

ЛІТЕРАТУРА:

1. Деменція (вибрані положення). Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) та паліативної медичної допомоги. Ліки України. Medicine of Ukraine. 2017. № 7 (213). С. 4–10.
2. Любов Е. Старческие деменции в мире МКБ-11. Социальная и клиническая психиатрия. 2015. Т. 25. № 2. С. 5–8.
3. Патогенетическая терапия когнитивных расстройств и деменции с доказанной эффективностью / А. Дубенко, В. Коростий. Міжнародний неврологічний журнал. 2017. № 1 (87). С. 109–114.
4. A pilot RCT of psychodynamic group art therapy for patients in acute psychotic episodes: feasibility, impact on symptoms and mentalising capacity / C. Montag, L. Naase, D. Seidel et al. PLoS One. 2014. Vol. 9. № 11.
5. A systematic review of nonpharmacological interventions for moderate to severe dementia: a study protocol for a systematic review and meta-analysis / R. Na, Y.J. Kim, K. Kim, K.W. Kim. Psychiatry Investig. 2018. Vol. 15. № 4. P. 417–423.
6. Costs of medication in older patients: before and after comprehensive geriatric assessment / G.D. Unutmaz, P. Soysal, B. Tuven, A.T. Isik. Clin. Interv. Aging. 2018. Vol. 13. P. 607–613.
7. Windle G., Newman A., Burholt V. et al. Dementia and Imagination: a mixed-methods protocol for arts and science research. BMJ Open. 2016. Vol. 6. № 11.
8. Neuropsychiatric symptoms in vascular dementia: Epidemiologic and clinical aspects / M.A.O. Santos, L.S. Bezerra, C.D.C. Correia, I.S. Bruscky. Dement. Neuropsychol. 2018. Vol. 12. № 1. P. 40–44.
9. Molnar F., Frank C.C. Support of caregivers of persons with dementia. Can. Fam. Physician. 2018. Vol. 64. № 4. P. 294.
10. Cations M., Radisic G., Crotty M., Laver K.E. What does the general public understand about prevention and treatment of dementia? A systematic review of population-based surveys. PLoS One. 2018. Vol. 13. № 4.

УДК 159.938

**ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ЛЮДЕЙ
З ОНКОЛОГІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ
ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ**

Підбуцька Н.В., д. психол. н., професор кафедри педагогіки
та психології управління соціальними системами
імені академіка І.А. Зязюна

Національний технічний університет «Харківський політехнічний інститут»

Чебакова Ю.Г., к. пед. н., доцент кафедри педагогіки
та психології управління соціальними системами
імені академіка І.А. Зязюна

Національний технічний університет «Харківський політехнічний інститут»

У статті проаналізовано психологічні особливості людей, що страждають на онкологічні та хронічні захворювання шлунково-кишкового тракту. Встановлено, що в онкохворих присутнє витіснення хвороби та сильна залежність від лікаря та лікування. Загалом, присутній оптимістичний настрій щодо хвороби та лікування.

Ключові слова: психосоматика, хворі на розлади шлунково-кишкового тракту, психологічні особливості хворого.

В статье проанализированы психологические особенности людей, страдающих онкологическими и хроническими заболеваниями желудочно-кишечного тракта. Установлено, что в онкобольных присутствует вытеснение болезни и сильная зависимость от врача и лечения. В целом присутствует оптимистический настрой касательно болезни и лечения.

Ключевые слова: психосоматика, больные желудочно-кишечного тракта, психологические особенности больного.

Pidbutska N.V., Chebakova Yu.H. PSYCHOLOGICAL FEATURES OF PEOPLE WITH ONCOLOGICAL DISEASES OF THE GASTROINTESTINAL TRACT

The psychological characteristics of the people suffering from oncological morbidity and chronic diseases of the gastrointestinal tract have been analyzed in the article. It has been established that the oncological patients own unconscious repression of the disease and have a strong dependence on the doctor and treatment. In general, there is an optimistic attitude towards illness and treatment.

Key words: psychosomatics, patients with gastrointestinal tract, patient's psychological characteristics.



