

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
імені В. Н. КАРАЗІНА

Такйун Чаріті Джастін

УДК 159.97:616.5

**ІНДИВІДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ТА ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ
ПІДЛІТКІВ, ЯКІ ХВОРІ НА АТОПІЧНИЙ ДЕРМАТИТ**

19.00.04 – медична психологія

АВТОРЕФЕРАТ

дисертації на здобуття наукового ступеня

кандидата психологічних наук

Харків – 2016

Дисертацією є рукопис.

Робота виконана в Харківському національному університеті імені В.Н. Каразіна Міністерства освіти і науки України.

Науковий керівник

доктор психологічних наук, професор
Кочарян Олександр Суренович,
Харківський національний університет
імені В.Н. Каразіна,
завідувач кафедри психологічного
консультування і психотерапії

Офіційні опоненти:

доктор медичних наук, професор
Чугунов Вадим Віталійович,
Запорізький державний медичний
університет,
завідувач кафедри психіатрії, психотерапії,
загальної та медичної психології, наркології
та сексології;

кандидат психологічних наук
Бородавко Оксана Олександрівна,
ДУ «Інститут неврології, психіатрії та
наркології НАМН України», м. Харків,
старший науковий співробітник відділу
медичної психології.

Захист відбудеться «27» жовтня 2016 р. о 10.00 годині на засіданні спеціалізованої вченої ради Д 64.051.08 в Харківському національному університеті імені В.Н. Каразіна за адресою: 61022, м. Харків, пл. Свободи, 6, ауд. 442.

З дисертацією можна ознайомитись у Центральній науковій бібліотеці Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна за адресою: 61022, м. Харків, пл. Свободи, 4.

Автореферат розісланий «26» жовтня 2016 р.

Вчений секретар
спеціалізованої вченої ради

Н.В. Барінова

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

Актуальність теми дослідження. Атопічний дерматит (АД) – одне з найбільш поширених захворювань шкіри, яке відрізняється хронічним рецидивуючим перебігом (А.А. Арсеньева, Н.Л. Аряєв, О.Л. Иванов, Д.Е. Іщєйкін, Л.Д. Калюжна, Ю.В. Кєніксфєст, Н.В. Кунгуров, А.А. Львов, П.П. Рижко, R. Aly, J.D. Bos, A.W. Burks, R.L. Philips, C.S. Schnopp, H. Sicherer, S.J. Tofte, A. Wollenberg та ін.). За даними різних авторів (Н.І. Вознесенська, Л.І. Намазова, А.Г. Сурков), до 15-20% школярів хворіють на атопічний дерматит, який має серйозні медико-психологічні наслідки та значно знижує якість життя хворих (В.Д. Єлькін, І.Ю. Дорожинок, О.Г. Зайцева, Н.Г. Кочєргін, О.В. Павлова, М.В. Пазіна, Ю.В. Сергєєв, S. Coghi, P.Fernandez-Peñas, J. Korte, M.A. Sprangers, T.J. Nijsten, N. Riyaz та ін.).

Вказується на роль психологічних чинників у розвитку АД (Ф. Александер, Ф. Данбар, І.Ю. Дороженок, О.Л. Иванов, Д.Б. Колєсніков, M. Arima, Y. Shimizu, J. Sowa і ін.), приналежність хворого до астєнічного типу, його схильність до егоїзму, невпевненість у собі, домінування матері, депресивність, агресивність тощо. Сильний шкірний зуд та заподіяне ним страждання негативно впливають на формування особистості дітей, призводять до маніфєстації соматогєній суб- та власне клінічного рівнів (Т.А. Белоусова, М.А. Терєнтєєва, Т.В. Раєєва і ін.). Особливо небезпечним є підлітковий вік, у якому формується єротичне й сексуальне лїбїдо, психосексуальна орієнтація, загострюються усі проблеми характеру та міжособистісних стосунків, зокрема гєндєрних.

Підлітковий вік розглядається як найважливіший і найбільш важкий період (Ш. Бюлер, Д.Б. Ельконін, Е. Еріксон, Д. Елкінд та ін.), в структурі цінностей підвищується значимість зовнішнього вигляду, структурується уявлення про власну зовнішність, складається її самооцінка, набуваючи в подальшому досить стійкого характеру (М. Клє, В.Н. Куніцина, Б.В. Нічіпоров та ін.). Оцінка своєї зовнішності визначає характер стосунків між людьми (К.М. Фадєєєва, E. Goffman, F.C. MacGregor та ін.). Усвідомлення особливостей своєї зовнішності впливає на формування у підлітка багатьох важливих якостей особистості - впевненості в собі, життєрадісності, замкнутості, індивідуалізму тощо. Підліток, хворий на АД, зіштовхується зі своєю фізичною незвичайністю, яку сприймає як соціальну неповноцінність (Д.Н. Ісаєєв, М. Клє, Н. Рамсі та ін.). Страждання і почуття неповноцінності породжуються не самим соматичним дефектом, а його соціальними наслідками - негативним ставленням оточуючих, обмежувальною поведінкою, самотністю тощо. Однією з основних зон ураження при АД в пубертатному віці є обличчя, яке особливо важливе у формуванні тілесного образу «Я».

Таким чином, підвищена значущість зовнішності в пубертатному віці, широка поширеність АД та супутні йому косметичні дефекти визначають медико-психологічну актуальність цієї проблеми. Своєчасне надання психологічної допомоги даному контингенту пацієнтів здатне купірувати несприятливий вплив захворювання на індивідуально-психологічні особливості підлітків.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дисертаційне дослідження виконано відповідно до тематики наукових досліджень кафедри

психологічного консультування і психотерапії Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна в рамках НДР «Гендерний розвиток особистості сучасної молоді: особливості соціалізації та життєвих стратегій» (№ д/р 0111U010554, 01.01.2012–31.12.2014), «Моделі формування гендерної ідентичності у сучасному культурному просторі України» (№ д/р 0115U004051, 01.04.2015–31.12.2017).

Мета і задачі дослідження. *Мета* – визначити індивідуально-психологічні та гендерні особливості підлітків, які хворі на atopічний дерматит.

Задачі дослідження:

- 1) провести аналіз літератури, присвяченої медико-психологічним особливостям АД;
- 2) виявити особливості якості життя та самоствавлення підлітків, які хворі на АД;
- 3) визначити виявити особистісні особливості підлітків, які хворі на АД;
- 4) особливості ставлення до захворювання у підлітків, які хворі на АД;
- 5) визначити особливості емоційної сфери підлітків, які хворі на АД;
- 6) встановити особливості гендерних настанов підлітків, які хворі на АД;
- 7) розробити програму психокорекції індивідуально-психологічних особливостей підлітків, які хворі на АД та надати оцінку її ефективності.

Об'єкт дослідження – особистість підлітка, який хворий на atopічний дерматит.

Предмет дослідження – індивідуально-психологічні і гендерні особливості особистості підлітків, які хворі на atopічний дерматит.

Методи дослідження. Для досягнення поставленої мети використовувалися методи теоретичного (аналіз, систематизація, узагальнення), емпіричного (інтерв'ю, анкетування, тестування, метод експертних оцінок) та математико-статистичного дослідження.

