

УДК 614:159.923

ОСОБИСТІСНІ ОСОБЛИВОСТІ ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ

Шевченко Н.Ф., д. психол. н., професор,
завідувач кафедри педагогіки та психології освітньої діяльності
Запорізький національний університет

Матеріал статті висвітлює специфіку особистісних особливостей хворих на гіпертонічну хворобу. Гіпертонія розглядається як хронічне захворювання. Проаналізовано причини її виникнення, подано клінічну картину. Описано особистісні особливості, притаманні хворим на гіпертонічну хворобу, відображено вплив особливостей перебігу гіпертонії на особистісні зміни у хворих.

Ключові слова: гіпертонічна хвороба, гіпертонія, артеріальна гіпертензія, есенціальна гіпертонія, клінічна картина гіпертонічної хвороби, психосоматичне захворювання.

Материал статьи освещает специфику личностных особенностей больных гипертонической болезнью. Гипертония рассматривается как хроническое заболевание. Проанализированы причины его возникновения, дана клиническая картина. Описаны личностные особенности, свойственные больным гипертонической болезнью, отражено влияние особенностей течения гипертонии на личностные изменения у больных.

Ключевые слова: гипертоническая болезнь, гипертония, артериальная гипертензия, эссенциальная гипертония, клиническая картина гипертонической болезни, психосоматические заболевания.

Shevchenko N.F. PERSONALITY FEATURES OF HYPERTENSION PATIENTS

Material of the article illustrates the specifics of personality features of hypertension patients. Hypertension has been considered as a chronic disease. The reasons for its occurrence have been analyzed, clinical characteristics have been given. Personal features that typical for patients with hypertension have been presented, the effect of hypertension features on the patients' personality changes has been describes.

Key words: hypertension, high blood pressure, essential hypertension, clinical characteristics of hypertension, psychosomatic disease.

Постановка проблеми. Гіпертонічна хвороба (далі – ГХ) посідає одне з перших місць серед загальної захворюваності (рубрикація МКХ-10: I10). Кількість хворих і смертність від неї зростає з кожним роком. На думку лікарів, медикаментозна гіпотензивна терапія може знизити кількість ускладнень ГХ і смертність від неї. Проте водночас важливі психологічні проблеми її виникнення, розвитку та хроніфікування підвищеного кров'яного тиску залишаються невирішеними. Завдяки розширенню медико-психологічних досліджень та психосоматичних концепцій лікарям вдасться краще зрозуміти чинники, які зумовлюють виникнення хвороби, та оптимізувати методи лікування.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Вивченням різних аспектів особистісних особливостей хворих на ГХ займалися такі представники сучасної психосоматичної медицини та психології, як Ф. Александер, В. Бройтигам, В.Т. Волков, Ю.Г. Зубарев, О.В. Караваєва, А.В. Квасенко, П. Крістіан, К. Ледерах-Гофманн, Ш. Селесник, Г.В. Старшенбаум, А.К. Стреліс, Ф.Ф. Тетєнев, Ю.Ю. Єлісеєв. Однак у працях науковців не представлено цілісної характеристики особистості хворого на гіпертонію, яка ґрунтувалася б на клінічних особливостях пере-

бігу ГХ та охоплювала погляди дослідників різних наукових напрямів.

Постановка завдання. Мета статті полягає у вивченні особистісних особливостей, які дали б можливість цілісно характеризувати особистість хворого на гіпертонічну хворобу.

Виклад основного матеріалу дослідження. Визначаючи й характеризуючи гіпертонічну хворобу, зауважимо, що насамперед це патологічний стан, за якого підвищений артеріальний тиск (артеріальна гіпертензія) обумовлений не природними реакціями організму на ті або інші фізіологічні ситуації, а є наслідком розбалансування систем, які регулюють артеріальний тиск. ГХ є захворюванням серцево-судинної системи, яке обумовлене психічною травматизацією й перенапруженням центральної нервової системи. Підвищеним вважається артеріальний тиск вище 160/95 мм рт. ст., за якого можуть виникати головні болі в ділянці потилиці та в очних яблуках, нудота, порушення зору, серцебиття тощо [12].

У медичній літературі можна зустріти такі терміни, як гіпертонія, гіпертензія, артеріальна гіпертензія, які є синонімами. Так називається підвищення артеріального тиску, який може бути проявом великої групи захворювань.