Постановка проблеми. Запальні захворювання кишківника є одними з найбільш серйозних і не вирішених проблем у сучасній гастроентерології. Постійний інтерес до вивчення проблеми детермінант виникнення цих захворювань зумовлений тим, що, незважаючи на багатолітню історію вивчення, етіологія та психосоматичні аспекти їхньої появи залишаються невідомими.

Вважається, що соматична та психічна симптоматика під час запальних захворювань кишківника є наслідком складних психосоматичних і соматопсихічних співвідношень, до яких належать пограничні, неврозоподібні розлади, іпохондричні фіксації, депресивні розлади та різні форми особистісних девіацій. Визначені психічні та психологічні аспекти вказують на необхідність вивчення психологічних механізмів формування внутрішньої картини хвороби та поведінки хворих під час розладів шлунково-кишкового тракту (далі – ШКТ).

Аналіз останніх досліджень і публікацій. В останні десятиліття ХХ століття вивченню психологічного профілю соматичних хворих були присвячені роботи як вітчизняних, так і зарубіжних авторів (Зейгарник Б.В., Кабанів М.М., Карварський Б.Д., Хомуленко Т.Б. та інших учених). Більшість із них досліджують цю проблему з позицій соматопсихічних особливостей хворих (Марілов В.В., Беніашвілі А.Г., Колесніков Д.Б. та інші), суто психологічні аспекти можна знайти в роботах Єлфімової А.В., Балуква О.В. Але загалом спостерігається брак досліджень і наукових робіт, за якими можна було б простежити суттєві відмінності в психологічних станах хворих з онкологічними та хронічними захворюваннями ШКТ.

Постановка завдання. Вивчити та порівняти психологічні особливості людей, що мають онкологічні та хронічні захворювання ШКТ.

Виклад основного матеріалу дослідження. Відповідно до медичних даних основними функціями шлунково-кишкового тракту є поглинання та виділення, які, за визначенням психологічних досліджень, тісно корелюють з емоційною сферою людини, її комунікативним простором, взаємодією з оточенням. Вважається, що «моторні, вегетативні, гуморальні та центральні процеси <...> не можна ізолювати від душевного стану людини» [3].

Вказаний тісний зв'язок доводить те, що емоційний стан людини під час вживання їжі впливає на подальший процес її переварювання. Відповідно, різноманітні деструктивні емоції, такі як агресія, побо-

ювання, страх, депресія та інші, гальмують функції шлунку та кишечника, порушують моторику і, як наслідок, призводять спочатку до функціональних, а потім – до органічних змін структури шлунково-кишкового тракту [2; 5].

Розкривається психологічний портрет хворого, що страждає захворюваннями ШКТ. Такі люди до встановлення діагнозу активно прагнули до професійного успіху й матеріального забезпечення, що витісняє духовні цінності з життя. Відповідно коло спілкування недостатньо розвинене. Отож це дуже амбітні люди, які прагнуть досягнути всього у всьому, так звані перфекціоністи. Вони самовпевнено вважають, що бути кращим у всьому можливо, хоча насправді неможливо (а часто і зовсім не потрібно), при цьому вони надмірно самокритичні та вимогливі до себе. До того ж дуже часто можна спостерігати їхній зворотний бік особистості, яка насправді мріє про краще життя, турботу й любов, розуміння та опіку [7].

За результатами досліджень, хвороби ШКТ виявляються під час розставань і втрати захищеності. Також деякі емоції, наприклад озлобленість і гнів, не виражаються відкрито, а немов «ковтаються та з'їдаються», що знаходить продовження у вигляді захворювань [7]. Також необхідно зазначити, що такі деструктивні емоції, як страх, агресія, боязливість, з іншого боку, провокують скорочення м'язів загалом, так і м'язових кліток зокрема. Відповідно цей стан провокує рефлекторний спазм і напругу, які стосовно їжі мають негативні наслідки. Тож їжа потрапляє в стравохід, шлунок, кишківник, які в цей момент є спазмованими. Наслідками цих інцидентів є поява певного комплексу шлунково-кишкових розладів, починаючи від гастриту та закінчуючи проривними виразками, які інколи мають онкологічне навантаження.

