МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕН. І.І. МЕЧНИКОВА
ФАКУЛЬТЕТ ПСИХОЛОГІЇ ТА СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ
Кафедра загальної психології і психологічного консультування

**Кваліфікаційна робота**
**на здобуття ступеня вищої освіти «бакалавр»**

# Оптимізм як складова ресурсної сфери людини

# Optimism as a Component of the Human Resource Sphere

Виконала здобувачка денної форми навчання
спеціальність 053 Психологія
освітня програма Психологія
**Амеліна Ксенія Іллівна**
Керівник доктор психологічних наук, професор Кіреєва З.О.
Рецензент професор, доктор психологічних наук, Чернявська Т.П.

Рекомендовано до захисту:
Протокол засідання кафедри
№ 9 від 6.05.2026р.
Завідувач кафедри
_____ __Кіреєва З.О.
(підпис) (ПІП)

Захищено на засіданні ЕК № _
протокол № _ від _____2026 р.
Оцінка_____/___/_____
(за національною шкалою, шкалою ECTS, бали)
Голова ДЕК
_____ _____
(підпис) (ПІП)

Одеса – 2026

ЗМІСТ

ВСТУП .....3

**РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ФЕНОМЕНУ ОПТИМІЗМУ……..6**

1.1. Континуум оптимізм -песимізм у сучасній психологічній науці….6

1.2.Оптимістичні й песимістичні упередження й їх вплив на виникнення хвороби…….17

1.3.Особливості осіб з серцево-судинними захворюваннями…….24

ВИСНОВКИ ДО ПЕРШОГО РОЗДІЛУ……27

**РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ОПТИМІЗМУ ЯК СКЛАДОВОЇ РЕСУРСНОЇ СФЕРИ ЛЮДИНИ……30**

2.1. Організація дослідження: етапи, вибірка і методичний інструментарій…30

2.2. Результати дослідження особливостей оптимізму як складової ресурсної сфери людини……..33

2.3. Взаємозв’язок між оптимізмом й іншими психологічними ресурсами…..40

ВИСНОВКИ ДО ДРУГОГО РОЗДІЛУ……44

**ВИСНОВКИ**….....**48**

**СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ** ..... 51

# ВСТУП

**Актуальність дослідження**. Серцево-судинні захворювання є провідною причиною смертності у світі та в Україні. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, щороку від серцево-судинних хвороб помирає близько 18 мільйонів людей у світі. В Україні ці захворювання також посідають перше місце серед причин смертності населення. Зокрема, щороку понад 820 тисячам українців діагностують ішемічну хворобу серця.

Особи із серцево-судинними захворюваннями змушені адаптуватися до життя з хронічною хворобою, однак її перебіг часто супроводжується зниженням якості життя, обмеженням фізичної активності, емоційним напруженням і підвищеним рівнем тривожності. У зв'язку з цим особливого значення набувають психологічні ресурси особистості, які сприяють підтриманню психоемоційного благополуччя та ефективній адаптації до захворювання. Одним із важливих психологічних ресурсів є оптимізм, який в дослідженнях розглядається як важливий ресурс, що впливає не лише на професійну та академічну успішність, а й на загальне самопочуття та фізичний стан людини.

Витоки наукового вивчення оптимізму пов'язані з працями філософів і психологів, які розглядали питання людського світогляду, віри в майбутнє та здатності долати труднощі. Значний внесок у розвиток цієї проблематики зробили представники позитивної психології та дослідники особистісних ресурсів. Водночас ідеї, близькі до сучасного розуміння оптимізму, зустрічаються й у працях вітчизняних учених. Зокрема, І. І. Мечников, який працював у Новоросійському університеті (Одеса), у своїх наукових роздумах звертався до проблеми гармонії життя, ролі позитивного світосприйняття та прагнення людини до довголіття. Його ідеї можна розглядати як важливий передумовний етап у формуванні наукового інтересу до оптимізму як психологічного та життєвого феномену.

Останні наукові дані свідчать про наявність зв’язку між позитивним світоглядом і нижчим ризиком розвитку серцево-судинних захворювань. Зокрема, в осіб із більш оптимістичним налаштуванням частіше спостерігаються здоровіші поведінкові практики — дотримання збалансованого харчування, регулярна фізична активність та відмова від шкідливих звичок. Крім того, дослідження підкреслюють, що не лише високий рівень оптимізму, а й зниження песимістичних установок може позитивно впливати на серцево-судинний ризик. Це дає підстави розглядати оптимізм як значущий психологічний фактор профілактики захворювань та підтримки загального рівня здоров’я й якості життя, тому тема роботи є актуальною.

**Мета дослідження:** теоретико - емпіричним шляхом встановити особливості оптимізму як складової ресурсної сфери осіб з сердцево-судинними захворюваннями.

**Задачі дослідження:**

1. Провести теоретичний аналіз феномену оптимізму, його зв’язку з упередженнями й хворобами
2. Теоретично проаналізувати особливості хворих на серцево - судинні захворювання (ССЗ).
3. Дослідити й порівняти особливості прояву оптимізму й його зв’язки з іншими ресурсами у умовно-здорових й жінок з ознаками ССЗ.

**Об’єкт дослідження** — феномен оптимізму

**Предмет дослідження** — особливості оптимізму як складової ресурсної сфери людини з серцево - судинними захворюваннями.

**Методи дослідження.** З метою розв’язання дослідницьких задач в роботі використані:

- теоретичні методи (проблемно-логічний метод, індукція, абстрагування, узагальнення, систематизація);

- методи психологічної діагностики та методи математичної обробки даних (описова статистика, критерій U- Манна - Вітні). Розрахунки

виконувалися з використанням пакету прикладних комп'ютерних програм універсальної обробки табличних даних Microsoft Excel XP і пакету статистичного аналізу SPSS for Windows v 22.0).

**Метод психологічної діагностики містив** наступні методики: CD-RISC-10 (в адаптації З. Кіреєвої, О. Односталко, Б. Бірона), Тест на життєву орієнтацію» (LOT), Шкала самооцінки депресії Зунга (Zung Self-Rating Depression Scale, SDS), тест сенсожиттєвих орієнтацій (СЖО), створений на основі методики «Ціль у житті» (Purpose-in-Life Test, PIL) Дж. Крамбо і Л. Махоліка.

В дослідженні взяла участь 30 жінок у віці 26-40 років умовно - здорових й 30 жінок у віці 26-40 років, що мають ознаки серцево-судинних захворювань, що проходили обстеження в клініці ПРОФМЕД, м.Одеса.

**Практична значущість дослідження**. Результати дослідження можуть застосовуватися клінічними психологами у діагностичній і психокорекційній роботі з особами, що хворіють на ССЗ. Узагальнені теоретико-емпіричні результати роботи можуть бути використаними в процесі викладання навчальних курсів «Психологія розвитку» та вибірковій дисципліні «Психологічні ресурси людини».

**Структура роботи** складається зі вступу, двох розділів, висновків та списку використаних джерел (46 найменування, з них – 35 іноземними мовами). Загальний обсяг роботи складає 51 сторінки. Робота містить 6 таблиць.

# РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ФЕНОМЕНУ ОПТИМІЗМУ

## 1.1.Контінуум оптимізм -песимізм у сучасній психологічній науці

Оптимізм і песимізм — очікування позитивного чи негативного майбутнього — це різні способи мислення, які найкраще розглядати не як жорстку дихотомію, а як континуум із безліччю ступенів оптимізму та песимізму. Людина може бути оптимістом у певній сфері життя (наприклад, сподіватися на успіх свого шлюбу чи стосунків), але песимістом щодо інших аспектів (наприклад, очікувати фінансових труднощів у майбутньому). Люди також можуть змінювати свої позиції на континуумі оптимізму-песимізму у міру того, як розгортаються події. Деякі люди, більше ніж інші, мають стійку схильність думати, відчувати та поводитися щодо більшості аспектів свого життя у незбалансований спосіб, схиляючись до однієї з крайнощів на шкалі оптимізму-песимізму; вчені їх називають оптимістами та песимістами. Оптиміст бачить хороше в усьому, зазвичай впевнений у собі та сподівається на краще майбутнє. З точки зору оптиміста світ сповнений потенційних можливостей. Песиміст, навпаки, бачить переважно негативні аспекти у всьому, що його оточує. Думаючи про всі потенційні небезпеки та пастки на шляху, песиміст, ймовірно, має мало надії на майбутнє. Відповідно, песиміст схильний залишатися пасивним, коли стикається з викликом, вірячи, що його зусилля все одно марні.

Як і всі інші людські переживання, ці основні психічні феномени— оптимізм і песимізм — тісно пов’язані з певними фізіологічними процесами. Дані з психології, фізіології, психіатрії та неврології вказують на те, що обидві півкулі головного мозку по-різному беруть участь у формуванні основного життєвого настрою. Песимістичні погляди, як правило, опосередковуються правою півкулею (RH), тоді як оптимістичні настрої опосередковуються переважно лівою півкулею (LH)[23].

Когнітивні механізми оптимізму та песимізму. Оптимізм і песимізм пов'язані з різними способами сприйняття та когнітивними процесами. Основні відмінності полягають у:

а) селективній увазі та обробці інформації;

б) переконанні (або його відсутності) у тому, що людина має здатність впливати на відповідні ситуації, події та стосунки (тобто локус контролю);

в) загальній схемі, за якою людина інтерпретує особисті події (тобто стиль атрибуції).

Селективна обробка інформації. М. Селігман — один з перших, хто пов'язав селективну увагу та інтерпретацію подій зі стилем атрибуції. Він показав, що оптимісти та песимісти по-різному відбирають і обробляють інформацію: оптимісти більше звертають увагу на позитивні події та успіхи, а песимісти — на негативні та невдачі. Т. Бен-Шахар та С. Любомирські — активно вивчали, як оптимізм впливає на селективну увагу та пам'ять. Оптимісти краще запам'ятовують позитивну інформацію і швидше забувають негативну.Ч. Карвер і М. Шейєр[13] — в рамках теорії диспозиційного оптимізму досліджували, як оптимісти та песимісти по-різному інтерпретують неоднозначну інформацію. Оптимісти схильні бачити в (неоднозначних) ситуаціях більше позитивних можливостей.

Е. Хармон-Джонс та інші дослідники когнітивної психології — вивчали селективну увагу (attentional bias) у оптимістів і песимістів. Було доведено, що песимісти мають виражену увагу до негативних стимулів (negativity bias), а оптимісти — до позитивних[цит. за 23].

М. Шейєр та Дж. М. Бейлі також внесли значний внесок у вивчення того, як оптимізм впливає на когнітивні упередження (cognitive biases) при обробці інформації. Якщо скористатися поширеним висловом, оптиміст зосереджує свою увагу на склянці, наповненій наполовину; тобто оптиміст відбирає з навколишнього середовища позитивні/підбадьорливі сигнали та, як правило, фільтрує й ігнорує інформацію, яка не відповідає його оптимістичному

світогляду. Песиміст, як правило, робить саме навпаки. Загалом, увага песиміста зосереджена на склянці, наполовину порожній; тобто песиміст приділяє непропорційно більшу увагу негативним сигналам, водночас схильний забувати позитивні аспекти ситуації. Ця загальноприйнята думка була підтверджена експериментально. Дослідження з використанням технології відстеження руху очей показали, що оптимісти дивляться на негативні/неприємні зображення менше, ніж песимісти [цит. за 23]. Аналогічно, було виявлено, що оптимізм пов'язаний із більшим ухилом уваги до позитивних стимулів порівняно з негативними [цит. за 23].

Каколевски К. Э., Кроусон Дж. Дж. мл., Сьюэлл К. В., Кромвелл Р. Л. продемонстрували, що дві півкулі головного мозку по-різному налаштовані та сприйнятливі до сигналів навколишнього середовища[25]. Ліва півкуля (LH) більше налаштована на позитивні стимули. У дослідженні з розділеним полем зору перевіряли увагу учасників, коли вони дивилися на пари слів, що складалися з позитивного та негативного слова (наприклад, «енергійний» та «невдача»). Коли позитивне слово з’являлося у правому полі зору (RVF), а негативне — у лівому полі зору (LVF), увага учасників значно зміщувалася у бік RVF; однак коли напрямок змінювався, і позитивне слово з’являлося у LVF, а негативне — у RVF, учасники приділяли однакову увагу обом полям зору [25]. Оскільки стимули в ППЗ спочатку обробляються ЛП, і навпаки, ці результати свідчать про те, що ЛП переважно налаштована на позитивну інформацію та перенаправляє увагу людини на неї. Натомість права півкуля (RH) більш чутлива до негативної інформації. На думку Е.Фокс, коли люди, схильні до тривожності, розглядали пари щасливих та переляканих облич, спостерігалося значне зміщення уваги на перелякане обличчя, коли воно з’являлося в лівій зоні зору (LVF), але не в правій зоні зору (RVF) [25], що свідчить про те, що права півкуля приділяє більше уваги негативним емоційним стимулам, ніж позитивним. Марсолек К. Дж., ДеЯнг К. Г., Домански В. С., Дисон Р. Г. [29] показали також, що коли учасники дивилися на слова, що

описували приємні або неприємні риси, та оцінювали, наскільки кожна риса описує їх самих, приємні риси більше сприймалися як такі, що представляють їх самих, коли вони були представлені в RVF (тобто для LH), а неприємні риси більше відкидалися, коли вони з'являлися в LVF [29], що вказує на те, що ліва та права півкулі по-різному налаштовані та сприйнятливі до позитивних та негативних стимулів відповідно.

Така сама латералізація обробки позитивної та негативної інформації характерна й для слухових подразників. Учасники експерименту прослуховували записане повідомлення, в якому наголошувалося на негативних наслідках перебування на сонці без сонцезахисного крему. Повідомлення транслювали через навушники лише в одне вухо — праве або ліве. Аналіз поведінки учасників показав, що група, яка отримала тривожне повідомлення через ліве вухо (тобто праву півкулю), була більше вражена повідомленням і з більшою ймовірністю використовувала сонцезахисні креми на пляжі [30]. Коли увага до позитивної та світлішої сторони життя не приходить природно, її все одно можна досягти завдяки свідомим та усвідомленим зусиллям, і цей процес залучає ліву півкулю. Когнітивна переоцінка часто використовується в психотерапії, де людину навчають змінювати свою точку зору на негативні події, зосереджуючись на позитивних аспектах. У експериментах з функціональної магнітно-резонансної томографії (фМРТ), розроблених для з'ясування ділянок мозку, залучених до цього психічного процесу, учасники переглядали серію негативних фотографій і їх просили переоцінити їх, уявляючи, що ситуація мала кращий результат, ніж той, що натякався. Наприклад, у відповідь на зображення автомобільної аварії учасники могли уявити, що жертви отримали лише незначні травми, вижили та добре одужали. Аналіз мозкової активності показав, що під час спроб учасників застосувати стратегію «позитивного мислення» спостерігалася підвищена фізіологічна активність у ділянках їхньої лівої півкулі [20],[35].

