань та 8-ми шкал, та відповідають основним механізмам психологічного захисту, а саме - витіснення, регресії, заміщення, заперечення, проекції, компенсації, гіперкомпенсації, раціоналізації. Якщо питання стосуються досліджуваних, відповідні номери питань позначають знаком «+».

Респондент повинен обрати те твердження, які найбільше відповідають його психологічному стану чи поведінці. За підсумками обробки результатів, які обчислюються відсотковими показниками ступені вираженості кожного з перерахованих механізмів психологічного захисту, а також загального рівня психологічного захисту (здійснюється відповідно до ключа до методики).

Шкала соціально-психологічної адаптованості, розроблена К. Роджерсом та Д. Даймондом. Шкала соціально-психологічної адаптованості - Це особистісний опитувальник, який призначений для дослідження особливостей соціально-психологічної адаптації та пов'язаних із цим рис особистості. Стимульний матеріал складається з 101 твердження, сформульованого в третій особі однини без використання займенників. Ймовірно, така форма була обрана авторами з метою уникнення прямого ототожнення, коли учасники тестування свідомо пов'язують твердження зі своїми власними рисами. Цей методичний прийом є однією з форм нейтралізації установки на соціально бажані відповіді.

За підсумками обробки результатів розраховуються показники за такими шкалами:

- загальний рівень: адаптованість - дезадаптованість;
- шкала брехні: прийняття - неприйняття себе;
- прийняття інших – конфлікти з іншими людьми;

- емоційний комфорт (оптимізм, врівноваженість) – емоційний дискомфорт (тривожність, занепокоєння або ж апатія);
- очікування внутрішнього контролю (впевненість у тому, що досягнення життєвих цілей залежить від власних зусиль, особиста відповідальність і компетентність) – очікування зовнішнього контролю (сподівання на допомогу ззовні, пасивність у розв'язанні життєвих завдань);
- домінування - відомість (залежність з інших);
- «ухилення» від проблем.

Шкала тривоги Дж. Тейлора. Особистісна шкала проявів тривоги Тейлора (Teilor's Manifest Anxiety Scale) призначена для виміру проявів тривожності. Опубліковано Дж. Тейлор в 1953 р.

Твердження були відібрані з набору Міннесотського багатоаспектного особистісного опитувальника (MMPI). Вибір пунктів для тестування базувався на аналізі їх здатності розрізняти осіб з «хронічними реакціями тривоги». Цей опитувальник був запропонований Дж. Тейлором у 1955 році для вимірювання рівня особистісної тривожності та адаптований Т.А. Немчіним у 1966 році. Опитувальник складається з 50 тверджень, на які потрібно відповісти «так» або «ні».

Оцінка результатів дослідження проводиться шляхом підрахунку кількості відповідей, які свідчать про тривожність. Кожна відповідь «так» на висловлення 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50 оцінюється в 1 бал.

Відповідь «ні» на висловлення 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13 оцінюється в 1 бал.

Сумарна оцінка: 40-50 балів розглядається як показник дуже високого рівня тривоги; 25-40 балів свідчать про високий рівень тривоги; 15-25 балів - про середній (з тенденцією до високого) рівні; 5-15 балів - про середній (з тенденцією до низького) рівні й 0-5 балів - про низький рівень тривоги.

16-факторний особистісний опитувальник Р.Б. Кеттелла. Опитувальник призначений для діагностики особистісних особливостей респондентів. Опитувальник складається із 187 тверджень, на кожне з яких пропонується обрати один із трьох запропонованих варіантів відповіді.

За підсумками обробки результатів нараховуються бали за такими шкалами (факторами):

A: замкнутість - товариськість;

У: інтелект;

З: емоційна нестабільність - емоційна стабільність;

E: підпорядкованість - домінантність;

F: стриманість - експресивність;

G: низька нормативність поведінки - висока нормативність поведінки;

H: боязкість - сміливість;

I: жорсткість - чутливість;

L: довірливість - підозрілість;

M: практичність - мрійливість;

N: прямолінійність - дипломатичність;

V: спокій - тривожність;

Q1: консерватизм - радикалізм;

Q2: конформізм - нонконформізм;

Q3: низький самоконтроль - високий самоконтроль; Q4: розслабленість - напруженість.

Для оцінки рівня значущості відмінностей статистична обробка результатів психологічної діагностики респондентів здійснювалася шляхом застосування Т-критерію Стьюдента (цей метод рекомендований визначення статистичної значимості відмінностей середніх показників у малих незалежних вибірках В.Е. Гмурманом), і навіть аналізу таблиць спряженості.

Для статистичного аналізу у роботі використовувався програмний пакет SPSS Statistics 23.0. Було проведено частотний аналіз, опис середніх

значень, порівняння середніх значень за t-критерієм Стьюдента.

Висновки до 2 розділу

Дослідження проводилось в три етапи: підготовка емпіричного дослідження, діагностичний етап - проведення самого дослідження, аналітичний етапі дослідження - опис, аналіз та інтерпретація отриманих результатів.

На підготовчому етапі були визначені мета роботи, об'єкт та предмет дослідження, основні завдання, підбрано комплекс відповідних психологічних діагностичних методів, сформована вибірка дослідження.

На даному етапі визначається послідовність дій емпіричного дослідження.

На наступному діагностичному етапі було проведено емпіричне дослідження. Дослідження проводилося за попередньо визначеним планом та обраними психодіагностичними методиками.

Емпіричне дослідження, а саме тестування респондентів, червня по вересень 2024 року році. Під час дослідження всі випробувані були проінформовані про цілі, особливості процедури дослідження та можливість відмови від участі в ньому.

На аналітичному етапі дослідження проведено статистичну обробку даних та якісний аналіз отриманих результатів.

Результати, отримані після цих математичних і статистичних методів обробки, дозволяють розрахувати ступінь достовірності отриманих даних і відібрати ті дані, які не відповідають цим критеріям, але є досить структурованими і повними.

Нами було вибрано наступні методи емпіричного дослідження: спостереження, бесіда, анкетування, психодіагностичні методики.

Психодіагностичні методики такі:

- 16-факторний особистісний опитувальник Р.Б. Кеттелла, призначений

для діагностики особистісних особливостей респондентів.

- Шкала тривоги Дж. Тейлора. Шкала тривоги Тейлора (Teilor's Manifest Anxiety Scale) використовується для виміру проявів тривожності. Було опубліковано Дж. Тейлор в 1953 р.

- Методика «LSI» (Індекс життєвого стилю) Плутчика-Келлермана-Конте, призначена для діагностики механізмів психологічного захисту та загального рівня розвитку психологічного захисту.

- Шкала соціально-психологічної адаптованості, розроблена К. Роджерсом та Д. Даймондом.

- Методика «TAS» («Торонтська алекситимічна шкала»), призначена для оцінки рівня алекситимії (алекситимія - це психологічний стан, який проявляється в складності розуміння власних емоцій, вираженні їх через жести, позу та міміку, а також в описі їх словами при спілкуванні з іншими людьми).

Таким чином, психодіагностичні методи, використані в нашому дослідженні, відповідають основним принципам нашого емпіричного дослідження і дійсні в рамках обраної теми магістерської роботи. Це дозволило провести дослідження категорійних характеристик механізмів психологічного захисту у хворих на цукровий діабет, які будуть нами розглянуті.

Емпіричне дослідження психологічних особливостей хворих на цукровий діабет було проведено у період із березня по травень 2024 року у місті Одесі, що включало в себе підготовку до тестування (спостереження, бесіду, анкетування, спілкування з лікарями, що ведуть хворих та самими хворими), саме тестування хворих на цукровий діабет та обробку отриманих результатів. У дослідженні взяли участь 65 осіб, у тому числі 33 особи (50,8% вибірки) - пацієнти ендокринологічного відділення Одеської обласної клінічної лікарні з діагнозом «цукровий діабет» та 32 особи (49,2% вибірки) - умовно здорові респонденти, які не страждають даним захворюванням.

Розділ III. Емпіричне дослідження особливостей захисних механізмів пацієнтів хворих на діабет I та II типу

3.1. Аналіз та обговорення результатів дослідження

Враховуючи те, що дослідити механізми психологічного захисту особистості досить складно, так як на їх виникнення впливає несвідома частина психіки, ми перш за все повинні з'ясувати індивідуально-психологічні особливості хворих на цукровий діабет I та II типу, щоб зрозуміти особливості вибору психологічних захистів хворими на цукровий діабет.

Емпіричне дослідження індивідуально-психологічних особливостей хворих на цукровий діабет I та II типу та особливості використання ними механізмів психологічного захисту було проведено у період із січня 2024 по травень 2024 року у місті Одеса.

У дослідженні взяли участь 64 особи, у тому числі 32 особи (50,8% вибірки) - пацієнти ендокринологічного відділення Одеської обласної клінічної лікарні з діагнозом «цукровий діабет» та 32 особа (49,2% вибірки) - умовно здорові респонденти, які не хворіють на цукровий діабет.

До групи умовно здорових респондентів увійшли особи віком від 20 до 58 років, середній вік у цій групі - 36 років. 50% респондентів цієї групи (16

осіб) - жіночої статі, 50% (16 осіб) - чоловічої статі. 59,4% піддослідних (19 осіб) мають середню освіту, 40,6% (13 осіб) - вищу освіту. 62,5% піддослідних цієї групи (20 осіб) перебувають у шлюбі, 37,5% (12 осіб) - не одружені.

31,25% респондентів (10 осіб), які увійшли до складу групи умовно здорових осіб, не мають скарг щодо здоров'я і не страждають на хронічні захворювання; 68,75% піддослідних у цій групі (22 людини) страждають на хронічні захворювання, у тому числі психосоматичні (27,3% від числа респондентів цієї групи, 6 осіб).

До групи хворих на цукровий діабет увійшли особи віком від 19 до 60 років, середній вік групи - 39 років. Серед досліджуваних цієї групи (16 осіб) 50% - жінки, 50% (16 осіб) - чоловіки. 68,7% (22 особи) мають середню освіту, 31,3% (10 осіб) мають вищу освіту. 50,0% респондентів цієї групи (16 осіб) перебувають у шлюбі, 50,0% (16 осіб) не перебувають у шлюбі.

50% досліджуваних цієї групи (16 осіб) мають цукровий діабет I типу; 50,0% (16 осіб) - хворіють на цукровий діабет II типу. Показники тривалості захворювання в групі на цукровий діабет становили від 1 до 20 років, середня тривалість захворювання в основній групі становила 7 років. 21,9% респондентів цієї групи (7 осіб) не мають супутніх захворювань, 78,1% (25 осіб) мають не лише цукровий діабет, а й інші види захворювання.

Таким чином, група респондентів із цукровим діабетом та здорових піддослідних були схожими за соціально-демографічним складом: обидві групи складали порівну чоловіки та жінки, середній вік респондентів у групах подібний тощо.

Відмітимо, що в групі здорових респондентів стан здоров'я в цілому був не найкращим, тільки 32,2% (10 осіб) випробовуваних цієї групи були відносно повністю здоровими.

Таким чином, ми не бачимо суттєвих відмінностей у соціально-демографічних показниках і загальному стані здоров'я між досліджуваними групами, а виявлені в ході емпіричного дослідження

відмінності в психологічних характеристиках респондентів досліджуваних груп не мають відношення ні до чого іншого, крім наявності чи відсутності захворюваності на цукровий діабет.

3.1.1. Вивчення впливу психологічних факторів на виникнення у особистості захворювання на цукровий діабет

Дослідження починалося з вивчення впливу психологічних факторів на виникнення у особистості захворювання на цукровий діабет.

Роль психологічних факторів в етіології цукрового діабету в проведеному дослідженні вивчалася шляхом аналізу відповідей респондентів на пряме питання ролі психологічних факторів у виникненні захворювання, шляхом аналізу рівня алекситимії та особливостей вибору психологічного захисту хворих на цукровий діабет.

Респондентам групи хворих на цукровий діабет у проведеному дослідженні було поставлене пряме запитання: «Постарайтеся, будь ласка, згадати та описати Вашу життєву ситуацію, яка була у Вас безпосередньо перед початком захворювання: чи доводилося Вам відчувати якісь життєві труднощі перед тим, як виникли перші симптоми захворювання? Чи пов'язуєте Ви виникнення захворювання з якимось стресом, важкими емоційними переживаннями?».

Відповідно до результатів проведеного дослідження, 31,3% хворих на цукровий діабет (10 осіб) не вважають, що виникнення їхньої хвороби пов'язане з емоційними переживаннями; 9,4% (3 особи) не змогли відповісти це питання і 59,3% респондентів (19 осіб) відповіли це питання позитивно, тобто. впевнені, що їх захворювання пов'язані з впливом психологічних чинників. Дані представлені малюнку 3.1.

Малюнок 3.1. Вплив психологічних факторів на виникнення захворювання в групі хворих на цукровий діабет

За результатами опрацювання відповідей, ми бачимо, що більше половини респондентів, які страждають на цукровий діабет, позитивно відповіли на питання про роль важких емоційних переживань в етіології свого захворювання.

З усього числа хворих на цукровий діабет, які позитивно відповіли на питання про вплив психологічних факторів на виникнення їх захворювання (19 осіб), 16 респондентів (84,2%) вказали конкретні події, життєві ситуації, пов'язані з емоційними переживаннями і безпосередньо передували початку захворювання. У тому числі 6 осіб (37,5%) пов'язують початок захворювання з переживаннями з приводу власного здоров'я або здоров'я близьких (перенесли ковід, грип, операцію, хворобу онуків, хворобу дитини тощо); 5 осіб (31,25%) - із проблемами на роботі та з навчанням (відчували переживання з приводу навчання, іспитів; не могли знайти роботу протягом тривалого терміну; довго працювали на керівних посадах тощо); 5 осіб (31,25%) - із втратою близьких (смерть матері, дитини, розлучення з чоловіком, втрата друзів та близьких на війні тощо). Дані представлені малюнку 3.2.

