

УДК 616.891.6-02:616.284-004

*Яковлева Н.Ю.*

## ТИП СТАВЛЕННЯ ДО ЗАХВОРЮВАННЯ ТА ЙОГО ЗВ'ЯЗОК З ІНТРАПСИХІЧНИМИ ПАТЕРНАМИ У ПАЦІЄНТІВ З ОТОСКЛЕРОЗОМ

**Яковлева Н.Ю.** Тип ставлення до захворювання та його зв'язок з інтрапсихічними патернами у пацієнтів з отосклерозом. У статті представлені результати дослідження пацієнтів із отосклерозом, виявлено типи ставлення до захворювання — з відносно достатньою адаптацією і ті, що супроводжувались симптомами психологічної дезадаптації (інтра- та інтерпсихічної). Визначено особистісні профілі для пацієнтів із отосклерозом: адаптивний, невротичний, афективний, афективно-чутливий та егоцентрично-збудливий підтипи. Отримані дані використано при розробці комплексної диференційованої програми медико-психологічної допомоги пацієнтам з отосклерозом.

*Ключові слова:* тип ставлення до захворювання, особистісні властивості, медикопсихологічна допомога, отосклероз.

**Яковлева Н.Ю.** Тип отношения к заболеванию и его связь с интрапсихическими паттернами у пациентов с отосклерозом. В статье представлены результаты исследования пациентов с отосклерозом, выявлены типы отношения к заболеванию — с относительно достаточной адаптацией и сопровождающиеся симптомами психологической дезадаптации (интра- и интерпсихической). Определены личностные профили для пациентов с отосклерозом: адаптивный, невротический, аффективный, аффективно-чувствительный и эгоцентрично-возбудимый подтипы. Полученные данные использованы при разработке комплексной дифференцированной программы медико-психологической помощи пациентам с отосклерозом.

*Ключевые слова:* отосклероз, тип отношения к заболеванию, личностные свойства, медикопсихологическая помощь.

**Постановка проблеми.** Встановлення соматичного діагнозу з несприятливим прогнозом є стресовою подією у житті людини [1; 6; 10]. Реакція на захворювання формується на основі взаємодії індивідуально-психологічних властивостей особистості, психосоціальних чинників та факторів, обумовлених власне хворобою [4; 5; 7; 8].

Вивчення особливостей реагування індивіда на хворобу, залежного від індивідуально-психологічних властивостей, є невід'ємною частиною у побудові системи медико-психологічної допомоги пацієнтам тієї чи іншої нозології.

**Аналіз останніх досліджень і публікацій.** Аналіз наукової літератури показав, що ступінь впливу хвороби визначається змінами, особливо обмеженнями, які вона спричиняє, а саме: зниженнями функціональних можливостей організму та працездатності, соматогенними психічними реакціями та психогеніями, зміною соціального статусу, сімейним функціонуванням в аспекті перерозподілу ролей та обов'язків [4; 8; 10]. Разом з тим проблема визначення типу ставлення до захворювання у його зв'язку з інтрапсихічними патернами у соматичних пацієнтів з порушенням слуху не знайшло відображення в роботі українських психологів, зокрема практично не дослідженими є ті аспекти проблеми, які стосуються розробки спеціальних методик визначення ставлення соматичних пацієнтів з вадами слуху до захворювання для профілактики, прискорення та якісного покращення лікування даних пацієнтів [5; 7].

**Мета статті.** Дослідити тип ставлення до захворювання у взаємозв'язку з інтрапсихічними патернами хворих на отосклероз.

На основі інформованої згоди з дотриманням принципів медичної етики та деонтології на базі відділу Мікрохірургії вуха та отонейрохірургії інституту Оториноларингології ім. О.С. Коломийченка АМН України протягом 2014-2015 р.р. проведено психодіагностичне обстеження 128 хворих на отосклероз (69 жінок та 59 чоловіків).