Ліву півкулу пов’язують не лише з тимчасовим оптимістичним психічним станом, а й з оптимізмом як стабільною рисою особистості. Дослідження за допомогою позитронно-емісійної томографії (ПЕТ) показало, що люди, які часто використовують стратегію когнітивної переоцінки та намагаються звертати увагу на позитивні аспекти ситуації, демонструють вищу метаболічну активність у лобовій частині лівої півкулі [26]. Аналогічно, коли здорових учасників просять позначити середину горизонтальної лінії, вони, як правило, помиляються і позначають точку, яка знаходиться дещо ліворуч або праворуч від справжнього центру. Індивідуальні відмінності у напрямку та ступені відхилення можуть слугувати мірою домінантності півкулі. Дрейк Р. А., Ульрих Г. продемонстрували, що систематична тенденція віддавати перевагу лівій стороні простору вказує на домінантність правої півкулі і навпаки. Було показано, що люди, які відхиляються вправо — тобто мають домінантну ліву півкулю — схильні бути більш оптимістичними [17].

Транскраніальна стимуляція постійним струмом (tDCS) та транскраніальна магнітна стимуляція (TMS) — це методи тимчасової стимуляції або впливу на фізіологічну активність у певних ділянках мозку шляхом подачі постійного електричного струму або магнітних імпульсів на потрібну ділянку [44]. У дослідженні, в якому учасники оцінювали серію негативних зображень, tDCS, що посилювала активність у лобових ділянках лівої півкулі, вплинула на їхні оцінки, зробивши їх менш негативними, ніж власні оцінки без стимуляції мозку [36]. Натомість TMS, спрямована на підвищення фізіологічної активності у лобових ділянках правого півкулі (RH), призвела до погіршення здатності учасників ігнорувати негативну інформацію [28].

Разом ці дослідження демонструють існування фундаментальної різниці між двома півкулями: ліва півкуля (LH) сприяє оптимістичному погляду на світ та ігнорує негативні аспекти навколишнього середовища, тоді як права півкуля (RH) сприяє схильності зосереджуватися на тому, що «склянка наполовину

порожня», що веде до очікування похмурого майбутнього. У експерименті з дихотичним прослуховуванням учасники слухали набір інструкцій через навушники або лівим, або правим вухом. Після виконання цього завдання група, яка зосередилася переважно на правому вусі і, отже, використовувала здебільшого свою контралатеральну ліву півкулю, приписувала свої успіхи внутрішнім, стабільним і глобальним причинам, тоді як невдачі пояснювала зовнішніми, нестабільними та конкретними причинами [17]. Це дослідження демонструє, що стиль позитивного мислення та атрибуції, який сприяє оптимістичному погляду на майбутнє, пов'язаний з лівою півкулею. Разом із вищезазначеними доказами, здається, що права та ліва півкулі беруть участь у посередництві різних і протилежних способів мислення.

Локус контролю. Загальне переконання щодо власної здатності чи нездатності контролювати важливі аспекти життя є ключовим елементом, що визначає ставлення людини. Ті, хто вірить, що події в їхньому житті контролюються зовнішніми силами (тобто мають зовнішній локус контролю), вважають себе відносно пасивними суб’єктами. На їхню думку, успіх і досягнення відбуваються переважно завдяки удачі, випадковості, зв’язкам із впливовими людьми чи установами тощо. На їхню думку, ймовірність того, що людина досягне успіху завдяки власним діям та зусиллям, є дуже низькою. Цей фаталістичний погляд лежить в основі песимізму. На противагу цьому, оптимісти сприймають себе як активних суб’єктів, відчувають, що вони є господарями своєї долі (тобто внутрішній локус контролю), і довіряють своїй здатності впливати на оточення, а також на соціальні стосунки [39]. Так само було виявлено, що особи, які сприймають внутрішній локус контролю, демонстрували кращі результати у завданнях на семантичне прийняття рішень, що задіюють ділянки лівої півкулі, тоді як особи, які сприймають зовнішній локус контролю, показували кращі результати у завданнях на візуально-просторову орієнтацію, що задіюють нейронні системи правої півкулі [15]. Ці результати свідчать про те, що сприйняття внутрішнього контролю пов'язане з

лівою півкулею — звідси її перевага у завданнях, пов'язаних з лівою півкулею — і навпаки для сприйняття зовнішнього контролю та правої півкулі. Цей зв'язок між сприйняттям зовнішнього локусу контролю та активацією правої півкулі був пов'язаний з депресивним настроєм [15]. Знову ж таки, не лише фундаментальні переконання людини щодо світу та її стабільні риси особистості й переконання щодо внутрішніх або зовнішніх джерел контролю латералізовані в мозку. Експерименти показали, що маніпулювання сприйняттям своєї здатності або нездатності контролювати конкретну ситуацію призводить до фізіологічних змін у динаміці активації обох півкуль. В одному дослідженні за допомогою електроенцефалографії (ЕЕГ) реєстрували мозкову активність студентів, коли їм транслювали радіоповідомлення про нове рішення університету щодо підвищення плати за навчання. Половині учасників повідомили, що рішення ради є остаточним і підвищення плати за навчання обов'язково відбудеться. Іншу половину переконали, що вони можуть скасувати це рішення, підписавши петицію проти нього. Ця маніпуляція створила групу, яка вірила, що не має контролю над конкретною негативною ситуацією, та іншу групу, яка вірила, що їхні зусилля можуть вплинути на результат. Дані ЕЕГ показали підвищення активності лівої півкулі, вибірково в останній групі [цит за 23]. Декілька досліджень вказують на те, що відчуття внутрішнього локусу контролю пов’язане з активацією лівої півкулі, тоді як зовнішній локус контролю пов’язаний з правою півкулею. Порівняння між епілептичними пацієнтами, у яких напади походять від раптового електричного розряду в правій півкулі, та тими, у кого епілептичні вогнища знаходяться в лівій півкулі, показало, що остання група схильна більше вважати себе безсилою і що їхні успіхи зумовлені зовнішніми чинниками, а не власними зусиллями — це менталітет зовнішнього локусу контролю [цит за 23]. Оскільки у пацієнтів з епілептичними вогнищами в лівій півкулі неушкоджена права півкуля має відносно більший вплив на їхні психічні переживання, ці дослідження вказують на зв'язок між правою півкулею та відчуттям

зовнішнього локусу контролю. Аналогічно, в інших експериментах учасники писали твір про особистий досвід із свого минулого, в якому вони відчували або владу над іншими людьми (тобто ситуацію з внутрішнім локусом контролю), або те, що хтось інший мав владу над ними (тобто зовнішній локус контролю). Це письмове завдання викликало відповідні відчуття владності або безсилля, і вимірювання ЕЕГ у першій групі виявили більшу активність у лівій лобовій корі [цит за 23]. Натомість друга група виявляла більшу схильність розділяти горизонтальні лінії ліворуч від фактичного центру, а також натикатися на праву стіну під час проходження вузьким коридором — це перцептивні упередження, що вказують на домінування правої півкулі [цит за 23]. У сукупності ці дослідження демонструють, що відчуття владності або безсилля у людини пов’язане відповідно з лівою та правою півкулями.