Теоретико-методологічною основою дослідження є положення генетичної психології (С.Д. Максименко), теоретичні уявлення про вплив соматичного захворювання на психіку людини (О.Р. Лурія, В.Н. Ніколаєва, Л.Ф.Шестопалова та ін.), положення щодо психологічних аспектів дерматозів (Ф. Александер, А.А. Львов, О.В. Павлова та ін.), теоретичні положення щодо психологічних особливостей підліткового віку (Ш. Бюлер, Л.С. Виготський, Д.Б. Ельконін, Е. Еріксон та ін.), уявлення про формування тілесного образу у підлітковому віці (Д.Н. Ісаєв, М. Клє, В.Н. Куніцина, Б.В. Нічіпоров та ін.), положення гендерної психології (Т.В. Бендас, Т.В. Говорун, О.С. Кочарян, О.Ф. Іванова, О.М. Кікінежді та ін.), основи психологічної допомоги підліткам (Л.Ф. Бурлачук, О.С. Кочарян, Б.В. Михайлов, А.А. Осіпова та ін.).

Наукова новизна одержаних результатів дослідження полягає в тому, що в дисертації

вперше:

- описані гендерно-специфічні особливості ставлення до захворювання підлітків, які хворі на АД, а саме: специфічними для хлопців є ергопатичний та анозогнозичний типи, при яких соціальна адаптація істотно не порушується;

специфічними для дівчат є сенситивний та дифузний типи, що порушують психічну адаптацію за інтра- та інтерпсихічною спрямованістю реагування на захворювання;

- визначена гендерно-специфічна обумовленість якості життя, а саме: захворювання значно впливає на всі сфери життя дівчат через спотворення особистісних стосунків; зниження якості життя хлопців пов'язано з двома чинниками: чинником поганого самопочуття та чинником порушеного дозвілля;

- описана гендерно-специфічна психосемантика тілесного образу, а саме: «его-синтонність» тілесного образу, його конотованість соромом та провинною у дівчат; «его-дистонність» тілесного образу - у хлопців;

- визначено феномен психосексуальної ретардації у підлітків, які хворі на АД: у дівчат - відставання формування еротичного компоненту лібідо; у хлопців – фіксація на етапі статевої сегрегації;

уточнено:

- наукові знання щодо особистісних особливостей підлітків, що предиспонують розвитку, або, навпаки, формуються під час хвороби й ускладнюють її перебіг: у дівчат – сенситивні, дистанційовані й хронічно тривожні типи особистості; у хлопців – дискордантно асоціальні та шизоїдні;

- наукові уявлення щодо емоційності підлітків, які хворі на АД: у структурі емоційності дівчат переважають емоції сорому, страху й провини; у хлопців – провинна та злість.

Практична значення одержаних результатів дисертаційного дослідження полягає в розробці психокорекційної програми, яка спрямована на нормалізацію індивідуально-психологічних особливостей підлітків, які хворіють на АД.

Результати дослідження впроваджені в лікувальний процес КЗОЗ Обласна дитяча клінічна лікарня №1 м. Харкова (акт впровадження № 1 від 19.05.2016 р.); а також в навчальний процес підготовки психологів у Харківському національному університеті імені В.Н. Каразіна у курсах: «Психологія соматичних хворих», «Основи психотерапії», «Методи психокорекції та психотерапії» (акт впровадження № 0202-1086 від 23.09.2016 р.); у консультативну й психотерапевтичну практику ВГО «Інститут клієнт-центрованої та експерієнтальної психотерапії», м. Харків (акт впровадження № 01-27 від 29.04.2016).

Апробація результатів дисертації. Результати дисертаційної роботи доповідались на засіданні кафедри психологічного консультування і психотерапії Харківського національного університету ім. В.Н. Каразіна, наукових конференціях всеукраїнського та міжнародного рівня: «Актуальні проблеми реформування системи виховання та освіти в Україні» (Львів, 22-23 квітня, 2016 р.), «Наука в сучасному світі» (Київ, 19 квітня, 2016 р.), «Стан здоров'я: медичні, соціальні і психолого-педагогічні аспекти (м. Чита, 29 лютого-5 березня, 2016 р.), «Особистість як об'єкт психологічного впливу» (Кривий Ріг, 15 березня, 2016 р.): «Наука як рушійна антикризова сила» (Київ, 20 квітня, 2016 р.).

Публікації. Матеріали дисертації оприлюднено в 12 публікаціях, з них 4 статті у фахових виданнях України, 2 статті – у періодичних виданнях з психології інших держав, 1 стаття - в виданнях з психології, 5 - тез доповідей.

Структура та обсяг дисертації. Дисертація складається зі вступу, чотирьох розділів, висновків, списку використаних джерел. Загальний обсяг дисертації –

210 сторінок, із них 160 сторінок основного тексту. Дисертація містить 36 таблиць та 8 рисунків. У списку використаних джерел 391 позиція.

ОСНОВНИЙ ЗМІСТ ДИСЕРТАЦІЇ

У **вступі** обґрунтовано актуальність дослідження, визначено його об'єкт, предмет, мету і задачі, висвітлено наукову новизну, практичне значення та впровадження одержаних результатів, відомості про апробацію роботи та наукові публікації.

Розділ 1 «Медико-психологічні проблеми вивчення індивідуально-психологічних особливостей підлітків, які хворі на atopічний дерматит» присвячений огляду медико-психологічної літератури з проблем АД, підліткового віку та гендерних відмінностей.

Атопічний дерматит - одне з найбільш поширених захворювань шкіри, що зустрічається в різних вікових групах, як у чоловіків, так і у жінок в будь-якій країні. Серед основних чинників виникнення АД відзначається й важлива роль психогенних, що його провокують.

Клінічно АД проявляється шкірним свербінням, типовою локалізацією, віковою стадійністю і віковою морфологією висипань, хронічним перебігом.

Підліткова стадія АД діагностується у дітей старше 13 років. Даній стадії характерні різко виражена ліхенізація, сухість та лущення, переважне враження шкіри обличчя, верхньої частини тулуба, безперервно рецидивуючий перебіг.

Шкіра має велику кількість функцій, таких як: захисна, терморегуляторна, водно-сольового обміну і екскреторна, депонування крові, ендокринна і метаболічна, рецепторна, імунна. До зазначених фізіологічних функцій шкіри додається її психологічне значення - шкіра виступає органом вираження і презентації себе оточуючим («Я-шкіра» Дідьє Анз'є). Шкірним захворюванням характерна їх зовнішня помітність оточуючим й свербіж. Ці особливості шкірного захворювання, що виникають як результат психічного неблагополуччя, в свою чергу негативно впливають на психічний стан хворого, створюючи «порочне коло». Тривалий хронічний перебіг дерматозу з періодичними загостреннями, болісне переживання свербіння, стійкість до терапії, дотримання дієти сприймаються особистістю хворого як перманентний стрес.

Існує багато тлумачень зв'язку захворювань шкіри й психологічних особливостей. Таке захворювання може бути результатом: 1) символізму та конверсії (психоаналітичне); 2) певних особистісних рис (теорія специфічного особистісного профілю Ф. Данбар); 3) специфічного емоційного конфлікту (теорія психосоматичної специфічності Ф. Александера); 4) контролю оточення (теорія контролю У. Глассера) тощо.

Н. Пезешкіан описує хвороби шкіри як здатність шкірою відчувати напругу, сигналізувати шкірою про те, що неможливо висловити по-іншому, і досягти того, що раніше не могло бути отримано інакше. Демонстрація тіла є засобом отримання уваги, любові і схвалення, але, з іншого боку, така поведінка заслуговує покарання: шкіра, як засіб ексгібіціонізму, стає об'єктом покарання через захворювання.

