

**Заклад вищої освіти «Український католицький університет»**

**Факультет наук про здоров'я**

**Кафедра психології та психотерапії**

**Магістерська робота**

**ЧАСОВА ПЕРСПЕКТИВА ОСІБ ІЗ ЗАХВОРЮВАННЯМИ  
ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ**

**Виконала:** студентка

6 курсу, групи \_ЗПП20/М\_\_\_\_\_

спеціальності 053 Психологія

освітньої програми «Клінічна

психологія з основами

психодинамічної терапії»

Думанська Анастасія Ігорівна

**Науковий керівник:**

Компанович Маріанна

**Рецензент**

---

**Львів – 2022**

## ЗМІСТ

ВСТУП.....	4
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПОНЯТТЯ ЧАСОВОЇ ПЕРСПЕКТИВИ У КОНТЕКСТІ ПОРУШЕНЬ ФУНКЦІЙ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ.....	9
1.1. Поняття часової перспективи та її роль у поведінці людини ....	9
1.2. Теоретичне підґрунтя взаємозв'язку часових перспектив особистості та порушень функцій щитоподібної залози.....	13
1.3. Порушення функцій щитоподібної залози через призму психодинамічних теорій.....	18
1.4. Теоретична модель та гіпотези дослідження .....	21
Висновки до першого розділу .....	24
РОЗДІЛ 2. МАТЕРІАЛИ ТА ПРОЦЕДУРИ ДОСЛІДЖЕННЯ.....	25
2.1. Етапи дослідження .....	25
2.2. Методи дослідження .....	26
2.3. Група досліджуваних .....	28
2.4. Аналіз даних.....	31
Висновки до другого розділу .....	32
РОЗДІЛ 3. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЧАСОВОЇ ПЕРСПЕКТИВИ У ОСІБ ІЗ ПОРУШЕННЯМ ФУНКЦІЙ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ.....	33
3.1. Часова перспектива осіб із порушеннями функцій щитовидної залози та осіб без проявів захворювання.....	33
3.2. Зв'язок між негативним минулим та фаталістичним теперішнім та порушеннями функцій щитоподібної залози.....	35
3.3. Тип якості прив'язаності у осіб із порушеннями функцій щитоподібної залози та осіб без виявів захворювання.....	35
3.4. Роль типу прив'язаності у часовій перспективі осіб з проявами захворювання щитоподібної залози та осіб без проявів захворювання .....	37

3.5. Дискусія результатів .....	43
Висновки до третього розділу .....	46
ВИСНОВКИ.....	49
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ .....	52
ДОДАТКИ .....	58

## ВСТУП

**Актуальність дослідження.** За даними World Health Organization (WHO), на порушення у роботі щитоподібної залози страждає більше 200 млн людей у світі. В Україні кількість захворювань станом на 2017 рік також зросла і саме тироїдна патологія становить 46% від загальної ендокринологічної захворюваності (М.М. Дуб, 2020). І ріст виявлених захворювань за останні роки має тенденцію до збільшення.

На нинішній день відомо багато досліджень про причини виникнення ендокринних захворювань та про їх перебіг. Серед чинників, які впливають на захворювання – генетичні фактори, шкідливий вплив навколишнього середовища, хронічні хвороби, дефіцит вітамінів, незбалансоване харчування. Ще одним важливим фактором, що впливає на порушення є психологічні та фізичні перевантаження, а також індивідуальні особливості людини. Останній чинник включає в себе особливості психологічного та фізичного розвитку.

Стрес часто виступає спусковим механізмом до багатьох захворювань. Проте на стрес кожен буде реагувати різною мірою, враховуючи особливості копінг-стратегій індивіда і його здатності упоратися зі стресом, що формується у період розвитку. Були виявлені зв'язки між порушеннями у роботі функцій щитоподібної залози та певним способом подолання стресу. Більше половини опитуваних людей із захворюваннями щитоподібної залози пережили стресові події напередодні захворювання: стверджують у дослідженні Annamária Rápai, Maria Melania Cozma, Lucica Emilia Coşa, Adriana Mihai (2020).

Клінічні вияви порушень функції щитоподібної залози часто схожі з виявами психічних розладів. Симптоми захворювання на гіпотиреоз включають втому, депресію, забудькуватість і деяке збільшення ваги. Гіпертиреоз характеризується дратівливістю, нервозністю, слабкістю м'язів, втратою ваги, проблемами зі сном, проблемами із зором та подразненням очей. Депресія може спостерігатись за пониженої функції, а тривожність відповідно за підвищеної

функції щитоподібної залози. У важких випадках гіпотиреоз може спостерігатись як манія, делірій, параноя та галюцинації (Brownlie B.E., Rae A.M., Walshe J.W., Wells J., 2000). Ми можемо говорити про те, що на психологічні особливості може впливати наявність захворювання. Проте, є інші дослідження, які вказують на те, що навіть після нормалізації роботи функції щитоподібної залози шляхом медикаментозного лікування, в багатьох випадках психічні симптоми зберігаються (Atsushi Fukao, Junta Takamatsu, Takeshi Arishima et al, 2020). Тому важливо включати також лікування із включенням психосоматичних підходів.

З огляду на психодинамічні теорії, які постулювали такі автори як Ф. Александер, Д. МакДуггол, П. Левін, Х. Льюїнер, І. Малкіна-Пих, Н. Пезешкіан, Р. Хаммер у контексті ендокринологічних порушень, особливо дисфункцій щитоподібної залози можна зауважити певні особливості поведінки, яка є наслідком сприйняття людиною власного часопростору. Автори згадують про психосоматичних пацієнтів із наявністю порушень у роботі щитоподібної залози, як тих, які «подорослішали завчасно» або «не встигли побути дітьми», що може проявлятися у дорослому віці як бажання наздогнати втрачене та дбати про себе самотужки, так ніколи і не осягнувши почуття безпеки та внутрішньої опори. Очевидно, що тут маємо багато запитань до досвіду стосунку із значимими дорослими, що могло спричинити певне самовідчуття та сформувати часову перспективу, відповідно до цих взаємин.

Орієнтація у часі та самовідчуття себе формує певний індикатор життєвого темпу. Кожен індивід має власне уявлення про минуле, сприйняття теперішнього та бачення майбутнього, і те, як ці модуси переплітаються у кожної особи – може мати вплив на людину, а також відобразитись на її психологічному та фізичному самопочутті. За концепцією Ф. Зімбардо та Дж. Бойда (Zimbardo & Boyd, 1999), часова перспектива розглядається як основний аспект у процесі побудови психологічного часу особистості. Автори пропонують розглядати поняття «часової перспективи» як установки, переконання, цінності та особистісне

ставлення людини до часу, що створює неперервне самосприйняття. Модуси минулого, теперішнього та майбутнього мають вплив на упорядкування та узгодженість сенсу власного життя.

На жаль, нам не зустрічалось досліджень, які б розглядали захворювання щитоподібної залози через призму часової перспективи. Тому ми спробували поєднати різні теми дотичних досліджень, аби зрозуміти чи матиме прикладну користь розуміння важливості часу та його сприйняття у лікуванні осіб із наявністю порушень у роботі щитоподібної залози.

**Мета дослідження** – дослідити часову перспективу осіб із наявністю порушень у роботі щитоподібної залози.

**Об’єкт** дослідження – часова перспектива.

**Предмет** дослідження – часова перспектива осіб із порушенням у роботі функцій щитоподібної залози.

Відповідно до мети дослідження були сформульовані такі **завдання дослідження**:

1. Проаналізувати теоретичні підходи до розуміння поняття «часової перспективи»; розкрити психодинамічне підґрунтя формування часової перспективи у осіб із порушеннями у роботі щитоподібної залози; оглянути ряд наукових досліджень, що допомагають розкрити об’єкт дослідження з огляду на його предмет.
2. Розробити план дослідження, на основі теоретичного обґрунтування теми, підібрати методологічний інструментарій для дослідження часової перспективи осіб із порушенням у роботі щитоподібної залози.
3. Емпірично дослідити особливості часових перспектив та ролі типу прив’язаності у формуванні певних часових перспектив у осіб із наявністю порушень у роботі щитоподібної залози та осіб без проявів порушень; проаналізувати наявність або відсутність відмінностей у поведінці досліджуваної та контрольної груп.

4. На основі отриманих результатів дослідження, сформувані практичні рекомендації та ширше розкрити особливості лікування та корекції у осіб із наявністю порушень у роботі щитоподібної залози.

#### **Гіпотези роботи.**

1. Існують відмінності часової перспективи у осіб із порушеннями функцій щитовидної залози та осіб без проявів захворювання.
2. Особи із порушенням функцій щитоподібної залози мають розбалансовану часову перспективу із орієнтацією на негативне минуле та фаталістичне теперішнє у порівнянні із контрольною групою.
3. Існують відмінності за типом якості прив'язаності у осіб, які мають захворювання щитоподібної залози та осіб без прояву захворювання.
4. У часовій перспективі осіб з проявами захворювання щитоподібної залози та осіб без проявів захворювання типи прив'язаності відіграють різну роль.

Для проведення дослідження було використано метод **наукової тріангуляції**, що поєднує у собі використання кількісних і якісних даних задля покращення надійності результатів.

**Методи роботи.** Для збору кількісних даних було проведено опитування за допомогою гугл-форми із використанням таких методик: Опитувальник часової перспективи Ф. Зімбардо (Zimbardo Time Perspective Inventory (ZTPI), (Zimbardo et al., 1999) адаптація на українську мову Сенік, О., (2012)), Методика «Тип поведінкової активності» Л. І. Вассермана і Н. В. Гуменюка, «Тест на визначення якості прив'язаності» (Measure of Attachment Qualities – (MAQ), (Carver, 2013) адаптація та переклад О.-М. Вонс, (2019)) . Також була використана авторська анкета. Для опрацювання якісних даних було використано напівструктуроване інтерв'ю.

**Група досліджуваних.** В опитуванні взяли участь 100 жінок віком від 18 до 65 років, з яких 55 мають порушення у роботі функцій щитоподібної

залози, та 45, які на момент проходження опитування не мали таких порушень. До напівструктурованого інтерв'ю було залучено 5 жінок, які мають порушення у роботі функцій щитоподібної залози.

Таким чином, зважаючи на актуальність проблеми поширеності захворювань щитоподібної залози, та зважаючи на значну складову психологічного чинника захворювання, дослідження є актуальним, адже може мати прикладну користь при лікуванні та корекції порушень функцій щитоподібної залози.



## РОЗДІЛ 1

### ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПОНЯТТЯ ЧАСОВОЇ ПЕРСПЕКТИВИ У КОНТЕКСТІ ПОРУШЕНЬ ФУНКЦІЙ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ

#### 1.1. Поняття часової перспективи та її роль у поведінці людини

Сьогодні питання часової перспективи і сприйняття людиною свого психологічного часу є надзвичайно актуальною темою, адже зачіпає практично всі сфери життя індивіда. Завдяки усвідомленню себе і свого Я у протяжності часового виміру, людина бачить себе як особистість і має про себе спогади і суб'єктивне самовідчуття.

Саме поняття часу може розглядатись як *психофізіологічний* аспект, що відображає плинність часу. Це дає можливість для орієнтації у навколишньому середовищі та адаптації у ньому. Ю. О. Клименко (2017), посилаючись на низку авторів, виводить відлік часу як складну систему роботи організму на основі ендогенних процесів, таких як серцеві скорочення, дихальний цикл, обмін речовин, у поєднанні з екзогенними впливами, що складаються з циркадних ритмів та інших змін у навколишньому середовищі. Також виокремлюються такі характеристики, як усвідомлена оцінка часу, що поділяється на два рівні, перший з яких заснований на рефлексах, а другий використовує мову та уяву.

Наступна проблема, яку виокремлюють науковці – точність / неточність сприйняття. С. Рубінштейн (1999) охарактеризував закон емоційно-детермінованої оцінки часу, коли позитивні емоції викликають бажання продовжити часову тривалість моменту, який здається коротшим. І за негативних емоцій виникає бажання зменшити тривалість таких переживань, що видається, наче час триває довго. Сприйняття часу також може змінюватись під дією препаратів, за інтоксикації, зміні добових ритмів, надмірній діяльності, безсонні.

Когнітивні процеси (пам'ять, увага і мотивація) також впливають на суб'єктивне сприйняття часу. Наші органи чуття можуть бути розвиненими в тій

чи іншій мірі, що впливатиме на різне часовідчуття, яке формується і визначається індивідуальною спрямованістю психічної активності, потенціалом та саморегуляцією психіки (Ю. О. Клименко, посилаючись на О. Єршова, 2017).

Розглядаючи *психологічний* аспект часу, натрапляємо на різнопланові погляди. Першочергово варто згадати, що ідеї науковців та дослідників багато в чому беруть початок з праць філософів, таких як Арістотель, І. Ньютон, Р. Декарт, Г. В. Лейбніц. У своїх роботах вони порушували питання часу і розмірковували над цим феноменом, використовуючи різні кути зору, що врешті завершувалось висновком: час є порядком певних послідовних феноменів.

Французький психолог П. Фресс (1978) стверджував, що ми не можемо сприймати час не залежно від подій, але відчуваємо його як ритм і послідовність. А вчений Дж. Дж. Уітроу (1960) стверджує, що час – це посередник між можливим і дійсним. Він виводить психологічний аспект поняття часу як те, що перебуває у свідомому розумінні різниці між бажанням і задоволенням, відповідно позначає час, як абстракцію руху, що пов'язана з послідовністю. Отже, можна розглядати час як певні точки подій у житті особистості.

У психології є багато різних термінів на позначення психологічного часу особистості та її життєвого шляху. Серед них такі як: «психологічна перспектива», «сприйняття часу», «життєва перспектива», «особистісна перспектива», «насиченість часу» та ін. Велике різноманіття схожих за звучанням термінів часто приводить до плутанини між визначеннями і поняттями. З огляду на це дослідження, ми будемо опиратись на поняття «часової перспективи», як аспекту, у процесі формування психологічного часу особистості. Оскільки саме це поняття отримало найбільше поширення, ми будемо опиратись на такі його показники, як розуміння поведінки людини та її життя в цілому, самовідчуття і світосприйняття у модусах минулого теперішнього і майбутнього.

Особливості усвідомлення власного життєвого шляху і дослідження його як часової перспективи належать ідеї К. Левіну, який визначав її як цілісне

бачення індивіда щодо свого минулого і майбутнього через призму теперішнього моменту (Lewin, 1942), описуючи цей процес як наявність психологічного поля. Сам термін «часова перспектива» ввів Л. Франк (1939), що позначає її як сукупність уявлень індивіда про своє психологічне минуле і майбутнє в цей момент. Він був один із перших, хто позначив важливість часової перспективи у вивченні поведінки людини.

Мотиваційний підхід розуміння часової перспективи належить бельгійському психологу Ж. Нюттену, який виокремив три складові психологічного часу: часова перспектива у розумінні таких характеристик: протяжність, глибина, насиченість, рівень структурованості та реалістичність; ставлення особистості до минулого теперішнього і майбутнього як позитивне чи негативне; часова орієнтація – скерованість поведінки індивіда на об'єкти і події часових зон.

Саме об'єкти лежать в основі часової перспективи. Ідеї Ж. Нюттена підхопили інші дослідники.

Сучасні уявлення про часову перспективу належать професору Ф. Зімбардо (Zimbardo, 1999). Він позначає часову перспективу як несвідомий процес, що створює неперервний потік досвіду особистого і соціального. Такий досвід розподіляється у часові категорії або рамки, завдяки яким узгоджуються, впорядковуються і отримують сенс життєві події. Таким чином, часова перспектива може формуватися під впливом зовнішніх обставин та суб'єктивного реагування на ці події і надавати певну характеристику особистості. Ф. Зімбардо та А. Гонзалесом було виокремлено такі часові орієнтації: негативне минуле, позитивне минуле, гедоністичне теперішнє, фаталістичне теперішнє та майбутнє.

Орієнтація на негативне минуле відбиває загальне песимістичне ставлення до минулого. Таке ставлення могло бути сформованим реальними травматичними подіями, або ж суб'єктивним негативним тлумаченням минулих подій.

Орієнтація на позитивне минуле забарвлена теплими, приємними, ностальгічними спогадами про минуле і насичена його позитивною реконструкцією. Хоча така перспектива виглядає позитивною, проте надмірні ностальгічні спогади можуть звужувати перспективу майбутнього.

Гедоністичне теперішнє характеризується здатністю особистості до організації свого життя, сповнюючи його діяльністю та взаєминами, що приносять задоволення. Водночас, прагнучи отримати бажане в теперішній момент часу, такі люди часто не здатні «почекати» та докласти зусиль для досягнення довгострокової цілі, нехтують правилами та часто їх уникають чи порушують.

Фаталістичне теперішнє характеризується відчуттям безсилля та безпорадності, смиренності. Такі люди переконані, що у їхньому житті все вирішує доля, вони не беруть відповідальність за своє теперішнє та майбутнє, мають низьку самооцінку.

Орієнтація на майбутнє характеризується особистостями, які здатні прийняти свої помилки як досвід. Вони також вміють приймати свої перемоги і надихатись ними на готовність до нового досвіду. Вони усвідомлюють відповідальність за своє життя, тому здатні досягати успіху і дбати про своє здоров'я (Зімбардо, 2010).

Також окремо була виокремлена збалансована часова перспектива. Це перспектива, яка може відповідати різним життєвим ситуаціям, є достатньо гнучкою та адаптивною. Ф. Зімбардо та Дж. Бойд (Zimbardo & Boyd, 1999) характеризують збалансовану часову перспективу як поєднання високого рівня позитивного минулого, помірний рівень гедоністичного теперішнього, помірний рівень майбутнього, низький рівень негативного минулого та фаталістичного теперішнього.

## **1.2. Теоретичне підґрунтя взаємозв'язку часових перспектив особистості та порушень функцій щитоподібної залози**

На нинішній день багато відомо про будову та функції щитоподібної залози. Це парний орган ендокринної системи. Щитовидна залоза є периферійним гіпофіз-залежним органом ендокринної системи. Ендокринна система разом з нервовою системою беруть участь у регуляції і координації важливих функцій організму.

Порушення у роботі функцій щитовидної залози має вплив на організм в цілому, і, на жаль, психологічне функціонування – не виняток. Вивченням гіпотиреозу зацікавились ще в другій половині XIX століття. Вперше гіпотиреоз у дорослих описав В. Галл у 1874 року. Кілька років потому В. Орд ввів термін «мікседема», щоб описати набряк, який він спостерігав у деяких пацієнтів з гіпотиреозом. У 1888 році Комітет з мікседеми Лондонського клінічного товариства вперше пов'язав гіпотиреоз з психозом. Комітет повідомив про 109 пацієнтів з мікседемою і зазначив, що маячення та галюцинації виникають за занедбаного стану недуги. У 1949 з'явився термін «мікседемне божевілля», що позначав зв'язок психозу при гіпотиреозі.

Дисбаланс та зрушення у роботі щитоподібної залози, зокрема гормональні перепади, мають безпосередній вплив на центральну нервову систему. Це може впливати на такі афективні стани: тривожність, коливання настрою, труднощі зі сном, неврологічні проблеми.