На жаль, сьогодні одними з найчастіших захворювань є онкохвороби, злякисні пухлини, з якими, зрозуміло, активно борються медики. У цьому їм активно допомагають й інші фахівці. Наприклад, численні нові дослідження та спостереження в галузях як психіатрії, так і психології спрямовані на полегшення роботи з онкологічними хворими, перш за все, на спробу зрозуміти їх та психологічні причини виникнення цієї хвороби [3].

Як відомо, існують конкретні психологічні вияви особистості, хворої на онкохворобу, до яких належать депресивно-параноїдні стани, марення Котара, синдром Корса-

кова, які особливо виявляються після оперативних втручань і явища кахексії. Отже, клінічною картиною цих хворих є розвиток тривожно-депресивного синдрому.

Цей синдром і загалом депресивні розлади в онкохворих супроводжуються такими психічними станами, як страх, ажитація, безсоння, суїцидальні думки, можливі вияви деперсоналізації, дереалізованні розлади та інше [1].

Вказується, що в ситуації прогресування злоякісного новоутворення та, відповідно, обважнення соматичного статусу за ракових пухлин шлунково-кишкового тракту на основі тривожно-депресивного стану може розвинути нїгілістична маячня зі слуховими й тактильними галюцинаціями [3].

З метою попередження цих станів або їх полегшення необхідно проводити психологічну роботу з пацієнтами, що перебувають на лікуванні, особливо в стаціонарах, безпосередньо перед проведенням операційного втручання. Визначення психологічного стану хворого, його ставлення до хвороби, погляду на майбутнє тощо стане основою конструктивної роботи із хворим і надалі полегшення постопераційного стану, особливо у хворих на онкозахворювання, зважаючи на ті стани, що можуть супроводжувати процес їх лікування.

У процесі дослідження використано такі методики: проективна методика «Незакінчених речень» (модифікована), методика «Тип ставлення до захворювання», опитувальник експрес-діагностики неврозу К. Хека і Х. Хесса та проективна методика «Колірний тест відносин» О.М. Еткінда, а також методи математичної статистики з метою обробки результатів для подальшого аналізу емпіричних даних (описова статистика, метод розбіжностей, кластерний аналіз за допомогою програми SPSS-20).

Проективна методика «Незакінчених речень» мала такі речення, що потім інтерпретувалися за чотирма шкалами: «Майбутнє здається мені ...; Якби не хвороба, то я ...; Зробив би все, щоб забути ...; Я міг би бути щасливим, якби ...; До хвороби я ...; У тому випадку, якщо операція пройде невдало...; Майбутнє лякає мене тим, що ...; Хвороба дала мені ...; Порівняно з іншими...; Коли я бачу лікаря ...; Сподіваюся на...; Хвороба робить мене ...; Сім'я спілкується зі мною, як ...; Моє життя нагадує мені ...; Якщо операція пройде вдало ...; Я вірю, що...; Найбільше я ціную ...; У лікарні я відчуваю ...; Головне в моєму житті».

У дослідженні взяло участь 37 пацієнтів Інституту загальної та невідкладної хірургії імені В.Т. Зайцева віком від 24 до 75 років, з них – 22 чоловіки та 15 жінок. 12 з них мали онкологічні захворювання ШКТ, а 25 – хронічні захворювання ШКТ.

За проективною методикою «Незакінчених речень» отримані такі результати (див. табл. 1).

За результатами дослідження бачимо, що група 1 перевищує групу 2 за позитивним ставленням до майбутнього. Тобто люди, які не мають онкологічних захворювань, більш позитивно настроєні на власне майбутнє. Позитивне ставлення до захворювання групи 1 перевищує показники групи 2, тож перша група більш позитивно ставиться до захворювання, тому що вважає, що воно виліковує та після одужання життя стане на своє місце. Результати групи 2 перевищують показники групи 1 за шкалою бажання та мрії. Це може дати привід для припущення, що хвороба не стає на шляху онкологічно хворого ШКТ і він будує свої плани, мрії. Негативний рівень до життя майже відсутній у двох груп, тобто обидві групи хворих людей розуміють цінність людського життя.