Л. Гольдштейн вказує, що АД пов'язаний зі страхом, депресією, занепокоєнням, надмірною пасивністю, необґрунтованою ворожістю, дефіцитом емоційної самостійності, зниженою толерантністю до стресу. М. Schuhlmeier вказує, що у 66% хворих на АД виявляється депресія зі схильністю до аутоагресивної поведінки, що дало підставу В.Д. Тополянському зі співавт. вважати нейродерміт демонстрацією прихованого внутрішнього напруження. Згідно з даними В. Вудхеда, діти, які хворі на нейродерміт, зазвичай інтелектуально розвинені вище середнього, вони передчасно розвинені і часто агресивні, з часом вони стають тиранами сім'ї або ж перетворюються в пригнічених, які уникають міжособистісних контактів, людей. На високий рівень інтелекту у хворих на АД також вказував Д. Стокес, крім цього, він відмічав, що для зазначених хворих характерні напруженість, невпевненість у собі, пасивна агресія й емоційна нестабільність. В.А. Кірхбаум вказує, що хворі нейродермітом є аутичними особистостями зі схильністю до інтерналізації своїх проблем й вираження підвищеної тривожності за допомогою розчісування. В.В. Острішко зі співавт. показали, що основними рисами особистості хворих на нейродерміт є внутрішня напруженість, низька опірність фрустрації, тривожно-недовірливі і істеро-іпохондричні риси. Зазначені автори показали, що при важких формах атопічного дерматиту провідним є тривожно-депресивний синдром. За даними Н.Е. Філіппова зі співавт. серед підлітків, хворих на нейродерміт, переважають інтроверти, при цьому більше, ніж у половини хворих, відзначається також і підвищення рівня тривожності. Ф. Александер, Ф. Дойч, Р. Наделл відмічають наявність у хворих на екзему та нейродерматит садомазохистських та ексгібіціоністських рис. Ф. Александер описує й наявність у хворих почуття провини за ексгібіціоністські прояви – «шкіра, що служить інструментом ексгібіціонізму, стає місцем хворобливого страждання».

Ряд авторів (L.H. Bartemeier, M.L. Miller, L.F. Scarborough) відмічають підвищену гетероагресивність хворих, за яку вони відчувають провини й спрямовують агресивні імпульси на себе у формі розчісування. Проте, Ф. Александер вказував на те, що «спроби узагальнення поки що невдалі».

В підлітковому віці найбільш важкі психологічні реакції можуть бути викликані тими хворобами, які змінюють зовнішній вигляд підлітка, роблять його непривабливим. Саме у цей період підвищується значимість зовнішнього вигляду в структурі цінностей, а власне тіло навантажується безліччю сенсів, одним з яких є близькість з іншою людиною (В.Н. Куніцина). Усвідомлення своєї фізичної незвичності призводить до обмеження такої близькості, до появи почуття неповноцінності (Д.Н. Ісаєв).

Проблема лікування та реабілітації хворих на атопічний дерматит набуває особливої науково-практичної і соціальної значимості в зв'язку зі збільшенням числа таких пацієнтів, порушенням їх соціальної адаптації, резистентністю окремих клінічних форм до терапії.

У другому розділі «Характеристика вибірки та методів дослідження» надано характеристику дослідницьких груп, описано методи дослідження.

У дослідженні взяло участь 83 підлітка у віці від 13 до 15 років з діагнозом АД із середнім і тяжким перебігом.

Поділ груп здійснювалося за гендерною ознакою - групу 1 склали 45 хворих дівчат, групу 2 - 38 хворих хлопчиків.

Групу контролю склали 80 соматично й психічно здорових підлітків, 40 дівчаток і 40 хлопчиків, у віці від 13 до 15 років.

Психодіагностичний комплекс складається з таких методик: 1) Методика, спрямована на діагностику типу ставлення до хвороби (ТСХ), (Л.І. Вассерман зі співавт.); 2) дерматологічний індекс якості життя – Dermatology Quality Index (DLQI); 3) «Шкала оцінки суб'єктивної комфортності» (А.Б. Леонова); 4) стандартизований багатофакторний метод дослідження особистості, підлітковий варіант (СМДО) Л.М. Собчак; 5) опитувальник шкільної тривожності Філіпса; 6) шкала диференціальних емоцій К. Ізарда; 7) Торонтська алекситимічна шкала (TAS-26); 8) опитувальник шкільної тривожності Філіпса; 9) універсальний семантичний диференціал (СД); 10) проективний тест «Малюнок чоловіка і жінки», (Н.М. Романова); 11) методика Дембо-Рубінштейна (модифікація А.М. Прихожан).

Методи математичної статистики. В роботі використаний факторний аналіз (метод головних компонент з VARIMAX обертанням), χ^2 -критерій кутового перетворення Фішера, t -критерій Ст'юдента (для зв'язаних та незв'язаних вибірок), τ – кореляція Кендалла, G -критерій знаків.

Третій розділ «Індивідуально-психологічні та гендерні особливості підлітків, які хворі на atopічний дерматит» присвячений власному емпіричному дослідженню.

Визначено гендерні особливості якості життя у хворих на АД підлітків - у дівчат вона більш низька, ніж хлопців ($t=2,48$, $p < 0,01$). Структура якості життя вказує на важкий загальний стан дівчат, які страждають на АД, - захворювання значно впливає на всі сфери їх життя, не залишаючи «люцидних вікон». Найбільш значущим чинником, який впливає на якість життя дівчат, є порушена сфера особистісних стосунків. Структура якості життя хлопців представлена фактором «Самопочуття» і фактором «Дозвілля». У першому факторі найбільш значущою складовою є «погане самопочуття», яка впливає на повсякденну активність і навчання підлітків. Другий фактор зниження якості життя хлопців з АД пов'язаний з чинником «порушення дозвілля», який пов'язаний з обмеженням особистісних стосунків і необхідністю притримуватися лікувального режиму.

Виявлено, що в суб'єктивній картині світу хворих дівчат «приваблива зовнішність забезпечує життєвий успіх та є основою впевненості у собі»; у хворих дівчат існує феномен «ножиць» - великого зазору між системою актуального самооцінювання й домаганнями (ідеальними образами себе), що створює внутрішнє напруження й інконгруентність. У перцептивному феноменологічному полі хворих хлопців «гарний» характер сприймається як слабкість, не мужність, а хвороба як стигматизація слабкості й неможливості мати авторитет.

У групі дівчат, які хворі на АД, було виділено чотири варіанти усереднених особистісних профілів (кодування за Хатеуей). Дані щодо поширеності особистісних профілів серед хворих дівчат наведені у таблиці 1.

Особистісні профілі дівчат, які хворі на АД

№ профілю	Код профілю	Назва профілю	%
I	8671'20/95	«тривожно депресивна відособленість»	28,9
II	42'78130/5	«сенситивно-індивідуалістичний»	26,7
III	231780/95	«невротичний»	24,4
IV	017'48	«ескапізм»	20,0

Примітка: шкали СБМДО: 1- невротичного надконтролю; 2 – песимістичності; 3 – емоційної лабільності; 4 - імпульсивності; 5 – жіночності/мужності, 6 - ригідності; 7 – тривожності; 8 - індивідуалістичності; 9 – оптимізму і активності; 0 – соціальної інтроверсії.

Профіль I представлений в 28,9% випадків (код профілю 8671'20/95; умовна назва - «тривожно депресивна відособленість»). Профіль відображає тривожно-депресивний стан, почуття розгубленості, постійного неспокою, хворобливу фіксованість на зовнішніх дефектах. Для дівчат характерна відособлена особистісна позиція, вибірковість в контактах, вразливість й образливість, знижена комунікабельність, низькі рівні життєлюбства, активності й оптимізму.

Профіль II представлений в 26,7% випадків (код профілю 42'78130/5; умовна назва «сенситивно-індивідуалістичний»). Профіль відображає пасивну позицію, зниження активності, знижений фон настрою, підвищену чуттєвість, плаксивість, вразливість, тривожну недовірливість, нехтування власними інтересами, схильність перебільшувати проблеми й фіксуватися на них.