Стилі атрибуції. Основоположником вивчення стилів атрибуції в контексті оптимізму та песимізму вважається М. Селігман. Саме він у 1970–1990-х роках розробив концепцію стилю пояснення подій (explanatory style), яка стала основою розуміння того, як люди пояснюють собі позитивні та негативні події і як це впливає на рівень оптимізму. Разом із Селігманом активно працювали Л. Абрамсон і К. Петерсон[38]. Вони спільно створили реформовану теорію «навченої безпорадності» і розробили найвідоміший інструмент для діагностики — Attributional Style Questionnaire (ASQ). Важливий внесок зробив також Б. Вайнер, який створив базову теорію атрибуції. Він виділив три основні виміри: локус (внутрішній/зовнішній), стабільність (стабільний/нестабільний) та глобальність (глобальний/специфічний). Саме на цій теорії Селігман побудував свою модель оптимізму. Також значний вплив на вивчення оптимізму мали Чарльз Карвер і Майкл Шейєр[13], які розглядали оптимізм більше як стійку особистісну рису (dispositional optimism), а не лише як стиль атрибуції.

Отже, ще одна відмінність між оптимістом і песимістом полягає в їхньому способі інтерпретації важливих подій у житті (тобто стилі атрибуції),

що має значний вплив на їхнє загальне ставлення до світу. Приписування невдалих результатів внутрішнім, стабільним і глобальним чинникам (наприклад, «Я некомпетентний і завжди зазнаю невдачі у всьому, що роблю») призводить до песимістичного світогляду, оскільки ці чинники знаходяться поза межами контролю людини. І навпаки, приписування результату зовнішнім, тимчасовим та локальним причинам (наприклад, ситуація була дуже складною та безвихідною, тому ця конкретна спроба не була дуже успішною) дає змогу сподіватися на кращі результати в майбутньому. Для успішних результатів справедливим є протилежне. Приписування свого успіху внутрішнім, стабільним та глобальним чинникам (наприклад, я здатний досягати успіху у всьому, що вирішив робити) підсилює позитивні відчуття та підвищує впевненість у майбутніх досягненнях. З іншого боку, пояснення досягнення зовнішніми, тимчасовими та локальними причинами (наприклад, цього разу мені пощастило, це, ймовірно, більше ніколи не повториться) зменшує позитивне підкріплення успіху.

Самооцінка. Самооцінка — це оцінка та сприйняття людиною самої себе. Це один із факторів, що сприяють відчуттю щастя та загальному успіху в житті [21]. Самооцінка тісно пов'язана з основним світоглядом людини та мотивацією до подолання викликів. Люди з високою самооцінкою відчувають себе впевненими, здібними, гідними та, як правило, є оптимістами, тоді як люди з низькою самооцінкою зазвичай більш критичні до себе, дещо невпевнені, часто відчувають себе нездатними долати життєві виклики та загалом є песимістами [33]. Психологічні дослідження показують, що висока самооцінка пов'язана з лівою півкулею. У експерименті з дихотичним прослуховуванням слова, що описують позитивні або негативні риси, подавалися або в праве вухо (тобто до лівої півкулі), або в ліве вухо (тобто до правої півкулі), і завданням учасників було приписати кожну з цих рис або собі, або іншим людям. Швидший час реакції на прив'язування позитивних якостей до себе та негативних рис до інших спостерігався, коли слова подавалися через праве вухо

[32]. Аналогічно, помилки в бік правого краю в тесті на бісекцію лінії, що вказують на відносну гіперфункцію лівої півкулі, були пов'язані з тенденцією учасників описувати себе як активних, домінантних, могутніх, сильних та потужних [17].

Дослідження ЕЕГ показали, що підвищена фізіологічна активність у лобових ділянках лівої півкулі, порівняно з правою, пов’язана з вищою самооцінкою, загальним відчуттям щастя та благополуччя, а також з кращою психологічною стійкістю та здатністю оговтатися від травматичного дитинства. Натомість, більша фізіологічна активність у лобових ділянках ПП пов’язана з підвищеним ризиком відчуття безнадії щодо негативних подій у житті та більшою ймовірністю впасти в депресію [34]. Так само, неврологічні звіти вказують на те, що пацієнти з інсультом лівої півкулі, чий емоційний та психологічний профіль, ймовірно, відображає неушкоджену праву півкулю, мають відносно нижчу самооцінку [45], а їхні доглядачі страждають від більшого стресу [12], порівняно з пацієнтами з інсультом правої півкулі. Ці дослідження демонструють, як висока самооцінка та позитивне ставлення до себе пов’язані з лівою півкулею, тоді як низька самооцінка та негативне ставлення пов’язані з правою півкулею.

Дослідники розробили набір шкал, які дозволяють досить точно класифікувати людей за континуумом оптимізм-песимізм. Ці інструменти включають Шкалу нереалістичного оптимізму [46], Анкету стилю атрибуції, Тест на життєву орієнтацію, Шкалу надії , Шкалу узагальнених очікувань успіху та Шкалу оптимізму-песимізму. Ці опитувальники для самооцінки містять кілька тверджень про реальні або гіпотетичні події (наприклад, «Я майже ніколи не очікую, що все піде так, як я хочу») і людина оцінює кожне з них (наприклад, від 1 до 5) за тим, наскільки воно описує її ставлення. Загальний бал особи за такою шкалою дає кількісну оцінку оптимізму/песимізму.

Найпоширенішими методами вимірювання диспозиційного або оптимізму, як риси є вивчення загальних очікувань людей за допомогою анкет самооцінки, таких як «Тест на життєву орієнтацію» (LOT) та більш поширений 6-пунктний «Переглянутий тест на життєву орієнтацію» (LOT-R), який містить запитання, сформульовані в позитивному та негативному ключі, щодо загальних очікувань людини щодо майбутнього [48, 49]. Анкета стилю атрибуції (ASQ) [17],[46] є менш поширеним інструментом, який оцінює стабільність атрибуції людьми причин життєвих подій. Це довший інструмент з відкритими питаннями, який має помірну кореляцію з LOT-R .

Дослідники, які вимірюють оптимізм як стан, часто модифікують шкалу LOT-R, щоб відобразити коротший часовий проміжок, наприклад «протягом останнього тижня» або «наразі», замість «завжди» чи «загалом» [46]. Однак, оскільки LOT-R був концептуалізований як міра оптимізму як риси, проста зміна формулювання пунктів може не повністю відображати зміни. Модифіковані раніше валідовані міри не обов'язково мають прийнятні психометричні властивості, тому модифікований LOT-R може не адекватно фіксувати оптимізм, як стан. У недавньому аналізі Дж. К. Хаффман, С. Леглер, Р. А. Міллштейн, Ф. Гомес-Бернал, К. М. Селано, В.-Дж. Чун та ін. середній бал модифікованої шкали LOT-R для «стану» не змінився з часом під час інтервенції з позитивної психології у кардіологічній популяції та не адекватно відображав оптимізм як стан [цит. за 23]. Було виявлено, що оптимізм як стан, виміряний за допомогою модифікованої шкали LOT-R, корелює з оптимізмом як рисою, але оптимізм як стан, порівняно з оптимізмом як рисою, передбачає додаткову варіацію в афектах, дистресі та виконанні завдань.

