

реабилитационной системой для коррекции психопатологической симптоматики у больных детским церебральным параличом.

Ключевые слова: детский церебральный паралич, подростки, клинико-психологические особенности, метод Козьявкина.

CLINICAL AND PSYCHOLOGICAL FEATURES OF ADOLESCENTS WITH CEREBRAL PALSY AND THEIR DYNAMICS DURING REHABILITATION BY THE KOZYAVKIN METHOD

V. I. KOZYAVKIN, N. V. MELEKH

The article presents the results of the study of clinical and psychological features of the adolescents with cerebral palsy and their dynamics during rehabilitation using the Kozyavkin method. The investigation showed that this method was an effective rehabilitation system for the correction of psychopathological symptoms in the patients with cerebral palsy.

Key words: pediatric cerebral palsy, adolescents, clinical and psychological features, the Kozyavkin method.

Надійшла 12.09.2019

УДК 159.955:616-02-009-055.2

Канд. психол. наук А. Ю. ГІЛЬМАН

ОСОБЛИВОСТІ САНОГЕННОГО МИСЛЕННЯ У ЖІНОК

Національний університет «Острозька академія», Острог Рівненської області

Вивчено особливості саногенного мислення у жінок, схильних до психосоматики та фізичних нездужань. Досліджено основні прояви саногенного мислення у пацієнток, їх неадаптивні когніції та домінуючі (деструктивні) судження про себе. Подано результати анкетування з метою виявлення ймовірних психосоматичних розладів, схильності до депресії та наявності соматичних симптомів у жінок.

Ключові слова: психосоматика, психосоматичні прояви, скарги, саногенне мислення, патогенне мислення, саморегуляція, неадаптивні когніції, деструктивні судження, депресія.

За умов стрімких змін у кризовому суспільстві дедалі частіше у дорослого населення спостерігаються прояви тривоги, емоційної нестабільності, тривалого стресу та напруги. У таких переживаннях і негативних станах особа, зокрема жінка, не завжди здатна бути стійкою, а коли їй це вдається, то емоції вона, швидше за все, або бурхливо виражає, що деструктивно впливає на взаємини з іншими, або вдало витісняє. У випадку витіснення або блокування емоцій негативні стани здатні накопичуватись і виявляти у вигляді симптому в тілі. Неможливість безпечно виявляти актуальні негативні емоції може призводити до виникнення психосоматичних розладів та скарг у майбутньому.

Нездорове патогенне мислення, яке спостерігається у разі посилення страждань особи у процесі тривалого її занурення у переживання про своє минуле або можливої тривоги про майбутнє, відсутність ментального аналізу генези негативних

емоцій можуть призводити до психосоматичних симптомів.

Згідно з результатами досліджень науковців [1, 2], виникнення психосоматичних проявів часто зумовлене схильністю особи до хворобливого (патогенного) мислення. Цьому питанню присвячено низку робіт зарубіжних дослідників, які вивчали проблеми особливостей формування саногенного і патогенного мислення, саногенної рефлексії, ресурси долаючої та саногенної поведінки, саногенного потенціалу, саногенного копіngu тощо [2–11].

До проблеми психосоматичних проявів та захворювань зверталися вітчизняні й зарубіжні науковці [12–16], досліджуючи емоції у контексті вивчення психологічних факторів, що створюють передумови до їх виникнення [17], емоційні переживання як емоційну складову психосоматичних захворювань [18], формування психосоматичних розладів [19] тощо. Але роль саногенного

мислення саме у жінок із психосоматичними проявами є недостатньо вивченою.

Накопичений хронічний стрес, причинами якого є посилення і тривале виношування в собі наявних деструктивних емоцій і переживань, нерідко негативно відображається не тільки психологічно у вигляді поганого настрою, але й на рівні фізіологічних функцій організму. Людина стає млявою або занадто бурхливою, емоційною, збудженою, і відповідно реалізація її у професії, в особистій сфері призводить до неприємних наслідків, коли невиражені емоції локалізуються у тілі у вигляді низки симптомів. Це є своєрідним тілесним віддзеркаленням (тілесним сигналом) про душевне життя людини на цей момент.

