

Заклад вищої освіти «Український католицький університет»

Факультет наук про здоров'я

Кафедра психології та психотерапії

МАГІСТЕРСЬКА РОБОТА

Особистісні характеристики осіб, що хворіють на мігрень

**Виконала: студентка 6 курсу,
групи ЗПП-21М спеціальності 053**

**Психологія освітньої програми
«Клінічна психологія з основами
психодинамічної терапії»**

(підпис)

(дата)

Гринів М. Т.

**Керівник, посада, науковий
ступінь, вчене звання**

(підпис)

(дата)

к. психол. н.

Компанович М. С.

**Рецензент, посада, науковий
ступінь, вчене звання**

(підпис)

(дата)

д. психол. н., проф.

Католик Г. В.

Львів – 2023

РЕФЕРАТ

Назва роботи: “Особистісні характеристики осіб, що хворіють на мігрень”, 82 с., 3 ч., 6 табл., 6 рис., 9 дод., 35 джерел.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: особистісні характеристики, агресія, психологічна ригідність, алекситимія, тип дитячої прив’язаності, мігрень.

Особистісні характеристики осіб являють широкий спектр їх різновидів в залежності від типу особистості та багатьох інших особливостей. І деякі дослідження виділяють певні спільні особистісні характеристики у осіб, в залежності від наявності захворювання мігрень. Незважаючи на доволі тривалий період досліджень особистісних рис осіб, що хворі на мігрень є багато розбіжностей у отриманих результатах. Метою нашого дослідження було виявити присутність доведених раніше особистісних характеристик у осіб, що хворі на мігрень на українській вибірці та визначити чи можуть вони виступати предикторами цього захворювання. Ми провели кількісне дослідження у якому взяло участь 125 респондентів з яких 61 респондент хворіє на мігрень, а у 64 респондентів не виявлено такого захворювання і котрі, відповідно, склали контрольну групу. У нашому дослідженні були використані наступні методики: торонтська алекситимічна шкала, методика вивчення схильності особи до агресивної поведінки А. Басса та А. Даркі, томський опитувальник ригідності та тест на визначення якості прив’язаності (Measure of Attachment Qualities). Результати порівняльного аналізу виявили вищий рівень непрямой агресії у осіб, які хворі на мігрень на відміну від контрольної групи. За результатами дискримінантного аналізу непряма агресія та установча ригідність виступають предикторами прояву мігрені. Наш результат узгоджується з деякими попередніми дослідженням та підтверджує наявність психологічної складової захворювання, що апелює до доцільності і психотерапевтичної роботи з хворими на мігрень паралельно з медиками.

ЗМІСТ

Вступ.....	4
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ПРОБЛЕМИ.....	7
1.1 Біо-психо-соціальна складова мігрені як захворювання.....	7
1.2 Відомі особистісні характеристики осіб, що хворі на мігрень.....	9
1.3 Теоретичний аналіз психосоматичного аспекту захворювання.....	15
1.4 Теоретична модель та гіпотези дослідження.....	20
Висновки до першого розділу	21
РОЗДІЛ 2 МАТЕРІАЛИ ТА ПРОЦЕДУРИ ДОСЛІДЖЕННЯ.....	23
2.1 Етапи дослідження.....	23
2.2 Методи дослідження.....	24
2.3 Група досліджуваних.....	26
2.4 Аналіз даних.....	30
Висновки до другого розділу.....	32
РОЗДІЛ 3 РЕЗУЛЬТАТИ ТА ДИСКУСІЯ.....	33
3.1 Аналіз відмінностей у прояві певних особистісних рис між особами які хворіють мігренями та особами які не мають проявів захворювання.....	33
3.2 Дослідження відмінності у прояві мігрені в осіб з різними типами прив'язаності.....	37
3.3 Значимість спільних особистісних характеристик у проявах захворювання.....	38
3.4 Дискусія результатів.....	40
3.5 Обмеження та перспективи дослідження.....	44
Висновки до третього розділу.....	45
ВИСНОВКИ.....	47
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	49
ДОДАТКИ.....	53

ВСТУП

У країнах Європи мігрень вважається основним неврологічним захворюванням. Згідно ВООЗ по даних 2007р. чисельність хворих на мігрень у світі сягала 326млн. (Мяловицька & Дідкова, 2013). Специфіка захворювання така, що мігрень, в основному, характерна працездатному населенню. Кожна третя особа яка хвора на мігрень змушена пропускати один робочий день на три місяці через свою непрацездатність під час нападу хвороби (Lipton et al., 2001).

Окреслимо зміст поняття мігрень – це головний біль рецидивного характеру, переважно односторонній та пульсуючий. Важливо відмітити, що процедура лікування осіб, які хворі на мігрень полягає у зменшенні інтенсивності симптомів або/та їх усуненні. У американському дослідженні за допомогою методики General Health Questionnaire виявлено, що у хворих на мігрень у 2.5 рази більша поширеність психологічних симптомів, а саме – тривога, безсоння та депресія і більше соматичних скарг та соціальних дисфункцій аніж у контрольній групі осіб без проявів захворювання (Brandt et al., 1990).

Так як і спостереження Н.Wolff (1937), більшість психологічних досліджень, отриманих з клінічних та психоаналітичних випадків хворих на мігрень, підтримують існування певного типу особистості “такий, що хворий на мігрень”. Звідси виникає питання про існування психологічної природи мігрені. Саме це спонукало нас дослідити чи присутня відмінність особистісних характеристик між людьми, що хворі на мігрень та контрольною групою осіб, які не мають прояву захворювання.

Особистісні характеристики осіб в нашій роботі є об’єктом дослідження від так під цим розуміється – патерни сприймання, відношення та уявлення про себе і навколишнє середовище, представлені у широкому діапазоні соціального та особистого змісту (Adler, цитується за Silberstein et al., 1995).

Попередні дослідження особистісних рис осіб, що хворіють мігреньями описують їхні наступні особливості. На думку Н.Wolff (1937) констеляція

особистісних рис хворих на мігрень включає: заклопотаність досягненнями, перфекціонізм, центрованість на ефективності, негнучкість, образливість, обережність і економія у питаннях часу та грошей, відстороненість соціальних взаємодій та надмірна залежність від батьків (особливо від матері). До особистісних рис хворих на мігрень G.A.Touraine і G.Draper відносять – відокремленість, невпевненість, перфекціонізм, сенситивність, тривожність, мають глибокі емоції та жалість до себе (Touraine & Draper, 1934). L.C.Kolb пише про придушено ворожість, самовпевненість, а також агресію у людей, котрі хворі на мігрень. (Kolb, цитується за Schmidt, Carney & Fitzsimmons, 1986). Деякі дослідження спростовують результати попередніх (Friedman, Von Storch & Merritt, цитується за Schmidt, Carney & Fitzsimmons, 1986).

Від так однозначних відповідей про існування спільних рис осіб, котрі хворіють мігренью попередні дослідження не надають. А розбіжності у результатах попередніх дослідників могли виникати, частково, через складнощі у визначенні групи досліджуваних чи недостатньої їх кількості або ж через використання нестандартизованих тестувань. Такі відкриті запитання залишають велику кількість осіб на самоті зі своєю недугою та сприяють зниженню загального доходу країн через пропуски особами робочих днів у зв'язку з приступами мігрені.

Отже, метою нашого дослідження є виявити особистісні риси людей, що хворі на мігрень на українській вибірці з урахуванням попередніх обмежень.

Основними завданнями цієї роботи стали – аналіз попередніх результатів досліджень пов'язаних із вивченням психологічних особливостей осіб котрі хворі на мігрень; проведення порівняльного аналізу між групою осіб у котрих діагностовано мігрень та тих у кого немає прояву захворювання за психологічними рисами та типами дитячої прив'язаності; аналіз отриманих результатів з точки зору психоаналітичних теорій.

Таким чином сформувався три гіпотези дослідження. Перша – у осіб, які хворі на мігрень більш виражені такі особистісні характеристики як непряма

агресія чи будь який інший її прояв, психологічна ригідність та алекситимія у порівнянні з особами, які не мають мігрени. Друга – імовірно, що серед осіб, які хворі на мігрень небезпечні типи дитячої прив'язаності такі як – амбівалентність-занепокоєння, уникнення, амбівалентність-заглиблення у себе зустрічаються частіше аніж у осіб у яких немає мігрени. Третя гіпотеза – у осіб, які хворі на мігрень алекситимія, агресія та психологічна ригідність виступає предиктором мігрени.

Для перевірки встановлених гіпотез були використані торонтська алекситимічна шкала, методика вивчення схильності особистості до агресивної поведінки А. Басса та А. Даркі, томський опитувальник ригідності та тест на визначення якості прив'язаності (Харченко, 2015; Степанюк & Мельниченко, 2020; Воронов, 2017). Серед методів статистичних процедур були застосовані порівняльний та регресійний аналізи. В якості статистичних критеріїв був використаний непараметричний критерій Манна Уїтні.

Теоретична значущість роботи включає отримання інформації про наявність спільних психологічних рис українців які хворі на мігрень шляхом використання стандартизованих методів аналізу.

Практична важливість дослідження полягає у можливості застосування результатів у психотерапевтичній практиці так як вони демонструють наявність психологічної складової захворювання.

Дослідження проводилось в Україні. Період збору даних лютий, 2023р. – квітень, 2023р. До учасників дослідження увійшли 125 осіб серед яких 118 жінок та 7 чоловіків. Вік всіх учасників лежить у діапазоні 18р. – 55р. Більшість учасників мають вищу освіту. Кількість досліджуваних у кого діагностована мігрень – 61 респондент, кількість осіб у контрольній групі – 64.

Загалом робота складається із трьох розділів. Загальна кількість сторінок – 82 с., з них основного тексту – 45 с.

РОЗДІЛ 1

ПСИХОЛОГІЧНЕ РОЗУМІННЯ ОСОБИСТІСНИХ ХАРАКТЕРИСТИК ОСІБ ЯКІ ХВОРІЮТЬ НА МІГРЕНІ

1.1 Біо-психо-соціальна складова мігрень як захворювання

З огляду на предмет дослідження – мігрень, окреслимо зміст цього поняття та розкриємо його ключові аспекти з точки зору актуальності дослідження. Мігрень – головна біль, яка є другою з найпоширеніших видів цефалгій. Це біль рецидивного характеру, переважно односторонній та пульсуючий. Мігрень може супроводжуватись фоно- та фотофобією, часто нудотою та загострюється під час фізичних навантажень. Згідно ВООЗ по даних 2007р. чисельність хворих на мігрень у світі сягала 326млн (Мяловицька & Дідкова, 2013). Серед жителів Європи зареєстровано 41млн. хворих з діагнозом мігрень. В країнах Європи мігрень посідає перше місце серед головних болів її жителів і вважається головним неврологічним недугом. А також є першою, яка знижує або ж взагалі призупиняє працездатність та звиклий життєвий ритм.

Мігрень можна назвати хворобою працездатного населення. У 68% випадків захворювання припадає на вік осіб 25 – 50р. тоді як всього 20% на осіб старше 50р. Загалом, за даними епідеміологічних досліджень кількість хворих на мігрень у різних країнах світу складає 12% – 30% серед дорослих та 5% – 10% серед дітей (Мяловицька & Дідкова, 2013).

Наглядну ситуацію поширеності, соцідемографічного профілю та тягарю захворювання демонструють дані двох американських досліджень, що проводились з інтервалом у 10 років використовуючи ідентичні методи дослідження. Першим дослідженням, що встановило відсоток поширеності захворювання серед населення була робота W.F.Stewart з колегами (1992), які при вживанні діагнозу мігрень опирались на критерії International Headache

Society (IHS). За даними цього дослідження приблизна кількість жінок, що страждають від мігрени сягала 17.6% і чоловіків – 5.7%. В середньому це 23.6 млн. американців які були хворими на мігрень. Поширеність мігрени значно варіювала і була найвищою як в чоловіків так і у жінок у період між 35р – 45р. Поширеність мігрени високо корелює з рівнем доходу і була вищою у групі осіб з найнижчим рівнем доходу (менше 10тис.дол.) – більше 60% у порівнянні з двома іншими групами з середнім та найвищим рівнями доходу (більше/рівно 30 тис.дол). Поширеність мігрени за расою була вища у білошкірих, що також перевернується з результатами досліджень інших країн.

Дані другого дослідження, яке проводилось у 2001р. практично не змінилися (Lipton et al., 2001). Поширеність мігрени склала – 18.2% серед жінок та 6.5% серед чоловіків. Приблизно у 23% сімей була хоча б одна особа з діагнозом мігрень. Більше число хворих на мігрень налічувалось у білошкірих у порівнянні з темношкірими і було обернено пропорційне до рівня доходу. Поширеність захворювання зростала з дванадцятирічного віку і до сорока після чого спадала у обох статей. 53% респондентів відзначили, що їх головні болі спричинили значне порушення активності або вимагали постільного режиму. Приблизно 31% пропустили 1 робочий чи шкільний день за останні три місяці через мігрень, а 51% відзначили, що продуктивність праці чи навчання знизилась щонайменше на 50%.

Отож попередній огляд досліджень свідчить, що частка хворих на мігрень та поширеність хвороби залишилась сталою протягом десяти років. Неспроможність, яка асоціюється з мігреньями залишається вагомою та всепроникною. Кількість хворих зросла від 23.6млн в 1989р. до 27.9млн в 1999р. співмірно росту популяції. Мігрень можна вважати важливою ціллю для подальших інтервенцій, що стосуються суспільного здоров'я оскільки це дуже поширене захворювання, що різко знижує працездатність.

Було також проведено дослідження і на українській вибірці Закарпатської області. У дослідженні взяло участь 300 осіб віком від 17р до 72р. Згідно

результатів дослідження з загальної кількості опитуваних 232 особи (77%) мінімум один раз в житті зазнали нападу головного болю (Орос & Главацьких, 2018). З них у 63 осіб (27%) було виявлено симптоми мігрені, які зазначені у тесті ID MIGRAINE. Серед осіб жіночої статі 36.6% виявлено хворими на мігрень, тоді як серед чоловіків відсоток хворих становить – 15.9. І це співпадає з попередніми, представленими вище дослідженнями, де пропорція хворих на мігрень жінок до чоловіків становить 2:1. За допомогою Migraine Disability Assessment Questionnaire (MIDAS-тест) було виявлено, що ступінь інтенсивності болю при нападах мігрені у більше ніж 50% досліджуваних був третій та четвертий (два найвищі).

З огляду на вищевказане можна припустити, що окрім фізичного дискомфорту під час приступів мігрені, хворі переживають і психологічні незручності. R.Henryk-Gutt і W.L.Rees (1973) зазначають, що пацієнти які мають мігрень відчувають суттєво більше особистих симптомів емоційного стресу у порівнянні із контрольною групою. Проте, життєві стреси які траплялись хворим на мігрень не відзначались великою мірою травматичності, так як могли бути оцінені об'єктивно. Це передбачає, що особи, які хворі на мігрень схильні реагувати більш інтенсивно на створений стрес через конституційні, а не зовнішні фактори. І це пов'язано з об'єктивними високими показниками за шкалою нейротизму по Eysenck Personality Inventor (EPI) і завищеній емоційній реактивності згідно іншого психометричного тесту.

Отож наступним аспектом, цікавим для розкриття постало питання психологічних особливостей хворих на мігрень.

1.2 Відомі особистісні характеристики осіб, що хворі на мігрень

У дослідженні J.Brandt, D.Celentano, W.Stewart, M.Liner та M.F.Folstein (1990) за допомогою методики General Health Questionnaire (GHQ) виявлено, що у тих хто хворі на мігрень у 2.5 рази більша поширеність психологічних

симптомів, а саме – тривога, безсоння та депресія і більше соматичних скарг та соціальних дисфункцій аніж у контрольній групі здорових осіб. У дослідженні F.N.Schmidt, P.Carney та G.Fitzsimmons (1986) виявлено кореляцію між тривалістю приступів мігрени та мотивацією до досягнень і ригідністю. Автори дослідження припускають, що зусилля які затрачає особа для досягнень та способу життя підпорядкованого принципам та дедлайнам можуть мати фізіологічний ефект, який асоціюється з симптомами головного болю. І це не виключає зворотнього твердження про те, що у тих, у кого проявляються симптоми головного болю, включаючи і симптоми мігрени можуть мати такий тип особистості, який передбачає прагнення до досягнень та власну принциповість, а саме психологічну ригідність стосовно певних аспектів.

Звідси виникає інтерес до психологічної природи мігрени. Це спонукало нас дослідити чи присутня відмінність особистісних характеристик у людей, що хворіють на мігрень у порівнянні зі здоровою контрольною групою. В даній роботі під особистісними характеристиками розуміється – патерни сприймання, відношення та уявлення про себе та навколишнє середовище, представлені в широкому діапазоні соціального та особистого змісту (Adler, цитується за Silberstein, Lipton & Breslau 1995).

Одною з основоположних праць по дослідженні осіб, що були хворі на мігрень вважається робота H.Wolff (1937) на основі його спостережень за 46-ма пацієнтами. Це стало значним імпульсом до вивчення психологічних аспектів мігренозних головних болів. Опираючись на свої клінічні спостереження, H.Wolff постулював те, що згодом стало таким, яке очевидно відноситься до особистісних рис людей з мігренню. Ця констеляція рис включала: заклопотаність досягненнями, перфекціонізм, акцент на ефективності, негнучкість, образливість, обережність і економія у питаннях часу та грошей, відстороненість соціальних взаємодій та надмірна залежність від батьків (особливо від матері).

Паралельно зі спостереженнями Н.Wolff, більшість психологічних досліджень як клінічних так і психоаналітичних випадків з мігренню підтримали існування специфічного типу особистості “такого, що хворий на мігрень”. До характеристик осіб з мігренню W.C.Alvarez відніс – перфекціонізм, швидку втомлюваність, напруженість, гіперчутливість, інтелектуальність, незалежність, відповідальність, орієнтованість на рутину та сумлінність (Alvarez, цитується за Schmidt, Carney та Fitzsimmons, 1986).

Працюючи над своєю роботою про осіб з мігренями А. R. Furmanski (1952) аналізував 35 мужчин та 65 жінок. У своєму дослідженні він опирався на психоаналітичні концепції розвитку особистості. Досліджувані володіли рисами, які вказують на нарцисизм та сильно розвиненими агресивними інстинктами. Брак прояву прихильності чи строгість у батьківському вихованні фрустрували ці потреби привівши до амбівалентності та розвитку ультраморального та ригідного суперего. У всіх пацієнтів напади мігрені починались коли міра накопиченої ворожості була поза межами індивідуальної здатності терпіти фрустрацію. Він вважав мігрень вегетативним неврозом, фізіологічним вазомоторним проявом пригніченої ворожості спрямованої на сім'ю і потім на фрустрацію загалом.

А.Р.Friedman, Т.Т.С.Von Storch та Н.Н.Merritt на відміну від попередніх не знайшли стійкої підтримки типу особистості, що хворіє мігренню (Friedman, Von Storch & Merritt, цитується за Schmidt, Carney & Fitzsimmons, 1986).

G.Selby та , J.W.Lance (1960) серед особистісних якостей 300 жінок та 200 чоловіків хворих на мігрень відмітили у 23% досліджуваних обесивність, у 22% – гіперактивність (були індивіди, що не відпочивали і не могли розслабитись) та у 13% – тривожність.

