

- cynical: Big five personality characteristics of gelotophobes, gelotophiles, and katagelasticians”, *International Studies in Humour*, Vol. 2, № 1, pp. 24-42.
- Samson, A. C. and Meyer, Y. (2010), “Perception of aggressive humor in relation to gelotophobia, gelotophilia, and katagelasticism”, *Psychological Test and Assessment Modeling*, Vol. 52, № 2, pp. 217-30.
- Shmelev, A. G. and Boldyreva, V. S. (1982), “Psychosemantics of humor and diagnostics of motives” [“Psikhosemanticke yumora i diagnostika motivov”], in Bodalev, A. A. (Ed.), *Motivatsiya lichnosti (fenomenologiya, zakonomernosti i mekhanizmy formirovaniya) – Motivation of personality (phenomenology, regularities and formation mechanisms)*, Moscow, pp. 108-19.
- Titze, M. (2007), “Treating gelotophobia with humordrama”, *Humor & Health Journal*, Vol. XVI, № 3, pp. 1-11.
- Надійшла до редколегії 14.04.2014

УДК 159.923.2

О. С. Гура

Дніпропетровський державний університет внутрішніх справ

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ВИВЧЕННЯ ПСИХОСОМАТИЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ, СПРИЧИНЕНИХ РОЗЛАДАМИ ПСИХОСЕСУАЛЬНОЇ СФЕРИ ОСОБИСТОСТІ

Анотація. Обґрунтовано психосоматичний підхід до розуміння захворювань, спричинених розладами психосексуальної сфери особистості. Доведено, що численні сексуальні дисгармонії та психогенні сексуальні дисфункції – результат впливу різних психотравматичних факторів. Підкреслено важливу роль психотерапії в лікуванні психосексуальних порушень.

Ключові слова: психосоматика, мотиваційний конфлікт, статеве життя, сексуальні дисфункції, сексуальні дисгармонії, психотерапія.

Аннотация. На основе психосоматического подхода к изучению и пониманию причин органических заболеваний показана взаимосвязь между психологическими и медицинскими проблемами человека. В большинстве случаев расстройства психосексуальной сферы личности (сексуальные дисгармонии и сексуальные дисфункции) обусловлены психогенными факторами и с точки зрения психосоматики могут являться главными факторами возникновения определенных органических заболеваний.

Ключевые слова: психосоматика, психосексуальная сфера, сексуальные дисфункции, дисгармония, психотерапия.

Постановка проблеми. Одне з провідних положень медичної психології наголошує на єдності психічного і соматичного, тобто психічний або емоційний стан людини безпосередньо пов'язаний із фізичним. Виходячи з цього, необхідно досліджувати та розкривати такі психосоматичні механізми, які б давали можливість фахівцям шляхом психічних впливів здійснювати необхідну перебудову фізіологічних процесів в організмі хворого. Психосоматичні захворювання – це недуги тіла, причину яких потрібно шукати в душі людини (її сприйнятті світу та ставленні до подій, до себе та інших).

Об'єктом нашого дослідження є психосексуальна сфера особистості, яка активно впливає на психічне та фізичне здоров'я людини. **Мета дослідження** – розглянути теоретичні підходи до пояснення причин психосоматичних захворювань, розкрити особливості прояву сексуальних дисгармоній та їх впливу на здоров'я людини.

Психосексуальні переживання впливають на весь організм, зокрема на соматичну сферу, включаючи вегетативні процеси, біохімічні реакції тощо. Досвід психотерапевтичної діяльності звертає нашу увагу на певну залежність

між сексуальними дисгармоніями людини та її соматичними захворюваннями. Ми схильні припускати, що розлади психосексуальної сфери особистості можуть обумовлювати розвиток багатьох органічних захворювань (аденолізу, аменореї, полікістозу, фіброміоми тощо).

У дослідженні ми застосували психосоматичний підхід. Історія психосоматики почалася з психоаналітичної концепції З. Фрейда. Психосоматичні явища вивчали Ф. Александер, О. Лоуен, В. Райх, М. Фельденкрайз, Г. Сельє, М. Сандомирский, С. Кулаков, Н. Пезешкіан та ін.

Термін «психосоматика» запропонував німецький лікар І. Хайнрот у 1818 р. Він застосував його для позначення взаємозв'язку тілесних недуг і душевних страждань пацієнтів. Послідовники Хайнрота також вважали, що всі тілесні хвороби мають психологічні причини.

