

Оглавление

Введение.....	3
Глава 1. Теоретическое обоснование проблемы особенностей темперамента и отношения к соматическому здоровью у лиц с заболеваниями желудочно-кишечного тракта	8
1.1 Основные подходы к изучению темперамента в зарубежной и отечественной психологической литературе.....	8
1.2 Основные подходы к проблеме здоровья в психологической литературе.....	19
1.3 Теоретический анализ личностных особенностей лиц с заболеваниями желудочно-кишечного тракта.....	28
Выводы по первой главе.....	44
Глава 2. Эмпирическое исследование особенностей темперамента и отношения к соматическому здоровью у лиц с заболеваниями желудочно-кишечного тракта	46
2.1 Организация и методы исследования.....	46
2.2 Результаты исследования	48
2.3 Рекомендации по оптимизации психоэмоционального состояния для лиц с заболеваниями желудочно-кишечного тракта.....	71
Выводы по второй главе.....	75
Заключение	80
Список используемой литературы	84

Введение

Актуальность исследования. Существующие на сегодняшний день различные исследования заболеваний желудочно-кишечного тракта, психосоматических заболеваний Ю.Ф. Ашролова, Д.Н. Исаева, А. Гольдшейдера, Б.Д. Карвасарского, А.В. Квасенко, Л.Е. Личко, Е.К. Краспушкина, И.П. Мамайчука, А.Р. Лурия, В.В. Николаевой, В.Д. Менделевича, В.А. Ташлыкова, Л.П. Рохлина, С.Л. Соловьевой, Ю.С. Шевченко, Э.Г. Эйдемиллера и других, свидетельствуют о том, что изучение данной проблемы является одним из актуальных направлений в данной области. Гастроэнтерологическая патология характеризуется, прежде всего, социально-биологическими и психосоматическими факторами. Данная патология, подразумевающая под собой заболевания органов пищеварения, является достаточно распространенной среди детско-подросткового и взрослого населения. Наблюдается стабильный рост как врожденных, так и приобретенных желудочно-кишечных заболеваний. Количество пациентов, которые страдают психосоматическими недугами, а также хирургическая коррекция заболеваний желудочно-кишечного тракта неуклонно возрастает.

В.Л. Пайков в своем исследовании показал, что патологии желудочно-кишечного тракта в последние десять лет возросли в 2,5 раза. В рамках проведения массового осмотра частота выявления данных патологий составила 28 случаев из 100. Примерно 70% пациентов, по их словам, нуждаются в психологической, психотерапевтической помощи. Одним из важных элементов клинической картины заболеваний желудочно-кишечного тракта, особенностями его протекания является субъективное отношение человека к своему здоровью и своему заболеванию, а также, как психофизиологическая основа индивидуальных особенностей и различий – темперамент личности. В связи с этим, считаем малоизученной и актуальной проблему особенностей темперамента и отношение к соматическому здоровью у лиц с заболеваниями желудочно-кишечного тракта.

Целью исследования является изучение особенностей отношения к соматическому здоровью у лиц с заболеваниями желудочно-кишечного тракта в зависимости от темпераментальных характеристик.

Объект исследования: особенности темперамента.

Предмет исследования: особенности отношения к своему соматическому здоровью у лиц с заболеваниями ЖКТ в зависимости от темпераментальных характеристик.

Гипотеза исследования: мы предполагаем, что интрапсихическая направленность эмоционального реагирования личности, выраженная в меланхолическом и холерическом типах темперамента, влияет на возникновение заболеваний желудочно-кишечного тракта и формирует специфическое отношение к здоровью.

Задачи исследования:

1. Теоретический анализ психологической литературы по проблемам темперамента и здоровья личности в отечественной и зарубежной литературе.

2. Подобрать, обосновать диагностический инструментарий для исследования особенностей темперамента лиц с заболеваниями ЖКТ.

3. Определить особенности темпераментальных черт и принадлежность к ведущим типам темперамента лиц с заболеваниями желудочно-кишечного тракта.

4. Исследовать особенности отношения к своему соматическому здоровью у лиц с заболеваниями ЖКТ с разной выраженностью темпераментальных черт, провести сравнительный анализ.

5. Обобщить полученные результаты и сформулировать выводы о проделанной работе.

Для реализации поставленных задач разработана программа исследования, в рамках которой использовались следующие методы:

1. Теоретические методы (анализ и обобщение литературных источников по проблеме исследования).

2. Эмпирические методы (Анкетирование: «Методика определения темперамента» (Г. Айзенк); Методика диагностики типа отношения к болезни (ТОБОЛ), направленный на выявление типа отношения к болезни; Опросник «Отношение к здоровью» (Р.А. Березовская).

3. Методы математико-статистической обработки данных (описательная статистика, сравнительный анализ, однофакторный дисперсионный анализ).

Эмпирической базой исследования является ГБУЗ СО «ТГКБ №5» отделение гастроэнтерологии. С целью формирования репрезентативной выборки, состоящей из одинакового количества респондентов с разными типами темперамента, всего было опрошено 169 человек с одним и тем же заболеванием - язвой желудка и двенадцатиперстной кишки. Это позволило нам выявить 20 человек с преобладанием сангвинического типа темперамента, 20 человек – холерического типа темперамента, 20 человек – флегматического типа темперамента, 20 человек – меланхолического типа темперамента. Таким образом, в окончательную выборку вошли 80 человек, имеющих хронические заболевания желудочно-кишечного тракта в возрасте от 38 до 56 лет.

Теоретико-методологическая основа исследования представлена как классическими, так и современными подходами к проблеме здоровья человека. Это исследования О. Бэкера, О.Н. Кузнецова, В.И. Лебедева, Н.Д. Лакосиной, А. Маслоу, Г.С. Никифорова, Г. Олпорта, Г.К. Ушакова, А. Эллиса. А также исследования отечественных и зарубежных авторов в области изучения темперамента. Это труды Г. Айзенка, Ю.Е. Алешиной, К. Томаса, К.Г. Юнга, Т.И. Пашуковой, Г.П. Бутенко, Е. Дубровской, Л.Я. Гозман, А.А. Карелина.

Научная, достоверность результатов и обоснованность выводов исследования обеспечены использованием современной методологии научного познания; последовательной реализацией исходных теоретических положений и терминологического аппарата исследования, основанного на

фундаментальных отечественных и зарубежных исследованиях в области философии, педагогики и психологии; использованием методов исследования, адекватных его задачам; репрезентативность выборки; применением методов математической статистики; всесторонней проверкой достоверности полученных результатов при их обсуждении на конференциях различного уровня.

Новизна исследования состоит в том, что проблема индивидуально-типологических особенностей лиц с заболеваниями желудочно-кишечного тракта являются слабо изученными на современном этапе развития психологической науки. В магистерской диссертации мы реализовали задачу теоретического и эмпирического обоснования влияния темпераментальных особенностей на возникновение и развитие заболеваний желудочно-кишечного тракта.

Теоретическая значимость исследования состоит в том, что полученные результаты будут способствовать расширению теоретических знаний по проблемам влияния темпераментальных черт на соматическое здоровье человека, составлять теоретико-методологическую основу дальнейших исследований в области психологии здоровья и психосоматики.

Практическая значимость диссертационной работы заключается в том, что её результаты могут быть использованы в сфере психологического консультирования, психологической коррекции лиц с заболеваниями желудочно-кишечного тракта. Также, полученные результаты исследования могут быть использованы в процессе профессионального обучения студентов по направлению подготовки бакалавриата и магистратуры по дисциплине «Клиническая психология», «Психосоматика», «Дифференциальная психология».

Апробация результатов исследования. Выводы диссертационного исследования нашли отражение в научных публикациях тезисов конференций международного и всероссийского уровней.

Структура и объем магистерской диссертации. Диссертация представлена следующими частями: введение, две главы (теоретическая и экспериментальная), выводы, заключение, списка используемой литературы, приложение. В работе представлены рисунки, таблицы.

Глава 1. Теоретическое обоснование проблемы особенностей темперамента и отношения к соматическому здоровью у лиц с заболеваниями желудочно-кишечного тракта

1.1 Основные подходы к изучению темперамента в зарубежной и отечественной психологической литературе

В процессе изучения и анализа проблемы темперамента на протяжении всех этапов, его сущность и основание всегда были связаны с органическими или физиологическими особенностями личности. Существование индивидуальных различий между людьми стало привлекать внимание еще античных ученых и философов. В последующем, этот интерес оформился теорию, сформулированную Гиппократом о преобладании в организме человека одной из жидкостей (гумор), которые и являются основанием для индивидуальных различиях [21].

В зависимости от того, какая жидкость преобладает в организме были выделены четыре типа темперамента: сангвинический, холерический, меланхолический и флегматический. Данные названия темпераментов до сих пор используются и в научной и популярной психологии. Само понятие «темперамент» в переводе с латинского означает «соразмерность». Как было сказано выше, индивидуальные особенности личности, её физическое, психическое и эмоциональное состояние определялись соотношением в организме четырех жидкостей. Если в организме преобладала кровь, то Гиппократ относил данного человека к сангвиническому типу темперамента, если флегма – то к флегматическому, если желтая желчь – то к холерическому, если черная желчь – то к меланхолическому типу темперамента.

Анализируя историю изучения проблемы темперамента, важно отметить, что среди ученых описание и основные признаки темперамента не вызывало споров и разногласия. Однако, дискуссионным оставался вопрос о

причинах таких различий, их психологических и физиологических механизмов. В целом, мы можем говорить о биологическом подходе к проблеме темперамента, психологическом и биопсихологическом.

Биологический подход представлен многими исследователями. В первую очередь, это Гиппократ, Аристотель, Гален – приверженцы гуморальной теории темперамента. Гегель, Шталь, Лесгафт причиной индивидуальных различий считали особенности кровообращения человека или процесс обмена веществ в организме. Кречмер, Шелдон, Галь, Сиго рассматривали конституцию человека в качестве первопричины различий, неврологические процессы изучались Генле, Эрисбергом, Зеландом. Наконец, в качестве основы индивидуальных различий И.П. Павлов и его ученики считали особенности высшей нервной деятельности. Все эти теории объединяет то, что исследователи считали темперамент врожденным биологическим свойством организма [9].

В качестве примера рассмотрим достаточно популярную теорию о темпераменте как конституционной основы организма, разработанную Э. Кречмером и У. Шелдоном.

Авторы данной теории выделили типы телосложения человека, которым соответствуют три типа темперамента. Важно отметить, что данные признаки конституции наследуются генетически, следовательно, темпераментальные характеристики личности также генетически обусловлены [32].

Человек с астеническим типом телосложения (худощавый, плечи узкие, ноги длинные, вес тела существенно отстает от его длины) обладает шизотимическим типом темперамента. Он характеризуется скрытностью, обычно предпочитает жить «сам по себе», не любит различного рода перемены и изменения, робок, но в то же время упрям. Присутствует большая склонность к шизофрении.

Человек с атлетическим типом телосложения обладает развитой мускулатурой, обычно среднего или высокого роста, узкие бедра, широкие

плечи и соответствует иксотимическому типу темперамента. Характеризуется самоуверенностью, деятельностью, впечатлительностью, спокойствием и сдержанностью. Присутствует большая склонность к эпилепсии.

Человек с пикническим типом конституции склонен к ожирению, у него плотная, коренастая фигура, лицо обладает мягкими чертами. Ему соответствует циклотимический тип темперамента – он общителен, легко вступает с другими в контакт, добродушен к окружающим. Присутствует большая склонность к маниакально-депрессивному психозу.

Данный подход, предложенный Э. Кречмером, был достаточно популярен в 30-х годах 20 века и находит своих сторонников и в настоящее время, не смотря на то, что не получил экспериментальное подтверждение. Проводя анализ проблемы темперамента, И.П. Павлов говорил, что основной ошибкой автора конституционного подхода было то, что он пытался разделить всех людей на шизоидов и циклоидов [46].

Исследования Э. Кречмера были продолжены У. Шелдоном, который особое внимание уделял не только внешним пропорциям тела, но и отдельным его составляющим. Основанием для темпераментальных различий он видел в уровне развитости одного из трех слоев эмбриональной клетчатой структуры – эктодермы (внешний слой, из которого образуется нервная система и органы чувствительности), мезодермы (средний слой, который образует мышцы и кости), энтодермы (внутренний слой, из которого формируются внутренние органы) [69].

В соответствии с тем, какой компонент преобладает у индивида, зависит тип его темперамента. Так, большая выраженность внешнего эндоморфного слоя приводит к формированию висцеротоническому типу темперамента, который характеризуется спокойствием, терпимостью, расслабленностью, общительностью. Преобладание мезодермы приводит к развитию соматоническому типу темперамента и характеризует личность как энергичную, уверенную в себе, спортивную и предприимчивую.

Выраженность внутреннего эмбрионального слоя соответствует церебротоническому типу темперамента и выражается в высокой степени застенчивости, сдержанности, тревожности, скованности.

В противовес биологическому подходу к проблеме темпераменты были предложены психологические концепции, согласно которым именно врожденные свойства души и психики являлись первопричиной индивидуально-типологических различий. Представителями данного направления являются Платнер, И. Кант, В. Вундт, Гефтинг, Штерн и др.

В конце XVIII в. И. Кант в своем труде «Антропология» представил описание четырех типов темперамента, которое носит в большей степени формальный характер. Так, он говорил о том, что сангвиник – это человек «веселого нрава», холерик – вспыльчивый, меланхолик – мрачный, флегматик – хладнокровный [30].

В. Вундтом также использовались предложенные Гиппократом названия типов темперамента. Он предположил, что в его основе лежат две основные характеристики протекания у человека эмоциональных процессов. Первая характеристика – это сила, вторая – стабильность. Сильные эмоциональные процессы в сочетании с нестабильностью образуют холерический тип темперамента. Слабые и нестабильные эмоциональные процессы присущи обладателям сангвинического типа темперамента и т.д.

Таким образом, В. Вундт впервые использует психологические характеристики темперамента, которые есть возможность исследовать экспериментально. То есть ученый впервые отходит от чисто описательного подхода к типологии темпераментов - психологический эксперимент может быть направлен на изучение и силы и стабильности [57].

Типы темперамента, описанные В. Вундтом:

Холерик характеризуется как порывистый, быстрый человек, ему присущи сильные, мгновенно вспыхивающие чувства, которые ярко выражаются не только в речи, но и в жестах, мимике; такому человеку характерны бурные эмоциональные реакции, он несдержан и вспыльчив.

Сангвиник характеризуется как подвижный, быстрый человек. Ему присущ живой эмоциональный отклик на все, что происходит вокруг него. Все это выражается во внешнем поведении, но так как чувства носят легкий характер, то они быстро сменяют друг друга.

Меланхолик характеризуется небольшим разнообразием эмоциональных переживаний. Эти переживания не несут в себе силу и не продолжительны по времени. Меланхолику присущ эмоциональный отклик, но не на все, что происходит вокруг него. Но если происходит эмоциональный отклик, то переживания достаточно сильные и направлены во внутрь.

Флегматик характеризуется уравновешенностью, медлительностью, спокойствием. Его очень трудно задеть эмоционально, а также практически сложно вывести из себя. Проявление чувств почти не наблюдается [57].

Подходы современных исследователей к проблеме темперамента характеризуются биопсихологическим пониманием данного явления, то есть они считают, что темперамент обладает биологическим «фундаментом», на основании которого формируется личность человека.

В психологическом словаре приводится определение темперамента как качества, которое сформировалось в личном опыте человека на основе генетической предрасположенности его типа нервной системы и в большей степени определяет стиль его деятельности. По современным представлениям, темперамент является биологически обусловленной подструктурой личности [66].

Таким образом, индивидуальные особенности, обусловленные свойствами темперамента, регулируют динамику психической деятельности личности в целом, характеризуют особенности динамики отдельных психических процессов, имеют устойчивый и постоянный характер и сохраняются в развитии на протяжении длительного отрезка времени, находятся в строго закономерном соотношении, характеризующем тип темперамента, однозначно обусловлены общим типом нервной системы.

В качестве основной теории в отечественной психологии, которая объясняет связь между физиологическими и психическими процессами, является теория российского физиолога И.П. Павлова, посвященная высшей нервной деятельности и её особенностям. В основу данной теории положено положение о том, что между физиологическими процессами, с одной стороны, и психическими процессами, с другой, как бы «вклиниваются» дополнительно процессы психики. И.П. Павлов также их называл системными информационными процессами [46].

Анализируя типы нервной системы, И.П. Павлов открыл свойства возбуждения и торможения нервных процессов, которые обозначил как фундаментальные. К этим свойствам также относятся сила возбуждения и торможения, подвижность и уравновешенность.

Силу возбуждения другими словами можно назвать работоспособностью нервной клетки. Она выражается в способности выдерживать длительное или кратковременное сильное возбуждение, не переходя в противоположное состояние торможения.

Под силой торможения понимается работоспособность нервной системы при реализации процессов торможения. Функционально это выражается в способности к угасанию и дифференцировке как особых функциональных тормозных реакций.

Уравновешенность рассматривалась И.П. Павловым как равновесие между процессами возбуждения и процессами торможения. Неуравновешенным индивид считается, если сила одного из процессов превосходит силу другого.

Подвижность нервных процессов, по И.П. Павлову, характеризует скорость перехода от одного нервного процесса в другой. На поведенческом уровне подвижность проявляется в способности человека изменять свое поведение в соответствии с изменениями условий ситуации и жизни.

Еще одно свойство нервной системы, выделенное И.П. Павловым, является противоположностью подвижности – инертность. Чем больше

времени и усилий требуется нервной системе для перехода от одного процесса к другому, тем в большей степени мы можем говорить о её инертности.

Предложив другое основание для объяснения индивидуально-типологических различий личности, И.П. Павлов сохранил названия типов темперамента, предложенные Гиппократом. Так, сангвинику соответствует сильная, подвижная, уравновешенная нервная система; флегматику – сильная, уравновешенная, инертная; холерику – сильная, неуравновешенная нервная система; меланхолик относится к слабому типу [46].

В дальнейшем, идею и теорию о высшей нервной деятельности продолжили разрабатывать ученики И.П. Павлова – Б.М. Теплов, В.Д. Небылицын, а также А.Г. Иванова, В.К. Федорова и др.

Многолетние исследования Б.М. Теплова и В.Д. Небылицына, а также их учеников позволили определить, что проявления каждого из основных свойств нервной системы образует синдром, то есть совокупность взаимосвязанных друг с другом показателей [61].

Еще в 1956 году Б.М. Теплов впервые выдвинул мысль о том, что существуют общие и частные свойства нервной системы человека. Он говорил, что «...у человека менее всего можно ожидать полного совпадения типологических параметров в разных анализаторах, а также в первой и второй сигнальных системах» [61].

На сегодняшний день сохраняется многообразие подходов и мнений ученых относительно структуры динамических свойств человека, не смотря на это, исследователи сходятся на мнении о том, что темперамент является центральным образованием психодинамической организации человека.

Проблема темперамента также интересовала Л.С. Выготского, который считал его особой сферой личности человека, отвечающей за прирожденные и наследственные реакции, конституцию человека. Темперамент, по мнению ученого, «...обнаруживается в инстинктивных, эмоциональных и рефлекторных реакциях человека» [20]. На основании этого, Л.С. Выготский

выделил две основные характеристики темперамента: телесную выразительность и характер (темп) движения.

Б.Г. Ананьев рассматривал темперамент как особенности организма, индивидуальность которых определяется деятельностью «...двигательных органов, органов чувств и всего нервно-мозгового аппарата» [5]. Таким образом, ученый дал определение темперамента как «совокупность физиологических и психических особенностей человека» [5]. В качестве основных характеристик темперамента он выделял силу, скорость и устойчивость психических процессов. Дополнительными показателями темперамента он считал чувствительность и впечатлительность человека, особенности переживания человеком собственных поступков и действий.

Современные исследования проблемы темперамента проводятся преимущественно в школе В.С. Мерлина. Под темпераментом автор понимает определенную динамическую систему, а также свойства темперамента им определяются как энергетическая характеристика психических свойств [43]. К показателям темперамента В.С. Мерлин относит эмоциональную возбудимость, силу эмоций, возбудимость внимания, тревожность, пластичность, ригидность, импульсивность, активность волевой целенаправленной деятельности.

Типологическая характеристика темперамента выражается в специфическом и постоянном отношении его свойств, то есть, у разных людей одного типа темперамента составляющие его свойства могут быть разными.