**Виклад основного матеріалу і результатів дослідження.** Тип ставлення до захворювання визначався за допомогою методики ТОБОЛ [2]. Для оцінки інтрапсихічних патернів було застосовано опитувальник «Міні-мульти» — скорочений варіант Міннесотського багатостороннього особистісного опитувальника ММРІ [9] у поєднанні з клініко-діагностичним інтерв'ю.

Методика ТОБОЛ дозволяє діагностувати тип ставлення до захворювання на основі інформації про ставлення хворого до життєвих ситуацій та проблем, пов'язаних з наявністю хвороби.

Опитувальник ТОБОЛ орієнтований на визначення 12 типів ставлення до захворювання: сенситивного, тривожного, іпохондричного, меланхолічного, апатичного, неврастенічного, егоцентричного, паранояльного, анозогнозичного, дисфоричного, ергопатичного та гармонійного. Окрім «чистих» можуть діагностуватися «змішані» типи, коли поєднуються особливості двох або більше типів ставлення до захворювання. Усі типи об'єднані в три блоки залежно від критерію «адаптивність-деадаптивність»: типи без виражених порушень психічної та соціальної адаптації (гармонійний, ергопатичний та анозогнозичний), типи з наявністю психічної дезадаптації, пов'язаної переважно з інтрапсихічною спрямованістю реагування на захворювання (тривожний, іпохондричний, неврастенічний, меланхолічний та апатичний), типи з наявністю психічної дезадаптації, пов'язаної переважно з інтерпсихічною спрямованістю реагування на захворювання (сенситивний, егоцентричний, дисфоричний та паранояльний).

Результати психодіагностичних досліджень оброблено методом математичної статистики за допомогою програми MS Excel v. 8.0.3. [3].

У таблиці наведено результати дослідження типів ставлення до захворювання у пацієнтів з отосклерозом та їх групування залежно від ступеня психічної та соціальної адаптації.

За результатами дослідження за методикою ТОБОЛ у 70,3 % пацієнтів було виявлено типи ставлення до захворювання, які супроводжувалися симптомами психічної та соціальної дезадаптації, переважно інтрапсихічної у 44,6±5,0 % хворих та інтерпсихічної — у 25,7±4,4 %, тоді як типи з відносно достатньою психологічною адаптацією визначалися тільки у 29,7 % пацієнтів.

Відносна психічна та соціальна адаптація характеризує гармонійний, анозогностичний та ергопатичний типи. Незважаючи на їх змістовні відмінності, у пацієнтів загалом спостерігалися позитивне налаштування на лікування, збереження особистісної цілісності, активності у соціальній сфері.

Анозогностичний тип (18,8±3,9 %) проявлявся у легковажному ставленні до захворювання, применшенні або навіть відкиданні думок про тяжкі наслідки, ускладнення хвороби. Поява чи посилення симптомів захворювання часто приписувалися стороннім обставинам (іншим хворобам). Суб'єктивне зниження значущості хвороби, особливо її негативних наслідків та прогнозу було захисним механізмом зменшення внутрішньопсихічної напруженості.

Таблиця 1

Дослідження типу ставлення до захворювання за методикою ТОБОЛ у хворих на отосклероз (у %)

Тип ставлення до хвороби	Хворі на отосклероз
<b>Відносна психічна та соціальна адаптація:</b>	29,7±4,6
гармонійний	3,9±1,9
ергопатичний	7,0±2,6
анозогностичний	18,8±3,9
<b>Переважаю інтрапсихічна дезадаптація:</b>	44,6±5,0
тривожний	16,4±3,7
тривожно-іпохондричний	5,5±2,3
меланхолічний	7,0±2,6
апатичний	5,5±2,3
неврастенічний	10,2±3,0
<b>Переважаю інтерпсихічна дезадаптація:</b>	25,7±4,4
сенситивний	11,7±3,2
егоцентричний	7,0±2,6
паранояльний	4,7±2,1
тривожно-дисфоричний	2,3±1,5

За ергопатичного типу ставлення до хвороби — «втеча від захворювання в роботу» (7,0±2,6 %) — спостерігалася бажання у будь-який спосіб зберегти професійний статус. На перший план виходила саме трудова діяльність, часом навіть більше, ніж до захворювання. Ставлення до обстеження та терапії було вибірковим і залежало від того, допомагає чи перешкоджає реалізації професійної діяльності поточне лікування.