Психосоматику спочатку розглядали саме як «психосоматичну медицину». Ще до того як було сформульовано основні поняття психосоматики, російський учений І. П. Павлов вивчав психосоматичні проблеми. Визначний науковець В. М. Бехтерев всіляко доводив у своїх роботах можливість виникнення тілесних недуг під впливом психічних змін.

Концептуально психосоматична медицина розглядає людину як певну цілісність, як особистість (а не просто як біологічне тіло) зі своєю життєвою долею й актуальною життєвою ситуацією. Якщо класична природнича (лабораторна) медицина досліджує і лікує реальні патологічні процеси, то предметом психосоматики є фізичне (соматичне) і психосоціальне буття людини.

У галузі етіології хвороби видатні теоретики і практики психосоматичної медицини працювали з моделлю багатопричинної обумовленості (Ф. Александер) або плюралістичною моделлю патологічних чинників (Т. Юкськюль). Психосоматики виходили з того, що замість однієї і (або) навіть кількох причин виникнення хвороби необхідно припускати наявність сукупності різних чинників. При цьому психологічним чинникам належить визначальна роль. Один з відомих психосоматиків Ф. Александер зазначав, що в цій «мультикаузальній обумовленості» провідну роль грає тип психоемоційного вихідного конфлікту, або «ядерний психодинамічний фактор», який, зазвичай, може знаходитись далеко в часі від самої хвороби.

Деякі психосоматики, наприклад Ф. Дунбар, вважали, що особливості нозології і патогенезу хвороби визначає структура особистості, зокрема її характер. Згідно з його твердженням, до появи симптомів серцево-судинних хвороб схильні цілеспрямовані, старанні люди, які багато і фанатично працюють і не спонтанно, а постійно контролюють свою поведінку. При цьому їм притаманне почуття провини і схильність до самокатування. Люди з подібною типовою поведінкою, як правило, жертви нещасних випадків. За Александером, у дитячі роки ці «ядерні конфлікти» виникають унаслідок стримування первинних потягів дитини.

Ф. Александер визнаний одним із засновників психосоматичної медицини (психосоматики). Саме його роботи відіграли вирішальну роль у визнанні емоційної напруги значимим фактором виникнення і розвитку соматичних захворювань. У «Психосоматичній медицині» автор (Alexander, 2011) описав сім психосоматичних захворювань, пояснюючи їх виникнення спадковою схильністю, відсутністю емоційного тепла в сім'ї і сильних емоційних переживань дорослого життя.

У вивчення психосоматичних явищ значний внесок зробив В. Райх. Він, по-перше, наполегливо підкреслював єдність тіла та розуму; по-друге, у свої психотерапевтичні дослідження завжди включав проблеми, пов'язані з людським тілом; по-третє, розробив концепцію характерного панцира. В. Райх вважав, що до кожного пацієнта необхідно підходити як до цілісного організму, емоційні проблеми якого можна зрозуміти, лише розглядаючи його як цілісну істоту. В. Райха можна з упевненістю назвати фундаментом у таких галузях, як сексуальне виховання і гігієна, психологія політики і соціальної дисципліни. У своїй діяльності Райх був сміливим і наполегливим новатором, чії ідеї надовго випередили час.

Засновник методу позитивної психотерапії доктор медичних наук Н. Пезешкіан, вважає, що в основі соматичних захворювань лежать психологічні проблеми. Метод позитивної психотерапії продовжує традиції гуманістично орієнтованої медицини і, безсумнівно, займе гідне місце в сучасній психотерапії психосоматичних захворювань. У книзі «Психосоматика і позитивна психотерапія» автор описує 40 захворювань, які безпосередньо пов'язані з психологічними проблемами.

Таким чином, ми бачимо, що наукових досліджень у галузі психосоматики досить багато, однак на практиці з певних причин люди з соматичними захворюваннями все ж віддають перевагу лікам і рідко замислюються про істинні психологічні причини хвороби.

Сьогодні в сучасній науці існують дві основні теоретичні парадигми для пояснення патогенезу психосоматичних розладів. Одна з них – це концепція стресу. Відомо, що в експериментах на тваринах стрес може викликати цілу низку соматичних порушень, які можна розглядати як моделі захворювань людини: виразка слизової шлунково-кишкового тракту, підвищення артеріального тиску, ішемія міокарда, випадіння волоссяного покриву. Відомо також, що багато психосоматичних захворювань починається або загострюється після переживання важких і (або) тривалих психотравмуючих ситуацій: втрата близької людини через її загибель або розриву з нею, службові та сімейні конфлікти, різкі зміни життєвого стереотипу.