Малюнок 3.2. Психологічні фактори виникнення цукрового діабету

Таким чином, до психологічних факторів виникнення цукрового діабету респонденти віднесли або тривалі негативні емоційні переживання, або короткочасні, але всі вони відносяться до надзвичайно важких емоційних переживань з приводу стресових подій.

Далі розглянемо відмінності відповідей на це питання в групах хворих на цукровий діабет I і II типу. Одержані дані показано в таблиці 3.1 та на малюнку 3.3.

Аналізуючи таблицю 3.1 і малюнок 3.3 ми бачимо, що, якщо в групі респондентів, які страждають на цукровий діабет I типу, учасники вибрали різні варіанти відповіді і вони розподілені приблизно порівну, то в групі хворих на цукровий діабет II типу переважна більшість піддослідних (75,0%) відповіли на питання ролі психологічних чинників в етіології свого захворювання позитивно.

Таблиця 3.1

Відповіді респондентів на питання про роль психологічних факторів в етіології виникнення цукрового діабету I та II типу

	Так		Не знаю		Ні		Підсумок	
	Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%

1 тип	7	43,75	2	12,5	7	43,75	16	100
2 тип	12	75	1	6,25	3	18,75	16	100

Малюнок 3.3. Вплив психологічних факторів на виникнення цукрового діабету в групах хворих на цукровий діабет I та II типу (за суб'єктивними оцінками респондентів)

Аналізуючи дані самозвіту респондентів, ми бачимо, що більшість хворих на цукровий діабет II типу безпосередньо перед виникненням перших симптомів захворювання відчували життєві труднощі та важкі емоційні переживання. Цей факт свідчить про те, що психологічні чинники, саме важкі емоційні переживання, грають велику роль етіології цукрового діабету II типу.

Результати діагностики респондентів за методикою «Торонтська алекситимічна шкала».

Роль психологічних чинників у виникненні цукрового діабету у проведеному дослідженні вивчалася також шляхом порівняння середнього рівня алекситимії у досліджуваних групах випробуваних.

Згідно з отриманими даними, виявлено статистично значущі, а значить достовірні відмінності середнього рівня алекситимії у групах здорових

респондентів та хворих на цукровий діабет ($p=0,01$): середній рівень алекситимії у групі умовно здорових піддослідних становив 63,5 бала (норма); у групі хворих на цукровий діабет - 73,1 бала (високе значення). Отримані дані представлено на малюнку 3.4.

Малюнок 3.4. Відмінності середнього рівня алекситимії у досліджуваних групах

Статистично значимих відмінностей середнього рівня алекситимії в групах хворих на цукровий діабет першого і другого типу за результатами проведеного дослідження не виявлено ($p=0,19$), проте найвищий середній показник алекситимії характерний для групи хворих на цукровий діабет II типу ($M=75,2$ - високе значення; у групі хворих на цукровий діабет I типу $M=67,8$ - підвищений рівень).

Таким чином, згідно з результатами проведеного емпіричного дослідження, хворі на цукровий діабет характеризуються достовірно вищим рівнем алекситимії, ніж умовно здорові респонденти. Найбільш високий рівень алекситимії спостерігається в групі хворих на цукровий діабет II типу.

П. Сіфнеосом (Пітер Сіфнеос - психіатр, доктор медицини, професор психіатрії Гарвардського університету, головний редактор журналу «Психотерапія та психосоматика». Він ввів у психіатрію термін

«алекситимія» та розробив модель короткострокової психотерапії, що провокує тривогу (Short-Term Anxiety Provoking Psychotherapy, STAPP).)) та його послідовниками науково доведено роль алекситимії (схильності до переживання емоцій тілесному рівні) у виникненні психосоматичних захворювань: невідреагування виникаючих емоцій зовні призводить до посилення фізіологічних реакцій, створюючи умови на формування психозу.

За підсумками проведеного емпіричного дослідження була виявлена закономірність, яка свідчить про те, що у хворих на цукровий діабет, особливо II типу, існує високий рівень алекситимії, характерний для хворих на психосоматичні захворювання. Цей факт говорить про те, що алекситимія є фактором, що впливає на виникнення цукрового діабету, особливо II типу.

3.1.2. Дослідження особливості вибору психологічного захисту хворих на цукровий діабет за методикою LSI: «Індекс життєвого стилю»

Далі розглянемо результати отримані за методикою LSI: «Індекс життєвого стилю». Дана методика дає нам можливість дослідити особливості вибору психологічного захисту у групах респондентів, оскільки особливості психологічного захисту відображають особливості емоційного реагування респондентів на свою хворобу, на причини її виникнення.

За результатами проведеного дослідження, нами було виявлено статистично значущі відмінності середніх показників за шкалами «Витіснення» ($p=0,001$) та «Заперечення» ($p=0,05$) методики LSI у групах умовно здорових респондентів та хворих на цукровий діабет. Рівень виразності обох перелічених механізмів психологічного захисту вищий у групі хворих на цукровий діабет (середній рівень витіснення $M=33\%$ у групі здорових і $M=47,2\%$ у групі хворих на діабет; середній рівень заперечення $M=45,8\%$ у групі здорових і $M=55,1\%$ у групі хворих на цукровий діабет). Отримані дані представлені на малюнку 3.5.

Також були виявлені достовірні відмінності середніх показників ступеня виразності витіснення в групах хворих на цукровий діабет I і II типу ($p=0,05$): для хворих на цукровий діабет I типу в середньому характерний рівень витіснення 40,9%; для хворих на діабет II типу - 53,1%. Рівень заперечення у групах хворих на діабет I і II типу значно не відрізняється ($p = 0,88$).

Малюнок 3.5. Рівень витіснення та заперечення в групах респондентів, що вивчаються

Таким чином, для хворих на цукровий діабет характерний достовірно більш високий рівень вираженості механізмів психологічного захисту витіснення та заперечення, ніж для людей, які не страждають захворюванням на діабет. Найбільш високий рівень витіснення при цьому властивий хворим на цукровий діабет II типу.

Як відомо, витіснення - це механізм психологічного захисту, що полягає в усуненні зі свідомості, блокуванні інформації, що травмує, за допомогою її забування (з позиції психоаналізу - це переміщенні травмуючої інформації зі свідомості в несвідому сферу); механізм заперечення полягає у ігноруванні потенційно тривожної інформації на етапі її сприйняття (початковому недопущенні її у сферу свідомості). Таким чином, дія обох цих механізмів - і витіснення, і заперечення - призводить до

одного і того ж самого результату - обидва механізми перешкоджають усвідомленню травмуючої інформації. А те, що для хворих на цукровий діабет характерний високий рівень витіснення та заперечення неприємної інформації, призводить до того, що негативні емоції таких пацієнтів не можуть бути переробленими на свідомому, когнітивному рівні.

Крім того, за результатами проведеного дослідження виявлено також статистично значущі відмінності середніх показників вираженості механізму гіперкомпенсації (реактивне утворення, або реактивна освіта) у групах хворих на цукровий діабет I та II типів ($p=0,01$): якщо в групі хворих на цукровий діабет I типу середній показник за шкалою «гіперкомпенсація» становить 36,3%, то у групі хворих на цукровий діабет II типу цей показник суттєво вищий - 56,1%. У групі умовно здорових респондентів величина цього показника становить 43,7%. Дані представлені малюнку 3.6.

Таким чином, для хворих на цукровий діабет II типу характерний більш високий рівень вираженості механізму гіперкомпенсації (реактивної освіти), ніж для хворих на цукровий діабет I типу та для умовно здорових респондентів. Як відомо, гіперкомпенсація (реактивна освіта (утворення)) - це механізм психологічного захисту, дія якого полягає у перетворенні певних внутрішніх психологічних тенденцій у свою протилежність, другими словами, у поведінці та думках людини виникають не ті спонукання, які вона насправді відчуває, а зворотні. Соціальні та внутрішньо особистісні обмеження на вираження певних почуттів спричиняють виникнення протилежних тенденцій — реактивних утворень: симпатія може змінюватися на антипатію, кохання — на ненависть і так далі. Як наслідок, гіперкомпенсація (реактивна освіта) призводить до формування емоційних конфліктів, роль яких у виникненні психосоматичних захворювань науково доведена Ф. Александером та його послідовниками, а також І.П. Павловим та його учнями - у контексті «помилки» нервових процесів.

Малюнок 3.6. Рівень гіперкомпенсації в групах респондентів, що досліджуються

Закономірність, яка була виявлена під час досліджень, свідчить про те, що хворі на цукровий діабет II типу частіше відчують емоційні конфлікти внаслідок дії власних механізмів психологічного захисту (гіперкомпенсації), ніж хворі на цукровий діабет I типу та умовно здорові респонденти.

Аналіз отриманих даних про те, що хворі на цукровий діабет II типу:

- відчували тяжкі емоційні переживання безпосередньо перед початком захворювання;
- характеризуються високим рівнем вираженості механізмів психологічного захисту, що перешкоджають усвідомленню інформації, що викликає негативні емоції, та переробці їх на когнітивному рівні (витіснення та заперечення);
- характеризуються високим рівнем вираженості механізму гіперкомпенсації, що веде до формування внутрішніх конфліктів;
- характеризуються вираженою схильністю переживати емоції на тілесному рівні (високим рівнем алекситимії);

дозволяє нам зробити висновок, що до виникнення цукрового діабету II типу приводять негативні емоції, які не переробляються на когнітивному

рівні, а переживаються на тілесному рівні. На свідомому рівні, навпаки, переживаються тенденції, протилежні вихідним (витісненим), що зумовлює формуванню внутрішніх конфліктів.

Таким чином, за результатами дослідження за даною методикою, виявлено, що для хворих на цукровий діабет II типу характерні ті особливості емоційного реагування, які проявляються в використанні ними таких механізмів психологічних захистів, як витіснення, заперечення, гіперкомпенсація і які призводять до виникнення психосоматичних захворювань, а отримані в ході проведеного дослідження дані дозволяють сформулювати висновок про те, що цукровий діабет II типу відноситься до психогенних захворювань - органічних психосоматозів: етіологія цукрового діабету II типу пов'язана з особливостями емоційного реагування самих пацієнтів та вибору механізмів психологічного захисту.

Для цукрового діабету I типу існування такої закономірності результатами проведеного дослідження не доведено: перелічені особливості виражені у групі хворих на цукровий діабет I типу меншою мірою, ніж у групі хворих на цукровий діабет II типу, або не виражені зовсім, але вони також використовують такі ж механізми психологічного захисту, як і хворі на цукровий діабет II типу.

Далі дослідимо емоційний стан та соціально-психологічна адаптованість пацієнтів, які страждають на цукровий діабет, що впливає на загальний та емоційний стан хворих на цукровий діабет та доповнює пояснення в виборі відповідних психологічних захистів хворими на цукровий діабет.

3.1.3. Соціально-психологічна адаптованість пацієнтів, які страждають на цукровий діабет

Емоційний стан та соціально-психологічна адаптованість респондентів у проведеному емпіричному дослідженні вивчалися за допомогою психодіагностичної методики «Шкала соціально-психологічної

адаптованості» Роджерса-Даймонда.

За результатами проведеного дослідження, не виявлено статистично значущих відмінностей середніх показників за шкалами опитувальника соціально-психологічної адаптованості Роджерса-Даймонда у групах умовно здорових респондентів та хворих на цукровий діабет (у всіх випадках $p > 0,05$).

Але у групах хворих на цукровий діабет I і II типу виявлено достовірні відмінності середніх показників за шкалою «прийняття себе» даного опитувальника ($p = 0,001$): середній показник за цією шкалою у групі хворих на діабет I типу становив 49,4 балів, у групі хворих на цукровий діабет діабетом II типу - суттєво нижче, 38,9 бали.

У групі умовно здорових респондентів середній показник за шкалою становив 44,9 бали. Дані представлені малюнку 3.7.

Малюнок 3.7. Рівень прийняття себе в групах респондентів, що вивчаються

Таким чином, хворі на цукровий діабет II типу характеризуються істотно нижчим рівнем прийняття себе порівняно з хворими на цукровий діабет II типу та умовно здоровими респондентами. Можливо, зв'язок між низьким рівнем самоприйняття та цукровим діабетом II типу має подвійну обумовленість. Можна припустити, що низький рівень прийняття самого

себе (недолік любові до самого себе) обумовлює формування такого ж емоційного стану, як і фрустрація потреби в емоційних зв'язках з оточуючими, любові та прихильності. У такому разі низький рівень самоприйняття у поєднанні з ототожненням любові та їжі може призвести до порушень харчової поведінки і, як наслідок, перенапруги та збоїв у функціонуванні системи обміну вуглеводів в організмі.

Крім того, пов'язане з порушеннями харчової поведінки виникнення зайвої ваги, оскільки зайва вага в суспільстві сприймається як недолік зовнішності, може призводити до ще більшого зниження рівня самоприйняття. Таким чином, особистість потрапляє до свого роду замкнутого кола: низький рівень самоприйняття порушення харчової поведінки зайва вага ще нижчий рівень самоприйняття порушення харчової поведінки тощо. За наявності такого «замкнутого кола» рано чи пізно виникнення цукрового діабету II типу стає закономірним наслідком систематичного порушення харчової поведінки, що призводить до перенапруги системи вуглеводного обміну.