Гармонійному типу (3,9±1,9 %) були притаманними твереза оцінка свого стану без схильності перебільшувати його тяжкість, оптимізм та позитивне налаштування на лікування. У терапевтичному процесі домінувала настанова на співпрацю з медичним персоналом — прагнення активно сприяти успіху лікування, небажання обтяжувати інших турботами догляду за собою.

Особистісний профіль ММРІ для цієї групи хворих загалом характеризувався переважанням гіперстенічних тенденцій, життєлюбною позицією, мотивацією, спрямованою на самореалізацію, оптимістичним налаштуванням, індивідуалізмом (Рис. 1). У стресі переважала активність з опорою на накопичений життєвий досвід. Як захисні механізми використовувалися витіснення психологічних проблем, раціоналізація, час від часу перекладання відповідальності на інших. Самооцінка в цілому була позитивною.

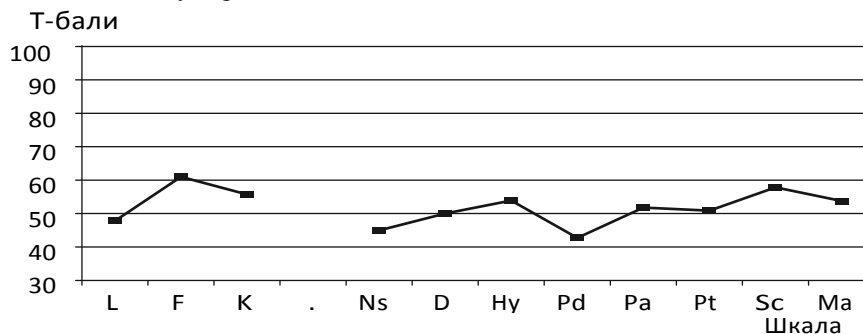


Рис. 1. Усереднений профіль ММРІ серед пацієнтів з отосклерозом із достатньою психічною та соціальною адаптацією.

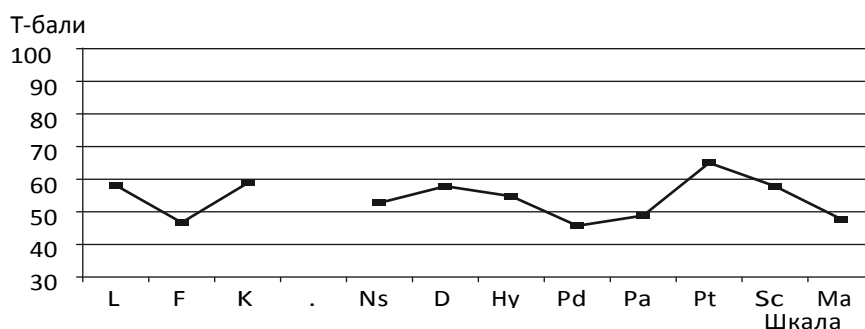


Рис. 2. Усереднений профіль ММРІ серед пацієнтів із ХВГ з інтрапсихічною психологічною та соціальною дезадаптацією (невротичний підтип)

Сприйняття відзначалося схильністю до побудови стійкої системи поглядів та принципів. Домінували такі риси характеру, як незалежність, рішучість, амбіційність, оптимістичність, життєлюбство. Схильність до рефлексії була знижена.

Тривожний, іпохондричний, неврастенічний, меланхолічний та апатичний типи супроводжувалися психічною дезадаптацією, пов'язаною переважно з інтрапсихічною спрямованістю реагування на захворювання.

Тривожний тип (16,4±3,7 %) характеризувався постійним занепокоєнням з приводу результатів діагностичних процедур та обстежень, перебігу лікування в цілому, побічної дії лікарських препаратів або оперативного втручання. Перебуваючи у стані постійного напруження та невпевненості, хворі здійснювали пошук нової інформації про хворобу та її лікування, у тому числі й нетрадиційних методів терапії. Невідповідність очікувань хворих щодо лікування і реальної клінічної ситуації, виявлені «помилки лікування» ставали причиною конфлікту з медичним персоналом, зміни лікаря.