Одним із запропонованих показників оптимізму як стану є Шкала оптимізму-песимізму (OPS). Однак її психометричні властивості не були підтверджені в літературі. Було встановлено, що вона є багатовимірною, складною та важкою для інтерпретації. Незважаючи на корисність вимірювання оптимізму як стану та його наслідки для зміни результатів

здоров’я, не існує загальноприйнятого, валідованого показника оптимізму як стану.

Таким чином, оптимізм і песимізм проявляються в житті кожної людини по-різному, і незважаючи на широту цієї теми, дослідження оптимізму ґрунтуються на емпіричних та кількісних оцінках. Операційне визначення оптимізму та песимізму — це очікування, що в майбутньому відбудуться, відповідно, хороші або погані події .

## 1.2.Оптимістичні й песимістичні упередження й їх вплив на виникнення хвороби.

Оптимістичне упередження. У деяких сферах життя люди, як правило, виявляють дещо більший оптимізм, ніж це було б доцільно. Дослідження показують, що багато хто вважає, ніби ризик того, що з ними трапиться щось негативне в майбутньому, є меншим, ніж у інших людей. Крім того, багато хто переконаний, що у них більше шансів, ніж у їхніх однолітків, на те, що з ними трапиться щось позитивне [46]. Це явище «оптимістичного упередження» вже давно бентежить дослідників через свою парадоксальність; за визначенням, ймовірності випадкових подій (негативних чи позитивних) однакові для всіх. Проте, незважаючи на свою ірраціональність, вважається, що оптимістичне упередження існує завдяки своїм корисним та егоїстичним властивостям — тобто воно допомагає людям справлятися з невідомим майбутнім та захищає їхню самооцінку. Цей нереалістичний оптимізм стає можливим завдяки селективній обробці інформації. Це було продемонстровано в експериментах, де учасники оцінювали свої ймовірності пережити низку позитивних і негативних подій (наприклад, мати щасливий шлюб, виграти в лотерею або захворіти на рак, хворобу Альцгеймера тощо). Пізніше їх поінформували про реальні ймовірності настання цих подій, виходячи з фактичних статистичних даних, сегментованих за соціально-демографічними, географічними та іншими

характеристиками. Коли їх просили дати другу оцінку своїх шансів пережити ті самі події, учасники, як правило, оновлювали свої знання переважно тоді, коли нова інформація була на їхню користь (тобто коли позитивні події були статистично більш імовірними або ймовірності негативних подій були нижчими, ніж оцінювалося раніше). Однак, коли новоотримані факти не були на їхню користь, учасники, як правило, ігнорували їх, і під час другого раунду забували скоригувати та оновлювати свої оцінки [цит за 23].

Оптимістичні та песимістичні настрої також можна викликати шляхом маніпулювання фізіологічною активністю мозку таким чином, щоб вибірково посилити активність в одній півкулі. Учасників експерименту випадковим чином розподілили на дві групи, яким було запропоновано виконувати завдання, що вимагало повернути голову та погляд у правий або лівий бік відносно орієнтації тіла. Обидві групи оцінювали ймовірність того, що в найближчому майбутньому з ними та іншими людьми трапляться певні позитивні та негативні події. Результати показали, що ті, кого спонукали повернути голову та погляд вправо, тим самим посилюючи нейронну активацію в їхній протилежній лівій півкулі, мали більший оптимістичний ухил, тобто вони вірили, що позитивні події, швидше за все, трапляться з ними, ніж з іншими людьми [17]. Такий самий ефект оптимістичного ухилу спостерігався, коли учасники слухали аудіостимули монофонічно правим вухом, що тимчасово зміщувало їхній міжпівкульний баланс у бік відносної домінантності лівої півкулі [17].

Калорична вестибулярна стимуляція (КВС) — це стандартний неврологічний метод, під час якого у вушний канал вводять холодну воду з метою діагностики вестибулоокулярних рефлексів. Побічним ефектом цієї процедури є тимчасове посилення активності в протилежному півкулі. Експерименти зі здоровими учасниками, які оцінювали свої шанси захворіти на різні захворювання під час проведення КВС лівого вуха, КВС правого вуха або без КВС, показали, що КВС лівого вуха, яке тимчасово підсилює активність у

правій півкулі, робило учасників значно менш оптимістичними та більш схильними вірити, що вони вразливі до проблем зі здоров’ям у майбутньому [32].

Іпохондрія — це психічний розлад, що характеризується надмірним занепокоєнням щодо наявності серйозного захворювання, яке не було діагностовано. Типовий іпохондрик сприймає незначні фізичні симптоми як ознаки серйозної хвороби, проходить безліч непотрібних медичних обстежень і висловлює сумніви та недовіру до запевнень лікаря про те, що з ним усе гаразд. У певному сенсі гіпохондрію можна розглядати як протилежність оптимістичного упередження, тобто як «песимістичне упередження» щодо питань здоров’я. Порівняння клінічних профілів пацієнтів, які скаржаться на хронічний біль у лівій половині тіла, з пацієнтами, що відчувають хронічний біль у правій половині тіла, виявило більшу частку гіпохондриків серед пацієнтів із болем у лівій половині. Оскільки ліва половина тіла іннервується правою півкулею, це вказує на сильний зв'язок між іпохондрією — тобто песимістичним поглядом на власне здоров'я — та правою півкулею. Аналогічно, порівняння епілептичних пацієнтів з переважною ураженням ПП та тих, у кого уражена ЛП, виявило більше проявів іпохондрії в останній групі, психологічний профіль якої, ймовірно, визначається їхньою неушкодженою ПП [цит.за 23].

Анозогнозія. Деякі пацієнти з руховим паралічем після інсульту не усвідомлюють своїх порушень або просто заперечують їх — це неврологічний стан, який називається анозогнозією. Типовий пацієнт з анозогнозією щодо геміплегії не може рухати паралізованою кінцівкою, але все одно наполягає, що з ним усе гаразд. На основі кількох ліній доказів деякі вчені стверджують, що анозогнозія та заперечення власної хвороби або рухових дисфункцій є не лише проявом втрати сенсомоторного зворотного зв’язку, що призводить до когнітивного порушення, а й включає значний мотиваційний елемент, і тому її можна розглядати як марення, тобто пацієнт створює вигідне для себе бажане

уявлення про реальність [32]. З огляду на консенсус у літературі щодо того, що частота анозогнозії при однобічних ураженнях значно вища після інсульту правої півкулі (RH), порівняно з інсультом лівої півкулі (LH), це явище додатково вказує на відносно більшу участь лівої півкулі (яка залишається неушкодженою у пацієнтів з інсультом правої півкулі і, отже, домінує в їхніх психічних переживаннях) у створенні приємнішого та оптимістичнішого уявлення про власний стан. Крім того, деякі пацієнти з інсультом (навіть ті, у кого офіційно не діагностовано анозогнозію) недооцінюють свої обмеження і, незважаючи на застереження медсестер, намагаються вставати та ходити без допомоги, що часто закінчується падіннями. Неврологи, помітивши цей безпідставний оптимізм, розробили анкету, яка вимірює ризик падінь у пацієнта. Вона базується на порівнянні самооцінки пацієнта щодо його здатності виконувати низку повсякденних дій з більш об'єктивним джерелом — оцінками доглядача. Різниця між цими двома оцінками вказує на те, наскільки пацієнт є надто оптимістичним і наскільки суворо його слід контролювати. Дослідження, в яких порівнювали пацієнтів з інсультом правої півкулі з тими, хто мав інсульт лівої півкулі, виявили, що перша група (у мозку якої домінує неушкоджена ліва півкуля) значно більше переоцінювала свої здібності виконувати повсякденні дії, ніж друга група [23]. Це ще одне підтвердження того, що ліва півкуля опосередковує надто оптимістичну та нереалістичну оцінку власних фізичних здібностей.