Г. Сельє у своїй класичній теорії стресу справедливо підкреслював, що потрібно відрізнити стрес як необхідний і корисний компонент активного життя від дистресу, що шкідливо впливає на здоров'я. Але класична теорія стресу не дозволяє зрозуміти, де проходить межа між цими станами і за якими закономірностям стрес може переходити в дистрес.

Узагальнення результатів експериментальних досліджень і даних літератури дозволило В. С. Ротенбергу дійти висновку, що вирішальним чинником у збереженні здоров'я в умовах стресу є пошукова активність (Rotenberg, 1989). Під цим терміном автор розуміє активність, спрямовану на зміну ситуації (або свого ставлення до неї) за відсутності певного прогнозу результатів такої активності, але за постійного їх врахування. Протилежний стан – відмова від пошуку – неспецифічна умова, яка призводить до розвитку різних захворювань, визначає перехід від стресу до дистресу і зміну фази підвищеного опору фазою виснаження.

Відмова від пошуку найчастіше має місце в ситуації, коли наслідком будь-якої пошукової поведінки є покарання, і негативне підкріплення стає перманентною умовою існування. Але навіть у цих умовах суб'єкти, які раніше

придбали досвід опору невдачам, можуть зберігати пошукову поведінку і їх здоров'я при цьому не погіршується.

Якщо з наведених позицій переглянути парадоксальні факти лікування від недуг, то можна припустити, що позбавляються від психосоматозів ті хворі, поведінка яких характеризується повсякденною боротьбою за збереження не тільки свого здоров'я, а й власних особистісних цінностей і самоповаги. У сучасних умовах це потребує високої пошукової активності, орієнтованої на подолання і протиборство, на збереження в собі людини, оскільки вся система медичного обслуговування спрямована на придушення пошукової поведінки, на формування «ідеального хворого», здатного діяти лише за допомогою певних медикаментів. Люди, із яких вдалося сформувати «ідеальних хворих», тобто в кому вдалося придушити пошукову активність на поведінковому і психічному інтелектуальному рівні, залишаються хворими практично на все життя. Хто знайшов у собі сили до опору системі й зберіг здатність до пошукової поведінки, йдуть не до поліклініки, а в басейн, спортзал, на фітнес, починають шукати причину хвороби в самому собі, і, як наслідок активного пошуку – в корені змінюють свій спосіб життя (Dysa, 2013).

А. Л. Гройсман у своїй книзі «Клінічна психологія, психосоматика і психопрофілактика» переконує, що збільшення кількості психотерапевтів, які мають якісну освіту і сприймають вітчизняну традицію клінічної психології, може помітно зменшити потребу в лікарях різних спеціальностей (Groisman, 2002). Другою парадигмою, що претендує на пояснення патогенезу психосоматичних захворювань, з погляду автора, є психодинамічна концепція інтрапсихічного мотиваційного конфлікту. Вона добре відома і полягає в тому, що механізми психологічного захисту орієнтовані на збереження цілісності усвідомленої поведінки, тому мотив, який суперечить основним соціально обумовленим установкам поведінки і який можна порівняти з цими установками за виразністю, не повинен усвідомлюватися. В іншому випадку відбудеться дезінтеграція поведінки і виявиться недосяжним цілісне, внутрішньо несуперечливе сприйняття світу. Тому такий мотив повинен бути або інтегрований з соціальними мотивами (ціною його певної деформації та переорієнтації), або витіснений зі свідомості. Прикладом такого неприйняттого для суб'єкта мотиву може бути деструктивна агресивність, яка породжена заздрістю. Почуття заздрості принизливе для особистості й девальвує «образ Я», тому воно часто не усвідомлюється людиною. Відповідно не може усвідомлюватися і почуття ворожості, викликане заздрістю. У випадку, якщо ворожість пов'язується суб'єктом не з заздрістю, а пояснюється самому собі як адекватна реакція на загрозову поведінку суперника або на якісь інші його негативні риси, то така ворожість може бути усвідомлена і проявлена в поведінці без докорів сумління. Так захисні механізми допомагають трансформувати і реалізувати в поведінці неприйнятний мотив. Якщо ж цей процес здійснити не вдається, мотив видаляється зі свідомості за допомогою механізму витіснення. При цьому незадоволений і витіснений мотив стає джерелом невротичної тривоги або психосоматичних захворювань.