У групах хворих на цукровий діабет I і II типу виявлено також статистично значущі відмінності середніх показників за шкалою «емоційний дискомфорт» методики Роджерса-Даймонда ($p=0,05$): якщо в групі хворих на цукровий діабет I типу величина середнього показника за даною шкалою склала 16,5 бали, то в групі хворих на діабет II типу вона суттєво вища - 23,9 бали. У групі умовно здорових респондентів величина цього показника становила 17,1 балів. Зі шкалою емоційного дискомфорту в структурі методики Роджерса-Даймонда пов'язана шкала емоційного комфорту, середні показники за якою в перерахованих групах випробуваних склали 20,9; 19,1 та 11,7 бали відповідно. Дані представлені малюнку 3.8.

За результатом дослідження, група хворих на цукровий діабет II типу відрізняється від інших груп, що прийняли участь у дослідженні, не тільки вираженим емоційним дискомфортом, але і є єдиною групою, в якій рівень

емоційного дискомфорту в середньому переважає над рівнем емоційного комфорту. Отже, відповідно до концепції методики діагностики соціально-психологічної адаптованості, отримані дані свідчать про те, що хворим на цукровий діабет II типу властива виражена емоційна дезадаптація.

Малюнок 3.8. Рівень емоційного комфорту та емоційного дискомфорту в групах респондентів, що вивчаються

Слід зазначити, що виявлені порушення психологічної адаптації хворих на цукровий діабет II типу (емоційна дезадаптація і низький рівень прийняття себе) не виявлені в групі хворих на цукровий діабет I типу, отже, вони не є наслідком захворювання.

Оскільки в проведеному емпіричному дослідженні виявлено, що хворі на цукровий діабет II типу характеризуються певними особливостями емоційного реагування, які можна віднести до факторів, що перешкоджають емоційній адаптації, то, ймовірно, емоційна дезадаптація хворих на цукровий діабет II типу є скоріше причиною, ніж наслідком цього захворювання.

Таким чином, для хворих на цукровий діабет II типу характерні такі особливості емоційного стану та соціально-психологічної адаптованості:

- незадоволеність потреби в емоційних зв'язках та низький рівень прийняття себе, які у поєднанні з ототожненням їжі та любові призводять до порушень харчової поведінки та, як наслідок, до перенапруги та збоїв у функціонуванні системи вуглеводного обміну;

- емоційна непристосованість, пов'язана з дезадаптивними особливостями емоційного реагування.

Відмітимо, що перелічені особливості виявлені тільки в групі хворих на цукровий діабет II типу і не виявлені у хворих на цукровий діабет I типу. Це дозволяє припустити, що ці особливості відносяться не до психологічних наслідків такого тяжкого захворювання, як цукровий діабет, а виступають саме як причини виникнення цукрового діабету II типу, що пояснює вибір відповідних механізмів психологічного захисту таких, як витіснення, реактивне утворення у хворих на цукровий діабет.

3.1.4. Дослідження особистісних особливостей хворих на цукровий діабет за методикою «16-факторний опитувальник Р.Б. Кеттелла»

Особистісні особливості респондентів у проведеному емпіричному дослідженні вивчалися за допомогою психодіагностичної методики «16-факторний опитувальник Р.Б. Кеттелла». Результати за методикою Р.Б. Кеттелла дає нам можливість зрозуміти, які риси притаманні хворим на цукровий діабет та як вони впливають на емоційний стан особистості та на несвідомий вибір психологічних захистів хворих. Особливо нас цікавили результати дослідження за чинником «В: інтелект» так як зниження інтелекту призводить до порушень когнітивних функцій організму та до вибору примітивних форм психологічних захистів.

Дійсно, статистично значущі розбіжності у групах умовно здорових респондентів і хворих на цукровий діабет було виявлено лише в одному з шістнадцяти особистісних чинників, діагностованих у вигляді застосування опитувальника Кеттелла - за чинником «В: інтелект» ($p=0,02$): середній

показник інтелекту групи здорових респондентів становив 8,9 балів; у групі хворих на цукровий діабет цей показник нижче - 7,5 бали. За фактором «В: інтелект» виявлено також значні відмінності у групах хворих на цукровий діабет I та II типу ($p=0,02$): у групі хворих на цукровий діабет I типу середній показник інтелекту становив 8,5 бали (близький до середнього показника у групі здорових); у групі хворих на цукровий діабет II типу цей показник суттєво нижчий - 6,4 бала. Дані представлені малюнку 3.9.

Малюнок 3.9. Рівень інтелекту в групах респондентів, що вивчаються

Таким чином, хворі на цукровий діабет II типу в середньому характеризуються достовірно нижчим рівнем інтелекту, ніж умовно здорові респонденти та хворі на цукровий діабет I типу.

У ході проведеного в даній роботі теоретичного аналізу було виявлено, що цукровий діабет у людей похилого віку супроводжується ускладненнями, що призводять до порушень когнітивних функцій, що може викликати деяке зниження інтелекту (мнестико-інтелектуальні розлади). Можливо, виявлене зниження інтелекту у групі хворих на цукровий діабет II типу пов'язане з когнітивним дефіцитом, зумовленим поєднанням діабетичної церебральної дисфункції та процесів старіння.

За результатами проведеного дослідження виявлено достовірні

відмінності середніх показників за фактором «F: стриманість - експресивність» тесту Кеттелла в групах респондентів, які страждають на цукровий діабет I та II типу ($p=0,02$): середній показник за цим фактором у групі хворих на діабет I типу становив 13,5 балів, у групі хворих на цукровий діабет II типу величина цього показника істотно нижча - 9,4 балів. У групі здорових випробуваних середній показник за цим чинником становив 12,2 балів.

Крім того, виявлено статистично значущі відмінності середніх показників за фактором «I: жорсткість - чутливість» у групах хворих на цукровий діабет I та II типу: у групі хворих на цукровий діабет I типу величина середнього показника за цим фактором склала 9,1 балів; у групі хворих на діабет II типу вона суттєво вища - 12,5 бала. У групі умовно здорових респондентів середня величина показника за цим чинником становила 11,2 бала. Середні показники за факторами F і I тесту Кеттелла представлені на малюнку 3.10.

Малюнок 3.10. Рівень експресивності (фактор F) і чутливості (фактор I) у групах респондентів, що вивчаються, в балах

За результатами діагностики, група хворих на цукровий діабет II типу характеризується найнижчими показниками за фактором «F» і найбільш

високими - за фактором «І» тесту Кеттелла. Низькі показники за фактором «F» даної методики інтерпретуються як стриманість, високі показники за фактором «І» - як чутливість. Отже, хворі на цукровий діабет II типу характеризуються поєднанням таких виражених особистісних якостей, як стриманість та чутливість; крім того, рівень чутливості респондентів цієї групи істотно перевищує рівень експресивності (зазнають значно більше емоцій, ніж виражають), на відміну від респондентів інших груп, що вивчаються. Це свідчить про те, що хворі на цукровий діабет II типу, володіючи підвищеною чутливістю, є вразливими, тобто схильні відчувати більш гострі та глибокі емоції та почуття під впливом менш значних факторів, ніж респонденти в інших групах. Одночасно з цим вони мають підвищений рівень стриманості - найбільш високий серед досліджуваних груп - і, отже, хворі на цукровий діабет II типу, відчуючи сильні негативні емоції внаслідок своєї чутливості, схильні стримувати, а не виражати їх.

Виявлене співвідношення чутливості та стриманості у хворих на цукровий діабет II типу співвідноситься з відповідними науковими дослідженнями щодо психологічного фактору виникнення психосоматичних захворювань такого, як стримування емоцій. Інтенсивні емоційні переживання, що не відреаговані зовні, призводять до посилення фізіологічного супроводу цих емоцій і, як наслідок, виникнення в організмі відповідних порушень. Таким чином, саме поєднання чутливості та стриманості створює психологічні умови, ґрунт, найбільш вразливий для виникнення психосоматичних захворювань.

Результати проведеного дослідження свідчать також про те, що хворі на цукровий діабет I типу характеризуються поєднанням протилежних якостей - жорсткості та експресивності. При цьому рівень експресивності значно переважає рівнем чутливості (виражають більше емоцій, ніж відчують).

Відомо, що цукровий діабет I типу виникає, як правило, у ранньому віці,

коли особистість людини ще формується. І звісно, що виникнення цукрового діабету I типу впливає формування особистості хворого. Можливо, жорсткість (нечутливість) хворих на цукровий діабет I типу розвивається внаслідок захворювання як захисна реакція, а експресивність, у свою чергу, формується як прояв постійної схильності отримати «вторинну вигоду» від захворювання (емоційний відгук, співчуття та допомога від оточуючих).

Хворі ж на цукровий діабет II типу характеризуються такими особистісними особливостями:

- знижений рівень інтелекту, мабуть, обумовлений когнітивним дефіцитом внаслідок діабетичної церебральної дисфункції та процесів старіння;
- поєднання підвищеної чутливості та стриманості: відчуваючи інтенсивні емоційні переживання внаслідок своєї чутливості, хворі на цукровий діабет II типу не схильні їх виражати внаслідок своєї стриманості; саме таке поєднання особливостей емоційного реагування призводить до посилення фізіологічної реакції на стрес та зумовлює схильність до формування психосоматичних захворювань.

Якщо знижений рівень інтелекту є скоріше наслідком, ніж причиною цукрового діабету II типу, то поєднання підвищеної чутливості та стриманості є ще однією виявленою за підсумками проведеного дослідження особливістю емоційного реагування хворих на цукровий діабет II типу.

3.1.5. Дослідження рівнів тривожності у хворих цукровим діабетом I та II типу за шкалою Тейлора

Щоб зрозуміти особливості емоційної сфери у хворих на цукровий діабет I і цукровий діабет II типу було проведено дослідження у цих двох групах хворих рівня тривожності за шкалою Тейлора, так, як відомо, що

особливості емоційної сфери знаходять своє відображення у вираженості у особистості стану тривожності.

Тривожність — це риса особистості, що проявляється у схильності до переживання підвищеного занепокоєння, страху та тривоги в певних соціальних ситуаціях, коли існує постійна загроза соціальному становищу, фінансовому благополуччю тощо, все навколо надається потенційно загрозливим.

Відмінності особливостей емоційної сфери у хворих на цукровий діабет I і цукровий діабет II типу знаходять своє відображення у вираженості у них стану тривожності ($p < 0,05$).

Отримані результати показали (табл. 3.3), що середній рівень тривожності у групі хворих на цукровий діабет I достовірно перевищує такий рівень у хворих на цукровий діабет II типу.

Таблиця 3.3

Сумарна оцінка рівня тривожності за шкалою Тейлора у пацієнтів з Цукровий діабет I та II типу, %

Рівень тривожності за шкалою Тейлора, бали	Пацієнти з цукровим діабетом I типу	Пацієнти з цукровим діабетом II типу
Низький, 0 - 5	-	-
Середній з тенденцією до низького, 5 - 15	10,5	26,6
Середній з тенденцією до високого, 15 - 25	31,7	53,3
Високий, 25 - 40	50	20
Дуже високий, 40 - 50	4,8	-

Дані, які були отримані і які приведені в табл. 3.3 показують, що у хворих на цукровий діабет I типу високий (понад 25 балів за шкалою Тейлора) і дуже високий (понад 40 балів) рівень тривожності має місце більш ніж у половини (54,8%) досліджуваних, середній з тенденцією до високого рівня тривожності - у 31,7% хворих. У той же час, якщо середній з

тенденцією до низького рівня тривожності ми спостерігаємо лише у 10,5% хворих, то особи з низьким рівнем тривожності серед обстежених пацієнтів зовсім були відсутні.

Як ми бачимо, у респондентів із цукровим діабетом II типу високий (понад 25 балів за шкалою Тейлора) рівень тривожності має місце лише у 20% хворих, середній з тенденцією до високого рівня тривожності - у 53,3% хворих, середній із тенденцією до низького рівнем тривожності ми спостерігаємо у 26,6% хворих. Водночас особи з низьким і дуже високим рівнем тривожності серед обстежених пацієнтів із цукровим діабетом II зовсім були відсутні.

На наш погляд, дуже висока тривожність у пацієнтів може бути пов'язана з наявністю невротичних конфліктів, емоційними та невротичними зривами, а також з психосоматичними захворюваннями. Як відомо, тривожність не є негативною рисою, і певний її рівень, або так звана «корисна тривога», є природною та необхідною ознакою активної особистості. «Корисна тривога» змінює поведінку особистості, сприяє збільшенню її активності, стимулює до більш інтенсивних і цілеспрямованих зусиль, таким чином виконуючи адаптивну функцію.

Але, якщо інтенсивність та тривалість тривоги не відповідає конкретній ситуації, це призводить до порушення адаптації і веде до збоїв у поведінковій інтеграції, а іноді й до клінічно виражених розладів психіки та поведінки. Значні відхилення від нормального рівня тривожності потребують особливої уваги, оскільки через несприятливі життєві обставини тривожність може дуже сильно пригнічувати особистість.

Як результат, при дослідженні рівня тривожності за методикою Тейлора виявлено, що дуже високий рівень тривожності мають тільки хворі цукровим діабетом I типу, тоді як серед хворих на цукровий діабет II типу особи з таким рівнем тривоги не виявляли.