Поняття «психосоматика» застосовують для позначення фізіологічного стану або захворювання, спричиненого психологічною генезою. Традиційно психосоматичне вчення враховує: взаємодію між біологічними та психологічними чинниками та їхній вплив на розвиток і перебіг захворювань; вплив негативних стресових факторів на нейроендокринну регуляцію соматичних процесів; індивідуальний вплив психосоціальних чинників на розвиток захворювань [20]. В основі психосоматичної медицини лежить інтегральний підхід, коли фахівець знаходить зв'язок між психологічними показниками переживань та поведінки пацієнта і соматичними процесами, а отриману картину використовує у терапевтичних цілях. Психосоматика вирішує питання прогнозу, які визначаються при психологічній допомозі та лікуванні різними методами [20]. Такий підхід містить способи, за яких стрес та соціально-економічні проблеми, взаємодіючи зі стилем життя та поведінкою, можуть безпосередньо впливати на здоров'я жінки.

Для більшості дорослих осіб є характерним патогенне мислення, наслідком якого стають посилення психічної напруги, тривоги, загроза ризику виникнення психосоматичних проявів і психічних захворювань. Згідно з положеннями Р. Лазаруса, стрес виникає в результаті нашої інтерпретації ситуації, того, як ми її сприймаємо [21].

Більш благополучним видом мислення, на протигагу патогенному, є саногенне мислення, яке допомагає подолати внутрішній конфлікт особистості завдяки глибокій рефлексії та ментальному аналізу негативних емоційних переживань, «заземляє» особу в ситуації «тут і тепер». За допомогою саногенного мислення відпрацьовуються актуальні негативні психічні стани, усвідомлюються дисфункціональні думки та емоції, що допомагає адекватно реагувати на ситуацію стресу, а тому в подальшому запобігти виникненню психосоматичних проявів [21].

Особа із вираженим саногенним мисленням здатна конструктивно вирішувати труднощі завдяки комплексному аналізу власного емоційного стану та їх позитивному переусвідомленню. Вона може визначати негативні мисленнєві операції, абсурдність їх посилення. Саногенне мислення пропонує людині нові конструктивні стратегії взаємодії зі світом, нові моделі поведінки, інше сприйняття ситуації, яка склалася. Людина із саногенним мисленням у стресовій ситуації може швидко збалансувати свій психоемоційний стан.

Розробка саногенного підходу заснована на положенні когнітивно-поведінкової терапії про домінування оцінних суджень і думок над афективною сферою, тому особа може змінювати власні умовиводи й впливати на свої емоції.

Змінюючи оцінні судження й переконання, людина може опанувати нові стратегії ставлення до обставин та подій в її середовищі існування.

Якщо особа вміє усвідомлювати і виявляти деструктивні (автоматичні) думки, аналізувати когнітивні викривлення, то вона сприймає ситуацію більш адекватно й відокремлюється від їхніх деструктивних наслідків.

Психологічна робота з автоматичними (деструктивними) думками дає змогу дослідити особистісні схеми, які передують їх утворенню. Наприклад, у жінок зазвичай деструктивні думки пов'язані зі схемою заниженої самооцінки, прийняття себе і свого тіла, своєї зовнішності («я недостатньо гарна», «маю досить пишні форми»), компенсаційного характеру («я мушу все робити бездоганно, інакше я погана господиня») або схеми відторгнення («мене не прийме свекруха», «його сім'я мене відторгне, якщо я буду...»). Вона може обирати стратегію уникання інтимних стосунків («якщо я не матиму близьких стосунків, то мене ніхто не зрадить, тож краще буду одна»). Робота з такими і схожими деструктивними думками допомагає критично проаналізувати подібні судження та переконання, до того ж знайти більш об'єктивне сприйняття ситуації і, відповідно, нові здорові (саногенні) способи реагування на них.

Мета цього дослідження — проаналізувати особливості саногенного мислення у пацієток із психосоматичними проявами і скаргами.

Ми стихійно сформували вибірку із 87 осіб віком від 23 до 46 років, які живуть у Рівненській, Хмельницькій та Житомирській областях.