Якщо витіснення мотиву лежить в основі і психосоматичних захворювань, і невротичної тривоги, то постає питання, що саме визначає розвиток невроту або психосоматозів і які співвідношення між ними. Згідно з психодинамічною концепцією невротична «вільно плаваюча» тривога, не прив'язана до жодних конкретних обставин життя і з огляду на це особливо болісна, є відправною

точкою в розвитку і неврозів, і соматичних захворювань. У разі неврозів ця тривога трансформується в невротичну симптоматику і ніби отримує тим самим реальне пояснення. Але для певного типу особистостей і переживання «вільно плаваючої» тривоги, і невротична поведінка, яка погіршує соціальну адаптацію, є однаковою мірою неприйнятними. Ці люди ніби не можуть дозволити собі таку ганебну слабкість, як невротична поведінка, система їх цінностей і уявлення про себе несумісні з нею. У них відбувається подвійне витіснення не тільки неприйнятного мотиву, але і пов'язаної з ним тривоги. Зрозуміло, цей процес проходить без участі свідомості й волі, як і всі інші захисні психологічні процеси. У такому випадку витіснений мотив, не знаходячи виходу в невротичній поведінці, призводить до соматичних захворювань. Зазначену теоретичну схему ретельно обґрунтовано в клінічній практиці. Було неодноразово доведено, що чим сильніше виражена невротична поведінка людини, тим менш серйозні органічні захворювання в неї виявляються, і навпаки, важкі, смертельно небезпечні інфаркти та проривні виразки часто виникають у осіб на фоні повного попереднього здоров'я без будь-яких скарг або явної невротичної поведінки. О. А. Шатенштейн під час дослідження хворих на виразку виявив, що чим виражені ший у них іпохондричний синдром, тим менш гострі соматичні розлади (виразкова ніша менше за розмірами і менш глибока), а чим більше виражена тривожна депресія, тим гостріші ці розлади (Shatenshtejn, 1984). Таким чином, витіснений мотив, який не вдається задовольнити в поведінці, зумовлює ситуацію хронічної фрустрації, інакше кажучи, хронічного дискомфорту, який призводить до розвитку захворювання.

Сам процес витіснення мотиву можна розглядати як своєрідну відмову від пошуку способів реалізації неприйнятного мотиву, він має тенденцію до генералізації на всі види поведінки і блокує пошук на всіх рівнях.

Якщо обидві парадигми патогенезу психосоматичних захворювань об'єднуються концептом відмови від пошуку, то проблема виховання пошукової активності стає основною проблемою профілактики психосоматичних захворювань (В. С. Ротенберг). Очевидно, що психосоматика не стільки медична, скільки соціально-психологічна проблема, фундаментальне вирішення якої лежить у площині зміни умов виховання та лікування.

За словами А. Менегетті, автора книги «Психосоматика» «відчуття здоров'я свідчить про порядок, злагоду, аутентичність. Хвороба – це завжди свідчення помилкової поведінки, виною якої в більшості випадків є недостатньо усвідомлене протиріччя. Будь-яке психосоматичне захворювання потребує корекції поведінки» (Menegetti, 2007, с. 69).

Спіраючись на основні положення проаналізованої наукової літератури, ми провели пілотажне дослідження, спрямоване на виявлення загальної тенденції щодо причин психосоматичних захворювань. Для роботи було залучено 62 особи – студенти заочної форми навчання Дніпропетровського державного університету внутрішніх справ (4й – 5й курси), із них 37 жінок та 25 чоловіків віком від 25 до 40 років.

З метою вивчення особистісних якостей застосовано проективну методику «Неіснуюча тварина». Для визначення наявності соматичних захворювань опитано досліджуваних осіб. Із частиною студентів проведено додаткові індивідуальні бесіди з метою поглибленого вивчення психологічних проблем.

За результатами проведеної психодіагностичної роботи нами виявлено 13 осіб (21% від загальної кількості досліджуваних), які мають негативні показники за методикою «Неіснуюча тварина» (високі агресивність і тривожність, неадекватна самооцінка) та за результатами опитування страждають на соматичні захворювання (гіпертонія, міома, фіброма, порушення серцево-судинної діяльності, захворювання органів травлення тощо). З цієї групою досліджуваних проведено додаткові індивідуальні бесіди і виявлено 9 осіб (15% від загальної кількості), які мають порушення в психосексуальній сфері (відсутність статевого життя, відсутність оргазму, конфліктні стосунки з партнером, що впливає на якість статевого життя тощо) (таблиця).