Темперамент как систему формальных поведенческих изменений, отражающих различные блоки функциональной системы, рассматривал В.М. Русалов. Число измерений и их характеристика соответствует структуре функциональной системы по П.К. Анохину [6].

Так, эргичность соответствует афферентному синтезу, пластичность – блоку программирования; темп – блоку исполнения и эмоциональная чувствительность – обратной связи.

Каждое измерение, выделенное В.М. Русаловым, разделяется на две составляющие – объективно ориентированное под измерение и субъективно ориентированное. Объективно ориентированное под измерение связано с предметным миром человека, коммуникативное – с обществом [54].

В соответствии с вышеизложенным, В.М. Русалов выделяет 8 параметров темперамента:

- предметность, выражающаяся в степени потребности личности в основании предметного пространства, стремлением к деятельности, умственному и физическому труду, вовлеченностью в трудовую деятельность;

- социальность, характеризует степень потребности в социальных контактах, освоение социальных форм деятельности, общительность, стремление и способность к лидерству;

- пластичность – способность легко переключаться с одного предмета деятельности на другой, скорость перехода с одного способа мышления на другие, желание расширить формы и способы освоения предметным миром;

- социальная пластичность – легкость переключения в процессе межличностного взаимодействия с одного человека на другого, способность к разнообразию программ коммуникаций и т.д.;

- темп – скорость двигательных актов при реализации предметной деятельности;

- социальный темп – скорость двигательных актов в процессе межличностного общения и взаимодействия (например, темп речи, жестикуляция и т.д.);

- эмоциональность – эмоциональная реактивность к конфликту между желаемым, планируемым, задуманным и результатами в процессе освоения и реализации предметного пространства, чувствительность к трудностям в работе;

- социальная эмоциональность – чувствительность в коммуникативной и межличностной сфере – в процессе общения, оценки окружающих и т.д. [54].

Анализируя работы А.Г. Ковалева и В.Н. Мясищева, мы можем отметить, что авторы не связывают темперамент с эмоциональной возбудимостью личности. В большей степени они склонны отождествлять его с типом нервной деятельности. Так, А.Г. Ковалев пишет: «...темперамент характеризует человека со стороны тонуса, динамики и уравновешенности его поведения» [32].

Особое место в структуре темперамента занимает так называемая психическая активность индивида, суть которой заключается в стремлении личности к самовыражению, самореализации, наиболее эффективному освоению предметного и социального пространства. Естественно говорить о том, что качество, уровень и направленность данной активности определяется преимущественно другими личностными качествами индивида, а именно, уровнем его интеллекта, направленностью, особенностями ценностно-мотивационной сферы и др.

Дифференциация степени психической активности человека может выражаться в вялости, инертности, пассивности личности с одной стороны, и высокой энергичностью, стремительностью и жадной деятельностью, с другой [32].

Вторым компонентом темперамента, по А.Г. Ковалеву, является двигательный компонент, основную роль в котором отводится качествам, связанным с функциями двигательного и речедвигательного аппарата. К данным функциям относятся быстрота, сила, резкость, ритм, амплитуда и др. признаки мышечного движения. Данный компонент темперамента (двигательный) легче других поддается наблюдению и оценки, поэтому чаще всего является основным для определения присущего человеку типа темперамента [32].

К третьему основному компоненту темперамента относится эмоциональность, которая представляет собой большой комплекс свойств и качеств личности и характеризует особенности возникновения, протекания и прекращения реализации различных чувств, аффектов, настроений. Данный компонент является наиболее сложным по сравнению с другими, так как обладает более разветвленной структурой. Тем не менее, в качестве основных характеристик эмоциональной составляющей темперамента относятся впечатлительность, импульсивность и эмоциональная лабильность [32].

Впечатлительность – это аффективная чуткость к эмоциональным воздействиям, способность личности найти нужную эмоциональную реакцию в конкретной ситуации. Термином «импульсивность» означают быстроту перехода от эмоционального импульса к поступку и действию, то есть в отсутствие предварительного обдумывания и анализа ситуации. Эмоциональная лабильность понимается как скорость прекращения определенного эмоционального состояния, либо скорость перехода от одного состояния в другое [32].

Таким образом, анализ психологической литературы отечественных исследователей позволяет говорить о том, что темперамент – это индивидуально своеобразные свойства психики, которые определяют динамику психической деятельности человека. Им свойственно одинаковое проявление в разнообразных ситуациях и видах деятельности индивида, сохраняются в течение всей жизни человека, и сочетание его составляющих образует типы темперамента, которые отличаются большим многообразием. Типы темперамента заметны во внешнем проявлении, подвергаются наблюдению и анализу со стороны, существенно проявляются в познавательной деятельности личности, производственно-трудовой, сфере чувств, эмоций, межличностных отношений, особенностях речевой и речедвигательной деятельности и т.п.

Итак, мы можем утверждать, на основе изученного теоретического материала, что тип темперамента у человека является врожденным. Но до конца еще не ясно, от каких свойств врожденной организации он зависит. Под темпераментом понимается совокупность особенностей личности и поведенческих в том числе.

1.2 Основные подходы к проблеме здоровья в психологической литературе

В психологической литературе существуют различные определения понятия «психология здоровья». Мы остановимся на одном, который отражает суть данного понятия. По словам Г.С. Никифорова: «Психология здоровья – это наука о структуре, механизмах и факторах жизнеспособности человека. В рамках данной науки изучается влияние на состояние здоровья таких факторов как биологические, социальные и психологические». Также немаловажным является изучение тактик и стратегий здоровьесберегающего поведения. На сегодняшний день современная наука не может до конца определить содержание понятия «психология здоровья», оно до конца не устоялось. Большинство авторов считают, психологию здоровья еще только развивающейся наукой. По словам Г.С. Никифорова психология здоровья характеризуется изучением влияния на состояние здоровья человека различных факторов: стиля жизни, биологии, социальных факторов [44].

Многие исследователи, опираясь на современные достижения в таких науках как психология, физиология, медицина, пришли к выводу, что состояния здоровья и болезни необходимо считать предметом психологии [16]. Это утверждение нашло свое подтверждение в биопсихосоциальной модели здоровья. В этой модели два понятия «здоровье» и «болезнь» представляют собой взаимодействие различных факторов:

- биологические факторы (генетическая предрасположенность);

- поведенческие факторы (образ жизни, взгляды и убеждения по вопросам здоровья, которые являются индивидуальными);

- социальные факторы (семейные отношения, социальные отношения, стереотипы культурного плана).

Такие термины как «медицинская психология» и «поведенческая психология» зачастую упоминаются параллельно с термином «психология здоровья». Большинство исследователей при изучении вопросов психологии здоровья делают упор на предотвращении различных болезней, а именно разрабатывают стратегии предотвращения. Такие стратегии не только уменьшают риск возникновения различных болезней, но и направлены на укрепление здоровья. Другими словами, исследователи занимаются профилактикой заболеваний. С одной стороны, большинство психологов, занимающихся вопросами здоровья, предоставляют консультации, которые носят, зачастую, индивидуальный характер. С другой стороны, психологи влияют на такие аспекты здоровья как когнитивный и поведенческий. Такое влияние проявляется в том, что меняется сам подход к пациенту, и девиз такого подхода «думай и веди себя по-другому». То есть, психологи работают на неклинических позициях. Основным в работе психолога здоровья является помощь человеку в осознании своего здоровья, и что самое главное, изменение отношения человека к своему здоровью. Работа психологом ведется с такими компонентами здоровья как:

- социальный;
- культурный;
- личностный;
- семейный.

Итак, мы можем утверждать, что на современном этапе изучения психологии здоровья, ее предмет конкретизируется и является предметом для научных дискуссий. Давая определение понятию «психология здоровья», можно говорить о том, что это наука о человеческой жизнеспособности (структура, механизмы, факторы). Психология здоровья изучает влияние

таких факторов как: биологические, социальные, психологические на состояние здоровья человека. Одной из составляющих данной науки является изучение и разработка стратегий и тактик поведения, направленных на сохранение здоровья. Целью стратегий и тактик является изучение эффектов болезни, предотвращение болезни, а также понимание таких факторов как – контекстные и поведенческие.

На сегодняшний день остается дискуссионным вопрос, касающийся подходов к пониманию и осознанию человеком своего здоровья. Г.С. Никифоров в своих исследованиях вопросов психологии здоровья выделяет следующие подходы [44]:

1. Под здоровьем понимается нормальная функция организма на всех организационных уровнях, а именно такие структуры как: органы, организм, клеточные, генетические, гистологические структуры. Физиологические и биохимические процессы, их нормальное функционирование, обеспечивает человеку выживание и воспроизводство. Таким образом, одним из основных компонентов понятия «здоровье» является нормальное функционирование организма, в общем. Характеризуя человеческий организм, берутся среднестатистические показатели нормы таких показателей организма как: физиологические, биохимические, анатомические. В соответствии со средними показателями анализируется, как организм функционирует. Организм считается здоровым при нормальном функционировании и не отклонении от среднестатистических показателей. Допускаются колебания в пределах нормы, то есть верхних и нижних границ. Если же наблюдается отклонение от нормы, которое влечет за собой ослабление функционирования организма и его органов, то можно говорить о развитии заболевания. Надо отметить, что нет жесткого разделения между нормой и болезнью (не нормой). Такая граница между нормой и «не нормой» характеризуется индивидуальностью и расплывчатостью. В свете развития современных достижений таких наук как биология, медицина и других, происходит постоянное уточнение представлений о норме. Индивидуальная

норма характеризуется непостоянством. Она не может быть длительной по времени и жестко фиксироваться. Это зависит от индивидуального развития человека, его возраста.

2. Здоровье с точки зрения динамического равновесия. При определении понятия «здоровье» еще с давних времен встречается упоминание признака равновесия. Так, древнегреческий философ, врач, математик Пифагор, считал здоровье – гармонией, равновесием. Болезнь определялась – нарушением гармонии и равновесия. С одной стороны, многие исследователи делали упор и говорили о внутреннем равновесии в организме, его поддержании. С другой стороны, часть исследователей говорили о равновесии с окружающей средой [48]. В свою очередь, Гиппократ говорил о том, что: «...здоровым можно считать того человека, у которого имеется равновесие между всеми органами тела» [16]. Определение, которое дает А.Г. Спенсер звучит как: «...Здоровье – это результат установившегося равновесия внутренних отношений к внешним» [16].

3. Здоровье с точки зрения социального аспекта. То есть, это способность выполнять социальные функции, участвовать в общественном полезном труде, а также полноценно участвовать в социальной деятельности. Многие исследователи, при определении здоровья, используют именно этот признак. По их мнению, тот, кто принимает участие в развитии общества, тот социально здоровый человек.

4. Здоровье с точки зрения способности к адаптации. По мнению Г.С. Никифорова, здоровье – это способность организма адаптироваться к изменяющимся условиям жизнедеятельности в окружающей среде. Но не только адаптироваться, но и поддерживать равновесие внутренней среды организма человека. В свою очередь, такое поддержание влечет за собой сохранение живого начала в организме, тем самым происходит обеспечение нормальной и разнообразной жизнедеятельности [44]. В понятие «нормальная жизнедеятельность» включается: отсутствие болезней,

болезненных изменений, состояний. То есть, наблюдается полное отсутствие признаков различных нарушений и заболеваний и организм нормально функционирует. Такой подход к данному признаку считается традиционным. По мнению многих авторов, люди, которым не нужна медицинская помощь, могут считаться здоровыми [36].

5. Под здоровьем понимается состояние человека, который испытывает социальное, физическое и душевное благополучие при полном отсутствии различных болезней, физических дефектов. Здоровье – это гармоничное развитие духовных и физических сил, саморегуляция и уравновешенное взаимодействие всех органов.

Ф.Р. Филатов, О.С. Васильева в своих исследованиях вопросов здоровья, анализируя научные взгляды, которые являются наиболее распространенными на сегодняшний день, выделяют различные подходы к изучению и осознанию понятия «здоровье» [16].

Первым подходом является нормоцентрический подход. Он считается наиболее оптимальным уровнем взаимодействия психики и организма. Нормоцентрический подход характеризует здоровье как сочетание среднестатистических норм таких процессов как восприятие, поведение, мышление, эмоциональное реагирование с адекватными показателями соматического здоровья личности.

Вторым подходом является феноменологический подход. Данный подход характеризуется тем, что вместо формализованных процедур изучения используется феноменологическое описание, в основе которого лежит эмпатия и глубинное понимание. В русле феноменологического подхода проблемы болезни и здоровья объясняются как фундаментальные основы или индивидуальные варианты способа существования в современном мире.

Третьим подходом является холистический подход. В русле данного подхода происходит дополнение гуманитарными принципами анализа естественнонаучных принципов. В свою очередь, это позволяет видеть

проблему целостно. По мнению К. Роджерса, здоровье трактуется как целостность, которую человек приобретает в процессе своего становления. В понятие «целостность» входят интеграция жизненного опыта и личностная зрелость. По мнению К.Г. Юнга, здоровье трактуется как примирение интрапсихических полярностей и синтез базовых противоречий существования человека.

Четвертым подходом является кросс-культурный подход. Он характеризует здоровье как социокультурную переменную. Данная переменная включает в себя культурный образ мира, социальные условия, в которых живет человек, а также стиль жизни в соответствии с национальными характеристиками. Например, исследования, которые проводились в рамках кросс-культурного подхода, показали, что для европейцев присущи различные нарушения психического здоровья, обусловленные особенностями западной цивилизации. Такие особенности включают в себя соперничество, индивидуализм. В свою очередь, соперничество и индивидуализм не присущи таким народам как эскимосы, папуасы.

Пятым подходом является дискурсивный подход. Данный подход трактует здоровье как продукт конкретного дискурса. То есть, дискурс – это анализ, применяемый для понимания сущности и структуры определенного представления. Он характеризуется наличием собственной внутренней логики построения психической и социальной реальности. Дискурсивный подход подразумевает изучение различных практик, в рамках которых возникают теории о здоровье и болезни. Теории подвергаются критическому анализу для определения достоинств, ограничений и принципов.

Шестым подходом является аксиологический подход. Данный подход предложил Платон в своем диалоге «Законы». Он причислил к божественным благам «здоровое состояние души». С точки зрения аксиологического подхода здоровье является универсальной ценностью человека и в ценностной иерархии занимает одно из основных положений. А

также соответствует ценностным ориентациям личности. Кризис, переоценка, преобладание различных ценностей – все это представляет собой факторы, которые определяют здоровье человека или факторы, отрицательно влияющие на здоровье [16].

Седьмым подходом является интегративный подход. Он характеризуется изучением здоровья человека на различных уровнях жизнедеятельности. Различные модели, объяснительные принципы и схемы представляют собой адекватные способы изучения здоровья [16].

Итак, мы можем сделать вывод о том, что на сегодняшний день к пониманию здоровья как предмета психологического исследования, существует достаточно большое количество подходов. Мы можем говорить о том, что здоровье может рассматриваться с точки зрения структуры, которая состоит из таких блоков как:

Первый блок «смысл здоровья». Он характеризуется определением для человека ценности здоровья и влиянием на различные стороны жизни человека.

Второй блок «критерии здоровья». Он характеризуется определением показателей, влияющих на здоровье и его сохранение.

Третий блок «здоровьесберегающее поведение». Он характеризуется определением поведенческого аспекта отношения человека к здоровью. То есть, готов ли человек сохранять и укреплять свое здоровье.

Особое внимание следует уделить такому понятию как «отношение к здоровью». По мнению И.В. Журавлёвой, Н.Л. Коноваловой, В.Н. Мясищева, А.А. Реан, «отношение к здоровью» - это система избирательных связей личности, которые носят индивидуальный характер, с окружающей действительностью, с ее разнообразными явлениями. Данные явления могут угрожать или способствовать здоровью человека. Человек в состоянии самостоятельно оценить свое психическое и физическое состояние и в зависимости от этого, организовать свою жизнедеятельность, которая будет

направлена на сохранение здоровья, личностный рост, творчество или же наоборот.

Человек проявляет отношение к здоровью в поступках, действиях, переживаниях, высказываниях и суждениях о тех факторах, которые положительно или отрицательно влияют на его психическое и физическое здоровье. Однако, и поведение, и суждения о здоровье могут носить как адекватный, так и неадекватный характер. Отношение к здоровью подразделяют на два противоположных типа поведения, таких как: адекватное, разумное и неадекватное, неразумное, беспечное по отношению к факторам, которые угрожают или, наоборот, способствуют здоровью. В действительности же такое противостояние практически невозможно, не существует такая полярная альтернатива. Поэтому мы можем говорить только о степени адекватности или же неадекватности по отношению к здоровью.

Мерой адекватности отношения к здоровью могут служить действия и поступки человека в соответствии с требованиями здорового образа жизни. Критерии здорового образа жизни определяются требованиями санитарии, гигиены, медицины. Критерием относительно факторов сохранения и укрепления здоровья может служить уровень осведомленности человека, которые он высказывает в суждениях и мнениях.

При обсуждении вопросов, касающихся критериев адекватности отношения к здоровью, необходимо учитывать тот факт соответствует или нет самооценка человека его психическому и физическому состоянию здоровья. В практическом плане человеку достаточно иметь представление о здоровье как понятии. Это необходимо для характеристики болезни, нетрудоспособности, их влиянии на жизнедеятельность человека в таких аспектах как: социальный, психический и физический.

Анализируя феномен здоровья с социально-психологической точки зрения, можно утверждать, что аспект психологического здоровья является основным. Понятие «норма» всегда существовало в рамках медико-

физиологического подхода «норма – патология», но с развитием социальной психологии данное понятие было выведено за эти рамки. Данное историческое явление рассмотрим более подробно.

Пересмотр проблемы нормы, изменение системы психологического знания, все это произошло в результате восхождения от психофизиологических к метаантропологическим аспектам бытия человека.

1. Изменение предмета исследования – изучение специфических человеческих проявлений в первую очередь и психического аппарата во вторую.

2. Психическая норма стала пониматься как норма развития. Другими словами, это не итоговый путь, а направление; это не состояние бытия, а процесс [51]; это движение, которое насыщено риском, а не место обыденного пребывания [15].

3. Поиск и разработка собственно психологических, описательных моделей здоровья, а не поиск различных методов решения проблемы в других науках.

4. Выделение психологии здоровья в самостоятельный раздел научных знаний. Возникновение практических приложений. Противопоставление клинической психологии.

5. «Психическое здоровье» и «психологическое здоровье» - происходит разделение этих двух понятий. Другими словами, «психическое здоровье» характеризует психические процессы и механизмы. «Психологическое здоровье» характеризуется отношением к личности в целом и тесно связано с высшими проявлениями духа человека [47].

6. Основным объектом исследования психологии здоровья становится психологическое здоровье человека.

Само понятие «психологическое здоровье человека» состоит из таких понятий как – психология здоровья и психология человека. Психологические модели, возникающие на стыке этих двух понятий, проблему здоровья рассматривают с позиции человековедения. Теории

психологического здоровья постепенно начали формироваться из различных мнений и течений.

1. Понятие «психологическое здоровье» характеризуется тем, что фиксирует человеческое измерение и представляет собой научный эквивалент духовного здоровья человека.

2. Вопрос о норме и патологии в развитии человека с духовной точки зрения представляет собой проблему психологического здоровья.

3. Адекватное развитие человеческой субъективности является основой психологического здоровья.

4. Направленность развития, характер актуализации человеческого в самом человеке, все это представляет собой основные критерии психологического здоровья [47].

1.3 Теоретический анализ личностных особенностей лиц с заболеваниями желудочно-кишечного тракта

Несомненно, что на здоровье человека отрицательно влияют различные факторы, в их числе заболевания желудочно-кишечного тракта. Нерегулярное лечение, несвоевременное выявление заболеваний желудочно-кишечного тракта приводят к различным осложнениям, которые впоследствии утяжеляются. Среди населения заболевания желудка являются достаточно часто встречающейся патологией. После заболеваний сердечно-сосудистой системы патологии желудка занимают второе место в числе болезней. Социальное значение данного вида заболевания заключается не только в распространенности, но и в том, что зачастую оно является хроническим. Со временем возникают рецидивы, которые влекут за собой утрату трудоспособности, как временную, так и полную. Для жизни больного представляют собой угрозу те осложнения, которые возникают в результате несвоевременного лечения при тяжелом течении заболевания. Среди заболеваний желудка основное место принадлежит хроническому

гастриту. Данное заболевание регистрируется у 80-90% пациентов в тех странах, где развита статистика. В последнее время одними из факторов роста заболеваемости желудочно-кишечного тракта называют: нарушение условий жизни в семьях, ухудшение окружающей среды, ухудшение диагностики болезней данного вида, аллергические заболевания [60].