Профіль III представлений в 24,4% випадків (код профілю 231780/95; умовна назва – «невротичний») відбиває схильність до депресивних та тривожних станів, пасивність, гіпостенічність, песимістичність, незадоволеність, залежність, схильність прив'язуватися.

Профіль IV зустрічається в 20% випадків (код профілю 017'48; умовна назва – «ескапізм»). Для таких дівчат притаманні пасивність особистісної позиції й спрямованість інтересів в світ внутрішніх переживань, замкнутість, сором'язливість, труднощі і вибірковість контактів, скритність, значне звуження сфери міжособистісних стосунків, поступливість, придушення спонтанності, надмірна відповідальність, яка поєднується з тенденцією уникати труднощі через страх не впоратися. Емоційна сфера таких дівчат характеризується протиріччям між стриманістю і дратівливістю, що створює змішаний тип реагування, властивий особистостям, схильним до соматизації емоційної напруженості.

У групі хлопчиків, які хворі на АД, також виявлено 4 усереднених особистісних профілі (табл. 2).

Особистісні профілі хлопців, які хворі на АД

№ профілю	Код профілю	Назва профілю	%
I	8150'	«суб'єктивно-споглядальний»	31,6
II	278'104/9	«емоційно-напружений»	28,9
III	'4695/2	«стенічний»	23,7
IV	87'2/9	«індивідуалістично-тривожний»	15,8

Профіль I зустрічається в 31,6% випадків (код профілю 8150'; умовна назва «суб'єктивно-споглядальний») й відбиває суб'єктивізм, інтуїтивність, своєрідність захоплень та інтересів, селективність контактів, незалежність, схильність до фантазування, яке заміщує реальність, м'якість й вразливість, уникнення формальних рамок. Стурбованість хлопців поганим самопочуттям, станом здоров'я не супроводжується а ні депресією, а ні високою тривогою, переживається більш ідеаторно.

Профіль II зустрічається в 28,9% випадків (код профілю 278'104/9, умовна назва «емоційно-напружений») відбиває виражену емоційну напруженість і змішаний тип реагування з переважанням гіпостенічних тенденцій, ситуацію розчарування у зв'язку з захворюванням, депресивну реакцію в рамках адаптаційного синдрому, пригніченість, почуття нещастя й тривоги. Такий профіль свідчить й про наявність певних особистісних рис особистості: сенситивності до ситуацій невдач, схильності до хвилювань та до підвищеного почуття провини, самокритичності, невпевненості у собі.

Профіль III виявляється в 23,7% випадків (код профілю '4695/2, умовна назва «стенічний») відбиває асоціальність - схильність до асоціальної поведінки, зневага нормами, звичаями, правилами, заборонами, впертість, труднощі соціальних контактів та їх обмеженість, схильність накопичувати злість. Ці риси компенсуються наявністю м'якості, невпевненості у собі, що робить структуру характеру дискордантною, внутрішньо неузгодженою. Дискордантність передиспонує накопиченню психоемоційного напруження, яке, ймовірно, є підґрунтям розвитку соматичної патології.

Профіль IV виявляється в 15,8% випадків (код профілю 87'2/9, умовна назва «індивідуалістично-тривожний») й відбиває напруженість, почуття дискомфорту, тривожність, нервозність, схильність застрягати на проблемі, а не вирішувати її, відгородженість, невпевненість, комплекс провини і неповноцінності, астеничність, що виникла у результаті тривалого емоційного перенапруження, яке пов'язане з ситуацією хвороби та її психосоціальними наслідками.

Узагальнюючи одержані результати, можна констатувати, що у хворих на АД дівчат й хлопців спостерігаються два типи профілю: 1) патосимптоматичний (у

дівчат й хлопців - тривожно-депресивний, астеничний та іпохондрічний), 2) патохарактерологічний (у дівчат – сенситивні, дистанційовані й хронічно тривожні особистості; у хлопців – дискордантно асоціальні та шизоїдні особистості).

Ф. Данбар описала алергічний тип особистості, який характеризується підвищеною тривожністю, незадоволеною потребою в любові і захисті, конфліктним поєднанням прагнення до залежності й незалежності, підвищеною сексуальністю, яка проявляється в свербінні як символічній формі мастурбації. Отримані нами результати прямо не узгоджуються, але й не суперечать даним Ф. Данбар.

Отримано результати, що свідчать про гендерно-специфічні типи ставлення до хвороби підлітків, які хворі на АД (табл.1).

Таблиця 1

Поширеність (в абс. знач. та %) й достовірність відмінностей (ϕ - критерій) типів ставлення до хвороби між групами дівчат й хлопців

Типи ставлення до хвороби	Гр.1 (n=45)	Гр.2 (n=38)
Анозогнозичний	2 (4,4%)	10 (26,3%)
	$\phi = 2,97^{**}$	
Ергопатичний	3 (6,7%)	8 (21,1%)
	$\phi = 1,96^{**}$	
Тривожний	5 (11,1%)	3 (7,9%)
	$\phi = 0,49$	
Сенситивний	10 (22,2%)	2 (5,3%)
	$\phi = 2,34^{**}$	
Змішаний	14 (31,2%)	14 (36,8%)
	$\phi = 0,55$	
Дифузний	21 (24,4%)	1 (2,6%)
	$\phi = 3,22^{**}$	

Примітка: ** - $p < 0,01$

Статистично достовірну відмінність між групами встановлено за анозогнозичним типом ставлення до хвороби, який притаманний хлопцям. Даний тип ставлення до хвороби характеризується активним відкиданням думок про хворобу та її наслідки. Підлітки чоловічої статі знаходяться в необґрунтовано піднесеному настрої, легковажно ставляться до захворювання, прагнуть ігнорувати захворювання, схильні до порушення режиму і рекомендацій, до демонстрації своєї невразливості, впевненості, що є спробою компенсації низької самооцінки. Вони намагаються відповідати гендерним стереотипам – силі й витривалості; а визнання проблем, страхів, тривожності є для них ознакою слабкості. У літературі зазначається (Т.В. Бендас та ін.), що хлопчики і чоловіки змушені вдаватися до більш потужного захисту своєї самооцінки, ніж жінки, тобто даний тип ставлення до хвороби є проявом інфляції маскулітності та механізмом збереження самооцінки.

Хлопці схильні до закритості і демонстрації власної невразливості. Дівчата не вимушені використовувати такий тип збереження нарцистичного балансу.

У хлопців більш поширеним є й ергопатичний тип ставлення до хвороби, якому притаманні поглинення діяльністю, стеничність, загальна активність.

Дівчатам більш притаманні сенситивний та дифузний типи ставлення до хвороби. Основна їх заклопотаність, що пов'язана з захворюванням, - це несприятливе враження на оточуючих, що робить їх надмірно вразливими, сором'язливими. Результатом цього є обмежувальна поведінка, звуження діапазону міжособистісних контактів. Коливання настрою зумовлені міжособистісними контактами, які для дівчат більш значущі, ніж для хлопців. Дівчата більш орієнтовані на стосунки, які порушуються внаслідок захворювання. Симптоматика АД позначається негативно на зовнішньому вигляді дівчинки-підлітка, що створює ґрунт сенситивного ставлення до захворювання. Оточуючі сприймаються як такі, що осуджують, дискримінують за ознакою зовнішності.

Дифузний тип ставлення до хвороби є поєднанням типів у два блоки: 1) інтрапсихічний, який включає тривожний, іпохондричний, неврастенічний, меланхолічний та апатичний типи; 2) інтерпсихічний, який включає сенситивний, егоцентричний, дисфоричний та паранойяльний типи. Дифузність свідчить про неоформленість, не артикульованість картини власного захворювання, її «розмитість».