Таблиця 1

Неусвідомлені установки хворих

Сума уявлень у відсотках						
Шкали	Група 1			Група 2		
	Позитивне	Нейтральне	Негативне	Позитивне	Нейтральне	Негативне
Ставлення до майбутнього	57 %	27 %	16 %	47 %	43 %	10 %
Ставлення до захворювання	64 %	23 %	13 %	53 %	36 %	11 %
Бажання та мрії	76 %	15 %	9 %	87 %	4 %	9 %
Ставлення до життя	75 %	23 %	2 %	67 %	32 %	1 %

Група 1 – хворі на хронічне захворювання ШКТ;

Група 2 – хворі на онкологічне захворювання ШКТ.



Діагностовано типи ставлення до хвороби (див. табл. 2).

Встановлено характерні типи ставлення до хвороби в людей, хворих на хронічні розлади ШКТ, це такі: гармонічний, ергопатичний і сенситивний. Гармонічний тип характеризується оцінкою свого стану без схильності перебільшувати його тягар, але й без недооцінки тягара хвороби. Прагнення бути активним сприятиме успіху лікування. Тобто люди, які мають хронічне захворювання ШКТ, реально дивляться на свою хворобу й подальше лікування та одужання, ніж люди з онкологічними захворюваннями. Достовірні відмінності знайдено за шкалами ергопатичний і сенситивний типи. Ергопатичний тип характеризується надмірною відповідальністю, часом одержимістю, вольовим ставленням до роботи, яке інколи виражено ще більшою мірою, ніж до хвороби. Сенситивний тип характеризує людину як надмірно вразливу, занепокоєну можливими несприятливими враженнями, які можуть справити на навколишніх відомості про хворобу. Також можуть бути побоювання, що навколишні люди стануть шкодувати, вважати неповноцінним.

Люди з хронічними захворюваннями ШКТ спрямовують більшість своєї енергії на діяльність. Тобто вони найбільше хочуть одужати, повернутися в колишню робочу атмосферу. Також вони можуть боятися того, що на роботі дізнаються про їхнє

захворювання та почнуть їх шкодувати, що може призвести до звільнення.

Характерними типами ставлення для людей, хворих на онкологічне захворювання ШКТ, є анозогнозичний, іпохондричний та егоцентричний. Анозогнозичний тип характеризується активнішим відкиданням думки про хворобу, про можливі її наслідки аж до заперечення очевидного. За визнання хвороби – відкидання думок про можливі її наслідки. Іпохондричний – надмірним зосередженням на суб'єктивних хворобливих та інших неприємних відчуттях, прагненням постійно розповідати про них лікарям, медперсоналу та навколишнім. Егоцентричний – «прийняттям» хвороби та пошуком вигод у зв'язку з хворобою, наприклад виставленням напоказ близьким і навколишнім своїх страждань і переживань із метою викликати співчуття.

Отож ми бачимо, що в людей, які мають онкологічні захворювання ШКТ, присутне витіснення хвороби. Вони прагнуть не приймати своє захворювання, їх переслідують думки, що це відбувається не з ними. Однак водночас хворі зосереджені на своєму поганому самовідчутті та прагнуть розповісти про це всім: починаючи від лікарів і закінчуючи незнайомими людьми в черзі.

Для виявлення рівня невротичності було використано методику К. Хека та Х. Хесса (див. табл. 3).

Таблиця 2

Тип ставлення до хвороби

Шкала	Група 1(N1=25)	Група 2(N2=12)	temn	p
Гармонічний	12,27 ±11,33	7,33±12,20	1,016	0,326
Ергопатичний	19,72 ±9,75	8,66±9,36	2,851	0,011
Анозогнозичний	8,77±11,41	9,88 ±12,10	-0,229	0,822
Тривожний	5,77±7,38	8,77±8,12	-0,932	0,366
Іпохондричний	6,5±4,14	9,22 ±7,61	-1,001	0,339
Неврастенічний	5,05±5,18	5,88±4,45	-0,433	0,670
Меланхолічний	3,94±4,70	5,77±5,69	-0,834	0,419
Апатичний	4,16±5,04	5,44±3,53	-0,763	0,454
Сенситивний	11,16 ±7,04	5,77±4,54	-2,050	0,05
Егоцентричний	7,33±4,71	9,66 ±5,97	-1,022	0,325
Паранояльний	3,66±2,56	5,22±5,69	-0,781	0,454
Дисфоричний	3,33±4,37	6,55±4,39	-1,799	0,091

Група 1 – хворі на хронічні захворювання ШКТ; Група 2 – хворі на онкологічні захворювання ШКТ

Примітка. **Напівжирним курсивом** виділені показники шкал, які показують достовірні відмінності між групами досліджуваних, **напівжирним** виділені показники шкал, які є найбільш значущими у хворих.