Таблиця. Результати психологічного вивчення осіб, які мають соматичні захворювання

Кількість досліджуваних осіб (%)	Рівень тривожності	Рівень агресивності	Самооцінка	Особі, які страждають на соматичні захворювання (%)	Особі, які мають психосексуальні порушення (%)
3%	Високий	Високий	Адекватна	3%	2%
7%	Високий	Високий	Завищена	7%	5%
11%	Високий	Високий	Низька	11%	8%
Всього 21%				21%	15%

Результати проведеного пілотажного дослідження дають нам підстави припустити, що наявність психологічних проблем та психосексуальних порушень значно впливають на розвиток соматичних захворювань. А на думку А. Менегетті, будь-яке психосоматичне захворювання потребує корекції поведінки. У зв'язку з цим вважаємо, що розробка системних та послідовних психотерапевтичних та психопрофілактичних заходів дасть можливість вплинути на динаміку розвитку психосоматичних захворювань у позитивний бік.

У багатьох випадках розлади психосексуальної сфери особистості (сексуальні дисгармонії та сексуальні дисфункції) обумовлені психогенними факторами, і з позиції психосоматики можуть бути головним фактором виникнення певних органічних захворювань.

На думку Г. С. Васильченка і І. С. Кона, статеве життя – це сукупність соматичних, психічних і соціальних процесів, в основі яких лежить і за допомогою яких задовольняються статеві потяги. Відповідно до цього статеве життя завжди є невід'ємною частиною цілеспрямованої і специфічної діяльності людини, яка включає різні психічні рівні та механізми (Vasil'chenko, 1977).

Поняття норми й патології у статевому житті в науковій літературі невизначені. На це звертають увагу багато авторів (М. В. Іванов, Е. М. Дворкін, В. А. Доморацький та ін.). Зокрема, М. В. Іванов запропонував поняття «діапазону прийнятності» (Ivanov, 1966). На поняття норми статевого життя впливають численні історичні, філософські, психологічні, етнічні та інші фактори. Загальну тенденцію повноцінного статевого життя визначають такі показники:

- наявність у жінки фізіологічного оргазму після кожного статевого акту (або після 75% здійснених статевих актів);
- наявність у 75 – 100% психоемоційного оргазму у чоловіків та жінок (хоча б протягом перших 10 років спільного життя);
- задоволенням мультиоргазмичної потреби у жінок, якщо така є;

- збіг діапазонів прийнятності чоловіків і жінок та відсутність інших видів дисгармоній;
- адекватна система запобігання вагітності зі збереженням можливості проникнення сперми в жіночі статеві органи (Dvorkin, 1985).

Важливим фактором повноцінного статевого життя є психологічна сумісність, у формуванні якої разом з усвідомленими стосунками й цінностями відіграють роль і неусвідомлювані психічні утворення (установка, ідентифікація образу, еталона тощо). Статева поведінка іноді не співпадає, тому в більшості випадків серед статевих проблем у першу чергу мають місце сексуальні дисгармонії, які не є захворюваннями в повному розумінні цього слова, а являють собою стан передпатології, який за несприятливих обставин може призвести до розвитку функціональних статевих захворювань, тому потребує своєчасної психологічної допомоги.

Причини сексуальних дисгармоній різноманітні. За причинами порушень Е. М. Дворкін виділяє три види дисгармоній: а) фізіологічні – викликані відмінностями в розвитку сексуального збудження у чоловіків і жінок; б) психологічні – неспівпадіння психологічних типів сексуальних партнерів; в) технічні – нереалізовані експектації, відмінності в очікуваннях від сексуальної поведінки.

Сексуальна невідповідність партнерів, як наслідок порушення фізіологічного компонента сексуальної гармонії може спостерігатися за різних соматичних захворювань і порушень статевої функції чоловіка (слабкість ерекції, передчасна еякуляція, зниження або підвищення статевої активності) і жінки (фригідність, вагінізм, геніталгії, запізнений прояв сексуальності), а також в разі запальних захворювань статевих органів і нервово-психічних розладів. У зв'язку з цим велике значення має їх своєчасна діагностика та лікування для профілактики сексуальної дисгармонії. У свою чергу, неможливість вирішення сексуальних проблем може бути однією з причин виникнення невротичної симптоматики та посилення функціональних порушень статевої сфери.