Найбільш поширеним типом ставлення до хвороби, незалежно від статі, є змішаний тип ставлення до хвороби інтра- і інтерпсихічної спрямованості. Гармонійний тип ставлення до хвороби не був діагностований.

Структура емоційності дівчат, хворих на АД, характеризується високими показниками сорому ($t=2,40$, $f=83$; $p<0,05$), страху ($t=2,35$, $f=83$, $p<0,05$), провини ($t=2,00$, $f=83$, $p<0,05$). Обличчя є самою соціальною частиною людського тіла, символом сфери спілкування і взаємодії з іншими людьми, при наявності АД обличчя викликає сором у дівчат з АД. Плечі і груди, що уражені хворобою, також викликають емоцію сорому. В структурі емоційності хлопців, хворих на АД, переважає емоція провини ($t=2,14$, $f=76$, $p<0,05$) та злості ($t=2,08$, $f=76$, $p<0,05$). На вербальному рівні емоції сорому ($t=1,04$, $f=76$, $p>0,05$) та тривоги ($t=1,65$, $f=76$, $p>0,05$) не усвідомлюються хворими хлопцями, що, ймовірно, пов'язано з феноменом алекситимії та підлітковою реакцією емансипації, особливо притаманній чоловічій вибірці. У хворих дівчат й хлопців спостерігається ослаблення інтенсивності емоції інтересу (відповідно, $t=2,00$, $f=83$, $p<0,05$ та $t=2,105$, $f=76$, $p<0,05$), що призводить до зміщення психічної активності у внутрішній світ, створює умови для формування іпохондричної симптоматики й егоцентричної фіксованості.

Емоції мають дві форми існування в структурі особистості: 1) еґо-синтонну – емоція включена до Я-концепції; 2) еґо-дистонну - емоція не включена до Я-системи. Виявилося, що саме у дівчат конструкт “Я” пов'язаний із соромом ($\tau=0,45$, $p<0,05$), почуттям провини ($\tau=0,46$, $p<0,05$), обличчям ($\tau=0,45$, $p<0,05$), груддю ($\tau=0,47$, $p<0,05$) та плечами ($\tau=0,45$, $p<0,05$). Це свідчить про дві речі: 1) емоції провини та сорому є внутрішні осмисленими, такими що конституують “Я”-

концепцію хворої дівчини; 2) дівчата є більш конгруентними по відношенню власних емоцій, а й тому більш страждають від наслідків хвороби шкіри, ніж хлопці.

У хворих хлопців зв'язки між конструктом «Я» та частинами тіла (обличчя, плечі) й емоціями сорому та провини відсутні ($p > 0,05$), що вказує на Егодистонність ураженого тіла та емоцій, що викликані таким ураженням. Такий механізм дисоціації емоцій та Я-системи є захисною стратегією позбавлення «Я»-концепції від неприємних почуттів, й суб'єктивно хлопці страждають менше, ніж дівчата.

На підґрунті факторизації ознак емоційного простору визначено деякі особливості емоційності дівчат, які хворі на АД: 1) «злипання» емоцій, втрата їх самостійності; 2) генералізація механізму реципрокності у співвідношенні емоцій – з часткового механізму, який описує взаємодію деяких емоцій, він перетворюється у загальний принцип функціонування емоційної сфери. За таких умов позитивним емоціям протистоїть сонм негативних, які ретардують позитивні; 3) «злипання» негативної емоційності стеничного й астеничного кіл – гнів й страх перемішуються, що призводить до потенціювання негативної емоційності, до її інфляції, вона починає переважати у структурі емоційності хворих дівчат; 4) алекситимія виступає як частковий феномен емоційної організації - не зачіпає всю емоційну сферу, не є тотальною; 5) емоція сорому є «наскрізною» - пронизує усі фактори, тобто є стрижневою характеристикою емоційної сфери особистості дівчат, які хворі на АД.

Особливість емоційної сфери хворих хлопців-підлітків полягає у: 1) позбавленні сорому якості загальної регуляції емоційної сфери, як у дівчат; 2) збереженні менш спотвореної позитивної емоційності, яка значно менше ретардується негативною емоційністю; 3) «злипання» негативної емоційності, її стеничних та астеничних компонентів; 4) гнів стає ресурсом «мужньої» поведінки, стримуючи сором, провину та тривогу; 5) алекситимія обслуговує стеничну негативну емоційність – нечуттєвість до власної «слабкості» дає можливість бути агресивним, «мужнім», а також знижує сенситивність до негативної емоційності взагалі. Цей факт ще раз змушує підняти питання про наявність конструктивності у феномені алекситимії у хворих підлітків.

Було визначено особливості психосексуального розвитку підлітків, які хворі на АД.

Дівчатам притаманні настанови «опора» та «тяжіння» (персонажі звернені обличчям один до одного, дівчина спирається на хлопця), що свідчить про те, що вони хочуть спілкування з «сильним» хлопцем. Слід відмітити, що: 1) таке бажання позбавлене «еротизму» й насичене платонічним, романтичним сенсом (чоловік на таких малюнках - галантний кавалер, поза і жести якого відображають повагу, захоплення, з яким хочеться говорити, його слухати, разом ходити, дружити, $\varphi = 2,52$, $p < 0,01$), який відображає романтичні уявлення дівчаток; але еротичне лібідо розвивається у дівчат у віці 11-13 років; 2) таке бажання позбавлене активності, що свідчить про те, що вони знаходяться на етапі настановному, а не активно-діяльному формування психосексуальності. Взагалі хворим дівчатам властива гендерна настанова, що свідчить про дистанціювання від конструкта статі ($\varphi = 2,68$, $p < 0,01$) – малюнки позбавлені суто жіночих компонентів - нафарбовані губи, вії, довге

волосся, прикраси, гарна сукня, туфлі на високих підборах тощо. Отже, хворі дівчата характеризуються ретардованим психосексуальним розвитком.

Хлопці з АД більшою мірою, ніж здорові підлітки, виявляють гендерну настанову «ізоляція» ($\varphi = 1,87$, $p < 0,05$) - на малюнках вони зобразили персонажів чоловічої і жіночої статі відвернутими один від одного, такими, які дивляться в різні боки, стоять спиною один до одного, дивляться в спину тощо, що свідчить про відкидання, конфлікт, фрустрацію гендерних стосунків. Взагалі, хлопці з АД характеризуються недостатньо розвинутими статево-рольовими структурами особистості – хлопці більшою мірою спрямовані на реалізацію гомосоціофільної потреби, для них є важливим налагодити стосунки з однолітками у формі дружби, вони знаходяться на більш ранній стадії психосексуального розвитку – стадії статевої сегрегації (не бажають дружити з дівчатами), що у нормі притаманно хлопцям у віці 11-12 років. Здорові хлопці значно частіше ($\varphi = 3,76$, $p < 0,01$) зображували жіночий об'єкт, який сексуально конотований (“подобається”, “хотів би дружити”, “хотів би спілкуватися”), що відповідає віковій нормі психосексуального розвитку – саме у 12-14 років формується сексуальне лібідо у хлопців. У той час хлопці, які хворі на АД, схильні до дифузних, неартикульованих малюнків жіночої та чоловічої фігур (у контексті їх взаємодії), які є незакінченими й недомальованими ($\varphi = 2,33$, $p < 0,01$).

Отже, у хлопців теж спостерігається ретардація психосексуального розвитку.