У обстежених чоловіків із цукровим діабетом I типу середній бал за шкалою Тейлора загалом за групою становив 38, що відповідає високому

рівню тривожності. Слід зазначити, що середнє значення групи жінок з цукровим діабетом I типу також перевищує рівень у жіночій групі з цукровим діабетом II типу та становить 27 балів (табл. 3.4).

Підвищена тривожність є практично постійним супутником та характерною рисою хворих на цукровий діабет. За даними літератури відомо, що хворим цукровим діабетом властива тривога. Тривожність хворих на цукровий діабет II типу знаходить прояв у побоюваннях щодо можливого погіршення здоров'я, боязні стати тягарем для своїх близьких, виявитися незатребуваним, немічною, самотньою, безпорадною людиною. Також у них має місце страх смерті, занепокоєння за долю своїх дітей, родичів.

Таблиця 3.4

Середні рівні тривожності за шкалою Тейлора в групах чоловіків та жінок з цукровим діабетом I та II типу, %

Група	Показник	Тривожність, бали
Чоловіки з цукровим діабетом I типу	M	38
	m	0,64
Чоловіки з цукровим діабетом II типу	M	25,5
	m	0,37
Жінки з цукровим діабетом I типу	M	27
	m	0,34
Жінки з цукровим діабетом II типу	M	21
	m	0,84
p_{1-2}		<0,05
p_{1-3}		<0,05
p_{1-4}		<0,05
p_{2-3}		>0,05
p_{2-4}		<0,05

Побоювання у хворих на цукровий діабет I типу виражаються, головним чином, в занепокоєнні проте, що оточуючі, дізнавшись про хворобу, відвернуться від них, у зв'язку з цим вони відчують страх перед нерозумінням іншими, страх втрати сім'ї та самотності, страх недієздатності.

3.2. Рекомендації хворим на цукровий діабет

Своєчасна діагностика та контроль діабету дозволяє запобігти розвитку серйозних ускладнень. Хворі на цукровий діабет повинні харчуватися корисно, підтримувати нормальну вагу та бути фізично активними. Крім того, їм потрібно приймати ліки, навіть коли почуваються добре.

Люди, які належать до груп ризику або мають діагноз цукровий діабет, мають можливість отримати безкоштовну допомогу в Україні за програмою медичного страхування.

Враховуючи стан здоров'я пацієнта, фактори ризику та можливу спадковість, лікар може виписати пацієнту електронне направлення на дослідження або консультацію до медичних спеціалістів, наприклад ендокринолога.

Щоб досягти успіхів у лікуванні, необхідно скоротити розрив між дослідженнями наукових колективів і реальною медичною ситуацією. У цьому контексті, окрім багатообіцяючих наукових і клінічних стратегій, необхідно розробити та впровадити в практику програми, абсолютно необхідні пацієнтам.

Всім пацієнтам, незалежно від типу цукрового діабету, показано проведення анкетування для виявлення шкал тривоги та депресії. В умовах ендокринологічного кабінету необхідно створити сприятливі умови для зниження депресії та тривоги. Для хворих на цукровий діабет серед обов'язкові консультації фахівців необхідно включити психотерапевта.

Пріоритетні напрямки державного політики в галузі ендокринології повинні бути спрямовані на:

- 1) створення діабетичних шкіл, які здійснюють навчання пацієнтів;
- 2) організацію патронажної служби для людей похилого віку з цукровим діабетом, допомоги тим, хто втратив зір внаслідок ускладнень діабету, соціально незахищеним;
- 3) створення телефонної гарячої лінії для інформаційної підтримки пацієнтів із цукровим діабетом;
- 4) організацію системи підготовки лікарів, медичних сестер, студентів медичних училищ та вузів основ навчання пацієнтів з цукровим діабетом, саморегуляції діабету;
- 5) державне забезпечення пацієнтів з цукровим діабетом засобами самоконтролю, лікарськими засобами;
- 6) контроль за дотриманням закону «Про основи медико-соціального захисту громадян, хворих цукровим діабетом».

Тільки спільними зусиллями можна досягти підвищення рівня надання допомоги пацієнтам з цукровим діабетом та якості їх життя. Багато що вже зроблено, але ще більше потрібно зробити.

Психологічна підтримка хворих на цукровий діабет.

Дослідження показали, що покращення психологічного стану хворого впливає навіть на показники гліколізованого гемоглобіну у дорослих з цукровим діабетом 2 типу.

У лікувальну стратегію лікарі додають когнітивну поведінкову, мотиваційну та сімейну терапії та інші види психотерапевтичної роботи. Такі роботи дуже корисні для покращення глікемічного контролю та зменшують ризик ускладнень і покращують якість життя пацієнта з діабетом.

Особливо важлива підтримка для молодих пацієнтів з цукровим діабетом 1 типу. Вони найбільше зіштовхуються з обмеженнями, пов'язаними з їхньою хворобою, отже, потребують більшої уваги.

Психологічний вплив можна розглядати як важливу частину лікування. У цьому випадку частіше використовують позитивний підхід, який допомагає подолати наслідки хвороби, підтримати самооцінку та впевненість.

За винятком дуже маленьких дітей з обмеженим розумінням, діагноз діабету майже неминуче викликає емоційну реакцію, іноді значної сили. У більшості випадків такі реакції є нормальними емоційними процесами, оскільки людям властиво тривожитися, коли бачать загрозу, і засмучуватися, якщо відчують втрату. Надзвичайно важливо, щоб ця нормальна емоційна активність визнавалася, поважалася та цінувалася тими, хто знаходиться поруч з хворим.

Психолог має допомогти пацієнтам та їхнім близьким впоратися з цими реакціями і, таким чином, адаптуватися. Необхідно надати можливість проявляти почуття, які впливають на їхню поведінку. Змога поділитись своїми почуттями дає дві цінні переваги. По-перше, це порушує емоційну ізоляцію, а по-друге, дозволяє людям прогресувати в емоційних процесах, тобто працювати над гнівом і горем або змиритися з тривогою.

Психологічне консультування направлене на мобілізацію власних ресурсів пацієнта, аби покращити його самопочуття. Також досить ефективною може бути й робота у групах.

Переваги психологічної допомоги пацієнтам із діабетом:

1. Допомагає краще керувати емоціями. Діагноз діабету та подальше лікування захворювання можуть бути емоційно важкими та приголомшливими. Психолог допомагає хворому впоратися з цими негативними емоціями.

2. Поліпшує прихильність до лікування: допомагає людині усвідомити важливість дотримання режиму лікування, щоб тримати хворобу під контролем. Це також сприяє позитивним змінам поведінки.

3. Покращує якість життя: дозволяє пацієнту отримати адекватні інструменти для позитивної адаптації до нового життя. Він бореться з

помилковими переконаннями, негативними думками та деструктивною поведінкою, щоб набути здорових звичок.

4. Запобігає ускладненням: стрес, депресія та тривога можуть негативно впливати на рівень цукру в крові, погіршуючи картину діабету. Тому фахівець вчить пацієнта керувати цими емоціями, щоб не перешкоджати успіху лікування.

В наш не простий час коли в Україні йде війна і стресові та кризові ситуації супроводжують нас кожної хвилини дуже не просто зберегти спокій, впевненість в завтрашньому дні, гарний настрій особливо хворим людям, медичним працівникам, людям робота яких пов'язана зі стресом.

Як впоратися зі стресом під час війни?

Питання, як подолати стрес під час війни, хвилює кожного українця. Існують кілька рекомендацій, які можуть допомогти нормалізувати нервовий стан та уникнути негативних наслідків стресових ситуацій.

Зосередьтесь на тому, що можна контролювати. Це можуть бути турбота про близьких, створення безпечного простору для себе та інших, а також інші моменти, на які ви маєте вплив.

Забезпечте правильне і збалансоване харчування. Воно має великий вплив на здоров'я, тому важливо не відмовлятися від їжі і уникати надмірного вживання шкідливих солодоців чи фастфуду. Здорове харчування з вітамінами зміцнить організм і покращить самопочуття.

Дотримуйтесь офіційних і перевірених джерел інформації. Під час війни люди часто слідкують за новинами, адже це може вплинути на їхнє життя. Однак надмірна зацікавленість новинами може стати залежністю, а інформація з неперевірених джерел часто містить фейки, що підвищує тривожність і погіршує психічний стан.

Подбайте про запаси їжі, води та ліків. Це дасть відчуття спокою в разі критичної ситуації.

Слідкуйте за режимом відпочинку та роботи. Зрозуміло, що повітряні

тривоги та бомбардування обмежують можливості для відпочинку, але якщо у вас є вільний час, присвятіть його сну та відновленню сил.

Не забувайте про фізичну активність. Навіть невеликі навантаження, як прогулянки чи їзда на велосипеді, позитивно впливають на психічний стан.

Якщо вам важко справлятися, звертайтеся до фахівців. Психологи зараз надають допомогу як офлайн, так і онлайн. Також є благодійні організації, які пропонують безкоштовну підтримку.

Займіться улюбленим хобі. Якщо у вас є захоплення, яке приносить задоволення, обов'язково приділяйте йому час. Це покращить настрій і відновить внутрішні ресурси.

Повністю позбутися стресу під час війни буде важко, але якщо піклуватися про своє ментальне та фізичне здоров'я, пережити цей важкий період буде значно легше.

В Додатку А дано деякі вправи та практики, які допоможуть контролювати рівень стресу.

В Додатку Б дано вправи для зняття стресу та емоційної напруги, які можна виконувати прямо на місці, за столом, практично непомітно для оточуючих.

Далі розглянемо техніки, які спрямовані на те, щоб навчитися управляти емоціями. Наша задача - навчитися регулювати зовнішні прояви нашого внутрішнього емоційного стану. Не дозволяти тим почуттям, - незалежно від того, хороші вони чи погані - брати над вами верх. В іншому випадку ви будете заганяти емоції глибоко в душу, і через деякий час це дасть про себе знати у вигляді серйозних психологічних і навіть фізіологічних проблем. Особливо це стосується негативних емоцій та відчуттів. Щоб позбутися впливу негативних емоцій, спочатку необхідно навчитися бачити і розпізнавати їх, а потім - переживати і проживати.

Звернемося до технік управління власними емоціями, які можуть допомогти зберігати як внутрішнє, так і зовнішнє самовладання в

кризовий момент.

Управління емоціями на рівні тіла (техніки дано в Додатку В).

Техніка глибокого дихання. Дихання безпосередньо пов'язане з нервовою системою. Таким чином, дихальні вправи можуть стати екстреним способом регуляції свого стану. В даний час дуже популярні методики, в яких використовуються глибокі вдихи і видихи.

Техніка м'язової розрядки. Так само позбутися від напруги допомагає м'язова розрядка. Її актуально використовувати, наприклад, в ті моменти, коли відчуваєте наступ злості.

Управління емоціями на рівні свідомості.

Коли почнете закипати, дратуватися, візьміть паузу. У прямому сенсі слова. Можете сказати «я подумаю», «давайте перенесемо розмову» або будь-яку іншу, зручну для вас фразу, яка дозволить виграти час, щоб навести порядок у себе в голові. Вкажіть термін, після закінчення якого зможете дати відповідь.

Так у вас з'явиться час, щоб зануритися в стан підвищеної усвідомленості, що дасть можливість заспокоїтися, опрацювати свої емоції і прийняти більш зважене рішення.

Управління емоціями на рівні уяви.

Можливості нашої уяви відкривають широке поле для дій в області проживання емоцій. Існує безліч методик роботи з образами і деякі з них дано в Додатку В.

Управління емоціями на зовнішньому рівні.

Часом почуття бувають настільки сильними, що людині для їх проживання потрібно не тільки внутрішній ресурс, а й зовнішній.

В цьому випадку можна розривати або розрізати на дрібні частини аркуші паперу. Якщо такої можливості за певних обставин немає, почніть малювати каракулі в блокноті, міцно натискаючи на стрижень або грифель.

Для профілактичної роботи на рівні управління емоціями можна використовувати такі заходи:

- регулярно займатися спортом, займатися йогою, дихальними практиками або будь-якими іншими заняттями, які будуть відповідати вашим потребам в емоційній сфері;

- перед початком кожного робочого дня або майбутньої важкої розмови малюйте у себе в голові ідеальну картину розмови, налаштовуючись на позитивний лад;

- створіть для себе комфортні робочі умови. Навіть якщо у вас немає особистого кабінету, затишок можна створити і на робочому столі, наприклад, поставте в рамку фотографію дорогої людини або улюбленого вихованця, підберіть канцелярські товари, з якими робота буде в більше задоволення, виберіть чашку, з якої вам буде приємно пити чай чи кава, прикріпіть на монітор стікер з підбадьорюючий написом.

Ці поради створюють хороший загальний фон в роботі з емоціями.

Як впоратися з алекситимією.

Люди можуть адаптуватися до алекситимії, навчитися жити з цим станом і навіть сприймати його як перевагу, яка може бути корисною в певних ситуаціях. Існують різні способи позитивного сприйняття алекситимії:

Перетворити проблему на можливість.

Почати вести щоденник, щоб відстежувати свої емоційні стани, навчитися описувати свої почуття та відчуття.

Вивчати літературу з емоційної тематики, щоб вміти розпізнавати емоції у інших.

Важливо пам'ятати, що впоратися з алекситимією можливо, але це залежить від багатьох факторів. Кожна ситуація є індивідуальною. Хтось може самостійно побачити проблему і вирішити її, а комусь важко зрозуміти, що саме не так у тій чи іншій ситуації. Це нормально, оскільки кожна людина унікальна.