В исследованиях, проведенных Н.Г. Зерновым в 1989 году, было выявлено, что заболеваниям органов пищеварения подвержены дети, в следующих возрастных категориях: пять – шесть, девять – десять, двенадцать лет. В возрасте шести лет (11,8%) был выявлен высокий уровень заболеваемости органов пищеварения. Таким образом, можно утверждать, что старший дошкольный возраст, а это пять – шесть лет, именно тот возраст, где происходит формирование неинфекционных заболеваний органов пищеварения. Далее, в возрасте девяти – двенадцати лет, то есть, в предпубертатный период, происходит возрастание вероятности возникновения заболевания. У мальчиков пик заболевания приходится на возраст пяти лет, в то время как у девочек пик приходится на возраст шести лет. Однако, в подростковом возрасте все меняется. У девочек наибольший подъем заболеваемости органов пищеварения происходит на год раньше, чем у мальчиков и приходится на возраст девяти – двенадцати лет. У мальчиков же такой подъем отмечается в возрасте десяти – тринадцати лет. Такая картина заболеваемости, наблюдаемая у девочек, характеризуется достаточно ранней гормональной перестройкой организма [60].

Этиология и патогенез заболевания. На сегодняшний день существует достаточно большое количество исследований хронических неинфекционных заболеваний органов пищеварения. Данные исследования называют различные причины возникновения заболеваний данного вида. Исследователями выделяются следующие факторы: нервно-психическое напряжение, осложнения, возникающие при родах, предрасположенность, носящая наследственный характер, неправильное питание, ранее перенесенные заболевания органов пищеварения [60].

Характеристика клинической картины заболеваний желудочно-кишечного тракта. По мнению О.Ф. Гоцуляк, именно в младшем школьном возрасте возникают первые проявления болезни. Основными причинами этого можно считать питание в школе, новая учебная деятельность ребенка, а также нарушения нервной системы детей, которые являются функциональными.

Особенно в зону риска попадают те дети, которые пошли в школу с шести лет. У них к концу первого полугодия обучения в школе наблюдаются функциональные нарушения нервной системы.

Общепризнанным считается участие нервно-психических факторов в этиопатогенезе различных хронических заболеваний органов пищеварения. Особенности личности больного, психотравмирующие ситуации, условия семейного воспитания – это комплекс психосоциальных влияний, которые необходимо учитывать. По данным исследования Ю.Е. Лапина, было установлено, что хронический энтероколит, встречается у 75% больных, и это пациенты, у которых неполные семьи. Конфликтные ситуации дома или на работе указывались в анамнезе у 44,4% пациентов.

Личности пациентов, которые страдают желудочно-кишечными расстройствами, до болезни присущи такие характеристики как: заниженная самооценка, тревожность, обидчивость, ранимость, мнительность, неуверенность в себе, тоскливость, потребность в защите, потребность в социальной поддержке, непереносимость негативных эмоций. Повышенная личностная тревожность, тревожно-ипохондрические тенденции, замкнутость – все это характеризует личность с язвенной болезнью [60].

Исследования, проведенные О.Т. Жузжановой в 1985 году, свидетельствуют о том, что характерными для больных язвенной болезнью являются шизоидные, психастенические, паранойяльные черты. Также им присущи такие типы акцентуации как: застревающий, педантический, дистимический.

Общая высокая акцентуированность характерна для больных язвенной болезнью в юношеском и подростковом возрасте. Именно этим отличаются больные от здоровых ровесников. Также больным присущи такие типы акцентуаций как эмоционально-лабильные, лабильно-истероидные. Таким образом, можно утверждать, что в жизни больных может присутствовать повышенная вероятность стрессовых ситуаций. Пациенты с язвенной болезнью чрезмерно впечатлительны, им присуща достаточно высокая степень чувствительности к мнению и оценке других людей. Среди них встречаются психастенические личности и личности с астено-невротическими особенностями характера [57].

Исследования В.А. Ананьева доказывают, что не существует какой-либо единый личностный профиль пациентов, подверженных заболеваниям двенадцатиперстной кишки или находящихся в предъязвенном состоянии. Эмоциональные расстройства характеризуют собой психологическую адаптацию. Тревожное и сниженное настроение – все это характеристики эмоционального расстройства. По мнению В.А. Ананьева, который говорил, что: «Избегание неуспеха, характерное для этих больных и сочетающееся с тревогой, формирует пассивно-оборонительные стереотипы эмоционального реагирования на трудные жизненные обстоятельства» [3].

Здоровые люди, прежде всего, характеризуются общительностью, независимостью, уверенностью в себе, правомерным поведением. И лишь у 16,7% здоровых людей наблюдалась возбудимость, эмоциональная чувствительность и некоторое повышение тревожности.

И наоборот, мы можем наблюдать другую картину, у людей страдающих язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки и находящихся в предъязвенном состоянии. В большинстве случаев таких пациентов характеризовала замкнутость, возбудимость, тревожность. Пациенты были не уверены в себе, крайне чувствительны к мнению других людей и оценке извне.

Хронический гастродуоденит, расстройства желудка, носящие функциональный характер, все это также относится к расстройствам желудочно-кишечного тракта. В данном случае, анализируя труды отечественных и зарубежных исследователей, мы можем отметить схожесть личностных особенностей в рамках данного типа. Характеризуя рассматриваемый тип, мы можем отметить, что психопатологические расстройства идут определенным путем. И прежде всего, это способ реагирования на стрессовые ситуации. Под влиянием формирующихся психогенно-соматогенных циклов происходит переход патологического процесса в хронический.

В исследованиях, которые проводились Д.Н. Исаевым, В.А. Скуминым [28], авторы провели сравнительный анализ нервно-психической симптоматики у больных с предъязвенной и язвенной болезнью. В ходе исследования было выявлено, что лицам с язвенной болезнью характерно астеническое состояние, которому присущи такие проявления как: депрессивное, ипохондрическое, фобическое. Анамнез больных показал следующее:

- 3,2% больных (до начала болезни присутствовало заикание);
- 4,5% больных (наличие тиков на фоне язвенной болезни);
- 17% больных (сотрясение головного мозга).

Больные же с предъязвенным заболеванием показывали другую картину нервно-психической симптоматики. Анамнез больных показал следующее:

- 3,3% (сотрясение головного мозга);
- 3,3% (мигрень);
- 6,7% (энурез);
- 9% (заикание);
- 9,8% (тики);
- 7,6% (нарушение сна);
- 47% (астеническое состояние).

Больные, у которых диагностирована язвенная болезнь, предъязвенное состояние, их личность характеризуется некоторыми особенностями. В своих исследованиях Ц.Г. Масевич, Л.П. Рябова (1975) таких больных называли «трудными» пациентами. «Трудность» таких пациентов заключалась в наличии у них конфликтности, эксцентричности. Данные характеристики значительно усложняют лечение таких пациентов в виду того, что они конфликтуют как с сотрудниками, так и с другими пациентами лечебного учреждения. Однако, необходимо отметить, что такие пациенты характеризуются неуверенностью в своих силах, чрезмерной ранимостью, замкнутостью, тревожностью, «гиперсоциальностью». Перечисленные черты характера являются общими для данных пациентов.

По мнению М.В. Черноруцкого, тревога, страх, чрезмерная возбудимость являются характерными для больных с предъязвенными состояниями и язвенной болезнью. Различные затруднения обычно плохо переносятся такими больными. Им присуща сдержанность, склонность к ипохондрии, а также мнительность, по мнению И.Ф. Лорие (1958).

В своем исследовании И.Ф. Лорие ввел такое понятие как «чрезмерно реагирующие личности». Данное понятие относится к пациентам с язвенной болезнью, у которых диагностируется преобладание шкал невротической триады [38]. Также было подмечено, что у больных с язвенной болезнью наблюдалась склонность к депрессивным состояниям. Характерными особенностями также можно назвать астенические черты личности больных, которые переплетаются с прямолинейностью [36].

В 1985 году О.Г. Жужжановым было проведено исследование больных с язвенной болезнью, а именно их психосоматических особенностей. В ходе исследования было выявлено, что в детстве у лиц с язвенной болезнью, встречались нервно-психические расстройства.

Характерные особенности такие как: скрытность, настойчивость, невротичность, стеснительность наблюдались у больных с наследственной язвенной болезнью. Также таким больным были присущи такие типы

акцентуаций как: эмотивный, дистимичный, педантичный и застревающий. Личность больных с язвенной болезнью можно охарактеризовать как педантичную, имеющую склонность к подавленному настроению и ипохондрии.

В свою очередь, у больных с язвенной болезнью при проведении психологического обследования, обнаружилось некоторые достаточно существенные отличия. А именно, высокое напряжение, некий пессимизм в отношении своего будущего, осторожность, тревога, все это было выражено у больных с язвенной болезнью.

Характерным для большинства больных колитом в психическом состоянии оказалось расстройство невротического круга. Эти расстройства имеют слабую выраженность и стертые границы. Клиническая картина у таких пациентов была выражена следующими симптомами:

- общая слабость;
- раздражительная слабость;
- гипертензия;
- истощаемость;
- снижение общего самочувствия;
- астеническая симптоматика.

Фрагментарность была присуща обсессивно-фобическим расстройствам. Многие исследователи отмечали размытые границы депрессивных проявлений.

Различные изменения в нервно-психической сфере достаточно часто встречались у пациентов с таким заболеванием как хронический гастрит.

Болевые ощущения, явления дискомфорта являлись характерными при патологиях органов пищеварения. При формировании общей картины заболевания органов пищеварения важными являются такие симптомы заболевания как: метеоризм, урчание, неудобства, которые возникают вне дома, достаточно частые позывы на дефекацию, чувство стеснительности.

Элементы соматогенной астении наиболее часто встречаются у пациентов с хроническим гастритом. Но, необходимо отметить, что у таких больных наблюдалась адекватная самооценка заболевания, а также такие пациенты отличались активной позицией при обследовании и последующим лечении заболевания. Также встречались пациенты, у которых наблюдалась достаточно низкая активность в вопросах лечения заболевания, безразличие, но, необходимо отметить, что такие больные достаточно критично относились к своему здоровью и демонстрировали некую сохранность оценки по отношению к своему здоровью. Третью группу пациентов составляли люди, которые демонстрировали явное опасение и тревогу по поводу такого заболевания как рак желудка. При этом ими уделялось большое внимание соматическим ощущениям и переоценка их значимости.

В своих исследованиях С.М. Рысс, М.С. Рысс говорили о том, что: «...спутниками язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки являлись депрессия, апатия, тревога перед раковыми заболеваниями, боязнь сильных болевых ощущений» [52]. Больных все время сопровождал страх, наблюдалось сниженное настроение, апатия, высказывались мысли о том, что «все зря», существование не приносит радости.

По мнению В.А. Гиляровского, такие пациенты были сосредоточены на различных ощущениях в области живота, а также на центральное место выдвигалась болезнь.

Белов В.П. в своем исследовании отмечал, что у пациентов наблюдалось чувство безысходности, наблюдалась тревога и некое беспокойство в том случае, когда симптомы заболевания усиливались. Например, такие симптомы как резкая потеря веса, желудочные кровотечения и как следствие, частичная или полная потеря трудоспособности. Несколько другая картина наблюдается при замедленном течении заболевания, например, апатия, вялость, и наоборот, отчаяние и тревога возникают в случае, когда состояние начинает резко ухудшаться.

В 1968 году исследования В.П. Белова показали, что эстетический компонент приобретает главенствующую роль у больных с заболеваниями толстого кишечника. Картина заболевания у больных с язвенным колитом характеризуется тревожностью, астенией, чрезмерным обращением внимания на болезненные ощущения. По мнению Ю. Халиба, Э. Козубского (1971) у таких пациентов значительно возрастает страх за свое здоровье, а также за благополучие родных. Таких больных можно охарактеризовать как нерешительных и замкнутых.

По мнению Б.А. Целибеева, у большинства больных возникает страх, что могут возникнуть боли, страдания и в итоге смерть. Больные впадают в отчаяние и испытывают чувство безнадежности и никчемности. Если у пациентов наблюдается истощение, то у них пропадает интерес ко всему. Основной проблемой становятся отправления кишечника, и больные боятся покидать свой дом. Со временем больные смиряются со своей судьбой и принимают ситуацию такой, какая она есть.

Б.А. Климов (1974) утверждал, что настроение больных носит депрессивный характер, наблюдается снижение настроения и тревожность. Больные уверены, что они не полноценные члены общества и ощущают некоторую дефектность.

По мнению Ц.Г. Масевич (1976) хронические колиты, имеющие волнообразное течение, характеризуются астенией.

По мнению Н.Д. Лакосиной, Г.К. Ушакова (1976) если человек находится не дома, то на фоне астении характерными особенностями являются наличие эмотивности, навязчивых страхов при отправлениях кишечника, а также снижение настроения. Характерные особенности, такие как: снижение работоспособности, болевые ощущения, расстройства выделительной функции толстого кишечника, кишечные кровотечения, являются причиной формирования и развития соматонозогнозий и их структуры. Необходимо отметить, что в ходе беседы с пациентами, с одной стороны, наблюдается адекватная оценка больным значимости своего

заболевания, а с другой стороны, может наблюдаться подавленное настроение, пассивность, снижение настроения, а также переоценка отношения к своему заболеванию.

Адекватная оценка больным значимости своего заболевания наблюдается при язвенном, неспецифическом колите. При заболевании, характерной особенностью которого является наличие примеси крови в фекальных массах, у пациентов достаточно редко наблюдается акцентуация внимания на болезненных ощущениях, снижение настроения, повышение тревоги. Если же данное заболевание является хроническим и тяжело протекает, то наблюдается такая картина как: смена тревоги вялостью, чувство обреченности, физическое истощение, падение интереса к происходящему вокруг. При развитии патологических форм заболевания, личностные характеристики включают в себя невротические реакции, фобические, ипохондрические варианты.

Наш язык является транслятором связей в желудочно-кишечном тракте между его функционированием и устройством. Причем это не самые симпатичные проявления. Пищеварение является как бы зеркалом нашего характера и проявляется это в таких высказываниях как: «Вот она язва», «Кишка тонка», «Меня тошнит от этого» и т.д.

В 1818 году Иоганн Хайнрот, психиатр, обратил внимание на этический аспект телесных болезней, при этом подразумевая психическое происхождение данных.

В своем исследовании «Руководство по психическим расстройствам» он говорил, что: «Если бы органы брюшной полости могли поведать историю своих страданий, то мы бы удивились тому факту, что душа с несвойственной ей силой, способна разрушать и уничтожать принадлежащее ей тело. В истории разрушенного пищеварения, пораженной печени и селезенки, в истории болезни воротной вены, больной матки и ее яичников. Мы смогли бы найти свидетельства долгой порочной жизни, которая

врезалась своими преступлениями в структуру и строение органов, являющихся основными для жизнедеятельности человека» [35].

И в целом все теории, существующие в настоящее время, претендующие на то, чтобы описать механизмы связи желудочно-кишечных расстройств и типа характера можно условно разделить на 2 большие группы: западные, в той или иной мере психоаналитические, и восточные — энергетические. Преимущества последних - в том, что они дают конкретные рецепты излечения с очень конкретными же результатами. Начнем с рассмотрения западных.

Сегодня к психосоматическим заболеваниям органов пищеварения относят язву желудка и двенадцатиперстной кишки, дискинезию желчного пузыря, некоторые расстройства деятельности печени, язвенный колит, диабет и другие расстройства поджелудочной железы. В свое время основоположник психосоматической медицины Ф. Александер выделил семь классических психосоматических болезней: эссенциальная (первичная) гипертония, язвенная болезнь желудка, ревматоидный артрит, гипертиреоз, бронхиальная астма, колит и нейродермит. Для каждой болезни он описал соответствующий внутриспсихический конфликт. Александер представлял роль внутреннего конфликта в развитии психосоматических расстройств следующим образом:

1. Специфический конфликт предрасполагает человека к определенному заболеванию только тогда, когда к этому имеются генетическая, биохимическая или физиологическая предрасположенность.

2. Определенные жизненные ситуации, в отношении которых человек сенсibilизирован (болезненно чувствителен) в силу своих ключевых конфликтов, оживляют и усиливают эти конфликты.

3. Сильные эмоции сопровождают этот активированный конфликт и на основе гормональных и нервно-мышечных механизмов действуют таким образом, что в организме возникают изменения в телесных функциях и структурах.

Александр выдвинул векторную теорию, основанную на общих направлениях импульсов, присущих человеку, в зависимости от того, насколько благополучно прошло его младенчество и раннее детство.

Он описал три вектора:

1. желание объединить, получить, принять (соответствует орально-сосущей стадии, удовлетворяющей потребность быть накормленным, защищенным и любимым);

2. желание исключить, удалить, напасть, причинить вред, разрядиться (соответствует орально-садистической стадии, которая начинается, когда ребенок кусает материнскую грудь);

3. желание сохранить, накопить (соответствует анальной стадии, стадии, когда ребенок учится контролировать при помощи сфинктера процессы выделения).

Эти вектора содержат в себе сильные, но плохо осознаваемые нами эмоции. Функции желудочно-кишечного тракта — это процессы потребления, сохранения или расходования. Потребление пищи связано с пассивной восприимчивостью, агрессивным поглощением и перевариванием. Удаление отработанных продуктов связано с анальной эвакуацией и с тенденцией накопить и сохранить, или анальной задержкой. Хотим мы этого или нет, эти процессы имеют сильные эмоциональные компоненты. Проблемы с желудочно-кишечным трактом происходят в результате конфликта между указанными векторами. Например, желудочные функции нарушаются у людей, которые стыдливо реагируют на свое желание получить помощь или проявление любви со стороны другого человека. Так, больные пептической язвой переживают конфликт между потребностью быть любимым и стремлением к независимости.

Причина того, что желудочные функции столь уязвимы для подобных психологических конфликтов в том, что в мыслях ребенка (а мы все были когда-то младенцами) желание быть накормленным и желание быть любимым связаны очень глубоко. Когда в более зрелом возрасте желание

получить помощь вызывает стыд или застенчивость, что норма в обществе, где главной ценностью является независимость, желание это находит регрессивное удовлетворение в повышенной тяге к поглощению пищи. «Регрессивное» в данном контексте означает свойственное более раннему, младенческому возрасту. Эта тяга стимулирует секрецию желудка. В желудке возникает выделение соков и моторная активность, как перед приемом пищи.

При этом больной с желудочно-кишечной симптоматикой готовит себя «к питанию вместо борьбы», и тогда в стрессовой ситуации увеличивается концентрация соляной кислоты в желудке и выработка желудочного фермента гастрин-17 (G-17). Если ситуация затягивается, психическое напряжение не находит выхода, то желудок буквально начинает... переваривать сам себя.

Люди с язвенной болезнью отличаются тревожностью, раздражительностью, повышенной исполнительностью и обостренным чувством долга. Им свойственна пониженная самооценка, сопровождающаяся чрезмерной ранимостью, стеснительностью, обидчивостью, неуверенностью в себе, и вместе с этим повышенная требовательность к себе, мнительность.

Замечено, что эти люди стремятся сделать значительно больше, чем реально могут. Для них типична тенденция к активному преодолению трудностей в сочетании с сильной внутренней тревогой. Тревога порождает состояние напряжения, которое может сопровождаться спазмами гладких мышц стенки пищеварительных органов и их сосудов; наступающее ухудшение их кровоснабжения (ишемия) приводит к снижению сопротивляемости этих тканей, перевариванию желудочным соком и к последующему образованию язвы. Важно обратить внимание на то, что вероятность возникновения повторных обострений заболевания тем больше, чем меньше скорректирована самооценка, связанная с указанными психологическими особенностями.

Еще один психосоматоз — язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. В отличие от эволюционно более молодого органа — желудка, двенадцатиперстная кишка — орган загадочный. Даже иннервация его описана противоречиво.

Психологической метафорой язвенной болезни двенадцатиперстной кишки считают конфликт между желанием быть опекаемым и одновременно стремлением быть независимым. Вот почему эта болезнь по статистике чаще поражает мужчин, когда их эволюционное стремление реализовать свободное, независимое начало сочетается с дефицитом тепла и заботы в детстве. Для них характерно желание опекать женщину, властвовать над ней и в то же время видеть в ней «добрую мамочку», требуя от нее постоянной заботы. Аналогичные конфликты возникают и у женщин с активной социальной ролью и одновременным желанием выглядеть слабой, беззащитной в отношениях с мужчинами.