Всесвітня організація охорони здоров'я та Міжнародне товариство з гіпертензії визнали за доцільне класифікувати артеріальну гіпертензію залежно від рівня артеріального тиску, ураження органів-мішеней, причин виникнення гіпертензії.

Вказується, що гіпертензія буває двох видів: первинна і вторинна.

Первинною артеріальною гіпертензією (гіпертонією) називають підвищення кров'яного тиску лише при ГХ. Проте 5% усіх хворих страждають на так звану вторинну артеріальну гіпертензію. Вторинна артеріальна або симптоматична гіпертензія (гіпертонія) не пов'язана з ГХ, а викликана іншими причинами. Вторинна гіпертензія є симптомом інших захворювань, наприклад, запалення нирок або ураження ниркових судин.

На відміну від вторинних гіпертензій, первинна (ессенціальна) гіпертонія більш відома під назвою гіпертонічної хвороби (ми надалі користуватимемося цим терміном або просто терміном «гіпертонія»), є самостійним хронічним захворюванням.

Ще в 40-ві роки ХХ століття, спираючись на вчення І.П. Павлова щодо регулюючої ролі кори великих півкуль та експериментальних неврозів, Г.Ф. Ланг розглядав ГХ як прояв функціональних змін, які приводять до анатомічних, структурних проявів патології. Автором було сформульовано такі тези:

1) ГХ виникає як невроз вищих нервових центрів нейрогуморального регулюючого артеріального тиску апарату;

2) цей невроз є проявом застійності подразнюючих процесів у відповідних нервових центрах гіпоталамічної області або кори великих півкуль;

3) застійність подразнюючих процесів у цих центрах розвивається під впливом загальмованих негативних емоцій та афектів.

Ця теорія багато в чому пояснює той факт, що ГХ виникає частіше в людей надто емоційних, які переживають навіть через невеликі неприємності, а також у тих, чия робота пов'язана з постійною емоційною напругою (бізнесменів, хірургів, диспетчерів, водіїв транспорту та інших). Таким чином, розвитку хвороби сприяє не лише наявність природженої реакції людини на стрес у формі підвищення артеріального тиску, а й постійна дія цього стресу. Із часом організм починає поступово звикати до підвищеного артеріального тиску. Виникають ураження судин і серця, які вже поза стресом починають створювати постійно підвищений артеріальний тиск.

Ситуацію, що призводить до виникнення ГХ, як і чітко датований період початку хвороби, вказати неможливо, проте існує положення, що початковими точками хвороби

є внутрішні конфлікти особистості, тривала напруга в ситуаціях очікування та пригнічення емоцій. І.Г. Малкіна-Пих подає опис тих ситуацій, що призводять до ГХ: «Провокуючими ситуаціями часто бувають тривалі стани страху, брак часу й зростаюча напруга. Крім того, описуються ситуації, в яких є можливість розрядки ворожості й агресивності, проте цього не відбувається через гальмування або педантичність» [7, с. 734].

Як свідчить дослідження В.В. Ніколаєвої, під час виокремлення особистісних чинників, які відіграють провідну роль у походженні й розвитку ГХ, зарубіжні психосоматологи дотримуються психоаналітичної парадигми концепцій істеричної конверсії та еквівалентів нападів тривоги З. Фрейда, а вітчизняні науковці переважно схилиються до теорії нервізму І.П. Павлова й С.П. Боткіна та діалектики матеріалістичного розуміння особистості, представленої в працях В.Ф. Бассіна, М.С. Лебединського, Г.Х. Шингарова [9].

Клінічна картина ГХ залежить від стадій її розвитку. Для першої стадії характерне короточасне підвищення кров'яного тиску, що виникає зазвичай після перевтоми або нервового перенапруження. Кров'яний тиск швидко нормалізується без застосування спеціальних лікарських засобів під впливом відпочинку або заспокійливих (седативних) препаратів. У цей період хворі скаржаться на підвищену нервову збудливість, головний біль, запаморочення, серцебиття. Відмічається незначне збільшення серця, іноді систолічний шум на його верхівці.