Хворі з тривожно-іпохондричним типом ставлення до захворювання (5,5±2,3 %) були схильні приділяти посилену увагу суб'єктивним неприємним відчуттям, розповідати про них оточуючим (медичним працівникам, сусідам по палаті, рідним, відвідувачам). Сконцентрованість на внутрішніх дискомфортних відчуттях та прислуховування до них поєднувалися з внутрішньою напруженістю та тривожністю, що нерідко призводило до тривожних розладів.

У разі домінування неврастенічного типу ставлення до захворювання (10,2±3,0 %) спостерігалася поведінка за типом дратівливої слабкості, напруженості та нестриманості, які зростали по мірі посилення тиску соматичних скарг, недостатньої ефективності лікування.

Меланхолійний тип (7,0±2,6 %) проявлявся зниженим настроєм, думками депресивного змісту, песимізмом щодо результатів лікування навіть за сприятливих об'єктивних даних, невірою в одужання.

За апатичного типу (5,5±2,3 %) у психоемоційному стані домінували байдужість, пасивність, безініціативність, у тому числі й щодо терапії захворювання.

Узагальнений профіль ММРІ для хворих із переважно інтрапсихічною дезадаптацією характеризувався переважанням гіпостенічних тенденцій, тактикою уникання стресів та конфліктів. У цій групі було виділено два підтипи, а саме переважно з невротичними (неврастенічний та тривожно-іпохондричний типи, рис. 2) та афективними проявами (меланхолійний, апатичний типи, рис. 3).

Для невротичного підтипу були притаманними підвищена тривожність, схильність до формування страхів та занепокоєння з незначних приводів, вразливість, що в цілому відображалось в емоційно-лабільному типі реагування. Натомість для афективного підтипу на перший план виступали гіпотимія, песимістичність, відмова від власних потреб на користь збереження стосунків з іншими. У спілкуванні для обох підгруп були характерними орієнтування на вимоги соціуму та загальноприйнятий стиль поведінки. Комунікабельність проявлялася у сфері звичних контактів та обстановки. Як реакція на стрес виникало посилення тривожності та формування депресивного стану. Емоційна нестійкість впливала, у тому числі, й на соматичну сферу в межах феномену соматизації.

Захисними механізмами виступали обмежувальна поведінка, яка дозволяла зменшити діапазон активності, витіснення істинних причин психологічних проблем, відмова від власних потреб.

Тип сприйняття у випадку невротичного підтипу мав тенденцію до застрягання на дрібницях та повторної перевірки зробленого, щоб не припуститися помилки, тоді як афективного – до підвищеної рефлексивності, перебільшення значущості проблем. Самооцінка була нестійкою, залежною від оточуючих та ситуації.

Сенситивний, егоцентричний, паранояльний, тривожно-дисфоричний типи ставлення до хвороби супроводжувалися психічною дезадаптацією, пов'язаною переважно з інтерпсихічною спрямованістю реагування на захворювання.

T-бали

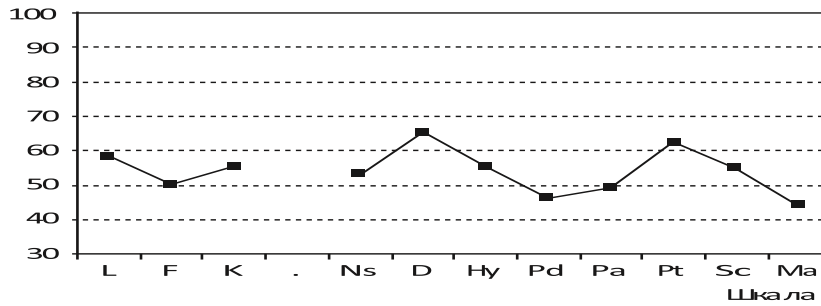


Рис. 3. Усереднений профіль ММРІ серед пацієнтів із ХВГ з інтрапсихічною психологічною та соціальною дезадаптацією (афективний підтип)