L.C.Kolb щодо осіб з мігренями відмітив у хворих придушену ворожість, агресію і самовпевненість (Kolb, цитується за Schmidt, Carney & Fitzsimmons, 1986).

Результати дослідження K.R.Mitchell і D.M.Matchell частково узгоджуються із попередниками. До особистісних рис осіб, що хворі на мігрень вони віднесли: тривожність, контроль, ригідність, дотримання встановленого регламенту, мотивація досягнень, прагнення до захисту та перфекціонізм (Mitchell і Matchell, цитується за Schmidt, Carney & Fitzsimmons, 1986).

J.W.Paulley та D.A.L.Haskell (1975) у своєму дослідженні особистісних характеристик осіб, які хворі на мігрень пишуть про відчуття провини, образливість, залежність від годинника, компульсивність та перфекціонізм у досліджуваних.

У 75% досліджуваних відмітили хворобливість під час подорожей в дитинстві, а у багатьох дорослих розвивалась мігрень при подорожах. Аналіз їх почуттів підтверджує, що зміна рутини і виклик невідомого під час подорожей, далеко від дому в комплексі з можливістю запізнень на потяги чи у заплановані пункти призначення збуджують у хворих на мігрень великий рівень напруги.

На основі своїх спостережень за 50-ма пацієнтами з мігренню G.A.Touraine і G.Draper (1934) приходять до висновку, що мігрень була синдромом схожим до будь якого іншого неврозу, що виникає в осіб з особливим конституційним типом. І цей невроз спричинений конфліктом між бажанням втекти від впливу матерів та компульсією не залишити її. Вони також спостерігають відстороненість або часткове занурення в себе, навмисне осудження, перебільшене відчуття особистої незахищеності та труднощі у встановленні соціальних контактів. Часто були присутні перфекціонізм і надзвичайна чутливість до критики, тривога і передчуття катастрофи.

Згодом багато дослідників почали застосовувати більш об'єктивні методи аналізу особистісних характеристик осіб хворих на мігрень. Цей рух привніс в процес досліджень більш стандартизовані інструменти оцінок, групи для контролю чи порівняння, а також статистичний аналіз для опрацювання зібраних результатів. Для операціоналізації понять використовувались такі методики як: Eysenck Personality Questionnaire (EPQ), General Health

Questionnaire (GHQ), Inadequacy and Rigidity subscales from the Dutch Personality Questionnaire, Achievement Motivation Test from Hermans, The Inventory of Daily Behaviour from Kraaimaat and van Dam-Baggen, Impulsiveness subscale from the Self-evaluation List сконструйований Feij, Defense Mechanism Inventory from Gleser and Ihilevich, Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI), Beck Depression Inventory (BDI), State-Trait Anxiety Inventory, Social Readjustment Rating Scale, Rathus Assertiveness Schedule (RAS), Psychosomatic Symptom Checklist, Need for Achievement, Hostile Press and Hostility, Jackson Personality Inventory та ін.

На противагу широковідомому “типу особистості, що хвора на мігрень” з клінічних спостережень та психоаналітичних досліджень, результати емпіричних дослідження не були такими однозначними. Деякі з тих досліджень підтверджували перелік характеристик окреслених Н.Wolff, тоді як інші підтримували їх лише частково.

Дослідження J.Brandt та колег (1990) виявило, що показники осіб з мігреньями по шкалі нейротизму за методикою EPQ були помітно вищими ніж у контрольної групи, сигналізуючи про те, що вони були більш напружені, тривожні та депресивні у порівнянні з контрольною групою. В цьому ж дослідженні виявлено, що жінки з мігренью мали вищі показники за шкалою психотизму згідно методики EPQ у порівнянні з контрольною групою, що відображає їх ворожість та нижчу інтерперсональну сенситивність. Як жінки так і чоловіки мали нижчі показники у порівнянні з контрольною групою за шкалою брехні методики EPQ. Це можна інтерпретувати так, що вони були менш здатні до захисту. Також хворі на мігрень обох статей мали вищі показники ніж порівняльна група за шкалою тривожності, безсоння та депресії і мали багато соматичних скарг за методикою GHQ .

Згідно результату Duncan's Multiple Range Test група осіб, котрі були хворі на мігрень та інша із головним болем напруги не відрізнялись між собою у показниках проте обидві мали високий рівень мотивації до досягнень

(Passchier et al., 1984). Коли ці дві групи з'єднали в одну, то її узагальнені показники відзначились вищою ригідністю, виснажливою тривожністю, проявами страху поразки та нижчим рівнем імпульсивності ніж у контрольній групі.

Згідно дослідження, в методиках якого використовувався (ММРІ) результати групи осіб які хворіли мігренню не надто відрізнялись від результатів контрольної групи осіб по шкалах цього опитувальника (Andrasik, et al. 1982). У цьому ж дослідженні результати осіб з мігренню за шкалами: 2 (Депресія), 4 (Психопатія), 6 (Параноя), 7 (Психастенія), 8 (Шизофренія), 9 (Гіпоманія) та 0 (Соціальна інтроверсія) лежали в межах норми та були такими які вважаються без психіатричних наслідків. Результати, які вважаються помірно високими у групи осіб з мігренню були за шкалами: 1 (Іпохондрія) та 3 (Істерія). Суттєво високих результатів не було по жодній зі шкал. Згідно опитувальника State-Trait Anxiety (Шкала тривоги Спілберга) за шкалою ситуативної тривожності хворі на мігрень не відзначились високим результатами, тоді як по шкалі особистісної тривоги результати були високими. Також був відзначений і високий рівень психосоматичних симптомів за результатами Psychosomatic Symptom Checklist у групи людей з мігренню. Результати цього дослідження контрастують з отриманими попередніми дослідниками які стверджували про високий рівень психологічного та емоційного дистресу в осіб з різними видами головних болів. Дане дослідження також заперечує значний рівень депресії (перевірений за допомогою методики BDI, ММРІ шкала 2), пасивності та ненапористості (перевірений за допомогою методики RAS), прагнення до досягнень (перевірений за допомогою методики Need for Achievement) та ворожості (перевірений за допомогою методики Hostile Press and Hostility). Автори цього дослідження відзначають, що деякі особи з мігренню мали значні результати по багатьох з описаних шкал, проте рівень психологічних незручностей лежав у помірному діапазоні.

Дистанціюючись від окремих особистісних характеристик, можна міркувати про внутрішній конфлікт осіб які хворі на мігрень аналізуючи працю F.Fromm-Reichmann (2013) про її вісім пацієнтів з якими вона працювала психоаналітично. Авторка простежила, що всі її пацієнти страждали від невирішеної амбівалентності, вони були нездатні усвідомити свою ворожість проти близьких осіб і намагались її придушувати. Фундаментальною причиною придушення ворожості, в її випадках, був страх стати обділеними сімейним схваленням і захистом. F.Fromm-Reichmann вважала мігрень фізичним проявом неусвідомленої ворожості проти усвідомлено близьких осіб. A.R.Furmanski (1952) коментуючи спостереження F. Fromm-Reichmann підсумовує, що мігрень є неусвідомленою атакою на інкорпорований люблячий об'єкт, котрий особа свідомо любить та захищає своїм суперего. Тобто автор інтерпретує приступи мігрені як частково заборонені інстинктивні бажання та злість, але водночас і як задоволення суперего від покарання болем его. Таким чином задовольняється дуалістична мета невротичного компромісу. M. Sperling (1952) охарактеризував людей з діагнозом мігрень як таких, котрі не здатні толерувати ураження їх нарцисизму. Будь які такі ураження провокують інтенсивну реакцію гніву. А пригнічення цього гніву і імпульс вбити слугує захистом обох – об'єкта та пацієнта.

Так як попередні дослідження частково підтверджують одні одних, а деякі їм суперечать ми сконцентрувались на результатах тих, які є спільними для більшості дослідників. Тому у наступному пункті хотіли би висвітлити, психосоматичну складову мігрені.

1.3 Теоретичний аналіз психосоматичного аспекту захворювання

Соматоформна біль (СБ) – це тенденція організму так реагувати у відповідь на фізіологічний стрес. І далі мова йтиме про потенційні механізми формування цього симптому.

В основі розвиткової теорії про формування соматоформного болю є декілька основних припущень. Перше постулює, що розум і тіло не є різними сутностями, а радше різними рівнями запиту для розуміння людських умов. З цього припускають, що будь які психологічні процеси є біологічними (наприклад суб'єктивне почуття закоханості передбачає зміни в мозку та тілі) і будь які біологічні процеси переживаються особою суб'єктивно, з/або без особистого усвідомлення і можуть створювати на неї вплив (до прикладу у осіб з депресією може бути довше відновлення після стандартного хірургічного втручання через змінену постхірургічну імунну відповідь сформовану депресивним станом пацієнта). Друге – соматизація це не розлад сам собою. Радше це один з багатьох природних шляхів людини переживати та контактувати зі стресом.

Крім того, соматизація є відповідною реакцією на стрес у немовлят і дітей, яка зменшується з дорослішанням по мірі того як розвиваються здібності до регуляції дистресу та афекту. Ступінь до якої соматична реакція перетворюється в хронічну змінюється в континуумі. Третє – однакові симптоми можуть мати різні етіологічні механізми. Від так запропонована теорія може бути застосована до декількох, але не всіх маніфестацій соматоформного болю.

Суть теорії розвитку соматичного болю полягає в тому, що ненормальний ранній міжперсональний досвід з опікунами може вступати у взаємодію з генетичною передиспозицією, спричиняючи порушення дозрівання нейронних ланцюгів які відповідають за регуляцію афекту та міжособистісне функціонування. І в дорослому віці це проявлятиметься, розвиненою в дитинстві, тенденцією до соматичного реагування переживати дистрес. Нещодавні дослідження показали, що афекти, пов'язані з соціальним дистресом (болем) та фізичним болем мають спільні неврологічні процеси, які формують нервову сигналізуючу систему (Eisenberger & Lieberman, 2004).

Відтак, взаємодія несприятливого досвіду і генетичної передиспозиції може впливати на розвиток цих спільних нейронних систем, що призводить до підвищеної сприйнятливості до соматоформного болю в дорослих, внаслідок зміненої нейронної динаміки соматичного дистресу, міжособистісного дистресу та регуляції афекту.

У перинатальному та ранньому постнатальному житті дистрес та радісне збудження переживаються в основному соматично до поки не розвинена регуляція та когніції вищого порядку. Мати або опікун понижує дистрес немовляти звертаючись до потреб дитини або усуваючи джерело дистресу (до прикладу - годування) чи допомога у регуляції дистресу (наприклад обнімаючи коли болить животик). І такий дистрес на цій стадії розвитку регулюється лише інтерперсональними інтеракціями. І ці ранні інтеракції закладають фундамент способів регулювання дистресу в майбутньому.

Однак, якщо немовля перевантажене незадоволеними потребами чи надмірними стимулами, коли опікун не допомагає дитині навчитись ефективно регулювати свій афект або якщо конституційні передиспозиції заважають засвоєнню стратегій саморегуляції, дитина може продовжувати переживати та виражати емоційний стрес соматично. Так само надмірний захист або проблеми з належною сепарацією опікуна та немовляти (наприклад, через власні потреби опікуна в близькості або залежності) може поставити під загрозу розвиток дитячої здатності саморегуляції.

Крім того, дитячо-батьківська взаємодія є взаємно регулювальною системою. Через неможливість висловити свої емоції у не соматичний спосіб (через гру, жести або вербально), дитина часто може бути неспроможна викликати емоційну підтримку, увагу та розуміння з боку опікунів, що є запорукою подальшого розвитку більш зрілих способів саморегуляції емоційного стресу. Відсутність бажаної реакції з боку інших, в свою чергу, сприймається дитиною як доказ того, що інші не в змозі відреагувати бажаним чином та/або недостатньо піклуються про неї. І це може зменшити відкритість

дитини до вираження афекту. Таким чином створюється замкнуте коло невираженого, нерегульованого афекту, посиленого емоційного дистресу, підвищена ймовірність соматичного вираження цього дистресу та в подальшому емоційна відстороненість від опікунів, що призводить до ще більшого емоційного стресу в дитини. І це все стає повчальним досвідом дитини, який неминуче призводить до того, що дитина все рідше виражатиме емоції не соматичними способами.

Дані клінічних досліджень свідчать про те, що серед пацієнтів з соматоформним болем є високо поширена небезпечна прив'язаність, міжособистісні проблеми та труднощі з регуляцією афекту. Багато хто з них ріс в неоптимальному міжособистісному середовищі і їх соматичні симптоми часто активуються та підтримуються міжособистісним дистресом.

Історія неналежного догляду за дітьми раннього віку або травматизації є поширеним явищем серед пацієнтів із розладами соматоформного спектру (РСС). Пацієнтів РСС в дитинстві були обділені батьківською турботою і/або їх опікуни були фізично хворі. (Craig et al., 1993) або були більш караючими та відкидаючими (Violon, 1985), ніж опікуни контрольних груп. Пацієнти з СБ та фіброміалгією частіше повідомляли про сексуальне та фізичне насильство, емоційну відсутність, брак фізичної прихильності та сепарації, зловживання психоактивними речовинами їх батьками аніж пацієнти біль яких була медично обґрунтована (Imbierowicz & Egle, 2003). Амбулаторні пацієнти РСС мали більше факторів стресу, пов'язаних зі змінами в міжособистісних стосунках і смертю або хворобою близьких родичів, порівняно з пацієнтів без РСС (de Leon et al., 1987). У дослідженні 515-ти травмованих людей ті, хто пережив міжособистісні травми (наприклад, втрату або насильство), мали значно більше соматичних симптомів, ніж жертви стихійного лиха (наприклад, землетрусу чи пожежі) (Van der Kolk et al., 1996). Останні дослідження свідчать про те, що стиль батьківства (наприклад, неприйняття, ворожість, емоційна холодність), а не жорстоке поводження як таке пов'язані з РСС (Lackner et al., 2004).

Соматизація трактується багатьма дослідниками як розлад регуляції афекту, в основному пов'язаний із труднощами пацієнтів в усвідомленні і вираженні емоцій (Waller & Scheidt, 2006). Про сильний зв'язок між соматизацією та алекситимією повідомлялося в численних дослідженнях як клінічних, так і не клінічних вибірок (Grabe et al., 2004; Mattila et al., 2008). Алекситимія, у свою чергу, сильно пов'язана з міжособистісними труднощами, небезпечною прив'язаністю та проблемою довіри до інших (Gil et al., 2008)

Лонгітюдне дослідження 42-ох немовлят, використовуючи метод спостереження типу прив'язаності показав, що немовлята з небезпечною прив'язаністю мали труднощі чи помітну затримку у засвоєнні словникового запасу, необхідного для успішної регуляції емоцій, а немовлята з дезорганізуючою прив'язаністю виявляють майже повну відсутність менталізованої мови аж до віку 3 років (Lemche et al., 2004).

Огляд досліджень говорить, що небезпечна прив'язаність призводить до дезадаптивної регуляції стресу і афекту, що, в свою чергу, призводить до соматичного вираження стресу. Крім того у декількох великих дослідженнях серед пацієнтів з симптомами які не пояснювались медично було помітно більше осіб із небезпечною прив'язаністю ніж серед тих, у кого симптоми мали медичне обґрунтування (Taylor et al., 2000). Так само у громадській вибірці зі 101 парою небезпечний стиль прив'язаності і дитячі травми значно асоціювались з соматизацією (Waldinger et al., 2006).

Небезпечний стиль прив'язаності може загострювати соматизацію у тих пацієнтів які очікують, що інші люди будуть відкидаючими та які можуть скривдити і врешті решт можуть самі провокувати таку поведінку, що, в свою чергу, підтвердить страх бути відкинутим і закріпить замкнуте коло (Stuart & Noyes, цитується за Landa et al., 2012).

Вагомим внеском у розвиток теорії прив'язаності послужило лонгітюдне дослідження 87-ми дітей, які спостерігались у період від 9місяців до 9 років. Це дослідження показало, що стиль прив'язаності був сильним предиктором

соматичних скарг таких як головна біль, біль живота та проблеми харчування у період середнього дитинства (Hagekull & Bohlin, цитується Landa et al., 2012).

Численні дослідження показують, що середовище раннього життя впливає на експресію та регуляцію генів. Порушення та/або недостатність материнського догляду впливають на схеми метилювання генів, таким чином змінюючи експресію генів у клітинах мозку, що зрештою призводить до змін у прив'язаності та зміненому розвитку. Ці епігенетичні зміни можуть передаватись наступним поколінням проте можуть і змінитись якщо потомство помістити у збагачене середовище (Champagne, цитується за Landa et al., 2012).

Організми є сприятливими до таких епігенетичних змін у ранньому дитинстві так як нейрофізіологічні шляхи для багатьох регуляторних процесів встановлюються саме в цей період.

1.4 Теоретична модель та гіпотези дослідження

Наше дослідження передбачало наступні гіпотези.

Гіпотеза 1: у осіб, які хворіють мігрєнями більш виражені такі особистісні характеристики як підвищена агресія, психологічна ригідність та алекситимія у порівнянні з особами, які не мають проявів захворювання.

Гіпотеза 2: серед осіб, які хворіють мігрєнями небезпечні типи дитячої прив'язаності такі як – амбівалентність-занепокоєння, уникнення, амбівалентність-заглиблення у себе зустрічаються частіше аніж у осіб у яких немає мігрєні.

Гіпотеза 3: У осіб, які хворіють мігрєнями алекситимія, агресія та психологічна ригідність виступає предиктором мігрєні.