Другу стадію розділяють на дві фази. Для першої фази (лабільна гіпертонія) характерні коливання рівня кров'яного тиску від незначного підвищення до високих показників. До цієї фази відносять захворювання, коли кров'яний тиск знижується в умовах спокою застосуванням звичайних заспокійливих засобів. У другій фазі (стабільна гіпертонія) кров'яний тиск стійко встановлюється на високих показниках. Крім характерних для ГХ симптомів (шуму у вухах, запаморочень, головного болю, серцебиття), можуть з'являтися ознаки серцевої недостатності (задишка, набряки, тахікардія, аритмія) та коронарної недостатності (болі за грудиною та в області серця), розвиток інфаркту міокарда.

Третя стадія характеризується розвитком артеріосклерозу з ураженням нирок, серця й судин мозку на тлі високої й стійкої гіпертонії. На цій стадії можливий розвиток ниркової недостатності, рубцюватих змін у міокарді, порушення кровопостачання в мозку.

У перебігу ГХ виділяють так званий гіпертонічний криз, який є короточасним загостренням хвороби. Для нього є характерним

раптове різке підвищення кров'яного тиску, яке супроводжується головним болем, запамороченнями, блювотою, тахікардією, ознобом, іноді виникають порушення зору. За гіпертонічного кризи можливе порушення коронарного й мозкового кровообігу (інфаркт міокарда, інсульт).

ГХ, як і будь-яке хронічне захворювання, належить до тих факторів, які впливають на зміну психічного стану людини, її ставлення до навколишнього середовища, на зміну структури її самооцінки. У ситуації хвороби на основі сукупності відчуттів, уявлень і переживань, пов'язаних із фізичним станом, людина формує своє власне ставлення до нових обставин життя та до самої себе в цих обставинах, тобто внутрішню картину хвороби. При цьому мають важливе значення як об'єктивні умови життя хворого (соціальні умови, об'єктивна тяжкість захворювання, його об'єктивний прогноз, ступінь вітальної загрози тощо), суб'єктивний контекст (увесь комплекс преморбідних особливостей особистості), так і сукупність ситуаційних особливостей, куди належить і вся ситуація лікування (тяжкість і тривалість лікувальних процедур, ступінь залежності хворого від медичної апаратури, зміст і стиль взаємин хворого з медичними працівниками, тривалість стаціонарного лікування) [14].

Безумовно, особистісні особливості хворих на гіпертонію мають певну специфіку, яка залежить від ураженого органа, що спричиняє підвищення артеріального тиску (серцево-судинна система, головний мозок, нирки, сітківка) та стадії захворювання: першої (легкої), другої (помірної), третьої (тяжкої).

До особистісних особливостей, які найчастіше в різних комбінаціях зустрічаються практично за всіх психосоматичних розладів (перша стадія ГХ – есенціальна гіпертонія – є однією із семи класичних психосоматичних захворювань), належать замкнутість, стриманість, недовірливість, тривожність, чутливість, схильність до легкого виникнення фрустрацій, переважання негативних емоцій над позитивними, невисокий рівень інтелектуального функціонування в поєднанні з вираженою нормативністю (гіперсоціальністю) та установкою на досягнення високих результатів.

Представники зарубіжної психосоматичної медицини Ф. Александер і Ш. Селесник наголошують, що під час ГХ найпомітнішими штрихами психологічного портрету особистості є пригнічення вільного вираження неприязні, що відчувається щодо інших людей, через бажання бути коханим. Такі пацієнти схожі на вируючий, проте замкнений вулкан, заповнений ворожими й неприязними емоціями, що не мають виходу. У юності такі

люди могли бути забіяками. Проте з віком вони помічають, що відштовхують від себе людей своєю агресивністю, тому пригнічують свої неприязні емоції [2].

Ф. Александер вказує, що гіпертоніки характеризуються сексуальною загальмованістю. Коли вони дозволяють собі будь-які «заборонені» сексуальні відносини, це пов'язано в них із сильною тривожністю та почуттям провини, оскільки для них неконвенціональна сексуальна активність є проявом протесту й бунту. Під час аналізу таких особистостей виокремлюється специфічний конфлікт між пасивними залежними (фемінними) тенденціями та компенсаторними агресивними імпульсами. Чим більше вони поступаються своїм залежним тенденціям, тим сильнішою стає їх агресивність щодо тих, кому вони скоряються. На думку автора, агресивність створює страх у хворого й надає йому можливість відійти від конкуренції до пасивної залежної установки. Ця установка викликає почуття неповноцінності та агресію, замикаючи порочне коло. Протилежні тенденції – агресія та підкорення – одночасно стимулюють і блокують одна одну, створюючи таким чином емоційний параліч у хворих на ГХ [1].