Клінічні прояви захворювання при підвищеній або пониженій функції можуть спостерігатись відповідно як прояви тривожності і депресії. Близько 40% пацієнтів із клінічним гіпотиреозом мають значні ознаки та симптоми депресії (Thomas W. Heinrich, Garth Grahm, 2003). А у важких випадках гіпотиреозу може спостерігатись манія, делірій, параноя, галюцинації та ін. (Brownlie B.E. et al, 2000).

Багато досліджень часової перспективи демонструють кореляції між психологічними захворюваннями та відповідними орієнтаціями перспектив. Д. Джонатан та М. Стольтман (Jonathan J.K. Stoltman, MA, 2017) посилаючись на ряд інших досліджень, також констатують, що депресія та депресивна симптоматика часто сполучаються з афективними, поведінковими, соціальними і фізичними соматичними скаргами. Результати їхнього дослідження зазначають, що в осіб, які мають орієнтацію на майбутнє та позитивну орієнтацію на минуле, менш депресивна загальна симптоматика. Науковий огляд досліджень афективних порушень (А. Ю. Захарова, А.В. Трусова, 2019) у депресивних пацієнтів визначає песимістичну орієнтацію на майбутнє та фіксацію на негативному минулому. Це свідчить про те, що збільшення перспективи на майбутнє може покращити результати лікування депресії та підвищити толерантність до стресу.

Особливе місце у маніфестації захворювань посідає стрес. «Стрес – це неспецифічна реакція організму на будь-яку вимогу», -- так визначає поняття стресу Г. Сельє, ендокринолог, біолог, патофізіолог, основоположник вчення про стрес. У 1936 році він вказав на «тріаду стресу», яка складається з трьох стадій: 1. мобілізація адаптивних можливостей організму; 2. стадія тривоги; 3. стадія виснаження (О. Даниляк, та ін., 2016) .

Таким чином, на початку будь-якого стресу спрацьовує імунна реакція і вона підсилюється. Професор Р. Сапольскі (2019) зазначає, що багатьма дослідниками насправді вивчалась не реакція на стрес, а процес відновлення імунної реакції на стрес. Коли нервова система переживає травму, імунні клітини потрапляють в кров, і чим більша кількість цих клітин, тим більше запалення виникає у травмованій тканині. Вчений також стверджує, що ранню стадію активації імунітету здатні «вмикати» і психологічні стресори. У нормі, реакція на стрес є адаптивною і корисною для організму, але коли інтенсивність стресу та його тривалість надто довга, то опірність імунітету знижується. Якщо імунна система активована постійно під дією надто сильного стресу або він хронічний,

то імунна система починає вважати власний організм загрозою. Так виникають імунні захворювання.

Дослідження, проведене 2019 року Rárai, A., Cozma, M., Coşa, L. & Mihaï, A., (2020), вивчало когнітивні стратегії подолання проблем у людей із захворюваннями щитовидної залози (гіпо- та гіпертиреоз) та рівень стресу, який вони відчувають. Також було простежено, чи існують зв'язки між рівнем пережитого стресу і стратегій подолання, які ними використовуються (42 пацієнта, з яких 31 з гіпотиреозом та 11 з гіпертиреозом). Щодо стресових подій, які переживали люди із захворюваннями щитоподібної залози напередодні розвитку хвороби, зазначається, що 58,13% вибірки стосувались подій із таким рівнем стресу, який збільшує ризики психосоматичних захворювань. Пережиті негативні події підвищують рівень стресу у людей, і разом з менш активними стратегіями подолання проблем можуть бути частиною причин, що призводять до захворювань щитоподібної залози.

Для осіб у стресових кризових ситуаціях характерна розбалансована часова перспектива з орієнтацією на негативне минуле і фаталістичне теперішнє і менша орієнтація на позитивне минуле у порівнянні з контрольною групою. Такі висновки отримані з дослідження (Є. В. Павлова, П.П. Сімонова, 2011), у якому брали участь 30 осіб, що проходили стаціонарне лікування у відділі кризових станів клініки неврозів. Інше дослідження, у якому взяли участь 204 чоловіки (105 з тривожним розладом і 99 – без) (Papastamatelou J., Unger A., Giotakos O., Athanasiadou F., 2015) виявили високу кореляцію між реакцією на стрес і негативним минулим та фаталістичним теперішнім, розглядаючи взаємозв'язок між тривогою, усвідомленим стресом і часовими перспективами.

Травматичний досвід дитинства має вплив на розвиток захворювань у дорослому віці, як психологічних, так і фізіологічних. На основі дослідження (Dube, Shanta R. PhD, et al, 2009) виявлені результати, що травматичний стрес у дитинстві збільшував ймовірність госпіталізації з діагностованим аутоімунним захворюванням у дорослому віці. У цьому ж дослідженні зазначається у

посиланні на інше дослідження (Danese A, et al, 2007), що жорстоке поводження в дитинстві було пов'язане з підвищенням рівня с-реактивного білка, кількості лейкоцитів та інших маркерів запалення і може викликати аутоімунні захворювання. У дорослих, через 20 років збільшувались дані показники, що свідчить про те, що жорстоке поводження в дитинстві самостійно посилює запалення в подальшому житті.

Люди, які зазнали насильства або були зневажені у дитинстві, формують негативну часову перспективу, яка, у свою чергу, призводить до використання стратегії негативного досвіду, а також резюмують про наявність опосередкованого зв'язку між дитячою травмою та симптомами посттравматичного дитячого досвіду. Такі дані були подані у описовому крос-секційному дослідженні (Hadianfard H, Rezaei F, Hosseini Ramaghani N., 2020), в якому взяли участь 131 пацієнт з ПТСР (72 жінки та 59 чоловіків).

Нещодавнє дослідження (Julie V. Chandler and Zena R. Mello, 2021) досліджувало часову перспективу у підлітків (790 учасників). Залучені були учасники, які мали у досвіді негативні життєві події, такі як: відсторонення від навчання, втеча з дому, смерть близької людини. Результати дослідження показали, що у таких життєвих ситуаціях підлітки з негативним досвідом мали орієнтацію на негативне минуле.

Гуровою О. С. (2019) було проведено дослідження часової перспективи у осіб з хронічними захворюваннями (група досліджуваних – 60). Результати показали, що часові перспективи осіб із захворюваннями відрізняються від часових орієнтацій осіб без соматичних захворювань. Ті, що мали хронічні захворювання, орієнтувалися на негативне минуле, а також мали орієнтацію на фаталістичне теперішнє і звужену перспективу на майбутнє. Майбутнє для таких осіб мало риси тривоги і загрози. Також зазначено, що були отримані суперечливі дані щодо перспективи на минуле, оскільки частина респондентів мала орієнтацію на позитивне минуле, але у більш ностальгічному ключі. Авторка зазначає, що така суперечливість може бути пов'язана із впливом самого



захворювання, тому респонденти сприймають своє минуле з тужливими спогадами про часи без захворювання.

На основі огляду поняття часової перспективи, було виявлено наступні особливості цього феномену:

- відображає установки, цінності і поняття особистості;
- може змінюватись під впливом зовнішніх факторів;
- може бути певною характеристикою особистості, віддзеркалюючи суб'єктивне сприйняття подій;
- може зумовлювати поведінку індивіда, в залежності від його часових орієнтацій.

Досліджень, які б відображали часову перспективу осіб із порушеннями функцій щитовидної залози практично не траплялось. Тому ми зосередили увагу на дотичних дослідженнях, що стосувались реакцій на стрес, причин розвитку імунних захворювань, вплив травматичного дитячого досвіду, а також прояву психологічних порушень за наявності такого захворювання.

Отже, можемо підсумувати опрацьовані дослідження наступними твердженнями:

- захворювання щитоподібної залози може супроводжуватись психологічними порушеннями;
- стресові події, що передували захворюванню, а також травматичний дитячий досвід сприяють розвитку аутоімунних захворювань;
- травматичний дитячий досвід формує стратегії уникнення нового досвіду із орієнтацією на негативне минуле;
- за соматичних хронічних захворюваннях спостерігається орієнтація на негативне минуле та фаталістичне теперішнє;
- за депресивної та тривожної симптоматики спостерігається часова орієнтація на негативне минуле і фаталістичне теперішнє;
- у стресовій кризовій ситуації часова перспектива розбалансована із орієнтацією на негативне минуле і фаталістичне теперішнє

### 1.3. **Порушення функцій щитоподібної залози через призму психодинамічних теорій**

Психологія займається вивченням взаємозв'язку тіла і душі. У З. Фрейда немає праць, які б стосувались саме психосоматики, проте певні доробки про різні стани тіла він залишив. Вчений писав про симптоми істерії, соматичні симптоми актуального неврозу, іпохондричні симптоми та конституційні органічні захворювання. Його праці надихнули інших психоаналітиків розвивати ці ідеї у своїх спостереженнях під час лікування соматичних пацієнтів. Ш. Ференчі вивчав взаємозв'язок між соматичними проявами та психічними подіями, наголошував на важливості тіла у формуванні первинних символів. Г. Гроддек постулював, що соматичне захворювання може сформуватись за тими ж принципами, що і невротичний симптом.

Поняття психосоматичної медицини ввів Ф. Александер, який був учнем Ш. Ференчі. Він пов'язав у цьому понятті психоаналітичну концепцію та фізіопатологію. Опираючись на поняття актуального неврозу, стверджував, що емоції, які придушуються на психічному рівні впродовж тривалого часу, передаються через вегетативну нервову систему до органів та організму в цілому і під постійною активацією порушують їхні функції. Це в свою чергу приводить до функціональних розладів, а потім і до органічних захворювань. Також він висунув теорію специфічності, за якою кожній емоції відповідає певний фізіопатологічний синдром.

Пізніше ідею специфічності у 80-х роках розвивав Р.Г. Хаммер, який вважав захворювання не патологією, а важливими біологічними програмами, що покликані допомогти індивіду впоратись з надмірними емоційними переживаннями та психологічним дисстресом (Caroline Markolin, Ph.D., 2007).

Ідеї об'єктних стосунків розвивала М. Кляйн, увібравши досвід своїх наставників, якими були Ш. Ференчі та К. Абрахам. Вона описувала тілесний досвід, як першочерговий, який може символізуватись лише завдяки матері.

Тобто індивід може пізнати своє тіло лише через зовнішні лібідонозні об'єкти, а саме через материнське тіло. Інтроектоване тіло матері та стосунки з ним, в першу чергу тілесний, стає основою внутрішнього психологічного світу індивіда.

В свою чергу Д. В. Віннікот стверджував, що не існує окремо поняття немовляти без мами та впровадив ідею недиференційованого цілого, що має назву психо-сома. За його ідеями спершу з'являється сома, з якої виникає психіка, яка потім знову оселяється в тілі. І все це відбувається через функцію, яку виконує мати. Ці ідеї продовжила Дж. Макдуггал, яка писала про здатність дитини оселитись у своєму тілі за допомогою проєктивної ідентифікації. Вона описувала психосоматичних пацієнтів як таких, що мають порушення у ранньому стосунку і тому не можуть символізувати, їхнє тіло створює своє власне мислення, де симптоми не символізуються, а надто сильні переживання просто викидаються з психічної обробки в тіло.

Хоча У. Р. Біон ніколи не систематизував психосоматичні теорії, проте його концепції були дуже пильними щодо тілесних реакцій та психічних змістів. Важливо зазначити, що він виокремив прото-ментальну систему, в якій немає диференціації між фізичним, психологічним чи ментальним. І висував ідею, що при будь-якій органічній хворобі завжди існує її психологічний аналог. Мати, виконуючи функцію контейнера, дає можливість дитині інтегрувати психічні якості за допомогою ревері. Але якщо цей процес зазнає поразки, то сенси, що не були опрацьовані, викидає назад в тіло, залишаючи їх не менталізованими, що може призводити до соматизації.

Таким чином, будь який тілесний збій ми можемо розглядати в контексті психодинамічної теорії. Наступні дослідники спостерігали певні особливості поведінки та формування схожих симптомів та їхньої психологічної картини, намагаючись зрозуміти тілесну мову захворювання. Ф. Александер описує взаємозв'язки між психологічними процесами та функцією щитовидної залози, вказуючи, що її секреція пришвидшує психічну діяльність, збільшує

чутливість і може посилювати тривожність, але одночасно і емоційні переживання мають вплив на її секрецію через вплив на нервову систему. Це зумовлене тим, що секреція щитоподібної залози регулюється гіпофізом, на який має вплив симпатична нервова система та гіпоталамус.

Особливу роль в здатності до толерування стресу відіграє формування надійної прив'язаності (Дж. Боулбі, 1975). В даному випадку мати виконує роль надійної емоційної бази, що дозволяє дитині вивчати навколишній світ, надаючи достатньо простору для самостійної активності, що дає можливість пізнавати себе як особистість. Посилаючись на низку досліджень, К. Бріш (2014) описує взаємозв'язок природи і виховання на основі прив'язаності і виділяє важливий об'єкт (дорослого), як психобіологічний регулятор або дизрегулятор гормонів дитини, що мають прямий вплив на експресію генів. Якщо ж у розвитку наявний травматичний досвід, то це має також вплив на розвиток мозку, зокрема на зменшення об'єму гіпокампу, мозолистого тіла та амигдали.

Отже, можемо спостерігати важливість раннього розвитку та особливо роль стосунку, що має вплив на людину вцілому, як на її органічні, так і на її психологічні особливості.

Психосоматичний пацієнт з гіпертиреозом за Ф. Александером – це люди із сильним відчуттям внутрішньої незахищеності, з надмірним почуттям відповідальності та схильністю до контролювання емоцій. Люди, які через свій травматичний досвід минулого, в теперішньому не мають змоги покладатися на інших, але мають нав'язливу тенденцію створити собі безпеку самотужки. Вони ніби весь час живуть з сильною внутрішньою тривожністю і думками про смерть. Через брак (реальний чи психологічний) стабільного об'єкта у їхньому житті, вони так ніби були змушені невдало і передчасно ідентифікуватись з кимось з батьків, найчастіше з матір'ю і подорослішали, будучи дітьми. Усі свої зусилля вони покладають на те, аби стати самодостатніми і допомагати іншим. Але така надмірна діяльність перевантажує нервову систему і приводить до захворювання, адже внутрішня тривога і суб'єктивне почуття покинутості

нікуди не зникає. Також вони схильні до надмірного бажання бути соціально успішними, багато працювати і бути відповідальними. Очевидно, стверджує І. Г. Малкіна-Пих (2005), це така функція самозаспокоєння, адже досягаючи успіху, вони ніколи не відчують задоволення, натомість гостро реагують на невдачі і помилки. Так, ніби при підвищеному рівні гормонів, ці люди почувають себе нормальними, а при нормальному – сприймають свій стан як пасивний, депресивний і безініціативний.

Н. Пезешкіан (2006) описує людину із гіпертериозом як таку, яка може активізувати всі життєві процеси і рости пришвидшено та передчасно дозрівати. Схильна жертвувати собою заради інших, при цьому агресивні почуття до тих, хто має підтримку і вміє нею скористатись, витіснені і скомпенсовані надмірними стараннями до успіху і самодостатності.

Картина особистості з гіпотиреозом (Ф. Александер, Н. Пезешкіан, Г. Малкіна-Пих) демонструє людину, яка відмовилась від своїх справжніх бажань, змушена виконувати одноманітну або не цікаву їй роботу і перемістила свої бажання лише в мрії та фантазії. Глибоко фрустрована, вона несвідомо створює певну форму протесту – де всі процеси в її організмі заповільнюються і її нервова система не переходить з парасимпатичної активності в симпатичну. Функція щитовидної залози знижена і клітини не доотримують достатню кількість гормонів.

Таким чином, можемо дійти висновків, що рівень стресу та психологічні особливості індивіда, його минуле -- перебувають у тісній взаємодії та мають вплив на розвиток захворювань, в тому числі і на порушення функцій щитоподібної залози.

#### **1.4. Теоретична модель та гіпотези дослідження**

З огляду на описаний теоретичний матеріал, можна припустити, що люди із порушенням функцій щитоподібної залози мають в анамнезі унікаючу

або амбівалентну прив'язаність. Оскільки ранній досвід стосунку має важливе значення, то вказані типи прив'язаності можуть бути одними із чинників, що зумовлюють своєрідне сприйняття взаємин, а також впливають на певну поведінку людини. Таку поведінку можна розглядати в контексті часової перспективи.

На основі огляду низки досліджень, можна підсумувати, що захворювання щитоподібної залози може супроводжуватись психологічними порушеннями, які мають прояви депресивної та тривожної симптоматики. В свою чергу, депресивна та тривожна симптоматика характеризується часовою орієнтацією на негативне минуле та фаталістичне теперішнє. Стресові події, що передують захворюванню, а також травматичний дитячий досвід сприяють розвитку аутоімунних захворювань. Також травматичний дитячий досвід формує стратегії уникнення нового досвіду із орієнтацією на негативне минуле. При соматичних хронічних захворювань спостерігається орієнтація на негативне минуле та фаталістичне теперішнє, а також при стресовій кризовій ситуації.

Таким чином, можна припустити, що у осіб із порушеннями функцій щитоподібної залози може бути розбалансована часова перспектива із орієнтацією на негативне минуле і фаталістичне теперішнє.

Схематичне зображення теоретичної моделі дослідження подано нижче (рис.1.1.)

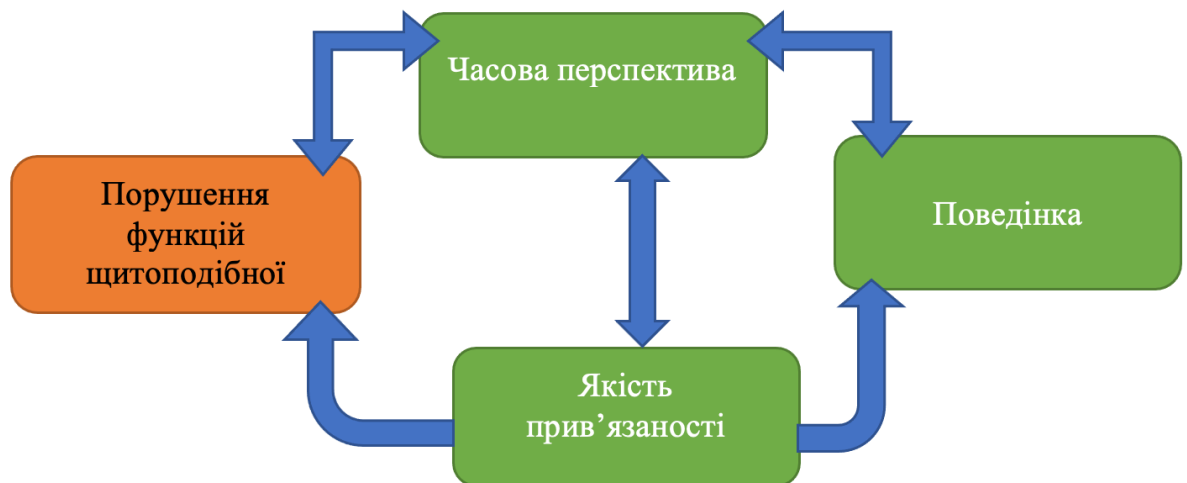


Рис. 1.1. Теоретична модель часової перспективи у осіб із порушеннями функцій щитоподібної залози

На основі теоретичної моделі ми можемо розглянути часову перспективу в контексті наявності захворювання, опираючись на теоретичний матеріал, що розкриває зміст та поведінку людини при наявності порушень функцій щитоподібної залози, а також на отримані дані дослідження.