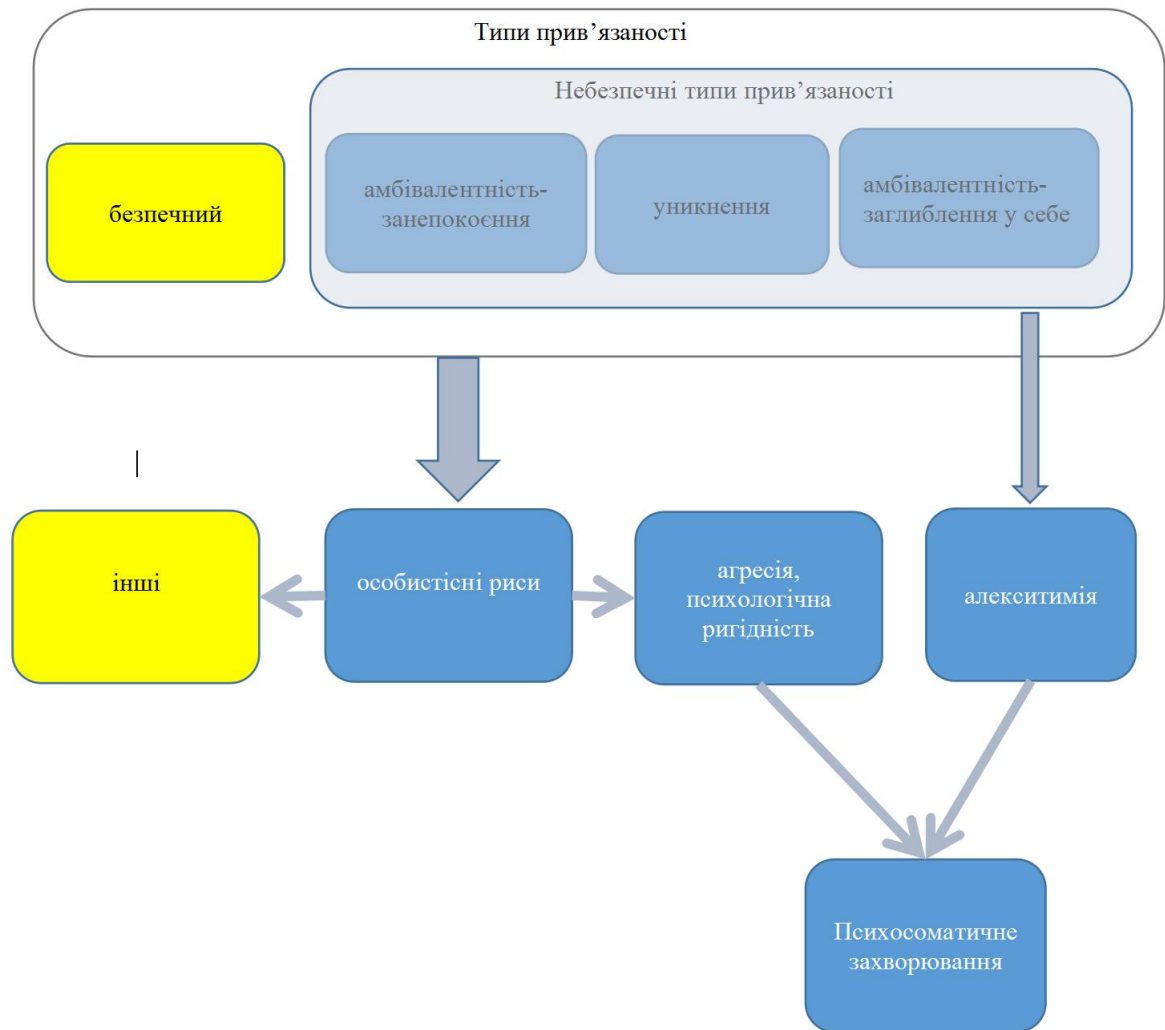


Рис. 1.1 Схематична структура зв'язку прояву мігрені та особистісних передумов

Висновки до першого розділу

За даними епідеміологічних досліджень Європи мігрень вважають головним неврологічним недугом. Це захворювання характерне переважно для осіб віком 25–50р та негативно впливає на їх працездатність. Перші дослідження (50–60рр) хворих на мігрень були переважно якісними і підтримують існування типу особистості “такого що хворіє мігренню”. Наступні (80–90рр) почали застосовувати більш стандартизовані методи дослідження, були кроссекційним та кількісного характеру. Деякі з них

підтверджують одні одних а деякі спростовують результати попередніх. Ці двозначності могли виникати частково через складнощі у визначені групи досліджуваних чи недостатньої їх кількості, використання нестандартизованих тестувань. Тримаючи в фокусі ті результати які були отримані більшістю дослідників та аналізуючи мігрень з точки зору психосоматики ми провели наше дослідження на українській вибірці. І метою нашого дослідження є спроба виявити особистісні риси людей, що хворіють мігренями враховуючи обмеження попередніх досліджень.

РОЗДІЛ 2

МАТЕРІАЛИ ТА ПРОЦЕДУРИ ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1 Етапи дослідження

Дослідження особистісних характеристик осіб, які хворіють мігренню являється кроссекційним кількісним дослідженням. Воно проводилось в Україні в період з лютого 2023р. по квітень 2023р. на українській вибірці. Учасники дослідження були залучені до заповнення опитувальника здебільшого через соціальну мережу facebook. Електронна форма опитувальника містила запитання на дозвіл у участі. Всі опрацьовані відповіді отримані від учасників, котрі підтвердили сою згоду у дослідженні. В процесі дослідження була дотримана вимога анонімності та добровільності. Опитувальник містив запитання, які не торкались особистих тем чи таких які би могли викликати надмірні хвилювання або бурхливі емоції. Відповіді учасників передбачали дві групи респондентів – ті, які хворі на мігрень та ті у кого її не діагностовано, тобто контрольну групу.

Загалом, можна виокремити наступні етапи дослідження. Першим кроком для збору даних став підбір відповідних методик. Це вдалось здійснити після опрацювання відповідної літератури по тематиці дослідження, шляхом аналізу застосованих методик, описаних шкал, отриманих результатів у попередніх дослідженнях, та аналізу теоретичних концепцій, які стосуються теми соматизації.

Наступним етапом було створення googl-форми для загального опитувальника, який містив вибрані методики. Цей етап передбачав і тестування googl-форми з огляду мети її створення (чи всі питання та варіанти відповідей відображаються та доступні для вибору, чи відбувається

колекціювання та зберігання відповідей). Також на даному етапі вимірювався загальний час заповнення опитувальника.

Третім важливим етапом слідувало залучення учасників дослідження. Основною інформаційною платформою для поширення інформації про дослідження була вибрана соціальна мережа facebook а також telegram. Форма опитувальника в більшій мірі поширювалась серед аудиторії друзів різних сфер зацікавлення, студентів психологів, а також у спеціалізованих психологічних групах, волонтерських та ін.

Наступні етапи роботи передбачали збір та збереження даних учасників емпіричного дослідження, а також їх аналіз.

2.2 Методи дослідження

Провівши аналіз попередні досліджень та літератури даної тематики ми прагнули перевірити твердження, що особам, які хворіють мігренню властива психологічна ригідність, алекситимія, у них може бути наявна чи прихована агресія та тип дитячої прив'язаності є одним з трьох – амбівалентність-занепокоєння, уникнення, амбівалентність-заглиблення у себе. Для операціоналізації понять у даному дослідженні були використані наступні методики: торонтська алекситимічна шкала, методика вивчення схильності особи до агресивної поведінки А. Басса та А. Даркі, томський опитувальник ригідності, тест на визначення якості прив'язаності/Measure of Attachment Qualities (адаптація Вонс) (Воронов, 2017; Степанюк&Мельниченко, 2020; Харченко, 2015).

Торонтська алекситимічна шкала була використана з метою перевірки гіпотези про те, що особи які переважно реагують соматично на певні стресові події менш схильні до прояву своїх почуттів. Методика складається з двох шкал: алекситимічний тип (15 тверджень) та не алекситимічний (11 тверджень). Загалом в опитувальнику є 26 тверджень, 11 з яких є оберненими та 15 –

прямими. Показники альфа-Кронбаха на нашій вибірці склав – 0.73 (Дод. Ж). Підрахунок результатів відбувався шляхом сумування балів. Результати вище 74-ьох балів відповідають людям алекситимічного типу особистості, тоді ті, які нижче 74-рьох балів, відповідно, не алекситимічному типу. Також виділяють зону ризику, яка відповідає 63—73-ьом балам.

Методика вивчення схильності особи до агресивної поведінки А. Басса та А. Даркі була використана з метою перевірки результатів, отриманих попередніми дослідженнями на українській вибірці. Дана методика складається з восьми шкал: 1) Фізична агресія (10 тверджень) , 2) вербальна агресія (13 тверджень) , 3) непряма агресія (9 тверджень) , 4) негативізм (5 тверджень) , 5) дратівливість (11 тверджень) , 6) схильність до підозр (10 тверджень) , 7) образа (8 тверджень) , 8) відчуття провини (9 тверджень). Загалом опитувальник налічує 75 тверджень. У шкалах №1 – №6 більшість тверджень є прямими, обернених з них є лише 1 – 3. У шкалах №7, №8 всі твердження є прямі. Показники альфа-Кронбаха на нашій групі досліджуваних склав – 0.66 (Дод. Ж). Підрахунок результатів відбувався шляхом сумування балів згідно ключів.

Томський опитувальник ригідності був використаний з метою перевірки результатів попередніх досліджень на українській вибірці. Дана методика складається з восьми шкал: шкала “симптомокомплекс ригідності” (СКР) – 62 твердження, субшкала “актуальної ригідності”(АР) – 18 теврджень, шкала “сенситивної ригідності” (СР) – 19 твердження, шкала “установчої ригідності” (УР) – 17 тверджень, шкала “ригідності як стану” (РСО) – 6 тверджень, шкала “преморбідної ригідності” (ПМР) – 20 тверджень, шкала “реальності” (ШР) – 17 тверджень та шкала “брехні” – 9 тверджень. Загалом в опитувальнику є 151 твердження. Показники альфа-Кронбаха на нашій вибірці склав – 0.85 (Дод. Ж). Оцінка параметра інтенсивності психічної ригідності за тією чи іншою шкалою вираховувалась шляхом сумування оцінок відповідей досліджуваного на твердження відповідної шкали. Низькому рівню психічної ригідності відповідають результати: СКР 0–62, АР 0–18, СР 0–19, УР 0–17, РСО 0–6, ПМР

0–20; помірному рівню психічної ригідності відповідають результати: СКР 63–24, АР 19–36, СР 20–38, УР 18–34, РСО 7–12, ПМР 21–40; високому рівню психічної ригідності відповідають результати: СКР 125–186, АР 37–54, СР 39–57, УР 35–51, РСО 13–18, ПМР 41–60; дуже високому рівню психічної ригідності відповідають результати: СКР 187–248, АР 55–72, СР 58–76, УР 52–68, РСО 19–24, ПМР 61–80.

Тест на визначення якості прив'язаності був застосований з метою виявити чи існує взаємозв'язок між негативними типами дитячої прив'язаності та соматичними реакціями. Дана методика складається з чотирьох шкал: безпека, амбівалентність-занепокоєння, уникнення, амбівалентність-заглиблення у себе. Загалом в опитувальнику є 14 тверджень, 3 з яких є оберненими. Показники альфа-Кронбаха на нашій вибірці дорівнює – 0.57 (Дод. Ж). Підрахунок результатів відбувався шляхом сумування балів та визначення переважаючого типу за вищим результатом однієї з шкал.

2.3 Група досліджуваних

Група досліджуваних складалась з осіб, характеристики яких відображались у анкеті. Загальна кількість учасників – 125 осіб, середній вік котрих – 18р.–55р., з них – 7 чоловіків та 118 жінок. Основним критерієм включення був вік досліджуваних який повинен був відповідати 18р.–55р. Особи, віком молодше 18-ти років та старше 55-ти років підпадали під критерій виключення. Такий віковий діапазон був обраний і у попередніх дослідженнях. Завдання саме таких вікових обмежень було у аналізі саме дорослого населення та тих хворих на мігрень, захворювання яких не є спричинене віковими біологічними змінами організму. Важливо зазначити, що досліджувані ділились на дві основні загальні групи, важливі для аналізу результатів – тих, у кого є діагностована мігрень чи звернення до лікаря з такою скаргою та тих, у кого такого досвіду не було. Останні, відповідно склали контрольну групу

досліджуваних. Крім того, учасників дослідження можна посегментувати за статтю, рівнем освіти, видом зайнятості та сімейним статусом (Таблиця 2.1).

Таблиця 2.1

Характеристика групи досліджуваних

Групи	Всього	Є мігрень	Немає мігрені
учасники	125	61	64
чоловіки	7	2	5
жінки	118	59	59
повна середня	2	1	1
професійно-технічна	0	0	0
- вища	123	55	68
- науковий ступінь	11	5	6
студент/студнтка	20	7	13
- фрілансер	23	12	11
- тимчасово безробітний/а	9	5	4
- найманий/а працівник/ця	64	30	34
- найманий/а працівник/ця на керуючій посаді	11	4	7
- власник/ця бізнесу	0	0	0
Інше (стосується діяльності)	13	8	5
не одружений/а	32	12 (37.5%)	20 (62.5%)
- одружений/а	87	46	41
Інше (стосується сімейного статусу)	6	3	3



Рис. 2.1. Розподіл досліджуваних за статтю та наявністю захворювання

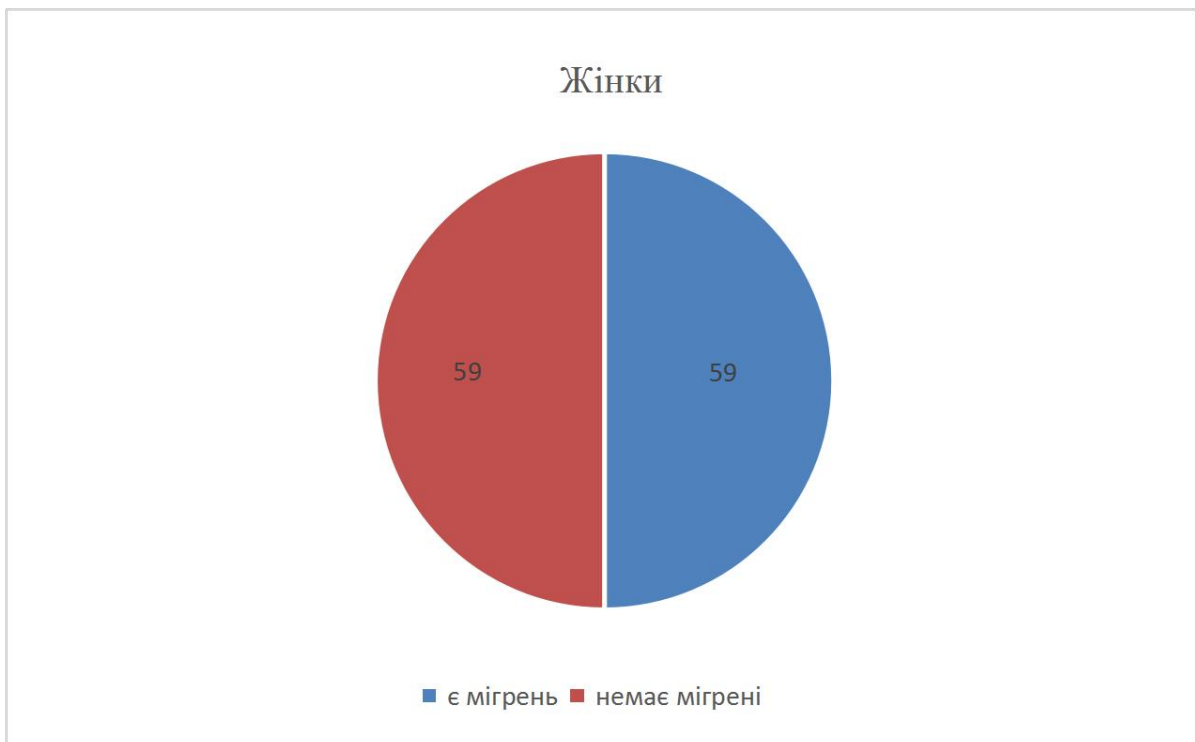


Рис. 2.2. Розподіл досліджуваних за статтю та наявністю захворювання



Рис. 2.3 Розподіл досліджуваних за сімейним статусом та наявністю захворювання

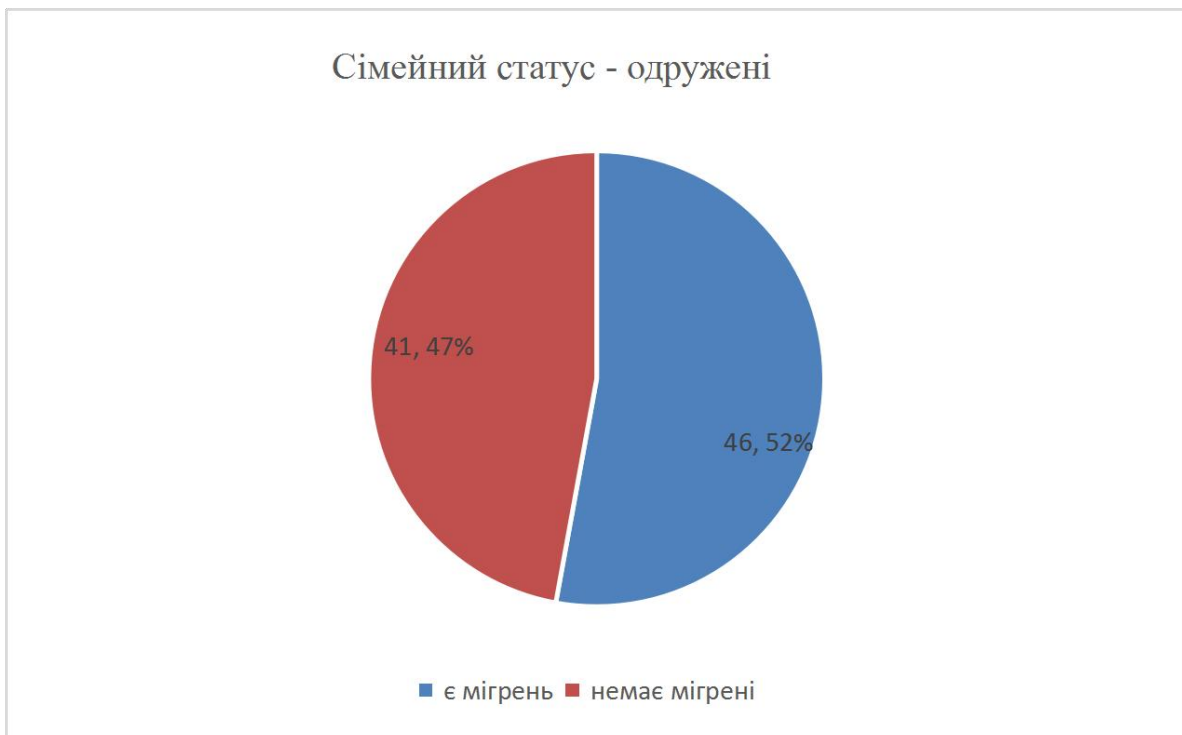


Рис. 2.4. Розподіл досліджуваних за сімейним статусом та наявністю захворювання

2.4. Аналіз даних

Для аналізу зібраних даних використовувалася програма Statistica 8.0. Для перевірки гіпотез застосовувались наступні процедури. Першим кроком у аналізі даних була перевірка результатів на нормальність розподілу. Згідно даного аналізу було отримано наступне. За шкалою алекситимії дані відповідають нормальному розподілу відповідно до рівня значущості ($p=0.06$). Жодна зі шкал методики А. Басса та А. Даркі не узгоджується з рівнем розподілу, який можна вважати нормальним так як показники рівня значущості всіх шкал виявились нижчими за 0.05: шкала фізичної агресії – ($p=0.00$), шкала вербальної агресії – ($p=0.01$), шкали непрямой агресії ($p=0.00$), шкала негативізму – ($p=0.00$), шкала дратівливості – ($p=0.00$), шкала схильність до підозр – ($p=0.00$), шкала образи – ($p=0.00$), шкала відчуття провини – ($p=0.00$). Розподіл шкал томського опитувальника ригідності частково відповідає нормальному. До шкал з нормальним розподілом ознаки належать шкали: шкала актуальної ригідності – ($p=0.46$), шкала преморбідної ригідності – ($p=0.49$), шкала брехні – ($p=0.09$) та шкала симптомокомплекс ригідності – ($p=0.10$). Всі інші шкали не належать до нормально розподілених: шкала сенситивної ригідності – ($p=0.07$), шкала ригідності як стану – ($p=0.00$), шкала настановної ригідності – ($p=0.00$), шкала реальності – ($p=0.00$). Шкали тесту на визначення якості прив'язаності не відповідають нормальному розподілу, так всі їх значення ($p=0.00$) (Дод.И).

Отже так як частина шкал методик мають нормальний розподіл, а частина не узгоджується з нормальністю розподілу у наступному етапі аналізу були застосована як параметричні так і непараметричні статистичні критерії оцінок.