В. Бройтигам та співавтори вказують, що хоча єдиної особистісної структури хворих на ГХ не розроблено, існують певні риси особистості, що повторюються. Гіпертоніки описуються як люди працелюбні, обов'язкові, товариські, з великим відчуттям відповідальності. У зв'язку із цим у них виникають внутрішні й зовнішні конфлікти, від яких вони не можуть емоційно відсторонитися. У своїй специфічній установці на скромність вони відмовляються від власних потреб на користь інших, бажаючи отримати від них схвалення та не провокувати агресію чи неприязнь. Саме ці ознаки, що описуються незалежно різними дослідниками як готовність допомогти, сором'язливість, хронічно пригнічена агресивність, і складають маніфестні властивості особистості, які мають велике значення для формування характерних реакцій пригнічення потреб, що сприймаються як небезпечні [3].

К. Ледерах-Гофманн та інші науковці, які дотримуються біхевіоральної парадигми, досліджуючи конфліктну поведінку в сім'ях, звернули увагу на безпосередній зв'язок виникнення ГХ з наявністю гіпертензивного батька. Вони сформулювали гіпотезу, що структура особистості члена сім'ї, наприклад, конфліктно-агресивний імпульс – залежність гіпертоніка, стосується поведінки взаємодії сім'ї в цілому. На думку автора, у кожній родині між батьком і дітьми формуються правила, за якими регулюються



конфлікти. У батька-гіпертоніка діти вчать менш ефективним можливостям перенесення й вирішення конфліктів, про що свідчить перевага в цих сім'ях негативно-невербальної комунікації (наприклад, не давати відповідь, відвертати голову, уникати контакту поглядами). Зазначається, що сімейна взаємодія характеризується своєрідною забороною на мовлення або комунікацією в невербальній сфері. Внаслідок цього переважає активність, що приймає, спостерігає, контролює, стримує вияви, натомість активність, яка віддає, повідомляє, бере участь, з'являється рідко. Отже, обмежене сприйняття конфлікту та стресу, уникнення конфлікту корелює з появою підвищеного кров'яного тиску. Тобто це типи поведінки, які діти засвоюють у процесі соціалізації в сім'ї від батька-гіпертоніка. Крім того, як вказує автор, профіль особистості у хворих на ГХ характеризується такими рисами, як перфекціонізм і хронічний внутрішньоособистісний конфлікт агресивних імпульсів і залежності від значущого іншого. Поєднання цих рис приводить до підвищеної готовності до психосоматичного реагування, особливо за необхідності адаптуватися до зміни життєвого стереотипу [11].

Науковці радянського й пострадянського періоду також вивчали особистісні особливості хворих на ГХ. Згідно з думкою А.В. Квасенко і Ю.Г. Зубарева, на початковій стадії ГХ більшість хворих адекватно оцінює стан свого здоров'я, правильно розуміє рекомендації лікаря. Частина хворих із тривожно-недовірливими рисами в преморбіді підвищення кров'яного тиску вже сприймають як трагедію, катастрофу. Настрій залишається пригніченим, увага зосереджується на больових відчуттях, коло інтересів обмежується хворобою. У другій групі хворих діагноз ГХ не викликає ніякої реакції, вони ігнорують хворобу, відмовляються від лікування. Таке ставлення до хвороби притаманне, зокрема, людям, що зловживають алкоголем [5, с. 84].

Психосоматологи зазначають, що пацієнти, які тривалий час хворіють на ГХ, можуть звикнути до неї та ігнорувати необхідність її лікування. Прогресування захворювання може призвести до виникнення астеничного симптомокомплексу, що попереджує органічні зміни психічної діяльності. Астенія супроводжується вираженою тривожністю та переоцінкою тяжкості хвороби. Якщо на першій стадії хвороби гостро виражена афективна нестійкість і почуття власної неповноцінності, то у випадках повільно наростаючої гіпертонії можна помітити іпохондричну наляштованість [10].