Під час бесіди, консультативної роботи з деякими жінками генеральної сукупності у них було виокремлено певні причини психосоматичних проявів, а саме — нелюбов до себе, несприйняття свого тіла та себе у дзеркалі, незадоволеність собою загалом, недовіра до представників протилежної статі, пригнічення потреб, наявність внутрішніх

Таблиця 1

Негативні когніції обстежених жінок (за технікою «Перелік критичних життєвих подій»)

Переважаючі судження	%
Я не можу бути хорошою невісткою	52
Я повинна бути гарною господинею, щоб виправдати очікування свекрухи й чоловіка	81
Я ж не гірша за інших	58
Буде жахливо, якщо я не влаштуюсь на роботу після тривалого декрету	72
Ти мене не любиш, якщо навіть не можеш допомогти мені з прибиранням у квартирі	70
Я повинна бути повністю компетентна за своїм фахом, інакше я — ніхто	76
Якщо ти не зробиш те, що я прошу,— я ображусь	76
Ти не заслуговуєш на похвалу	82
Я без нього не зможу	89
Я не хочу працювати, але повинна; інакше буду без грошей, так не можна	87
Ти повинен приділяти мені увагу	78
Без дитини — це не сім'я, я повинна йому народити	91
Я не можу тримати себе в руках, я жива людина	92

конфліктів (між тим, чого прагну, і чого не можу собі дозволити — «не можна») і психологічних травм у минулому, що мають вплив на теперішнє, тощо. Неприйняття жінкою себе як одну із причин розвитку психосоматики можна діагностувати, вивчивши її ментальні особливості, зокрема деструктивні установки та судження про себе та інших. Тому за допомогою техніки «Перелік критичних життєвих подій» [22, 23] ми виявили найпоширеніші неадаптивні когніції в обстежених осіб.

Жінкам було дано завдання пригадати кілька критичних подій із їхнього життя, які справили на них сильне емоційне враження та характеризувалися високою інтенсивністю емоцій. Ми зібрали три списки таких подій: 10 — з дитинства, 10 — підліткового періоду та юності і 10 — зрілого віку. Згідно з технікою події аналізували крізь призму «формули» (А-В-С), зокрема А і С — це те, що сталося і що відчувала жінка у той самий момент. Потім відбувалося «повернення» жінки у кожен з подій для того, щоб проаналізувати В для кожної з них («Що вона говорила собі, через що так засмутилася? До яких висновків про себе, інших та світ призвела ця подія?»). Аналізуючи результати застосованої техніки, ми особливу увагу приділяли повторюваним ситуаціям і складанню переліку думок патогенного характеру у жінок.

Під час обробки отриманих суджень їх було класифіковано у групи дисфункціональних уявлень: 1) негативна думка про себе, заснована на невігратному постійному порівнянні з іншими; 2) критичне/ідеалізоване сприйняття себе; 3) негативні інтерпретації подій (накручування, перебільшення подій); 4) очікування негативних подій у майбутньому; 5) перебування у стані приголомшення, зумовлене перебільшенням значущості ситуації [22].

За даними проведеного дослідження виявлено найпоширеніші судження у жінок (табл. 1).

Отже, для 92% респонденток характерні судження про неможливість контролю власних емоцій («Я не можу тримати себе в руках, я жива людина»), в основі якого лежить базове вірування «Я повинна все контролювати».

З аналізу різних випадків і терапевтичної роботи із жінками до таких суджень можна віднести: «Я виглядаю жахливо, давно забула, коли ходила в салон», «Я повинна бути гарною господинею, щоб виправдати очікування свекрухи й чоловіка», «Я повинна бути хорошою мамою», «Я ненавиджу себе, коли злюсь, я мушу себе контролювати», «Я не можу бути гідною дружиною для нього», «Я повинна бути лідером у сім'ї, щоб бути для сина і мамою, і татом» тощо.

Загалом під час дослідження було зафіксовано 49% повиннісних суджень, 36% — осудних (вони

стосувалися переважно приниження у чомусь за принципом: «А що скажуть люди?!», судження щодо неналежного виконання різного виду завдань: «Хіба так можна?», «Яке він має право так себе поводити?», «Він повинен проводити час із дитиною») та 15% — жахаючих (переважали думки про те, що жінка не може пережити; що є нестерпним для неї: «Буде жахливо, якщо я не влаштуюсь на роботу після тривалого декрету», «Без дитини — це не сім'я, я повинна йому народити» тощо).