Перші дві гіпотези дослідження стосується порівняльного аналізу. У першій гіпотезі ми припускаємо, що у осіб, які хворіють мігренню більш виражені такі особистісні характеристики як підвищена агресія, психологічна ригідність та алекситимія у порівнянні з особами, які не мають проявів

захворювання. Для перевірки цієї гіпотези порівнювались значення осіб з мігренню зі значеннями осіб, які не хворіють мігренню за шкалами: фізична агресія, вербальна агресія, непряма агресія, негативізм, дратівливість, схильність до підозр, образа, відчуття провини, актуальна ригідність, сенситивна ригідність, установча ригідність, преморбідна ригідність, ригідність як стан, брехня, реальність, алекситимія. Так як у дослідженні порівнювались дві незалежні групи між собою – ті у кого є мігрень та контрольна, учасники якої без такого діагнозу, а шкали мають як нормальний так і не нормальний розподіл, то використовувався порівняльний непараметричний критерій Манна Уїтні.

Друга гіпотеза передбачає, що імовірність того, що серед осіб, які хворіють мігренню домінуючими є небезпечні типи дитячої прив'язаності такі як - амбівалентність-занепокоєння, уникнення, амбівалентність-заглиблення у себе на відміну від осіб які не мають проявів захворювання. Для перевірки цієї гіпотези порівнювались значення осіб з мігренню зі значеннями осіб контрольної групи, у учасників якої такого діагнозу не виявлено. Порівняння здійснювалось за шкалами: безпека, амбівалентність-занепокоєння, уникнення, амбівалентність-заглиблення у себе. В даному аналізі застосовувався статистичний критерій для непараметричних шкал Манна Уїтні так як всі чотири шкали були не нормально розподілені та порівняння здійснювалось у межах двох незалежних груп.

У третій гіпотезі ми припускаємо, що набір таких рис як агресія, психологічна ригідність та алекситимія є прогностичними щодо прояву мігрени у людей. Для перевірки цієї гіпотези застосовувався дискримінантний аналіз, який полягав у прогнозуванні прояву ознаки (в нашому випадку – мігрени) за шкалою діагнозу при наявності інших ознак за шкалами: алекситимії, агресії та психологічної ригідності.

Висновки до другого розділу

Дизайн дослідження особистісних характеристик осіб, які хворіють мігренню побудовано за схемою кроссекційного кількісного дослідження. Основними етапами роботи були підбір методик для дослідження, формування загального опитувальника за допомогою гугл-форми, збір даних учасників, їх опрацювання у програмі Statistica 8.0. та аналіз отриманих результатів. Метод дослідження передбачав опитування за стандартизованими методиками, а саме торонтською алекситимічної шкалою, методикою вивчення схильності особи до агресивної поведінки А. Басса та А. Даркі, томським опитувальником ригідності та тестом на визначення якості прив'язаності. Для аналізу даних було проведено перевірку шкал на нормальність розподілу. Були застосовані порівняльний та прогностичний аналізи. В якості статистичних критеріїв використовувались критерії для непараметричних показників Манна Уїтні.

РОЗДІЛ 3

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ДИСКУСІЯ

3.1 Аналіз відмінностей у прояві певних особистісних рис між особами які хворіють мігренню та особами які не мають проявів захворювання.

Перший пункт цього розділу стосується порівняння двох груп осіб – з захворюванням мігрень та без встановленого діагнозу мігрень у прояві таких особистісних рис як агресія, психологічна ригідність та алекситимія. Наша гіпотеза полягала у припущенні, що у осіб з діагнозом мігрень ці особистісні характеристики будуть більш виражені ніж у осіб без такого захворювання. Для перевірки цієї гіпотези був застосований порівняльний аналіз. Кількість учасників у групі осіб з діагнозом мігрень (так) – 61 респондент, кількість осіб у контрольній групі (ні) – 64 респонденти.

Особистісний прояв алекситимії ми вимірювали за допомогою методики – торонтська алекситимічна шкала. За результатами перевірки цієї ознаки на нормальність розподілу дані учасників узгоджуються з нормальними. Відповідно аналіз здійснювався за допомогою статистичного критерію для параметричних показників – Т-критерій Стьюдента. Результат аналізу не показав статистично значущих відмінностей між групами у прояві алекситимії судячи з показника ($p=0.72$) (табл. 3.1).

Таблиця 3.1

Результати порівняльного аналізу за шкалою алекситимія

Variable	T-tests; Grouping: Діагноз										
	Group 1: Так Group 2: Ні										
	Mean Так	Mean Ні	t-value	df	p	Valid N Так	Valid N Ні	Std.Dev. Так	Std.Dev. Ні	F-ratio Variances	p Variances
Алекситимія	58.65574	59.34375	-0.352987	123	0.724703	61	64	10.65502	11.11444	1.088094	0.743391

так - група осіб з мігренню, ні - група осіб без мігрени

Особистісний прояв агресії вимірювався за допомогою методика схильності особи до агресивної поведінки А. Басса та А. Даркі. Дана методика налічує вісім шкал, кожна з яких була перевірена на нормальність розподілу. Жодну зі шкал не можна вважати розподіленою нормально так як у всіх рівень p є меншим за 0.05. Відповідно для здійснення порівняльного аналізу був використаний статистичний критерій Манна Уїтні для непараметричних показників. Результат порівняльного аналізу двох незалежних груп показав, що серед проявів агресивної поведінки рівень непрямой агресії є помітно вищим у групі осіб з діагнозом мігрень аніж цей ж показник у контрольній групі осіб які не хворіють мігренню (табл. 3.2).

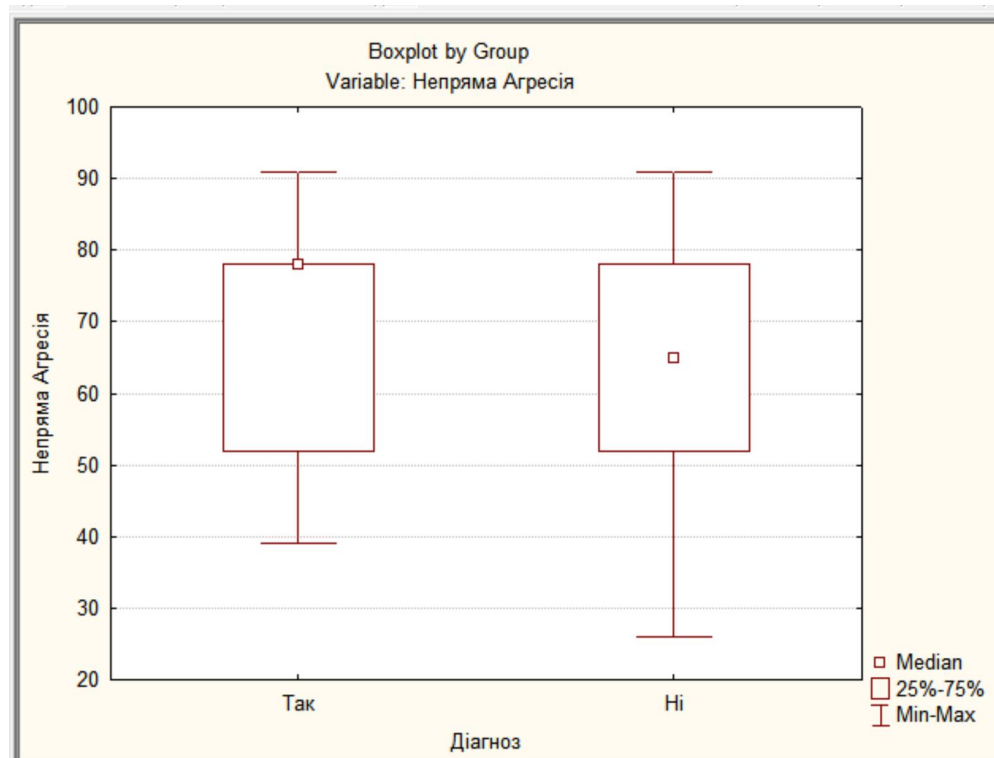
Таблиця 3.2

Результати порівняльного аналізу за шкалами агресії

Mann-Whitney U Test (Spreadsheet1)										
By variable Диаг										
Marked tests are significant at $p < .05000$										
variable	Rank Sum Так	Rank Sum Hi	U	Z	p-level	Z adjusted	p-level	Valid N Так	Valid N Hi	2*1sided exact p
ФА	4097.000	3778.000	1698.000	1.254539	0.209647	1.273759	0.202750	61	64	0.211339
ВА	4012.000	3863.000	1783.000	0.834713	0.403880	0.839692	0.401082	61	64	0.406584
НА	4346.500	3528.500	1448.500	2.486852	0.012888	2.554668	0.010629	61	64	0.012537
Нег	4052.000	3823.000	1743.000	1.032278	0.301943	1.053014	0.292336	61	64	0.304238
Драт	4010.000	3865.000	1785.000	0.824835	0.409466	0.833738	0.404429	61	64	0.412186
СдП	4093.500	3781.500	1701.500	1.237252	0.215994	1.248823	0.211731	61	64	0.216814
Обра	4098.500	3776.500	1696.500	1.261948	0.206969	1.276734	0.201697	61	64	0.207745
ВПр	3976.500	3898.500	1818.500	0.659374	0.509656	0.666331	0.505200	61	64	0.510969

Диаг - діагноз, ФА - фізична агресія, ВА - вербальна агресія, НА - непрямая агресія, Драт - дратівливість, СдП - схильність до підозр, Обра - образа, ВПр - відчуття провини, так - група осіб з мігреньми, ні - група осіб без мігреньми

Це підтверджується показником значущості, який є суттєво нижчим за 0.05 – ($p=0.01$). А також цей результат демонструє боксова діаграма, рівень медіани якої є значно вищим у групі осіб з мігренню та рівень мінімального показника котрої є вищим за цей ж рівень у контрольній групі осіб (рис. 3.1).



Так - група досліджуваних у кого є мігрень, ні - група досліджуваних без мігрені

Рис.3.1 Порівняльна діаграма за шкалами агресії двох груп

За всіма іншими шкалами, а саме – фізична агресія, вербальна агресія, дратівливість, схильність до підозр, образа та відчуття провини статистично значущих відмінностей між групами не виявлено.

Отож за результатами порівняльного аналізу за ознакою агресії робимо висновок про існування статистично значущої відмінності між двома групами осіб у прояві непрямой агресії.

Психологічна ригідність вимірювалась за допомогою томського опитувальника ригідності у котрому є вісім шкал: симптомокомплекс ригідності (СКР), актуальна ригідність (АР), сенситивна ригідність (СР), установча ригідність (УР), ригідність як стан (РСО), преморбідна ригідність (ПР), реальність (ШР) та брехня (ШБ). Згідно перевірки цих шкал на нормальність розподілу частина з них є нормально розподіленими, а частину не можна вважати такою, що відповідає нормальному розподілу. Відповідно для порівняльного аналізу двох груп за ознакою психологічної ригідності був

застосований критерій Манна Уїтні. Результат цього аналізу показав статистично значущу відмінність між двома групами у прояві преморбідної ригідності та ригідності як стану, а також у показниках за шкалами брехні та реальності на що вказує показник значущості який у всіх чотирьох шкалах є <0.05 (табл.3.3).

Таблиця 3.3

Результати порівняльного аналізу за шкалами психологічної ригідності

Mann-Whitney U Test (Spreadsheet1)										
By variable Діар										
Marked tests are significant at $p < .05000$										
variable	Rank Sum Так	Rank Sum Hi	U	Z	p-level	Z adjusted	p-level	Valid N Так	Valid N Hi	2*1sided exact p
АР	3954.000	3921.000	1841.000	0.54824	0.583525	0.54993	0.582366	61	64	0.586446
СР	3499.500	4375.500	1608.500	-1.69659	0.089775	-1.69826	0.089460	61	64	0.089822
Ряк	3396.000	4479.000	1505.000	-2.20779	0.027260	-2.21873	0.026505	61	64	0.027078
ПР	3426.500	4448.500	1535.500	-2.05715	0.039673	-2.06165	0.039242	61	64	0.039374
УР	3476.000	4399.000	1585.000	-1.81266	0.069885	-1.81716	0.069194	61	64	0.070171
Б	3359.000	4516.000	1468.000	-2.39054	0.016824	-2.40044	0.016376	61	64	0.016573
Реа	3428.500	4446.500	1537.500	-2.04727	0.040632	-2.05303	0.040070	61	64	0.040339
СКР	3513.500	4361.500	1622.500	-1.62744	0.103644	-1.62866	0.103386	61	64	0.103791

АР - актуальна ригідність, СР - сенситивна ригідність, Ряк - ригідність як стан, ПР - преморбідна ригідність, УР - установча ригідність, Б - брехня, Реа -реальність, СКР - симптомокомплекс ригідності, так - група осіб з мігрєнями, ні - група осіб без мігрєней

Проте важливо зазначити, що показники преморбідної ригідності, ригідності як стану та за шкалами брехні і реальності є вищими у групі осіб які не хворіють мігрєнями про що свідчать значення рангових сум які наведені у таблиці 3.3. Результат аналізу не підтвердив нашої гіпотези щодо вищого рівня психологічної ригідності у групі осіб з діагнозом мігрєнь.

Отож гіпотеза про наявність більш виражених особистісних характеристик таких як алекситимія, агресія, та психологічна ригідність у людей з діагнозом мігрєнь на противагу групі осіб без такого захворювання підтвердилась частково у прояві непрямой агресії.

3.2 Дослідження відмінності у прояві мігрені в осіб з різними типами дитячої прив'язаності.

Гіпотеза яка описана в цьому пункті розділу сформульована наступним чином – серед осіб, які хворіють мігренями небезпечні типи дитячої прив'язаності такі як: амбівалентність-занепокоєння, уникнення та амбівалентність-заглиблення у себе зустрічаються частіше аніж у осіб у яких немає мігрені. Оцінка типу прив'язаності здійснювалась за допомогою тесту на визначення якості прив'язаності, який включає чотири шкали – безпека, амбівалентність-занепокоєння, уникнення, амбівалентність-заглиблення у себе. Для розподілу учасників на дві групи – з діагнозом мігрень та без такого діагнозу слугувала відповідь досліджуваних у анкеті на запитання про наявність мігрені чи запиту до лікаря зі скаргою мігрень. Отож з діагнозом виявилось 61 особа, а без діагнозу мігрень – 64. Для перевірки цієї гіпотези порівнювались значення осіб з мігренями зі значеннями осіб, які не хворіють мігренями за шкалами: безпека, амбівалентність-занепокоєння, уникнення, амбівалентність-заглиблення у себе. За результатами аналізу на нормальність розподілу жодна зі шкал не відповідає нормальному розподілу. Порівняльний аналіз здійснювався за допомогою статистичного критерію Манна Уїтні, результат якого демонструє відсутність статистично значущих відмінностей між двома групами досліджуваних у застосованих шкалах, що вказано у таблиці 3.4. Про це свідчать показники значущості p , які у всіх чотирьох шкалах є вищим за 0.05 та наведені у таблиці 3.4.

Таблиця 3.4

Результати порівняльного аналізу за шкалами дитячої прив'язаності

Mann-Whitney U Test (Spreadsheet1)										
By variable Діар										
Marked tests are significant at p <.05000										
variable	Rank Sum Так	Rank Sum Hi	U	Z	p-level	Z adjusted	p-level	Valid N Так	Valid N Hi	2*1sided exact p
Б	3794.500	4080.500	1903.500	-0.239548	0.810681	-0.244250	0.807037	61	64	0.811340
А/З	3951.000	3924.000	1844.000	0.533426	0.593739	0.538859	0.589985	61	64	0.596657
У	3842.500	4032.500	1951.500	-0.002470	0.998030	-0.002483	0.998019	61	64	0.998037
А/ЗвС	3940.000	3935.000	1855.000	0.479096	0.631871	0.484216	0.628233	61	64	0.634765

Б - безпека, А/З - амбівалентність-занепокоєння, У - уникнення, А/ЗвС -амбвалентність-заглиблення у себе, так - група осіб з мігренню, ні - група осіб без мігрени

Відтак можна стверджувати, що наша гіпотеза не підтвердилась.

3.3 Значимість спільних особистісних характеристик у проявах захворювання

Ми припускаємо, що набір таких риси як агресія, психологічна ригідність та алекситимія є прогностичними щодо прояву мігрени у людей. Аби дослідити таке припущення був використаний дискримінантний аналіз. Для виміру міри прояву досліджуваних особистісних характеристик ми скористались наступними методиками. Для виміру прояву агресії була використана методика схильності особи до агресивної поведінки А. Басса та А. Даркі. Для виміру психологічної ригідності ми скористались томським опитувальником ригідності, а для визначення типу прив'язаності – тестом на визначення якості прив'язаності. Про прояв захворювання досліджувані вказували у опитувальнику в розділі анкетних даних. Питання яке виявляло чи досліджуваний хворіє на мігрень чи ні передбачало ствердну чи негативну відповідь на твердження яке звучало так – у мене діагностована мігрень або було звернення до лікаря з такою скаргою. Таким чином серед всіх учасників дослідження хворих на мігрень виявилось – 61 особа, а осіб без такого діагнозу – 64. Результат дискримінантного аналізу показав, що серед шкал трьох

методик, а саме: шкала алекситимії, шкала фізичної агресії, шкала вербальної агресії, шкали непрямой агресії, шкала негативізму, шкала дратівливості, шкала схильність до підозр, шкала образи, шкала відчуття провини, шкала актуальної ригідності, шкала преморбідної ригідності, шкала брехні, шкала симптомокомплекс ригідності, шкала сенситивної ригідності, шкала ригідності як стану, шкала настановної ригідності, шкала реальності предиктором мігрени виступає непрямая агресія та установча ригідність. Про це свідчать показники, що наведені у таблиці 3.5. Шкали, котрі не мають впливу на прояв захворювання та не ввійшли в таблицю представленні у додатку К.

Таблиця 3.5

Результати дискримінантного аналізу

Discriminant Function Analysis Summary (Spreadsheet1) Step 6, N of vars in model: 6; Grouping: Діаг (2 grps) Wilks' Lambda: .81286 approx. F (6,118)=4.5278 p< .0004						
N=125	Wilks' Lambda	Partial Lambda	F-remove (1,118)	p-level	Toler.	1-Toler. (R-Sqr.)
НА	0.863271	0.941601	7.318452	0.007836	0.850994	0.149006
УР	0.850900	0.955291	5.522627	0.020433	0.753996	0.246004
Реа	0.839390	0.968390	3.851743	0.052048	0.938211	0.061789
Б	0.837438	0.970647	3.568383	0.061344	0.871094	0.128906
ВПр	0.837851	0.970168	3.628350	0.059237	0.707234	0.292766
Ряк	0.832684	0.976189	2.878201	0.092423	0.849139	0.150861

Діаг - Діагноз, НА - непрямая агресія, УР - установча ригідність, Реа -реальність, Б - брехня, ВПр - відчуття провини, Ряк - ригідність як стан

Отож згідно результатів аналізу бачимо, що наша гіпотеза підтвердилась частково і такі особистісні риси як непрямую агресію та установчу ригідність можна вважати предикторами мігрени, тоді як алекситимія не має впливу на ймовірний прояв захворювання.