Для цього ми сформулювали такі **гіпотези**:

5. Існують відмінності часової перспективи у осіб із порушеннями функцій щитовидної залози та осіб без проявів захворювання.
6. Особи із порушенням функцій щитоподібної залози мають розбалансовану часову перспективу із орієнтацією на негативне минуле та фаталістичне теперішнє у порівнянні із контрольною групою.
7. Існують відмінності за типом якості прив'язаності у осіб, які мають захворювання щитоподібної залози та осіб без прояву захворювання.
8. У часовій перспективі осіб з проявами захворювання щитоподібної залози та осіб без проявів захворювання типи прив'язаності відіграють різну роль.

Для перевірки гіпотез було укладено методичний інструментарій, за допомогою якого можна буде перевірити часову перспективу опитуваних, а також їх поведінкову активність та якість прив'язаності. Додатково було проведено інтерв'ювання осіб, що мають порушення функцій щитовидної залози.

### **Висновок до розділу 1**

Узагальнюючи вищеописане теоретичне дослідження теми часової перспективи у осіб із порушеннями функцій щитоподібної залози, було виявлено, що прямих досліджень, які б розглядали особливості поведінки особистості з такими захворюваннями, нам не трапилося. Теоретичне підґрунтя та спостереження за людьми, що мають порушення функцій щитоподібної залози, особливо за їхньою поведінкою, надихнуло на фокусуванні саме на цій темі, тому було вирішено дослідити можливі кореляції між певними часовими перспективами та досвідом якості прив'язаності.

Аби побудувати теоретичну модель та зрозуміти доцільність даного дослідження, до уваги брались дослідження з різними дизайнами, більшість з них є кроссекційними, ретроспективними та якісними.

Оскільки часова перспектива відбиває установки, цінності і поняття особистості, може змінюватись під впливом зовнішніх факторів, може бути певною характеристикою особистості, віддзеркалюючи суб'єктивне сприйняття подій, а також може зумовлювати поведінку індивіда, в залежності від його часових орієнтацій, то наше дослідження є доцільним, адже дає можливість більш глибоко розглянути причини захворювання щитоподібної залози під кутом зору психодинамічних теорій, простежити особливість таких пацієнтів, може пояснити їх поведінкові патерни. Оскільки часова перспектива може змінюватись, то відповідно може змінюватись сприйняття індивіда, переоцінка установок, зміна цінностей, що в свою чергу впливає на поведінку особистості щодо свого самосприйняття, ставлення до свого здоров'я, толерування стресу.



## РОЗДІЛ 2

### МАТЕРІАЛИ ТА ПРОЦЕДУРИ ДОСЛІДЖЕННЯ

#### 2.1. Етапи дослідження

Дослідження було проведене з січня до лютого 2022 року. Емпіричні дані були зібрані за допомогою google форми, яка містила запитання з підібраних опитувальників та авторської анкети. Поширювалось дослідження у соцмережах (facebook, Instagram).

До участі у дослідженні залучалися чоловіки та жінки віком від 18 до 65 років. Залучалися учасники, які були певні, що на момент проходження опитувальника мають порушення у роботі функцій щитоподібної залози, а також ті, хто точно знає, що таких порушень не має. Для визначення досліджуваної та контрольної груп були запитання анкети, за якими зроблено розподіл. Учасники, які мали порушення у роботі функцій щитоподібної залози були скеровані до додаткових запитань, які стосувалися особливостей лікування, діагнозу, наявності стресових подій перед маніфестом захворювання, а також присутності чи відсутності виявів порушень функцій щитоподібної залози у їхніх родичів.

Для проведення якісного дослідження було використано напівструктуроване інтерв'ю (подане у Додатку А), у якому брали участь лише ті досліджувані, які мають порушення у роботі функцій щитоподібної залози. Інтерв'ю було проведене на платформі Zoom, із використанням попередньої інформованої згоди на проведення, подаючи свої дані у google формі. Учасники погодилися на запис та обробку даних зі збереженням конфіденційності.

Дослідження було проведено із збереженням анонімності, усі дані та результати подавались в узагальненому вигляді. Респонденти залишали за собою право відмовитись від дослідження на будь якому етапі. Інтерв'ю містило загальні питання та не передбачало впливу на опитуваних.

## 2.2. Методи дослідження

Дослідження мало кроссекційний дизайн, а також було доповнене результатами інтерв'ю. Основні висновки з дослідження були зроблені на перетині кількісних та якісних даних, що забезпечило дотримання принципу наукової триангуляції. Цей принцип передбачає комбінування цих двох методів дослідження задля поєднання переваг обох методологій та створення третього поля для опрацювання результатів.

Для проведення **кількісного дослідження** було використано такі методики:

### *Опитувальник часової перспективи Ф. Зімбардо*

Zimbardo Time Perspective Inventory (ZTPI), (Zimbardo et al., 1999) адаптація на українську мову Сенік, О., (2012).

*Мета використання:* визначити орієнтацію часової перспективи досліджуваних у двох групах та дослідити відмінності цих орієнтацій у групах, якщо такі є. А також розкрити поведінку досліджуваної групи та дослідити кореляції часових перспектив із якістю прив'язаності.

*Структура опитувальника:* складається з 5 шкал та 56 запитань. Кожне запитання містить шкалу відповідей 1 – зовсім не характерно/ зовсім не правдиво, 2 – не характерно/ не правдиво, 3 – нейтрально, 4 – характерно/ правдиво, 5 – дуже характерно/ дуже правдиво. Опитувальник складається з наступних шкал: негативне минуле, гедоністичне теперішнє, майбутнє, позитивне минуле, і фаталістичне теперішнє. Ці шкали розкривають суб'єктивне сприйняття часу та відповідну поведінку досліджуваних щодо різних сфер свого життя. Вищі показники за кожною зі шкал вказують на сильніший прояв відповідної тенденції. Бал за конкретною шкалою рахується, як середнє арифметичне відповідних пунктів. Частина тверджень є оберненими. Методика подана у Додатку Б.

**Методика «Тип поведінкової активності» Л. І. Вассермана і Н. В. Гуменюка**

Розроблена на основі опитувальника Jenkins Activity Survey (JAS), (С. David Jenkins, 1974) і адаптована Л. І. Вассерман, Н. В. Гуменюк, НДПІ імені Бехтерева.

*Мета використання:* визначити, до яких типів поведінкової активності належать респонденти, простежити чи є відмінності у групах за наявністю захворювання, а також перевірити чи існують кореляції поведінкової активності із якістю прив'язаності та часовими орієнтаціями.

*Структура опитувальника:* Матеріал представлений у вигляді 61 питання. В кожному питанні (твердженні) вибрані варіанти відповідей оцінюються в балах із навантаження від 1 до 13 балів. Залежно від загальної суми набраних балів досліджуваний може належати до того чи іншого типу поведінкової активності (прямо пропорційно кількості набраних балів, починаючи від мінімального - тип А, до максимальних значень - тип Б). Авторами-розробниками тесту виділені 5 типів: *Тип А* (сумарний бал до 167) - гіперактивність, висока енергійність, нетерплячість, імпульсивна особистість; *тип - А (умовно - тип А1)* (168 – 335 балів) - енергійна особистість, яка прагне до конкуренції, без амбіційності та агресивності, з підвищеною діловою активністю; *проміжний (перехідний) тип особистісної активності - тип АБ* (336 -459) - збалансована особистість, з прихованою схильністю до домінування, впевнена, емоційно-стабільна особистість; *тенденція до поведінкової активності типу - Б (умовно - Б1)* (460 – 626) -- раціональна, обережна, некваплива, з помірною активністю особистість; *виражений поведінковий тип особистісної активності - тип Б* (від 627) -- невпевнена особистість, їй притаманні постійні сумніви, вона уникає відповідальності, пасивна. Методика подана у Додатку В.

**«Тест на визначення якості прив'язаності»**

Measure of Attachment Qualities – (MAQ), (Carver, 2013) адаптація та переклад О.-М. Вонс, (2019) .

*Мета використання:* визначити тип якості прив'язаності у досліджуваній та контрольній групах, а також простежити відмінності у цих групах і дослідити кореляції з часовою перспективою досліджуваних.

*Структура опитувальника:* складається з 14 питань, відповіді на які оцінюються від 1 до 4 балів: 1 – я більшою мірою не погоджуюся з твердженням, 2 – я певною мірою не погоджуюся з твердженням, 3 – я певною мірою погоджуюся з твердженням, 4 – я більшою мірою погоджуюся з твердженням. Опитувальник містить 4 шкали: «безпека», «уникнення», «амбівалентність – занепокоєння», «амбівалентність - заглиблення у себе». Методика подана у Додатку Г.

**Якісне дослідження** передбачало проведення напівструктурованого інтерв'ю із особами, що мають наявні порушення у роботі щитовидної залози. *Мета дослідження* – розкрити ставлення учасників до свого захворювання і як воно вплинуло на їхнє життя, дослідити події у житті до виникнення захворювання, як учасники охарактеризували ці події, які емоції супроводжували в цей період. На інтерв'ю учасників просили розповісти про досвід дитинства. Також нас цікавило, як учасники відчують час, та яка відповідно поведінка їм притаманна. Наостанок було запропоновано уявити своє захворювання і за бажанням намалювати його.

Запитання, які використовувалися в інтерв'ю подано у Додатку А.

### **2.3. Група досліджуваних**

До дослідження було залучено 100 осіб, з них 55 мали порушення функцій у роботі щитовидної залози. Відповідно група осіб без проявів захворювання налічувала 45 (рис. 2.1).

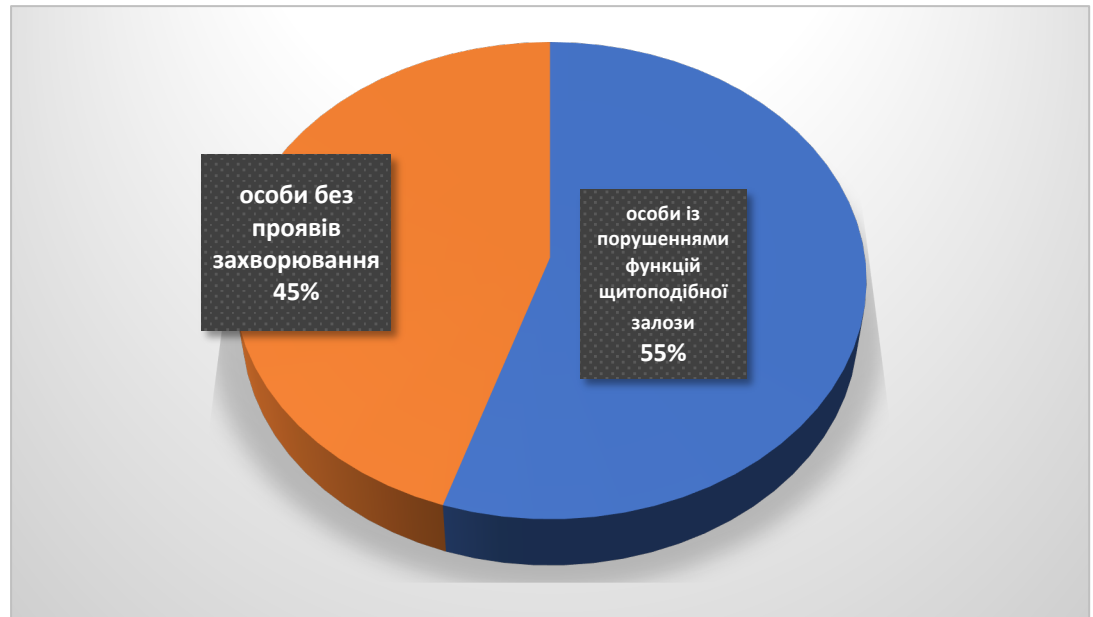


Рис. 2.1. Розподіл досліджуваних за наявністю чи відсутністю порушень функцій у роботі щитоподібної залози

Прим. 1 – особи з порушеними функціями у роботі щитоподібної залози

2 – особи без проявів захворювання

За статевою ознакою усі респонденти – жінки. За віковою структурою були виокремлені діапазони, на які припали наступні групи: 18-25 років – 20 осіб, 25-35 років – 44 особи, 35-45 років – 32 особи, 45-55 років – 3 особи, і 55-65 – 1 особа. Особливості розподілу досліджуваних двох груп за віком зображені на рис. 2.2.

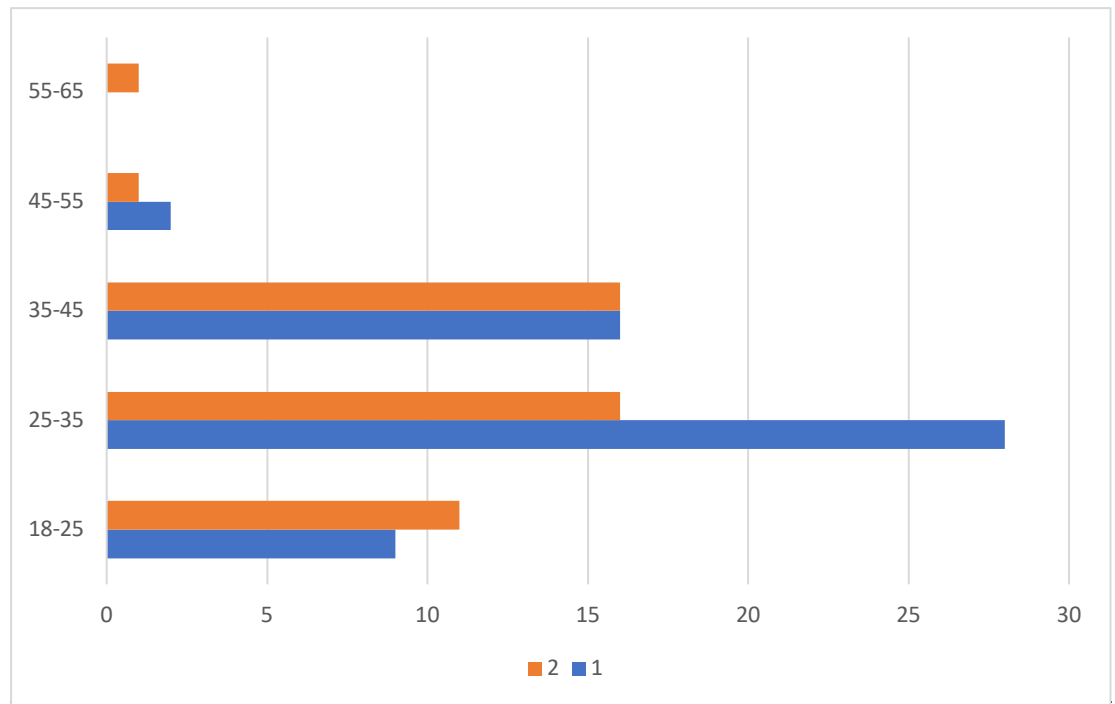


Рис. 2.2. Особливості вікового розподілу досліджуваних

Прим. 1 – особи із порушеннями функцій у роботі щитоподібної залози

2 – особи без проявів захворювання

Частка осіб які мають порушення функцій щитоподібної залози за віковою структурою розподілилась наступним чином (рис. 2.2). 18-25 років – 9 осіб, 25-35 років – 28 осіб, 35 -45 років – 16 осіб, 45-55 років – 2 осіб. Серед них 22 мають аутоімунний тироїдит, 13 – гіпотиреоз, 11 – зоб, 4 – вузли, 1 – рак щитоподібної залози та 4 – мають порушення, проте не знають точного діагнозу (рис. 2.3.) 33 особи проходять лікування та 22 не лікуються. На запитання, чи у сім'ї хтось мав порушення у роботі щитоподібної залози 34 відповіло ствердно, 12 осіб – заперечно, а 9 не знають, чи хтось мав захворювання у їхній сім'ї.

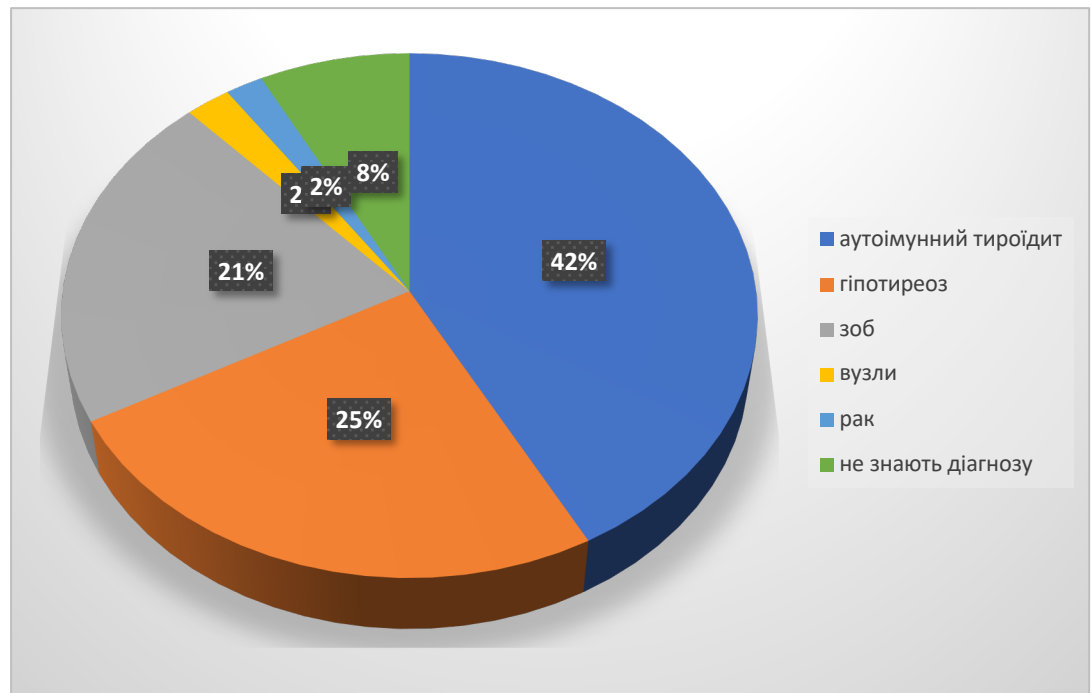


Рис. 2.3. Особливості розподілу за діагнозом

В інтерв'ю взяли участь 5-ро осіб, які погодилися розповісти про своє захворювання та власний досвід, пов'язаний з ним. Всі опитувані – жінки. 2-є з них у віковому діапазоні 25-35 років, 2 – 35-45, і 1 – 45-55. Серед них такі діагнози як аутоімунний тироїдит – 2, гіпотиреоз – 2, прооперований рак щитоподібної залози – 1.

#### 2.4. Аналіз даних

Для опрацювання даних було використано програму Statistica 8.0. На початку проводилася перевірка даних на узгодженість розподілу з нормальним. Результати перевірки подано у Додатку Д. Результати за більшістю шкал не мали нормального розподілу, відтак для перевірки гіпотез використовувалися непараметричні критерії.

Відмінність у часовій перспективі у осіб із порушеннями функцій щитовидної залози та осіб без проявів захворювання визначалася за допомогою порівняльного аналізу: було проведено порівняльний аналіз двох незалежних груп за критерієм Мана-Уїтні. Також проводився порівняльний аналіз

досліджуваної та контрольної груп за типами прив'язаності. Для визначення ролі типів прив'язаності у часовій перспективі осіб із проявами захворювання щитоподібної залози та осіб без проявів захворювання проводився множинний регресійний аналіз на кожну з груп за шкалами часової перспективи. Незалежними змінними були шкали типів якості прив'язаності.