Під час емпіричного дослідження було з'ясовано, що загальний показник інтенсивності суб'єктивних фізичних нездужань становить 54% (за Гісенським опитувальником психосоматичних скарг). Домінуючими психосоматичними скаргами, зокрема, є біль у різних частинах тіла (34%) та «серцеві» скарги (29%).

Із метою скринінгового дослідження та виявлення можливих психічних порушень в осіб із хронічними неінфекційними захворюваннями, що включає різні запитання про стан здоров'я протягом останніх двох тижнів, ми використали анкету «Виявлення психосоматичних розладів» за О. Чабаном та О. Хаустовою для дорослих [24] (табл. 2).

Респонденткам було запропоновано твердження, які відповідають або не відповідають їхньому настрою щонайменше протягом останніх

Таблиця 2

**Результати анкетування за методикою
«Виявлення психосоматичних розладів»
в обстежених жінок
(за О. Чабаном та О. Хаустовою)**

Твердження	Відповідь «Так», %
У мене буває поганий настрій, відчуття безнадії	51
Я часто буваю нестерпною і дратівливою	42
Я з песимізмом дивлюсь у майбутнє	18
Я занадто занурена у спогади про минуле	29
Я втратила інтерес до своєї зовнішності	8
У мене поганий і неспокійний сон	19
Мене відвідують тривожні думки і страхи	23
Я уникаю обставин, пов'язаних зі стресом	4
У мене постійна психічна і фізична втома	34
Мені легко зіпсувати апетит	3
Я намагаюся перебороти хворобу, працювати, як колись, і навіть більше	12
Я не вірю в успіх лікування	23
Через свою хворобу я втратила інтерес до справ і близьких людей	11
Я незадоволена своїм сексуальним життям	6
Я надаю перевагу самотності	42
Хвороба робить моє майбутнє сумним і нудним	21
Я незадоволена своїм становищем у суспільстві	0
Я нездатна планувати майбутнє	9
У мене є постійне бажання відчувати себе цінною	5
Мені властива рішучість	3
Я боюся лишатися на самоті	0
Оточення не розуміє моєї хвороби і моїх страждань	14
Я часто нервуюю	49
Я стала частіше плакати	41

двох тижнів. За результатами анкетування виявлено, що жінки часто нервують, плачуть, у них буває поганий настрій, відчуття безнадії, вони стають дратівливими. Варто зазначити, що згідно з опитувальником при шести і більше ствердних відповідях пацієнтка має перейти до другого етапу дослідження (шкали самооцінки депресії та тривоги).

Таблиця 3

**Результати анкетування за шкалою самооцінки
депресії в обстежених жінок
(за О. Чабаном та О. Хаустовою)**

Твердження	Відповідь «Так», %
Я відчуваю постійні сум і пригніченість	31
Я гірше почуваюся вранці й краще — ввечері	0
Останнім часом я часто плачу	24
Мої думки працюють повільніше, ніж раніше	16
Я відчуваю, що стала повільнішою в рухах	3
Я не відчуваю насолоди від життя	8
У мене порушений сон	0
У мене сонливість протягом дня	0
Я помітно втратила вагу або навпаки — значно погладшала	29
У мене постійно відсутній апетит	0
Я часто безпричинно тривожуся	37
У мене періодично виникає серцебиття	2
Мене постійно турбують закрепи	0
Я відчуваю постійну безпричинну втому та виснаження	0
Я не бачу попереду нічого хорошого	0
Мені важко прийняти будь-яке рішення	0
Я не отримую задоволення від того, що раніше мені було приємним	7
Коло мого спілкування останнім часом значно обмежилось	0
У мене бувають думки про власну непотрібність, зайвість	6
Останнім часом я перестала цікавитися фільмами, книгами, газетами, журналами, музикою	0
Мені стало все байдужим	4
Я відчуваю, що заважаю жити іншим	0
Я часто роздумую над сенсом життя	0
У мене є постійні проблеми із сексуальним життям	0
Я перестала дивитися телепередачі	0
У мене з'явилися незрозумілі неприємні відчуття у тілі	23
Відпочинок не приносить мені задоволення	0
У мене з'явилися непосидючість та нетерплячість, злість	11
Я почала дуже рано прокидатися	7
Мені важко зосередитись на чомусь	0

Отже, прослідкуємо результати самооцінки депресії в обстежених жінок (табл. 3).