3.4 Дискусія результатів

Метою дослідження було дослідити чи існує психологічна складова прояву захворювання мігрень шляхом порівняння групи осіб які хворіють мігреньями з групою осіб без прояву захворювання. Адже мігрень є досить поширеною і вважається головним неврологічним недугом Європи. Варто зазначити, що специфіка хвороби полягає в тому, що мігрень найчастіше вражає населення працездатного віку. І це відповідно, призводить до скорочення робочих днів осіб під час приступу мігрені, а від так і загального прибутку.

Метою порівняльного аналізу було виявити відмінності між групами у прояві таких особистісних рис як алекситимія, агресія та психологічна ригідність опираючись на праці дослідників таких як F.N.Schmidt, P.Carney та G. Fitzsimmons (1986), H.Wolff (1937), A.R.Furmanski (1952), J. W.Paulley та D.A.L. Haskell (1975), J. Brandt та колеги (1990), F.Fromm-Reichmann (1937), H.J.Grabe з колегами (2004), A. K.Mattila та колеги (2008), L.C.Kolb, цитується за Schmidt, Carney & Fitzsimmons (1986), котрі пишуть, що у осіб із мігренню ці особистісні риси є більш виражені аніж у осіб без такого захворювання.

Розглядаючи мігрень як психосоматичне захворювання, нам цікаво було дослідити чи існує взаємозв'язок між типом прив'язаності та проявом мігрені так як про це пишуть наступні дослідники – В.Hagekull & G.Bohlin, цитується Landa та колеги (2012), J. M.Lackner та колеги (2005), R. E.Taylor та колеги (2000). У їх працях зазначається, що у осіб з небезпечними типами прив'язаності рівень соматичних скарг таких як біль голови, живота є високим.

Ми також скористались результатами опитування провівши прогностичний аналіз та припустивши, що такі особистісні риси як алекситимія, агресія, психологічна ригідність, а також небезпечні типи прив'язаності можуть виступати предикторами прояву мігрені.

Отож результати порівняльного аналізу двох груп осіб – з мігреньями (61ос.) та без (64ос.) за наступними шкалами: алекситимії, фізичної агресії, вербальної агресії, непрямой агресії, негативізму, дратівливості, схильності до підозр, образи, відчуття провини, актуальної ригідності, преморбідної ригідності, брехні, симптомокомплексу ригідності, сенситивної ригідності, ригідності як стану, настановної ригідності, реальності та за всіма чотирма шкалами дитячої прив'язаності показали статистично значущу відмінність у прояві непрямой агресії, ригідності як стану, преморбідної ригідності, брехні та за шкалою реальності.

Прояв непрямой агресії є суттєво вищим у групі осіб з мігренью. Такий результат є схожим до результатів A.R.Furmanski (1952) який досліджував 65 жінок та 35 чоловіків з мігреньями згідно принципів психоаналітичної концепції формування характеру. В процесі роботи з ними він виявив, що у досліджуваних були сильно розвинені агресивні інстинкти. Також такий результат перегукується з результатами L.C.Kolb щодо осіб з мігренью, який відмітив у хворих придушену ворожість та агресію (Kolb, цитується за Schmidt, Carney & Fitzsimmons, 1986). F.Fromm-Reichmann (1937) вважала мігрень фізичним проявом неусвідомленої ворожості проти близьких осіб, що також свідчить про наявність непрямой агресії. Від так, отриманий результат можна вважати таким, що узгоджується із психоаналітичною теорією. Цілком ймовірно, що мігрень може фігурувати симптомом який свідчить про протест/заперечення встановленими правилами їх об'єктами. Але так як дитині не притаманно ставити під сумнів волю батьків, цей протест не може бути виражений відкрито і змушений існувати приховано. Ймовірно результат учасників за шкалою непрямой агресії нам сигналізує про прояв забороненого протесту .

Водночас отриманий результат на нашій вибірці є відмінним попереднім результатам дослідників F.N.Schmidt, P.Carney та G.Fitzsimmons (1986) та H.Wolff (1937), які писали про наявність психологічної ригідності у осіб, котрі

хворіють мігренню. Важливо відмітити, що результати нашого дослідження є протилежним до їх тверджень. Результат порівняльного аналізу показав вищий рівень ригідності як стану та преморбідної ригідності у контрольній групі, яка включає осіб, котрі не хворіють мігренню. Також у цій ж групі були вищі показники за шкалами реальності та брехні, що частково співпадає з результатом J.Brandt та колег (1990). Автор інтерпретував вищий рівень досліджуваних за шкалою брехні так, що вони були менш здатні до захисту. Шкали брехні та реальності відносяться до, так званих, контрольних шкал. Чим вищі показники за шкалою реальності тим частіше досліджувані відповідали зі свої припущень, а не з реального досвіду. Питання, що формують шкалу брехні є виокремленні з опитувальника особистості Айзенка і свідчать про достовірність відповідей учасників. Так як дані цих двох шкал контрольної групи осіб є значно вищими за дані осіб з мігренню “... тому результати обстеження не можуть викликати довіру” (Воронов, 2017). Ми припускаємо, що вищий результат за цими двома шкалами міг бути спричинений меншою зацікавленістю у результатах дослідження учасників без мігрени у порівнянні з учасниками, які хворіють мігренню. Відтак вони могли бути менш уважними при заповненні опитувальника, а їх відповіді менш узгодженими між собою. Водночас, притримуючись нашої гіпотези про вищу психологічну ригідність осіб з мігренню можна міркувати про те, що їх поведінка частіше є однотипною та повторюваною і саме тому їх результат за шкалою брехні є нижчим. Що, в свою чергу, узгоджується з висунутою гіпотезою.

Також отриманий результат не підтвердив результати попередніх дослідників Н. J. Grabe та колег (2004), А. К. Mattila та колег (2008), котрі писали про сильний зв'язок між соматизацією та алекситимією. А також не підтвердились результати J. M. Lackner та колег (2005), R. E. Taylor та колег (2000), B. Hagekull & G. Bohlin (Hagekull & Bohlin цитується за Landa et al., 2012) котрі дослідили, що у осіб з небезпечними типами прив'язаності розлади соматоформного спектру є високим. Припускаємо, що такі результати

зумовлені неоднорідністю нашої вибірки. Дані отримані попередніми дослідниками були зібрані серед досліджуваних з психосоматичними розладами. Про рівень соматизації осіб нашої вибірки ми не можемо міркувати так як не маємо відповідних даних. Відповідно частина осіб нашої групи досліджуваних з мігренню можуть мати захворювання спричинене фізіологічними чинниками, а не психосоматичними. Отож, вважаю, що відсутність шкали соматизації у опитувальнику варто віднести до обмежень нашого дослідження.

Результати дискримінантного аналізу частково підтверджують третю гіпотезу і демонструють ймовірний прогностичний ефект непрямой агресії та установчої ригідності щодо можливого прояву мігрени. Ми не можемо стверджувати що є причиною, а що є наслідком, що виникло швидше – мігрень, в силу якої формуються певні особистісні риси чи певні риси, які провокують приступи мігрени... G.A.Touraine & G.Draper пишуть про певний конституційний тип якому притаманні як і деякі спільні особистісні риси так і мігрень (Touraine & Draper, цитується за Wolff, 1937). Результати дискримінантного аналізу узгоджуються з його версією і показують взаємозв'язок між агресією та ригідністю і проявом мігрени. Можна продовжити наші роздуми згідно психоаналітичної теорії і міркувати про те, що тривале придушення особистих агресивних імпульсів, як і строге слідування сформованих в процесі виховання установок може перерости у симптом у вигляді мігрени чи іншого роду захворювання в залежності від індивідуальних генетичних предиспозицій, а тобто власної конституції. Установчу ригідність можна трактувати як прояв суперего, що диктує інтровертованим об'єктом певну поведінку, яка може суперечити істинним прагненням особистості, а тобто ї їд. При такому внутрішньому конфлікті очевидним буде присутність непрямой агресії. Проте строгі рамки суперего не дозволяють прямий її прояв. І як наслідок, мігрень можемо слугувати компромісом его – під час приступу особа є безсилою до виконання будь яких вимог, правил чи планів суперего,

отримує наче дозволене і бажане звільнення від них і таким чином вдовольняє своє ід, а суперего залишається задоволеним вчиненим актом покаранням за невиконання попередньо встановлених планів у вигляді мігрени.

Отриманий результат узгоджується з думкою попередніх дослідників, яка зазначалась у першому розділі про спільні особистісні риси осіб, які хворіють мігренями. Від так, це дає право припустити, що існує психологічна складова у захворюванні. Відповідно для осіб, що мають мігрень можна було би застосувати психотерапію в якості додаткової рекомендації до лікування. На наш погляд, отриманий результат, що виявляє наявність непрямої агресії у осіб які хворіють мігренями, а також те, що установча ригідність може слугувати предиктором захворювання апелює до психотерапевтичної роботи в напрямку пізнання істинних бажань клієнта і до самоприйняття. Дуже цікаво було би дослідити вплив такої роботи, провівши заміри психологічних факторів до початку співпраці з ними та після. Це могло би слугувати матеріалом майбутніх досліджень осіб з діагнозом мігрень.

3.5 Обмеження та перспективи дослідження.

Обмеженнями цього дослідження можна вважати неоднорідність вибірки. Захворювання – мігрень паралельно з психологічної складовою може мати і великий відсоток біологічної складової, яку нам виокремити не вдалось. Крім того, в цьому дослідженні не диференціювались особи по інтенсивності приступів, що також вплинуло на обмеження вибірки. Для повноти розуміння особливостей осіб, які хворіють мігренями вартувало б збільшити кількість досліджуваних. Крім того більшість учасників дослідження є жінки, що не дає можливості застосування результатів до чоловічої статі.

Інструментарієм збору даних слугував онлайн опитувальник, що включав 272 запитання. Учасники відповідали віддалено. В процесі збору даних поступало декілька повідомлення від учасників про втому під час заповнення

гугл форми. З цього ми робимо висновок, що частина отриманих відповідей могла бути досить легковажною та, ймовірно, такою, що не узгоджується з реальністю. Якщо б ми мали можливість забезпечити зручне місце для заповнення опитувальника та певну винагороду за потрачений час, вважаю, це би посприяло отриманим результатам.

Від так у подальших дослідженнях особистісних характеристик осіб з мігренню варто було би врахувати наші обмеження шляхом правильного диференціювання вибірки, внівши питання про інтенсивність приступів, їх тривалість, генетичну predisпозицію чи наявність супутніх захворювань. Вважаємо допоміжним у розкритті портрету особистості, що хворіє мігренями були би шкали нарцисизму, самооцінки та соматизації. Також для подальших досліджень такого ж формату та дизайну було б добре продумати коротший варіанти форми опитувальника з метою зменшення навантаження на досліджуваного.

Висновки до третього розділу

Результати цього дослідження показали, що частина висунутих гіпотез підтвердилась, а частина спростувалась. Також наш результат порівняльного аналізу двох груп осіб за проявом агресії узгоджується з результатом попередніх дослідників, які писали про наявність агресії у осіб, котрі хворіють мігренню. Новизною нашого дослідження став результат дискримінантного аналізу, який демонструє, що непряма агресія та установча ригідність можуть виступати предикторами прояву мігрени. Отримані результати порівняльного аналізу за проявом алекситимії та типів прив'язаності не показав відмінностей між групами осіб, що не узгоджується з попередніми дослідженнями. Проте заперечувати наявність відмінності, що виявлено попередніми дослідниками, не можна через наявні обмеження у нашому дослідженні, а саме – недостатність вибірки та відсутність шкали соматизації.

Отримані результати про присутність непрямой агресії у осіб, які хворіють мігренню та установчу ригідність в парі з непрямую агресією, що виступають предикторами мігрени можна трактувати з точки зору психоаналітичного підходу. Ці психологічні риси можна розглядати як результат внутрішнього конфлікту між суперого особистості та її ід. А мігрень в цьому конфлікті виступає конверсією яка задовольняє обидві сторони. Отож отримані результати можуть бути інформативними для психотерапевтів у своїй роботі з клієнтами в якості додаткового джерела формування портрету особистості та вибудовування подальшої структури роботи з ними. Від так, з огляду на вищевказане прикладною важливістю нашого дослідження можна вважати існування спільної психологічної складової у осіб, які хворіють мігренню.

ВИСНОВКИ

Метою написання магістерського дослідження було перевірити на українській вибірці наявність певних психологічних рис, які є спільними для осіб, котрі хворіють мігренню.

Ця робота передбачала ряд завдань. Одним з перших було зібрати та проаналізувати наукові публікації які стосувались досліджень особистісних рис людей у котрих виявлено мігрень. Ми сформуваємо ключові висновки переглянутих результатів. Проте, так як дана тематика вивчається давно інформації зібрано достатньо. Тому немає впевненості, що дослідження які представлені у цій роботі не є спростованими чи доповнені іншими, які ми не змогли досягнути.

Наступне завдання передбачало проведення порівняльного аналізу за певними особистісними рисами та типами дитячої прив'язаності між особами у котрих є мігрень із тими у кого немає прояву захворювання. Так як до участі у дослідженні вдалось залучити осіб з мігренню та без нам вдалось зреалізувати поставлене завдання.

Дотичним то попереднього завдання було виявити чи певні психологічні особливості можуть виступати предикторами мігрені. Результати аналізу говорять про те, що це завдання ми виконали.

Ключовим із завдань для нас був аналіз отриманих результатів з точки зору психоаналітичного підходу розвитку особистості. І отримані результати наводять на певне розуміння та бачення загальної концепції розвитку тих осіб які хворіють мігренню. Проте так як особистого контакту з досліджуваними не було і через технічну неможливість є багато неврахованих факторів буде не правильно констатувати ствердність наших інтерпретацій.

Частково отримані результати на українській вибірці узгоджуються з попередніми дослідженнями особистісних рис осіб, котрі хворіють мігреннями іноземних дослідників. Від так, можна припустити, що результати аналізу

інших особистісних характеристик які не є дослідженими на українському населенні, отримані на іноземних вибірках будуть також прийнятними і для українців. Крім того важливим є сам результат, який демонструє наявність психологічної складової у захворюванні. Отже можна заявляти про актуальність психотерапевтичної роботи з хворими. На наш погляд, корисним був би паралельний супровід хворих як невропатологом так і психотерапевтом. Послугуючись психоаналітичним підходом у трактуванні отриманих результатів можна міркувати і про доцільність психотерапії дітям як профілактики виникнення захворювання.

Отже, дослідження психологічних рис осіб які хворіють мігренню розкриває перед нами широкий спектр їх особливостей, як і кожного окремого індивіда. Проте з них можна виокремити декілька, які повторюються найчастіше у декількох дослідників. Не можна ігнорувати результати досліджень тих авторів які заперечують попередньо отримані іншими. Передумови захворювання лежать на стику багатьох факторів всі з яких нам не вдалось охопити. Від так наше дослідження не є повністю розкритим і вимагає комплексного підходу. Тому для подальших досліджень було би цінним включення у методологію збору даних методики кількісного характеру та якісного. Особливо цікавим були б результати експериментального дослідження впливу психотерапії на осіб з захворюванням мігрень. Отже запитань для подальших досліджень залишається достатньо як і немало встановлених цікавих фактів вже сьогодні.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Воронов, О. І. (2017). *Методика діагностування соціально-психологічних впливів на прийняття державно-управлінських рішень в індетермінованих умовах*. Київ: НАДУ.
2. М'яловицька, О. А. & Дідкова, Ю. П. (2013). Сучасні аспекти епідеміології, патогенезу та лікування мігрені. *Український вісник психоневрології*, 21 (1), 16-19.
3. Степанюк, О., & Мельниченко, О. (2020). *Методичний посібник для фахівців, які впроваджують типову програму для кривдників: Збірник практичних матеріалів*. Київ: ОБСЄ.
4. Орос, М. М. & Главацьких, Х. С. (2018). Особливості епідеміології мігрені та її вплив на тактику лікування. *Ukrainian Medical Journal*, 1(123), 2-6. <https://doi.org/10.32471/umj.1680-3051.123.120210>
5. Харченко, Д.М. (2015). *Психосоматичні розлади. Теорії, методи діагностики, результати досліджень*. Київ: Видавничий Дім "Слово".
6. Andrasik, F., Blanchard, E. B., Arena, J. G., Teders, S. J., Teevan, R. C., & Rodichok, L. D. (1982). Psychological Functioning in Headache Sufferers: *Psychosomatic Medicine*, 44(2), 171–182. <https://doi.org/10.1097/00006842-198205000-00003>
7. Brandt, J., Celentano, D., Stewart, W., Linet, M., & Folstein, M. F. (1990). Personality and emotional disorder in a community sample of migraine headache sufferers. *The American journal of psychiatry*.
8. Craig, T. K. J., Boardman, A. P., Mills, K., Daly-Jones, O., & Drake, H. (1993). The South London Somatisation Study: I: Longitudinal Course and the Influence of Early Life Experiences. *British Journal of Psychiatry*, 163(5), 579–588. <https://doi.org/10.1192/bjp.163.5.579>

9. Eisenberger, N. I., & Lieberman, M. D. (2004). Why rejection hurts: A common neural alarm system for physical and social pain. *Trends in Cognitive Sciences*, 8(7), 294–300. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2004.05.010>
10. Fromm-Reichmann, F. (2013). Contribution to the Psychogenesis of Migraine. *The Psychoanalytic Review*, 100(1), 95–102. <https://doi.org/10.1521/prev.2013.100.1.95>
11. Furmanski, A. R. (1952). Dynamic concepts of migraine: a character study of one hundred patients. *AMA Archives of Neurology & Psychiatry*, 67(1), 23-31.
12. Gil, F. P., Scheidt, C. E., Hoeger, D., & Nickel, M. (2008). Relationship between Attachment Style, Parental Bonding and Alexithymia in Adults with Somatoform Disorders. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 38(4), 437–451. <https://doi.org/10.2190/PM.38.4.d>
13. Grabe, H. J., Spitzer, C., & Freyberger, H. J. (2004). Alexithymia and Personality in Relation to Dimensions of Psychopathology. *American Journal of Psychiatry*, 161(7), 1299–1301. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.7.1299>
14. Henryk-Gutt, R., & Rees, W. L. (1973). Psychological aspects of migraine. *Journal of Psychosomatic Research*, 17(2), 141-153.
15. Imbierowicz, K., & Egle, U. T. (2003). Childhood adversities in patients with fibromyalgia and somatoform pain disorder. *European Journal of Pain*, 7(2), 113–119. [https://doi.org/10.1016/S1090-3801\(02\)00072-1](https://doi.org/10.1016/S1090-3801(02)00072-1)
16. Lackner, J. M., Gudleski, G. D., & Blanchard, E. B. (2004). Beyond abuse: The association among parenting style, abdominal pain, and somatization in IBS patients. *Behaviour Research and Therapy*, 42(1), 41–56. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(03\)00069-X](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(03)00069-X)
17. Landa, A., Peterson, B. S., & Fallon, B. A. (2012). Somatoform Pain: A Developmental Theory and Translational Research Review. *Psychosomatic Medicine*, 74(7), 717–727. <https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e3182688e8b>
18. Lemche, E., Klann-Delius, G., Koch, R., & Joraschky, P. (2004). Mentalizing Language Development in a Longitudinal Attachment Sample: Implications for