Вивчаючи особливості хворих на ГХ, В.Д. Тополянський і М.В. Струковська зазна-

чають, що навіть на ініціальної стадії захворювання мають місце порушення психічної сфери з підвищеною дратівливістю й особливою чутливістю до певних зовнішніх оцінок, які є афективно значимими для хворих. Характерною є також швидка втомлюваність і зниження працездатності, порушення сну та схильність до вазоконстрикторних реакцій, чітко виявляються різні дратівники. Автори констатують, що дані спеціальних психологічних досліджень свідчать про перевагу в цих хворих (нерідко ще в преморбідному періоді) егоцентричної регуляції емоційної діяльності та поведінки. Багатьом хворим притаманна переважно «споживча» поведінка, спрямована на задоволення лише власних інтересів. Водночас ці хворі відрізняються значно більшою пасивністю в досягненні своїх цілей і нижчим (порівняно зі здоровими особами) ступенем самосхвалення. Неможливість активно реалізувати багато своїх претензій і необхідність постійно контролювати свою поведінку відповідно до вимог суспільства стають постійним джерелом емоційної напруги хворого [13, с. 130].

Вивчаючи особливості особистісних змін у хворих на ГХ, В.Т. Волков та співавтори встановили домінування в структурі психічних порушень іпохондричного й тривожно-депресивного синдромів, тоді як інші психопатологічні синдроми зустрічалися досить рідко. Також у психічному статусі було встановлено внутрішню тривогу за стан здоров'я, напругу, роздратованість, схильність до «відходу в хворобу», невпевненість у власних силах та численну кількість соматичних скарг [6, с. 159].

Ю.Ю. Єлісеєв зазначає, що пацієнтам, хворим на ГХ, притаманні такі неврастеничні симптоми, як немотивована дратівливість, поганий настрій, тривожний сон, іноді зі страхітливими сновидіннями, плаксивість, швидка втома [4].

В.Д. Менделевич вказує на те, що пригнічення негативних емоцій у людини в період стресу супроводжується природним підвищенням артеріального тиску, що погіршує загальний стан людини та призводить до розвитку інсульту [8].

На думку В.Ф. Простомолотова, хворі, у яких спостерігається емоційно нестійкий розлад особистості (рубрикація МКХ-10: F60.3), котрий характеризується постійною напруженістю, авторитарністю, імпульсивністю, зосередженістю на накопиченні афектів і конфліктів, у більшості випадків страждають від ГХ з високим рівнем артеріального тиску, частими кризами, порушеннями мозкового кровообігу [10].

Надаючи опис стадій перебігу ГХ та особистісних змін, до яких вона призводить,

Г.В. Старшенбаум зазначає, що початок захворювання проходить непомітно й виявляється у вигляді періодичних станів запаморочення, ослаблення психічних і фізичних можливостей, нападів головного болю. Підвищення артеріального тиску частіше виявляється за випадкового вимірювання, проте хворі за наявності високих показників та відсутності гіпертонічних криз відмовляються від серйозного тривалого лікування. У разі відмови від послуг лікарів і медикаментозної гіпотензивної терапії у хворих на гіпертензію спостерігається астенія, розвивається тривожно-тужливий настрій, істероформні вегетативні або дисфоричні напади, сенесто-іпохондричний синдром і судинна депресія.

На подальших стадіях перебігу захворювання, як зазначає автор, формується психорганічний синдром, який характеризується погіршенням пам'яті й кмітливості, творчих здібностей і працездатності. З'являються параноїдальні тенденції: хворі приписують тим, хто їх оточує, упереджене, недоброзичливе ставлення до себе, вбачають злий намір у поведінці товаришів. На пізніх стадіях ГХ з'являються органічні зміни в судинах головного мозку, серця, нирок, які призводять до інсульту або інфаркту [12].