Помічаємо, що в деяких жінок все-таки присутні депресивні настрої й стани. Тривога переважно стосується сприйняття свого тіла, незадоволеності своїм життям, пригніченістю, наявністю думок, що заважають. При семи та більше ствердних відповідях для успішнішого лікування

Результати анкетування за опитувальником соматичних симптомів SSS-8 в обстежених жінок (за О. Чабаном та О. Хаустовою)

Як часто протягом останніх днів вас турбувало таке:	Зовсім не турбувало	Трохи	Дещо	Достатньо	Дуже
біль у ділянці шлунка або кишківника		12 %			
біль у спині				18 %	
біль у руках, ногах чи суглобах	9 %				
головний біль				14 %	
грудний біль чи задишка	7 %				
запаморочення			28 %		
відчуття втомленості чи нестачі енергії		9 %			
порушення сну		3 %			

соматичної проблеми пацієнтці рекомендовано консультацію у медичного психолога або фахівця з психосоматичної медицини.

Щоб виявити найбільш релевантні й значущі симптоми ймовірної депресії у жінок, ми застосували шкалу депресії А. Бека і продіагностували, що у 89 % осіб відсутні депресивні симптоми, в 11 % виявлено легку депресію. А велика кількість ствердних відповідей на попередні опитувальники (зокрема, самооцінки депресії та дослідження психосоматичних розладів) указує на перебільшене сприйняття власного стану з метою привернення уваги та сильної потреби у вторинній вигоді, що було з'ясовано під час терапевтичної взаємодії.

За допомогою опитувальника соматичних симптомів SSS-8 [24] ми визначали соматичні симптоми у жінок (табл. 4).

Визначено, що у респонденток досить часто бувають запаморочення, біль у спині та головний біль. З'ясовано, що у 31 % жінок є соматичні симптоми середнього ступеня, у 42 % — низького і у 27 % — мінімального.

Аналізуючи отримані результати та процес індивідуального консультування, слід зазначити, що пусковим механізмом психосоматичних процесів є відповідний психічний стан жінки або зміна її психічних станів, які викликають у неї фізіологічну реакцію організму (наприклад, у стані гніву, страху, радості, інших емоційних афектах у схожих процесах). Уже на початку консультативної взаємодії з деякими жінками було помічено використання в їхньому мовленні «органічної мови», або «мови органів» («серце кров'ю обливається», «зблідла від страху», «каменем лежить у мені», «волосся стало дибом від цього», «хіба це чоловік? людина без хребта», «у нього серця немає», «упав камінь із серця» тощо).

Становить інтерес наявність психосоматичних ознак у жінок різного віку, і ми припускаємо, що значну роль у цьому процесі відіграє патогенне мислення.

За методикою вивчення саногенного та патогенного мислення Л. Рубцової ми дослідили, що для 26 % пацієнток із вираженими психосоматичними скаргами характерне саногенне мислення, а у 74 % — переважає патогенне. Типова здатність таких осіб до накручувань за патогенним мисленням підсилюється шаблоною схильністю до перебільшення негативних емоційних переживань, що вже відбулись у минулому або можуть статися у майбутньому. Це призводить до постійних і часто тривалих психологічних страждань жінки, яка потребує врегулювання психоемоційного стану та формування саногенного мислення для її благополуччя і доброго фізичного самопочуття.

Із метою вивчення більш детального прояву саногенного мислення ми дослідили базову специфіку його формування у жінок і отримали такі результати:

- середній рівень розвитку рефлексивності — 62,0 % осіб;
- середній рівень ригідності — 60,0 %;
- домінуючі емоції: злість — 26,0 %, страх — 24,0 % і печаль — 24,0 %;
- домінуюча амбівалентна емоційна реакція реагування на патогенні стимули ззовні — 42,53 %;
- виражена реактивна тривожність — 59,0 %;
- домінуючий прояв локусу контролю — життя: $x_{\text{сер}} = 32,44$ ($\sigma = 7,88$);
- душевне благополуччя і задоволення приносять перш за все здоров'я — 62,0 % і самоконтроль — 57,0 %;
- цілі у житті: $x_{\text{сер}} = 62$, $\sigma = 16,22$, самосприйняття себе і свого тіла: $x_{\text{сер}} = 64$, $\sigma = 16,25$;
- на етапі будь-якої діяльності особа часто тривожиться, що є підґрунтям переважання тенденції мотивації на уникання невдачі — 39,8 %;
- низькі показники за вольовими характеристиками: наполегливість — 52,8 % і самовладання — 47,2 %;

— висока вірогідність нервово-психічних зривів — 44,3% та межовий рівень опірності до стресу — 69,2%;

— домінуючі суб'єктивні фізичні нездужання та емоційні психосоматичні скарги на біль у серці — 29,0%, біль у шлунку — 19,0%, загальне виснаження — 27,0% і найбільший прояв — біль у різних частинах тіла — 34,0%.