- Alexithymia. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 73(6), 366–374.
<https://doi.org/10.1159/000080390>
19. León, J., Saiz-Ruiz, J., Chinchilla, A., & Morales, P. (1987). Why do some psychiatric patients somatize? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 76(2), 203–209.
<https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1987.tb02885.x>
 20. Lipton, R. B., Stewart, W. F., Diamond, S., Diamond, M. L., & Reed, M. (2001). Prevalence and Burden of Migraine in the United States: Data From the American Migraine Study II. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*, 41(7), 646–657. <https://doi.org/10.1046/j.1526-4610.2001.041007646.x>
 21. Mattila, A. K., Kronholm, E., Jula, A., Salminen, J. K., Koivisto, A.-M., Mielonen, R.-L., & Joukamaa, M. (2008). Alexithymia and Somatization in General Population. *Psychosomatic Medicine*, 70(6), 716–722.
<https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e31816ffc39>
 22. Passchier, J., Helm-Hylkema, H., & Orlebeke, J. F. (1984). Personality and Headache Type: A Controlled Study. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*, 24(3), 140–146. <https://doi.org/10.1111/j.1526-4610.1984.hed2403140.x>
 23. Paulley, J. W., & Haskell, D. A. L. (1975). The treatment of migraine without drugs. *Journal of Psychosomatic Research*, 19(5–6), 367–374.
[https://doi.org/10.1016/0022-3999\(75\)90016-1](https://doi.org/10.1016/0022-3999(75)90016-1)
 24. Schmidt, F. N., Carney, P., & Fitzsimmons, G. (1986b). An empirical assessment of the migraine personality type. *Journal of Psychosomatic Research*, 30(2), 189–197. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(86\)90049-8](https://doi.org/10.1016/0022-3999(86)90049-8)
 25. Selby, G., & Lance, J. W. (1960). Observations on 500 cases of migraine and allied vascular headache. *Journal of neurology, neurosurgery, and psychiatry*, 23(1), 23.
 26. Silberstein, S., Lipton, R., & Breslau, N. (1995). Migraine: Association with Personality Characteristics and Psychopathology. *Cephalalgia*, 15(5), 358–369.
<https://doi.org/10.1046/j.1468-29821995.1505358.x>

27. Sperling, M. (1952). A Pspchoanalytic Study of Migraine and Psychogenic Headache. *The Psychoanalytic Review (1913-1957)*, 39, 152.
28. Taylor, R. E., Mann, A. H., White, N. J., & Goldberg, D. P. (2000). Attachment style in patients with unexplained physical complaints. *Psychological Medicine*, 30(4), 931–941. <https://doi.org/10.1017/S0033291799002317>
29. Touraine, G. A., & Draper, G. (1934). The migrainous patient. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 80(1), 1-23.
30. Van der Kolk, B. A., Pelcovitz, D., Roth, S., & Mandel, F. S. (1996). Dissociation, somatization, and affect dysregulation: The Complexity of adaption to trauma. *The American journal of psychiatry*. 153(7).
31. Violon, A. (1985). Family etiology of chronic pain. *International Journal of Family Therapy*, 7(4), 235–246. <https://doi.org/10.1007/BF00924025>
32. Waldinger, R. J., Schulz, M. S., Barsky, A. J., & Ahern, D. K. (2006). Mapping the Road From Childhood Trauma to Adult Somatization: The Role of Attachment: *Psychosomatic Medicine*, 68(1), 129–135. <https://doi.org/10.1097/01.psy.0000195834.37094.a4>
33. Waller, E., & Scheidt, C. E. (2006). Somatoform disorders as disorders of affect regulation: A development perspective. *International Review of Psychiatry*, 18(1), 13–24. <https://doi.org/10.1080/09540260500466774>
34. Stewart, W.F., Lipton, R.B., Reed. M.L. (1992). Prevalence of migraine headache in the United States. *JaMa*, 267, 64-69.
35. Wolff, H. G. (1937). Personality features and reactions of subjects with migraine. *Archives of Neurology & Psychiatry*, 37(4), 895-921. <https://doi.org/10.1001/archneurpsyc.1937.02260160195019>

ДОДАТКИ

ДОДАТОК А

Інформована згода

Дане дослідження має на меті виявити чи існує, так званий, тип особистості, котра хворіє мігренями. Запрошую долучитися до дослідження осіб вік яких є у діапазоні 18р. - 55р. та які готові поділитися власним досвідом. Наведені у гугл-формі запитання допоможуть Вам задуматися над власною манерою поведінки та відношенням до певних речей. Немає кращих чи гірших відповідей. Важливо, щоб Ваші відповіді якомога точніше описували саме Ваш досвід.

Участь у дослідженні є анонімною, отримані дані будуть використані в узагальненому вигляді.

Якщо Ви в процесі заповнення опитування передумаєте брати участь у дослідженні, то можете будь-якої миті припинити і не завершувати його. В такому разі Ваші дані не будуть використовуватись в дослідженні і будуть видалені.

Дякую за Ваші зусилля та час!

Окремим блоком було сформовано запит на згоду, що вимагало підтвердження:
“Погоджуюсь брати участь у дослідженні”

ДОДАТОК Б

Анкета

1. Ваш вік у діапазоні від 18р. - 55р.

так/ні?

1. У Вас діагностована мігрень або було звернення до лікаря з такою скаргою?

так/ні

3. Прошу зазначити Вашу стать:

ч/ж/ інше

4. Вкажіть, будь ласка, Ваш рівень освіти:

повна середня/професійно-технічна/вища/науковий ступінь/інше

5. Прошу вказати Ваш вид зайнятості (один з перелічених або ж декілька)

студент(ка)/фрілансер/тимчасово безробітний(а)/найманий

працівник(ця)/найманий(а) працівник(ця) на керуючій посаді/власник(ця)

бізнесу/ інше

6. Прошу вказати Ваш сімейний статус

не одружений(а)/одружений(на)/ інше

ДОДАТОК В

Торонтська алекситимічна шкала

Інструкція:

Вам буде запропоновано деяку кількість питань; на питання слід відповідати по черзі, не повертаючись до попередніх відповідей. Не потрібно витратити час на обдумування. Пропускати питання не можна. Давайте тільки одну відповідь на кожне твердження.

Запитання методики:

1. Коли я плачу, я завжди знаю, чому
2. Мрії — це втрата часу
3. Я хотів би бути не таким сором'язливим
4. Мені часто важко визначити, які почуття я переживаю
5. Я часто мрію про майбутнє
6. Мені здається, що я здатний заводити друзів так само легко, як і інші
7. Знати, як вирішувати проблеми, більш важливо, ніж розуміти причини цих рішень
8. Мені важко знаходити правильні слова для моїх почуттів
- | 9. Мені подобається доводити до відома інших людей свою позицію з тих чи інших питань
10. У мене бувають фізичні відчуття, які незрозумілі навіть лікарям
11. Мені недостатньо знати, що щось привело до такого результату, мені необхідно знати, чому і як це відбувається
12. Я здатний з легкістю описати свої почуття
13. Я вважаю за краще аналізувати проблеми, а не просто їх описувати
14. Коли я засмучений, я не знаю, точно, чи я засмучений, переляканий чи злий
15. Я часто даю волю уяві
16. Я проводжу багато часу в мріях, коли не зайнятий нічим іншим
17. Мене часто спантеличують відчуття, що з'являються в моєму тілі

18. Я рідко мрію
19. Я вважаю за краще, щоб все йшло само собою, чим розуміти, чому відбулося саме так
20. У мене бувають почуття, яким я не можу дати цілком точне визначення
21. Дуже важливо уміти розбиратися в емоціях
22. Мені важко описувати свої почуття стосовно інших людей
23. Люди мені говорять, щоб я більше виражав свої почуття
24. Слід шукати більш глибокі пояснення тому, що відбувається
25. Я не знаю, що відбувається у мене всередині
26. Я часто не знаю, чому я серджуся

Оцінка результатів:

За відповіді нараховуються наступні бали:

Абсолютно не згоден – 1 бал, Скоріше не згоден – 2 бали

Ні те, ні інше – 3 бали, Скоріше згоден – 4 бали

Абсолютно згоден – 5 балів

З тим же цифровим значенням, але з негативним знаком, оцінюються наступні питання: 1,5,6,9, 11, 12, 13, 15, 16,21,24.

Оцінка рівня алекситимії проводиться шляхом додавання балів, отриманих за відповіді на питання.

Рівень алекситимії:

у здорових людей — до 62 балів,

63—73 бали — зона ризику,

понад 74 бали — наявність алекситимії.

ДОДАТОК Г

Методик вивчення схильності особи до агресивної поведінки А. Басса та А. Даркі (адаптація А.К. Осницького)

Автори визначили такі види агресивної поведінки:

1. Використання фізичної сили щодо іншої особи – фізична агресія.
2. Прояви негативних почуттів як через форму (сварка, крик, верещання), так і через зміст словесних звертань до інших осіб (погроза, прокляття, лайки) – вербальна агресія.
3. Використовування обхідним шляхом спрямованих проти іншої особи пліток, жартів та прояви ненаправлених, неупорядкованих вибухів люті (крик, тупотіння ногами тощо) – непряма агресія.
4. Опонуюча форма поведінки, спрямована зазвичай проти авторитету та керівництва, що може наростати від пасивного супротиву до активних дій проти вимог, правил, законів – негативізм.
5. Схильність до роздратування, готовність за найменшого збудження проявляти запальність, різкість, грубість – роздратування.
6. Схильність до недовіри та обережного ставлення до людей, яка виходить з переконання, що оточуючі хочуть завдати цій людині шкоди – підозрілість.
7. Прояв заздрості та ненависті до оточуючих, що обумовлені відчуттям гніву, невдоволеністю кимось конкретно або всім світом за справжні або уявні страждання– образа.
8. Ставлення та дії щодо себе та оточуючих, які виходять із можливого переконання самої особи в тому, що вона є поганою людиною, діє негарно: злісно, безсовісно, автоагресія або відчуття провини.

Інструкція:

Уважно прочитайте кожне висловлювання. Якщо воно підходить вам, поставте поруч знак «+», якщо не підходить, то «-».

Запитання методики:

1. Часом я не здатен перебороти бажання заподіяти іншим шкоду.
2. Іноді пліткую про людей, яких не люблю.
3. Я легко дратуюсь, але швидко заспокоююсь.
4. Якщо мене ласкаво не попросять, я не виконаю прохання.
5. Я не завжди отримую те, що мені належить.
6. Я знаю, що люди говорять про мене за мою спиною.
7. Якщо я не схвалюю поведінку друзів, я даю їм це відчутти.
8. Коли мені доводилося обдурювати кого-небудь, я відчував нестерпні докори сумління.
9. Мені здається, що я не здатен вдарити людину.
10. Я ніколи не дратуюся настільки, щоб розкидуватися речами.
11. Я завжди поблажливий до чужих недоліків.
12. Якщо мені не подобається встановлене правило, у мене виникає бажання порушити його.
13. Інші вміють майже завжди користуватися сприятливими обставинами.
14. Я тримаюся насторожі з людьми, які ставляться до мене дещо ліпше, ніж я очікував.
15. Я часто не погоджуюся з людьми.
16. Іноді мене обтяжують думки, яких я соромлюсь.
17. Якщо хтось першим ударить мене, я не відповім йому.
18. Коли я дратуюся, я грюкаю дверима.
19. Я куди дратівливіший, ніж здається оточуючим.
20. Якщо хтось вдає із себе начальника, я завжди роблю йому наперекір.
21. Мене трохи засмучує моя доля.
22. Я гадаю, що багато людей мене не люблять.
23. Я не зможу втриматися від суперечки, якщо люди не згодні зі мною.
24. Люди, що ухиляються від роботи, мусять почувати провину.
25. Той, хто ображає мене і мою сім'ю, напрошується на бійку.

26. Я не здатний на брутальні жарти.
27. Розлютовуюся, коли з мене насміхаються.
28. Коли люди вдають із себе начальників, я роблю все, щоб вони не зазнавалися.
29. Майже кожен тиждень я бачу когось, хто мені не до вподоби.
30. Досить багато людей заздрять мені.
31. Я вимагаю, щоб люди поважали мене.
32. Мене пригнічує те, що я мало роблю для своїх батьків.
33. Люди, які постійно знущаються з нас, варті того, щоб їх ставили на місце.
34. Я ніколи не буваю похмури́м від злості.
35. Якщо до мене ставляться гірше, ніж я на те заслуговую, я не засмучуюсь.
36. Якщо хтось дратує мене, я не звертаю уваги.
37. Хоч я ніколи не показую цього, але мене іноді гризе заздрість.
38. Іноді мені здається, що з мене насміхаються.
39. Навіть якщо я гніваюся, то не вдаюся до лайки.
40. Мені хочеться, щоб мої гріхи пробачили.
41. Я рідко даю здачі, навіть якщо хтось і вдарить мене.
42. Коли виходить не по-моєму, я іноді ображаюсь.
43. Іноді люди дратують мене однією своєю присутністю.
44. Немає людей, яких би я по-справжньому ненавидів.
45. Мій принцип: «Ніколи не довіряти чужакам».
46. Якщо хтось дратує мене, я готовий висловити все, що я про нього думаю.
47. Я роблю багато такого, про що потім шкодую.
48. Якщо я роздратуюсь, я можу вдарити когось.
49. Із дитинства я ніколи не виявляв спалахів гніву.
50. Часто почуваю себе, мов діжка з порохом, що ось-ось вибухне.
51. Якби всі знали, що я відчуваю, мене б вважали людиною, з якою нелегко ладнати.

52. Я завжди розмірковую про те, які потаємні причини змушують людей робити приємне мені.
53. Коли на мене кричать, відповідаю тим самим.
54. Невдачі засмучують мене.
55. Я відчуваю страх не рідше й не частіше за інших.
56. Я можу пригадати випадки, коли я був настільки злий, що хапав першу ліпшу річ.
57. Іноді я відчуваю, що готовий першим кинутись у бійку.
58. Іноді я відчуваю, що життя поводитьсь зі мною несправедливо.
59. Раніше я думав, що більшість людей говорить правду, але зараз я не вірю в це.
60. Я лаюся тільки через злість.
61. Коли я роблю щось неправильно, то відчуваю докори сумління.
62. Якщо для захисту своїх прав мені слід використати фізичну силу, я вдаюся до неї.
63. Іноді я виражаю свій гнів тим, що грюкаю кулаком по столу.
64. Я буваю грубий з людьми, які мені не подобаються.
65. У мене немає ворогів, що хотіли б мені нашкодити.
66. Я не вмію поставити людину на місце, навіть якщо вона на це заслуговує.
67. Я часто думаю, що жив неправильно.
68. Я знаю людей, які здатні довести мене до бійки.
69. Я не засмучуюсь через дрібниці.
70. Мені рідко спадає на думку, що люди намагаються розлютити чи скривдити мене.
71. Я часто тільки вдаюся до погроз, але не збираюся їх реалізовувати.
72. Останнім часом я став занудою.
73. Під час суперечки я часто підвищую голос.
74. Здебільшого я намагаюся приховувати своє негативне ставлення до людей.
75. Я ліпше поступлюся своїми принципами, ніж сперечатимусь.

Оброблення отриманих даних:

У «ключі» для обробки результатів наводяться номери питань.

Якщо після номера питання стоїть знак «+», тоді за нього зараховується один бал в тому випадку, якщо на нього дана відповідь «так».

Якщо після номера питання стоїть знак «-», тоді за нього зараховується один бал в тому випадку, якщо на нього дана відповідь «ні». Інші відповіді не зараховуються. Сума балів, помножена на коефіцієнт k , що є вказаним в лапках при кожному показнику агресивності, дозволяє отримати зручні для співставлення – унормовані – показники, які характеризують індивідуальні та групові результати.

Ключ для оброблення результатів:

1) Фізична агресія ($k=11$):

1+, 9-, 17-, 25+, 33+, 41+, 48+, 55+, 62+, 68+.

2) Вербальна агресія ($k=8$):

7+, 15+, 23+, 31+, 39-, 46+, 53+, 60+, 66-, 71+, 73+, 74-, 75-.

3) Непряма агресія ($k=13$):

2+, 10+, 18+, 26-, 34+, 42+, 49-, 56+, 63+.

4) Негативізм ($k=20$):

4+, 12+, 20+, 28+, 36-.

5) Дратівливість ($k=9$):

3+, 11-, 19+, 27+, 35-, 43+, 50+, 57+, 64+, 69-, 72+.

6) Схильність до підозр ($k=11$):

6+, 14+, 22+, 30+, 38+, 45+, 52+, 59+, 65-, 70-.

7) Образа ($k=13$):

5+, 13+, 21+, 29+, 37+, 44+, 51+, 58+.

8) Відчуття провини ($k=11$):

8+, 16+, 24+, 32+, 40+, 47+, 54+, 61+, 67+.

ДОДАТОК Д
Томський опитувальник ригідності
Г. Залевського

Інструкція:

ТОРЗ складається з 150 пунктів. У зв'язку зі значним обсягом опитувальника і його монотематичністю пункти виконані у вигляді питань і тверджень, що стосуються різноманітних проявів ригідності в різних сферах життя. Випробуваний повинен, визначивши своє ставлення до питання (твердження) опитувальника, відзначити це знаком плюс або просто хрестиком проти відповідного питання і під однією з можливих відповідей: «так», «скоріше так», «ні» і «скоріше ні». Кількісно відповіді оцінюються за чотирибальною системою залежно від міри наявності ознаки – психічної ригідності: ознака відсутня – 0, виражена слабо – 1, виражена сильно – 3, виражена дуже сильно – 4.