У розділі 4 «Психокорекція індивідуально-психологічних особливостей підлітків, які хворі на atopічний дерматит» представлено програму оптимізації індивідуально-психологічних особливостей підлітків, які обтяжують перебіг хвороби.

Мета психокорекційної програми - оптимізація індивідуально-психологічних особливостей підлітків, які хворі на АД.

Були поставлені такі *задачі* психокорекційної програми: 1) корекція неадаптивних, дисфункціональних когніцій; 2) знаходження ресурсних сторін особистості; 3) корекція ставлення до захворювання; 4) редукція негативних емоційних переживань; 5) корекція самоствалення; 6) розвиток уявлень про гендерну взаємодію.

Мішенями психокорекційних інтервенцій є наступні: 1) ставлення до захворювання, 2) емоційність, 3) самоствалення, 4) гендерні настанови, 5) емоційно-когнітивні схеми тіла.

В технічному плані програма є полімодальною: включає методики психодрами, психогімнастики, арт-терапії, тілесно-орієнтованої, ігрової, когнітивно-поведінкової психотерапії. В ідеологічному плані в основі програми лежить клієнт-центрована методологія.

Формат роботи – групова психокорекція. З кожним підлітком з АД перед початком групової роботи проводилося індивідуальне інтерв'ю (1 сеанс тривалістю 45 хвилин), в процесі якого з'ясовувалися труднощі підлітка, мотивація на зміни, дезадаптивні когніції. Схема тіла (як не адаптивна когніція) являє собою суб'єктивний «репрезентативний ключ», який пов'язує певні зовнішні події з хворобою тіла. Такими «ключами» для хворих були: «уява про жорсткість покарання за провину», «уява власної порочності», «уява про несправедливий світ»,

«уява про власну слабкість, неможливість протистояти світу», «уява про власну нереалізовану злість». Актуалізація таких дезадаптивних емоційно-когнітивних патернів несприятливо впливає на тіло, призводить до його пошкодження.

Для мотивації до роботи в групі були використані наступні методи: надання позитивного «зворотного зв'язку» (прийняття і розуміння проблем підлітка); обговорення розподілу відповідальності, стимуляція особистої відповідальності підлітка за рішення його проблем; створення впевненості, що психолог буде підтримувати підлітка при появі труднощів; домовленість про форми спілкування, телефонні дзвінки в період підготовки до роботи групи. Також була проведена зустріч з батьками підлітків, на якій відбулося їх знайомство, визначилися проблеми з дітьми, подавалась інформація про лікувальні фактори групової психокорекції, про вікові етапи розвитку підлітків, про ознаки гармонійної родини, аналізувалися сумніви батьків щодо занять.

До групи учасників програми психокорекції було включено 12 підлітків (6 дівчаток та 6 хлопчиків) у віці від 13 до 15 років з діагнозом АД. Програма групової психокорекції реалізовувалася протягом 15 тижнів. Тривалість кожної зустрічі - 1,5 години. Загальний обсяг програми - 22,5 годин. Кожна психокорекційна сесія складалася з трьох фаз: розігрів; основна фаза; завершення.

Для визначення суб'єктивної оцінки результатів психокорекційного впливу безпосередньо після закінчення програми підлітки проходили повторне тестування за «шкалою оцінки суб'єктивної комфортності» (А. Леонова). Суб'єктивне відчуття комфортності достовірно зросло (критерій знаків, $G=2$, $p=0,05$) з низького рівня до задовільного. У підлітків, які хворіють на АД й не брали участі у програмі, рівень комфортності достовірно не змінився ($G=4$, $p>0,05$).

За результатами експертної оцінки було встановлено, що підлітки, хворі на atopічний дерматит, після участі у програмі стали менш тривожні ($G=2$, $p=0,05$), більш розслаблені ($G=1$, $p=0,01$), комунікабельні ($G=2$, $p=0,05$), ініціативні ($G=2$, $p=0,05$), спонтанні ($G=2$, $p=0,05$), підвищилася самооцінка ($G=2$, $p=0,05$).

Через три місяці після проходження психокорекційної програми з кожним її учасником відбулася зустріч, під час якої експертами оцінювались зміни ставлення до хвороби, емоційно-когнітивних патернів хвороби, самооцінки, гендерних настанов. Ставлення до захворювання стало більш адекватним ($G=2$, $p=0,05$) - поширилися гармонічний (з 0% до 16,7%), ергопатичний (з 16,7% до 50,0%), анозогнозичний (з 8,3% до 25%) типи; більш адаптивними стали емоційно-когнітивні патерни ($G=2$, $p=0,05$) - «уява про власну невинність», «уява про те, що батьки люблять мене», «уява про власну спроможність», «уява про моє добре майбутнє»; зросла самооцінка ($G=2$, $p=0,05$); гендерні настанови змінилися – у дівчат зменшилася конотація власного тіла провинною та соромом та збільшилося його прийняття ($G=1$, $p=0,01$); у хлопців – появився інтерес до дівчат ($G=2$, $p=0,05$).

Отже, одержані дані свідчать про ефективність запропонованої програми.

ВИСНОВКИ

У роботі представлено теоретичне узагальнення нове вирішення проблеми психологічних чинників етіопатогенезу, перебігу та соціальних наслідків АД у підлітків. В результаті проведеної роботи дійшли висновків:

1. У дівчат, які хворі на АД значно порушується якість життя - захворювання впливає на всі його сфери, не залишаючи «люцидних вікон». Найбільш значущою складовою порушення є сфера особистісних стосунків. Зниження якості життя у хлопців, які хворі на atopічний дерматит, пов'язано з двома чинниками: 1) «погане самопочуття», яке впливає на повсякденну активність і навчання підлітків; 2) «порушення дозвілля», яке пов'язано з обмеженням особистісних стосунків і необхідністю притримуватися лікувального режиму.

Самооцінка підлітків, хворих на АД, знижена. Хлопці мають більш високу самооцінку, ніж дівчата. У суб'єктивній картині світу хворих дівчат «приваблива зовнішність забезпечує життєвий успіх та є основою впевненості у собі»; у хворих дівчат існує феномен «ножиць» - великого зазору між системою актуального самооцінювання й домаганнями (ідеальними образами себе), що створює внутрішнє напруження й інконгруентність. У феноменологічному полі хворих хлопців «гарний» характер сприймається як слабкість, не мужність, а хвороба як стигматизація слабкості й неможливості мати авторитет.

2. У хворих на АД дівчат й хлопців спостерігаються два типи профілю: 1) патосимптоматичний (у дівчат й хлопців - тривожно-депресивний, астеничний та іпохондрічний), 2) патохарактерологічний (у дівчат – сенситивні, дистанційовані й хронічно тривожні особистості; у хлопців – дискордантно-асоціальні та шизоїдні особистості). У дівчат спостерігаються такі особистісні профілі: 1) «тривожно-депресивна відособленість»; 2) «сенситивно-індивідуалістичний»; 3) «невротичний»; 4) «ескапізм». У хлопців поширені такі профілі: 1) «суб'єктивно-споглядальний»; 2) «емоційно-напружений»; 3) «стенічний»; 4) «індивідуалістично-тривожний».

3. Найбільш поширеним типом ставлення до хвороби в підлітковому віці, незалежно від статі, є змішаний інтра- і інтерпсихічної спрямованості. Специфічними для хлопців типами ставлення до хвороби є типи, при яких соціальна адаптація істотно не порушується (ергопатичний, анозогнозичний); для дівчат - сенситивний та дифузний типи, які порушують психічну адаптацію. Полюси адаптивність-дезадаптивність задаються гендерними механізмами: у хлопчиків - «фальшива самооцінка» і орієнтація на задачу (полюс адаптивності), у дівчат - мотивація афіліації і висока значимість зовнішності (полюс дезадаптивності).