За даними професора Б. В. Михайлова, до розвитку невротичного розладу часто призводять сексуальна дисфункція й сексуальна дисгармонія, на його думку, сексуальна дисфункція є первинною. Однак і невротичний розлад за певних умов – слабкої статевої конституції, неправильної поінформованості в питаннях сексу, сексуально-еротичної й сексуально-поведінкової дезадаптації – може спричинити сексуальну дисфункцію як вторинний феномен (Міхал'юв, 2007).

Взаємозв'язок між сексуальними дисгармоніями і сексуальними дисфункціями дуже тісний, але питання щодо первинності складне і по-різному представлено у наукових працях. Сексуальні дисфункції можуть бути як причинами сексуальних дисгармоній, так і їх наслідками і є проявом соматичних (неврологічних, ендокринних, урологічних, гінекологічних та ін.) захворювань.

В. А. Доморацький вважає, що до психогенних сексуальних дисфункцій належать функціонально-психогенні статеві розлади, що сформувалися за безпосередньої участі психологічних механізмів, які проявляються в якісних або кількісних порушеннях сексуальних функцій чоловіків і жінок, і не пов'язані з органічною патологією (Domoratskiy, 2009).

Психогенні статеві дисфункції мають певні ознаки:

1) провідна роль у їх розвитку належить психотравмувальним впливам та іншим негативним психологічним факторам;

2) відсутність очевидного зв'язку з органічними порушеннями або хворобами;

3) зворотний характер тих чи інших розладів статевої функції.

Психогенні сексуальні дисфункції є результатом системної взаємодії цілої низки несприятливих факторів, здатних призвести до тих чи інших порушень сексуальних реакцій або зниження лібідо в чоловіків і жінок. До них належать різні ситуаційні травми вальні фактори переживання, партнерські проблеми та особистісні особливості суб'єкта. Як правило, у розвитку функціональних порушень психосексуальної сфери в осіб обох статей відіграють роль відразу декілька з вищезазначених причин. В. А. Доморацький підтримує думку Б. В. Михайлова про те, що різні статеві розлади можуть мати невротичну природу.

Зрозуміло, що в реальному житті неможливо уникнути стресових ситуацій, інтрапсихічних конфліктів та інших психогенних факторів, що негативно впливають на психосексуальну сферу людини, тому дедалі більшого значення в лікуванні сексуальних дисгармоній, дисфункцій та пов'язаних з ними психосоматичних захворювань набуває психологічне консультування та психотерапія.

Висновки. Статеві порушення з огляду на особливу особистісну значущість психосексуальної сфери для більшості людей часто призводять до невротичних розладів, депресії, зловживання алкоголем, що ще більше підвищує значення психотерапії в лікуванні таких хворих.

Психотерапія відіграє найважливішу роль у сексологічному лікуванні. В одних випадках вона є видом корекції сексуальних розладів, в інших, пов'язаних з органічною патологією, являє собою один із компонентів комплексного лікування.

Бібліографічні посилання

- Alexander, F. (2011), *Psychosomatic Medicine: Its Principles and Applications*. [Psychosomatycheskaya medicina. Principi i primenienie], Obschegosudarstveny Research Institute, Moscow.
- Vasil'chenko, G. S. et al. (1977), *General psychopathology* [Obschaya psyhopatalogyya], Medicina, Moscow.
- Groisman, A. L. (2002), *Clinical psychology, psychosomatics and psycho prophylaxis* [Klinicheskaya psihologiya, psihosomatika i psihoprofilaktika], Magister-Press, Moscow.
- Dvorkin, E. M. (1985), *Psychological compatibility of married couple (sexual disharmony)* [Psihologicheskaya sovmetimost supruzeskoy pary], V. E. Rozhnova (Ed.), 3rd ed., Medicina, Tashkent.
- Domoratskiy, V. A. (2009), *Medical sexology and sexual disorders psychotherapy* [Medicinskaya secsologiya i psihoterapiya seksualnyh rasstroystv], Academic project, Moscow.
- Dysa, O. V. Good health: Psychological view on the problem of keeping health [Psihologichniy poglyad na problemu zberegennya zdorov'ya] // *Visnyk Kamyanets-Podolskogo Natsyonalnogo Universitetu imeni Ogienka*. – *Kamenets-Podolsky National University Bulletin*, No. 6, pp. 92-99.
- Ivanov, N. V. (1966), *Psychotherapeutic issues for functional sexual disorders* [Psihoterapevticheskie voprosy funktsionalnih seksualnih rasstroystv], Medicina, Moscow.
- Matlasevich, O. V. (2009) Married couple sexual disfunction in relationships and emotional experience [Seksual`ni disfunkczii v perezhivannyah i stosunkah podruznoi pary], *Naukovi zapyski Natsional`nogo universitetu Ostroz`koi*