Таблиця 3

Невротичні характеристики хворих

Респонденти	Показники в %		
	Високий рівень	Середній рівень	Низький рівень
Хворі на хронічні захворювання ШКТ (група 1)	27	48	25
Хворі на онкологічні захворювання ШКТ (група 2)	15	63	22

Встановлено, що високий рівень невротичності більш виражений у групи 1. Наприклад, ми можемо припустити, що перша група має більше нав'язливих думок із приводу хвороби, ускладнень і подальшого лікування. Якщо говорити про другу групу, то, можливо, що онкохворі ШКТ розуміють суть свого захворювання і вже сподіваються тільки на полегшення свого захворювання. Середній рівень невротичності більш виражений в онкологічно хворих ШКТ, який може свідчити про те, що стан невротичності стає звичайним станом життя. Низький рівень невротичності на однаковому рівні присутній в обох групах і складає близько чверті респондентів.

З метою побудови детальної структури емоційно-психологічних особливостей онкологічно хворих ШКТ був проведений кластерний аналіз і побудовані дендрограми (рис. 1 та 2). На основі кластерного аналізу за основними категоріями, пов'язаними з емоційно-психологічними особливостями онкологічно хворих ШКТ, можна виділити таку кластерну структуру, яка характерна для групи людей, що мають хронічні захво-

рювання ШКТ. Вона містить три кластери (рис. 1).

Перший кластер містить такі категорії: минуле, майбутнє, операція, сім'я. Люди, які мають хронічне захворювання ШКТ, мають багато думок із приводу того, що було із сім'єю в минулому до операції та яка атмосфера буде в сім'ї після перенесення ним операції.

Другий кластер містить такі категорії: я, друзі, лікар. Респонденти досліджуваної групи однаково сприймають себе, друзів і лікарів. Тобто добре ставляться до лікарів і можуть ідентифікувати лікарів із друзями.

Третій кластер містить такі категорії: хвороба, теперішнє. Хворі на хронічні розлади ШКТ ідентифікують теперішній час із захворюванням. Через погане самовідчуття вони можуть мати депресивні стани, менше спілкуватися з родичами, щоб не бути для них тягарем, багато думають із приводу роботи та інше.

На основі кластерного аналізу за основними категоріями, пов'язаними з емоційно-психологічними особливостями он-