4. У структурі емоційності дівчат, хворих на АД, переважають: сором, страх й почуття провини; а у хлопців - почуття провини та злості. У дівчат й хлопців спостерігається ослаблення інтенсивності емоції інтересу, що призводить до зміщення психічної активності у внутрішній світ, створює умови для формування іпохондрічної симптоматики й егоцентричної фіксованості.

У дівчат конструкт «Я» пов'язаний із соромом, почуттям провини, обличчям, груддю та плечима. Емоції провини та сорому є такими, що конституують «Я»-

концепцію дівчат. Дівчата є більш конгруентними по відношенню власних емоцій, а й тому більш страждають від наслідків хвороби шкіри, ніж хлопці.

У хворих хлопців зв'язки між конструктом «Я», частинами тіла (обличчя, плечі) й емоціями сорому та провини відсутні, що вказує на Его-дистонність ураженого тіла та емоцій, які викликані таким ураженням. Такий механізм дисоціації емоцій та Я-системи є захисною стратегією позбавлення Я-системи від неприємних почуттів, й суб'єктивно хлопці страждають менше, ніж дівчата.

5. Емоційність дівчат, які хворі на АД, має такі особливості: 1) «злипання» емоцій; 2) генералізація механізму реципрокності у співвідношенні емоцій – з часткового механізму, який описує взаємодію деяких емоцій, він перетворюється у загальний принцип функціонування емоційної сфери. За таких умов позитивним емоціям протистоїть сонм негативних, які ретардують позитивні емоції; 3) «злипання» негативної емоційності стеничного й астенічного кіл – гнів й страх перемішуються, що призводить до потенціювання негативної емоційності, до її інфляції; 4) алекситимія виступає як частковий феномен емоційної організації - не зачіпає всю емоційну сферу; 5) емоція сорому є «наскрізною» - пронизує усі фактори, тобто є стрижневою характеристикою емоційної сфери особистості хворих дівчат.

Особливість емоційної сфери хворих хлопців-підлітків полягає у: 1) збереженні позитивної емоційності, яка значно менше ретардується негативною; 2) «злипання» негативної емоційності, її стеничних та астенічних компонентів; 3) гнів стає ресурсом «мужньої» поведінки, стримуючи сором, провини та тривогу; 4) алекситимія обслуговує стеничну негативну емоційність – нечуттєвість до власної «слабкості» дає можливість бути агресивним, «мужнім». Цей факт змушує підняти питання про наявність конструктивності у феномені алекситимії у хворих підлітків.

6. Дівчата та хлопці, які хворі на АД, характеризуються ретардованим психосексуальним розвитком. Дівчатам властиві гендерні настанови «ізоляція» та «незалежність» - дистанціювання від конструкту статі, вилучення себе зі стосунків з хлопцями, конфліктність таких стосунків; а також «опора» та «тяжіння» - орієнтація на платонічний й романтичний рівень стосунків, нерозвиненість еротичної складової лібідо, яке у нормі формується у 11-13 років.

Хлопці, які хворі на АД, виявляють гендерну настанову «ізоляція», що свідчить про відкидання, конфлікт, фрустрацію міжстатевих стосунків; вони характеризуються не розвинутими статево-рольовими структурами особистості – більшою мірою спрямовані на реалізацію онтогенетично більш ранньої гомосоціофільної потреби, знаходяться на більш ранній стадії статевої сегрегації, що у нормі притаманно хлопцям у віці 11-12 років.

7. Розроблена програма психокорекції, метою якої є оптимізація індивідуально-психологічних особливостей підлітків, які хворі на АД. Мішенями психокорекційних інтервенцій є: 1) ставлення до захворювання, 2) емоційність, 3) самоставлення, 4) гендерні настанови; 5) емоційно-когнітивні схеми тіла. Формат психокорекційної програми - груповий. Технічно програма є полімодальною й включає до себе методики психодрами, психогімнастики, арт-терапії, тілесно-орієнтованої, ігрової, когнітивно-поведінкової психотерапії. В

ідеологічному плані у основі програми лежить клієнт-центрована методологія.

Програма групової психокорекції реалізовувалася протягом 15 тижнів; 22,5 годин. Тривалість кожної зустрічі - 1,5 години.

Здійснена оцінка психокорекційного впливу, а саме: суб'єктивно-пережиті учасниками зміни; об'єктивно-реєстровані параметри, що характеризують зміни; темпоральна стійкість змін. Суб'єктивне відчуття комфортності хворих підлітків достовірно зросло, покращився емоційний фон, підлітки стали менш тривожні, більш розслаблені, комунікабельні, ініціативні, спонтанні, з'явилося більш адекватне ставлення до міжстатевої взаємодії та захворювання, покращилося самоствавлення.

Перспектива подальших досліджень полягає у більш ретельному вивченні спотвореної емоційності хворих на АД, яка є «заторами» плинну «організмичного потоку».

Список опублікованих праць за темою дисертації

1. Такійун Ч.Д. Гендерные установки подростков с диагнозом «Атопический дерматит» (АД) / Ч.Д.Такійун // Український психолого-педагогічний науковий збірник. – 2016. – № 7. – С. 124–128.
2. Такійун Ч.Д. Психосоматичні аспекти дерматозів / Ч.Д. Такійун/ Вісник ХНПУ ім. Г.С.Сковороди. Психологія. Вип.53. – Х.:ХНПУ, 2016. – С. 265-272.
3. Такійун Ч.Д. Особистісні особливості підлітків з діагнозом атопічний дерматит / Ч.Д.Такійун// Український психолого-педагогічний науковий збірник. - №6. – 2015. – С. 140-144.
4. Такійун Ч.Д. Психологічні аспекти вивчення атопічного дерматиту у підлітків / Ч.Д. Такійун// Вісник Одеського Національного університету. Серія: Психологія. - Том 20. – Вип. 4 (38). – 2015. – С. 141 – 147.
5. Такійун Ч.Д. Типы отношения к болезни подростков с атопическим дерматитом: гендерный аспект [Электронный ресурс] / Ч.Д.Такійун // Перспективы науки и образования : международный электронный научный журнал. – 2015 – № 6 (18). С. 62-66. Режим доступа : <https://pnojournalfiles.wordpress.com/2015/08/1506pno.pdf>
6. Такійун Ч.Д. Психологические особенности при атопическом дерматите у подростков / Fundamental and applied researches in practice of leading scientific schools. 2015.- №6 (12). –С.126-133.
7. Такійун Ч.Д. Структура эмоциональности девочек-подростков с диагнозом «Атопический дерматит» / Ч.Д. Такійун/ «Наука як рушійна антикризова сила». Київ: Центр наукових публікацій, 2015. – С. 133-136.
8. Такійун Ч.Д. Психологические особенности при атопическом дерматите у подростков: гендерный аспект / Ч.Д.Такійун // Состояние здоровья: медицинские, социальные и психолого – педагогические аспекты: VII Междунар. науч.-практ. интернет-конференция / Забайкал. гос. ун-т; отв. ред. С.Т. Кохан. – Чита: Забайкал. гос. ун-т, 2016. – С. 1370-1377.
9. Такійун Ч.Д. Психосемантика образа тела у подростков с диагнозом атопический дерматит / Ч.Д.Такійун // Наука в современном мире: матеріали міжнародної науково-практичної конференції (Київ, 19 квітня 2016 р.). – Київ, 2016. – С. 53–56.

10. Такійун Ч.Д. Структура емоціональності мальчиків-подростків с діагнозом «атопический дерматит» (АД) / Ч.Д.Такійун // Актуальні проблеми реформування системи виховання та освіти в Україні: матеріали міжнародної науково-практичної конференції (Львів, 22–23 квітня 2016 р.). – Львів, 2016. – С. 64–68.