Такі емпіричні результати дослідження вказують на потребу формування саногенного мислення у жінок із психосоматичними проявами.

Отже, за результатами дослідження ми дійшли висновків, що домінуючим мисленням у жінок, схильних до психосоматики, є патогенне мислення, яке «тримає» їхні негативні емоційні стани в тонусі й призводить до напруги, стресу, депресивних станів, психосоматичних скарг. Жінки зі зниженим рівнем нервово-психічної стійкості можуть бути схильні до нервових зривів при значних фізичних і психічних перевантаженнях.

Процес зміни мислення є певним кризовим періодом у жінки, яка звикла реагувати типовим негативним способом, для неї робота над власним психоемоційним станом досить складна і вимагає психічних можливостей та волі. Потрібно передусім зосередити увагу на нових, більш конструктивних способах реагування у стресовій ситуації, нових моделях поведінки, а не на посиленні «ваги» емоцій та почуттів і хронічного страждання від цього.

Для обстежених пацієнток є важливим формувати саногенне мислення з метою корекції негативного емоційно насиченого ставлення до себе й інших, усунення частих нервово-психічних зривів, набуття навичок глибокої рефлексії актуальних емоцій тощо.

Список літератури

1. Орлов Ю. М. Оздоровляющее (саногенное) мышление / Ю. М. Орлов.— М.: Слайдинг, 2006.— Кн. 1.— 96 с.
2. Васильева Т. Н. Формирование саногенного мышления младшего школьника: учеб. пособ. / Т. Н. Васильева.— Калининград: Калинингр. ун-т, 1997.— 48 с.
3. Данина М. М. Кинотерапия как средство развития саногенного мышления / М. М. Данина // Человек. Сообщество. Управление.— 2011.— Вип. 1.— С. 99–109.
4. Крайнова Ю. Н. Саногенное мышление против негативных переживаний / Ю. Н. Крайнова // Психология здоровья и личностного роста.— 2010.— № 4.— С. 58–74.
5. Рубцова Л. В. Саногенное мышление: учеб.-метод. комплекс / Л. В. Рубцова.— Новосибирск: Изд-во НГПУ, 2010.— 205 с.
6. Морозюк С. Н. Саногенный стиль мышления. Управление эмоциями. «Обида»: модульно-кодовое учеб. пособ. в мобильной системе обучения КИП-М к циклу курсов по бесконфликтной адаптации и саморазвитию личности / С. Н. Морозюк.— М.: КИП, 2006.— 102 с.
7. Рудаков А. Л. Стресс, стрессоустойчивость и саногенная рефлексия в спорте: моногр. / А. Л. Рудаков.— Красноярск: Красноярский краевой ин-т повышения квалификации и профессиональной переподготовки работников образования, 2011.— 150 с.
8. Ярош Н. С. Саногенна рефлексія як внутрішній ресурс особистості / Н. С. Ярош // Вісн. Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна. Серія: Психологія.— 2017.— Вип. 62.— С. 35–38.
9. Спивак И. М. Сущность и структура саногенного поведения с позиции онтологического подхода к обучению / И. М. Спивак // International J. of Developmental and Educational Psychology.— 2013.— Vol. 2, № 1.— С. 48–53.
10. Осадько О. Ю. Саногенний потенціал діалогічної позиції особистості у ситуації суб'єктивної значимості стосунків з «ідейним опонентом» / О. Ю. Осадько // Психологічні науки: проблеми і здобутки.— 2014.— Вип. 5.— С. 88–103.
11. Родіна Н. В. Особистісні характеристики як ресурси долаючої поведінки. Огляд деяких сучасних теорій копіngu / Н. В. Родіна // Проблеми сучасної психології.— 2010.— № 7.— С. 608–633.
12. Исаев Д. Н. Эмоциональный стресс. Психосоматические и соматопсихические расстройства у детей / Д. Н. Исаев.— СПб.: Речь, 2005.— 400 с.
13. Старшенбаум Г. В. Психосоматика и психотерапия: исцеление души и тела / Г. В. Старшенбаум.— М.: Из-во Института психотерапии, 2005.— 496 с.
14. Долженко Л. П. Захворюваність і рухова активність студентів з різними рівнями соматичного здоров'я / Л. П. Долженко // Теорія та методика фізичного виховання і спорту.— 2004.— № 1.— С. 21–24.
15. Дем'яненко Ю. О. Психосоматичні теорії: виникнення та трансформації ідеї / Ю. О. Дем'яненко // Проблеми загальної та педагогічної психології. Зб. наук. праць Інституту психології ім. Г. С. Костюка АПН України. Київ.— 2006.— Т. VIII, вип. 4.— С. 295–301.
16. Менегетти А. Психосоматика / А. Менегетти.— М.: НФ «Антонио Менегетти», 2018.— 334 с.
17. Холмогорова А. Б. Многофакторная модель депрессивных, тревожных и соматоформных расстройств / А. Б. Холмогорова, Н. Г. Гаранян // Социальная и клиническая психиатрия.— 1998.— № 1.— С. 94–102.
18. Компанович М. С. Специфіка проведення психодіагностики в клініці (на прикладі дослідження емоційних переживань у підлітків із психосоматичними серцево-судинними захворюваннями) /