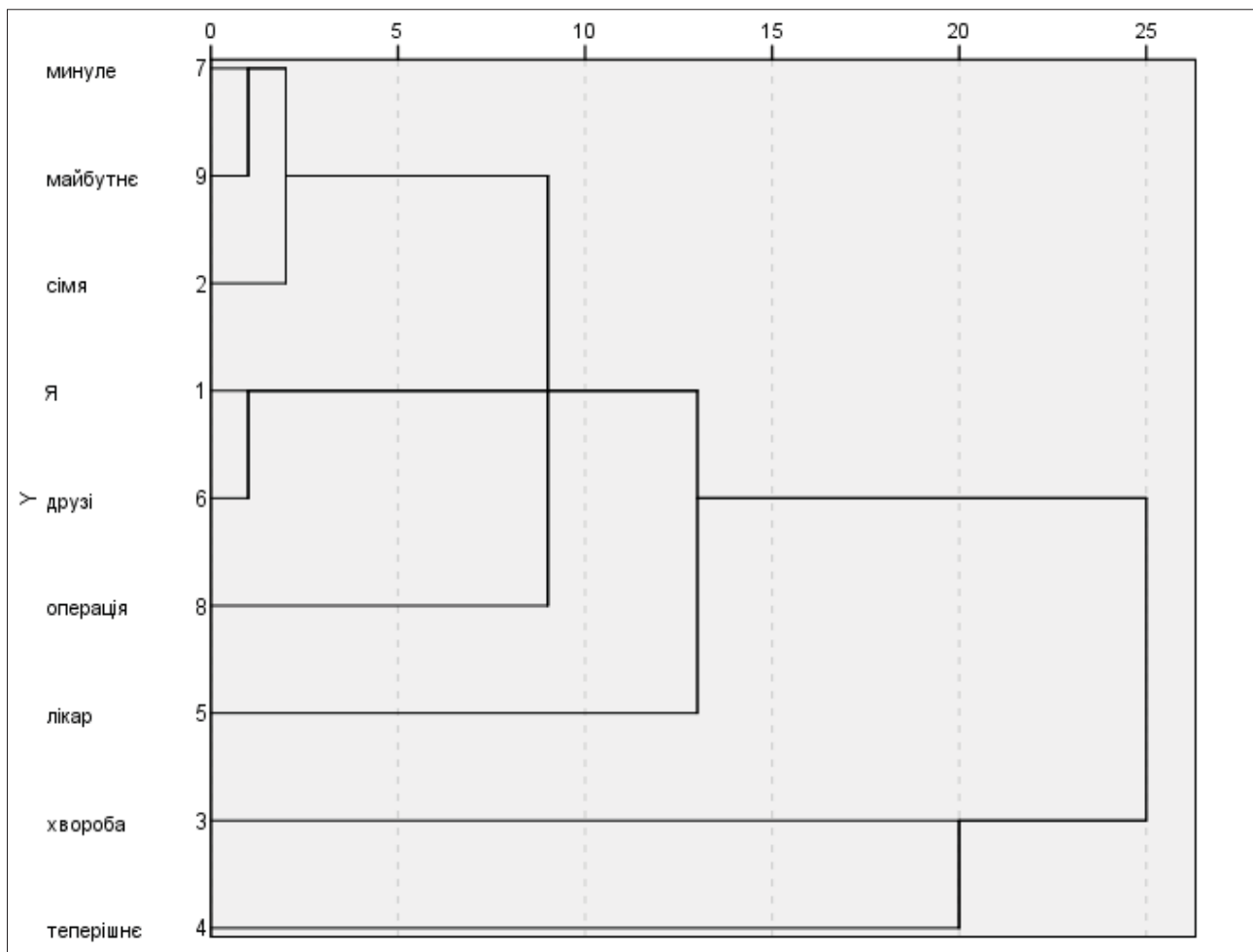


Рис. 1. Результати КТВ людей, що страждають на хронічні захворювання ШКТ

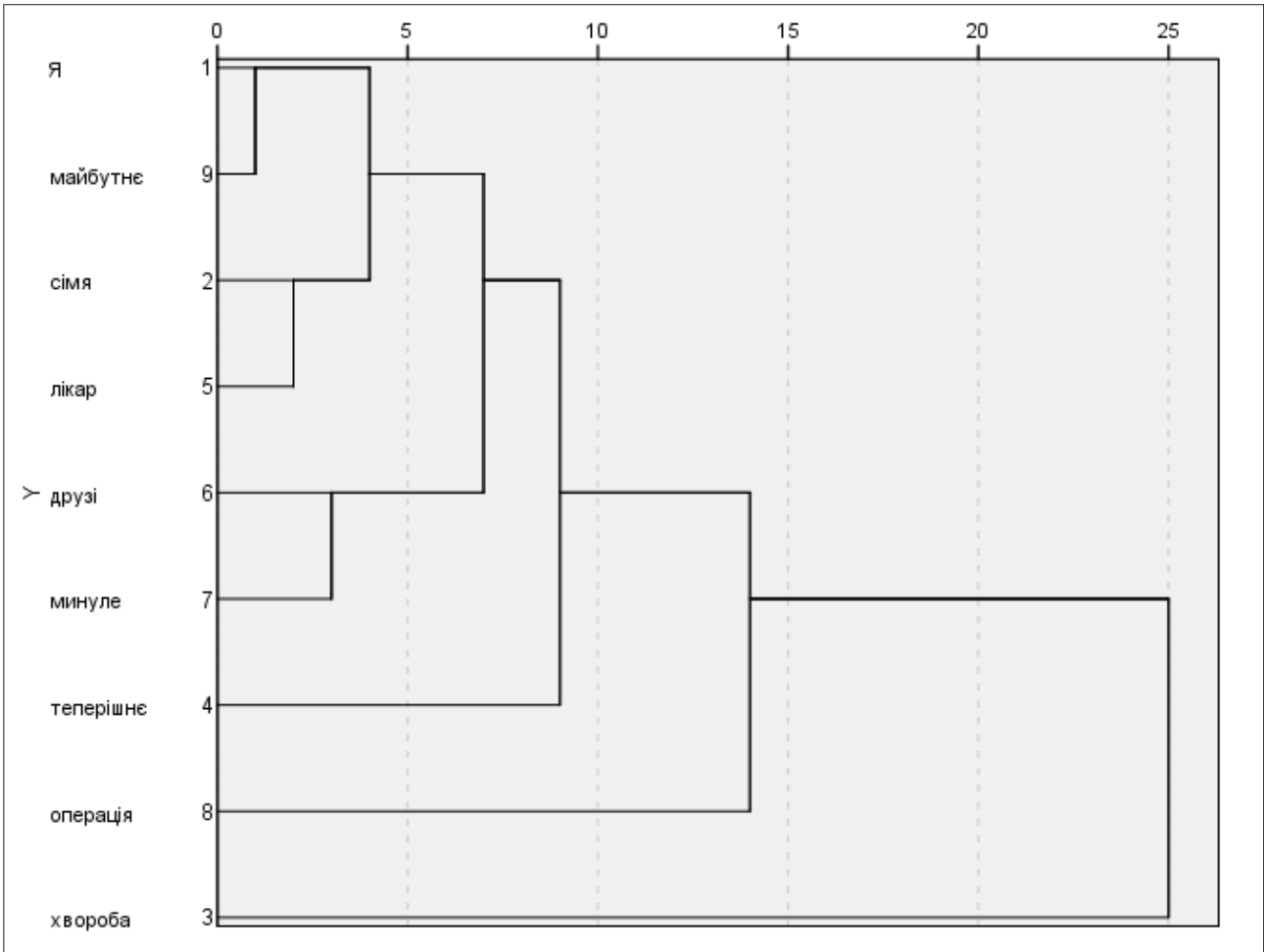


Рис. 2. Результати КТВ хворих на онкологію ШКТ

кологічно хворих ШКТ, можна виділити таку кластерну структуру, що має п'ять кластерів (рис. 2).

Перший кластер містить такі категорії: майбутнє, сім'я, я, лікар. Цей кластер показує, що власне майбутнє та майбутнє сім'ї хворого онкологічним захворюванням ШКТ залежить від лікаря та процесу лікування.

Другий кластер містить такі категорії: друзі, майбутнє. Люди, які мають онкологічне захворювання ШКТ, однаково переживають стосовно майбутнього та друзів. Тобто, чи будуть хворі й далі спілкуватися з друзями в майбутньому, як саме буде проходити це спілкування та інше.

Третій кластер містить таку категорію, як теперішнє. Цей кластер свідчить про те, що онкохворі ШКТ починають думати не про те, що не так зробили в минулому, або не про плани на майбутнє, а думають про те, як жити зараз.

Четвертий кластер містить таку категорію, як операція. Цей кластер свідчить про те, що онкологічно хворі ШКТ мають багато думок і хвилювань із приводу операції.

П'ятий кластер містить таку категорію, як хвороба. Цей кластер свідчить про те, що онкологічно хворі ШКТ не сприймають свою хворобу та намагаються витіснити її.