В данном случае психотерапия направлена прежде всего на осознание невозможности одновременно реализовать противоположные желания, а значит, это работа с выбором и приспособлением, ресурсами, семейной историей и многими другими составляющими человеческой жизни. Работа психотерапевта ориентирована на личностный рост, взросление пациента.

Согласно психосоматическому подходу к заболеваниям, проблемы с желудочно-кишечным трактом связываются с процессами переваривания и усвоения информации. В психологическом смысле, это касается психологических взглядов, убеждений, а также взаимоотношений с людьми. Иными словами, неприятие, неспособность «переварить» жизненные события приводит к подобным заболеваниям.

Еще одной психологической причиной возникновения заболеваний желудочно-кишечного тракта является неспособность личности принимать новое в своей жизни, отпускать старое, изжившие себя события.

Такая же позиция прослеживается и в восточной философии: человек питается пищей, воздухом и впечатлениями. Отсюда, процесс пищеварения зависит от усвоения новых впечатлений, идеи, ситуаций.

Физиологами было доказано, что желудок моментально реагирует на стресс: когда человек нервничает, организм вырабатывает в больших объемах желудочный сок, что раздражающе действует на слизистую оболочку желудка. При частых и длительных ситуациях стресса, возникает боль, дискомфорт и, соответственно, появляется предпосылка к возникновению заболевания.

Таким образом, проблемы с желудком и желудочно-кишечным трактом возникают вследствие постоянного беспокойства, напряжения, неумения расслабиться, отказаться от бессмысленной суеты.

Психологическая работа с больными ЖКТ базируется, в первую очередь, на трансформации их установки по отношению к миру, обучению навыкам саморегуляции, формировании позитивного отношения к миру.

Несмотря на большую долю рефлекторных процессов в пищеварительной системе, переработка, усвоение пищи (как в телесном, так и в психологическом смысле) зависит от человека, он может взять под контроль.

Для этого, в первую очередь необходимо проанализировать свой образ жизни: активный он, пассивный, насыщена ли впечатлениями, отношение к новому и т.д.

Во-вторых, необходимо проанализировать свое психоэмоциональное состояние, преобладающий фон настроения: страхи, тревоги, гнев, злость – насколько данные эмоции присутствуют в жизни человека, его отношение к ним.

В-третьих, овладение методами расслабления, дыхательными техниками, способствует развитию способности контролировать собственные эмоции, эмоциональные реакции.

Психологический смысл заболеваний желудочно-кишечного тракта сводится к неспособности личности решать определенные жизненные проблемы, разрядиться и избавиться от накопившихся негативных эмоций, наличие заикленности на прошлом.

Два портрета язвенника.

Психологический портрет людей с язвенной болезнью включает тревожность, раздражительность, повышенную исполнительность и обостренное чувство долга. Таким людям свойственна пониженная самооценка, сопровождающаяся чрезмерной ранимостью, стеснительностью, обидчивостью, неуверенностью в себе и вместе с этим повышенная требовательность к себе, мнительность.

Эти люди стремятся сделать значительно больше, чем реально могут. Для них типична тенденция к активному преодолению трудностей в сочетании с сильной внутренней тревогой. Тревога порождает состояние напряжения, которое может сопровождаться спазмами гладких мышц стенки пищеварительных органов и их сосудов; наступающее ухудшение их кровоснабжения (ишемия) приводит к снижению сопротивляемости этих тканей, перевариванию желудочным соком и к последующему образованию язвы.

Важно обратить внимание на то, что вероятность возникновения повторных обострений заболевания тем больше, чем меньше скорректирована самооценка, связанная с указанными психологическими особенностями. Больше всего болезням желудка на нервной почве подвержены 2 диаметрально противоположных типа характера: меланхолики, склонные к самобичеванию, впадающие в отчаяние даже при незначительных проблемах, и холерики, здоровье которых подрывают гнев и ярость. Надо здесь добавить, что гнев и ярость могут ударить и по другим органам, и об этом мы поговорим чуть позже. Язвой желудка заболевают гиперответственные люди, которые живут для других, которые берут на себя слишком много, но не видят реальной отдачи от своих стараний. Они

мнительны, страдают от недостатка любви и чувства нереализованности (хотя на самом деле могут добиться в жизни многого). А вот язвой двенадцатиперстной кишки страдают любители острых ощущений, импульсивные, склонные к приступам ярости. Они всегда стремятся быть лучшими, блистать. А когда этого не получается, впадают в агрессивную депрессию с элементами зависти к более успешным. К тому же и у тех, и у других душа требует в качестве стимуляторов острой пищи, кофе и никотина. Что, ясное дело, только усугубляет язвенную проблему.

Выводы по первой главе

1. Анализ психологической литературы позволяет определить темперамент как индивидуально своеобразные свойства психики, определяющие динамику психической деятельности человека, которые одинаково проявляются в разнообразной деятельности независимо от ее содержания, целей, мотивов, остаются постоянными в зрелом возрасте и в своей взаимной связи характеризуют тип темперамента. Конкретные проявления типа темперамента многообразны. Они не только заметны во внешней манере поведения, но словно пронизывают все стороны психики, существенно проявляясь в познавательной деятельности, сфере чувств, побуждения и действиях человека, а также в характере умственной работы, особенностях речи и т.п.

2. Существует большое количество подходов к пониманию здоровья как к предмету психологического исследования – нормоцентрический, феноменологический, холистический, кросс-культурный, дискурсивный, аксиологический, интегративный. На наш взгляд, здоровье может рассматриваться как структура, состоящая из трех блоков: смысл здоровья, критерии здоровья, здоровье сберегающее поведение. Первый блок позволяет определить, какую ценность представляет для человека здоровье, каким образом оно влияет на различные сферы его

жизни. В блок «критерии здоровья» входят показатели, которые влияют на здоровье, на его сохранение. Блок «Здоровьесберегающее поведение» определяет поведенческий аспект отношения человека к здоровью, его готовность укреплять свое здоровье.

3. Отношение к здоровью представляет собой систему индивидуальных избирательных связей личности с различными явлениями окружающей действительности, способствующими или, наоборот, угрожающими здоровью людей, а также определенную оценку индивидом своего физического и психического состояния и организованную самим человеком жизнедеятельность, способствующую сохранению здоровья, личностному росту, творческому функционированию или наоборот.

4. Под здоровым образом жизни понимаются типичные формы и способы повседневной жизнедеятельности человека, которые укрепляют и совершенствуют резервные возможности организма, обеспечивая тем самым успешное выполнение своих социальных и профессиональных функций независимо от политических, экономических и социально-психологических ситуаций.

5. Заболевания желудка относятся к одним из наиболее часто встречающейся патологии среди населения, занимая второе место после заболеваний сердечно-сосудистой системы. Личность больных, страдающих желудочно-кишечными расстройствами, характеризуется тревожностью, мнительностью, ранимостью, обидчивостью, тоскливостью, непереносимостью отрицательных эмоций, неуверенностью в себе, неумением осмысливать свои проблемы, потребностью в защите и социальной поддержке, сниженной самооценкой. Профиль личности с язвенной болезнью характеризуется тревожно-ипохондрическими тенденциями, склонностью к замкнутости, повышенной тревожностью, особенно личностной.

Глава 2. Эмпирическое исследование особенностей темперамента и отношения к соматическому здоровью у лиц с заболеваниями желудочно-кишечного тракта

2.1 Организация и методы исследования

С целью формирования репрезентативной выборки, состоящей из одинакового количества респондентов с разными типами темперамента, всего было опрошено 169 человек с одним и тем же заболеванием - язвой желудка и двенадцатиперстной кишки. Это позволило нам выявить 20 человек с преобладанием сангвинического типа темперамента, 20 человек – холерического типа темперамента, 20 человек – флегматического типа темперамента, 20 человек – меланхолического типа темперамента. Таким образом, в окончательную выборку вошли 80 человек, имеющих хронические заболевания желудочно-кишечного тракта в возрасте от 38 до 56 лет.

Цель исследования. Установить особенности темперамента и отношения к соматическому здоровью у лиц с заболеваниями желудочно-кишечного тракта.

Исследование проводилось согласно следующим этапам:

1. Выбрать и обосновать диагностический инструментарий для исследования особенностей темперамента лиц с заболеваниями ЖКТ;
2. Определить особенности темпераментальных черт и принадлежность к ведущим типам темперамента лиц с заболеваниями желудочно-кишечного тракта;
3. Исследовать особенности отношения к своему соматическому здоровью у лиц с заболеваниями ЖКТ с разной выраженностью темпераментальных черт, провести сравнительный анализ;
4. Обобщить полученные результаты и сформулировать выводы о проделанной работе.

Для реализации поставленных задач разработана программа исследования, в рамках которой использовались следующие методики:

1) «Методика определения темперамента» (Г. Айзенк);

Личностный опросник Г. Айзенка состоит из 57 вопросов и позволяет определить тип темперамента с учетом таких показателей как интроверсия, экстраверсия, а также эмоциональная устойчивость. Соотношение этих показателей соответствует четырем классическим типам темперамента: сангвиник, флегматик, меланхолик, холерик.

2) Методика диагностики типа отношения к болезни (ТОБОЛ);

Данный опросник разработан с целью психологической диагностики типов отношения к болезни и других, связанных с ней личностных отношений у больных хроническими соматическими заболеваниями. Текст опросника был составлен при участии сотрудников Института им. В.М. Бехтерева: И.Г. Беспалько, Л.И. Вассермана, И.Н. Гильяшевой, Н.Я. Иванова, Б.В. Иовлева, Э.Б. Карповой, Т.М. Мишиной, Т.Л. Федоровой под редакцией А.Е. Личко.

Предлагаемый диагностический код для оценки результатов был разработан по материалам обследований больных, проведенных группой психиатров и психологов. Опросник диагностирует сложившийся под влиянием болезни паттерн отношений к самой болезни, к ее лечению, врачам и медперсоналу, родным и близким, окружающим, работе (учебе), одиночеству и будущему, а также к своим витальным функциям (самочувствие, настроение, сон, аппетит).

С помощью ТОБОЛ могут быть диагностированы следующие типы отношений: гармоничный, тревожный, ипохондрический, меланхолический, апатический, неврастенический, сенситивный, эгоцентрический, дисфорический, анозогнозический, эргопатический, паранойяльный.

3) Опросник «Отношение к здоровью» (Р.А. Березовская).

Опросник состоит из 10 вопросов, которые могут быть распределены по четырем шкалам: когнитивная, эмоциональная, поведенческая, ценностно-мотивационная.

Когнитивный уровень - степень осведомленности или компетентности человека в сфере здоровья, знание основных факторов риска и антириска, понимание роли здоровья в обеспечении активной и продолжительной жизни;

Поведенческий уровень: степень соответствия действий и поступков человека требованиям здорового образа жизни;

Эмоциональный уровень: оптимальный уровень тревожности по отношению к здоровью, умение наслаждаться состоянием здоровья и радоваться ему;

Ценностно-мотивационный уровень: высокая значимость здоровья в индивидуальной иерархии ценностей (особенно терминальных), степень сформированности мотивации на сохранение и укрепление здоровья.

1. Методы математической статистики – описательная статистика, сравнительный анализ с помощью параметрического критерия t-Стьюдента, однофакторный дисперсионный анализ.

2.2 Результаты исследования

На первом этапе обработки результатов эмпирического исследования были проанализированы количественные и качественные показатели, полученные по методике определения типа темперамента Г. Айзенка у всех участников исследования.

Ниже, на рисунке 1 представлены результаты исследования представленности типов темперамента у лиц с заболеваниями желудочно-кишечного тракта в процентном соотношении.

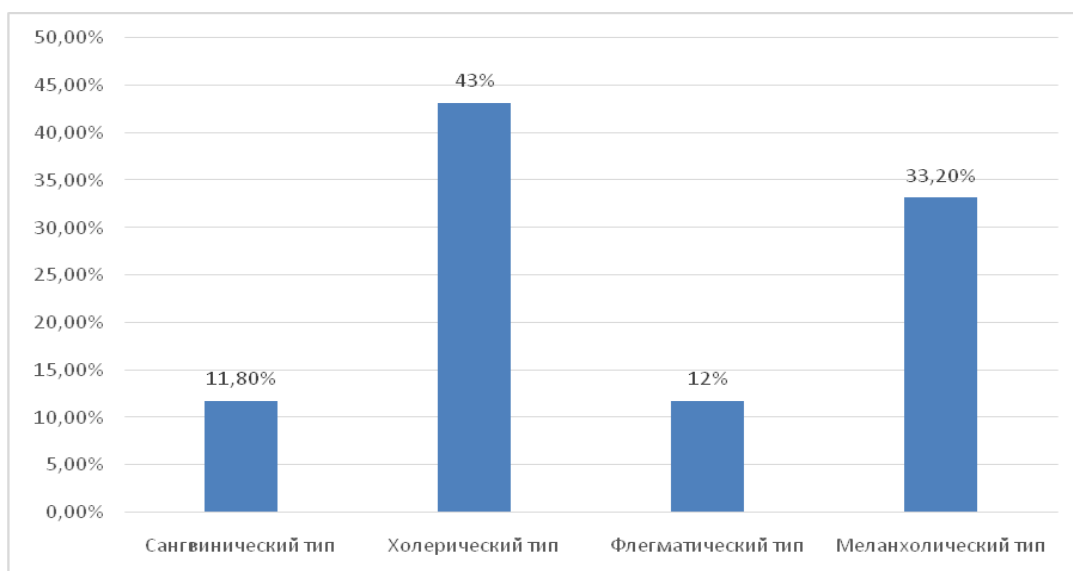


Рисунок 1 – Выраженность типов темперамента у лиц с заболеваниями желудочно-кишечного тракта. n=169

Как видно из диаграммы, среди лиц, имеющих заболевания желудочно-кишечного тракта, преобладают холерический тип темперамента (43,2% участников исследования) и меланхолический (33,2% участников выборки). Несмотря на кажущуюся диаметрально противоположность данных типов темперамента, их объединяет то, что по шкале нейротизма они оба характеризуются эмоциональной нестабильностью. Это выражается в чрезвычайной нервозности, неустойчивости, плохой адаптации, склонности к быстрой смене настроения. Они постоянно испытывают чувство вины и беспокойства, озабоченности, склонны к депрессивным реакциям, рассеянности внимания и неустойчивости в стрессовых ситуациях. Больным заболеваниями желудочно-кишечного тракта, имеющим высокую степень нейротизма, свойственна эмоциональность, импульсивность, неровность в контактах с окружающими, изменчивость интересов, неуверенность в себе, выраженная чувствительность, впечатлительность, раздражительность.

Холерический тип темперамента у лиц с заболеваниями желудочно-кишечного тракта характеризуется сочетанием высокой нейротизации (эмоциональной лабильности) и высокой экстраверсии. Данное соотношение динамических показателей отличается повышенной возбудимостью, прерывистостью действий и всей деятельности. Холерикам свойственны

резкость и стремительность движений, сила импульсивность, достаточно ярко проявляются различные эмоциональные переживания. Больные заболеваниями ЖКТ, у которых преобладает холерический тип темперамента, часто раздражительны, аффективно несдержаны, вспыльчивы, неспособны к самоконтролю при эмоциональных обстоятельствах.

Лиц, имеющих заболевания желудочно-кишечного тракта, у которых преобладает меланхолический тип темперамента, характеризует сочетание высокого уровня нейротизма и высокого уровня интроверсии. Им характерно несоответствие силы реакции силе раздражителя, а именно, присутствует глубина и устойчивость чувств при слабом их выражении. Сдержанность, приглушенность моторики и речи, застенчивость и робость, нерешительность – все это отличительные черты больных с заболеваниями желудочно-кишечного тракта, имеющих выраженный меланхолический тип темперамента. В трудных жизненных ситуациях становится замкнутым, боязливым, тревожным, склонен к тяжелым внутренним переживаниям таких жизненных обстоятельств, которые вовсе этого не заслуживают.

Сангвинический и флегматический тип темперамента у лиц с заболеваниями желудочно-кишечного тракта представлен в наименьшем количестве – по 11,8% соответственно.

Результаты первого этапа исследования, в результате которого были выявлены преобладающие типы темперамента у лиц с заболеваниями ЖКТ соотносятся, на наш взгляд, с психологическим портретом язвенного больного, данного И.Г. Малкиной-Пых. Она говорит о том, что у больных с заболеваниями органов пищеварения чаще всего выявляется тревожный синдром и описывает психологический портрет язвенника – худосочный, сутулый и бледный тип, склонный к раздражительности и агрессивным проявлениям, особенно с близкими людьми.

В дальнейшем выборка была переформирована с целью проведения сравнительного анализа и изучения особенностей отношения к здоровью с точки зрения выраженности того или иного типа темперамента.

На рисунке 2 представлены результаты исследования типов отношения к здоровью лиц с заболеваниями желудочно-кишечного тракта (n=80).

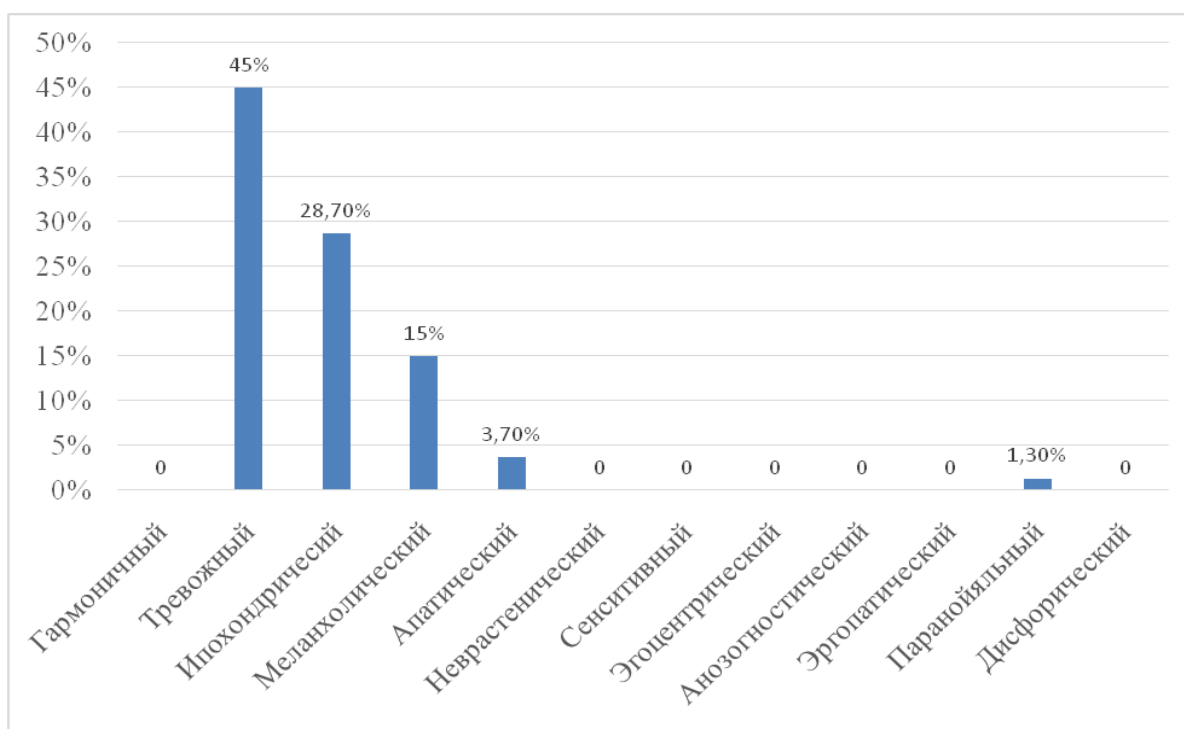


Рисунок 2 - Результаты исследования типов отношения к здоровью у лиц с заболеваниями желудочно-кишечного тракта (n=80).

Опираясь на результаты, представленные на рисунке 2, отметим, что у лиц с заболеваниями желудочно-кишечного тракта преобладает тревожный тип отношения к своей болезни (45% испытуемых выборки). Данные респонденты характеризуются тем, что испытывают непрерывное беспокойство и мнительность в отношении неблагоприятного течения своей болезни, возможных осложнения, неэффективности и даже опасности лечения. Большое количество времени проводят в поиске новых способов лечения, дополнительной информации о самой болезни и «авторитетных» врачей, могут очень часто менять лечащего врача. У лиц с заболеваниями ЖКТ, имеющих тревожный тип отношения к болезни в большей степени выражен интерес к объективным данным, таким как результаты анализов, заключения специалистов, нежели к субъективным ощущениям. Они предпочитают слушать о проявлениях заболевания у других, сравнивая их со своими, не склонны постоянно предъявлять окружающим свои жалобы.