Якщо ви відчуваєте труднощі з розпізнаванням і описом своїх емоцій, а ваше соціальне чи особисте життя страждає, не бійтеся звернутися за

допомогою. Не знецінюйте своє становище — важко буває кожному з різних причин. Найголовніше, що з алекситимією можна ефективно працювати, зокрема за допомогою психотерапії. Фахівець допоможе вам зрозуміти ваш стан, знайти його причини та розвинути навички кращого розпізнавання емоцій.

Працювати з алекситимією може бути непросто. Однак ваше бажання змінити ситуацію разом із ефективними методами кваліфікованого психотерапевта допоможуть швидше та якісніше впоратися з проблемою.

Тим, хто прагне зменшити емоційну виразність, можна звертатися до друкованих матеріалів, відео-ресурсів або презентацій. Це можуть бути платні тренінги, семінари або безкоштовні відео.

Книги з розвитку вміння контролювати емоції.

Книги допоможуть зрозуміти свої емоції, свій емоційний стан та навчитися різним технікам з управління емоціями.

1. Є.П. Ільїн «Емоції і почуття». Книга розповідає що ж таке емоції, які вони бувають, звідки беруться і як виражаються на рівні психології і фізіології.

2. Пол Екман «Психологія емоцій. Я знаю, що ти відчуваєш».

Книга навчить розпізнавати емоції у себе і інших людей, оцінювати і коригувати на ранніх стадіях прояви.

3. Руслан Жуковець «Як приборкати емоції. Техніки по самоконтролю від професійного психолог».

У книзі розглядається, які процеси відбуваються в організмі під час емоційних переживань, чому негативні емоції шкодять нашому здоров'ю, а також надаються поради щодо зниження надмірної емоційності.

4. Ніна Рубштейн «Тренінг управління емоціями».

У книзі представлені вправи для контролю емоцій та багато корисної інформації про їх виникнення. Вона доступна лише в електронному форматі.

5. Сандра Інгерман «Звільнення від неприємних думок і емоцій».

Книга отримала багато позитивних відгуків завдяки конкретним

методикам, які допомагають контролювати емоції.

Висновки до 3 розділу

Підсумовуючи дослідження, можна зробити такі висновки.

Проведений у роботі емпіричний аналіз індивідуально-психологічних особливостей хворих на цукровий діабет, особливостей вибору механізмів психологічного захисту дозволяє сформулювати такі висновки:

Вивчення психологічних особливостей хворих на цукровий діабет без урахування типу діабету, на наш погляд, не є доцільним, так як виявлено численні відмінності психологічних особливостей хворих на цукровий діабет I та II типу. Хворі на цукровий діабет II типу мають найбільш виражені психологічні особливості, що відрізняються від особливостей хворих на цукровий діабет I типу.

Хворі на цукровий діабет II типу характеризуються такими психологічними особливостями.

- Особливості емоційного реагування хворих на цукровий діабет II типу, що свідчать про роль емоційних факторів в етіології даного захворювання:

1. Підвищена чутливість (схильність відчувати інтенсивні емоційні переживання);
2. Високий рівень алекситимії (схильність переживати емоції на тілесному рівні);
3. Висока стриманість (відсутність тенденції виражати емоції);
4. Високий рівень виразності механізмів психологічного захисту, що перешкоджають усвідомленню інформації, що викликає негативні емоції, і, як результат, переробки на когнітивному рівні (витіснення і заперечення);
5. Високий рівень вираженості механізму гіперкомпенсації, що сприяє формуванню внутрішніх конфліктів;
6. Виражена загальна емоційна дезадаптація.

7. Роль психологічних факторів в етіології цукрового діабету II типу та їх вплив на розвиток захворювання підтверджується також тим, що, за даними самозвіту респондентів, переважна більшість хворих на цукровий діабет II типу зазнавали важких емоційних переживань безпосередньо перед початком захворювання і як результат вибір такого захисного механізму, як витіснення.

8. Незадоволеність потреби в емоційних зв'язках та низький рівень прийняття себе, які у поєднанні з ототожненням їжі та любові призводять до порушень харчової поведінки та, як наслідок, до перенапруги та збоїв у функціонуванні системи вуглеводного обміну і як результат вибір такого захисного механізму, як заперечення.

9. Психологічні наслідки цукрового діабету II типу: знижений рівень інтелекту, може бути обумовлений когнітивним дефіцитом внаслідок діабетичної церебральної дисфункції та процесів старіння, так як даним типом діабету хворіють в більшості люди старшого віку.

Перелічені психологічні особливості хворих на цукровий діабет II типу не характерні для хворих на цукровий діабет I типу, але вони також характеризуються певними психологічними особливостями, що ймовірно є переважно психологічними наслідками захворювання.

При виборі механізмів психологічного захисту хворі на цукровий діабет I типу вибирають механізми захисту схожі з хворими на цукровий діабет II типу, крім наступних механізмів: витіснення, заперечення та гіперкомпенсація, які проявляються у них в меншій мірі. Можливо це пов'язано з тим, що в основному цукровий діабет I типу діагностується в більш ранньому віці, а цукровий діабет II типу - у людей старшого віку.

Результати проведеного дослідження свідчать також про те, що хворі на цукровий діабет I типу характеризуються поєднанням протилежних якостей - жорсткості та експресивності. У цьому рівень експресивності значно переважає рівнем чутливості (виражають більше емоцій, ніж відчувають), що не характерно для хворих на цукровий діабет II типу.

Як відомо, що цукровий діабет I типу виникає, як правило, у ранньому віці, коли особистість людини ще формується, а отже, можна припустити, що виникнення цукрового діабету I типу впливає на формування особистості хворого. Можливо, жорсткість (нечутливість) хворих на цукровий діабет I типу розвивається внаслідок захворювання як захисна реакція, а експресивність, у свою чергу, формується як прояв постійної схильності отримати «вторинну вигоду» від захворювання (емоційний відгук, співчуття та допомога від оточуючих).

Як відомо, підвищена тривожність є практично постійним супутником та характерною рисою хворих на цукровий діабет. Тривожність хворих на цукровий діабет II типу знаходить прояв у побоюваннях щодо можливого погіршення здоров'я, боязні стати тягарем для своїх близьких, виявитися незатребуваним, немічною, самотньою, безпорадною людиною. Також у них має місце страх смерті, занепокоєння за долю своїх дітей, родичів.

Побоювання у хворих на цукровий діабет I типу виражаються, головним чином, в занепокоєнні за те, що оточуючі, дізнавшись про хворобу, відвернуться від них, у зв'язку з цим вони відчують страх перед нерозумінням іншими, страх втрати сім'ї та самотності, страх недієздатності.

Цукровий діабет змінює емоційний стан людини, посилюючи спектр особистісних змін та негативних емоцій: психастенічність, істероїдність та іпохондрію, тривожність, вибір механізмів психологічного захисту, які використовуються постійно тощо. Таким чином, така хронічна хвороба, як цукровий діабет, супроводжується низкою змін у психологічному стані людини і дослідженні це підтвердилось.

Наше дослідження дозволяє зробити висновок, що знання особливостей системи відносин хворого до своєї хвороби, знання змін, які відбуваються з особистістю з захворюванням на цукровий діабет, вибір механізмів психологічного захисту сприяють глибшому розумінню його психіки, розкриття реабілітаційних можливостей та допомагають

здійснювати більш раціональний, своєчасний та якісний підхід до планування та проведення процесу реабілітації.

Висновки

Цукровий діабет - це захворювання, основною ознакою якого є постійне підвищення рівня цукру в крові. Тому для діагностики найбільш інформативним методом є визначення концентрації глюкози в капілярній крові (укол пальця) або венозної крові (венепункція) протягом доби або, що більш достовірно, визначення кількості глюкози голодним (хоча б не їсти 10 годин до вимірювання). Нормальний рівень цукру в крові - від 3,3 до 5,5 ммоль/л.

Порівняння індивідуально-психологічних особливостей, вибору механізмів психологічного захисту хворих на цукровий діабет другого та першого типу, виявлених за результатами проведеного емпіричного дослідження, дозволяє зробити висновок, що хворі на цукровий діабет II типу схильні відчувати негативні емоції (висока чутливість), проте емоції, що виникають, не виражаються зовні (висока на когнітивному рівні (високий рівень таких захисних механізмів, як витіснення та заперечення), а переживаються на тілесному рівні (високий рівень алекситимії). При цьому на свідомому рівні хворі на цукровий діабет II типу, навпаки, переживають тенденції, протилежні вхідним (високий рівень такого захисного механізму, як гіперкомпенсація), що призводить до формування внутрішніх конфліктів. Всі перелічені особливості емоційного реагування характерні для хворих на психосоматичні захворювання: вони призводять до виникнення і подальшого посилення фізіологічного супроводу емоцій і зумовлюють схильність до формування стійких порушень функцій організму.

Результати проведеного емпіричного дослідження також свідчать про велике значення стресу та емоційних факторів в етіології розвитку

цукрового діабету II типу, та практично не впливають на перебіг цукрового діабету I типу.

Результати проведеного дослідження свідчать також про те, що хворі на цукровий діабет I типу характеризуються поєднанням протилежних якостей - жорсткості та експресивності. У цьому рівень експресивності значно переважає рівнем чутливості (виражають більше емоцій, ніж відчувають), що не характерно для хворих на цукровий діабет II типу.

При виборі механізмів психологічного захисту хворі на цукровий діабет I типу вибирають механізми захисту схожі з хворими на цукровий діабет II типу, крім наступних механізмів: витіснення, заперечення та гіперкомпенсація, які проявляються у них в меншій мірі. Можливо це пов'язано з тим, що в основному цукровий діабет I типу діагностується в більш ранньому віці, а цукровий діабет II типу - у людей старшого віку.

Виявлені подібності та відмінності психологічних особливостей хворих на захворювання цукрового діабету різних типів, знання про те, які види психологічних захистів вони використовують можуть стати ключем до розкриття механізмів формування різних психосоматичних захворювань.

Лікування цукрового діабету стає невід'ємною частиною повсякденного життя людини. Щодня потрібно приймати ліки, дотримуватися дієти та постійно контролювати рівень цукру в крові. Дотримуючись усіх рекомендацій лікарів, можна підтримувати хороше самопочуття та залишатися активним у соціальному житті.

Для зниження ризику ускладнень та підтримки якості життя пацієнтам рекомендується:

- регулярний контроль рівня цукру в крові (частоту визначає лікар);
 - вчасне прийняття всіх препаратів (можна налаштувати нагадування на смартфоні або прикріпити записки в помітних місцях.);
 - продумати раціон харчування з урахуванням лікарських рекомендацій (правильне харчування теж може бути смачним і різноманітним);

- гуляти на свіжому повітрі, більше рухатися;

- регулярно перевіряти ротову порожнину на наявність набряку та кровоточивості, а також цілісність шкірного покриву.

Пацієнтам з цукровим діабетом рекомендується щорічно проходити обстеження у кардіолога, зокрема доплерографію судин та аналізи крові на рівень холестерину та тригліцеридів. Також варто регулярно відвідувати офтальмолога для перевірки зору. Це важливо для профілактики та раннього виявлення найбільш поширених ускладнень діабету.

Самоконтроль є основою успішного лікування та профілактики ускладнень діабету. Система самоконтролю охоплює знання про клінічні ознаки симптомів і лікування захворювань, моніторинг рівня цукру в крові та сечі, а також контроль за харчуванням і вагою.

Розвиток систем саморегуляції на даний момент є одним із ключових елементів лікування цукрового діабету.

Успішне лікування діабету вимагає спільної роботи лікарів і пацієнтів для поліпшення обміну речовин. Для успішного лікування захворювання люди з діабетом повинні знати якомога більше про причини, симптоми, ускладнення та лікування захворювання.