- akademii. Seriya "Psychologiya i pedagogika" – Issues of National University of Ostrog Academy. Series "Psychology and Pedagogics", No. 13, pp. 295-304.*
- Menegetti, A. (2009), *Psychosomatics [Psihosomatika]*, Ontopsihologiya, Moscow.
- Mikhailov, B. V. (2007), "Sexual disfunction caused by nervous disorder" ["Seksualni porushennya zumovleni nevrotichnimi rozladami"], *Medichna gazeta «Zdorovya Ukrainy» - Medical paper "The health of Ukraine", No. 23/1, pp. 55-56.*
- Pezeshkian, N. (2006), *Psychosomatics and positive psychotherapy [Psihosomatika i pozitivnaya psihoterapiya]*, Institut pozitivnoj psihoterapii, Moscow.
- Rogov, E. I. (1995), *Manual for the practical psychologist: tutorial [Nastol'naya kniga prakticheskogo psihologa v obrazovanii: uchebnoe posobsobie]*, Vlados, Moscow.
- Rotenberg, V. S. Korosteleva, I. S. (1988), "Psychological stress resistance mechanism in the norm and under psychosomatic diseases" ["Psihologicheskie mehanizmy stressoustoichivosti v norme i pri psihosomaticheskikh zabolevaniyah"], *Psihiatricheskaya endokrinologiya – Psychiatric Endocrinology, No. 1, pp. 111-112.*
- Rottenberg, V. S. (1989), "Educational problems in view of psychosomatic paradigm" ["Problemy vospitaniya v svete psihosomaticheskoy paradigmy"], *Voprosy Psihologii – The Issues of Psychology, No. 6, pp. 22-26.*
- Psychotherapeutic Guidance [Rukovodstvo po psihoterapii] (1985), V. E. Rozhnova Ed.), 3rd ed., Medicina, Tashkent.*
- Shatenshtejn, A. A. (1984), *Psychophysiological interrelations when different somatic diseases and their regional features [Psihofiziologicheskie sootnosheniya pri razlichnyh somaticheskikh zabolevaniyah i ih regionalnye osobennosti]*, thesis of Dissertation for the Candidacy in Medical Sciences, Moscow Ivan Sechenov Medical Institute, Moscow.
- LeVay, S. Valente, S. (2003), *Human sexuality*, Sinauer Associates, Inc., USA.
- Надійшла до редколегії 25.05.2014*

УДК 159.955.4

Н. Ю. Жук

Дніпропетровський національний університет імені Олеся Гончара

МОЖЛИВОСТІ ПОПЕРЕДЖЕННЯ МОВНОЇ ТРИВОЖНОСТІ У СТУДЕНТІВ, ЯКІ ВИВЧАЮТЬ ІНОЗЕМНУ МОВУ ЗА ДОПОМОГОЮ КОМУНІКАТИВНОГО МЕТОДУ НАВЧАННЯ

Анотація. Розглянуто теоретичне та емпіричне обґрунтування можливості застосування комунікативного методу навчання для попередження мовної тривожності у студентів, які вивчають іноземну мову. Проаналізовано особистісні та організаційно-педагогічні чинники, що зумовлюють виникнення мовної тривожності. Досліджено рівень розвитку мовної тривожності, набутих особистісних характеристик, що її спричиняють, рівень інтелекту та мовних здібностей у студентів, які навчаються за комунікативним та традиційними методами.

Ключові слова: мовна тривожність, інтолерантність до невизначеності, публічне самоусвідомлення, комунікативний метод навчання.

Аннотация. Рассмотрены личностные и организационно-педагогические причины возникновения языковой тревожности, особое внимание уделено факторам интолерантности к неопределенности, публичного самоосознания и разности механизмов построения усного высказывания на родном языке и языке, который изучается. Выявлены значимые отличия между уровнем развития языковой тревожности и приобретенных личностных