Висновки з проведеного дослідження. Отже, завдяки результатам проведеного дослідження можна побачити суттєві різниці людей, які страждають від хронічних захворювань ШКТ, та онкологічно хворих ШКТ за ставленням до майбутнього, ставленням до захворювання, бажанням і мріями, ставленням до життя. Характерними типами ставлення до хвороби для людей, хворих на хронічне захворювання ШКТ, є гармонічний, ергопатичний і сенситивний, а для людей, хворих на онкологічне захворювання ШКТ, є анозогнозичний, іпохондричний та егоцентричний. Виділені кластери свідчать про абсолютно різне емоційне ставлення до хвороби та лікування. У пацієнтів із хронічними розладами воно більш позитивне та життя пов'язується з певними мріями. В онкохворих хвороба витісняється, окремо вони сприймають її, окремо – сім'ю, окремо – майбутнє, що свідчить про розрізнену картину хвороби.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Балицкий К.П., Шмалько Ю.П. Стресс и метаболизм злокачественных опухолей. Киев: Наукова думка, 1987. 248 с.
2. Бениашвили А.Г. Соматоформные расстройства с преобладанием в клинической картине абдоминальных (психосоматические, патопсихологические, психофармакологические аспекты): автореф. дис. ... канд. мед. наук: спец. 14.00.18. Москва, 2003. 25 с.