- М. С. Компанович // Наукові записки Національного університету «Острозька академія». Серія «Психологія»: зб. наук. праць.— Острог: Вид-во НаУОА.— 2018.— № 6.— С. 84–89.
19. *Петрова Н. Н.* Психотерапия в лечении психосоматических расстройств / Н. Н. Петрова, А. В. Коновалова // Обзорные психотерапии и мед. психологии.— 2004.— № 3.— С. 25–27.
20. *Александр Ф.* Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение: пер. с англ. С. Могилевского / Ф. Александр.— М.: ЭКСМО-Пресс, 2002.— 352 с.
21. *Lazarus R. S.* Psychological stress and the coping process / R. S. Lazarus.— N. Y.: McGraw-Hill, 1966.— P. 244–257.
22. *Эллис А.* Гуманистическая психотерапия. Рационально-эмоциональный подход / А. Эллис.— М.: Сова; ЭКСМО-Пресс, 2002.— 272 с.
23. *Бек А.* Когнитивная психотерапия расстройств личности / А. Бек.— СПб.: Питер, 2002.— 349 с.
24. *Чабан О. С.* Психосоматична медицина (аспекти діагностики та лікування) / О. С. Чабан, О. О. Хаустова.— К.: ДСГ Лтд, 2004.— 96 с.

ОСОБЕННОСТИ САНОГЕННОГО МЫШЛЕНИЯ У ЖЕНЩИН

А. Ю. ГИЛЬМАН

Изучены особенности саногенного мышления у женщин, склонных к психосоматике и физическим недомоганиям. Исследованы основные проявления саногенного мышления у пациенток, их неадаптивные когниции и доминирующие (деструктивные) суждения о себе. Представлены результаты анкетирования с целью выявления возможных психосоматических расстройств, склонности к депрессии и наличия соматических симптомов у женщин.

Ключевые слова: психосоматика, психосоматические проявления, жалобы, саногенное мышление, патогенное мышление, саморегуляция, неадаптивные когниции, деструктивные суждения, депрессия.

PECULIARITIES OF SANOGENIC THINKING IN WOMEN

A. Yu. HILMAN

The peculiarities of sanogenic thinking in women who are apt to psychosomatics and physical ailments have been studied. The main manifestations of sanogenic thinking in patients, their nonadaptive cognitions and dominant (destructive) judgments about themselves were investigated. The results of the questionnaire have been presented in order to identify possible psychosomatic disorders, predisposition to depression and the presence of somatic symptoms in women.

Key words: psychosomatics, psychosomatic manifestations, complaints, sanogenic thinking, pathogenic thinking, self-regulation, non-adaptive cognition, destructive judgments, depression.

Надійшла 16.09.2019