Список використаної літератури

1. Анциферов М.Б., Мельникова О.Г., Дробіжев М.Ю., Захарчук Т.О. Цукровий діабет та депресивні розлади. <http://prodiabet.net>.
2. Анциферов М.Б. Локус контролю у хворих на цукровий діабет. Об'єктивна оцінка суб'єктивного ставлення до лікування / М.Б. Анциферов, М.Ю. Дробіжів, Є.В. Суркова [та ін] // Проблеми ендокринології. 2002. Т. 48. № 4. С.71.
3. Анциферов М.Б. Перспективи використання аналога людського інсуліну/ М.Б. Анциферов, А.Ю. Майоров // Медичний журнал. 2000. Т.6. №12. С.23.
4. Балаболкін М.І. Генетичні аспекти цукрового діабету / М.І. Балаболкін, І.І. Дідів // Цукровий діабет. 2000. № 1 (6). С. 561.
5. Безбах В.М. Стратегія лікування та особливості клініки психічних розладів та психосоціальних проблем у хворих на цукровий діабет. Соціально-психіатричні аспекти цукрового діабету. <http://endocrinology.mif-ua.com>.
6. Біляєвський А.Д. Цукровий діабет: сучасні акценти у патогенезі та у підходах до інтенсивної терапії / О.Д. Біляєвський, А.А. Лагутіна, Н.П. Мілютіна // Вісник інтенсивної терапії. 2003. № 1. С.253-256.
7. Браун Дж. Психосоматичний підхід // Психосоматика: взаємозв'язок психіки та здоров'я / упоряд. К.Сільченко. <http://psylib.org.ua>.
8. Ванюков Д.А. Предіабет: діагностика та лікування // Важкий пацієнт. 2006. № 12.
9. Вербовий А.Ф., Митрошина О.В., Комаржина О.М. Аналіз харчової поведінки хворих на цукровий діабет та ожирінням // Ожиріння та метаболізм. 2008. № 3. С. 27-30.
10. Володіна М.М. Депресії та когнітивні порушення при цукровому діабеті / М.М. Володіна, Є.Г. Старостіна // Цукровий діабет. 2019. С.57- 60

11. Володіна М.М. Церебральна ішемія як маркер депресії та когнітивних порушень при цукровому діабеті 2 типу / М.М. Володіна, Є.Г. Старостіна // Цукровий діабет. 2018. 4. С.117-119.
12. Генес В.С. Етіологія, патогенез та підходи до патогенетичної терапії інсулінонезалежного цукрового діабету // Патологічна фізіологія та експериментальна терапія. 2003. № 3. С.12.
13. Гошовська О. Первинні механізми психологічного захисту та вікова динаміка їх застосування : теоретико-емпіричний ракурс [Електронний ресурс] // Збірник наукових праць Інституту психології імені Г. С. Костюка Національної АПН України. Проблеми загальної та педагогічної психології. 2012. Т. 24, ч. 6. С. 112 - 119.
14. Гроф С. Новий погляд на реальність та людську природу // Психосоматика: взаємозв'язок психіки та здоров'я / упоряд. К. Сільченко. <http://psylib.org.ua>.
15. Діабетична кардіоміопатія. О. О. Сергієнко, А. С. Єфімов, Д. А. Єфімов В. О. Сергієнко. Київ : Кварт, 2007. 341 с.
16. Діагностика та ведення цукрового діабету 2 типу (HEARTS-D). Женева: Всесвітня організація охорони здоров'я; 2021 (WHO/UCN/NCD/20.1).
17. Дідів І.І. Цукровий діабет: проблеми та шляхи вирішення // Цукровий діабет. 2012. № 1.
18. Древаль А.В. Характер психологічних змін у хворих на інсулінозалежний цукровий діабет після навчання самоконтролю / О.В. Древаль, Ю.А. Редькін, І.В. Міснікова // Проблеми ендокринології. 1999. Т. 45, № 1. С.54-57.
19. Дробіжов М.Ю. Ставлення до лікування у хворих на цукровий діабет. Вплив супутніх депресивних та тривожно-фобічних розладів / М.Ю. Дробіжов, М.Б. Анциферов, Є.В. Суркова [та ін.] // Проблеми ендокринології. 2002. Т. 48. №5. С.30-32.

20. Зеленська В.Ю. Специфіка онтогенезу механізмів психологічних захистів: теоретичний контекст [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://jurnal.org/articles/2014/psih42.html>
21. Кірейчева Є. Механізми психологічного захисту як предмет дослідження у психології особистості / Є. Кірейчева, А. Кірейчев // Педагогіка і психологія проф. освіти. 2010. № 5. С. 115-121.
22. Кононенко І.В., Смирнова О.М., Майоров А.Ю., Шестакова М.В. Класифікація цукрового діабету. Всесвітня Організація Охорони Здоров'я 2019 р. Що нового? // Цукровий діабет. 2020. Т. 23. №4. С. 329-339. doi: <https://doi.org/10.14341/DM12405>
23. Крушинська З.Г., Юзвенко Т.Ю., Паньків В.І. Вплив військового конфлікту на Сході України на перебіг, тактику та ефективність лікування цукрового діабету// Клінічна ендокринологія та ендокринна хірургія. 2020; 3 (71): 47-56.
24. Коробіцина М. Б. Реабілітаційні можливості психологічних механізмів центроверсії // Наукові записки інституту психології ім. Г. Ф. Костюка АПН України. Вип. 30. Київ, 2006. С. 12-18.
25. Кондратюк С. М. Сердечна Л. А. Теоретичне обґрунтування механізмів психологічного захисту особистості // Збірник наукових праць Хмельницького інституту соціальних технологій Університету "Україна". 2015. № 11. С. 115-118.
26. Луценко Е.Л. Проекция как защитный механизм адаптации личности в ситуации переходного периода // Вісник Харк. нац. ун-ту. Серія: Психологія. 2002. № 550. Ч. 2. С. 175-177.
27. Лісничий А.В. Біохімічні показники у хворих цукровим діабетом // Лікарська справа. 2007. № 5. С.18.
28. Майоров А.Ю., Суркова О.В., Мотовілін О.Г., Мельникова О.Г., Шишкова Ю.А. Навчання хворих на діабет: синтез доказової медицини та психологічного підходу // Цукровий діабет. 2011. №

1. С. 46.

29. Мітченко О.І. Діагностика і лікування метаболічного синдрому, цукрового діабету, предіабету і серцево-судинних захворювань: рекомендації асоціації кардіологів України та асоціації ендокринологів України / О.І. Мітченко, В.В. Карпачов // Серцево-судинні захворювання: рекомендації з діагностики, профілактики та лікування / За ред. В.М. Коваленка, М.І. Лутая. Київ : Моріон, 2018. С. 68-79.
30. МКХ-10 - онлайн-довідник Міжнародна Класифікація Хвороб [Електронний ресурс] / Режим доступу до ресурсу: <https://mkh10.com.ua/>
31. Мельник Т.М. Взаємозв'язок когнітивних порушень та клініко-лабораторних показників у хворих на цукровий діабет 2 типу // Український неврологічний журнал. 2019. № 3. С. 32-35.
32. Морозова Є.В. Діагностичні підходи до вивчення особи хворих на цукровий діабет // Вісник фахівців з медико-соціальної експертизи, реабілітації та реабілітаційної промисловості. 2005. № 2. С.74.
33. Морозова Є.В. Діагностичні підходи до вивчення особи хворих на цукровий діабет // Вісник фахівців з медико-соціальної експертизи, реабілітації та реабілітаційної промисловості. 2009. № 2. С.49.
34. Мотовілін О.Г., Шишкова Ю.А., Суркова Є.В. Стратегії подолання (копінг-стратегії) у хворих на цукровий діабет 1 і 2 типу на інсулінотерапії: зв'язок з емоційним благополуччям та рівнем глікемічного контролю // Цукровий діабет. 2015. № 4. С. 41-47.
35. Мрочко І. О. Теоретичний аналіз сучасних підходів у дослідженні механізмів психологічного захисту / І. О. Мрочко, Л. В. Левицька // Збірник наукових праць Хмельницького

інституту соціальних технологій Університету "Україна". 2017. № 14.
С. 232-235.

36. Макаренко С. Методи і способи психологічного захисту особистості в умовах екстремальних ситуацій // Проблеми екстремальної та кризової психології. 2013. Вип. 14(1). С. 202-210.
37. Михайлов Б. В. Secondary depression in patients with cardiovascular and cerebrovascular diseases / Б. В. Михайлов // Psychiatry, psychotherapy and clinical psychology. 2017. Vol. 8, № 1. С. 64-69.
38. Мокрій В. Я. Особливості формування окисного стресу у хворих на цукровий діабет 2-го типу залежно від тривалості захворювання та статі / В. Я. Мокрій, С. В. Зябліцев, М. В. Кришталь // Міжнародний ендокринологічний журнал. 2016. № 5. С. 67-71.
39. Орлова М.М. Аналіз адаптаційних стратегій хворих на цукровий діабет залежно від ситуації хвороби // СПЗ. 2011. № 41. С. 94-104.
40. Патракеєва Є. М., Дунічева М. Н., Залевська А. Г. Страх гіпоглікемії у пацієнтів із цукровим діабетом 1 типу // Цукровий діабет. 2014. №2. С. 70-75.
41. Поліщук Д.С. Основні підходи до сутності механізмів психологічного захисту / Д. С. Поліщук / Вісник НТУУ «КПІ». Філософія. Психологія. Педагогіка. 2014. № 1. С. 34-39.
42. Протокол надання медичної допомоги хворим на неускладнений цукровий діабет. Затверджено наказом Міністерства охорони здоров'я України від 22.05.2009 р. № 356 в редакції наказу МОЗ України від 05.08.2009 р. № 574 [Електронний ресурс]. Режим доступу: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20090805_574.html

43. Психологія Підручник/під ред. В.Н. Дружиніна. <http://www.gumer.info>.
44. Радченко О. М. Особливості перебігу цукрового діабету при різних типах загальних неспецифічних адаптаційних реакцій / О. М. Радченко, О. Я. Королук, М. В. Сироїд // Галицький лікарський вісник. 2003. № 3. С. 68-71.
45. Самойлова Ю.Г., Кравець Є.Б., Олійник О.А. Роль психологічних факторів у досягненні адекватного глікемічного контролю у дітей та підлітків із цукровим діабетом типу 1 // Бюлетень медицини. 2010. №1. С.97-103.
46. Сидоров П.І., Соловійов А.Г., Мулькова Н.М., Новікова І.А. Якість життя хворих на цукровий діабет // Проблеми соціальної гігієни, охорони здоров'я та історії медицини. 2007. №2. С.20-23.
47. Тітаренко Д.С. Захисні механізми психіки людини // Проблеми екстремальної та кризової психології. Збірник наукових праць. Вип.6. Харків: УЦЗУ, 2009. С. 181-191.
48. Тітаренко Д.С. Проблема дослідження механізмів психологічного захисту особистості в умовах екзистенціальної загрози // Вісник Національної академії оборони України. Збірник наук. праць. Київ : НАОУ, 2010. Вип. 1 (14). С. 183-186.
49. Тітаренко Д.С. Проблема класифікації механізмів психологічного захисту особистості // Збірник наукових праць № 53. Серія: педагогічні та психологічні науки. Національна академія Державної прикордонної служби України імені Б. Хмельницького. Хмельницький: Видавництво НАДПСУ, 2010. С. 225-228
50. Уніфікований клінічний протокол первинної, екстреної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Цукровий діабет у молодих людей та дорослих». Затверджений наказом

- Міністерства охорони здоров'я України від 29.12.2014 р. № 1021
[Електронний ресурс]. Режим доступу: http://mtd.dec.gov.ua/images/dodatki/2014_1021_CD1_dor/2014_1021_nakaz_CD1_dor.pdf
51. Фалєєва В.В. Психосоматика: погляд причини хвороб. <http://www.likar.info>.
 52. Фройджер Р., Фейдімен Дж. Теорії особистості та особистісне зростання. <http://www.gumer.info>.
 53. Фуштей И. М. Роль сахарного диабета в ускоренном развитии атеросклероза и его клинических проявлений / И. М. Фуштей, С. Л. Подсевакина, О. В. Ткаченко // Запорізький медичний журнал. 2006. № 1. С. 87-91.
 54. Чабан О.С., Хаустова О.О. Психосоматична медицина (аспекти діагностики та лікування). Київ : ТОВ «ДСГ Лтд», 2004. 96 с.
 55. Шебанова В. І. Проблематика механізмів психологічного захисту [Електронний ресурс] // Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 12 : Психологічні науки. 2012. Вип. 37. С. 246-249.
 56. Шишкова Ю.А., Мотовілін О.Г., Суркова Є.В., Дівісенко С.І., Майоров А.Ю. Якість життя при цукровому діабеті: визначення поняття, сучасні підходи до оцінки, інструменти дослідження // Цукровий діабет. 2011. № 3. С. 70-75.
 57. Як опанувати самоконтроль діабету? Все про цукрове діабет. URL: http://odiabete.do.am/news/kak-ovladetsamokontrolem_diabeta/2012-29-02
 58. Шишкова Ю. А., Мотовілін О. Г., Суркова Є. Ст, Майоров А. Ю. Глікемічний контроль, якість життя та психологічні Характеристики хворих на цукровий діабет 1 типу // Цукровий діабет. 2013. №4. С. 96-113.
 59. Шишкова Ю.А., Мотовілін О.Г., Суркова Є.В., Дівісенко С.І.,

- Майоров А.Ю., Якуніна О.О. Вплив емоцій на захворювання цукровий діабет 1-го типу // Вісник науки. 2021. №5-1 (38). З. 70-75.
60. Ярмолинська М. І., Андрєєва Н. Ю, Абашова Є. І., Мішаріна Є. В. Експериментальні моделі цукрового діабету 1-го типу // Ж. акуш. і жін. хвороби. 2019. №2. С. 148-156.
61. Bradley C. // New Trends in Patient Education: A Trans-Cul- tural and InterDisease Approach. International Congress Series 1076 I Eds J.-Ph. Assal et al. New York, 2015. P. 99-106.
62. Daniel J. Cox, Linda Gonder-Frederick, Lee Ritterband. Blood Glucose Awareness Training: What Is It, Where Is It, and Where Is It Going?. Diabetes Spectr 1 January 2016; 19 (1): 43-49.
63. Kreitler H. The cognitive determinants of defensive behavior / H. Kreitler, S. Kreitler // British Journal of Social and Clinical Psychology, 1972, P. 359-373.
64. Lam AYR, Xin X, Tan WB, et al. Psychometric validation of the Hypoglycemia Fear SurveyII (HFS-II) in Singapore. BMJ Open Diab Res Care, 2017. p.856-867.
65. Linda A Gonder-Frederick, Karen M. Schmidt. Psychometric Properties of the Hypoglycemia Fear Survey-II for Adults With Type 1 Diabetes. // Diabetes Care 34(4):801-6, 2011.
66. Plutchik R. A structural theory of ego defence and emotions // Emotions in personality and psycopathology / R. Plutchik, H. Kellerman, H. Conte; Ed. by E. Izard. New York, 1979. P.229-257.
67. Besancon S, Fall I, Dore M, et al. Diabetes in an emergency context: the Malian case study//Confl Health. 2015; 9: 15-21
68. Hilliard M. E. et al. Stress and A1c Among People with Diabetes Across the Lifespan. Current Diabetes Reports 16,67 (2016).
69. Vaillant G.E. Theoretical hierarchy of adaptive ego mechanism / G.E. Vaillant // Arch. General Psychiatry. 1971. Vol. 24. P. 107-118.