Преобладает тревожный фон настроения, а, как его следствие, угнетенность и сниженная психическая активности.

У испытуемых, тревожно относящихся к своей болезни, возможно проявление обсессивно-фобического варианта данного типа, характеризующаяся мнительностью, которая, прежде всего, касается не реальных опасений, а маловероятных осложнений болезни, неудач лечения, а также возможных, но малообоснованных неудач в жизни. Защитой от такой необоснованной тревоги у данных респондентов становятся всевозможные приметы, ритуалы и амулеты.

Также, большое количество испытуемых, имеющих заболевания желудочно-кишечного тракта, имеют ипохондрическое отношение к болезни (28,7% респондентов выборки). Данные испытуемых чрезмерно сосредотачиваются на субъективных болезненных и иных неприятных ощущениях. Они стремятся постоянно рассказывать о них врачам, медперсоналу и просто окружающим их людям. Также, для них характерно преувеличение действительных и выискивание несуществующих болезней и страданий. Они могут также преувеличивать неприятные ощущения в связи с побочными действиями лекарств и диагностических процедур. Им свойственно сочетание желания лечиться и неверие в успех, постоянно требуют более тщательного обследования у авторитетных специалистов, одновременно, боясь вреда и болезненности процедур.

Меланхолический тип отношения к болезни выражен у 15% испытуемых всей выборки. Данные больные заболеваниями желудочно-кишечного тракта обычно сверхудручены своей болезнью, не верят в выздоровление, в возможные улучшения и вообще какой-либо эффект от лечения. Им свойственны активные депрессивные высказывания, вплоть до суицидальных мыслей. На окружающий мир смотрят излишне пессимистически, что выражается в сомнении в успехе лечения даже при благоприятных объективных данных и удовлетворительном самочувствии.

Также, среди больных заболеваниями желудочно-кишечного тракта встречаются испытуемые с апатическим типом отношения к болезни (3,7%), а также паранойальным (1,3%). Испытуемые с апатическим типом отношения к болезни характеризуются полным безразличием к своей судьбе, к исходу болезни, к результатам лечения. Они пассивно подчиняются процедурам и лечению при настойчивом побуждении со стороны. Им свойственна утрата интереса к жизни, ко всему, что ранее волновало, вялость, апатия в поведении, деятельности и межличностных отношениях.

Испытуемые, у которых был выявлен паранойальный тип отношения к болезни (1,3%) уверены, что болезнь – это результат преимущественно внешних причин, чьего-то злого умысла. Им свойственна крайняя подозрительность, настороженность к разговорам о себе, к лекарствам и процедурам. Возможные осложнения или побочные действия лекарств приписывают халатности или злему умыслу врачей и персонала.

Данная методика позволяет распределять отношения к болезни по блокам. Так, например, лица с заболеваниями желудочно-кишечного тракта преимущественно относятся ко второму блоку, в который включены типы реагирования на болезнь, характеризующиеся наличием психической дезадаптации в связи с заболеванием.

Таким образом, для лиц с заболеваниями желудочно-кишечного тракта характерна интрапсихическая направленность личностного реагирования на болезнь, обуславливающая нарушения социальной адаптации. Эмоционально-аффективная сферы у них проявляется в дезадаптивном поведении: реакциях по типу раздражительной слабости, тревожном, подавленном, угнетенном состоянии, «уходом в болезнь», отказе от борьбы – «капитуляция» перед заболеванием и т.д.

Далее, проанализируем распределение типов отношения к здоровью у лиц с заболеваниями желудочно-кишечного тракта в зависимости от типа темперамента (рисунки 3-6).

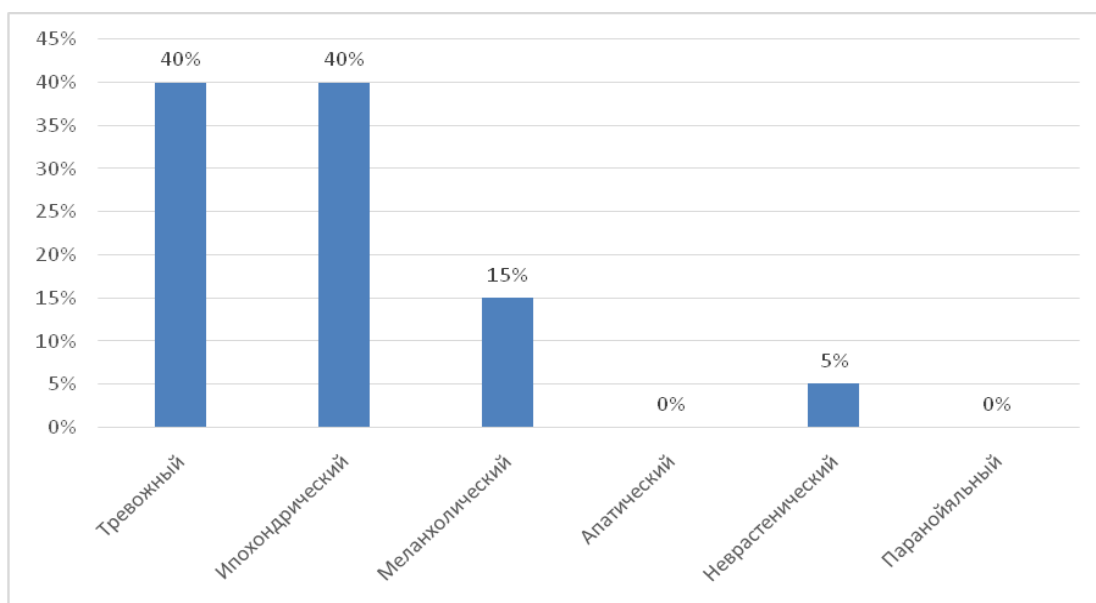


Рисунок 3 – Распределение типов отношения к болезни у лиц с заболеваниями желудочно-кишечного тракта сангвинического типа темперамента (n=20)

Из рисунка 3 отчетливо видно, что для лиц с заболеваниями желудочно-кишечного тракта, у которых преобладает сангвинический тип темперамента, одинаково выражены тревожный и ипохондрический типы отношения к здоровью – по 40% соответственно. Меланхолический тип отношения к здоровью представлен 15%, а неврастенический – 5% группы испытуемых сангвинического типа темперамента.

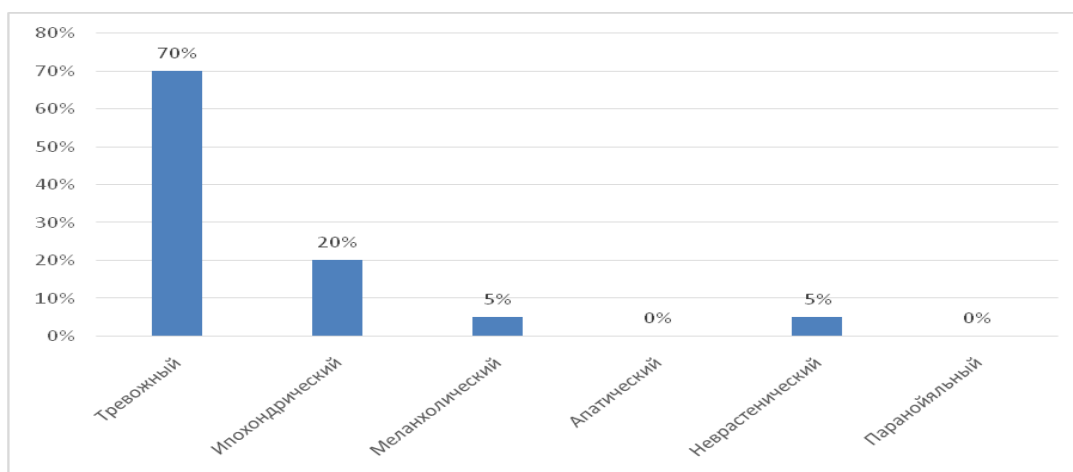


Рисунок 4 – Распределение типов отношения к болезни у лиц с заболеваниями желудочно-кишечного тракта холерического типа темперамента (n=20)

У лиц с заболеваниями желудочно-кишечного тракта холерического типа темперамента преобладает тревожный тип отношения к болезни (70%). Чрезмерное сосредоточение на субъективных болезненных ощущениях характерно для 20% холериков с заболеваниями ЖКТ. В равной степени среди больных заболеваниями желудочно-кишечного тракта представлены меланхолический и неврастенический типы отношения к болезни – по 5%.

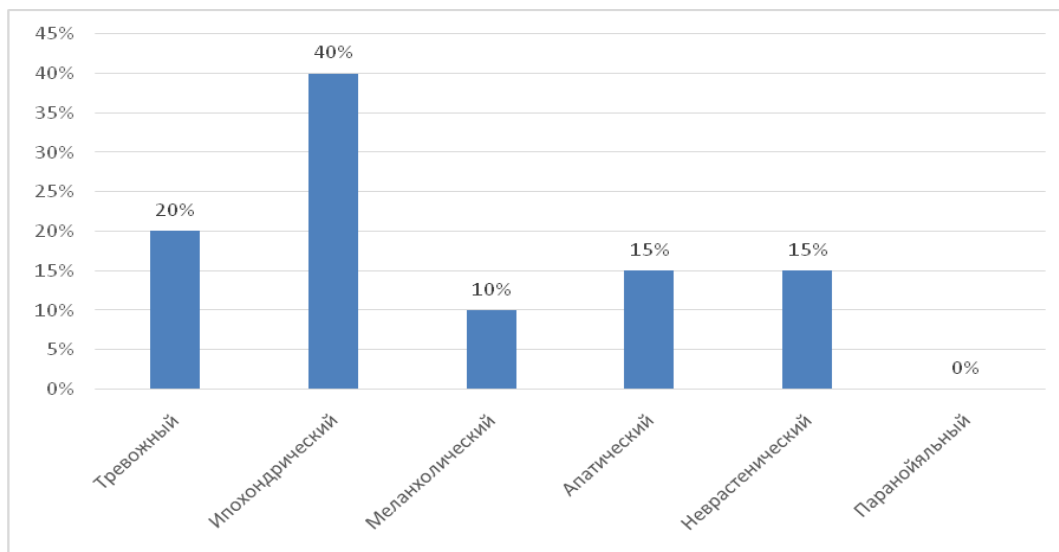


Рисунок 5 – Распределение типов отношения к болезни у лиц с заболеваниями желудочно-кишечного тракта флегматического типа темперамента (n=20)

Для лиц с заболеваниями желудочно-кишечного тракта флегматического типа темперамента характерно преобладание ипохондрического типа отношения к болезни (40%). Тревожный тип выражен у 20% испытуемых, меланхолический – у 10%. В равной степени представлены апатический тип отношения к болезни и неврастенический – по 15%. Также отметим, что испытуемые с полным безразличием к своей судьбе, к исходу болезни, к своему здоровью были обнаружены только в группе флегматического типа темперамента.

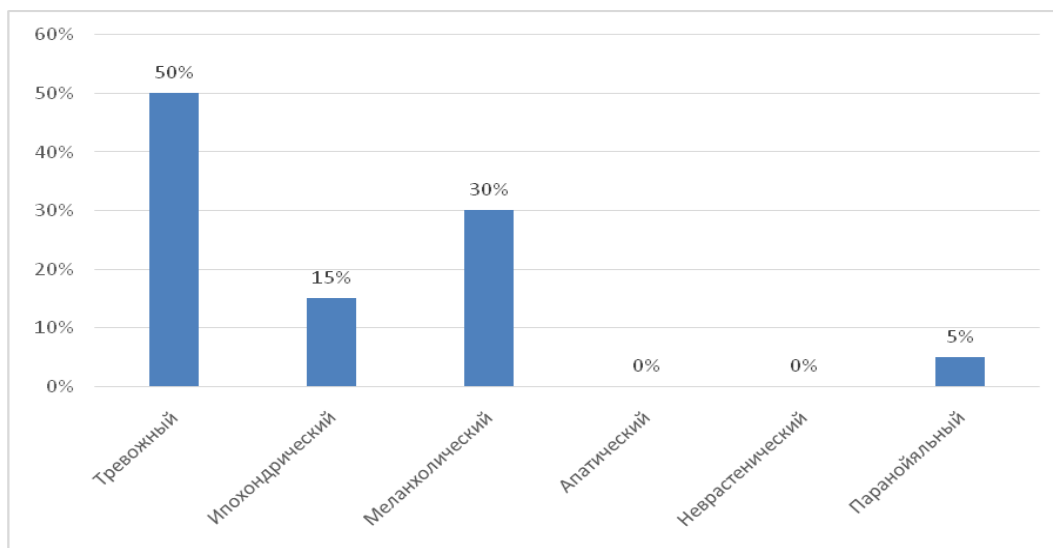


Рисунок 6 – Распределение типов отношения к болезни у лиц с заболеваниями желудочно-кишечного тракта меланхолического типа темперамента

Для лиц с заболеваниями желудочно-кишечного тракта с выраженным меланхолическим типом темперамента характерны преимущественно тревожный тип отношения к болезни (50%) и меланхолического (30%). Преувеличение действительных и выискивание несуществующих болезней и страданий присущи для 15% больных ЖКТ меланхолического типа темперамента. Отметим, что только в данной группе были выявлены испытуемые, имеющие паранойяльный тип отношения к болезни. Они уверены, что их болезнь – это результат чьего-то злого умысла, подозрительны и насторожены к разговорам о себе, действиям врачей и медицинского персонала.

С целью выявления значимых различий в отношении к болезни у лиц с заболеваниями желудочно-кишечного тракта разного типа темпераменты, был использован непараметрический критерий χ^2 -угловое преобразование Фишера.

Таблица 1 - Сравнительный анализ отношения к болезни у лиц с заболеваниями желудочно-кишечного тракта разного типа темперамента

	С/Х	С/Ф	С/М	Х/Ф	Х/М	Ф/М
Тревожный	4,335** (Х)	2,277* (С)	-	7,46** (Х)	2,906** (Х)	4,554** (М)
Ипохондрический	3,125** (С)	-	4,059** (С)	3,125** (Ф)	-	4,059** (Ф)
Меланхолический	2,34** (С)	-	2,574** (М)	-	5,006** (Х)	3,642** (М)
Апатический	-	4,207** (Ф)	-	4,207** (Ф)	-	4,207** (Ф)
Неврастенический	-	2,43* (Ф)	1,77* (С)	2,43* (Ф)	1,77* (Х)	4,207** (Ф)
Паранойяльный	-	-	1,77* (М)	-	1,77* (М)	1,77* (М)

Примечание:

** - уровень значимости 0,01; * - уровень значимости 0,05.

В скобках указан доминирующий тип темперамента: С – сангвинический тип темперамента; Х – холерический тип темперамента; Ф – флегматический типа темперамента; М – меланхолический тип темперамента.

Результаты сравнительного анализа позволили определить существование значимых различий в отношении к болезни у лиц с заболеваниями желудочно-кишечного тракта разного типа темперамента. Так, мы установили, что тревожный тип отношения к болезни, в большей степени свойственен лицам с заболеваниями желудочно-кишечного тракта холерического типа темперамента. Присущая им резкость, импульсивность, зачастую доходящая до раздражительности, вспыльчивость и неспособность к самоконтролю при острых эмоциональных обстоятельствах, к которым в том числе и относятся течение их заболевания, самочувствие, результаты лечения, подталкивает их постоянно искать «авторитеты» в области медицины, часто менять лечащего врача, не доверять результатам анализов и заключениям специалистов. Они находятся в постоянном беспокойстве, мнительности, которые часто касаются не реальных опасений, а

маловероятных осложнений болезни или возможных других неудач в жизни, работе, взаимоотношениях с близкими в связи с болезнью.

Ипохондрический тип отношения к болезни свойственен лицам с заболеваниями желудочно-кишечного тракта сангвинического типа темперамента. Это люди высоко экстравертированы, общительны, стремятся постоянно рассказывать окружающим о течении своего заболевания, субъективных болезненных и иных неприятных ощущениях. Им свойственно не умение строго придерживаться выработанного распорядка жизни, системы работы, стратегии лечения, поверхностность и непостоянство. Отсюда возникает одновременно желание лечиться и неверие в успех, постоянное требование более тщательного обследования у авторитетных специалистов и боязнь процедур и возможных их последствий.

Меланхолический тип отношения к болезни преимущественно свойственен лицам с заболеваниями желудочно-кишечного тракта меланхолического типа темперамента. Сильное эмоциональное воздействие, произведенное в результате заболевания и его последствий, вызывает продолжительную тормозную реакцию, у него могут опускаться руки, возникает сверхудроченность болезнью, неверие в выздоровление, в эффект от лечения. Замкнутость, боязливость, тревожность, ранимость вызывают сомнения в успехе лечения даже при благоприятных объективных данных и удовлетворительном самочувствии.

Также отметим, что только у меланхоликов, имеющих заболевания желудочно-кишечного тракта был выявлен паранойяльный тип отношения к болезни. Тяжелые внутренние переживания, связанные с возникшим заболеванием, его течением, успехом или неуспехом лечения подталкивают больных крайне настороженно относиться к разговорам о себе, к лекарствам и процедурам.

Апатический тип отношения к болезни свойственен только лицам с заболеваниями желудочно-кишечного тракта флегматического типа темперамента. Высокая интроверсия и низкий нейротизм способствуют

формированию полного безразличия к своей судьбе, к исходу болезни, к результатам лечения. Они могут пассивно подчиняться процедурам, утрачивают интерес к жизни, ко всему, что волновало ранее. Бедность и слабость эмоций сочетается с вялостью и апатией в поведении, деятельности и межличностных отношениях. Также, среди больных заболеваниями желудочно-кишечного тракта холерического типа темперамента в большей степени в других группах встречается неврастеническое отношение к своему заболеванию.

Таким образом, сравнительный анализ позволил определить существование значимых различий в отношении к болезни у лиц с заболеваниями желудочно-кишечного тракта разного типа темперамента.

Также, для определения влияния фактора темперамента на отношение к болезни у лиц с заболеваниями желудочно-кишечного тракта был проведен однофакторный дисперсионный анализ.

Эмпирическое значение статистики Фишера $F=4.129$ и значимость $0,037$. Следовательно, проверяемая исходная гипотеза (H_0) об отсутствии взаимосвязи между отношением к болезни и фактором темперамента может быть отклонена с вероятностью ошибки $0,037\%$. Таким образом, принимаем альтернативную (H_1) гипотезу о наличии взаимосвязи между фактором темперамента у лиц с заболеваниями желудочно-кишечного тракта и отношением их к своему заболеванию.

Далее, проанализируем особенности отношения к здоровью у лиц с заболеваниями желудочно-кишечного тракта по методике Р.А. Березовской, а также сравнительный анализ показателей отношения к здоровью у больных системы пищеварения разного типа темперамента с применением параметрического критерия-Стьюдента для несвязных выборок.

Данная методика позволяет выделить и изучить четыре компонента отношения к здоровью: когнитивный, эмоциональный, поведенческий и ценностно-смысловой.

Рисунки 7,8,9 позволяют охарактеризовать ценностно-мотивационный компонент отношения к здоровью и его зависимость от типов темперамента у лиц с заболеваниями желудочно-кишечного тракта.