Інтерв'ю опрацьовано за допомогою контент аналізу. На початку була здійснена транскрипція кожного інтерв'ю. Далі ми визначили фокус, на який опирались у зібранні основних тез. Фокус стосувався питання поведінки і часу, а також емоційного досвіду щодо захворювання та досвіду минулого. Було виокремлено релевантний текст, що допомогло описати отримані результати кількісного аналізу.

## **Висновок до розділу 2**

Для проведення дослідження було вирішено обрати кореляційний дизайн із частиною якісного. Було залучено 100 осіб, які дали відповіді на питання опитувальника, що містив методики на часову перспективу, на дослідження поведінкової активності та типу якості прив'язаності. В інтерв'ю взяли участь 5 осіб.

Група досліджуваних склала 55 осіб із наявністю порушень функцій щитоподібної залози, та 45 осіб без проявів захворювання. Всі досліджувані були особами жіночої статі.

Дані були опрацьовані в програмі Statistica 8.0. Було проведено описову статистику, порівняльний та множинний регресійний аналіз. Інтерв'ю опрацьовано за допомогою контент-аналізу.



## РОЗДІЛ 3

### ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЧАСОВОЇ ПЕРСПЕКТИВИ У ОСІБ ІЗ ПОРУШЕННЯМ ФУНКЦІЙ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ

#### 3.1 Часова перспектива осіб із порушеннями функцій щитовидної залози та осіб без проявів захворювання

У першій гіпотезі роботи припускалося, що існують відмінності часової перспективи у осіб із порушеннями функцій щитовидної залози та осіб без проявів захворювання.

Результати порівняльного аналізу за критерієм Мана-Уїтні подано у Додатку Е, таблиця Е.1. та представлено на рис. 3.1. Результати аналізу показали, що статистично значущі відмінності наявні за шкалою «Позитивне минуле» ( $p=0,02$ ).

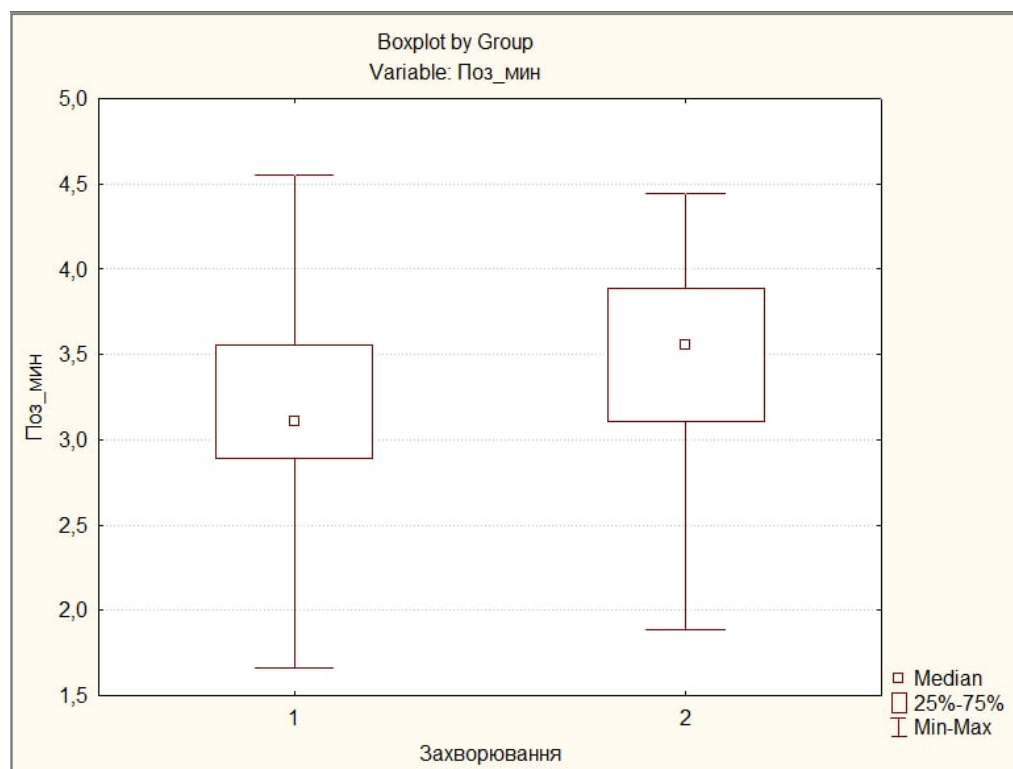


Рис. 3.1 Оцінка позитивного минулого респондентів

Прим. 1 – особи з порушеннями функцій щитоподібної залози

2 – особи без проявів захворювання

Особи без проявів захворювання частіше погоджувалися з твердженнями що стосувались позитивних спогадів про минуле, коли запахи і звуки нагадують приємні факти дитинства; описували минуле, як старі і добрі часи, сумували за минулим; а також згадували сімейні традиції.

За результатами аналізу, можемо стверджувати, що особи із порушенням функцій щитоподібної залози мають менше навантаження на шкалу «Позитивного минулого», аніж особи без проявів захворювання. Можемо проілюструвати ставлення до минулого з розповідей досліджуваних, що взяли участь у інтерв'ю, до яких входили лише ті, хто має порушення у роботі щитоподібної залози:

*«Надмірно було все. Пам'ятаю сварки батьків, потім конкретно були ситуації, в тата були дуже великі неприємності пов'язані з роботою. Страшно було, обідно, сумно, тривожно, безпорадно. Всі негативні емоції.»*

*«...я була дуже маленькою і тато поїхав на заробітки. Мені було дуже самотньо без нього. Також я була дуже чемною дитиною. От як мама привела в садок чистенькою – так я і просиділа там, щоб нічого не вимазати. Я просто боялась порухатись там... щоб не вимазатись і не бути насвареною мамою. І так було у всьому. »*

*«Я дуже мало часу проводила з батьками, я є небажана дитина. Все дитинство з бабусею і дідусем. Самотність звідти.»*

Таким чином гіпотеза підтвердилась частково, оскільки маємо відмінності у двох порівняльних групах за шкалою «Позитивне минуле». Такі дані свідчать про те, що контрольна група, а саме особи без проявів захворювання мають більше навантаження на шкалу позитивного минулого, аніж ті, хто має порушення у роботі функцій щитоподібної залози.

### **3.2 Зв'язок між негативним минулим та фаталістичним теперішнім та порушеннями функцій щитоподібної залози**

У другій гіпотезі дослідження припускалося що особи із порушенням функцій щитоподібної залози мають розбалансовану часову перспективу із орієнтацією на негативне минуле та фаталістичне теперішнє.

Порівняльний аналіз двох незалежних груп (осіб, що мають порушення у роботі функцій щитоподібної залози та осіб без проявів захворювання) не продемонстрував відмінностей у навантаженні саме на шкали «Негативне минуле», «Фаталістичне теперішнє» за групуючою змінною «Захворювання». Отже, можемо дійти висновку, що гіпотеза не підтвердилась. Результати подані у Додатку Е, таблиця Е.2.

### **3.3 Тип якості прив'язаності у осіб із порушеннями функцій щитоподібної залози та осіб без проявів захворювання**

Для перевірки третьої гіпотези про відмінності за типом якості прив'язаності у осіб, які мають захворювання щитоподібної залози та осіб без прояву захворювання застосовувався порівняльний аналіз за критерієм Манна-Уїтні.

Гіпотеза перевірялась за групуючою змінною шкали «Захворювання» (де 1 – особи із порушеннями функцій щитоподібної залози, 2 – особи без проявів захворювання) та залежними змінними шкал якості прив'язаності «Безпека», «Уникнення», «Амбівалентність занепокоєння» та «Амбівалентність заглиблення».

Результати аналізу довели (рис. 3.2), що існує відмінність за шкалою «Уникнення» ( $p=0,01$ ). Результати представлені у Додатку Е, таблиця Е.3.

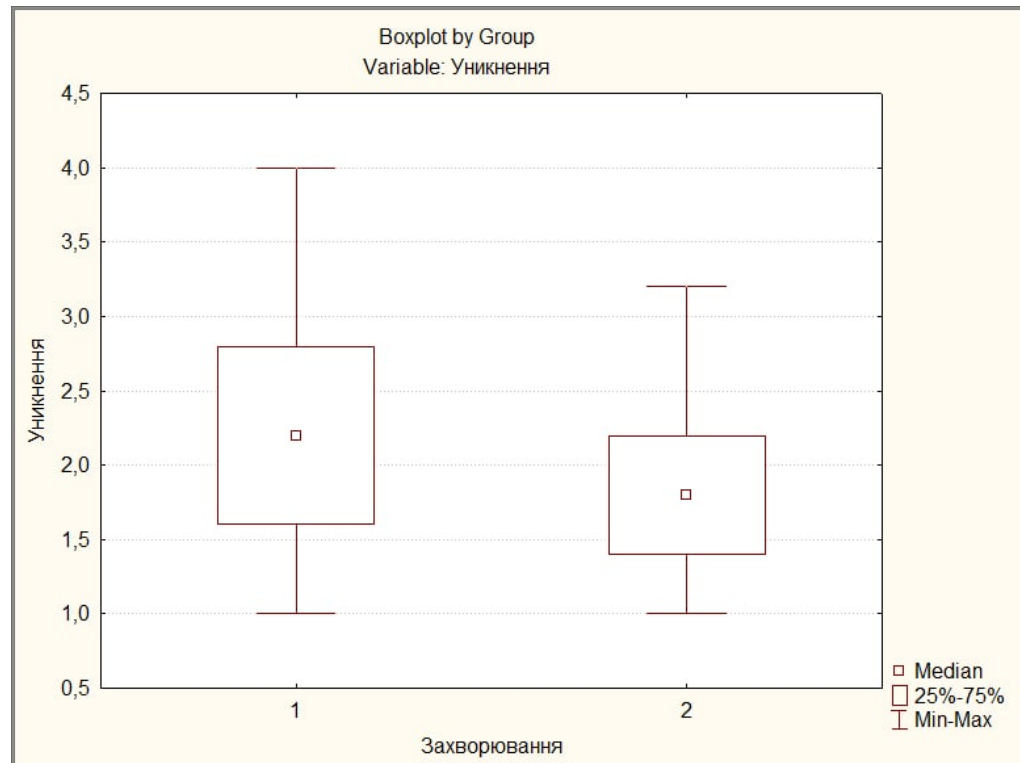


Рис. 3.2 Оцінка типу прив'язаності за шкалою «Уникнення» респондентів

Прим. 1 – особи з порушеннями функцій щитоподібної залози

2 – особи без проявів захворювання

Особи, які увійшли в групу тих, що мають порушення у роботі функцій щитоподібної залози частіше погоджувались з твердженнями, які описували важкість бути поруч з іншими, не бажання бути близькими з іншими людьми та відчуття дискомфорту у присутності інших людей.

Учасниці інтерв'ю описували свою поведінку як уникаючу, проте пояснювали її надмірним навантаженням і діяльністю:

*«Я постійно зайнята справами. І з дітьми постійно придумую якусь активність, але так ніби займаю окремо їх і окремо себе. Ну, наприклад, я маю прибрати все до ідеалу, навіть коли розумію, що один день можна пропустити і побавитись з дітьми. Але так ніби бавитись – це даремно витратити свій час, за який я б могла щось корисне зробити. Я пишу дітям щоденник, щоб вони могли прочитати як вони росли. І на це також*

*потрібен час, і це забирає час побути з дітьми... розумію, що звучить дико...».*

*“Постійна напруженість, яку сама собі створюю різними проектами. Відчуваю що все намагаюсь втиснути в один день. В мене немає такого, що я можу виділити час на себе, подивитись фільм. Я працюю, а просто приходжу додому і вирубуюсь. Такий графік – це моя ініціатива. Відпочинок ? – ну намагаюсь не працювати в суботу і неділю. Але шукаю активного відпочинку, навіть коли треба просто полежати. Я почуваюсь самотньою, а коли я занята – я не западаю в депресивні стани. Вдома на самоті – мені не комфортно. Про допомогу інших просити важко”.*

Таким чином, гіпотеза частково підтвердилась.

### **3.4 Роль типу прив’язаності у часовій перспективі осіб з проявами захворювання щитоподібної залози та осіб без проявів захворювання**

Четверта гіпотеза дослідження припускала, що роль прив’язаності у часовій перспективі осіб з проявами захворювання щитоподібної залози та осіб без проявів захворювання буде різною. Для перевірки гіпотези було здійснено множинний регресійний аналіз окремо для двох груп. У першу увійшли особи із наявністю порушень у роботі щитоподібної залози. Друга група – особи без проявів захворювання. Залежною змінною у регресійному аналізі виступала кожна шкала часової перспективи окремо. А незалежними змінними – шкали типів якості прив’язаності. Таким чином було здійснено 10 регресійних аналізів. Значимі результати подані у Додатку Ж.

В обидвох групах тип прив’язаності «Амбівалентність -заглиблення» виступає предиктором часової перспективи «Фаталістичне теперішнє» (рис. 3.4). Як ми бачимо, коефіцієнт множинної детермінації дещо різний у групі із наявністю порушень у роботі щитоподібної залози ( $R^2 = ,40$ ) та у групі осіб без проявів захворювання ( $R^2 = ,28$ ). Проте, у групі осіб із наявністю порушень у

роботі щитоподібної залози маємо сукупність змінних Амбівалентність-заглиблення ( $\beta = 0,39$ ,  $p = 0,003$ ) та тип поведінкової активності Б1 ( $\beta = 0,25$ ,  $p = 0,03$ ). Іншими словами, у осіб із наявністю порушень у роботі щитоподібної залози перспективу фаталістичного теперішнього, яке включає почуття безсилля, безпорадності та смиренності, частково визначає тип прив'язаності «Амбівалентність-заглиблення». Ця група частіше погоджувалась із твердженнями: «мені важко утримати інших настільки близько, наскільки я хочу»; вони вважали, що звичка заглиблюватися у себе відштовхує інших; а також стверджували, що люди неохоче зближуються з ними, у той час як вони цього прагнуть. Також таку перспективу детермінувала тенденція до поведінкового типу Б1, що описує раціональну, обережну, неквапливу особистість, з помірною активністю. Решта значень можуть бути детерміновані іншими чинниками, які не були включені в цю модель.

### Фаталістичне теперішнє

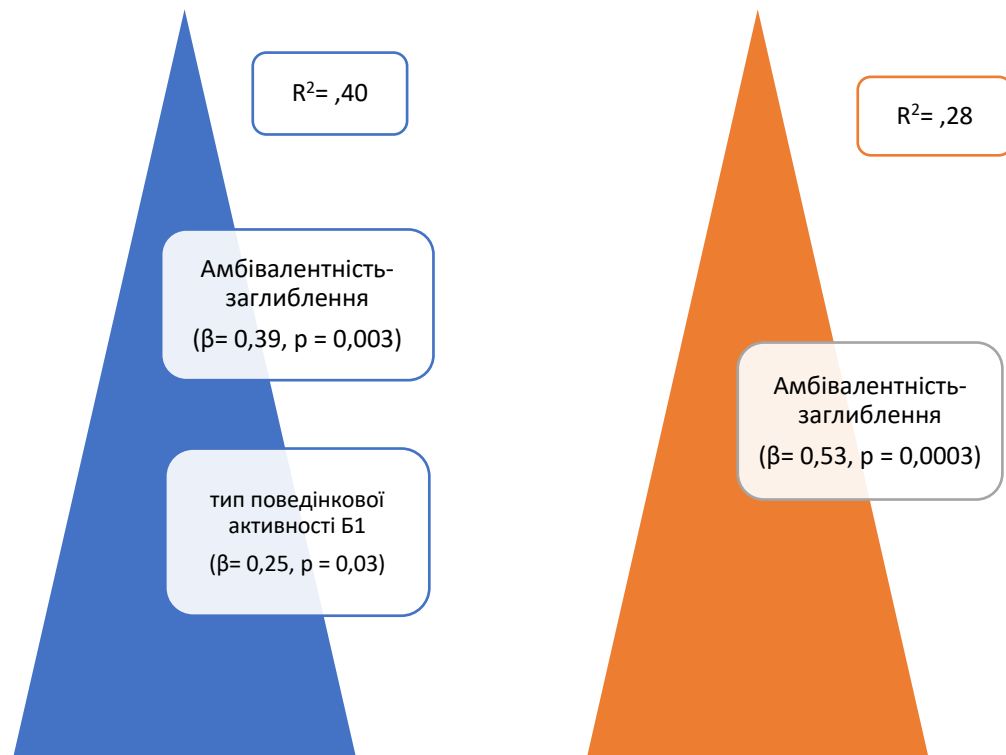


Рис. 3.4 Тип привязаності як прогностичний чинник фаталістичного теперішнього: результати регресійного аналізу

Прим. Синій – особи із порушенням функцій щитоподібної залози

Оранжевий – особи без проявів захворювання

За результатами інтерв'ю, особи, які мають порушення у роботі щитоподібної залози, проявили амбівалентне ставлення до свого захворювання. Уявляючи свій симптом, всі опитувані описували його, як щось зовнішнє, з чим вони перебувають у взаєминах. Це було щось, що «захищає» і щось, що «заважає», а також щось, чого зараз неможливо «позбутись». І хоча всі респонденти хотіли б бути здоровими, проте уявити себе без симптому вони не могли, що підтверджуємо відповідями інтерв'ювання:

*«То дуже може банально і смішно, але я собі уявляю то як такий коронавірус. Як оце малюють його – отакі штучки. Вони є назовні. Я так ніби їх тримаю. Не готова їх десь відпустити, вони мені ніби потрібні. Але вони і заважають. Я ніби не можу робити щось інше, бо в мене заняті руки. І я*

*розумію, що могла б звільнитись і позбутись їх, але поки я не можу цього уявити. То так ніби мені треба зробити вибір.»*

*«Я уявляю такі маленькі штучки, як віруси, з колючками. Як будяки в дитинстві, якими кидались. Вони знаходяться навколо мене. І охороняють мене. Я не готова на даному етапі з ними розлучатись. Без них мені не комфортно. Це дивно. В мене теплі відчуття до цих штучок. Але я розумію, що вони мене і бережуть і водночас тримають у якійсь неволі.»*

*«Щось, що тебе душить. Щось, що тримає за шию. Дві руки. Фрагменти долонь. Це не мої руки, чужі. Мені б хотілось їх забрати. Треба акумулювати свої сили, щоб мати змогу забрати ті руки...»*

Зображення уявного симптому учасницями подано у Додатку 3.

Наступні результати регресійного аналізу показали, що тип якості прив'язаності незалежної змінної «Амбівалентність-заглиблення» можна пояснити на 18% ( $R^2 = ,18$ ) у групі осіб, що мають порушення у роботі щитоподібної залози та 44% ( $R^2 = ,44$ ) у групі осіб без проявів захворювання. Тобто, чим нижчий рівень типу прив'язаності «Амбівалентність-заглиблення» тим більша орієнтація на «Позитивне минуле».