3. Бовина И. Б. Социальная психология здоровья и болезни. Москва: Аспект-Пресс, 2007. 256 с.
4. Зейгарник Б.В. Патопсихология. Москва: Изд-во Моск. ун-та, 1976. 238 с.
5. Марилов В.В. Психосоматозы. Психосоматические расстройства желудочно-кишечного тракта. Минск, 2010. 154 с.
6. Хомуленко Т.Б. Основы психосоматики: навч.-метод. посібник. Вінниця: Нова Книга, 2009. 120 с.
7. Шмигель Н.Е. Болезнь с характером. РиТМ. Психология для всех. 2012. № 6. С. 11–13.

УДК 159.4

**ІНДИВІДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ
ОСОБИСТОСТІ ПРАЦІВНИКІВ НАЦІОНАЛЬНОЇ ПОЛІЦІЇ
ІЗ ПСИХОСОМАТИЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ**

Платковська О.В., к. психол. н.,
доцент кафедри педагогіки та психології
Харківський національний університет внутрішніх справ

На підставі аналізу сучасної літератури визначено поняття психосоматичних розладів, їхні види та основні причини виникнення. Розглянуто вплив стресових ситуацій і стресу на психічні стани особистості. Проаналізовано існуючі причини розвинення гіпертонічної хвороби та встановлено пряму залежність підвищення артеріального тиску від психологічного стану особистості та наявності чи відсутності певних психологічних якостей. Проведено порівняльний аналіз психологічних якостей працівників поліції, які мають психосоматичні захворювання (артеріальна гіпертензія), з особами, які вважають себе здоровими.

Ключові слова: психосоматика, стрес, розлади, психосоматичні розлади, психосоматичні захворювання.

На основании анализа современной литературы определено понятие психосоматических расстройств, их виды и основные причины возникновения. Рассмотрено влияние стрессовых ситуаций и стресса на психическое состояние личности. Проанализированы существующие причины гипертонической болезни и установлена прямая зависимость повышения артериального давления от психологического состояния личности, а также определенных психологических качеств, которыми обладает личность, или их отсутствия. Проведен сравнительный анализ психологических качеств работников полиции, имеющих психосоматические заболевания (артериальная гипертензия), с личностями, которые считают себя здоровыми.

Ключевые слова: психосоматика, стресс, расстройства, психосоматические расстройства, психосоматические заболевания.

Platkovska O.V. INDIVIDUAL AND PSYCHOLOGICAL FEATURES OF NATIONAL POLICE OFFICERS WITH PSYCHOSOMATIC ILLNESSE

Based on the analysis of contemporary literature defines the concept of psychosomatic disorders, their types and basic causes. The influence of stress and stress on the mental state of the individual. The existing expansion causes hypertension and a direct correlation to increased blood pressure psychological state of the individual and the presence or absence of certain psychological qualities. A comparative analysis of the psychological qualities of police officers who have psychosomatic illness (arterial hypertension) with people who consider themselves healthy.

Key words: psychosomatics, stress, disorders, psychosomatic illnesses, police officer.

Постановка проблеми. Правоохоронна діяльність належить до числа найбільш стресових професій, у зв'язку з чим виникає вірогідність розвинення психосоматичних захворювань серед працівників поліції. Досліджуючи випадки психосоматичних розладів та їхній розвиток, ми можемо впливати на адаптацію до стресових ситуацій.

Постановка завдання. Метою нашого дослідження є дослідити індивідуально-психологічні особливості особистості працівників Національної поліції із психосоматичними захворюваннями. Завданнями є визначення існуючих наукових підходів до вивчення психосоматичних захворювань і причин їх виникнення, дослідження осо-