11. Такійун Ч.Д. Цель, задачи, принципы, форма психокоррекции индивидуально-психологических особенностей подростков с атопическим дерматитом (А.Д) / Ч.Д. Такійун // «Психологія та педагогіка: методика та проблеми практичного застосування»: Збірник тез наукових робіт учасників міжнародної науково-практичної конференції.- Львів: Го «Львівська педагогічна спільнота», 2015.- С.60-62.

12. Кочарян А.С. Психокоррекция индивидуально-психологических особенностей подростков с атопическим дерматитом (АД)/ А.С. Кочарян, Ч.Д. Такійун // Особистість як об'єкт психологічного впливу: матеріали 2 всеукр. науково-практ.конф. студентів і молодих учених. Кривий ріг Вид-во Криворізького педагогічного інституту ДВНЗ «КНУ», 216. С.139-142

АНОТАЦІЯ

Такійун Ч.Д. «Індивідуально-психологічні та гендерні особливості підлітків, хворих на atopічний дерматит». – Рукопис.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата психологічних наук за спеціальністю 19.00.04 – медична психологія. – Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна Міністерства освіти і науки України. –Харків, 2016.

Дисертація присвячена вивченню індивідуально-психологічних та гендерно-специфічних особливостей підлітків, які хворі на atopічний дерматит. Встановлено гендерно-специфічні особливості ставлення до захворювання, а також те, що незалежно від статі в підлітковому віці найчастіше зустрічається змішаний тип ставлення до захворювання, а також відсутність гармонійного ставлення. Описано структурні особливості дерматологічної якості життя. Описані особистісні особливості підлітків, що хворі на atopічний дерматит. Встановлено, що більш психологічно вразливими до хвороби є дівчата. Описана структура емоційності підлітків, які хворіють на atopічний дерматит. Описані особливості самоставлення підлітків з atopічним дерматитом. Встановлені особливості гендерних настанов підлітків, що хворіють на atopічний дерматит. Розроблена програма психокорекції підлітків, хворих на atopічний дерматит, доведена її ефективність.

Ключові слова: atopічний дерматит, індивідуально-психологічні особливості, підлітки, гендерні особливості, типи ставлення до хвороби.

АННОТАЦИЯ

Такійун Ч.Д. «Индивидуально-психологические и гендерные особенности подростков, больных атопическим дерматитом». – Рукопись.

Диссертация на соискание ученой степени кандидата психологических наук по специальности 19.00.04 – медицинская психология. – Харьковский национальный

университет имени В. Н. Каразина Министерства образования и науки Украины. – Харьков, 2016.

Диссертация посвящена изучению индивидуальных и гендерных особенностей подростков с диагнозом «Атопический дерматит». В исследовании приняло участие 83 подростка в возрасте от 13 до 15 лет с диагнозом «Атопический дерматит» средним и тяжелым течением. Разделение групп осуществлялось по гендерному признаку – группу 1 составили 45 девочек-подростков, группу 2 – 38 мальчиков-подростков. Группу контроля составили 80 подростков, 40 девочек и 40 мальчиков, сопоставимых по возрасту.

Установлено, что наиболее часто встречаемым типом отношения к болезни в подростковом возрасте, независимо от пола, является смешанный тип отношения к болезни интра- и интерпсихической направленности. Специфическими мужскому гендеру типами отношения к болезни при атопическом дерматите у подростков являются типы, при которых социальная адаптация существенным образом не нарушается (эргопатический, анозогнозический). Специфическими женскому гендеру типами отношения к болезни при атопическом дерматите у подростков являются типы (сенситивный, недифференцированный), нарушающие психическую адаптацию преимущественно интерпсихической направленности.

Структура дерматологического качества жизни девочек указывает на общее тяжелое состояние девочек-подростков, страдающих АД, заболевание оказывает значительное влияние на все сферы жизни девочек, не оставляя «люцидных окон». При этом наиболее значим фактором, оказывающим влияние на КЖ девочек, является нарушенная сфера личных отношений. Снижение качества жизни мальчиков-подростков с АД связано с двумя факторами. В первом варианте наиболее значимым условием, оказывающим влияние на КЖ мальчиков, является фактор плохого самочувствия, который оказывает влияние на повседневную активность и учебу подростков. Второй вариант снижения КЖ мальчиков с АД связан с нарушенным досугом, который связан с личными отношениями и лечением, последний параметр в свою очередь препятствует нормальному проведению досуга.

Описаны личностные особенности подростков с диагнозом «Атопический дерматит».

Структура эмоциональности девочек-подростков с диагнозом «Атопический дерматит» - астеническая и может быть названа структурой стыда-страха-вины. Структура эмоциональности мальчиков имеет смешанную стенично-астеничную природу.

Девочкам,отягощенным АД, свойственна гендерная установка, свидетельствующая об изоляции полов, что говорит о наличии отвержения лиц противоположного пола, конфликтности отношений, фрустрации в гендерных отношениях, также девочкам с АД свойственна установка «Независимость», что указывает на проблемы с реализацией заинтересованности в отношениях с лицами противоположного пола. Мальчикам с АД свойственна изоляция от лиц противоположного пола, отсутствует сексуальная заинтересованность и мотивация, которая фрустрирована заболеванием, свойственна неоформленность представлений о полоролевом предназначении как женского, так и своего пола.

Описаны особенности самооценки подростков с диагнозом «Атопический дерматит». Психосемантика телесного образа девочек Эго-синтонна и окрашена эмоцией стыда, психосемантика телесного образа мальчиков Эго-дистонна.

Разработана на принципиальных положениях психокоррекции и проведена программа психокоррекции индивидуально-психологических особенностей подростков с диагнозом «Атопический дерматит». Мишенями психокоррекционных интервенций являются: отношение к заболеванию; структура эмоциональности; самоотношение; гендерные установки. Формат работы - групповая психокоррекция с использованием идей и техник психодрамы, психогимнастики, арт-терапии, клиент-центрированной психотерапии, телесно-ориентированной психотерапии, игровой психотерапии. Программа групповой психокоррекции реализовывалась в течение 15 недель; 22,5 часа. Каждое психокоррекционное занятие состояло из трех фаз: фаза разогрева; основная фаза; фаза завершения.

Ключевые слова: атопический дерматит, индивидуально-психологические особенности, подростки, гендерные особенности.

SUMMARY

Takyun CH. D. "Individual psychological and gender characteristics of adolescents suffering from atopic dermatitis." - Manuscript.

This is for Candidate degree in psychological sciences, specialty 19.00.04 – medical psychology. – V.N. Karazin's University of Kharkiv National University of Ministry of Education and Science of Ukraine. - Kharkiv, 2016.

The thesis is devoted to the study of individually-psychological and gender-specific characteristics of adolescents with atopic dermatitis. Established gender-specific characteristics of attitude to the disease, and that regardless of gender in adolescence, often found mixed type of attitude to the disease, and lack of harmonious attitude. Described structural features of dermatological quality of life. Described the personal characteristics of adolescents that with atopic dermatitis. Was found, that girls are more psychologically vulnerable to the disease. Described emotional structure of teenagers with atopic dermatitis. Described self-attitude peculiarities of adolescents with atopic dermatitis. Researched gender mindsets peculiarities of adolescents with atopic dermatitis. Developed psychocorrection program for adolescents with atopic dermatitis, proved its effectiveness.

Keywords: atopic dermatitis, individually-psychological characteristics, adolescents, gender characteristics, types of attitude to the disease.