Дослідження оптимістичного упередження виявило, що втручання ТМС у діяльність правої нижньої лобової звивини змушувало здорових учасників бути більш оптимістичними; вони оцінювали ймовірність того, що з ними трапляться хороші події в майбутньому, як вищу, ніж їхні власні оцінки без ТМС [23]. Крім того, коли місце стимуляції було змінено і ТМС застосовували до лівої нижньої лобової звивини (тобто тимчасово втручаючись у діяльність лівої півкулі), їхня оптимістична упередженість зникла, а їхні оцінки нагадували надмірно песимістичне мислення.

Права півкуля забезпечує більш критичне та менш упереджене судження про себе. У рамках морфометричного дослідження пацієнти з різними нейродегенеративними захворюваннями пройшли низку нейропсихологічних тестів, і після їхнього завершення дослідники попросили їх оцінити, наскільки добре, на їхню думку, вони впоралися з тестами порівняно з іншими людьми. Аналіз кореляції між оцінками пацієнтів щодо власних когнітивних здібностей та зображеннями сканування їхнього мозку виявив, що зменшений об’єм сірої речовини у правій вентромедіальній префронтальній корі (vmPFC) був пов’язаний із більшим переоцінюванням власних здібностей, а точність самооцінки позитивно корелювала з розміром тканини у правій vmPFC [23]. Аналогічно, дослідження осіб із черепно-мозковими травмами (переважно внаслідок автомобільних аварій) виявило, що більш точне розуміння власних когнітивних дефіцитів після травми було пов’язане з функціонуванням конкретних нейронних мереж у правій півкулі [23]. Ці дослідження підкреслюють участь правої півкулі у посередництві більш реалістичної та менш перебільшеної оцінки себе.

Наполегливість. Зіткнувшись із перешкодами на шляху до бажаної мети, песиміст зазвичай досить швидко здається. Натомість оптиміст, як правило, виявляє більшу рішучість і наполегливість у своїх зусиллях, спрямованих на досягнення мети [13]. Учасники експерименту стискали гумовий м'яч правою або лівою рукою. Ця фізична вправа, мета якої була прихована від учасників, мала на меті вибірково активувати протилежну півкулю, яка керувала м'язовою активністю. Потім учасникам було запропоновано когнітивне завдання: обвести контури малюнків, не повертаючись назад і не відриваючи олівець від паперу. Дві з цих головоломок були легко розв'язними, але інші дві були нерозв'язними. Вимірювання кількості спроб, зроблених учасниками для вирішення нерозв'язних головоломок, показало, що група, яка попередньо стимулювала ліву півкулю шляхом активації м'язів правої руки, зробила приблизно на 60% більше спроб вирішити задачі порівняно з групою, що

стимулювала праву півкулю [23]. В іншому дослідженні півкулі стимулювали однобічно за допомогою пасивної сенсорної стимуляції — тактильних вібрацій, що застосовувалися до протилежної руки — замість активного стискання м'яча. Були отримані подібні результати; група, у якої стимулювали ліву півкулю, виявляла більшу наполегливість у спробах вирішити (нерозв'язні) головоломки.

Прийняття ризику

Особистісний розвиток та успіх — досягнення значущих цілей і бажаних станів — вимагають мужності та готовності йти на певний ризик, тобто виходити зі своєї «зони комфорту», занурюватися в невідоме та робити те, що спочатку може здаватися дещо ризикованим або загрозливим. Оптимізм спонукає людину йти на більш обґрунтовані ризики, тоді як песимізм пов’язаний зі зниженою толерантністю до ризиків. За винятком екстремальних умов, коли прийняття ризику може бути мотивоване безнадією та відчайдушним відчуттям, що «вже немає чого втрачати», у помірних та звичайних ситуаціях ризик чимось важливим не здійснюється з наміром програти. Натомість прийняття ризику відображає оптимістичний прогноз людини щодо того, що результат буде сприятливим. Іншими словами, прийняття ризику передбачає недооцінку шансів на програш та/або переоцінку шансів на виграш.

Прийняття ризику. У літературі є дані про те, що прийняття ризику пов’язане з лівою півкулею (ЛП), а уникнення ризику — з правою півкулею (ПП). Індукція правобічної орієнтації уваги (що активує ліву півкулю) може збільшити схильність до ризику [17]. Аналогічно, домінування лівої півкулі, як показує тест на бісекцію лінії, пов’язане з більшою схильністю до ризику [17]. Уникнення ризику, з іншого боку, позитивно корелює з базовою активністю правої префронтальної кори . Так само короткочасні порушення міжпівкульної рівноваги за допомогою tDCS або TMS можуть впливати на вибір людини при прийнятті рішень, пов'язаних з ризиком. Підвищення активності правої півкулі призводило до менш ризикованих рішень під час сесії азартних ігор, тоді як

порушення активності правої півкулі або підвищення активності лівої півкулі здатні індукувати більш ризиковану поведінку [27]. Коли пацієнти з односторонніми ураженнями префронтальної кори виконували азартну задачу (оцінка схильності до ризику), ті, хто мав ураження ПП, віддавали перевагу більш ризикованим колодам, порівняно з пацієнтами з ураженням ЛП та контрольною групою, і ця перевага корелювала з об’ємом ураження [43]. У сукупності ці дослідження свідчать про те, що прийняття ризику опосередковується лівою півкулею, а права півкуля опосередковує стриманість та пригнічення схильності до ризику. У ширшому контексті півкульової асиметрії в оптимізмі та песимізмі прийняття ризику та уникнення ризику є поведінковими проявами цих установок відповідно.

Депресія. Мабуть, найяскравішим доказом асиметричної ролі двох півкуль у формуванні оптимізму та песимізму є зв’язок між фізіологічною активністю правої півкулі та депресією — патологічним станом песимізму. Депресія характеризується надмірно песимістичними думками, негативним стилем мислення та схильністю зосереджуватися на негативних аспектах, роздумувати над ними та перебільшувати їх, ігноруючи при цьому позитивні моменти у власному житті. Різноманітні фізіологічні та неврологічні дослідження показали, що депресія пов'язана з гіперактивністю правої півкулі та/або гіпоактивністю лівої півкулі [16]. Крім того, тяжкість захворювання корелює з відносним дисбалансом фізіологічної активності в обох півкулях. Відповідно, одужання від депресії пов'язане з відновленням міжпівкульного балансу. Дослідження різних методів лікування (наприклад, фармакологічних, технік медитації та усвідомленості, масажу або музичної терапії) виявили, що стадія після депресії характеризується зменшенням дисбалансу у фізіологічній активності двох півкуль [16]. Крім того, деякі нові методи лікування депресії базуються на принципі безпосереднього впливу на фізіологічну активність мозку з метою відновлення міжпівкульної рівноваги, тобто підвищення активності в лобових ділянках лівої півкулі та/або зниження активності в правій

півкулі. Було доведено, що три з цих методів — нейробіоуправління за допомогою ЕЕГ, ТМС та тДКС — полегшують симптоми депресії, відновлюючи збалансовану нейрофізіологічну активність [23]. Аналогічно, CVS правого вуха, що тимчасово підвищує активність у контралатеральній лівій півкулі (тим самим мінімізуючи міжпівкульний дисбаланс при депресії), було запропоновано як альтернативне або допоміжне лікування для полегшення депресії.