Позитивне минуле

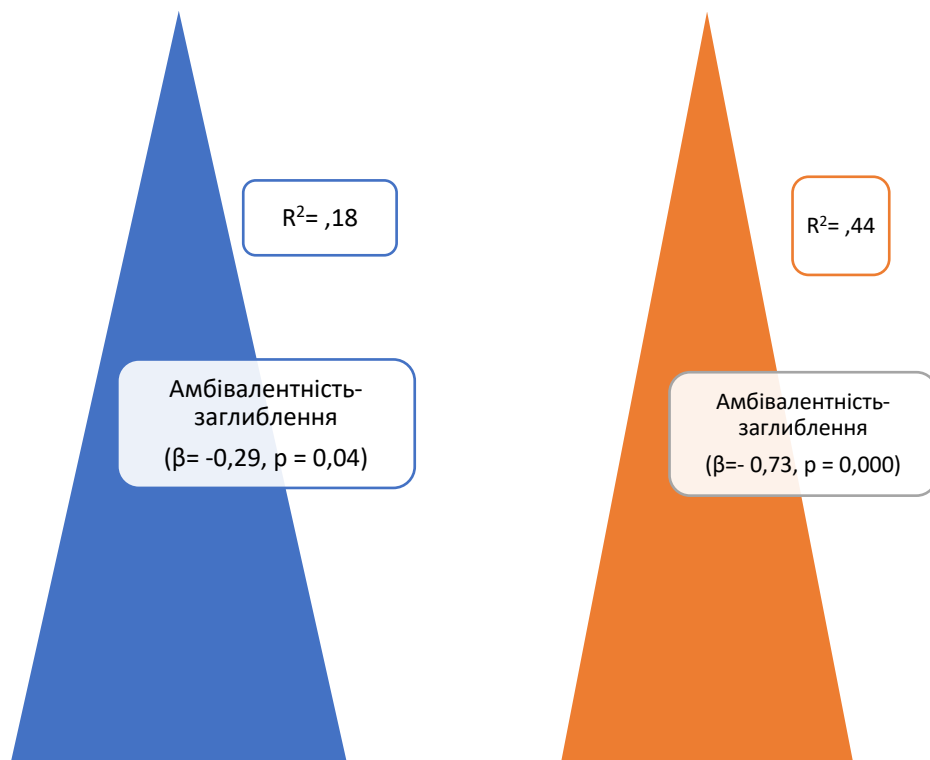


Рис. 3.6 Тип привязаності як прогностичний чинник позитивного минулого: результати регресійного аналізу

Прим. Синій – особи із порушенням функцій щитоподібної залози  
Оранжевий – особи без проявів захворювання

Результати якісного аналізу ілюструють ставлення до минулого у осіб із порушеннями у роботі щитоподібної залози у менш позитивному ключі, що можна продемонструвати розповідями учасниць інтерв'ю:

*«Дитинство... Ти сама в тих переживаннях. Але ті батьки, які виховувались в радянському союзі – вони не вмiли говорити з дітьми. Ніхто не пояснював і ніхто не заспокоював.»*

*«Не знаю, в мене звичайна сім'я була. Там мало хто цікавився моїми переживаннями. Яюсь сама собі давала раду. Була відповідальна, рано стала самостійною. Не знаю, що ще додати. Дитинство як дитинство.»*

Також було отримано значимі результати за типом якості прив'язаності «Амбівалентність-заглиблення», яка детермінує часову перспективу «Майбутнє» (рис. 3.7). Показник детермінації є значним  $R^2 = .34$ , а також маємо

наступну сукупність змінних в групі осіб, які мають порушення у роботі щитоподібної залози: «Амбівалентність-заглиблення» ( $\beta = -0,28$ ,  $p = 0,04$ ) та тип поведінкової активності А1 ( $\beta = -0,21$ ,  $p = 0,03$ ). Це означає, що чим нижчий рівень типу прив'язаності «Амбівалентність-заглиблення», а також нижчий тип поведінкової активності А1, тим більша орієнтація на «Майбутнє».

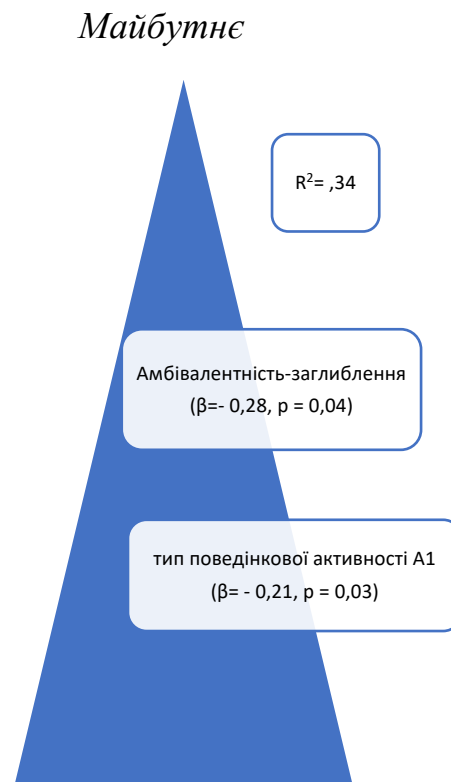


Рис.3.7 Тип привязаності як прогностичний чинник майбутнього: результати регресійного аналізу

Прим. Синій – особи із порушенням функцій щитоподібної залози

У групі осіб без проявів захворювання були отримані значимі результати за типом якості прив'язаності «Амбівалентність заглиблення» та «Безпека». Коефіцієнт детермінації становив  $R^2 = ,66$ , де маємо наступну сукупність значень: «Амбівалентність заглиблення» ( $\beta = 0,81$ ,  $p = 0,000$ ) та «Безпека» ( $\beta = 0,21$ ,  $p = 0,03$ ), тип поведінкової активності А1 ( $\beta = -0,28$ ,  $p = 0,03$ ). Натомість у групі осіб із проявами порушень у роботі щитоподібної залози коефіцієнт детермінації склав  $R^2 = ,22$ , де значимим є лише тип поведінкової активності А1 ( $\beta = 0,28$ ,  $p = 0,03$ ). Цей тип характеризує енергійну особистість, з

підвищеною діловою активністю. Отже, тип прив'язаності «Амбівалентність-заглиблення» впливає на формування перспективи «Негативного минулого» лише у групі осіб без проявів захворювання.

*Негативне минуле*

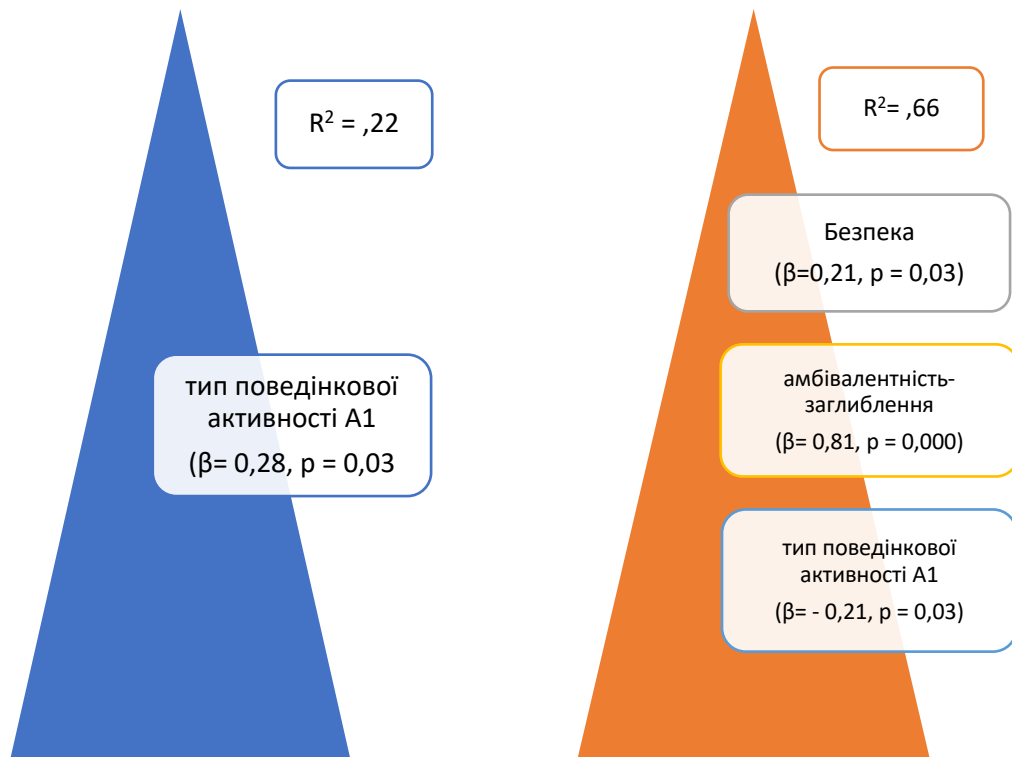


Рис. 3.7 Тип прив'язаності як прогностичний чинник негативного минулого: результати регресійного аналізу

Синій – особи із порушенням функцій щитоподібної залози

Оранжевий – особи без виявів захворювання

Отже, ми можемо стверджувати, що тип прив'язаності «Амбівалентність-заглиблення» відіграє значиму роль у формуванні часової перспективи «Фаталістичного теперішнього» та звужує перспективу «Позитивного минулого» в обидвох групах. В групі із наявністю порушень у роботі щитоподібної залози тип прив'язаності «Амбівалентність-заглиблення» звужує перспективу «Майбутнього». А у групі осіб без проявів захворювання детермінує «Негативне минуле». Таким чином, можемо вважати, що наша гіпотеза частково підтвердилась.

Також, ми можемо узагальнити результати якісного дослідження наступним чином: що люди, які мають порушення у роботі щитоподібної залози мали стресові події напередодні захворювання, ці події стосувались переважно конфліктів, пов'язаних з роботою, або сильними переживаннями за життя рідних; у минулому, у стресових ситуаціях респонденти почувались безсило, налякано та самотньо; такі ж емоції вони пов'язували з минулим дитячим досвідом, описуючи конкретні ситуації, що нагадували ті ж емоційні переживання, які були до маніфесту захворювання. Свою поведінку респонденти описували стосовно часу у теперішньому: всі респонденти мали відчуття, що вони поспішають, сприймають час, як такий, який втікає; описували себе як повільних людей, що спізнюються, водночас було зазначено про невміння відпочивати і бажання заповнити час відпочинку надмірною роботою. Опис стосунків зі значими рідними у теперішньому в стресових ситуаціях практично у всіх був однаковим – страх, самотність, безсилля і відповідальність.

### **3.5 Дискусія результатів**

Результати емпіричного дослідження показали, що люди із наявністю порушень у роботі щитоподібної залози менше описували своє минуле у позитивному ключі, аніж особи без виявів порушень. За результатами якісного дослідження, особи із порушеннями у роботі щитоподібної залози все ж таки тяжіють до негативних спогадів, розповідаючи про минуле. Із розповідей досліджуваних негативні спогади пов'язані із значимими особами – у взаєминах із батьками. Такі стосунки характеризувались почуттями безсилля, самотності та відповідальності.

Отримані результати дещо перегукуються із дослідженнями, які ми брали до уваги. Варто зазначити, що нам не траплялись дослідження, які б фокусувались саме на групі осіб із наявністю порушень у роботі щитоподібної залози та часових перспектив. Тому ми брали до уваги дотичні до теми

дослідження. До прикладу, часові перспективи осіб із наявністю хронічних захворювань відрізняються від часових орієнтацій осіб без захворювань. У групі осіб із наявністю хронічних захворювань орієнтація була на негативне минуле, фаталістичне теперішнє та звужена перспектива на майбутнє (Гурова О. С.).

Можливо, сама наявність захворювання впливає на таку орієнтацію. Проте, за результатами анкети, більша половина осіб із наявністю порушень у роботі щитоподібної залози - 57% погодились із твердженням, що незадовго до маніфестації захворювання мали сильні стресові переживання. Такі дані збігаються із дослідженням Rárai, A., Cozma, M., Coşa, L. & Mihaş, A., (2020) у якому 58,13% вибірки (особи із порушенням у роботі щитоподібної залози) відчували події із таким рівнем стресу, який збільшує ризики психосоматичних захворювань. А надмірна стресова ситуація характеризується часовою перспективою фаталістичного теперішнього та меншою орієнтацією на позитивне минуле (Є. В. Павлова, П. П. Сімонова, 2011; Papastamatelou J., Unger A., Giotakos O., Athanasiadou F., 2015).

На здатність справлятися зі стресом та формувати певні копінг-стратегії подолання стресу впливає тип прив'язаності. Якщо досвід минулого відіграє важливу роль у формуванні часової перспективи, а особливо досвід стосунку зі значимим об'єктом, то важливо було дослідити, чи є відмінність по типам прив'язаності у досліджуваній та контрольній групах. Результати нашого дослідження виявили відмінність за унікаючим типом прив'язаності, який більш характерний для групи із наявністю порушень у роботі щитоподібної залози. Посилаючись на теоретичну частину дослідження, пригадуємо, що К. Бріш (2014) визначав дорослого (об'єкт раннього стосунку) як психобіологічний регулятор або дизрегулятор гормонів дитини, що мають прямий вплив на експресію генів. Дослідження Danese A, et al, (2007) підтверджує, що негативний і насильницький досвід дитинства мав вплив на підвищення с-реактивного білка, кількості лейкоцитів та маркерів запалення, що можуть викликати аутоімунні захворювання у дорослих. Іншими словами негативні переживання та

травматичний досвід постійно активують гіпоталамус, гіпофіз та наднирники та перевантажують організм що, зрештою, може викликати захворювання. Секреція щитоподібної залози регулюється гіпофізом, який є центральною ланкою, на який має вплив симпатична нервова система та гіпоталамус.

Також ми дослідили роль прив'язаності у формуванні часової перспективи. За результатами, у групі осіб, що мають порушення у роботі щитоподібної залози тип амбівалентність-заглиблення відіграє значну роль. Перспектива майбутнього та позитивного минулого звужується, а перспектива фаталістичного теперішнього розширюється. Натомість у групі осіб без проявів захворювання значимих результатів не виявлено за шкалою майбутнього, проте є вплив на розширення перспективи негативного минулого і фаталістичного теперішнього та звуження перспективи позитивного минулого. Отже, наші результати частково збігаються з психодинамічними концептами теоретичної частини.

Варто також звернути увагу на *обмеження на перспективи дослідження*. До обмежень можна віднести групу досліджуваних. Група осіб із наявністю порушень у роботі функцій щитоподібної залози не була детально розкрита за діагнозами, а також не налічувала відмінних груп (наприклад, гіпертеріоз та гіпотеріоз), тому не можливо було простежити значимих відмінностей та дослідити їхні особливості поведінки та часові перспективи. Значно повніші дані можна було б отримати з клінічного розподілу груп за діагнозами, але оскільки дані були зібрані за допомогою гугл-форми у соціальних мережах, ми не могли розкрити такі особливості.

Наше та наступні дослідження на цю тему є важливими, адже наявність захворювання щитоподібної залози діагностується тоді, коли вже є певні зміни у органі або ж за результатами змін в роботі органу. Насправді ж, у багатьох джерелах можна знайти інформацію про те, що захворювання може протікати довгий час безсимптомно. Але певні поведінкові патерни можуть бути характерними і при такому протіканні захворювання. Звертаючись до авторів, які

описували модель поведінки осіб із захворюваннями щитоподібної залози, можна підбити підсумки, що саме поведінка передувала виникненню захворювання. І відповідно на поведінку впливав досвід з минулого. Це може бути корисним для психотерапевтів, які звертають увагу на поведінкові особливості своїх клієнтів, і значною мірою тих, у яких може бути порушена здатність до менталізації. А також при роботі з психосоматичними пацієнтами.

Також, часова перспектива дає можливість скласти уявлення про установки, цінності і поняття особистості, відбивати суб'єктивне сприйняття подій особистості, а також має суттєвий вплив на прийняття рішень. Минулі події мають значний відбиток на формування часової перспективи, особливо взаємини між особою і значимим об'єктом. Досвід реконструкції та відновлення цих стосунків за допомогою психологічної корекції може змінювати часову перспективу особи, відповідно і її поведінку та ставлення до життя та здоров'я.

### **Висновки до розділу 3**

У третьому розділі ми дослідили та статистично опрацювали гіпотези щодо часової перспективи осіб із наявністю порушень у роботі щитоподібної залози. Наше дослідження базувалось на чотирьох гіпотезах, у яких ми порівнювали досліджувану та контрольну групу (досліджувана група складалась з осіб із наявністю порушень у роботі щитоподібної залози, а контрольна – з осіб без виявів захворювання).

Для перевірки першої гіпотези, що стосувалась відмінностей часових перспектив у обидвох групах, ми використовували непараметричні обрахунки за критерієм Мана-Уїтні. Порівняльний аналіз показав, що такі відмінності є, а саме, що група осіб без виявів захворювання має більше навантаження на шкалу позитивного майбутнього. Таким чином, наша гіпотеза підтвердилась частково.

Також порівняльний аналіз показав різницю у двох групах за шкалою типу прив'язаності уникнення. Особам, які мають захворювання щитоподібної

залози більш характерний уникаючий тип прив'язаності. Таким чином, наша друга гіпотеза також підтвердилась.

Також, у нас було припущення, що особи із наявністю порушень у роботі щитоподібної залози матимуть часову перспективу негативного минулого та фаталістичного теперішнього. Для перевірки цієї гіпотези було здійснено порівняльний аналіз за критерієм Мана-Уїтні, який не показав значимих результатів у порівнянні із контрольною групою, якою були особи без виявів захворювання. Отже, наша третя гіпотеза не підтвердилась.

Четверта гіпотеза перевіряла роль прив'язаності у формуванні часових перспектив. Для перевірки цієї гіпотези було використано множинний регресійний аналіз на кожну із часових перспектив у обидвох групах. Значну роль у формуванні часових перспектив відіграє тип прив'язаності амбівалентність-заглиблення, який детермінує часову перспективу фаталістичного теперішнього та звужує перспективу позитивного минулого в обидвох групах. В групі із наявністю порушень у роботі щитоподібної залози тип прив'язаності амбівалентність-заглиблення звужує перспективу майбутнього. А у групі осіб без виявів захворювання детермінує негативне минуле. Отже, наша гіпотеза частково підтвердилась.

Отримані дані ми доповнили результатами якісного дослідження, використовуючи метод контент-аналізу. Учасниці інтерв'ю розповідали про стресові події напередодні захворювання, які стосувались переважно конфліктів, пов'язаних з роботою, або сильними переживаннями за життя рідних, почуваючись безсило, налякано та самотньо. Такі ж емоції вони відчували у минулому, будучи дітьми. Свою поведінку та відчуття часу описували як поспішання, наче час втікає, описували себе як повільних людей, що спізнюються, також згадували про невміння відпочивати і бажання заповнити час відпочинку надмірною роботою. Опис стосунків зі значими рідними у теперішньому в стресових ситуаціях практично у всіх був однаковим – страх, самотність, безсилля і відповідальність.



## ВИСНОВКИ

Чи дійсно захворювання щитоподібної залози – це лише порушення у роботі органу? І чи можна розглядати захворювання лише в контексті діапазону норми показників аналізів. Очевидно, що лікування та скринінг має велике значення. Але часто, захворювання – це ціла історія людини, та її індивідуальних особливостей. Проведене дослідження показало, що більше половини досліджуваних, що мають порушення у роботі щитоподібної залози пережили надмірні стресові події перед тим, як захворіли. А учасниці інтерв'ю розкрили особливості переживань під час стресу, а також знайшли емоційно схожі переживання, пов'язані з дитинством.