Висновки. Результати вивчення особистісних особливостей хворих на ГХ відкривають перед медичною психологією новий простір дослідження наведеної проблеми, оскільки є важливими для лікування цієї категорії хворих у комплексі медикаментозної терапії та психокорекції. Аналіз досліджень дає можливість констатувати, що в концепціях науковців біхевіорального напрямку особистість хворого характеризується ознаками перфекціонізму, відповідальності, обов'язковості, відчуженості від конфліктних ситуацій, проте ці властивості особистості є маніфестними формами захисту від власних пригнічених агресивних спонукань. Згідно з концепціями психоаналітичного напрямку хворі на ГХ, окрім вираженої сексуальної загальмованості, мають внутрішньоособистісні конфлікти, суть яких полягає в тому, що яскраво виражена агресивність, пов'язана зі страхом, не знаходить емоційної розрядки, пригнічується через педантичність, почуття неповноцінності, підкорення, знаходячись у хронічній ситуації наростаючої напруги, призводить у подальшому житті до цієї хвороби.

Представники української та російської медичної психології доповнюють перелік особистісних особливостей хворих на ГХ такими ознаками, як емоційна лабільність та істероїдність, інтровертированість, зосередженість до накопичення афектів і конфліктів, немотивована роздратованість. За їхніми даними, у хворих спостерігається анозогно-

зична реакція на хворобу, яка пов'язана зі зловживанням алкоголем, і схильність до «уходу у хворобу». Крім цього, гіпертонічна хвороба викликає такі суттєві особистісні зміни, як тривожно-депресивна налаштованість, сенесто-іпохондричний синдром, астенія, параноїдальність, дисфоричні напади, поганий настрій, погіршення кмітливості та працездатності. Перспективним напрямом розвитку наукової проблематики надалі вбачається емпіричне дослідження типу ставлення до хвороби в пацієнтів із різними стадіями ГХ.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Александр Ф. Психосоматическая медицина: Принципы и практическое применение / Ф. Александр ; пер. с англ. С. Могилевского. – М. : ЭКСМО-Пресс, 2002. – 352 с.
2. Александр Ф. Человек и его душа: познание и врачевание от древности до наших дней / Ф. Александр, Ш. Селесник ; пер. с англ. И.С. Козырева. – М. : Прогресс – Культура ; Яхтсмен, 1995. – 608 с.
3. Бройтигам В. Психосоматическая медицина : [краткий учебник] / В. Бройтигам, П. Кристиан, М. Рад ; пер с нем. Г.А. Обухова, А.В. Бруенка ; предисл. В.Г. Остроглазова. – М. : ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1999. – 376 с.
4. Елисеев Ю.Ю. Психосоматические заболевания : [справочник] / Ю.Ю. Елисеев. – М. : АСТ, 2003. – 584 с.
5. Квасенко А.В. Психология больного / А.В. Квасенко, Ю.Г. Зубарев. – Л. : Медицина, 1980. – 183 с.
6. Личность пациента и болезнь / В.Т. Волков, А.К. Стрелис, Е.В. Караваева, Ф.Ф. Тетерев. – Томск : Сибирский мед. ун-т, 1995. – 328 с.
7. Малкина-Пых И.Г. Психосоматика. справочник практического психолога / И.Г. Малкина-Пых. – М. : Эксмо, 2005. – 992 с.
8. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология. Практическое руководство / В.Д. Менделевич. – 4-е изд. – М. : МЕДпресс-информ, 2002. – 592 с.
9. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику / В.В. Николаева. – М. : Московский ун-т, 1987. – 168 с.
10. Простомолотов В.Ф. Психосоматические расстройства (клиника, патогенез, терапия, профилактика): руководство для психологов и врачей / В.Ф. Простомолотов. – О. : КП ОГТ, 2007. – 296 с.
11. Психосоматичний хворий на прийомі у лікаря: [монографія] / Б. Любан-Плоцца, В. Пельдингер, Ф. Крегер, К. Ледерах-Гофманн ; пер. з 6-го перероб. і доп. нім. вид. Н.Г. Голубева та ін. – К. : АДЕФ-Україна, 1997. – 328 с.
12. Старшенбаум Г.В. Психосоматика и психотерапия: исцеление души и тела / Г.В. Старшенбаум. – М. : Изд-во Ин-та психотерапии, 2005. – 496 с.
13. Тополянский В.Д. Психосоматические расстройства / В.Д. Тополянский, М.В. Струковская. – М. : Медицина, 1986. – 384 с.
14. Шевченко Н.Ф. Формування особистісних реакцій на хворобу у соматично хворих / Н.Ф. Шевченко // Проблеми загальної та педагогічної психології : зб. наук. праць інституту психології ім. Г.С. Костюка АПН України. – К., 1999. – С. 37–39.