70. Lazarus R.S. Stress, Appraisal and Coping / R.S. Lazarus, S. Folkman. N.Y., 1984. 218 p.
71. Haan N. The adolescent antecedents of an ego model of coping and defense and comparisons with Q-sorted ideal personalities / N. Haan // Genet. Psychol. Monogr. 1974. Vol. 89, N 2. P.274-306.
72. Weng J. Evolution in the Chinese Diabetes Society Standards of Care for Type 2 Diabetes / J. Weng // Diabetes Metab. Res. Rev. 2016. № 32 (5). P. 440-441.
73. Sakharova J.V., Yefimov A.S. Influence of non-verbal intellect gradenonv.IG) for effective education. // Diabetologia. 2002. Vol. 45 Suppl 2.: I-VII. P 12-18.
74. Singh H, Bradley C. Quality of life in diabetes. Int J Diab Dev Ctries 2016;26(1):7-10.
75. Гаврилюк О. О., Костюк О. І. «Захисні механізми пацієнтів хворих на цукровий діабет I та II типу», подано до публікації в фаховий журнал «Перспективи та інновації науки»

Додатки

Додаток А

КОМПЛЕКС ВПРАВ, ЯКІ ДОПОМОЖУТЬ ВАМ КОНТРОЛЮВАТИ РІВЕНЬ СВОГО СТРЕСУ, КОЛИ ВИ ВІДЧУВАЄТЕ, ЩО БІЛЬШЕ НЕ МОЖЕТЕ СПРАВЛЯТИСЯ ІЗ НИМ

Таємний таппінг. Робочою областю для цієї вправи є останні фаланги пальців на правій та лівій руках. Натискаючи великим пальцем на фаланги, ми стимулюємо нервові закінчення. Ці імпульси пригнічують активність амігдали (або ж мигдалеподібного тіла) — мозкового центру, який відповідає за тривожність. Тож по черзі натискайте на подушечки кожного пальця, поки не відчуєте, що заспокоїлися.

Метелик. Схрестіть долоні, зачепившись великими пальцями — на кшталт метелика. Прикладіть долоні до грудей та по черзі легенько й ритмічно пристукуйте по ключиці. Через внутрішні вібрації ви будете чути ці звуки як гучне серцебиття, і саме це заспокоюватиме вас. Продовжуйте цю вправу, поки не відчуєте, що ваше дихання вирівнялося.

Протитривожне дихання. Ця техніка — з групи дихальних вправ. Для її виконання вам знадобиться будь-який квадратний чи прямокутний предмет, який ви бачите перед собою (двері, стіна, будинок тощо).

Супроводжуйте поглядом з першого кута до другого (на рахунок «1»), з другого до третього (на рахунок «2»), з третього до четвертого (на

рахунок «3») і з четвертого назад до першого (на рахунок «4») — і так по колу. На рахунок «1» почніть вдих, продовжуйте вдихати повітря через ніч до рахунку «4». Після того знову на рахунок «1» почніть видихати до «4». За рахунок штучного вповільнення вашого дихання ви даєте мозку зрозуміти, що ви в безпеці і зараз можна розслабитися.

Цю вправу варто робити під час сильної тривоги. При помірній тривозі його варто робити двічі-тричі на день — у такому випадку протитривожний захист виникає завдяки накопичувальному ефекту.

Сканування тіла. Техніка, спрямована на розвиток стійкої та гнучкої уваги. Освоєння усвідомленості має на мету, що ви навчитеся спрямовувати увагу на те, що відбувається у цей момент в тілі, органах чуттів та думках.

Зосередьтеся на кожній клітинці свого тіла починаючи від маківки і закінчуючи п'ятами. Заплющіть очі, перед цим переконавшись у власній безпеці. Спробуйте відчути своє чоло, очі, ніс, губи, підборіддя, шию. Відчуйте свої плечі та сильні руки, спостерігайте за тим, як ваші легені самостійно дихають і ваша грудна клітина підіймається та опускається. Продовжуйте так до самого низу.

Прогресивна м'язова релаксація. Техніка, спрямована на роботу м'язів. Важко розслабитися, коли м'язи буквально напружені. Це заважає і дихати вільно, і мати свіжу голову. Техніку краще виконувати наодинці у спокійному місці, або перед сном.

Напружте усі м'язи та протримайте цей стан якомога довше, а потім різко розслабте усе тіло. За інерцією м'язи розслабляються ще більше. Коли у крові багато стресових гормонів, то вегетативна система вмикається і починає їх перепрацьовувати. М'язи також залучені в цей процес, тому часом у нас болять спина, затискає шию, з'являється відчуття дискомфорту тощо.

Ці вправи допомагають впоратися зі стресом тут і зараз. Проте якщо ви відчуваєте, що ви не можете самостійно здолати хвилю страху та

безпорадності, поговоріть про це із близькою людиною або зверніться до фахівців, які нададуть вам психологічну допомогу.

ПРАКТИКИ, ЯКІ ДОПОМОЖУТЬ СТАБІЛІЗУВАТИСЯ

Контроль стоп, спини, очей і рук

Сядьте стійко, наскільки це можливо. Якщо ви опираєтеся на стінку стільчика, опирайтеся. Відчуйте, як щільно “вм’ялися” в стільчик. У людини є кілька точок опори й контакту, завдяки яким вона може вийти зі стану паніки та стресу й допомогти собі не потрапити в стан травматизації.

Перше - це стопи. Що б не відбувалося, перевіряйте в себе і своїх дітей, наскільки стійко стоять стопи. Подивіться зараз на ваші ноги. У той момент, коли ви чуєте інформацію, що вас лякає, постарайтеся одразу подивитися на свої ноги. Коли з’являється контакт із ногами, з’являється можливість рухатися.

Друге - спина. Якщо у вас є можливість на щось опиратися, зробіть це. У той момент, коли стає страшно, притуліться до стіни чи до спинки стільчика.

Третє - очі. Озирніться своєю кімнатою. Подивіться, що видно навкруги. Якщо поруч із вами хтось є, зустріньтеся з ним / нею поглядом. Коли страшно, ми говоримо “у мене в очах потемніло”, тобто виходимо із зорового контакту. А ще, коли стає страшно, у нас розширюються зіниці, щоб охопити поглядом більшу кількість об’єктів. Буває, усе “пливе” перед очима, а буває, в очах темніє. Тож спробуйте покліпати очима і знайти якусь яскраву точку навкруг, аби сфокусуватися.

Четверте - руки. Стисніть і розтисніть свої руки, потріть їх. У той момент, коли ми тремо руки, допомагаємо вийти собі з фази стресу. Далі обійміть себе. Коли нам страшно й ми потрапляємо у фазу сильного стресу, втрачаємо контакт зі своїм тілом. Ми буквально “вилітаємо” з нього. Але тільки тіло може витримати те напруження, з яким ми стикаємося. Якомога частіше замотуйтеся в плед.

Покладіть ліву руку під праву пахву і праву руку - на плече. Порухайте

лівою рукою, постукайте себе по правому плечу. Це допомагає повернути “контейнер” нашому тілу.

Для дитини цю вправу треба модифікувати так: запропонуйте, аби вона поклала руку собі на плече, і скажіть, що це наче ви або янгол її захищаєте. Якщо ваші діти вірять у янголів-охоронців, зараз саме час це використати.

Точка екстреної допомоги під час паніки

Знайдіть точку між безіменним пальцем та мізинцем і надавіть на неї. Це точка, на яку ми впливаємо, коли стає страшно. Це допомагає заспокоїтися.

Психотерапевтична практика

Простукуйте грудну клітину, з'єднуючи руки, наче пташки, з періодичністю один удар у секунду, чергуючи руки. А тепер проговоріть про себе чи вголос: “Я впораюся, ситуація справді складна, але я зроблю це”. Ця вправа допомагає повернути серцебиття в нормальний ритм. Тому важливо, щоби був саме один удар на секунду. Якщо робити це частіше, серцебиття пришвидшиться.

Якщо дитина самотійно не може це робити, ритмічно постукайте по її колінах чи плечах зі словами: “Ми впораємося, справді страшно й важко, але подивися, які ми молодці”.

Обов'язкова вправа

Навіть якщо ви забудете про все інше, пам'ятайте про цю вправу. Як тільки з'являється можливість, зробіть “потягушки”, потягніться вгору. До того ж запропонуйте дітям потягуватися. Якщо ви вмієте займатися йогою чи стретчингом, загадайте про це саме зараз.

Пам'ятайте, що неврологи розповідають про понижений та підвищений тонуси. Коли ми в стані стресу, м'язи в спазмі. Нам треба повернути їхній нормальний тонус — саме так ми виходимо зі стану стресу.

Якщо важко, ви перебуваєте в закритому просторі й не можете потягнутися, принаймні потягніть пальці рук, ніг, шию. Це допоможе

повернути активність префронтальної кори, щоби думати і швидко реагувати.

Гримаси

Скорчіть гримасу. Уявіть, що ви хочете когось налякати, а ще постарайтеся видати дивний звук. Ця вправа значно серйозніша, ніж здається. Вона не тільки для того, щоби ви розсміялися. У той момент, коли ми рухаємо очима чи залучаємо міміку, впливаємо на черепно-мозкові нерви, які допомагають повернути спокій. Ми охолоджуємо напруженість нашої симпатичної системи. Я впевнена, ця вправа дуже сподобається дітям.

Кондиціонер перевантаженої нервової системи

Подуйте на великий палець руки. А тепер уявіть, що ви дмухаєте на свічку: короткий вдих, а потім видих. Коли ми перебуваємо в стані стресу, перехоплює дихання. Щоби ввімкнути в роботу парасимпатичну нервову систему, що відповідає за заспокоєння та розслаблення, треба старатися робити видихи частіше, ніж вдихи.

Якщо біля вас є діти, які хвилюються, а у вас є мильні бульбашки, це прекрасно діє. Дмухати на свічки, кульки, мильні кульки, співати — усе допомагає.

Очі в різні боки

Рухайте очима в різні боки: подивіться вгору, униз, прямо, а потім повільно праворуч до упору й затримайте погляд. Потім знову: вперед, ліворуч і затримайте в крайній точці. Тоді — знову прямо.

Ця вправа залучатиме “блукаючий нерв”, аби ми розслабилися. Дітям можна чимось шелестіти, щоби вони на це дивилися й переводили погляд.

Корінець язика

Корінець язика пов'язаний із частиною нервової системи, яка також відповідає за заспокоєння. Висуньте язик у напрямку грудної клітини, а потім зробіть язикову гімнастику. Уявіть, що ваш язик прибирає стелю, потім — стіни й підлогу.

А ще імітуйте полоскання горла.

Я - океан

Уявіть, що ви миттєво виростаєте розміром в океан. Виростаєте величезними, як сонячний промінь чи найвища гора, стаєте дуже високими та широкими по горизонталі та вертикалі. Відчуйте, що за вами — сила вашого роду, країни, військових, знань. Відчуйте, який стан приходить. Буде класно, якщо картинку з океаном ви поставите собі на заставку.

Уявіть: у вас зараз є вибір. Ви можете відчувати себе маленькими склянками води, чого від нас очікують вороги, а можемо відчувати себе величезним океаном, який може вмістити в себе всю тяжкість часу, з якою ми зіштовхнулися.

БАЛАНСУВАЛЬНІ ВПРАВИ

Ми робимо вдих зі словами “моє”, а потім видих, відштовхуючи дві руки й кажемо “не моє”. Спокій, сила, стабільність, безпека, радість, мир - моє. Не моє - будь-яке напруження.

Дихання в човник. Коли маленькі діти бояться, то хапаються за живіт. У той момент, коли ви намагаєтеся повернути собі відчуття опори, кладіть руку на живіт. Друга рука - човником згорнута біля рота. Робите видих, дуєте в долоньку й опускаєте до грудної клітки. Робите вдих і підіймаєте руку. І так кілька разів.

Кола підтримки. Коли ми в стані стресу, активна симпатична нервова система: дихання й серцебиття частішає. Це треба, щоби мозок збагатився киснем і ми могли діяти. У цей момент виробляється нейрогормон окситоцин. Він допомагає знеболити серце - робить так, аби воно витримало навантаження.

А ще він відповідає за відчуття близькості, зв'язаності. Зараз має допомагати те, коли ми просимо когось про допомогу й допомагаємо самі. Нам важливі кола підтримки. Ідеально, якщо в оточенні є 5 людей: той, у кого можна прочитати чи дізнатися правдиву інформацію, той, хто може допомогти дією, той, хто може підтримати в почуттях, той, хто може

помовчати поруч і той, хто може розсмішити.

Якщо вам вдається жартувати, дивитися найдурніші комедії - це буде одним із найважливіших антистресових запобіжників.

Аби ввімкнулася логіка, треба відповісти на запитання:

Коли? Коли реагувати? Треба реагувати на інформацію з перевірених джерел, якщо звучить сирена, треба шукати безпечне місце.

Як? Що робити? Зараз є багато методичок із конкретними діями: куди треба пересуватися.

Де? Де мої речі й безпечні місця?

Кому? Кому телефонувати, до кого можна звернутися за підтримкою?