У 11,7±3,2 % пацієнтів виявлено сенситивний тип ставлення до хвороби отосклероз, домінуючими рисами якого були чутливість до оціночних тверджень оточуючих, надмірна заклопотаність несприятливими враженнями, яке захворювання може справити на оточення, занепокоєння тим, що інші люди будуть уникати фізичних контактів, пліткувати про них. Частими були переживання, що внаслідок хвороби пацієнти стали тягарем для родини і особливо – джерелом небезпеки для сім'ї (через інфекційну природу захворювання). Для хворих було важливим встановлення довірчого контакту з лікарем, і за неможливості його встановити вони дистанціювалися. Також спостерігалася й інша модель поведінки, коли пацієнти намагалися якнайменше привертати до себе увагу, практично не висували скарг під час медичних оглядів (навіть дисимулювали), що пояснювали «небажанням обтяжувати своїми проблемами лікарів».

Егоцентричний тип (7,0±2,6 %) характеризувався демонструванням хворими винятковості своїх страждань, що передбачало привертання уваги та турботи до себе. Бажання інших людей знецінювалися, будь-які дії були орієнтовані на задоволення виключно власних потреб.

Пацієнти з параноїальним типом ставлення до захворювання (4,7±2,1 %) висловлювали припущення про те, що хвороба була наврочена; при появі побічної дії ліків, неефективності лікування негативні наслідки списувалися на халатність медичного персоналу, будь-які зовнішні причини невдачі.

Тривожно-дисфоричний тип (2,3±1,5%) характеризувався внутрішньою напруженістю та тривожністю, похмуро-озлобленим настроєм, спалахами крайньої ворожості зі схильністю звинувачувати у своїй хворобі інших, вимогами особливої уваги до себе, підозрілістю до процедур і лікування. Від близьких та персоналу хворі вимагали турботи та уваги, часто вчиняли скандали у разі неможливості отримати бажане.

Для хворих із переважно інтерпсихічною психологічною та соціальною дезадаптацією було виділено два підтипи профілю ММРІ — афективно-чутливий (рис. 4) та егоцентрично-збудливий (рис. 5).

Афективно-чутливий підтип характеризувався схильністю до відмови від власних потреб на користь збереження значущих стосунків, чутливістю, уразливістю, образливістю, тривожністю, соматизацією негативних емоцій. Здатність до рефлексії була висока, спостерігалася самокритичність. Тип реагування був сенситивно-індивідуалістичним, інтровертованим; самооцінка нестійкою та заниженою, залежною від оточуючих та ситуації.

Захисні механізми полягали у гальмуванні та блокуванні дій, різкому зниженні настрою та життєвого тону, реакції тривоги поєднувалися з імпульсивністю. Провідні потреби виражалися у глибокій емоційній прив'язаності, розумінні та співчутті, збереженні власної індивідуальності. У сприйнятті переважала тенденція до перебільшення значущості проблем.

Так, у випадку егоцентрично-збудливого підтипу характерними були тенденція до витіснення психологічних проблем, імпульсивність, агресивність при зростанні рівня стресу, афективна насиченість переживань, ригідність емоційного стану. Стиль спілкування був авторитарним, суперницьким.

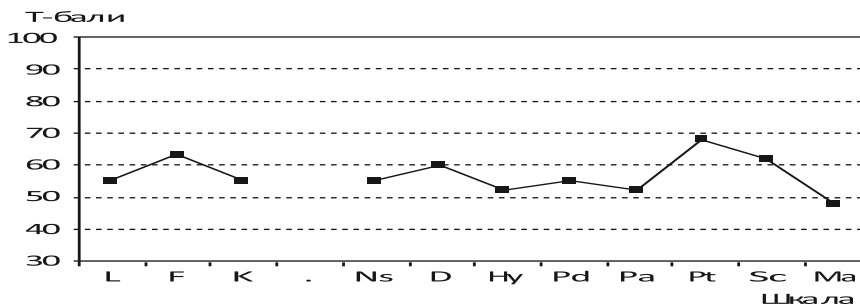


Рис. 4. Усереднений профіль ММРІ серед пацієнтів із ХВГ з інтерпсихічною психологічною та соціальною дезадаптацією (афективно-чутливий підтип)