Таким чином, проаналізовано оптимістичні й песимістичні упередження й вплив їх на виникнення хвороб (іпохондрія, депресія)

## 1.3.Особливості осіб з серцево-судинними захворюваннями

Серцево-судинні захворювання включають ішемічну хворобу серця, артеріальну гіпертензію, серцеву недостатність, аритмії та цереброваскулярну патологію. Незважаючи на значні досягнення в профілактиці та лікуванні, ССЗ продовжують створювати велике навантаження на систему охорони здоров’я. Особи з серцево-судинними захворюваннями (ССЗ) становлять одну з найбільших категорій пацієнтів у сучасній медицині. ССЗ переважно уражують осіб середнього та старшого віку. На ССЗ найчастіше хворіють чоловіки після 45–50 років і жінки після 55–60 років. Водночас останніми роками ССЗ помітно «молодшають». Вчені вважають, що до менопаузи чоловіки хворіють частіше. Після менопаузи частота захворювання у жінок швидко наздоганяє і навіть перевищує чоловічу[3].

До факторів ризику на ССЗ відносять :

- куріння,
- ожиріння,
- цукровий діабет,
- малорухливий спосіб життя,
- хронічний стрес,

- високий рівень холестерину,
- спадковість,
- артеріальна гіпертензія.

Інформація про загальновідомі чинники ризику розвитку серцево-судинних захворювань (ССЗ) у жінок базується на результатах класичного дослідження MONICA (Multinational Monitoring of Trends and Determinants in Cardiovascular Disease), а також даних Фремінгемського та Гетеборзького когортних досліджень

Проведене емпіричне дослідження оцінки ступеня ризику розвитку серцево-судинних захворювань (ССЗ) за методикою Запесочного А.З. виявило тривожні результати:

У жінок вікової групи 36–45 років явний ступінь ризику розвитку ССЗ встановлено у 54% респонденток. Серед провідних факторів ризику у цій групі переважали нервово-емоційні навантаження та обтяжена спадковість (54%). Крім того, 35% жінок курять, 55% мають надмірне харчування, при цьому лише 5% респонденток мають нормальну масу тіла. У 38% жінок періодично реєструвалося підвищення артеріального тиску до 140/90 мм рт. ст. Лише 33% жінок другого періоду зрілого віку демонстрували помірний рівень фізичної активності. На основі Фремінгемського дослідження була розроблена формула оцінки серцево-судинного ризику у жінок, яка включає такі показники, як вік, рівень загального холестерину, холестерину ліпопротеїнів високої щільності (ЛПВЩ), наявність порушеної толерантності до глюкози, статус куріння та гіпертрофію міокарда, виявлену за допомогою електрокардіографії. Відповідно до цієї моделі, жінки, які належать до зони високого ризику (верхні 10 % за сумарним показником факторів ризику), мають 12-відсоткову ймовірність розвитку коронарної хвороби серця протягом 6 років, тоді як у чоловіків аналогічний показник становить 20 %. Така відносно невисока прогностична ймовірність у жінок свідчить про недостатнє врахування особливостей жіночого організму в традиційних моделях ризику

У чоловіків вікової групи 39–49 років ризик розвитку ССЗ виявлено у 30% випадків. Серед них 57% курять, 54% не дотримуються принципів раціонального харчування, а 71% респондентів зазначали епізодичне підвищення артеріального тиску до рівня 140/90 мм рт. ст. Нормальну масу тіла мали лише 41% чоловіків. Помірний рівень фізично-рухової активності спостерігався у 27% респондентів, а високий — лише у 9%.

Одним із найвідоміших поведінкових факторів ризику є тип А поведінки, описаний кардіологами М. Фрідманом і Р. Розенманом у 1950-х роках. Особи з типу А характеризуються:

- високою конкурентністю та прагненням до досягнень;
- відчуттям нестачі часу та нетерплячістю;
- ворожістю, агресивністю та легкою дратівливістю.

Класичні дослідження показали, що тип А пов’язаний із приблизно вдвічі вищим ризиком ішемічної хвороби серця, незалежно від традиційних факторів ризику. Сучасні дослідження дають неоднозначні результати. Найбільш шкідливими компонентами вважаються ворожість, гнів і хронічний стрес. Глобальна концепція типу А сьогодні вважається менш прогностичною, ніж окремі риси особистості (зокрема, низька сумлінність і висока нейротизм). Проте багато пацієнтів із уже встановленими ССЗ демонструють риси типу А, що ускладнює дотримання лікування та зміну способу життя. Нещодавні дослідження чітко показали, що депресія значно підвищує ризик розвитку ішемічної хвороби серця (ІХС) та погіршує її перебіг. Фразур-Сміт та співавтори [26] встановили, що у пацієнтів, які перенесли інфаркт міокарда і мають депресію, ризик смерті в п’ять разів вищий, ніж у пацієнтів без депресії. Паралельно Powell та співавтори у своєму дослідженні дійшли висновку, що депресія є самостійним і незалежним предиктором смертності при ІХС та частіших загострень захворювання. Автори особливо підкреслили, що депресія становить більшу загрозу для жінок, ніж для чоловіків. Зважаючи на те, що жінки після інфаркту мають вищу смертність і в них частіше спостерігається

депресія, Friedland і Carpi зазначили: саме депресія пояснює значну частину статевих відмінностей у смертності від інфаркту міокарда.

Для багатьох пацієнтів діагноз стає серйозним психологічним випробуванням. Вони переживають страх, тривогу, іноді депресію. Якість життя знижується через необхідність постійно приймати ліки, обмежувати фізичну активність та змінювати звичний спосіб життя.

Таким чином, пацієнти із серцево-судинними захворюваннями є дуже гетерогенною групою. Крім класичних факторів ризику, важливо враховувати поведінкові особливості, зокрема риси типу А. Комплексний підхід, що поєднує медикаментозне лікування, модифікацію способу життя та психосоціальну підтримку, залишається ключем до успішного управління ССЗ у XXI столітті.

## ВИСНОВКИ ДО ПЕРШОГО РОЗДІЛУ

1. Показано, що у науковій літературі під оптимізмом зазвичай розуміють загальні позитивні очікування щодо майбутнього. Оптимізм має когнітивні та афективні складові і пов’язаний з надією, вірою у власні сили, відчуттям контролю над ситуацією (тобто суб’єктивним відчуттям контролю) та щастям. Оптимізм пов'язаний із поліпшенням фізичного та психічного здоров'я завдяки підвищенню стійкості, соціальній підтримці, стратегіям подолання труднощів, самооцінці здоров'я, суб'єктивному благополуччю, дотриманню здорового способу життя та впевненості в собі. Оптимізм, як видається, має захисний ефект щодо різних показників здоров’я, включаючи серцево-судинні захворювання та смертність. З огляду на вплив оптимізму на здоров’я та його потенціал до змін з часом, вимірювання його як стану дозволить дослідникам краще оцінювати ефекти втручань, спрямованих на підвищення оптимізму, та його зв’язки з модифікованими показниками здоров’я.