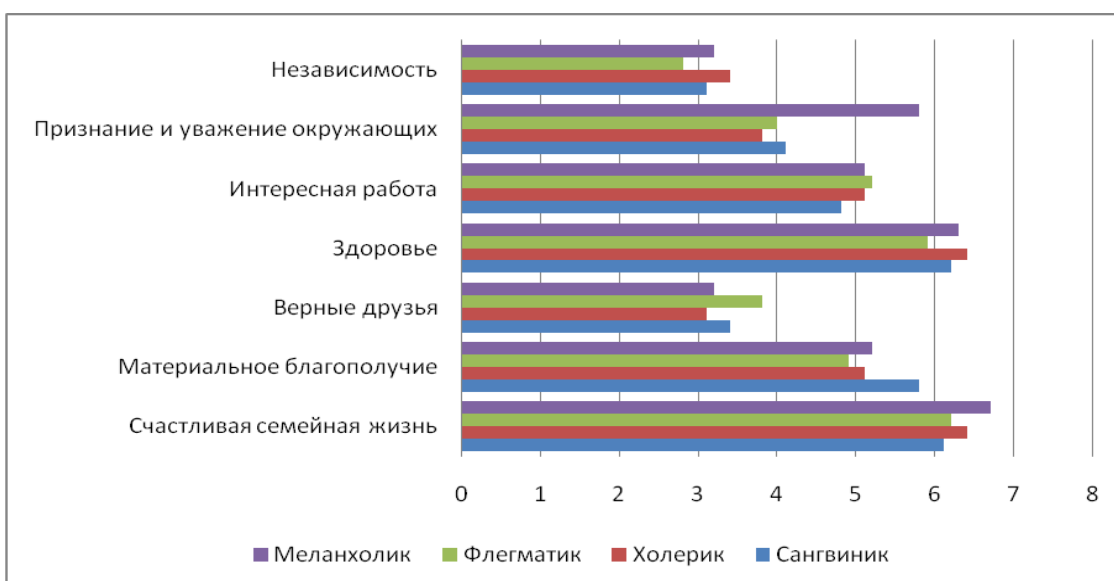


Рисунок 7 - Ценность разных сфер жизни лиц с заболеваниями желудочно-кишечного тракта разного типа темперамента

Опираясь на рисунок 7, мы можем отметить, что для лиц с заболеваниями желудочно-кишечного тракта в равной степени высоко выражены ценности здоровья, счастливой семейной жизни и материального благополучия. Думаем, это обусловлено, в первую очередь, возникшим и длительное время присутствующим в их жизни заболеванием, лечение которого требует большие финансовые ресурсы, отражается на семейном благополучии и взаимоотношениях. Также, мы можем сказать, что наличие хронического заболевания актуализирует разные ценности личности: здоровье, как критерий (или фактор) экзистенциальной категории жизни, становится важным наличие интересной работы, от которой можно получать удовольствие «здесь и теперь», оставлять некий продукт или результат после себя. Сравнительный анализ позволил определить, что у лиц с заболеваниями желудочно-кишечного тракта с выраженным меланхолическим типом темперамента в большей степени, чем в других группах, выражена ценность признания и уважения окружающих (на уровне значимости 0,05). На наш взгляд, это обусловлено выраженной внутренней тревожностью и

ранимостью представителей данного типа темперамента, а также их низким самоонением и самооценкой.

Далее, проанализируем факторы успеха в жизни и роли здоровья по мнению лиц с заболеваниями желудочно-кишечного тракта с выраженностью разных типов темперамента (рисунок 8).

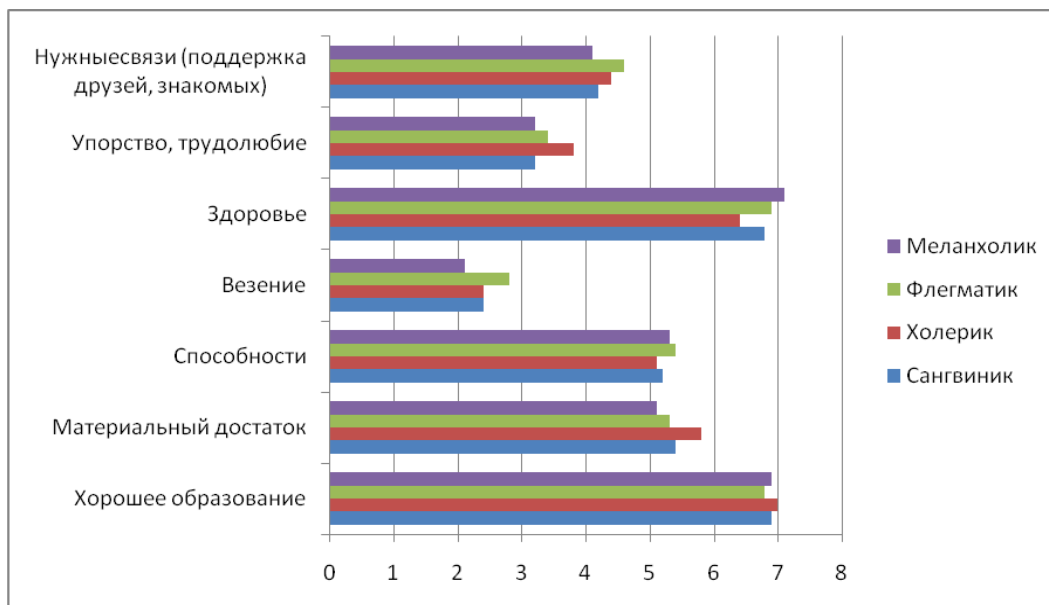


Рисунок 8 - Факторы успеха в жизни, по мнению лиц с заболеваниями желудочно-кишечного тракта разного типа темперамента

Так, мы можем отметить, что больные системы пищеварения для достижения успеха в жизни в качестве основных факторов выделяют здоровье (срзнач 6,8 для n=80) и хорошее образование (срзнач 6,9 для n=80). В меньшей степени связывают с достижением успеха такие факторы как везение (удача), упорство и трудолюбие. В целом, сравнительный анализ не выявил значимых различий в факторах успеха в жизни у лиц с заболеваниями желудочно-кишечного тракта разного типа темперамента.

Далее, рассмотрим основные причины, по которым больные системы пищеварения могут не в достаточной степени заботиться о своем здоровье (рисунок 9).

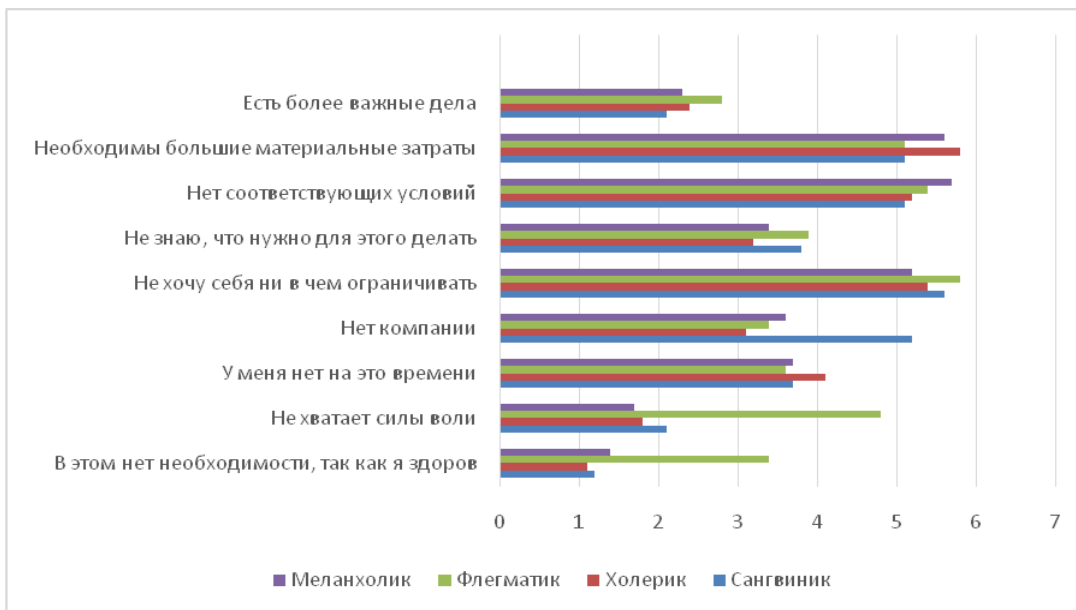


Рисунок 9 – Причины недостаточной (нерегулярной) заботы о собственном здоровье у лиц с заболеваниями желудочно-кишечного тракта разного типа темперамента

В качестве основных причин недостаточной заботы о своем соматическом здоровье большинство респондентов выборки отмечают необходимость больших материальных затрат, а также отсутствие соответствующих условий – сравнительный анализ по данным показателям не выявил значимых различий. Тем не менее, лица с заболеваниями желудочно-кишечного тракта флегматического типа темперамента в большей степени, чем остальные респонденты выделяют также отсутствие (либо нехватку) силы воли (на уровне значимости 0,01), которая необходимо, чтобы перестроиться на новую систему взаимоотношений, а также мнение о том, что у них нет необходимости что-либо менять, так как они чувствуют себя полностью здоровыми (на уровне значимости 0,01), что также подтверждает апатичное отношение к своей болезни у больных флегматического типа темперамента.

Таким образом, нам удалось установить, что фактор темперамента оказывает влияние на ценностно-смысловой компонент отношения к здоровью лиц с заболеваниями желудочно-кишечного тракта.

На рисунке 10 представлены результаты исследования преобладающих источников информации и здоровье у лиц с заболеваниями желудочно-кишечного тракта разного типа темперамента. Отметим, что большинство испытуемых преимущественно используют научно-популярные книги и периодические издания о здоровье. По данному показателю когнитивного компонента отношения к здоровью у респондентов разного типа темперамента статистически значимых различий выявлено не было.

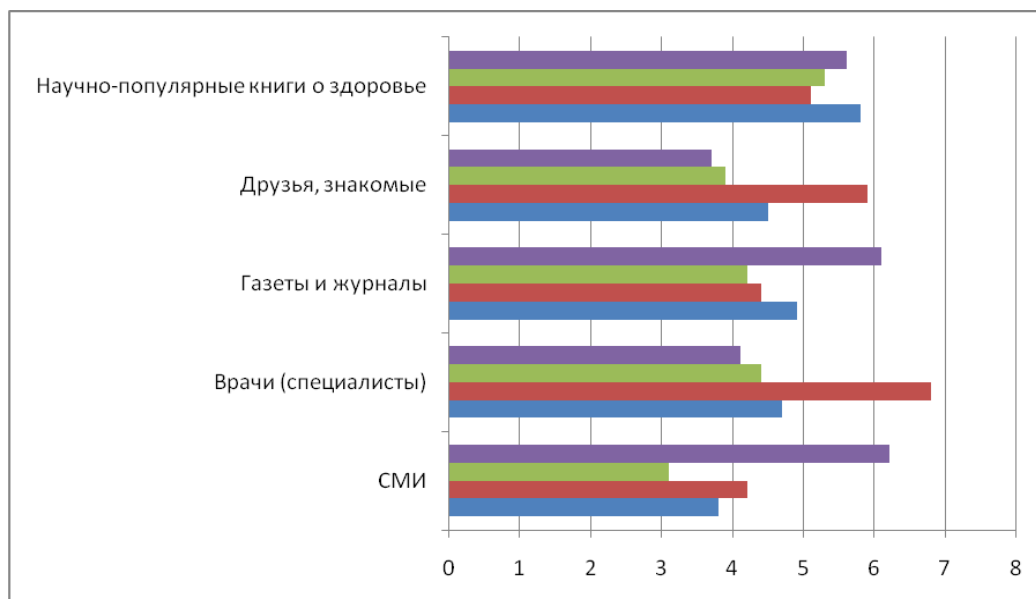


Рисунок 10 - Источники информации о здоровье у лиц с заболеваниями желудочно-кишечного тракта разного типа темперамента

Тем не менее, было обнаружено, что у лиц с заболеваниями желудочно-кишечного тракта меланхолического типа темперамента на осведомленность в области здоровья влияют средства массовой информации (на уровне значимости 0,01) и периодические издания, газеты и журналы (на уровне значимости 0,05). Больные системы пищеварения в большей степени доверяют информации, полученной от врачей (на уровне значимости 0,05), а также от друзей и знакомых (на уровне значимости 0,05). На наш взгляд, это обусловлено интровертированностью и экстравертированностью представителей данных темпераментов соответственно.

Далее, рассмотрим какие факторы, по мнению лиц с заболеваниями желудочно-кишечного тракта, оказывают первостепенное влияние на

здоровье (рисунок 11). Данный показатель также относится к когнитивному компоненту отношения к здоровью.

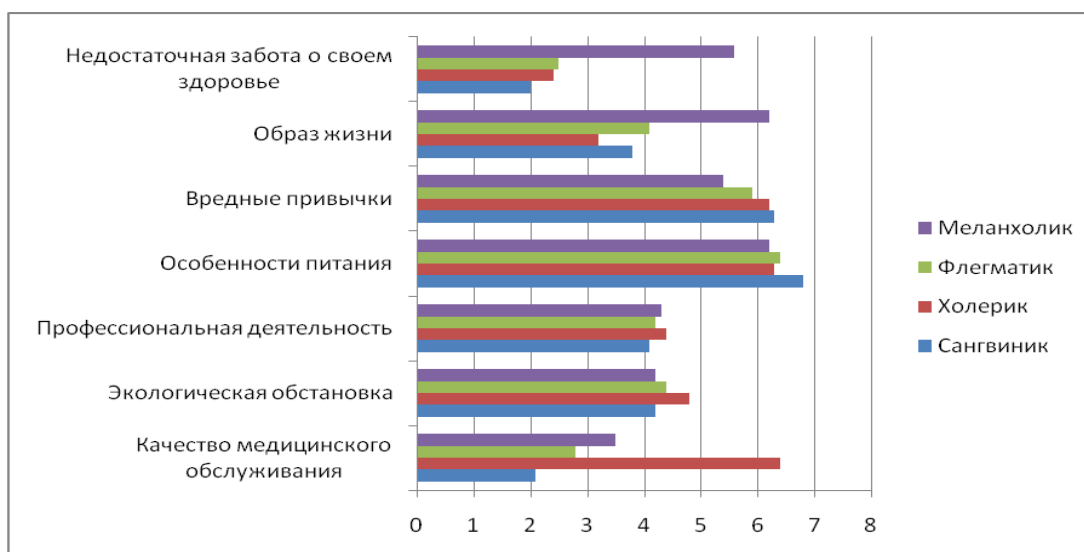


Рисунок 11 - Факторы, оказывающие влияние на здоровье лиц с заболеваниями желудочно-кишечного тракта разного типа темперамента

Отметим, что достаточно единообразно участники исследования отметили такой фактор, как особенности питания, что естественно обусловлено особенностями их заболевания. По данному показателю статистически достоверных различий обнаружено не было. Однако, отметим, что представители холерического типа темперамента в большей степени, чем представители других типов темперамента отмечают качество медицинского обслуживания как фактора, оказывающего наиболее существенное влияние на состояние их здоровья (на уровне значимости 0,01). Лица с заболеваниями желудочно-кишечного тракта меланхолического типа темперамента ведущими факторами считают свой образ жизни (на уровне значимости 0,01) и недостаточную заботу о своем здоровье (на уровне значимости 0,01). Опять же, данные статистически значимые различия мы связываем с особенностями экстра- и интро-вертированностью, которая оказывает влияние на локус контроля участников исследования данных групп. Представители холерического типа темперамента в большей степени перекадывают ответственность за свое выздоровление как на медицинский персонал

(конкретный в конкретном учреждении здравоохранения), так и в общем на состояние медицины и здравоохранения в целом. Лица с заболеваниями желудочно-кишечного тракта меланхолического типа темперамента, наоборот, в силу интровертированности, ответственность возлагают на себя, свой образ жизни, на свои конкретные действия.

Таким образом, исследование когнитивного компонента отношения к здоровью у лиц с заболеваниями желудочно-кишечного тракта разного типа темперамента позволило определить, что на осведомленность в области здоровья в большей степени влияют научно-популярные книги (для всех), средства массовой информации, газеты и журналы (для представителей меланхолического типа темперамента), специалисты, друзья и знакомые (для представителей холерического типа темперамента). Среди факторов, оказывающих влияние на состояние здоровья выделяются особенности питания и вредные привычки (для всех), качество медицинского обслуживания (для представителей холерического типа темперамента), образ жизни и недостаточная забота о своем здоровье (для представителей меланхолического типа темперамента).

В целом, мы можем отметить влияние фактора темперамента на когнитивный компонент отношения к здоровью у лиц с заболеваниями желудочно-кишечного тракта.

Далее, проанализируем эмоциональный компонент отношения к здоровью у лиц с заболеваниями желудочно-кишечного тракта разного типа темперамента (рисунки 12, 13).

В качестве ведущего эмоционального состояния при улучшении здоровья у респондентов выборки отмечается спокойствие, чувство внутреннего удовлетворения, а также ощущение отсутствия угрозы. Данные эмоциональные состояния свойственны представителям всех типов темперамента и значимых различий в подгруппах обнаружено не было.

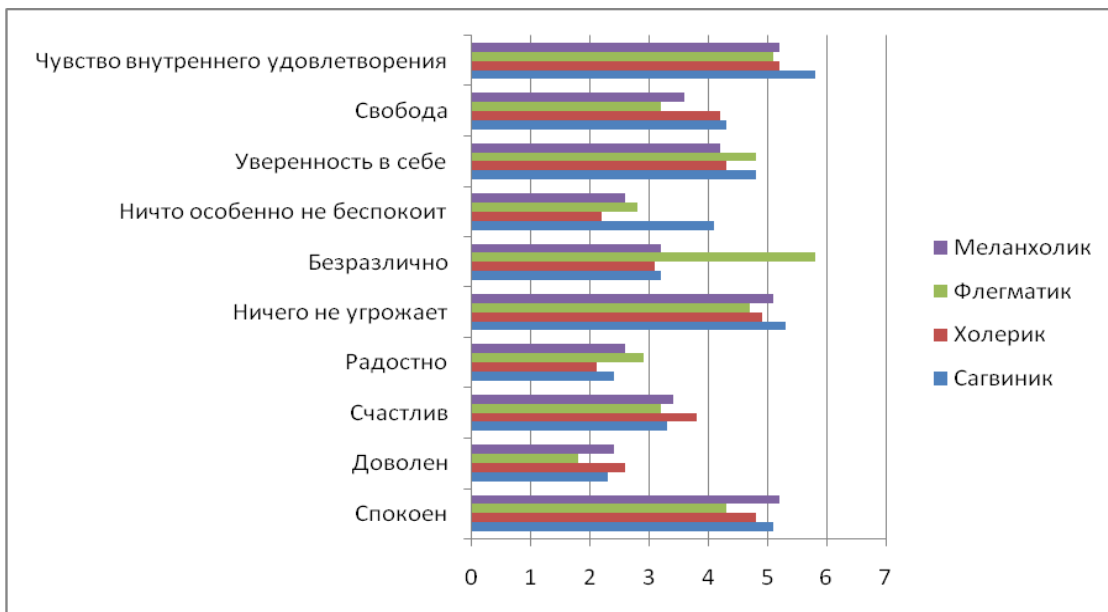


Рисунок 12 - Эмоциональное состояние при улучшении здоровья у лиц с заболеваниями желудочно-кишечного тракта разного типа темперамента

Тем не менее, у лиц с заболеваниями желудочно-кишечного тракта флегматического типа темперамента было выявлено преобладание безразличия (на уровне значимости 0,05), а представители сангвинического типа темперамента отмечают отсутствие факторов для беспокойства (на уровне значимости 0,05). Безразличие флегматиком естественным образом соотносится с результатами предыдущей методики, где было выявлено преобладание апатического отношения к болезни. Все это обусловлено вялостью, безучастностью, бедностью и слабостью эмоций больных с данным типом темперамента.

Эмоциональное состояние при ухудшении здоровья у лиц с заболеваниями желудочно-кишечного тракта разных типов темперамента представлено на рисунке 13.

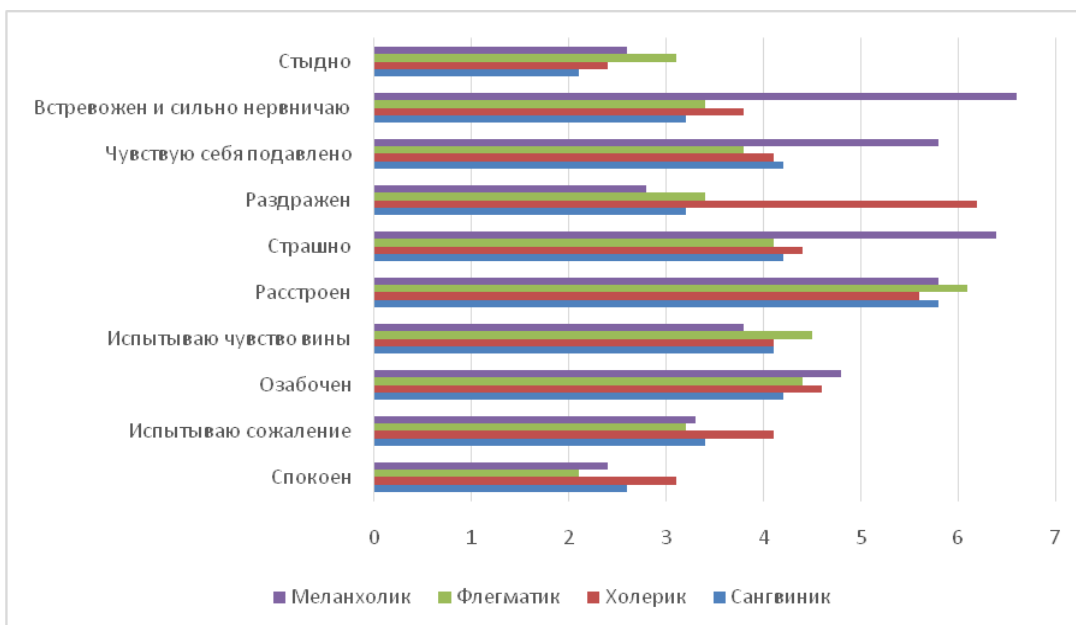


Рисунок 13 – Эмоциональное состояние при ухудшении здоровья у лиц с заболеваниями желудочно-кишечного тракта разного типа темперамента

Отметим, что для респондентов всей выборки при ухудшении состояния здоровья преобладающим становится чувство расстройств - по данному показателю значимых различий обнаружено не было. Тем не менее, отметим, что для лиц с заболеваниями желудочно-кишечного тракта меланхолического типа темперамента в большей степени, чем для представителей других типов темперамента свойственно чувство страха (на уровне значимости 0,01), чувство подавленности (на уровне значимости 0,05) и встревоженности / нервозности (на уровне значимости 0,01). Они характеризуются склонностью к тяжелым внутренним переживаниям, катастрофизации, преувеличению возможных последствий при ухудшении состояния здоровья, что естественным образом отражается на их эмоциональном благополучии.