Оскільки було вирішено поглянути на захворювання щитоподібної залози на континуумі сприйняття часу, як послідовності певних подій, що, відповідно, мають вплив на формування поведінки людини, то саме поняття часової перспективи було обрано за об'єкт дослідження. Ми не зустрічали подібних наукових праць, тому брали до уваги дотичні теми, які допомогли б розкрити предмет дослідження та побудували теоретичну модель. В результаті опрацювання теоретичного матеріалу, було окреслено поняття «часової перспективи», а також розкрито психодинамічні особливості картини захворювання щитоподібної залози.

У методологічній частині дослідження було подано опис групи досліджуваних, опис методик дослідження для опрацювання емпіричної частини роботи, а також опрацьовано ряд гіпотез.

Методичний інструментарій був підібраний так, щоб розкрити часову перспективу, поведінкову активність та тип прив'язаності. Після проведення емпіричного дослідження із використанням порівняльного аналізу за критерієм Мана-Уїтні, було виявлено, що особи із наявністю порушень у роботі щитоподібної залози мають меншу орієнтацію на позитивне минуле, і їм більш

характерний унікаючий тип прив'язаності, аніж у групі осіб без виявів захворювання. Такі результати підкріплені не лише кількісними але і якісними даними. Учасниці інтерв'ювання (які мають порушення у роботі щитоподібної залози) згадували про своє минуле із сумом, описуючи почуття покинутості, безсилля, страху. Стосунок із значимими особами описували як холодний, або ж вказували на відсутність стосунку як такого. Отримані результати підтверджують теоретичне підґрунтя дослідження, що розкривало причини виникнення психосоматичних захворювань. Також ці результати частково збігались з попередніми дослідженнями, які вказували на вплив травматичного досвіду дитинства на розвиток аутоімунних захворювань у дорослому віці.

Окрім того, було також здійснено множинний регресійний аналіз, який виявив, що тривожний тип прив'язаності (амбівалентність-заглиблення у себе) значно детермінує часову перспективу фаталістичного теперішнього та звужує перспективу майбутнього і позитивного минулого у осіб із наявністю порушень у роботі щитоподібної залози.

На жаль, нам не вдалось ширше розкрити поведінку у групі досліджуваних, оскільки це може бути пов'язано із малою вибіркою. Окрім того, група із наявністю порушень у роботі щитоподібної залози не містила поділу за точними діагнозами. Проте результати множинного регресійного аналізу показали, що тип поведінкової активності також детермінує часову перспективу. Надмірна енергійність та ділова діяльність частково детермінувала часову перспективу негативного минулого у групі осіб із наявністю порушень у роботі щитоподібної залози. Це також ілюстрували результати якісного дослідження, коли учасниці інтерв'ю описували свою активність як надмірну, та вказували на невміння відпочивати. Таку поведінку вони також пояснювали тим, що час йде надто швидко, тому «немає часу зупинитись» та відпочивати. Цікаво було б провести дослідження на більшій вибірці клінічної бази.

На основі досліджень нами було сформовано припущення, що особи із наявністю порушень у роботі щитоподібної залози матимуть орієнтацію на

фаталістичне теперішнє та негативне минуле. Проте, не було виявлено статистично значущих результатів. І ця гіпотеза не підтвердилась. Це також може бути пов'язано із малою вибіркою. У перспективі доцільно було б дослідити часову перспективу на більшій вибірці із урахуванням клінічної бази. А також дослідити відмінності поведінкових патернів та часових перспектив при гіпертеоріозі та гіпотеріозі.

Комплексний погляд на особистість, а не лише її захворювання, дає можливість побачити певні особливості людини. Глибше зрозуміти її потреби та конфлікти. І спробувати прислухатись, про що може розповісти захворювання, коли для цього немає слів сама людина. Оскільки часова перспектива може змінюватись, то можливі і зміни у фізичному та психологічному самопочутті особистості.

Отримані результати можуть бути корисні у сфері охорони здоров'я та психологічної корекції осіб із наявністю порушень у роботі щитоподібної залози.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Даниляк О., Маринець А-С., Заячківська О., Еволюція знань про стрес: від Ганса Сельє до сучасних досягнень., *Праці НТШ Мед. науки* 2016. Т. XLV. С. 27–40
2. Дуб М.М. Характеристика захворюваності та поширеності хвороб ендокринної системи, розладів харчування та порушення обміну речовин у Закарпатській області, *ISSN 2077-6594. УКРАЇНА. ЗДОРОВ'Я НАЦІЇ. 2020. № 3/1 (61). DOI 10.24144/2077-6594.3.2.2020.213718*
3. Венц І. Протокол Хашимото. 90-денна програма відновлення здоров'я щитоподібної залози / Ізабелла Венц; пер. з англ. О. Бершадської. – Київ: Форс Україна, 2021. – 448 с.
4. Вонс, Олена-Мирослава. Тип прив'язаності як чинник якості романтичних стосунків у різні вікові періоди / Олена-Мирослава Вонс ; науковий керівник Ірина Семків . - Львів : [б. в.], 2019 . - 82 арк. <http://er.usu.edu.ua/handle/1/1818>
5. Методика «Тип поведінкової активності» <http://um.co.ua/10/10-10/10-106797.html>
6. Сенік О. Адаптація опитувальника часової перспективи особистості Ф. Зімбардо (ЗТPI) / Оксана Сенік // *Соціальна психологія*. – К., 2012. -- № 1-2 (51-52). – С. 153-156.
7. Сенік О. М. Соціально-психологічні чинники уявлень студентської молоді про часову перспективу: дис. ... кандидата психол. наук: 19.00.05 / Сенік Оксана Мирославівна. – Київ, 2016. – 224 с.
8. Chukur, O. O. (2019). Динаміка захворюваності й поширеності патології щитоподібної залози серед дорослого населення України. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*, (4), 19–25. <https://doi.org/10.11603/1681-2786.2018.4.10020>

9. Александер Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение. /Пер. с англ. С. Могилевского. — М.: Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2002. — 352 с. (Серия «Психология без границ»).
10. Бриш К. Х. Терапия нарушений привязанности: От теории к практике. Пер. с нем. — М.: Когито-Центр, 2014. — 316 с. (Клиническая психология)
11. Веккер Л.М. Психика и реальность: единая теория психических процессов М.: Смысл, 1998. 685 с.
12. Восприятие и оценка времени // Экспериментальная психология / Ред. П. Фресс, Ж. Пиаже. Вып. 6. М., 1978
13. Гурова О. С. Особенности временной перспективы людей с хроническими // Здоровье человека, теория и методика физической культуры и спорта, 2019. Т. 5, № 5(16). С. 14-24. URL: <http://journal.asu.ru/zosh/article/view/7216>.
14. Зимбардо Ф. Парадокс времени. Новая психология времени, которая улучшит вашу жизнь / Ф. Зимбардо, Дж. Бойд. - СПб.: Речь, 2010. - 352 с.
15. Колк, Бессел ван дер. Тело помнит все: какую роль психологическая травма играет в жизни человека и какие техники помогают ее преодолеть/ Бессел ван дер Колк; пер. с англ. И Чорного. — Москва: Эксмо, 2020. — 464с. — (рЕволюция в медицине. Самые громкие и удивительные открытия)
16. Левин К. динамическая психология: избранные труды / К. Левин. — М.: Смысл, 2001. — 572 с.
17. Левин К. Определение понятия «поле в данный момент» / К. Левин // Хрестоматия по истории психологии: Период открытого кризиса. — М.: Изд-во МГУ, 1980. — С. 131 — 145.
18. Левин П. А. Исцеление от травмы. Авторская программа, которая вернет здоровье вашему организму. -- СПб ИГ «Весь», 2011. -- 128 с.

19. Макдуггол Дж. Театры тела. Психоаналитический подход к психосоматическим расстройствам/ Джойс Макдуггол; пер: А.Россохин, А.Багрянцева. – Когито-центр, 2007. – 215с.
20. Малкина-Пых И. Г. Психосоматика и эндокринные заболевания. Зачем тебе болеть? — СПб.: БХВ- Петербург, 2005. — 160 с: ил.
21. Малкина-Пых И. Г. Психосоматика / И.Г. Малкина-Пых – «Эксмо» -- (Справочник практического психолога)
22. Наказава, Донна Джексон. Осколки детских травм. Почему мы боеем и как это остановить / Донна Джексон Наказава; пер. с англ. Т.И. Порошиной. – Москва: Издательство «Э», 2018. – 336 с. – (Практическая психотерапия)
23. Нюттен Ж. Мотивация, действие и перспектива будущего / Ж. Нюттен. – М.: Смысл, 2004. – 608 с.
24. Павлова Е. В. Изменение временной перспективы у пациентов в кризисных состояниях / Е. В. Павлова, П. П. Симонова // Известия Уральского государственного университета. Сер. 1, Проблемы образования, науки и культуры. — 2011. — № 4 (95). — С. 225-231.
25. Пезешкиан Н. Психосоматика и позитивная психотерапия: Пер. с нем./ Носсрат Пезешкиан. – 2-е издание. – М.: Институт позитивной психотерапии, 2006. – 448 с. – (серия «Позитивная психотерапия»)
26. Рубинштейн С. Л. Основы общей психологии / С. Л. Рубинштейн. – СПб. : Питер, 1999. – 720 с.
27. Сапольски Р. Почему у зебр не бывает инфаркта. Психология стресса. – СПб.: Питер, 2019. – 480 с.: ил (Серия «Сам себе психолог»).
28. Уитроу Дж. 'Естественная философия времени. 1960' : Уитроу Дж. Естественная философия времени: Пер. с англ. / Общ. ред. М. Э. Омеляновского. Изд. 2-е, стереотипное. - М.: Едиториал УРСС, 2003. -400с.

29. Annamária Pápai, Maria Melania Cozma, Lucica Emilia Coșa, Adriana Mihai (2020). Coping Strategies in Thyroid Diseases DOI: <https://doi.org/10.2478/amtsb-2020-0024>
30. Atsushi Fukao, Junta Takamatsu, Takeshi Arishima, Mika Tanaka, Toshio Kawai, Yasuki Okamoto, Akira Miyauchi, Akihisa Imagawa, Graves' disease and mental disorders, *Journal of Clinical & Translational Endocrinology*, Volume 19, 2020, 100207, ISSN 2214-6237, <https://doi.org/10.1016/j.jcte.2019.100207>.
31. Bunevičius, Robertasa; Prange, Arthur J Jr Thyroid disease and mental disorders: cause and effect or only comorbidity?, *Current Opinion in Psychiatry*: July 2010 - Volume 23 - Issue 4 - p 363-368 doi: 10.1097/YCO.0b013e3283387b50
32. Brownlie B.E., Rae A.M., Walshe J.W., Wells J.E.. Psychoses associated with thyrotoxicosis – 'thyrotoxic psychosis'. A report of 18 cases, with statistical analysis of incidence. *Eur J Endocrinol*. 2000; 142(5): 238 – 44.
33. Carver, C. S. (1997). Adult attachment and personality: Converging evidence and a new measure. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 23, 865-883. [doi.org/10.13072/midss.537](https://doi.org/10.13072/midss.537)
34. Chandler Julie V. and Mello Zena R., Negative Life Events and Time Perspective Among Adolescents. *PSI CHI, THE INTERNATIONAL HONOR SOCIETY IN PSYCHOLOGY (VOL. 26, NO. 1/ISSN 2325-7342)*, 2021, JN26.1.35 Doi: 10.24839/2325-7342.JN26.1.35
35. Dube, Shanta R. PhD, MPH; Fairweather, DeLisa PhD; Pearson, William S. PhD, MHA; Felitti, Vincent J. MD; Anda, Robert F. MD, MS; Croft, Janet B. PhD Cumulative Childhood Stress and Autoimmune Diseases in Adults, *Psychosomatic Medicine*: February 2009 - Volume 71 - Issue 2 - p 243-250 doi: 10.1097/PSY.0b013e3181907888

36. Danese A, Pariante CM, Caspi A, Taylor A, Poulton R. Childhood maltreatment predicts adult inflammation in a life-course study. *Proc Nat Acad Sci*. 2007;104:1319–1324.
37. Hadianfard H, Rezaei F, Hosseini Ramaghani N. The Role of Childhood Trauma, Time Perspective and Experiential Avoidance on Post Traumatic Stress Disorder: Applying of Structural Equation Modeling. *Armaghane danesh*. 2020; 25 (2) :328-343  
URL: <http://armaghanj.yums.ac.ir/article-1-2618-en.html>
38. Kuchenhoff J Ph.D. (1998) The body and the ego boundaries: A case study on psychoanalytic therapy with psychosomatic patients, *Psychoanalytic Inquiry*, 18:3, 368-382, DOI: 10.1080/07351699809534198
39. Küchenhoff J. Intercorporeity and body language: The semiotics of mental suffering expressed through the body. *Int J Psychoanal*. 2019 Aug;100(4):769-791. doi: 10.1080/00207578.2019.1590780. PMID: 33952146.
40. Paul Gellert, Jochen P. Ziegelmann, Ph.D., Sonia Lippke, Ph.D., Ralf Schwarzer, Ph.D., Future Time Perspective and Health Behaviors: Temporal Framing of Self-Regulatory Processes in Physical Exercise and Dietary Behaviors, *Annals of Behavioral Medicine*, Volume 43, Issue 2, April 2012, Pages 208–218, <https://doi.org/10.1007/s12160-011-9312-y>
41. Pápai,A.,Cozma,M.,Coşa,L. & Mihai,A.(2020).Coping Strategies in Thyroid Diseases. *Acta Medica Transilvanica*,25(2) 29-32 <https://doi.org/10.2478/amtsb-2020-0024>
42. Roy Moncayo, Helga Moncayo, Exploring the aspect of psychosomatics in hypothyroidism: The WOMED model of body–mind interactions based on musculoskeletal changes, psychological stressors, and low levels of magnesium, *Woman - Psychosomatic Gynaecology and Obstetrics*, Volume 1, 2014, Pages 1-11, ISSN 2213-560X, <https://doi.org/10.1016/j.woman.2014.02.001>.



43. Stoltman, Jonathan J. K., "Time Perspective, Health Behaviors, and Wellbeing in Adults" (2017). Graduate Theses, Dissertations, and Problem Reports. 6734. <https://researchrepository.wvu.edu/etd/6734>
44. Papastamatelou J., Unger A., Giotakos O., Athanasiadou F. (2015). Is Time Perspective a Predictor of Anxiety and Perceived Stress? Some Preliminary Results from Greece. *Psychological Studies* 60(4) DOI: [10.1007/s12646-015-0342-6](https://doi.org/10.1007/s12646-015-0342-6)
45. Mehmet Muhittin Yalcin, Alev Eroglu Altinova, Burcak Cavnar, Basak Bolayir, Mujde Akturk, Emre Arslan, Cigdem Ozkan, Nuri Cakir, Fusun Balos Toruner. Is thyroid autoimmunity itself associated with psychological well-being in euthyroid Hashimoto's thyroiditis?, *Endocrine Journal*, 2017, Volume 64, Issue 4, Pages 425-429, Released on J-STAGE April 29, 2017, Advance online publication March 04, 2017, Online ISSN 1348-4540, Print ISSN 0918-8959, <https://doi.org/10.1507/endocrj.EJ16-0418>
46. Muñoz-Ortiz, J., Sierra-Cote, M.C., Zapata-Bravo, E. *et al.* Prevalence of hyperthyroidism, hypothyroidism, and euthyroidism in thyroid eye disease: a systematic review of the literature. *Syst Rev* 9, 201 (2020). <https://doi.org/10.1186/s13643-020-01459-7>
47. Zakharova A.Yu., Trusova A.V. *RUDN Journal of Psychology and Pedagogics*, 2019, 16(3), 435–450 DOI 10.22363/2313-1683-2019-16-3-435-450
48. Zimbardo P. G., & Boyd J. N. Putting time in perspective: A valid, reliable individual-differences metric. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1999. Vol. 77, no. 6. P. 1271–1288.

## **ДОДАТКИ**

### **Додаток А**

#### **Напівструктуроване інтерв'ю**

Чи ваше захворювання впливає на ваше життя? Якщо так, то опишіть як саме, як ви це відчуваєте?

Чи були у вас стресові події напередодні маніфесту захворювання?

Як ви переживали цей період, які емоції ви відчували?

Чи були у вас емоційно схожі переживання в дитинстві?

Опишіть себе та своє ставлення до подій у вашому житті в контексті часу (робота, стосунки, хобі)?

Якби ви уявили своє захворювання, то яким би воно було? Що малює ваша уява, коли ви уявляєте його. Це може бути будь який образ, що б ви не уявили – все має місце.

## Додаток Б

### Опитувальник часової перспективи Ф. Зімбардо

#### Zimbardo Time Perspective Inventory

Ukrainian adaptation: Senyk, O., 2012

Прочитайте кожен пункт і якомога точніше дайте відповідь на запитання: «Наскільки характерним це є для Вас чи наскільки це є правдиво стосовно Вас?»

1 – зовсім не характерно/ зовсім не правдиво

2 – не характерно/ не правдиво

3 – нейтрально

4 – характерно/ правдиво

5 – дуже характерно/ дуже правдиво

	1	2	3	4	5
1. Я вважаю, що збиратися з друзями на вечірки – це одне з важливих задоволень у житті.					
2. Знайомі з дитинства місця, запахи, звуки часто навівають потік чудових спогадів.					
3. У моєму житті багато визначає доля.					
4. Я часто думаю про те, що слід було зробити у своєму житті по-іншому.					
5. На мої рішення переважно впливають люди і речі, які мене оточують.					
6. Я вважаю, що слід планувати свій день наперед кожного ранку.					
7. Мені приємно думати про своє минуле.					
8. Я дію імпульсивно.					
9. Якщо не вдається зробити щось вчасно, я не хвилююся з цього приводу.					
10. Коли я хочу чогось досягнути, то ставлю перед собою цілі і розглядаю конкретні засоби їх досягнення.					
11. Загалом, у моїх спогадах про минуле значно більше доброго, ніж поганого.					

12. Слухаючи свою улюблену музику, я часто втрачаю відчуття часу.					
13. Мені важливіше виконати термінову і необхідну роботу на завтра, ніж добре провести час сьогодні ввечері.					
14. Якщо вже чомусь судилося статися, то насправді немає значення, що я робитиму.					
15. Мені подобаються історії про те, як все було колись «у старі добрі часи».					
16. Болісний досвід минулого не виходить у мене з голови.					
17. Я живу одним днем, намагаючись прожити його якомога повніше.					
18. Мені неприємно запізнюватися на зустрічі.					
19. В ідеалі я б жив кожен день так, наче він останній у моєму житті.					
20. Щасливі спогади про добрі часи часто виринають у мене в голові.					
21. Я вчасно виконую свої зобов'язання перед друзями та керівництвом.					
22. В минулому мені таки довелося зазнати образ та неприйняття.					
23. Я приймаю рішення спонтанно, під впливом моменту.					
24. Я приймаю кожен день таким, яким він є, не планую його.					
25. З минулим пов'язано так багато неприємних спогадів, що мені хочеться про нього не думати.					
26. Мені важливо наповнювати своє життя задоволенням і втіхою.					
27. В минулому я робив помилки, про які шкодую.					
28. Я відчуваю, що важливіше насолоджуватися процесом роботи, аніж виконати її вчасно.					
29. Я інколи сумую за дитинством.					
30. Перш ніж прийняти рішення, я зважую усі «за» і «проти».					
31. Ризик у моєму житті не дає мені нудьгувати.					
32. Для мене важливіше насолоджуватися життям, аніж зосереджуватися на досягненні конкретної цілі.					
33. Справи рідко йдуть так, як я очікую.					
34. Мені важко забути неприємні спогади з моєї юності.					
35. Процес діяльності перестає приносити мені задоволення, якщо доводиться думати про цілі, наслідки та практичні результати.					
36. Навіть коли я насолоджуюся теперішнім, все одно порівнюю його з подібним минулим досвідом.					