Якщо біля вас людина трясеться, у неї великий викид адреналіну. У такій ситуації нема сенсу говорити "Розслабся", "Не панікуй". Треба запропонувати якийсь рух. Наприклад: "Принеси мені води", "Закутайся".

Скрина ресурсів. Важливо накопичувати ресурси, щоби втримувати напруження. Ресурсом може бути емоційний контакт із кимось, дозвіл собі відчувати, будь-яка раціональна інформація, віра, підтримка зв'язку з кимось, можливість їсти, пити, уява (можна уявляти, чим ми займатимемося, коли все закінчиться).

Беремо себе в руки. Один із вчених Лурія говорив, що долоня - це винесений назовні мозок. Уявіть, що тильна частина долоні реагує на небезпеку завмиранням і втечею. Великий палець "реагує" емоційно, а є частини, якими ми раціонально сприймаємо інформацію.

Коли ми кажемо: "Візьми себе в руки", "Поверни свій мозок на місце", можна скласти долоні: пальцями ближче до руки, такі собі плескання однією рукою. Кажемо: "Повертаю собі свої силу та спокій".

Думаємо чи кажемо: "Моя тривога говорить..." і виписуємо думки про це; "Мій мозок говорить...". Ця практика допомагає зменшити тривогу.

Уявіть собі образ, якого ви боїтеся, і додайте йому щось смішне, знеціньте його.

Оберіть чи пригадайте ваш образ спокою та стійкості. Зафіксуйте

десь цю картинку - наприклад, нехай вона буде в телефоні. Часом картинка повертає стан спокою.

Уявіть, яке ви джерело світла. Яке ваше світло? Може, ви лампочка, гірлянда чи сонце. Відчуйте, що з'являється всередині, коли ви стаєте джерелом світла. Наше завдання - стати маяками для тих, кому зараз страшніше й небезпечніше.

Додаток Б

Вправи для зняття стресу та емоційної напруги

Щоб ефективно зняти м'язове напруження, спочатку треба його посилити.

Якщо обстановка навколо напружена й ви відчуваєте, що втрачаєте самовладання, цей комплекс можна виконати прямо на місці, за столом, практично непомітно для навколишніх.

Так сильно, як можете, напружте пальці ніг. Потім розслабте їх.

Напружте й розслабте ступні ніг.

Напружте й розслабте гомілки.

Напружте й розслабте коліна.

Напружте й розслабте стегна.

Напружте й розслабте сідничні м'язи.

Напружте й розслабте живіт.

Розслабте спину й плечі.

Розслабте кисті рук.

Розслабте передпліччя.

Розслабте шию.

Розслабте лицьові м'язи.

Посидьте спокійно кілька хвилин, насолоджуючись повним спокоєм.

Коли вам здасться, що повільно пливете,- ви повністю розслабилися.

Вправа «Піджак на вішалці»

Зняти напруження в м'язах можна не лише, лежачи або сидячи, а й стоячи чи навіть ідучи. Для цього достатньо уявити себе «без кісток», зробленим ніби з гуми, або уявити своє тіло піджаком, що висить на вішалці. Порухайте тілом, яке, наче вільно висить на хребті. Відчуйте, як вільно гойдаються руки, плечі, тазовий пояс, коли ви рухаєте хребтом

Коли людина хвилюється, її дихання прискорюється і стає поверхневим. Щоб не допустити надмірної емоційної реакції під час стресових ситуацій, потрібно стежити за тим, щоб дихання залишилося глибоким і повільним.

Вправа «Ритмічне дихання»

Помітивши, що ви починаєте хвилюватися, напружуватися, обурюватися, починайте дихати за таким принципом: вдихаючи, рахуйте до трьох, видихаючи, також рахуйте до трьох. Потім спробуйте зробити видих іще тривалішим: видихаючи, рахуйте до п'яти, до семи тощо.

Вправа «Рахунок»

Цю вправу можна робити в будь-якому місці. Потрібно сісти зручніше, скласти руки на колінах, поставити ноги на землю й знайти очима предмет, на якому можна зосередити свою увагу.

Почніть рахувати від 10 до 1, на кожному рахунку роблячи вдих і повільний видих. (Видих має бути помітно довше вдиху.)

Заплющіть очі. Знову порахуйте від 10 до 1, затримуючи подих на кожному рахунку. Повільно видихайте, уявляючи, як з кожним видихом зменшується й нарешті зникає напруження.

Не розплющуючи очі, рахуйте від 10 до 1. Цього разу уявіть, що видихуване вами повітря пофарбоване в теплі пастельні тони. З кожним видихом кольоровий туман стає густішим, перетворюється на хмари.

Пливить ласкавими хмарами доти, поки очі не розплющуються самі.

Щоб знайти потрібний ритм рахунку, дихайте повільно й спокійно, відгороджуючись від усіляких хвилювань за допомогою уяви. Цей метод дуже добре послаблює стрес.

Через тиждень почніть рахувати від 20 до 1, ще через тиждень - від 30, і так до 50.

В основу наступних методів психологічної саморегуляції покладено роботу з образами уяви для регуляції емоційного стану людини. Адже свідомо створені образи впливають на організм людини майже так само, як і реальний досвід.

Вправа «Стирання інформації»

Розслабтеся. Заплющіть очі. Уявіть, що перед вами лежить чистий аркуш паперу, олівці, гумка. Подумки намалюйте на аркуші негативну ситуацію, яку б вам хотілося забути. Це може бути реальна картинка, образна ситуація. Подумки візьміть гумку й послідовно «витирайте» з аркуша цю негативну інформацію, доки не зникне ця картинка. Знову заплющте очі й уявіть собі той самий аркуш паперу. Якщо картинка не зникла, знову візьміть гумку й «витирайте» її до повного зникнення.

Такі методи використовують також задля зниження концентрації уваги на стресогенному чиннику.

Вправа «Ворона на шафі»

Якщо певна людина викликає у вас негативні емоції, а вам

доводиться взаємодіяти з нею, можна зменшити своє напруження, подумки домальовуючи реальну картину ситуації. Наприклад, уявіть цю людину дуже маленькою, у смішному вбранні або розташуйте її на значній відстані від себе, у дивному місці, змініть в уяві тембр її голосу тощо. Тобто віднайдіть такі доповнення до психотравмуючої ситуації, що зроблять її кумедною або незначущою для вас.

Вправа «Настрій»

Кілька хвилин тому ви почули погану новину чи закінчилася неприємна розмова...

Як зняти неприємний осад? Візьміть фломастери. Розслаблено, лівою рукою намалюйте абстрактний малюнок: кольорові нитки, лінії-сюжети, фігури. Важливо при цьому повністю зануритись у свої переживання, вибрати колір і провести лінії так, як вам хотілося б, щоб вони цілком збігалися з вашим настроєм.

Намагайтеся уявити собі, що ви переносите свій сумний настрій на папір. Закінчили малюнок? А тепер перегорніть аркуш і на звороті напишіть 5-7 слів, які відображають ваш настрій, ваші почуття. Довго не думайте і не намагайтеся бути ввічливими: необхідно, щоб слова виникали спонтанно, без спеціального контролю.

Після цього ще раз продивіться ваш малюнок, ніби заново переживаючи свій настрій, перечитайте слова, і з задоволенням, емоційно, розірвіть аркуш, викиньте його в кошик.

Ви помітили? Всього 5 хв, а ваш зіпсований настрій уже зник, він перейшов у малюнок і був знищений.

Не буває прийомів, які були б ефективними абсолютно для всіх. Комуś легше нормалізувати свій психологічний стан шляхом розслаблення м'язів, декому - шляхом рухової активності. Хтось ліпше використовує можливості уяви, а хтось - абстрактно-логічного мислення. Тому спробувавши методи психологічної саморегуляції, потрібно обрати для себе найефективніший. Як результат зменшується тривалість

негативного впливу стресогенної ситуації, знижується рівень негативного впливу стресу на організм людини.

Додаток В

УПРАВЛІННЯ емоціями НА РІВНІ ТІЛА

Техніка глибокого дихання.

Сядьте рівно. Долічіть про себе до 4, зробіть глибокий вдих через ніс.

Таким же чином – видих через рот на 4 рахунки.

Потім на вдиху піднімайте ліву ногу. На видиху – опускайте. Те ж саме

повторіть з правою ногою.

Зробіть 4 підходи для лівої і 4 для правої ноги.

Техніка м'язової розрядки.

Один із способів – стисніть кулаки з усієї сили, і тримайте їх в такому положенні, поки не відчуєте, що більше сил немає. Пальці почнуть розслаблятися самі. Метод гарний тим, що його можна використовувати в будь-якому місці, подбавши про те, щоб хоча б один кулак був захищений.

Управління емоціями на рівні уяви

Техніка «Стрілоуловлювач».

Уявіть, що зауваження, фрази на вашу адресу - це стріли, які виходять від співрозмовника. Але ви маєте перевагою - наявність невидимої сорочки, яка має властивість затримувати їх і пропускати лише ті дані, які важливі для контролю над становищем.

Однак будьте уважні з тим, щоб не пропустити інформацію, принципово важливу для винесення рішення з питання.

Техніка «Друга пара очей».

Користуючись цією технікою, ви ніби розділяється надвоє і починаєте бачити себе з боку. Дозвольте подіям, що розвиваються навколо вас, йти своєю чергою. При цьому направляйте частина уваги на спостереження за собою. Постарайтеся розібратися в своїх реакціях, стежте за тим, через що вони виникають і як розвиваються.

Ваш внутрішній спостерігач повинен бути неупередженим і критичним.

Пам'ятайте про те, що необхідно помічати свої поточні дії, стану, і коригувати їх у процесі. Наприклад: «Розмова з співробітником виходить непроста. Я відчуваю, що починаю підвищувати голос, дихання стає прискореним. Так, потрібно знизити обороти і привести дихання в норму.

Добре, тепер все в порядку».

Прийоми саморегуляції

Далі запропонуємо вам кілька способів контролю емоцій. Ви можете використовувати всі або зупинитися на тому, що більш за все сподобається.

Також дозволяється доповнювати і видозмінювати техніки з урахуванням власних потреб, особливостей характеру. Можна навіть об'єднувати методики між собою. Головне щоб був відповідальний вашим очікуванням результат.

Відволікаючий маневр

Переважає більшість людей просто-таки обожнює мусолити внутрішні переживання. Ми готові годинами малювати в своїй голові страхітливі картини майбутнього або оживляти неприємні моменти, які давно в минулому. Ми любимо знову і знову перемотувати обривки недавніх сварок, плекати образу від чийось некрасивих вчинків. Обожнюємо представляти, як прикро / сумно / страшно нам буде завтра (адже ми, наприклад, записані до стоматолога) і т.п.

Все це відволікає нашу увагу від дійсно важливих речей, від головних життєвих цінностей, проблем, завдань і потреб. У підсумку, ми години, а то і тижні, місяці витрачаємо на якісь мазохістські розумові процеси.

Якщо ви прийняли остаточне рішення почати жити по-новому, то вам терміново потрібно змінити платівку у себе в голові.

Практично в буквальному сенсі! Для цього, як тільки у вас з'явиться чергова негативна думка, відволікаючи свою увагу – увімкніть аудіокнигу або музику, почніть подумки декламувати вірші або наспівувати улюблену пісню.

Головне – займіть мозок чимось, щоб йому не було коли думати про погане.

Діємо від противного

Ми поводимося відповідно до наших відчуттями, внутрішніми переживаннями, думками. Але що найцікавіше, ця система працює і у зворотний бік. Тобто, діючи певним чином, ми здатні штучно викликати відповідні емоції, тому що наш мозок проводить стійкі паралелі між фізичним і психологічним аспектами.

На практиці вправу виглядає наступним чином. Припустимо, ви чимось засмучені. Цьому стану властиве сумний вираз обличчя, опущена вниз голова, зімкнуті руки, згорблена спина. Щоб побороти смуток почніть вести себе так, ніби ви абсолютно щасливі.

Для початку струсніться, щоб скинути неприємні емоції. Розправте плечі і глибоко вдихніть. Підійдіть до дзеркала і посміхніться. Ширше, ще ширше, ширше. Ось, так просто відмінно! Продовжуйте посміхатися дивлячись самому собі в очі хвилин 5-7.

Паралельно включайте самопереконавання. У вас в житті все не так уже й погано, набагато краще, ніж у багатьох інших. Так, є невдачі, але вони не смертельні. Все проходить, пройде і це. У вас багато цілей, багато бажання їх досягти. Колись нити і витратити енергію на дрібниці. Вперед до нових звершень. Гіп-гіп ура !!! Так ... відчуваєте, як вам стає легше? Ні ?! Продовжуйте ще 5 хвилин!

Просто не давайте неприємним відчуттям оселитися у вас в душі і почати диктувати там свої вимоги.
Сублімація.

Якщо ніякі методи і прийоми не діють і негативні емоції продовжують накопичуватися всередині, то не варто їх пригнічувати. Дайте їм вихід, тільки не прямий, а опосередкований! Дуже добре це працює через активні спортивні заняття. Біг, бокс, силові навантаження відмінно допомагають скинути негатив.

Але якщо такої можливості немає, то можна просто прокричати (для цього краще вибрати яке-небудь безлюдне місце, щоб не налякати перехожих), нарвати на дрібні шматочки пару кілограм паперу, побити в пух

і прах подушку або, навпаки, помедитувати. Ще можна від щирого серця поплакати (чоловікам це також дозволяється). Загалом, всі методи хороші.