Характерними були конфліктність, неконформність, егоцентризм у контактах, ексцентричність, суб'єктивізм. У стані стресу відбувається проекція недовіри та зміщення негативної емоційної реакції на оточуючих. Реакція на дистрес могла супроводжуватися психосоматичними та вегетативними проявами. Як захисні механізми застосовується відреагування – різкий сплеск ворожих почуттів зі звинуваченням інших у недобррозичливості та неправоті, прагнення інтерпретувати ситуацію з позиції власних уявлень та бачення без урахування реальності. Сприйняття мало селективний характер (вигідний для особистості), спостерігалась схильність до застрягання на дрібницях. Притаманні були такі риси характеру, як впертість, недовірливість, нетерпимість до чужих думок, настирливість. Самооцінка була завищеною, здатність до рефлексії — зниженою.

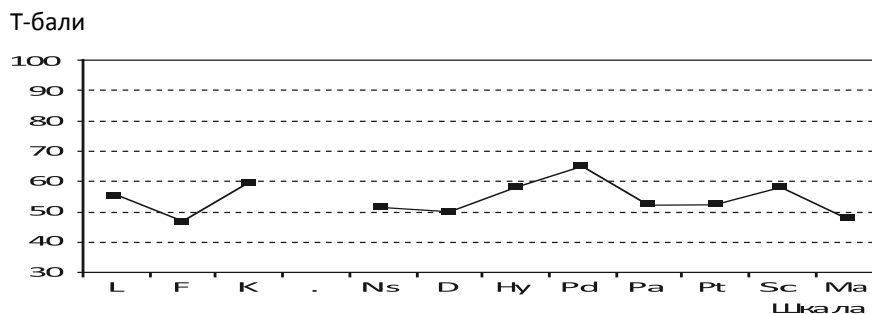


Рис. 5. Усереднений профіль ММРІ серед пацієнтів із ХВГ з інтерпсихічною психологічною та соціальною дезадаптацією (егоцентрично-збудливий підтип)

**Висновки.** Таким чином, результати дослідження виявили розподіл типів ставлення до хвороби серед пацієнтів з отосклерозом. Так, у 70,3 % пацієнтів були типи ставлення, які супроводжувалися симптомами психологічної дезадаптації (переважно інтрапсихічної — 44,6±5,0 % хворих та інтерпсихічної — 25,7±4,4 % осіб), лише у 29,7 % пацієнтів психологічна адаптація була відносно достатньою. Також виділено особистісні профілі для пацієнтів з отосклерозом: адаптивний, невротичний, афективний, афективно-чутливий та егоцентрично-збудливий підтипи.

**Перспективи подальших досліджень.** Розуміння відмінностей, психологічного змісту, позитивних та негативних аспектів кожного з типів ставлення до захворювання у поєднанні з визначенням особистісних властивостей індивіда постали як важлива складова для побудови комплексної диференційованої програми медико-психологічної допомоги пацієнтам з отосклерозом. Медико-психологічну допомогу пацієнтам з порушенням слуху необхідно орієнтувати на зменшення психоемоційного напруження, викликаного наявністю даного хронічного захворювання з несприятливим прогнозом та потребою у лікуванні, психологічну та психосоціальну реабілітацію соматичного хворого, психопрофілактику розвитку його психологічної дезадаптації. Здійснення корекції неадаптивних інтрапсихічних та поведінкових патернів за методикою Тобол, задіяних у відреагуванні на захворювання, а також моделювання більш адаптивного типу ставлення до хвороби, пов'язаної з вадами слуху, та формування активної позиції у лікувальному процесі в майбутньому буде сприяти загальному покращенню соматичного хворого з погіршенням слуху та впливати на подальші дослідження з метою досягнення кращого результату в реабілітаційному процесі даної групи пацієнтів.