Представителям холерического типа темперамента в большей степени свойственно чувство раздражения (на уровне значимости 0,01), Импульсивность, вспыльчивость, аффективность, несдержанность.

Таким образом, исследование эмоционального компонента отношения к здоровью у лиц с заболеваниями желудочно-кишечного тракта при

улучшении состояния соматического здоровья характеризуется чувством спокойствия, внутреннего удовлетворения, отсутствия угрозы (для представителей всех типов темперамента), выраженным безразличием (у представителей флегматического типа темперамента), отсутствием беспокойства (у представителей сангвистического типа темперамента). При ухудшении состояния здоровья отмечается усиление чувства расстроенности (для представителей всех типов темперамента), актуализации чувства страха, подавленности, встревоженности и нервозности (для представителей меланхолического типа темперамента) и чувства раздражения (для представителей холерического типа темперамента).

В целом, отметим, что фактор темперамента влияет на эмоциональный компонент отношения к соматическому здоровью у лиц с заболеваниями желудочно-кишечного тракта.

Далее, проанализируем поведенческий компонент отношения к здоровью у лиц с заболеваниями желудочно-кишечного тракта разных типов темперамента (рисунки 14, 15).

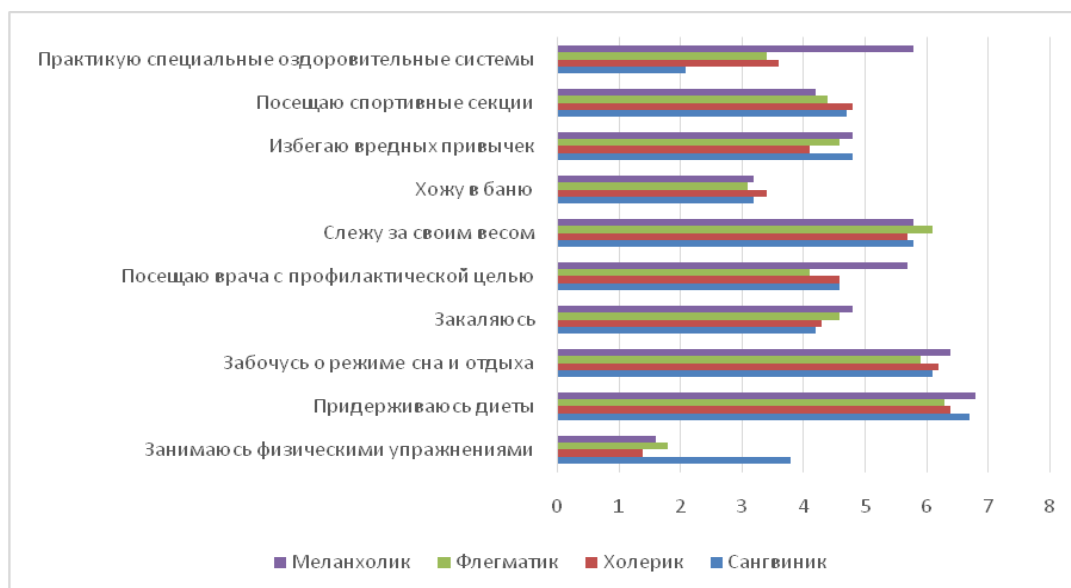


Рисунок 14 – Действия лиц с заболеваниями желудочно-кишечного тракта разного типа темперамента для поддержания здоровья

Опираясь на рисунок 14, отметим, что в большинстве своем больные системы пищеварения придерживаются диеты, следят за своим режимом сна и отдыха, следят за своим весом. Все это обусловлено особенностями

заболевания и по данным показателям поведенческого компонента значимых различий у представителей разного типа темперамента выявлено не было. Тем не менее. Отметим, что лица с заболеваниями желудочно-кишечного тракта меланхолического типа темперамента в большей степени, чем представители других типов темперамента дополнительно практикуют специальные оздоровительные системы и техники (на уровне значимости 0,05) и посещают врачей с профилактической целью (на уровне значимости 0,05). На наш взгляд, это обусловлено излишней тревожностью, на снятие которой и направлены вышеперечисленные действия. Представители сангвистического типа темперамента дополнительно занимаются физическими упражнениями, в целом стремятся поддерживать себя в здоровой физической форме (на уровне значимости 0,05).

Далее, рассмотрим действия лиц с заболеваниями желудочно-кишечного тракта разных типов темперамента при ухудшении состояния здоровья.

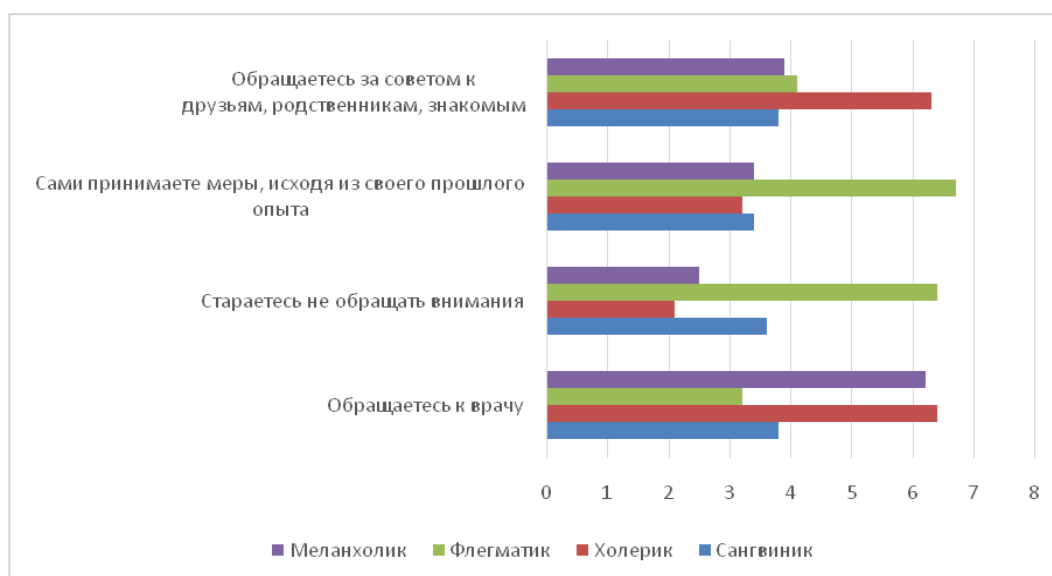


Рисунок 15 – Действия лиц с заболеваниями желудочно-кишечного тракта разных типов темперамента при ухудшении состояния здоровья

Опираясь на рисунок 15, мы можем говорить о том, что в данном показателе поведенческого критерия отношения к здоровью у представителей разных типов темперамента не было выявлено единообразия. Так, для лиц с заболеваниями желудочно-кишечного тракта с преобладанием

холерического типа темперамента свойственно, в первую очередь, обращаться к врачу (на уровне значимости 0,01) и за советами к друзьям и знакомым (на уровне значимости 0,01). Представители меланхолического типа темперамента, также, как и холерики, в случае ухудшения здоровья обращаются к врачу (на уровне значимости 0,01). Больные системы пищеварения флегматического типа темперамента стараются либо не обращать внимания (на уровне значимости 0,05), либо принимают меры, исходя из своего прошлого опыта (на уровне значимости 0,01), что, на наш взгляд, также обусловлено апатичностью и эмоциональной и личностной отстраненностью, в том числе и в стрессовых ситуациях.

Таким образом, поведенческий компонент отношения к состоянию здоровья у лиц с заболеваниями желудочно-кишечного тракта характеризуется тем, что они придерживаются предписаний врачей, таких как диета, режим сна и отдыха, корректировки веса (для представителей всех типов темперамента). Меланхолики дополнительно практикуют специальные оздоровительные системы, повещают врачей с профилактической целью. В ситуациях ухудшения состояния здоровья представители холерического типа темперамента обращаются к врачам, за советами к друзьям и знакомым, меланхолики также обращаются к врачу, а флегматикам свойственно стремление не обращать внимания, либо действовать исходя из своего предыдущего опыта. Исходя из вышеперечисленного, мы можем заключить, что фактор темперамента оказывает влияние на поведенческий компонент отношения здоровья у лиц с заболеваниями желудочно-кишечного тракта.

Таким образом, проведенное исследование позволило определить, что среди больных системы пищеварения преимущественно преобладает холерический и меланхолический типы темперамента. Данные особенности нервной системы определяют и имеют влияние на отношение больных к своему здоровью (а также, к заболеванию). В частности, преобладает тревожный эмоциональный спектр отношения к здоровью, выраженный

повышенной мнительностью, тревожностью, нервозностью по отношению к исходу и результату лечения.

2.3 Рекомендации по оптимизации психоэмоционального состояния для лиц с заболеваниями желудочно-кишечного тракта

Согласно психосоматическому подходу к заболеваниям, проблемы с желудочно-кишечным трактом связываются с процессами переваривания и усвоения информации. В психологическом смысле, это касается психологических взглядов, убеждений, а также взаимоотношений с людьми. Иными словами, неприятие, неспособность «переварить» жизненные события приводит к подобным заболеваниям.

Еще одной психологической причиной возникновения заболеваний желудочно-кишечного тракта является неспособность личности принимать новое в своей жизни, отпускать старое, изжившие себя события.

Такая же позиция прослеживается и восточной философии: человек питается пищей, воздухом и впечатлениями. Отсюда, процесс пищеварения зависит от того, от усвоения новых впечатлений, идеи, ситуаций.

Физиологами было доказано, что желудок моментально реагирует на стресс: когда человек нервничает, организм вырабатывает в больших объемах желудочный сок, что раздражающе действует на слизистую оболочку желудка. При частых и длительных ситуациях стресса, возникает боль, дискомфорт и, соответственно, появляется предпосылка к возникновению заболевания.

Таким образом, проблемы с желудком и желудочно-кишечным трактом возникают вследствие постоянного беспокойства, напряжения, неумения расслабиться, отказаться от бессмысленной суеты.

Психологическая работа с больными ЖКТ базируется, в первую очередь, на трансформации их установки по отношению к миру, обучению навыкам саморегуляции, формировании позитивного отношения к миру.

Несмотря на большую долю рефлекторных процессов в пищеварительной системе, переработка, усвоение пищи (как в телесном, так и в психологическом смысле) зависит от человека, он может взять под контроль.

Для этого, в первую очередь необходимо проанализировать свой образ жизни: активный он, пассивный, насыщена ли впечатлениями, отношение к новому и т.д.

Во-вторых, необходимо проанализировать свое психоэмоциональное состояние, преобладающий фон настроения: страхи, тревоги, гнев, злость – насколько данные эмоции присутствуют в жизни человека, его отношение к ним.

В-третьих, овладение методами расслабления, дыхательными техниками, способствует развитию способности контролировать собственные эмоции, эмоциональные реакции.

Психологический смысл заболеваний желудочно-кишечного тракта сводится к неспособности личности решать определенные жизненные проблемы, разрядиться и избавиться от накопившихся негативных эмоций, наличие заикленности на прошлом.

В данном случае, человеку необходимо научиться доверять жизни, смело двигаться навстречу будущему, развивать в себе открытость и готовность легко отдавать.

Важно также научиться понимать свои чувства, осознанно относиться к конфликтам, научиться переваривать впечатления, извлекать из них пользу, отпускать ситуации и освобождать место для новых жизненных событий и ситуаций.

Психологи-практики, специализирующиеся на психосоматике заболеваний желудочно-кишечного тракта, с целью прояснения ситуации, предлагают ответить самому себе на следующие вопросы:

- С каким внутренним конфликтом я не могу справиться?
- Что я не хочу или не могу проглотить?

- Не слишком ли я напряжен из-за тяжелого груза страхов?
- Как я справляюсь со своей агрессией, не загоняю ли я ее внутрь?
- Чего я не могу принять в себе и в окружающих?

Психотерапия при психосоматических болезнях ЖКТ.

Психотерапия при психосоматике желудка и кишечника состоит в том, чтобы отключить стрессовый режим организма – переваривать пищу нормально, восстанавливать слизистую желудка и кишечника, здоровую микрофлору – можно только в покое, а не в напряжении.

Используются следующие методы психотерапии: гипноз, обучение аутогенной тренировке, тренинг и разработка копинг-стратегии.

Если диагностирована язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, язвенная болезнь желудка или синдром раздраженного кишечника, то необходимо обязательно комплексное лечение гастроэнтеролога и психотерапевта.

Основные направления работы психотерапевта при психосоматике пищеварительного тракта.

Основное внимание будет уделено выделению всех стрессовых факторов, которые оказывают воздействие. Стресс от дисфункциональных отношений в семье, от конфликтов на работе – это как раз область психотерапии. Психотерапевт прорабатывает проблемы поведения и отношений. Внутренние конфликты – это также стресс, особенно если достаточно долгое время человек не может принять какого-то важного решения.

Большую пользу в настраивании организма на правильную антистрессовую волну приносят занятия йогой, восточными холистическими искусствами, боевыми искусствами, русские национальные практики.

В каких ситуациях при заболеваниях желудка и кишечника следует обращаться к психотерапевту:

1. Если лечение у гастроэнтеролога длительное, результатов особых нет, а в стрессовых ситуациях возвращаются боли в желудке;

2. При понимании стрессовой насыщенности вашей жизни, но неумении и непонимании тактик совладания;

3. Если нарушается пищеварение и беспокоят боли, вздутия, понос или спазмы в кишечнике и желудке

4. Наличие вредных привычек, таких как курение, переедание и т.д.;

5. Длительное время присутствует подавленное настроение;

Если следовать современному взгляду на ЯБДК и ЯБЖ, то обращение к психотерапевту следует сразу после посещения врача гастроэнтеролога и диагностики ЭГДС.

Ниже приведем несколько упражнений, направленных на профилактику заболеваний желудочно-кишечного тракта.

1. Упражнение «Массаж внутренних органов». Подожмите ноги, упритесь ладонями в бедра и слегка наклонитесь вперед, выдыхая полностью воздух. На выдохе в полусогнутом состоянии начинайте быстрые сокращения живота.

Сделайте от 20 до 50 раз поджатий живота. В результате у вас активизируется кровообращение и обмен веществ.

Знаменитый мастер боевых искусств Мантек Чиа советовал массировать живот руками с помощью вращательных движений по часовой стрелке.

В правой части живота находится печень, в левой — селезенка.

Внизу расположены толстый и тонкий кишечник, в верхней части желудок и поджелудочная железа.

Сзади со стороны спины находятся почки. Массируя живот, вы как бы достигаете этих органов.

2. Упражнение «Брюшное дыхание». Для профилактики многих желудочно-кишечных заболеваний, это очень эффективное упражнение, если делать его сосредоточенно и внимательно.

На вдохе вбирайте энергию в себя, на выдохе — выпускайте. Вызовите ощущение тепла в животе, представьте, что его внутренняя часть оживает.

Затем просто наблюдайте за вдохом и выдохом.

Поверьте, что вместе с воздухом в вас проникают питательные вещества, целительные силы.

Делайте это упражнение каждый день вместо короткого отдыха по 15-20 раз, доведите до 50.

Эффект от этого упражнения многократно усилится, если вы будете просто повторять слово «здоровье». Направьте в область живота внутреннюю улыбку.

3. Использование аффирмаций. Чтобы излечиться от желудочно-кишечных заболеваний, полезно добавить к медикаментозным методам психологические практики, в частности, аффирмации.

Повторяйте эти словесные позитивные утверждения и формулы (можете сокращать их до одного предложения) по несколько десятков раз подряд каждый день.

Постепенно это даст определенный эффект и ваш организм должен настроиться на помощь в самоизлечении.

С каждым вдохом мой желудок оздоравливается. Мой желудок совершенно здоров. Я прекрасно перевариваю все события моей жизни.

Я люблю себя и людей. Меня ждет только хорошее. Я верю в себя. У меня все хорошо. Я совершенно спокоен.

Выводы по второй главе

Исследование, направленное на выявление особенностей темперамента и отношения к соматическому здоровью у лиц с заболеваниями желудочно-кишечного тракта проводился на ГБУЗ СО «ТГКБ №5» отделение гастроэнтерологии. С целью формирования репрезентативной выборки, состоящей из одинакового количества респондентов с разными типами темперамента, всего было опрошено 169 человек с одним и тем же заболеванием - язвой желудка и двенадцатиперстной кишки. Это позволило

нам выявить 20 человек с преобладанием сангвинического типа темперамента, 20 человек – холерического типа темперамента, 20 человек – флегматического типа темперамента, 20 человек – меланхолического типа темперамента. Таким образом, в окончательную выборку вошли 80 человек, имеющих хронические заболевания желудочно-кишечного тракта в возрасте от 38 до 56 лет.

Исследование проводилось в несколько этапов:

1. Выбрать и обосновать диагностический инструментарий для исследования особенностей темперамента лиц с заболеваниями ЖКТ;
2. Определить особенности темпераментальных черт и принадлежность к ведущим типам темперамента лиц с заболеваниями желудочно-кишечного тракта;
3. Исследовать особенности отношения к своему соматическому здоровью у лиц с заболеваниями ЖКТ с разной выраженностью темпераментальных черт, провести сравнительный анализ;
4. Обобщить полученные результаты и сформулировать выводы о проделанной работе.

На этапе определения и подготовки методов исследования нами были выбраны следующие психодиагностические методики:

1. «Методика определения темперамента» (Г. Айзенк);
2. Методика диагностики типа отношения к болезни (ТОБОЛ);
3. Опросник «Отношение к здоровью» (Р.А. Березовская).

В результате исследования особенностей темперамента и отношения к соматическому здоровью у лиц с заболеваниями желудочно-кишечного тракта было выявлено:

1. Среди лиц, имеющих заболевания желудочно-кишечного тракта, преобладают холерический тип темперамента и меланхолический. Сангвинический и флегматический тип темперамента у лиц с заболеваниями желудочно-кишечного тракта представлен в наименьшем количестве.

2. У лиц с заболеваниями желудочно-кишечного тракта преобладает тревожный и ипохондрический типы отношения к своей болезни. Данные респонденты характеризуются тем, что испытывают непрерывное беспокойство и мнительность в отношении неблагоприятного течения своей болезни, возможных осложнения, неэффективности и даже опасности лечения.

3. Для лиц с заболеваниями желудочно-кишечного тракта характерна интрапсихическая направленность личностного реагирования на болезнь, обуславливающая нарушения социальной адаптации. Эмоционально-аффективная сферы у них проявляется в дезадаптивном поведении: реакциях по типу раздражительной слабости, тревожном, подавленном, угнетенном состоянии, «уходом в болезнь», отказе от борьбы – «капитуляция» перед заболеванием и т.д.

4. Сравнительного анализа позволили определить существование значимых различий в отношении к болезни у лиц с заболеваниями желудочно-кишечного тракта разного типа темперамента. Тревожный тип отношения к болезни, в большей степени свойственен лицам с заболеваниями желудочно-кишечного тракта холерического типа темперамента; ипохондрический тип отношения к болезни свойственен лицам с заболеваниями желудочно-кишечного тракта сангвинического типа темперамента; меланхолический тип отношения к болезни преимущественно свойственен лицам с заболеваниями желудочно-кишечного тракта меланхолического типа темперамента; апатический тип отношения к болезни свойственен только лицам с заболеваниями желудочно-кишечного тракта флегматического типа темперамента.