37. Не можна по-справжньому планувати майбутнє, тому що обставини є дуже мінливими.					
38. Мій життєвий шлях контролюють сили, на які я не можу вплинути.					
39. Немає змісту хвилюватися про майбутнє, оскільки я в будь-якому разі не можу нічого зробити.					
40. Я завершую роботу вчасно, виконуючи її регулярно.					
41. Я помічаю, що втрачаю інтерес до розмови, коли близькі починають згадувати минуле.					
42. Я ризикую, аби надати життю гостроти і збудження.					
43. Я складаю список того, що маю зробити.					
44. Часто слухаюся серця, а не розуму.					
45. Я можу не піддатися спокусі, коли знаю, що мене чекає робота, яку потрібно зробити.					
46. Хвилюючі моменти так захоплюють мене, що я можу забути про все на світі.					
47. Теперішнє життя надто складне, я б надав перевагу простішому життю минулого.					
48. Мені більше подобаються друзі, які діють спонтанно, а не прогнозовано.					
49. Я люблю сімейні традиції, яких постійно дотримуються.					
50. Я думаю про те погане, що сталося зі мною в минулому.					
51. Я не полишаю роботу над складними і нецікавими завданнями, якщо вони допоможуть мені досягнути успіху.					
52. Краще витратити зароблені гроші на задоволення сьогодні, ніж відкладати їх на майбутнє.					
53. Часто везіння приносить більше, ніж наполеглива праця.					
54. Я думаю про те хороше, що упустив у своєму житті.					
55. Я люблю, щоб мої близькі стосунки були емоційними.					
56. Завжди знайдеться час доробити незроблене.					

*Бал за конкретною шкалою рахується, як середнє арифметичне відповідних пунктів:*

*Негативне минуле: 4, 5, 11\*, 16, 22, 25, 27, 33, 34, 36, 50, 54 (n=12);*

*Гедоністичне теперішнє: 1, 8, 12, 17, 19, 23, 26, 28, 31, 32, 42, 44, 46, 48, 52, 53, 55, 56*  
( $n=18$ );

*Майбутнє: 6, 9\*, 10, 13, 18, 21, 24\*, 30, 40, 43, 45, 51* ( $n=12$ );

*Позитивне минуле: 2, 7, 11, 15, 20, 25\*, 29, 41\*, 49* ( $n=9$ );

*Фаталістичне теперішнє: 3, 14, 24, 33, 35, 37, 38, 39, 47, 53* ( $n=10$ ).

\* - обернені питання:  $1 \rightarrow 5, 2 \rightarrow 4, 3 = 3, 4 \rightarrow 2, 5 \rightarrow 1$ .

## Додаток В

### Методика «Тип поведінкової активності» Л. І. Вассермана і Н. В.

#### Гуменюка

Інструкція:

«Уважно прочитайте кожне питання (затвердження) та виберіть варіант відповіді, відповідного вашої поведінки».

1. Чи буває Вам важко вибрати час, щоб сходити перукарню?

1. ніколи;
2. іноді;
3. майже завжди.

2. У Вас така робота, яка «підбадьорює» (стимулює)?

1. менше, ніж робота більшості людей;
2. приблизно така ж, як робота більшості людей;
3. більше, ніж робота більшості людей.

3. Ваша повсякденна життя в основному заповнена:

1. справами, що потребують вирішення;
2. буденними справами;
3. справами, які Вам нудні.

4. Життя деяких людей часто переповнена несподіванками, непередбаченими обставинами і ускладненнями. Як часто Вам доводиться стикатися з такими подіями?

1. кілька разів на день;
2. кілька разів на тиждень;
3. приблизно раз в день;
4. раз в тиждень;
5. раз на місяць або рідше.

5. У разі якщо Вас щось сильно гнітить, давить, або люди занадто багато вимагають від Вас, то Ви:

1. втрачаєте апетит і / або менше їсте;
2. їсте частіше і / або більше звичайного;
3. не помічаєте ніяких істотних змін в звичайному апетиті.

6. У разі якщо Вас щось гнітить, давить або у Вас є невідкладні турботи, то Ви:

1. негайно приймаєте відповідні заходи;
2. ретельно обмірковуєте, перш ніж почати діяти.

7. Як швидко Ви зазвичай їсте?

1. я зазвичай кінчаю є раніше інших;
2. я їм трохи швидше за інших;
3. я їм з такою ж швидкістю, як і більшість людей;
4. я їм повільніше, ніж більшість людей.

8. Ваші рідні чи друзі коли-небудь говорили, що Ви їсте надто швидко?

1. так, часто;
2. так, раз чи два;
3. немає, мені ніхто ніколи цього не говорив.

9. Як часто Ви робите кілька справ одночасно, наприклад, коли ви їсте і працюєте?

1. я роблю кілька справ одночасно щоразу, коли це можливо;
2. я роблю це тільки тоді, коли не вистачає часу;
3. я роблю це рідко або ніколи не роблю.

10. Коли Ви слухаєте кого-небудь, і ця людина занадто довго не може закінчити думку, Ви відчуваєте бажання поквипити його?

1. часто;
2. іноді;
3. майже ніколи.

11. Як часто Ви дійсно «закінчуєте» думка повільно говорить, щоб прискорити розмову?

1. часто;
2. іноді;
3. майже ніколи.

12. Як часто Ваші близькі або друзі зауважують, що Ви неухважні, якщо Вам говорять про щось дуже докладно?

1. раз в тиждень або частіше;
2. кілька разів на місяць;
3. майже ніколи;
4. ніколи.

13. Якщо Ви говорите своїм близьким або друзям, що приїдете в певний час, то, як часто Ви спізнюєтесь?

1. іноді;
2. рідко;
3. майже ніколи;
4. я ніколи не запізнююсь.



14. Чи буває, що Ви поспішаєте до місця зустрічі, хоча ліні ще цілком достатньо?

1. часто;
2. іноді;
3. рідко або ніколи.

15. Припустимо, що Ви повинні з кимось зустрітися в обумовлений час, наприклад, на вулиці, в вестибюлі метро і т.п., і ця людина спізнюється вже на 10 хвилин. ви:

1. спокійно почекаєте;
2. будете виступати в очікуванні;
3. зазвичай у Вас є з собою книга або газета, щоб було чим зайнятися в очікуванні.

16. Якщо Вам доводиться стояти в черзі, наприклад, в їдальні, в магазині і т.п., то Ви:

1. спокійно чекаєте своєї черги;
2. відчуваєте нетерпіння, але не показуєте цього;
3. відчуваєте таке нетерпіння, що це помічають оточуючі;
4. рішуче відмовляєтесь стояти в черзі і намагаєтесь знайти спосіб уникнути втрати часу.

17. Якщо Ви граєте в гру, в якій є елемент змагання (наприклад, шахи, доміно, волейбол тощо), то Ви:

1. напружуєте всі сили, для перемоги;
2. намагаєтесь виграти, але не дуже старанно;
3. граєте швидше для задоволення, ніж серйозно.

18. Уявіть, що Ви і Ваші Друзі (або співробітники) починаєте нову роботу. Що Ви думаєте про змагання в цій роботі?

1. Краще вже уникати цього;
2. приймаю тому, що це неминуче;
3. отримую задоволення, так як це мене підбадьорює і стимулює.

19. Коли Ви були молодші, більшість людей вважало, що Ви:

1. часто намагаєтесь і по-справжньому хочете бути в усьому першим і найкращим;
2. іноді намагаєтесь і Вам подобається бути у всьому першим і найкращим;
3. зазвичай Вам добре так, як є (зазвичай Ви розслаблені);
4. Ви завжди розслаблені і не схильні змагатися.

20. Чим, на Вашу думку, Ви відрізняєтесь в даний час:

1. часто намагаєтесь (або по-справжньому хочете) бути у всьому першим і найкращим;
2. іноді намагаєтесь і Вам подобається у всьому бути першим і найкращим;
3. зазвичай Вам добре так, як є (зазвичай Ви розслаблені);
4. Ви завжди розслаблені і не схильні змагатися.

21. На думку Ваших рідних або друзів Ви:

1. часто намагаєтеся (і по-справжньому хочете) бути у всьому першим і найкращим;
2. іноді намагаєтеся і Вам подобається бути у всьому першим і найкращим;
3. зазвичай Вам добре так, як є (зазвичай Ви розслаблені);
4. Ви завжди розслаблені і не схильні змагатися?

22. Як оцінюють Ваші рідні чи друзі Вашу загальну активність?

1. недостатня активність, повільність; треба бути більш активними;
2. близько середнього; завжди є якесь заняття;
3. надмірна активність, що б'є через край енергія.

23. Чи погодилися б знають Вас люди, що Ви ставитеся до своєї роботи дуже серйозно?

1. так, абсолютно;
2. можливо, так;
3. можливо, немає;
4. абсолютно, немає.

24. Чи погодилися б добре знають Вас люди, що Ви її енергійні, ніж більшість людей?

1. так, абсолютно;
2. можливо, так;
3. можливо, немає;
4. абсолютно, немає.

25. Чи погодилися б добре знають Вас люди з тим, за короткий час Ви здатні виконати великий обсяг роботи?

1. так, абсолютно;
2. можливо, так;
3. можливо, немає;
4. абсолютно, немає.

26. Чи погодилися б добре знають Вас люди, що Ви легко гнівайтесь (роздратовані)?

1. так, абсолютно;
2. можливо, так;
3. можливо, немає;
4. абсолютно, немає.

27. Чи погодилися б добре знають Вас люди, що Ви живете мирній і спокійній життям?

1. так, абсолютно;
2. можливо, так;
3. можливо, немає;

4. абсолютно, немає.

28. Чи погодилися б добре знають Вас люди, що Ви більшість справ робите в поспіху?

1. так, абсолютно;

2. можливо, так;

3. можливо, немає;

4. абсолютно, немає.

29. Чи погодилися б добре знають Вас люди, що Вас тішить змагання (змагання) і Ви дуже намагаєтеся виграти?

1. так, абсолютно;

2. можливо, так;

3. можливо, немає;

4. абсолютно, немає.

30. Який характер був у вас, коли ви були молодше?

1. запальний і насилу піддається контролю;

2. запальний, але піддається контролю;

3. цілком урівноважений (не було проблем);

4. майже ніколи не серджуся (не виходжу з себе)

31. Яким ви уявляєте свій характер сьогодні?

1. запальний і насилу піддається контролю;

2. запальний, але піддається контролю;

3. цілком урівноважений;

4. майже ніколи не серджуся (не виходжу з себе)

32. Коли ви занурені в роботу і будь-хто (НЕ начальник) перериває вас, що Ви зазвичай відчуваєте при цьому?

1. я відчуваю себе цілком добре, так як після несподіваного перерви працюється краще;

2. я відчуваю легку досаду;

3. я відчуваю роздратування, тому що це заважає справі.

33. Якщо повторювані переривання в роботі дійсно Вас розлютили, Ви:

1. відповісте різко;

2. відповісте в спокійній формі;

3. спробуєте щось зробити, щоб цьому запобігти;

4. спробуєте знайти більш спокійне місце для роботи, якщо це можливо.

34. Як часто Ви виконуєте роботу, яку повинні закінчити до певного терміну?

1. щодня або частіше;

2. щотижня;
3. щомісяця або рідше;
35. Робота, яку Ви повинні закінчити до певного терміну, як правило:
  1. не викликає напруги, тому що звична, одноманітна;
  2. викликає сильне напруження, так як зрив терміну може вплинути на роботу групи людей.
36. Ви самі собі визначаєте терміни виконання роботи на службі і вдома?
  1. немає;
  2. так, але тільки зрідка;
  3. так, вельми часто.
37. Якість роботи, яку ви виконуєте, до кінця призначеного терміну буває:
  1. краще;
  2. звичайне;
  3. гірше.
38. Чи буває, що на роботі Ви одночасно виконуєте два або кілька завдань, роблячи щось одне, то інше?
  1. так;
  2. так, але не так часто;
  3. так, постійно.
39. Чи були Ви задоволені, можливістю залишатися на нинішній роботі в подальшому році?
  1. так;
  2. немає, мені хотілося б домогтися більшого;
  3. звичайно, немає, я роблю все для того, що б мене підвищили, інакше я буду дуже засмучений.
40. Якби ви могли вибрати, то щоб ви вважали за краще:
  1. надбавку до заробітної плати без просування на посаді;
  2. просування на посаді без істотного підвищення заробітної плати.
41. До кінця відпустки Ви:
  1. хочете продовжити його ще на тиждень - другий;
  2. відчуваєте, що готові повернутися до нормальної роботи;
  3. Вам хочеться, щоб відпустку закінчився, і Ви могли повернутися до нормальної роботи.
42. Чи бувало так, що за останні три роки Ви брали менше днів відпустки, ніж належить?
  1. так;
  2. немає;
  3. немає, ніколи.

43. Чи буває, що під час відпустки ви не можете перестати думати про роботу?

1. так, часто;
2. так, іноді;
3. немає, ніколи.

44. В останні три роки Ви отримували будь-які заохочення на роботі?

1. немає, ніколи;
2. іноді;
3. так, часто.

45. Як часто Ви приносите роботу додому або вивчаєте будинку матеріали, пов'язані з роботою?

1. рідко або ніколи;
2. раз в тиждень або рідше;
3. майже постійно.

46. ??Як часто Ви залишаєтеся на роботі після закінчення робочого дня або приходьте на роботу в позаурочний час?

1. на моїй роботі це неможливо;
2. дуже рідко;
3. іноді (рідше, ніж раз на тиждень).

47. Ви зазвичай залишаєтеся вдома, якщо у Вас озноб або підвищена температура?

1. так;
2. немає.

48. Якщо Ви відчуваєте, що починаєте втомлюватися від роботи, то Ви:

1. деякий час працюєте менш активно, поки сили не повернуться до Вас;
2. продовжуєте працювати так само активно, незважаючи на втому.

49. Коли Ви працюєте в колективі, інші очікують від Вас, що Ви будете керувати?

1. рідко;
2. не частіше, ніж від інших;
3. частіше, ніж від інших.

50. Ви записуєте для пам'яті розпорядок дня (що потрібно зробити)?

1. ніколи;
2. іноді;
3. часто.

51. Якщо хтось чинить відносно Вас нечесно, Ви:

1. прямо вказуєте йому на це;

2. перебуваєте в нерішучості і чините залежно від обставин;
  3. нічого не говорите про це.
52. У порівнянні з іншими, які виконують таку роботу, Ви докладаете:
1. набагато більше зусиль;
  2. дещо більше зусиль;
  3. приблизно стільки ж зусиль;
  4. трохи менше зусиль;
  5. набагато менше зусиль.
53. У порівнянні з іншими, які виконують таку роботу, Ви відчуваєте:
1. значно більшу відповідальність;
  2. трохи більшу відповідальність;
  3. приблизно таку ж відповідальність;
  4. дещо меншу відповідальність;
  5. значно меншу відповідальність.
54. У порівнянні з іншими, які виконують таку ж роботу, Ви відчуваєте необхідність поспішати?
1. набагато більше;
  2. дещо більше;
  3. стільки ж;
  4. дещо менше;
  5. набагато менше.
55. У порівнянні з іншими, які виконують таку роботу, Ви:
1. значно більш акуратні;
  2. кілька більш акуратні;
  3. приблизно в такій же мірі акуратні;
  4. дещо менш акуратні;
  5. значно менше акуратні.
56. У порівнянні з іншими, які виконують таку ж роботу, Ваше ставлення до неї:
1. набагато серйозніше;
  2. кілька серйозніше;
  3. мало відрізняється від інших;
  4. дещо менш серйозне;
  5. значно менш серйозне.

57. У порівнянні з роботою, яку Ви виконували 10 років тому, зараз Ви працюєте протягом тижня:

1. більше годин;
2. приблизно стільки ж;
3. менше, ніж раніше;

58. У порівнянні з роботою, яку Ви виконували 10 років тому, нинішня робота вимагає:

1. меншої відповідальності;
2. стільки ж відповідальності;
3. більшої відповідальності.

59. У порівнянні з роботою, яку Ви виконували 10 років тому, нинішня робота:

1. більш престижна;
2. настільки ж престижна;
3. менш престижна.

60. Скільки різних робіт Ви змінили за останні 10 років (врахуйте, будь ласка, будь-які зміни в характері або місце роботи)?

1. змін не було або були одного разу;
2. дві;
3. три;
4. чотири;
5. п'ять і більше.

61. За останні 10 років Ви обмежили число своїх розваг через нестачу часу?

1. так;
2. немає.

*Ключі:*

У кожному питанні (затвердження) обрані варіанти відповідей оцінюються в балах:

№№	бали	№№	бали
	13, 7, 1		13, 7, 1
	13, 7, 1		1, 5, 9, 13
	1, 7, 1		1, 7, 13
	1, 4, 7, 10, 13		13, 1
	1, 7, 13		13, 7, 1
	1, 13		1, 7, 13

	13, 9, 5, 1		13, 7, 1
	1, 7, 13		13, 7, 1
	1, 7, 13		13, 1
	1, 7, 13		13, 7, 1
	1, 7, 13		1, 7, 13
	1, 5, 7, 9, 13		1, 7, 13
	13, 9, 5, 1		13, 7, 1
	1, 7, 13		13, 7, 1
	13, 7, 1		13, 9, 5, 1
	13, 9, 5, 1		13, 1
	1, 7, 13		13, 1
	13, 7, 1		13, 7, 1
	1, 5, 9, 13		13, 7, 1
	1, 5, 9, 13		1, 7, 13
	1, 5, 9, 13		1, 4, 7, 10, 13
	13, 7, 1		1, 4, 7, 10, 13
	1, 5, 9, 13		1, 4, 7, 10, 13
	13, 9, 5, 1		1, 4, 7, 10, 13
	1, 5, 9, 13		1, 4, 7, 10, 13
	1, 5, 9, 13		1, 7, 13
	13, 9, 5, 1		13, 7, 1
	1, 5, 9, 13		1, 7, 13
	1, 5, 9, 13		13, 10, 7, 4, 1
	1, 5, 9, 13		1, 13
	1, 5, 9, 13		



## Додаток Г

### «Тест на визначення якості прив'язаності»

Measure of Attachment Qualities – (MAQ), (Carver, 2013) адаптація та переклад  
О.-М. Вонс, (2019)

Інструкція: Дайте відповідь на запитання, звертаючи увагу на те, наскільки ви з ними погоджуєтесь або не погоджуєтесь. Будь ласка, спробуйте бути точним, наскільки це можливо та постарайтеся, щоб ваша відповідь не впливала на інші відповіді. Тут немає правильних чи неправильних відповідей, ви просто висловлюєте свої почуття та власну думку. Вибирайте з поміж цих варіантів відповідей:

- 1 - Я більшою мірою Не погоджуюся з твердженням.
- 2 - Я певною мірою Не погоджуюся з твердженням.
- 3 - Я певною мірою погоджуюся з твердженням.
- 4 - Я більшою мірою погоджуюся з твердженням.