#### Список використаних джерел

1. Батаршев А. В. Психодиагностика пограничных расстройств личности и поведения. / А. В. Батаршев. – М. : Изд-во Ин-та психотерапии, 2004. – 320 с.
2. Вассерман Л.И. Карпова Э.Б. Вукс А.Я. Усовершенствованная методика для психологической диагностики отношения к болезни (ТОБОЛ) : пособие для врачей. / Л.И. Вассерман, Э.Б. Карпова, А. Я. Вукс. – СПб. : Изд-во НИПИ им. В. М. Бехтерева, 2002. — 31 с.
3. Лапач С. Н., Чубенко А. В., Бабич П. Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel / С. Н. Лапач, А. В. Чубенко, П. Н. Бабич. – К. : Морион, 2000. – 320 с.
4. Максименко С. Д., Шевченко Н. Ф. Психологічна допомога тяжким соматично хворим / С. Д. Максименко, Н. Ф. Шевченко. – К.-Ніжин : Studio Дизайн, 2007. – 115 с.
5. Малкина-Пых И. Г. Психосоматика: справочник практического психолога / И. Г. Малкина-Пых. – М. : Изд-во «Эксмо», 2005. – 992 с.
6. Михайлов Б. В., Уклад. О. І. Психотерапевтична корекція неспсихотичних порушень психічної сфери у хворих на хронічні соматичні захворювання : методичні рекомендації / О. І. Уклад, Б. В. Михайлов. – Харків, 2002. – 29 с.
7. Карвасарский Б.Д. Клиническая психология / Б. Д. Карвасарский. – СПб. : Питер, 2007. – 960 с.
8. Менделевич В. Д. Клиническая и медицинская психология : практическое руководство / В. Д. Менделевич – М. : МЕДпресс, 2001. – 592 с.
9. Райгородский Д.Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие / Д. Я. Райгородский. – Самара : Бахрах-М, 2001. – 672 с.
10. Чабан О. С., Хаустова О. О. Психосоматична медицина (аспекти діагностики та лікування) / О. С. Чабан, О. О. Хаустова. – К. : ТОВ «ДСГ Лтд», 2004. – 96 с.

**Spysok vykorystanykh dzherel**

1. Batarshhev A. V. Psihodiagnostika pogranychnykh rasstrojstv lichnosti i povedenija./ A. V. Batarshhev. – M. : Izd-vo In-ta psihoterapii, 2004. – 320 s.
2. Vasserman L.I. Karpova Je.B. Vuks A.Ja. Usovershenstvovannaja metodika dlja psihologicheskoy diagnostiki otnoshenija k bolezni (TOBOL): posobie dlja vrachej./ L.I. Vasserman, Je.B. Karpova, A. Ja. Vuks. – SPb. : Izd-vo NIPI im. V. M. Behтерева, 2002. – 31 s.
3. Lapach S. N., Chubenko A. V., Babich P. N. Statisticheskie metody v mediko-biologicheskikh issledovanijah s ispol'zovaniem Excel / S. N. Lapach, A. V. Chubenko, P. N. Babich. – K. : Morion, 2000. – 320 s.
4. Maksymenko S. D., Shevchenko N. F. Psykholohichna dopomoha tyazhkyim somatychno khvorym./ S. D. Maksymenko, N. F. Shevchenko. – K.-Nizhyn : Studio Dyzayn, 2007. – 115 s.
5. Malkina-Pyh I. G. Psihosomatika: spravochnik prakticheskogo psihologa / I. G. Malkina-Pyh. – M. : Izd-vo «Jeksmo», 2005. – 992 s.
6. Mikhaylov B. V., Uklad. O. I. Psykhoterapevtychna korektsiya nepsykhotychnykh porushen' psykhnichnoyi sfery u khvorykh na khronichni somatychni zakhvoryuvannya : metodychni rekomendatsiyi / O. I. Uklad, B. V. Mykhaylov. – Kharkiv, 2002. – 29 s.
7. Karvasarskij B.D. Klinicheskaja psihologija / B. D. Karvasarskij. – SPb. : Piter, 2007. – 960 s.
8. Mendelevich V. D. Klinicheskaja i medicinskaja psihologija : prakticheskoe rukovodstvo / V. D. Mendelevich. – M. : MEDpress, 2001. – 592 s.
9. Rajgorodskij D.Ja. Prakticheskaja psihodiagnostika. Metodiki i testy. Uchebnoe posobie / D. Ja. Rajgorodskij. – Samara : Bahrah-M, 2001. – 672 s.
10. Chaban O. S., Haustova O. O. Psyhosomatychna medycyna (aspekty diagnostyky ta likuvannja) / O. S. Chaban, O. O. Haustova. – K. : TOV «DSG Ltd», 2004. – 96 s.