Запитання методики:

1. Я легко звикаю до нових умов
2. Я завжди радію можливості помандрувати
3. Я з дитинства вважаю за краще дотримуватися своїх звичок і свій смак намагаюся не змінювати
4. Буває, що у мене виникає відчуття образи або досади
5. Якщо факти проти мене, я легко відмовляюся від своєї точки зору і висуваю нову гіпотезу
6. Я завжди переживаю, якщо доводиться змінювати свої плани на півдорозі
7. У дитинстві і юності мені було важко відмовлятися навіть від тих звичок, які мені самому не подобалися
8. Іноді я міняю коло моїх знайомих і друзів
9. Я легко міняю звичний темп і ритм роботи і життя
10. Я переживаю, якщо доводиться змінювати свій смак

11. У дитинстві і юності я легко міняв один раз прийняте рішення
12. Всі мої звички хороші і бажані
13. Я вважаю за краще проводити відпустку в звичній обстановці
14. Іноді я ловлю себе на думці, що рахую абсолютно непотрібні мені предмети (сходишки, вікна, ліхтарі)
15. Підлітком я легко відмовлявся від звичного способу вирішення тієї чи іншої проблеми і шукав новий
16. Я зберігаю свій звичайний ритм дій, навіть якщо кудись поспішаю, але знаю, що встигну
17. Якщо я обіцяв щось зробити, то завжди виконую свою обіцянку, незалежно від того, зручно це мені чи ні
18. Коли я стомлений, мені важко щонебудь змінити в своєму житті або роботі
19. Я віддаю перевагу вирішувати свої проблеми звичним способом
20. Я переживаю, якщо доводиться змінювати своє ставлення до людей
21. У дитинстві я вважав за краще ходити в школу тим самим звичним маршрутом і намагався ніколи його не змінювати
22. Навіть у самий останній момент я можу відмовитися від давно задуманого
23. Буває, що я мимоволі починаю рахувати сходишки, ліхтарі, вікна або якісь інші предмети
24. Я переживаю, якщо опиняюся не в змозі позбутися страху, поганого настрою, емоційної напруги
25. У дитинстві і юності я вважав, що в оцінці свого характеру, здібностей і можливостей не слід орієнтуватися на думку інших
26. Мені важко заводити нові знайомства
27. Мені важко перейти від печалі до радості
28. Мені важко змінити власну думку про себе, навіть якщо вона не збігається з думкою інших
29. Я довго переживаю події, які стосуються особисто мене

30. Я переживаю, якщо доводиться міняти один раз прийняте рішення
31. У подібних ситуаціях я відчуваю однакові почуття
32. У дитинстві і юності я легко міняв свої плани на півдорозі
33. Я завжди оплачую провезення багажу в громадському транспорті
34. Я легко можу слухати одночасно двох оповідачів
35. Мені важко змінювати свій звичний маршрут на роботу
36. Я можу одночасно читати і слухати
37. Якщо я опиняюся в стресовій ситуації, мені важко змінити щонебудь у своєму житті
38. Приказка «за словом в кишеню не полізе» дуже до мене підходить
39. Мені подобається бути не схожим на інших
40. Мене приваблюють подорожі
41. Я ніколи не спізнавався на побачення або на роботу
42. Іноді я говорю про речі, в яких не розбираюся
43. Необхідність змінити звичку, навіть ту, яка мені зовсім не подобається, викликає у мене сильні душевні переживання
44. Іноді у мене виникають думки, які я хотів би приховати від інших
45. У дитинстві і юності я легко міг змінити своє ставлення до кого-небудь
46. Я володію здатністю перевтілюватися
47. Я завжди все роблю ґрунтовно і не поспішаючи
48. У стані пригніченості і поганому настрої мені важко що-небудь змінити в своєму житті
49. Підготовка до будь-якої діяльності займає у мене дуже мало часу
50. Мені легко позбутися звичок, які мені не до душі
51. Іноді я «виходжу з себе»
52. Я переживаю, якщо мені доводиться розлучатися зі звичними умовами життя
53. Коли я щось роблю, мені важко навіть ненадовго відволіктися від цього заняття

54. Але навіть якщо я змушений відірватися від цього заняття, воно ніяк не виходить у мене з голови
55. З дитинства я звик до певного режиму і дуже неохоче його порушую
56. Після поїздки на поїзді, кораблі або якомусь іншому виді транспорту я ще деякий час продовжую чути гудки, сигнали, відчувати рух
57. Я легко міняю свої плани, якщо обставини вимагають цього
58. Я іноді пліткую
59. Я дуже переживаю, коли доводиться відкидати свою точку зору і приймати чужу
60. Мене дуже засмучує необхідність в один і той же час виконувати безліч різних обов'язків і доручень
61. У дитинстві і юності мене важко було переконати, навіть якщо я був неправий
62. Я можу легко і швидко висвітлити добре відоме мені питання, навіть якщо в даний момент зосереджений на іншій проблемі
63. Я з радістю беруся за роботу, яка вимагає нових і незвичайних рішень
64. Серед моїх знайомих є люди, які мені явно не подобаються
65. Я легко позбавляюся будь-яких негативних переживань (поганого настрою, занепокоєння)
66. У школі мені подобалося подорожувати: я отримував багато свіжих вражень і завжди опинявся в нових умовах
67. Подивившись фільм або ставши свідком трагічного випадку, я ще довго перебуваю під владою пережитого
68. Я легко міняю раз прийняте рішення, якщо цього вимагають обставини
69. Я швидко забуваю про свої неприємності
70. У дитинстві і юності я легко і швидко пристосовувався до нових умов життя
71. Мені важко поміняти роботу або місце проживання
72. Я часто помічаю, що мені в голову приходять і турбують якісь не значущі для мене думки

73. Я погано себе почуваю, якщо доводиться відступати від свого звичного життєвого розпорядку
74. Коли я схвильований, почуття тривоги не залишає мене, незважаючи на старання позбутися його
75. У дитинстві і юності мені було важко змінювати свою думку про щось або про когось, навіть якщо воно суперечило реальним фактам
76. Я краще виконую будь-яку роботу, якщо мої думки зайняті тільки нею
77. Мені важко виконувати мою роботу, якщо я опиняюся в новій для себе обстановці
78. У дитинстві і юності я легко пристосовувався до будь-яких змін в моєму житті
79. Якщо мені доручено кілька завдань, то спочатку я виконую одне з них і лише після цього приступаю до наступного
80. Якщо я відчуваю страх, мені важко змінити що-небудь в житті і діяльності
81. Навіть у звичайних умовах я не схильний міняти свій життєвий уклад
82. Я переживаю, якщо знайдений мною спосіб вирішення проблеми не призводить до позитивного результату і потрібно шукати інший
83. У дитинстві і юності я довго переживав вже минулі події
84. Я переживаю, якщо моя гіпотеза не підтверджується і необхідно шукати інше пояснення
85. Навіть своїм друзям я не дозволяю відволікати мене від роботи
86. Мені не подобається, коли хтось без попередження порушує мій спокій
87. Я легко міняю своє ставлення до людей
88. Якщо я щось запланував, то постійно думаю про це, навіть будучи впевнений, що все передбачив
89. Я вважаю, що добре упорядкований спосіб життя цілком відповідає моєму темпераменту
90. Я завжди подумки повертаюся до написаного і вже відправленого листа
91. У дитинстві і юності я намагався ніколи не міняти свій звичний

життєвий темп і ритм

92. Я ретельно планую і організую свою роботу

93. Я переживаю, якщо мені доводиться міняти свій звичний маршрут на роботу

94. Вважаю, що більшість питань мають одну правильну відповідь

95. Я дратуюся, якщо щось несподівано порушує мій звичайний режим дня

96. Незвична обстановка не псує мені настрої

97. Мене обурюють люди, які наполегливо відмовляються визнати свої помилки

98. Зазвичай мені цікаво знати, чим зайняті мої товариші, навіть якщо сам я завантажений своєю основною роботою

99. У дитинстві і юності я постійно щось винаходив і переробляв

100. Мені важко змінити що-небудь в своєму житті, якщо я хворію або взагалі погано себе почуваю

101. Я часто помічаю, що ніяк не можу позбутися нав'язливої думки або мелодії

102. Мені подобається міняти свій звичний темп життя і діяльності

103. Я легко переходжу від однієї справи до іншої

104. Мені було важко переключатися з одного іспиту на інший

105. В дитинстві і юності у мене була звичка рахувати абсолютно не потрібні мені предмети (сходишки, вікна, ліхтарі), від якої я ніяк не міг позбутися

106. Мені подобається робота, що вимагає уваги до дрібних деталей

107. Мені важко змінити свій смак в їжі, в одязі

108. Я легко можу перервати вже розпочату роботу і відразу ж приступити до виконання іншого завдання

109. Мені важко поставити себе на місце іншої людини

110. Я буваю так поглинений своєю роботою, що більше ні на що не звертаю уваги

111. В дитинстві та юності я часто ловив себе на тому, що багато разів протягом дня повертався до однієї і тієї ж думки
112. Я завжди послідовний і систематичний в тому, що роблю
113. Я одягаюся і роздягаюся в певному порядку
114. Я сильно переживаю, якщо мені доводиться змінювати самооцінку
115. Я завжди акуратно дотримуюся свого робочого розпорядку
116. Я легко міняю свій режим дня, якщо цього вимагають обставини
117. Я вважаю, що потрібно позбавлятися шкідливих звичок
118. Мені вже доводилося міняти раз прийняте рішення
119. Я вважаю, що найкраще проводити відпустку в «рідних стінах», нікуди не виїжджаючи
120. Мені вже доводилося міняти свій звичний маршрут на роботу
121. Я вважаю, що не слід міняти один раз прийняте рішення
122. Мені вже доводилося міняти свої плани на півдорозі
123. Я вважаю, що найкраще ходити на роботу однією і тією ж дорогою
124. Мені вже доводилося міняти місце проживання або роботу
125. Я вважаю, якщо гіпотеза суперечить дійсності, від неї слід відмовитися
126. Мені вже доводилося міняти своє ставлення до людей
127. Я вважаю, що іноді потрібно ставити себе на місце іншого
128. Траплялося, що мене переконували, якщо я був не правий
129. Вважаю, що найкраще працювати в звичному темпі і ритмі
130. Мені вже доводилося пристосовуватися до нових умов
131. Я вважаю, що кожна людина має право мати свої переваги в одязі, в їжі і не повинна поспішати їх міняти
132. Бувало, що я ніяк не міг позбутися минулих переживань
133. Вважаю, що потрібно вміти пристосовуватися до нових умов, якщо цього вимагають обставини
134. Мені вже доводилося ставити себе на місце іншої людини
135. Я вважаю, що людині дуже важко позбутися минулих переживань

136. Мені вже доводилося міняти свої звички в їжі, одязі
137. Я вважаю, що не слід міняти роботу і житло
138. Мені вже доводилося відмовлятися від звичного способу розв'язання проблеми і шукати інший шлях
139. Вважаю, що будь-яку роботу можна успішно виконати звичним способом
140. Мені вже доводилося міняти свій звичайний режим життя і роботи
141. Я вважаю, що потрібно завжди дотримуватися режиму дня
142. Мені вже доводилося міняти свій звичний темп і ритм роботи і життя
143. Вважаю, що найкращий шлях вирішення більшості проблем – єдиний
144. Бувало, що я наполягав на своїй точці зору, хоча факти свідчили проти мене
145. Я вважаю, що «з боку видніше», тому необхідно завжди враховувати думку інших
146. Мені вже доводилося вступати в конфлікт з близькими мені людьми з приводу мого характеру, здібностей, вчинків
147. Я вважаю, що варто міняти свої плани на півдорозі, якщо обставини вимагають цього
148. Мені вже доводилося подорожувати, надовго їдучи від свого звичного місця проживання
149. Вважаю, що варто змінити своє ставлення до людини, якщо цього вимагають обставини
150. Мені вже доводилося позбавлятися шкідливих звичок

Ключ до методики:

**Симптомокомплекс ригідності
(СКР)**

№	Так	Скоріше «так»	Ні	Скоріше «ні»
1.	0	1	3	4
4.	4	3	1	0
5.	0	1	3	4
8.	0	1	3	4
9.	0	1	3	4
13.	4	3	1	0
16.	4	3	1	0
19.	4	3	1	0
22.	0	1	3	4
23.	4	3	1	0
26.	4	3		0
27.	4	3	1	0
28.	4	3	1	0
29.	4	3	1	0
31.	4	3	1	0
34.	0	1	3	4
35.	4	3	1	0
36.	0	1	3	4
38.	0	1	3	4
39.	0	1	3	4
40.	0	1	3	4

Актуальна ригідність (АР)

№	Так	Скоріше «так»	Ні	Скоріше «ні»
1.	0	1	3	4
5.	0	1	4	3
9.	0	1	3	4
13.	4	3	1	0
19.		3	1	0
23.	4	3	1	0
28.	4	3	1	0
35.	4	3	1	0
40.	0	1	3	4
50.	0	1	3	4
57.	0	1	3	4
65.	0	1	3	4
68.	0	1	3	4
71.	4	3	1	0
87.	0	1	3	4
107	4	3	1	0
109	4	3	1	0
116	0	1	3	4

Продовження

46.	0	1	3	4
47.	4	3	1	0
49.	0	1	3	4
50.	0	1	3	4
53.	4	3	1	
4.	4	3	1	0
56.	4	3	1	0
57.	0	1	3	4
60.	0	1	3	4
62.	0	1	3	4
65.	0	1	3	4
67.	4	3	1	0
68.	0	1	3	4
69.	0	1	3	4
71.	4	3	1	0
74.	4	3	1	0
76.	4	3	1	0
77.	4	3	1	0
79.	4	3	1	0
85.	4	3	1	0
86.	4	3	1	0
87.	0	1	3	4
88.	4	3	1	0
89.	4	3	1	0
90.	4	3	1	0
92.	4	3	1	0
94.	4	3	1	0
95.	4	3	1	0
97.	4	3	1	0
98.	0	1	3	4
103.	0	1	3	4
106.	4	3	1	0
107.	4	3	1	0
108.	0	1	3	4
109.	4	3	1	0
110.	4	3	1	0
112.	4	3	1	0
113.	4	3	1	0
115.	4	3	1	0
116.	0	1	3	4
117.	4	3	0	1

Установча ригідність (УР)

№	Так	Скоріше «так»	Ні	Скоріше «ні»
17.	0	1	3	4
119.	4	3	1	0
121.	4	3	1	0
123.	4	3	1	0
125.	0	1	3	4
127.	0	1	3	4
129.	4	3	1	0
131.	4	3	1	0
133.	0	1	3	4
135.	4	3	1	0
137.	4	3	1	0
139.	4	3	1	0
141.	4	3	1	0
143.	4	3	1	0
145.	0	1	3	4
147.	0	1	3	4
149.	4	3	1	0

Сенситивна ригідність (СР)

№	Так	Скоріше «так»	Ні	Скоріше «ні»
2.	0	1	3	4
6.	4	3	0	1
10.	4	3	1	0
14.	4	3	1	0
24.	4	3	1	0
20.	4	3	0	1
30.	4	3	1	0
43.	4	3	1	0
52.	4	3	1	0
59.	4	3	1	0
63.		1	3	4
73.	4	3	1	0
82.	4	3	1	0
84.	4	3	1	0
93.	4	3	1	0
96.	0	1	3	4
101.	4	3	1	0
102.	0	1	3	4
114.	4	3	1	0

Ригідність як стан (РСТ)

№	Так	Скоріше «так»	Ні	Скоріше «ні»
18.	4	3	1	0
37.	4	3	1	0
48.	4	3	1	0
80.	4	3	1	0
81.	4	3	1	0
100.		3		0

Преморбідна ригідність (ПМР)

№	Так	Скоріше «так»	Ні	Скоріше «ні»
3.	4	3	1	0
7.	4	3	1	0
11.	0	1	3	4
15.	0	1	3	4
21.	4	3	1	0
25.	4	3	1	0
32.	0	1	3	4
45.	0	1	3	4
55.	4	3	1	0
61.	4	3	1	0
66.	0	1	3	4
70.	0	1	3	4
75.	4	3	1	0
78.	0	1	3	4
83.	4	3	1	0
91.	4	3	1	0

Продовження

99.	0	1	3	4
104.	4	3	1	0
105.	4	3	1	0
111.	4	3	1	0

Шкала брехні

№	Так	Скоріше «так»	Ні	Скоріше «ні»
12.	4	3	1	0
17.	4	3	1	0
33.	4	3	1	0
41.	4	3	1	0
42.	0	1	3	4
44.	0	1	3	4
51.	0	1	3	4
58	0	1		4
64.	0	1	3	4

Шкала реальності

№	Так	Скоріше «так»	Ні	Скоріше «ні»
118.	0	1	3	4
120.	0	1	3	4
122.	0	1	3	4
124.	0	1	3	4
126.	0	1	3	4
128.	0	1	3	4
130.	0	1	3	4
132.	0	1	3	4
134.	0	1	3	4
136.	0	1	3	4
138.	0	1	3	4
140.	0	1	3	4
142	0	1		4
144	0	1	3	4
146.	0	1	3	4
148.	0	1	3	4
150.	0	1	3	4

ДОДАТОК Е

Тест на визначення якості прив'язаності

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.

Запитання методики:

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.

ДОДАТОК Ж

Показники альфа-Кронбаха

Таблиця Ж.1.

Показник альфа Кронбаха торонтської алекситимічної шкали

```

Number of items in scale: 26
Number of items with zero variance: 0
Number of valid cases: 123
Number of cases with missing data: 3
Missing data were deleted: casewise

SUMMARY STATISTICS FOR SCALE
Mean: 58.756097561          Sum: 7227.0000000
Standard Deviation: 10.807057093      Variance: 116.79248301
Skewness: .376635288          Kurtosis: -.195194112
Minimum: 34.000000000         Maximum: 88.000000000
Cronbach's alpha: .733641175

```

Таблиця Ж.2.

Показник альфа Кронбаха томського опитувальника ригідності

```

Number of items in scale: 151
Number of items with zero variance: 0
Number of valid cases: 102
Number of cases with missing data: 24
Missing data were deleted: casewise

SUMMARY STATISTICS FOR SCALE
Mean: 344.28431373          Sum: 35117.0000000
Standard Deviation: 29.012587726      Variance: 841.73024655
Skewness: -.581108887          Kurtosis: 1.244253220
Minimum: 240.000000000         Maximum: 424.000000000
Cronbach's alpha: .852495433

```

Таблиця Ж.3.

Показник альфа Кронбаха методики вивчення схильності особи до агресивної поведінки А.
Басса та А. Даркі

```

Number of items in scale: 75

Number of valid cases: 116
Number of cases with missing data: 13
Missing data were deleted: casewise

SUMMARY STATISTICS FOR SCALE
Mean: 7605.3362069          Sum: 882219.00000
Standard Deviation: 6.833350398      Variance: 46.694677661
Skewness: -.657528941          Kurtosis: 2.131371612
Minimum: 7575.0000000         Maximum: 7618.0000000
Cronbach's alpha: .662897750      Standardized alpha: .658086825
Average Inter-Item Correlation: .025653026

```

Таблиця Ж.4.

Показник альфа Кронбаха тесту на визначення якості типу прив'язаності

Summary for scale: Mean=32.3250 Std.Dv.=5.24230 Valid N:120 (Spreadsheet1)					
Cronbach alpha: .573649 Standardized alpha: .529344					
Average inter-item corr.: .077810					
variable	Mean if deleted	Var. if deleted	Stdv. if deleted	Item-Totl Correl.	Alpha if deleted
1. Я почуваюся добре, коли я поруч з людиною	29.15833	28.11659	5.302508	-0.176185	0.619804
2. Я часто переживаю, що мій партнер насправд	30.26667	21.67889	4.656059	0.427407	0.507110
3. Мені важко утримати інших настільки близько, наскільки я хо	30.22500	20.40771	4.517489	0.591393	0.467770
4 об	30.35833	22.41326	4.734265	0.444958	0.510392
5. Я	30.60000	21.62333	4.650090	0.516459	0.492826
6. Інші хочуть, щоб я був/була ближчою, ніж я цього хочу	29.90000	24.12333	4.911551	0.149576	0.574007
7. Це приємно бути поруч з кимось	28.82500	28.36104	5.325509	-0.213550	0.615947
8 об	30.66667	25.55555	5.055250	0.155303	0.566401
9 об	29.22500	25.62437	5.062052	0.074861	0.583223
10. М	30.27500	22.21604	4.713389	0.423719	0.511740
11. Я не хочу бути близьким/близькою з іншими людьми	30.61667	25.01972	5.001972	0.162300	0.566083
12. Люди неохоче зближуються зі мною, у той час як я	30.55833	23.07993	4.804158	0.355299	0.528350
13. Мені стає некомфортно, коли хтось хоче зблизитися	30.28333	22.86972	4.782230	0.376459	0.523771
14. Зближення з кимось надає мені сили	29.26667	28.67889	5.355268	-0.229794	0.635164

ДОДАТОК И

Гістограми узгодженості розподілу шкал

Рис.И.1.