1. Я почуваюся добре, коли я поруч з людиною.
2. Я часто переживаю, що мій партнер насправді не любить мене.
3. Мені важко утримати інших настільки близько, наскільки я хочу.
4. Мені легко бути поруч з іншими.
5. Я часто переживаю, що мій партнер не захоче залишитися зі мною.
6. Інші хочуть, щоб я був/була ближчою, ніж я цього хочу.
7. Це приємно бути поруч з кимось.
8. Мені добре поруч з іншими.
9. Я не засмучують, коли мене покидають люди.
10. Моя звичка заглиблюватися у себе відштовхує інших.
11. Я не хочу бути близьким/близькою з іншими людьми.
12. Люди неохоче зближуються зі мною, у той час як я цього прагну.
13. Мені стає некомфортно, коли хтось хоче зблизитися.
14. Зближення з кимось надає мені сили.

*Ключ до опитувальника:*

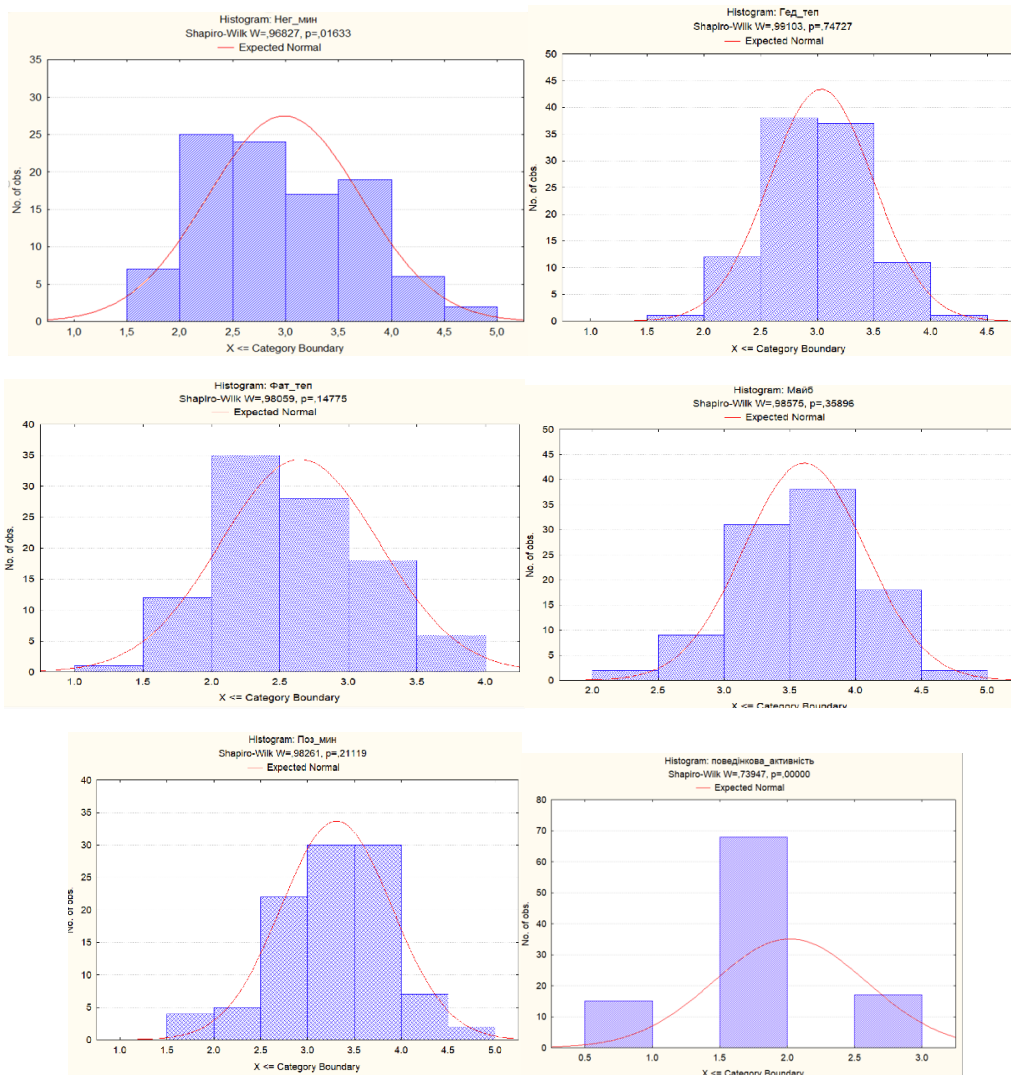
*Пункти 4, 8 та 9 зворотно закодовані.*

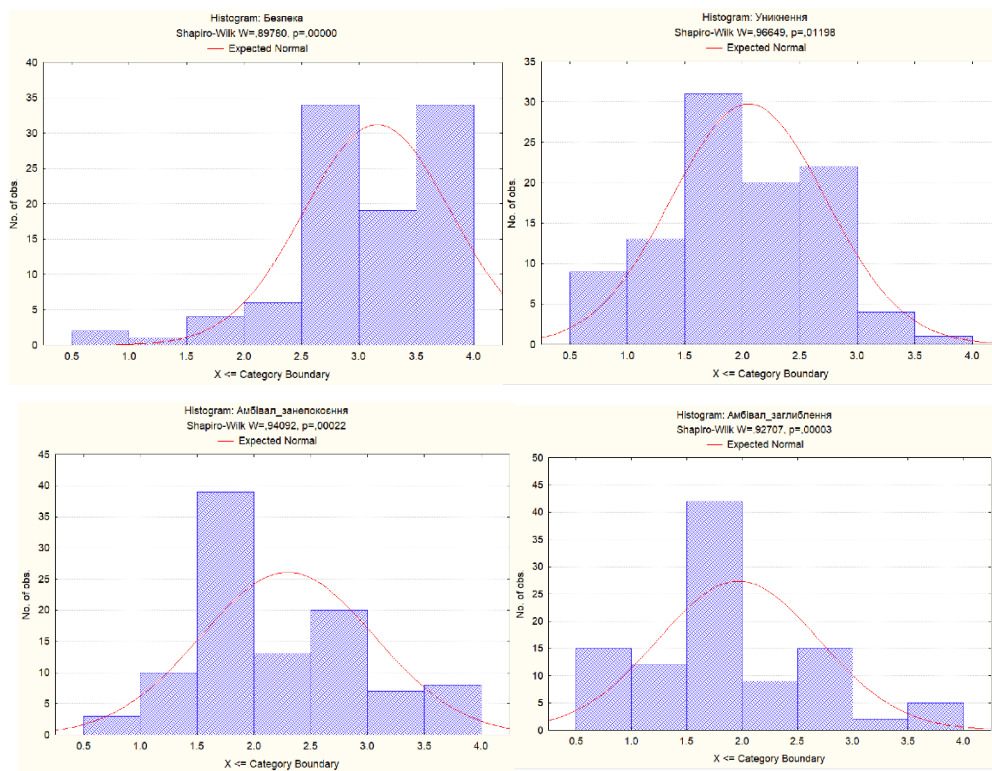
*Безпека = Пункт 1, 7 та 14. Амбівалентність занепокоєння = Пункти 2, 5 та 9. Уникнення = Пункт 4, 6, 8, 11 та 13. Амбівалентність заглиблення у себе = 3, 10 та 12.*



## Додаток Д

### Особливості розподілу шкал





## Додаток Е

Таблиця Е.1

**Результати порівняльного аналізу  
за Т-критерієм Манна-Уїтні осіб із порушеннями функцій щитоподібної  
залози (група 1) та осіб без проявів захворювання (група 2)  
за шкалами часової перспективи**

	Rank Sum	Rank Sum	U	Z	P-level	Z	P-level	Valid N	Valid N	2*1sided
Ннег_мин	2984,00	2066,00	1031,00	1,43	0,15	1,43	0,15	55,00	45,00	0,15
Ггед_теп	2701,00	2349,00	1161,00	-0,53	0,60	-0,53	0,60	55,00	45,00	0,60
Ммайб	2905,50	2144,50	1109,50	0,89	0,38	0,89	0,37	55,00	45,00	0,38
Ппоз_мин	2447,00	2603,00	907,00	<b>-2,29</b>	<b>0,02</b>	<b>-2,30</b>	<b>0,02</b>	55,00	45,00	<b>0,02</b>
Ффат_теп	2935,50	2114,50	1079,50	1,09	0,27	1,10	0,27	55,00	45,00	0,27

Прим. Нег мин – негативне минуле

Гед\_теп – гедоністичне теперішнє

Майб – майбутнє

Поз\_мин – позитивне минуле

Фат\_теп – фаталістичне теперішнє

Таблиця Е.2

**Результати порівняльного аналізу за Т-критерієм Манна-Вітні осіб із порушеннями функцій щитоподібної залози (група 1) та осіб без проявів захворювання (група 2) за шкалами «Негативне минуле», «Фаталістичне теперішнє»**

	Rank Sum	Rank Sum	U	Z	p-level	Z	p-level	Valid N	Valid N	2*1sided
Ннег_мин	2984,00	2066,00	1031,00	1,43	0,15	1,43	0,15	55,00	45,00	0,15
Фат_теп	2935,50	2114,50	1079,50	1,09	0,27	1,10	0,27	55,00	45,00	0,27

Прим. Нег мин – негативне минуле

Фат\_теп – фаталістичне теперішнє

Таблиця Е.3

**Результати порівняльного аналізу за Т-критерієм Манна-Вітні осіб із порушеннями функцій щитоподібної залози (група 1) та осіб без проявів захворювання (група 2) за шкалами якості прив'язаності**

	Rank Sum	Rank Sum	U	Z	p-level	Z	p-level	Valid N	Valid N	2*1sided
Безпека	2529,50	2520,50	989,50	-1,72	0,09	-1,75	0,08	55,00	45,00	0,09
Уникнення	3145,50	1904,50	869,50	<b>2,55</b>	<b>0,01</b>	<b>2,56</b>	<b>0,01</b>	55,00	45,00	<b>0,01</b>
Амбівал_з анепокое ня	2790,00	2260,00	1225,00	0,09	0,93	0,09	0,93	55,00	45,00	0,93
Амбівал_з аглибленн я	2890,00	2160,00	1125,00	0,78	0,44	0,79	0,43	55,00	45,00	0,44

## Додаток Ж

### Результати множинного регресійного аналізу за шкалами часових перспектив у групі осіб із порушеннями функцій щитоподібної залози

Таблиця Ж.1

#### Результати множинного регресійного аналізу за шкалою Негативне минуле

Regression Summary for Dependent Variable: Нег_мин (Дані_чисті_хворі in Аналіз_чистий)						
R= .46533845 R <sup>2</sup> = .21653988 Adjusted R <sup>2</sup> = .17045399 F(3,51)=4.6986 p<.00568 Std.Error of estimate: .66191						
N=55						
	Beta	Std.Err. of Beta	B	Std.Err. of B	t(51)	p-level
Intercept			1.994983	0.347504	5.740891	0.000001
Амбівал_занепокоєння	0.237175	0.137240	0.234704	0.135811	1.728175	0.090008
тип А1	0.276973	0.125307	0.539126	0.243910	2.210345	0.031594
Амбівал_заглиблення	0.198984	0.136932	0.227227	0.156368	1.453157	0.152306

#### Результати множинного регресійного аналізу за шкалою Гедоністичне теперішнє

Regression Summary for Dependent Variable: Гед_теп (Дані_чисті_хворі in Аналіз_чистий)						
R= .36444017 R <sup>2</sup> = .13281664 Adjusted R <sup>2</sup> = .09946343 F(2,52)=3.9821 p<.02460 Std.Error of estimate: .48748						
N=55						
	Beta	Std.Err. of Beta	B	Std.Err. of B	t(52)	p-level
Intercept			2.320053	0.254690	9.109313	0.000000
Амбівал_занепокоєння	0.278882	0.141737	0.195078	0.099145	1.967606	0.054458
Амбівал_заглиблення	0.146310	0.141737	0.118100	0.114408	1.032263	0.306726

#### Результати множинного регресійного аналізу за шкалою Майбутнє

Regression Summary for Dependent Variable: Майб (Дані_чисті_хворі in Аналіз_чистий)						
R= .57842545 R <sup>2</sup> = .33457601 Adjusted R <sup>2</sup> = .28134209 F(4,50)=6.2850 p<.00035 Std.Error of estimate: .42947						
N=55						
	Beta	Std.Err. of Beta	B	Std.Err. of B	t(50)	p-level
Intercept			3.861470	0.338774	11.39835	0.000000
Амбівал_заглиблення	-0.280831	0.131880	-0.223555	0.104983	-2.12944	0.038164
тип А1	0.357608	0.116644	0.485243	0.158276	3.06579	0.003497
Безпека	0.202925	0.120154	0.135309	0.080118	1.68888	0.097469
Амбівал_занепокоєння	-0.168914	0.130707	-0.116525	0.090168	-1.29231	0.202191

Результати множинного регресійного аналізу за шкалою  
Позитивне минуле

		Regression Summary for Dependent Variable: Поз_мин (Дані_чисті_хворі in Аналіз_чистий)					
		R= .42453694 R <sup>2</sup> = .18023161 Adjusted R <sup>2</sup> = .13200994					
		F(3,51)=3.7376 p<.01669 Std.Error of estimate: .55485					
N=55		Beta	Std.Err. of Beta	B	Std.Err. of B	t(51)	p-level
	<b>Intercept</b>			2.374613	0.567190	4.18663	0.000112
	Безпека	0.360789	0.145024	0.282804	0.113677	2.48779	0.016164
	Амбівал_заглиблення	-0.288905	0.134146	-0.270355	0.125533	-2.15366	0.036017
	Уникнення	0.275070	0.150677	0.232238	0.127215	1.82556	0.073775

Результати множинного регресійного аналізу за шкалою  
Фаталістичне теперішнє

		Regression Summary for Dependent Variable: Фат_теп (Дані_чисті_хворі in Аналіз_чистий)					
		R= .63359771 R <sup>2</sup> = .40144606 Adjusted R <sup>2</sup> = .35356175					
		F(4,50)=8.3837 p<.00003 Std.Error of estimate: .49476					
N=55		Beta	Std.Err. of Beta	B	Std.Err. of B	t(50)	p-level
	<b>Intercept</b>			1.070191	0.314941	3.398064	0.001340
	Амбівал_заглиблення	0.394821	0.127557	0.381767	0.123339	3.095262	0.003218
	Тип Б1	0.248263	0.111006	0.409187	0.182960	2.236479	0.029812
	Амбівал_занепокоєння	0.224218	0.120679	0.187879	0.101121	1.857959	0.069068
	Уникнення	0.202072	0.117445	0.176284	0.102457	1.720565	0.091514



## Результати множинного регресійного аналізу за шкалами часових перспектив у групі осіб без проявів захворювання

Таблиця Ж.2

### Результати множинного регресійного аналізу за шкалою

#### Негативне минуле

Regression Summary for Dependent Variable: Нег\_мин (Дані\_чисті\_здорові in Аналіз\_чистий)  
 R= .81173393 R<sup>2</sup>= .65891197 Adjusted R<sup>2</sup>= .63395431  
 F(3,41)=26.401 p<.00000 Std.Error of estimate: .43549

	Beta	Std.Err. of Beta	B	Std.Err. of B	t(41)	p-level
N=45						
<b>Intercept</b>			0.369301	0.573908	0.64348	0.523493
Амбівал_заглиблення	0.816657	0.093147	0.701696	0.080035	8.76740	0.000000
Безпека	0.205722	0.091800	0.362964	0.161966	2.24099	0.030505
тип А1	-0.205882	0.093094	-0.431080	0.194923	-2.21154	0.032631

### Результати множинного регресійного аналізу за шкалою

#### Гедоністичне теперішнє

Regression Summary for Dependent Variable: Гед\_теп (Дані\_чисті\_здорові in Аналіз\_чистий)  
 R= .24529129 R<sup>2</sup>= .06016782 Adjusted R<sup>2</sup>= .01541390  
 F(2,42)=1.3444 p<.27168 Std.Error of estimate: .38321

	Beta	Std.Err. of Beta	B	Std.Err. of B	t(42)	p-level
N=45						
<b>Intercept</b>			2.938588	0.146593	20.04590	0.000000
Амбівал_заглиблення	0.187414	0.150332	0.086400	0.069304	1.24667	0.219427
Тип Б1	-0.177947	0.150332	-0.177743	0.150159	-1.18369	0.243190

### Результати множинного регресійного аналізу за шкалою

#### Майбутнє

Regression Summary for Dependent Variable: Майб (Дані\_чисті\_здорові in Аналіз\_чистий)  
 R= .39604583 R<sup>2</sup>= .15685230 Adjusted R<sup>2</sup>= .07253753  
 F(4,40)=1.8603 p<.13638 Std.Error of estimate: .38634

	Beta	Std.Err. of Beta	B	Std.Err. of B	t(40)	p-level
N=45						
<b>Intercept</b>			2.869275	0.509302	5.63374	0.000002
Безпека	0.219837	0.148442	0.216165	0.145963	1.48096	0.146452
тип А1	0.233967	0.148471	0.273022	0.173254	1.57585	0.122938
Амбівал_заглиблення	-0.305605	0.211225	-0.146343	0.101148	-1.44682	0.155738
Амбівал_занепокоєння	0.208531	0.208186	0.103311	0.103140	1.00166	0.322530

Результати множинного регресійного аналізу за шкалою  
Позитивне минуле

		Regression Summary for Dependent Variable: Поз_мин (Дані_чисті_здорові in Аналіз_чистий)					
		R= .66279750 R <sup>2</sup> = .43930053 Adjusted R <sup>2</sup> = .39827374 F(3,41)=10.708 p<.00003 Std.Error of estimate: .44392					
N=45		Beta	Std.Err. of Beta	B	Std.Err. of B	t(41)	p-level
	<b>Intercept</b>			4.028312	0.241957	16.64885	0.000000
	Амбівал_заглиблення	-0.725548	0.130199	-0.495638	0.088942	-5.57262	0.000002
	тип А1	0.187418	0.121273	0.311990	0.201880	1.54542	0.129929
	Уникнення	0.175826	0.128781	0.175099	0.128249	1.36531	0.179600

Результати множинного регресійного аналізу за шкалою  
Фаталістичне теперішнє

		Regression Summary for Dependent Variable: Фат_теп (Дані_чисті_здорові in Аналіз_чистий)					
		R= .53089572 R <sup>2</sup> = .28185026 Adjusted R <sup>2</sup> = .24765265 F(2,42)=8.2418 p<.00096 Std.Error of estimate: .46094					
N=45		Beta	Std.Err. of Beta	B	Std.Err. of B	t(42)	p-level
	<b>Intercept</b>			1.945782	0.175618	11.07960	0.000000
	Амбівал_заглиблення	0.531012	0.132993	0.336849	0.084364	3.99278	0.000257
	тип А1	-0.193055	0.132993	-0.298428	0.205584	-1.45161	0.154038

Додаток 3  
Малюнки учасниць інтерв'ювання