**Yakovleva, N.Yu., Types of attitudes to the disease and their relationships with intrapsychological patterns in patients with otosclerosis.** Being diagnosed with a disease with poor prognosis is a stressful event for an individual. The response to the disease is based on the interactions between the individual and psychological traits, psycho-social factors and the disease factors.

Diagnosis and treatment of patients with otosclerosis remain extremely important because of a significant increase in the number of patients with hearing loss, possible development of temporary or permanent disability and a change in professional status. The main subjective symptoms of otosclerosis include a progressive hearing loss and noise in ears. From the viewpoint of patho-morphology, otosclerosis is the development of foci of destruction with bone resorption in the otic capsule of the inner ear. Otosclerosis is considered a hereditary disease. Otosclerosis is found in 1 to 4% of the population, mainly women (up to 80%). The affliction develops at a young age (17-40 years) and manifests itself or activates during puberty, pregnancy and/or childbirth. Patients' attitudes to the disease are individual and greatly influence the course of disease. An important role in this is played by the so-called intrapsychological patterns manifested in the patients' personal attributes, character traits, behaviors, dispositions, etc. The attitudes towards the disease are studied using the Psychological Diagnosis of the Type of Person's Attitude to the Disease (TAD) developed at the Bekhterev Psychoneurological Research Institute (St. Petersburg, Russian Federation) that allows identifying the sensitive, anxious, hypochondriac, melancholic, apathetic, neurasthenic, egocentric, paranoid, anosognostic, dysphoric, ergopathic and harmonious attitudes. It should be noted that the study on patients' response to otosclerosis in relation to their psychological characteristics is an essential part in their medical and psychological aid.

*Keywords:* type of attitude to disease, personal characteristics, medical and psychological aid, otosclerosis.

**Відомості про автора**

**Яковлева Наталія Юрївна**, аспірантка заочної форми навчання кафедри загальної та медичної психології та педагогіки медичної психології Національного медичного університету імені О.О.Богомольця, м. Київ, Україна .

**Yakovleva, Natalya.Yu., Ph.D.,** Dept. of general and medical psychology and pedagogy, Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine.

E-mail : yakushka.natali@gmail.com

УДК 159.9

*Ятчук М.С.*

**ОСОБЛИВОСТІ СПІЛКУВАННЯ ПРАЦІВНИКІВ ДЕРЖАВНОЇ КРИМІНАЛЬНО-ВИКОНАВЧОЇ СЛУЖБИ УКРАЇНИ**

**Ятчук М.С. Особливості спілкування працівників Державної кримінально-виконавчої служби України.** У статті розглядається проблема особливостей спілкування працівників органів та установ виконання покарань. Виявлено ситуації, що викликають у працівників Державної кримінально-виконавчої служби України негативні емоції під час спілкування з керівництвом, колегами, друзями, засудженими та іншими. Встановлено загальний рівень розвитку уміння спілкуватися у працівників Державної кримінально-виконавчої служби України. Виділено стилі поведінки працівників органів та установ виконання покарань у конфліктних ситуаціях. Запропоновано напрями розвитку уміння спілкуватися у працівників Державної кримінально-виконавчої служби України.

*Ключові слова:* уміння спілкуватися, уміння слухати, стиль поведінки в конфліктній ситуації, спілкування, толерантність, емпатія.