5. Однофакторный дисперсионный анализ позволили установить влияние фактора темперамента на отношение к болезни у лиц с заболеваниями желудочно-кишечного тракта.

6. Исследование когнитивного компонента отношения к здоровью у лиц с заболеваниями желудочно-кишечного тракта разного типа

темперамента позволило определить, что на осведомленность в области здоровья в большей степени влияют научно-популярные книги (для всех), средства массовой информации, газеты и журналы (для представителей меланхолического типа темперамента), специалисты, друзья и знакомые (для представителей холерического типа темперамента). Среди факторов, оказывающих влияние на состояние здоровья выделяются особенности питания и вредные привычки (для всех), качество медицинского обслуживания (для представителей холерического типа темперамента), образ жизни и недостаточная забота о своем здоровье (для представителей меланхолического типа темперамента).

7. Исследование эмоционального компонента отношения к здоровью у лиц с заболеваниями желудочно-кишечного тракта при улучшении состояния соматического здоровья характеризуется чувством спокойствия, внутреннего удовлетворения, отсутствия угрозы (для представителей всех типов темперамента), выраженным безразличием (у представителей флегматического типа темперамента), отсутствием беспокойства (у представителей сангвистического типа темперамента). При ухудшении состояния здоровья отмечается усиление чувства расстроенности (для представителей всех типов темперамента), актуализации чувства страха, подавленности, встревоженности и нервозности (для представителей меланхолического типа темперамента) и чувства раздражения (для представителей холерического типа темперамента).

8. Поведенческий компонент отношения к состоянию здоровья у лиц с заболеваниями желудочно-кишечного тракта характеризуется тем, что они придерживаются предписаний врачей, таких как диета, режим сна и отдыха, корректировки веса (для представителей всех типов темперамента). Меланхолики дополнительно практикуют специальные оздоровительные системы, повещают врачей с профилактической целью. В ситуациях ухудшения состояния здоровья представители холерического типа темперамента обращаются к врачам, за советами к друзьям и знакомым,

меланхолики также обращаются к врачу, а флегматикам свойственно стремление не обращать внимания, либо действовать исходя из своего предыдущего опыта.

Заключение

Болезни органов пищеварения входят в число наиболее распространенных заболеваний как детско-подросткового, так и взрослого населения, и характерной чертой гастроэнтерологической патологии является ее социально-биологическая, психосоматическая обусловленность. Постоянно растет объем врожденных и приобретенных желудочно-кишечных заболеваний, объем их хирургической коррекции, увеличивается количество пациентов, страдающих психосоматическими недугами.

Важным элементом клинической картины заболеваний желудочно-кишечного тракта, особенностями его протекания является субъективное отношение человека к своему здоровью и своему заболеванию, а также, как психофизиологическая основа индивидуальных особенностей и различий – темперамент личности. В связи с этим, считаем малоизученной и актуальной проблему особенностей темперамента и отношение к соматическому здоровью у лиц с заболеваниями желудочно-кишечного тракта.

В ходе изучения теоретического материала по проблеме психологических особенностей лиц с заболеваниями желудочно-кишечного тракта были проанализированы труды О. Бэкер, О.Н. Кузнецов, Н.Д. Лакосина, В.И. Лебедев, А. Маслоу, Г.С. Никифоров, Г. Олпорт, Г.К. Ушаков; А. Эллис.

Также, были изучены труды отечественных и зарубежных исследователей, посвященные темперамента: Г. Айзенк, К. Томас, К. Г. Юнг, Т.И. Пашукова, Г.П. Бутенко, Ю.Е. Алешина, Л.Я. Гозман, Е. Дубовская, А.А. Карелин.

Проанализировав и обобщив идеи, выработанные в рамках рассмотренных подходов, нами было отмечено, что проблема особенностей темперамента и отношение к соматическому здоровью у лиц с заболеваниями желудочно-кишечного тракта является малоизученной и актуальной.

В результате исследования особенностей темперамента и отношения к соматическому здоровью у лиц с заболеваниями желудочно-кишечного тракта было выявлено:

1. Среди лиц, имеющих заболевания желудочно-кишечного тракта, преобладают холерический тип темперамента и меланхолический. Сангвинический и флегматический тип темперамента у лиц с заболеваниями желудочно-кишечного тракта представлен в наименьшем количестве.

2. У лиц с заболеваниями желудочно-кишечного тракта преобладает тревожный и ипохондрический типы отношения к своей болезни. Данные респонденты характеризуются тем, что испытывают непрерывное беспокойство и мнительность в отношении неблагоприятного течения своей болезни, возможных осложнений, неэффективности и даже опасности лечения.

3. Для лиц с заболеваниями желудочно-кишечного тракта характерна интрапсихическая направленность личностного реагирования на болезнь, обуславливающая нарушения социальной адаптации. Эмоционально-аффективная сфера у них проявляется в дезадаптивном поведении: реакциях по типу раздражительной слабости, тревожном, подавленном, угнетенном состоянии, «уходом в болезнь», отказе от борьбы – «капитуляция» перед заболеванием и т.д.

4. Сравнительного анализа позволили определить существование значимых различий в отношении к болезни у лиц с заболеваниями желудочно-кишечного тракта разного типа темперамента. Тревожный тип отношения к болезни, в большей степени свойственен лицам с заболеваниями желудочно-кишечного тракта холерического типа темперамента; ипохондрический тип отношения к болезни свойственен лицам с заболеваниями желудочно-кишечного тракта сангвинического типа темперамента; меланхолический тип отношения к болезни преимущественно свойственен лицам с заболеваниями желудочно-кишечного тракта меланхолического типа темперамента; апатический тип отношения к болезни

свойственен только лицам с заболеваниями желудочно-кишечного тракта флегматического типа темперамента.

5. Однофакторный дисперсионный анализ позволили установить влияние фактора темперамента на отношение к болезни у лиц с заболеваниями желудочно-кишечного тракта.

6. Исследование когнитивного компонента отношения к здоровью у лиц с заболеваниями желудочно-кишечного тракта разного типа темперамента позволило определить, что на осведомленность в области здоровья в большей степени влияют научно-популярные книги (для всех), средства массовой информации, газеты и журналы (для представителей меланхолического типа темперамента), специалисты, друзья и знакомые (для представителей холерического типа темперамента). Среди факторов, оказывающих влияние на состояние здоровья выделяются особенности питания и вредные привычки (для всех), качество медицинского обслуживания (для представителей холерического типа темперамента), образ жизни и недостаточная забота о своем здоровье (для представителей меланхолического типа темперамента).

7. Исследование эмоционального компонента отношения к здоровью у лиц с заболеваниями желудочно-кишечного тракта при улучшении состояния соматического здоровья характеризуется чувством спокойствия, внутреннего удовлетворения, отсутствия угрозы (для представителей всех типов темперамента), выраженным безразличием (у представителей флегматического типа темперамента), отсутствием беспокойства (у представителей сангвинистического типа темперамента). При ухудшении состояния здоровья отмечается усиление чувства расстроенности (для представителей всех типов темперамента), актуализации чувства страха, подавленности, встревоженности и нервозности (для представителей меланхолического типа темперамента) и чувства раздражения (для представителей холерического типа темперамента).

8. Поведенческий компонент отношения к состоянию здоровья у лиц с заболеваниями желудочно-кишечного тракта характеризуется тем, что они придерживаются предписаний врачей, таких как диета, режим сна и отдыха, корректировки веса (для представителей всех типов темперамента). Меланхолики дополнительно практикуют специальные оздоровительные системы, повещают врачей с профилактической целью. В ситуациях ухудшения состояния здоровья представители холерического типа темперамента обращаются к врачам, за советами к друзьям и знакомым, меланхолики также обращаются к врачу, а флегматикам свойственно стремление не обращать внимания, либо действовать исходя из своего предыдущего опыта.

Список используемой литературы

1. Айзенк, Г. Ю. Структура личности [Текст] / Г.Ю. Айзенк. – М.: КСП +; СПб.: Ювента, 2009.
2. Александер, Ф., Селесник, Ш. Человек и его душа: познание и врачевание от древности до наших дней [Текст] / Ф. Александер, Ш. Селесник. - М., 1995.
3. Ананьев, В. А. Основы психологии здоровья. Книга 1. Концептуальные основы психологии здоровья [Текст] / В.А. Ананьев. – СПб.: Речь, 2006. – 384 с.
4. Ананьев, Б. Г. Строение характера. Психология индивидуальных различий [Текст] / Б.Г. Ананьев. - М., 1982. - С.172-178.
5. Ананьев, Б. Г. Человек как предмет познания [Текст] / Б.Г. Ананьев. - Л.,1968.
6. Анохин, П. К. От Декарта до Павлова [Текст] / П.К. Анохин. - М.: Медгиз, 1945.
7. Баранов, А. А., Гринина, О. В. Болезни органов пищеварения у детей [Текст] / А.А. Баранов, О.В. Гринина. - Горький, 1981. – 150 с.
8. Батаршев, А. В. Психодиагностика пограничных расстройств личности и поведения [Текст] / А.В. Батаршев. - М.: Изд-во Института Психотерапии, 2004. – 320 с.
9. Батаршев, А. В. Психология индивидуальных различий. От темперамента к характеру и типологии личности [Текст] / А.В. Батаршев. - М., 2000.
10. Белоус, В. В. Проблема типа темперамента в современной дифференциальной психологии [Текст] / В.В. Белоус // Психологический журнал. – 1981. – Т.2 (№1). - С. 45-55.
11. Блейхер, В. М., Крук, И. В. Толковый словарь психиатрических терминов [Текст] / В.М. Блейхер, И.В. Крук. - Ростов-на-Дону, 1996.

12. Бобнева, М. Модели экспериментов в социальной психологии и прикладных исследованиях [Текст] / М. Бобнева. – М.: Прогресс, 2010.
13. Божович, Л. И. Личность и ее формирование в детском возрасте [Текст] / Л.И. Божович. – М.: Питер, 2012.
14. Борытко, Н. М. Педагогика: учебное пособие [Текст] / Борытко Н.М., Соловцова И.А., Байбаков А.М. – М.: Академия, 2012.
15. Братусь, Б. С. Русская, советская, российская психология [Текст] / Б.С. Братусь. - М.: Флинта, 2000.
16. Васильева, О. С. Психология здоровья человека: эталоны, представления, установки [Текст] / О.С. Васильева, Ф.Р. Филатов. – М.: Академия, 2001. – 423 с.
17. Водопьянова, Н. Е., Ходырева, Н. В. Психология здоровья [Текст] / Н.Е. Водопьянова, Н.В. Ходырева // Вестник ЛГУ. – Серия 6. – Вып. 4. – 1991. – С. 50 – 58.
18. Войтенко, В. П. Здоровье здоровых: Введение в саналогию [Текст] / В.П. Войтенко. – Киев: Здоров'я, 1991. – 248 с.
19. Выготский, Л. С. История развития высших психических функций [Текст] / Л.С. Выготский // Собр. соч.: В 6 т. - М., 1983. - Т. 3. - С. 5-328.
20. Выготский, Л. С. Сознание как проблема психологии поведения [Текст] / Л.С. Выготский. - М.: Педагогика, 1982. - Т.1. - С. 78.
21. Гамезо, М. В., Домашенко, И. А. Атлас по психологии [Текст] / М.В. Гамезо, И.А. Домашенко. – М.: Педагогическое общество России, 2004. – 276 с.
22. Гиппенрейтер, Ю. Б. Введение в общую психологию [Текст] / Ю.Б. Гиппенрейтер. - М., 2011.
23. Голубева, Э. А. Некоторые направления и перспективы исследования природных основ индивидуальных различий [Текст] / Э.А. Голубева // Вопросы психологии. – 1983. -№ 3. - С. 16-28.

24. Голубева, Э. А. Способности и индивидуальность [Текст] / Э.А. Голубева. - М.: Прометей, 1993.
25. Граве, П. С. Некоторые теоретические вопросы психической саморегуляции [Текст] / П.С. Граве. - Алма-Ата, 1973.
26. Дудин, С. И. Темперамент как основа развития общих способностей [Текст] / С.И. Дудин / Дис. канд. психол. наук. - М., 1993.
27. Иванников, В. А. Психологические механизмы волевой регуляции [Текст] / В.А. Иванников. - М., 1991.
28. Исаев, Д. Н. Эмоциональный стресс. Психосоматические и соматопсихические расстройства у детей [Текст] / Д.Н. Исаев. - СПб.: Речь, 2005. – 400 с.
29. Калитиевская, Е. Р. Психологические факторы в развитии гипертонической и язвенной болезни в подростковом и юношеском возрасте [Текст] / Е.Р. Калитиевская // Психологическая диагностика при нервно-психических и психосоматических заболеваниях. - Л., 1985. - С. 137-141.
30. Кант, И. О темпераменте. Психология индивидуальных различий. [Текст] / И.О. Кант. - М., 1982. - С. 148-152.
31. Квасенко, А. В., Зубарев, Ю. Г. Психология больного [Текст] / А.В. Квасенко, Ю.Г. Зубарев. - Л.: Медицина, 1980. – 184 с.
32. Ковалев, А. Г., Мясищев, В. Н. Темперамент и характер. Психология индивидуальных различий [Текст] / А.Г. Ковалев, В.Н. Мясищев. - М., 1982. - С. 167-171.
33. Коркина, М. В., Мариллов, В. В. Особенности формирования и течения психосоматических заболеваний желудочно-кишечного тракта [Текст] / М.В. Коркина, В.В. Мариллов // Журнал невропатологии и психиатрии. – 1987. - № 11.
34. Кречмер, Э. Строение тела и характер [Текст] / Э. Кречмер. - М., 1924.
35. Кулаков, С. А. Основы психосоматики [Текст] / С.А. Кулаков. – СПб.: Речь, 2003. – 288 с.

36. Куликов, Л. В. Осознание здоровья как ценности [Текст] / Л.В. Куликов; под ред. Г.С. Никифоров // Психология здоровья. – СПб.: Изд-во СПбГУ, 2000. – 284 с.
37. Лавриненко, Г.В. Здоровье студентов: Факторы риска заболеваний [Текст] / Г.В. Лавриненко. – Мн., 1999.
38. Личко, А. Е., Иванов, Н. Я., Калитиевская, Е. Р. Влияние хронических психосоматических расстройств на формирование акцентуаций характера у подростков [Текст] / А.Е. Личко, Н.Я. Иванов, Е.Р. Калитиевская // 5-й Всерос. съезд невропатол. и психиатр. - М., 1985. - Т.3.
39. Мазурин, А. В. Запруднов, А. М., Цветкова, Л. Н. Итоги и перспективы развития детской гастроэнтерологии [Текст] / А.В. Мазурин, А.М. Запруднов, Л.Н. Цветкова // Педиатрия. - 1989. - №4. - С.66-69.
40. Малкина-Пых, И. Г. Психосоматика: Справочник практического психолога [Текст] / И.Г. Малкина-Пых. - М.: Изд-во Эксмо, 2005. - 992 с.
41. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике. – СПб., 1994.
42. Мельник, В. С. В сборник «Очерк теории темперамента» [Текст] / В.С. Мельник. – Пермь: Пермское книжное издательство, 2013.
43. Мерлин, В. С. Очерк интегрального исследования индивидуальности [Текст] / В.С. Мерлин. - М.: Педагогика, 1986. - 256 с.
44. Никифоров, Г. С. Психология здоровья [Текст] / Г.С. Никифоров. – СПб.: Речь, 2002. – 607 с.
45. Николаева, В. В. Влияние хронической болезни на психику [Текст] / В.В. Николаева. - М., 1987.
46. Павлов, И. П. Избранные произведения [Текст] / И.П. Павлов. - М.: Изд-во АН СССР, 1949.
47. Практическая психология образования [Текст] / Под ред. И. В. Дубровиной. - М.: ТЦ Сфера, 1997.

48. Разин, В. М. Здоровье как философская и социально-психологическая проблема [Текст] / В.М. Разин // Мир психологии. – 2000. – № 1(21). – С.30.
49. Ратанова, Т. А., Шляхт, Н. Ф. Психодиагностические методы изучения личности [Текст] / Т.А. Ратанова, Н.Ф. Шляхт. – М.: Флинта, 2009.
50. Рейковский, Я. Экспериментальная психология эмоций [Текст] / Я. Рейковский. - М., 1979.
51. Роджерс, К. Р. Взгляд на психотерапию. Становление человека [Текст] / К.Р. Роджерс. - М.: Прогресс, 1994.
52. Роль психического фактора в происхождении, течении и лечении соматических болезней. - М., 1972.
53. Рубинштейн, С. Л. Основы общей психологии [Текст] / С.Л. Рубинштейн. - СПб.: Питер, 2000. – 720с.
54. Русалов, В. М. Темперамент в структуре индивидуальности человека дифференциально-психофизиологические и психологические исследования [Текст] / В.М. Русалов. – М.: Ин-т психологии РАН, 2012.
55. Русалов, В. М. Природные предпосылки индивидуального поведения как фактор становления индивидуальности человека [Текст] / В.М. Русалов // Журнал «ВНД», т. XXXIX. - Вып. 3. - 1989. - С. 403-424.
56. Сергиенко, Е. А., Виленская, Г. А. Роль темперамента в развитии регуляции поведения [Текст] / Е.А. Сергиенко, Г.А. Виленская // Психологический журнал. - Т. 22. - № 3. - 2011.
57. Симонов, П. В. Темперамент, характер, личность [Текст] / П.В. Смирнов. - М.: Наука, 1984.
58. Современный психологический словарь / Сост. и общ. ред. Б.Г. Мещеряков, В.П. Зинченко. - М.: АСТ; СПб.: ПРАЙМ-ЕВРОЗНАК, 2007. – 490с.
59. Соколова, Е. Т., Николаева, В. Н. Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях [Текст] / Е.Т. Соколова, В.Н. Николаева. - М.: SvR-Аргус, 1995.

60. Ташлыков, В. А. Психология больного [Текст] / В.А. Ташлыков. - Л., 1984.
61. Теплов, Б. М. Проблемы индивидуальных различий [Текст] / Б.М. Теплов. - М.: Просвещение, 1961.
62. Теппервайн, К. Психосоматика, отношения и здоровье [Текст] / К. Теппервайн. – М.: АСТ, Астрель, 2004. – 224 с.
63. Тищенко, П. Д. О философском смысле феноменов «здоровье» и «болезнь» [Текст] / П.Д. Тищенко // Здоровье человека как предмет социально-философского познания. - М., 1989.
64. Тищенко, П. Д. Психика и соматический процесс [Текст] / П.Д. Тищенко // Общественные науки и здравоохранение. - М., 1987.
65. Тищенко, П. Д. Психосоматическая проблема (объективный метод и культурологическая интерпретация) [Текст] / П.Д. Тищенко // Телесность человека: междисциплинарные исследования. - 1993. - №3. - С. 28-38.
66. Толочек, В. А. Современная психология труда [Текст] / В.А. Толочек. - СПб.: Питер, 2005.
67. Ушаков, Г. К. Пограничные нервно-психические расстройства [Текст] / Г.К. Ушаков. - М.: Медицина, 1987.
68. Фролова, Ю. Г. Психосоматика и психология здоровья [Текст] / Ю.Г. Фролова. – Мн.: ЕГУ, 2003. – 172 с.
69. Шелдон, У. Анализ конституциональных различий по биографическим данным. Психология индивидуальных различий [Текст] / У. Шелдон. - М., 1982. - С. 252-261.
70. Bishop G.D., Converse S.A. Illness representations: A prototype approach //Health Psychology. 1986. V.5. P.95-114.
71. Blos P. Children think about illness. Their concepts and Beliefs // Psychosocial Aspects of Pediatric Care. N.Y., 1978. P1-18.

72. Bundy C. Cardiovascular and respiratory disease. Treatment // The Handbook of Clinical Adult Psychology / Ed. by S.Lindsay&G.Powell. London & New York, 1995. P. 573-588.

73. FreubergerH. Psychosomatik // Psychiatrie. Stuttgart, 1999.

74. Roghmann K.J.: Die Familieals Patient: ZumWandel des Krankheitsbegriffs der Padiatriechronischkranker Kinder. In: Angermeyer, M.C.; Dorner,O. (Hrsg.): Chronischkranke Kinder und Jugendliche in der Familie. Stuttgart: Enke, 1981.