Гістограма узгодженості розподілу з нормальним за шкалою алекситимії

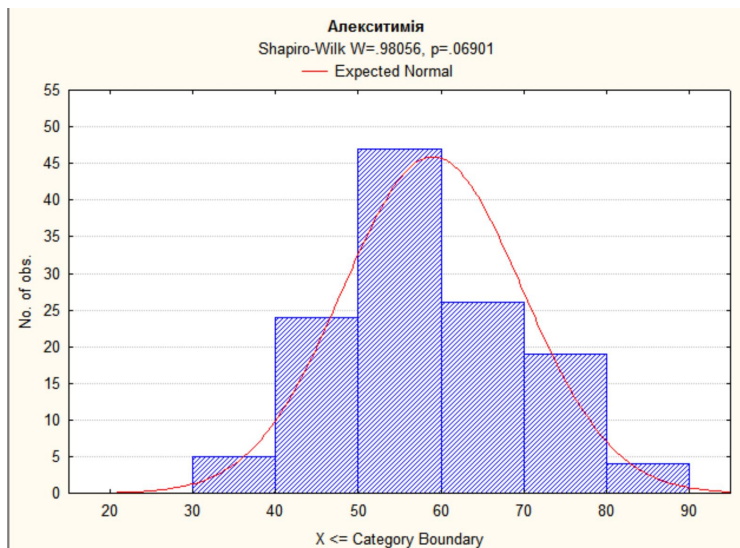


Рис.И.2.

Гістограми узгодженості розподілу з нормальним за шкалами фізична агресія та вербальна агресія

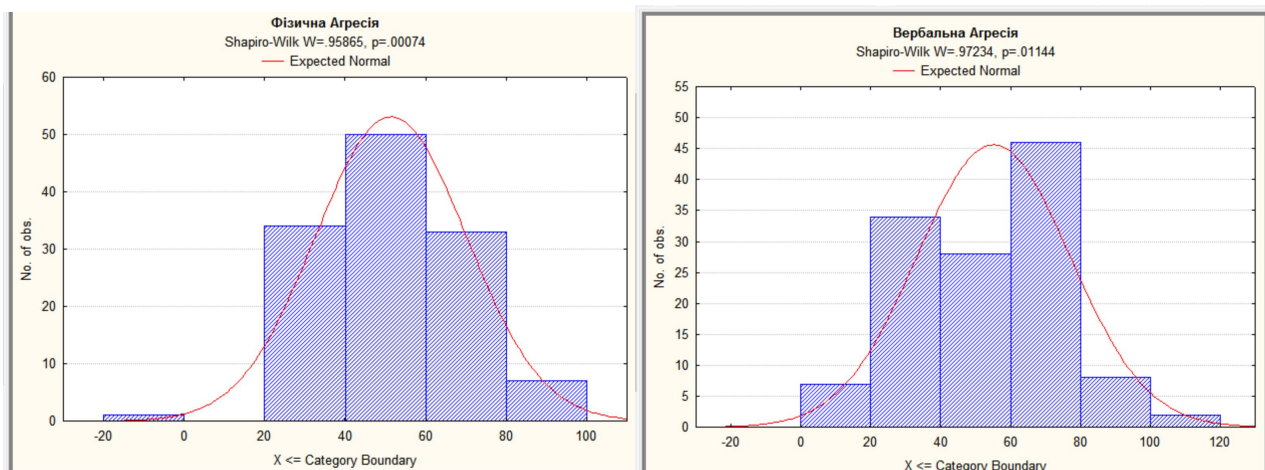


Рис.И.3.

Гістограми узгодженості розподілу з нормальним за шкалами непряма агресія та негативізм

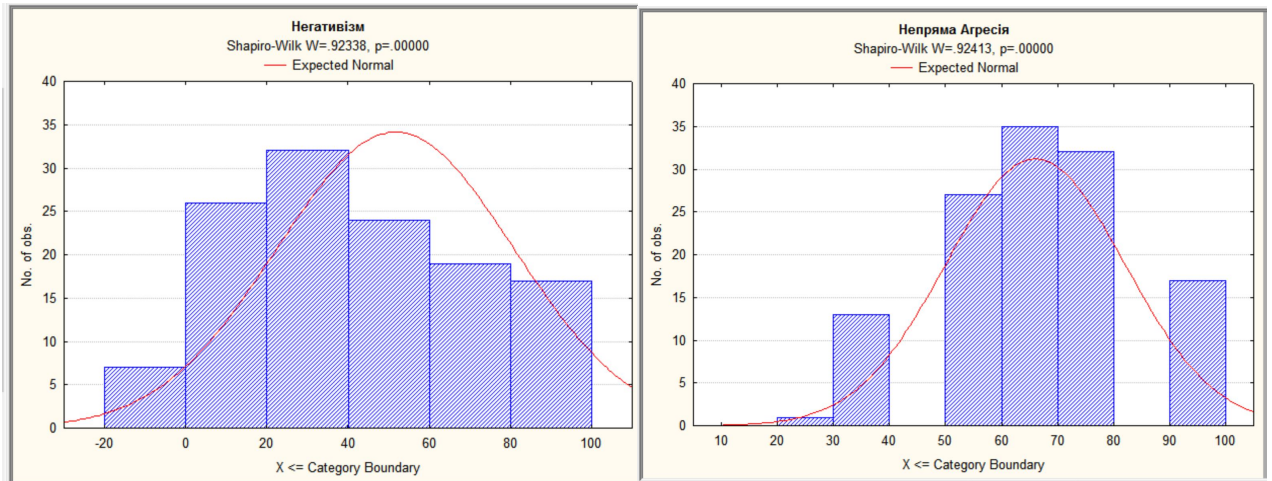


Рис.И.4.

Гістограми узгодженості розподілу з нормальним за шкалами -схильність до підозр та дратівливості

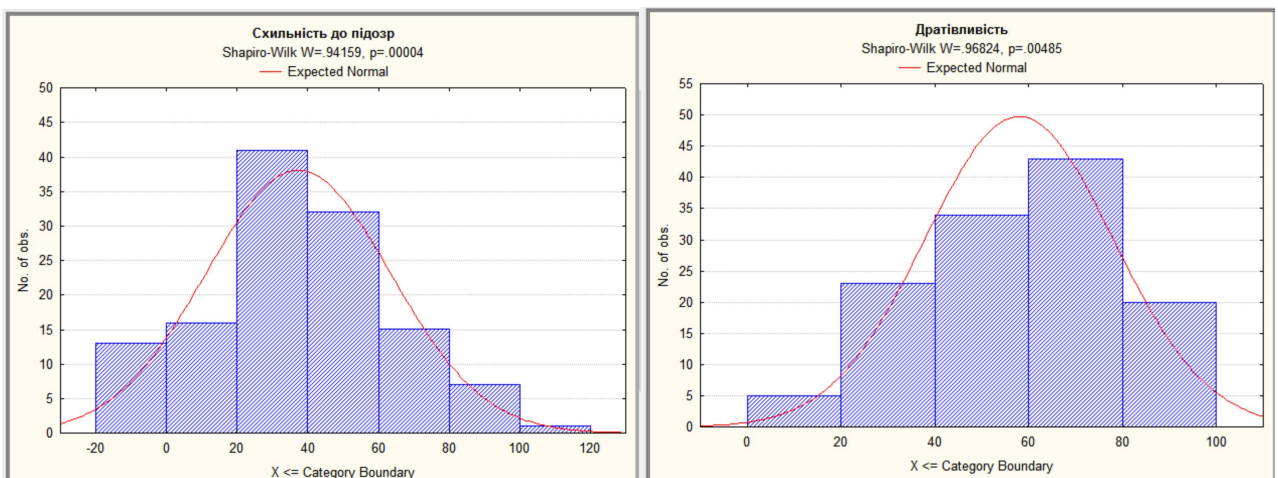


Рис.И.5.

Гістограми узгодженості розподілу з нормальним за шкалами - образа та відчуття провини

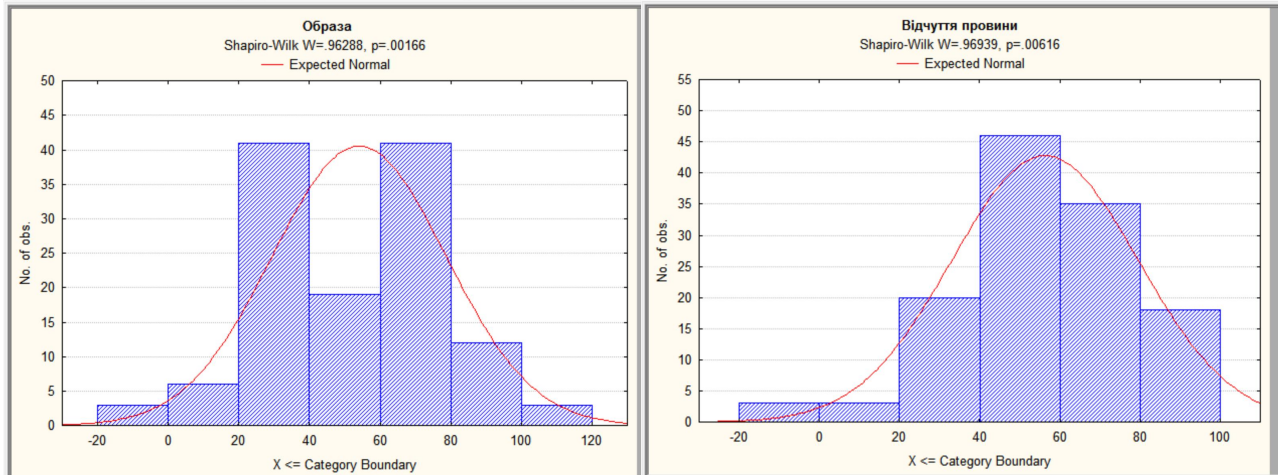


Рис.И.6.

Гістограми узгодженості розподілу з нормальним за шкалами - актуальна ригідність та сенситивна ригідність

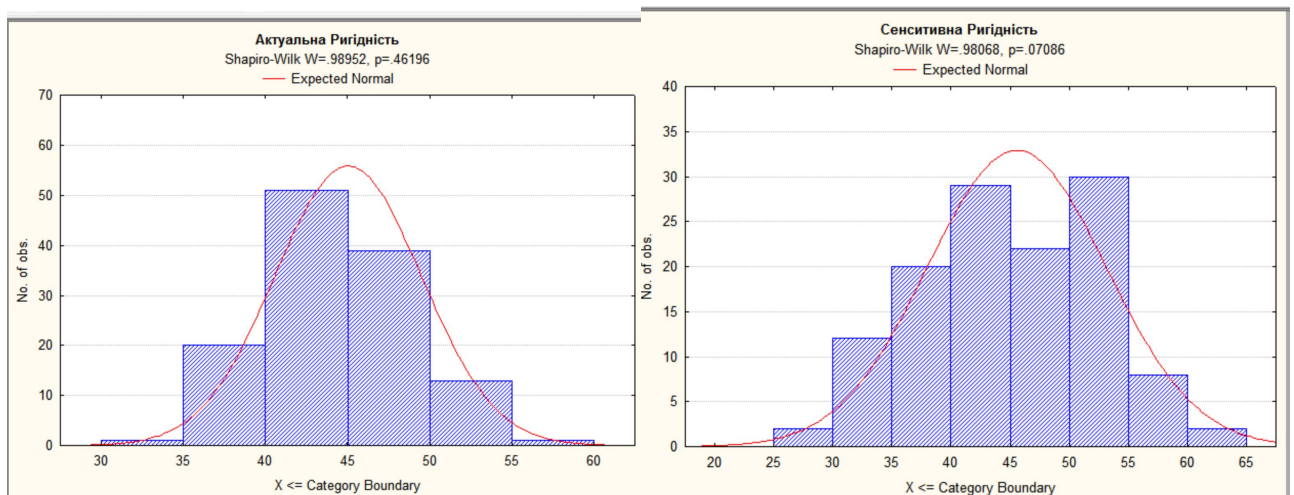


Рис.И.7.

Гістограми узгодженості розподілу з нормальним за шкалами - ригідність як стан та преморбідна ригідність

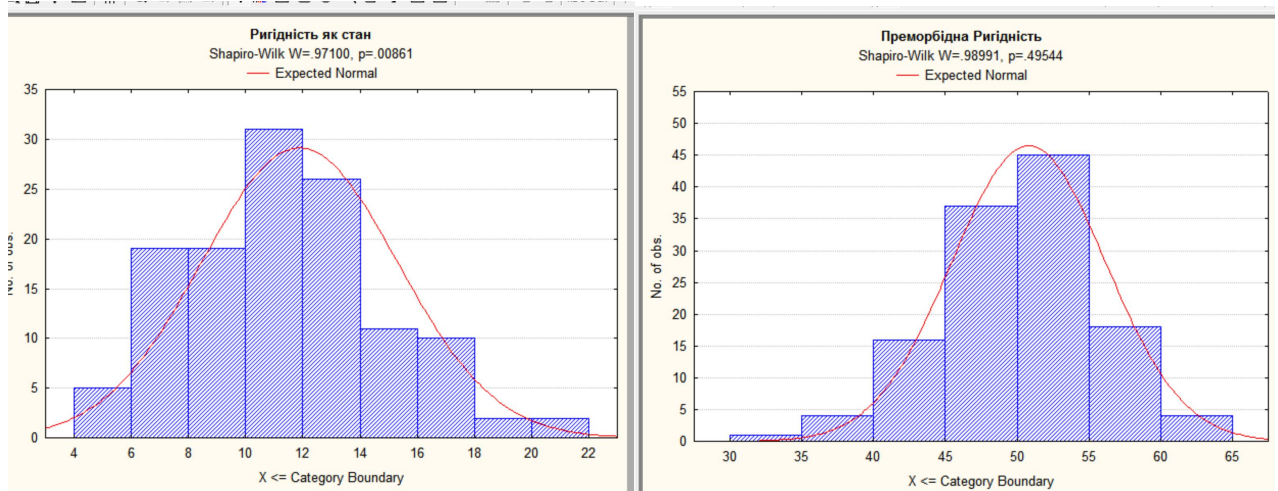


Рис.И.8.

Гістограми узгодженості розподілу з нормальним за шкалами - установча ригідність та брехня

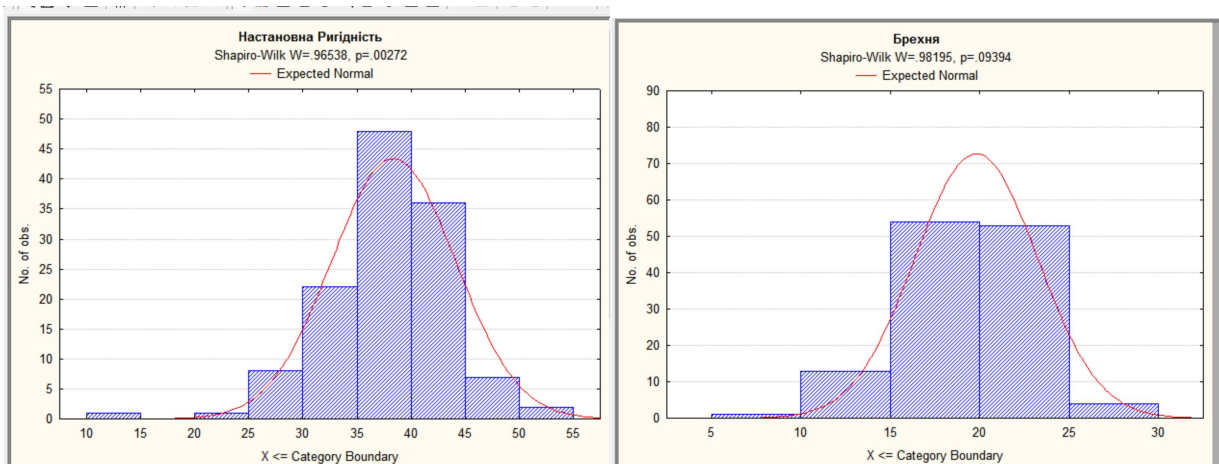
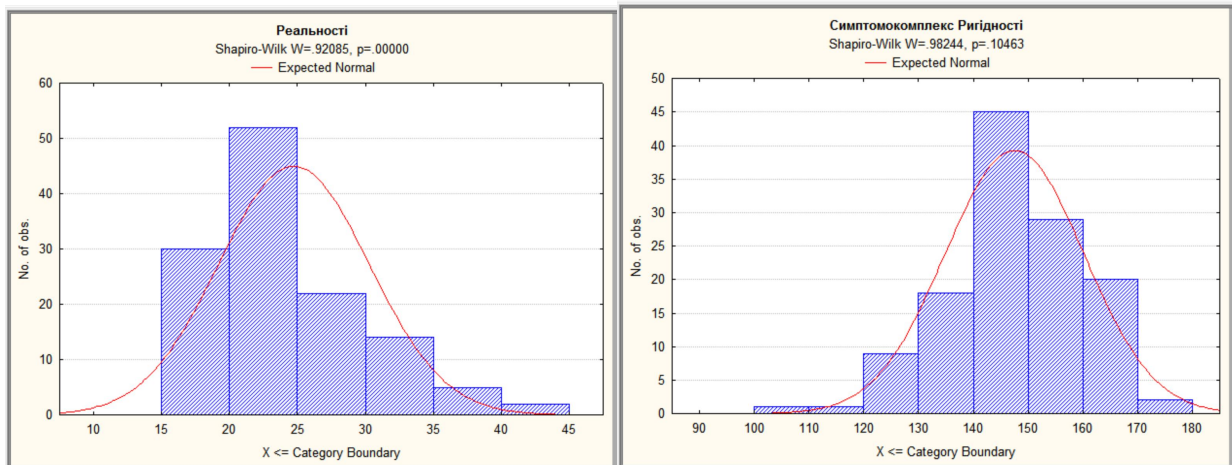


Рис.И.9.

Гістограми узгодженості розподілу з нормальним за шкалами - реальність та симптомокомплекс ригідності



ДОДАТОК К

Таблиця К.1.

Шкали, котрі не мають впливу на прояв захворювання

N=125	Variables currently not in the model (Spreadsheet1)					
	Wilks' Lambda	Partial Lambda	F to enter	p-level	Toler.	1-Toler. (R-Sqr.)
Алексит	0.812803	0.999934	0.007769	0.929913	0.853570	0.146430
ФА	0.811626	0.998486	0.177395	0.674395	0.859625	0.140375
ВА	0.809636	0.996038	0.465403	0.496458	0.844461	0.155539
Нег	0.812852	0.999994	0.000656	0.979617	0.917714	0.082286
Драт	0.809377	0.995719	0.503071	0.479565	0.634949	0.365051
СдП	0.812572	0.999649	0.041076	0.839744	0.692223	0.307777
Обра	0.812107	0.999077	0.108053	0.742959	0.614369	0.385631
АР	0.811550	0.998393	0.188336	0.665105	0.812117	0.187883
СР	0.812652	0.999748	0.029541	0.863832	0.528799	0.471201
ПР	0.806366	0.992015	0.941722	0.333837	0.899211	0.100789
СКР	0.812856	1.000000	0.000042	0.994850	0.513612	0.486388
Б	0.812060	0.999020	0.114782	0.735372	0.922143	0.077857
А/З	0.812690	0.999795	0.024043	0.877042	0.802043	0.197957
У	0.812603	0.999688	0.036554	0.848708	0.819685	0.180314
А/ЗвС	0.812554	0.999628	0.043553	0.835050	0.932520	0.067480