2. Констатується, що оптимізм найчастіше розглядають і вимірюють як рису особистості або як «стабільні індивідуальні відмінності». Оптимісти вірять, що життєві обставини покращяться або владнаються, тому вони справляються з викликами та негараздами, докладаючи більше зусиль та проявляючи гнучкість. Оптимізм також досліджувався з точки зору пояснювального або атрибутивного стилю , де досвід оцінюється як такий, що зумовлений внутрішніми чи зовнішніми чинниками, стабільними чи нестабільними ймовірностями та конкретними чи загальними сферами життя. Оптимісти схильні розглядати негативні події як такі, що зумовлені зовнішніми щодо них факторами, тимчасові та конкретно визначені, що дозволяє їм не здаватися перед обличчям негараздів. Хоча оптимізм здебільшого вважається рисою характеру, він може бути більш мінливим або «становою» рисою, ніж вважалося раніше; він може змінюватися з часом залежно від зовнішніх впливів та стилю вимірювання. Оптимізм, що нагадує стан, вважається відносно модифікованим, причому очікування щодо майбутнього змінюються залежно від часу, ситуації, контексту та афекту.

3. Показано, що оптимізм і песимізм — тісно пов’язані з певними фізіологічними процесами. Дані з психології, фізіології, психіатрії та неврології вказують на те, що обидві півкулі головного мозку по-різному беруть участь у формуванні основного життєвого настрою. Песимістичні погляди, як правило, опосередковуються правою півкулею, тоді як оптимістичні настрої опосередковуються переважно лівою півкулею.

4. Констатується, що оптимізм і песимізм пов’язані з різними способами сприйняття та когнітивними процесами. Основні відмінності полягають у: селективній увазі та обробці інформації; переконанні (або його відсутності) у тому, що людина має здатність впливати на відповідні ситуації, події та стосунки (тобто локус контролю); загальній схемі, за якою людина інтерпретує особисті події (тобто стиль атрибуції).

5. Показано, що загальне переконання щодо власної здатності чи нездатності контролювати важливі аспекти життя є ключовим елементом, що визначає ставлення людини. Оптимісти сприймають себе як активних суб'єктів, відчувають, що вони є господарями своєї долі (тобто внутрішній локус контролю) і довіряють своїй здатності впливати на оточення, а також на соціальні стосунки

6. Продемонстровано, що відмінність між оптимістом і песимістом полягає в їхньому способі інтерпретації важливих подій у житті (тобто стилі атрибуції), що має значний вплив на їхнє загальне ставлення до світу.

7. Зазначено, що найпоширенішим методом вимірювання диспозиційного оптимізму, як риси є вивчення загальних очікувань людей за допомогою анкет самооцінки, таких як «Тест на життєву орієнтацію» (LOT)

**8.** Проаналізовано оптимістичні й песимістичні упередження й їх вплив на виникнення хвороби (іпохондрія, депресія). Оптимістичне упередження існує завдяки своїм корисним та егоїстичним властивостям — тобто воно допомагає людям справлятися з невідомим майбутнім та захищає їхню самооцінку

**9.** Констатовано особливості осіб з серцево-судинними захворюваннями. У психологічних дослідженнях тип А розглядається як один із можливих факторів ризику розвитку серцево-судинних захворювань, оскільки пов'язаний із хронічним стресом і підвищеним психоемоційним навантаженням. Це стиль поведінки, який характеризується високою активністю, постійною поспішністю, сильною орієнтацією на досягнення цілей і схильністю до конкуренції. Люди з таким типом часто відчувають дефіцит часу, є емоційно напруженими та нетерплячими. Вони прагнуть контролювати ситуацію і швидко досягати результатів.

# РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ОПТИМІЗМУ ЯК СКЛАДОВОЇ РЕСУРСНОЇ СФЕРИ ЛЮДИНИ

## 2.1. Організація дослідження: етапи, вибірка і методичний інструментарій

Як зазначено у першому розділі основними положеннями теорії оптимізму як риси характеру є те, що оптимізм — це вроджена риса або схильність особистості, оптимізм безпосередньо пов'язаний зі зниженням рівня депресії, тривоги та стресу, оптимістичні люди загалом здорові — як фізично, так і емоційно, оптимізм сприяє підвищенню психологічної стійкості та розвитку стратегій подолання труднощів. Позитивний погляд на життя допомагає людям беззастережно приймати себе. Оптимістичні люди рідше вдаються до механізмів захисту у вигляді заперечення або уникнення.

Відомо, що оптимізм може бути важливою рисою для підтримання серцево-судинного здоров'я (ССЗ) на початку середнього віку. Навіть відомо, що оптимізм суттєво знижує ризик серцево-судинних захворювань протягом усього життя.

В Україні серцево-судинні захворювання (ССЗ) залишаються провідною причиною смертності населення. За результатами медико-демографічних досліджень, проведених О. В. Писаруком, Н. М. Кошель та В. П. Войтенком, рівень смертності в Україні значно перевищує показники більшості країн Європейського Союзу. Автори зазначають, що основний внесок у сучасні демографічні проблеми країни робить саме смертність від ССЗ. Також підкреслюється низька середня тривалість життя населення та високий рівень передчасної смертності серед осіб працездатного віку [цит за 7]. У зв'язку з цим значна увага дослідників приділяється вивченню психологічних особливостей осіб із серцево-судинними захворюваннями.

Враховуючи цю тезу дослідження проводилося у три етапи: підготовчий, діагностичний та аналітичний. На першому етапі було проаналізовано наукову літературу щодо континууму оптимізму – песимізму, упереджень й хвороб. Для цього використовувалися теоретичні методи аналізу, узагальнення та порівняння. Крім того, на цьому етапі були визначені завдання дослідження, розроблено план проведення діагностики та підібрано методи обробки результатів.

Методи психологічної діагностики включали наступні методики: CD-RISC-10 (в адаптації З. Кіреєвої, О. Односталко, Б. Бірона), Тест на життєву орієнтацію» (LOT), Шкала самооцінки депресії Зунга (Zung Self-Rating Depression Scale, SDS), тест сенсожиттєвих орієнтацій (СЖО), створений на основі методики «Ціль у житті» (Purpose-in-Life Test, PIL) Дж. Крамбо і Л. Махоліка.

Розглянемо їх коротко.

Тест на життєву орієнтацію (Life Orientation Test, LOT) — це психодіагностична методика, розроблена для оцінки рівня оптимізму та песимізму людини. Тест дозволяє визначити, наскільки людина схильна позитивно оцінювати власне майбутнє та очікувати сприятливого розвитку подій. Методика широко використовується у психологічних дослідженнях, консультуванні та для оцінки емоційного благополуччя.

Тест смисложиттєвих орієнтацій ґрунтується на ідеях логотерапії В.Франкла та спрямована на оцінку рівня осмисленості життя, наявності життєвих цілей і суб’єктивного контролю над власним життям. Опитувальник містить 20 тверджень і дозволяє визначити загальний рівень осмисленості життя, а також показники за такими шкалами: «Цілі у житті», «Процес життя», «Результативність життя», «Локус контролю – Я» та «Локус контролю – Життя».

Шкала самооцінки депресії Зунга (Zung Self-Rating Depression Scale, SDS), також відома як шкала зниженого настрою (ШЗНС), — це психологічний опитувальник, створений психіатром Вільям Зунг в Університет Дюка. Методика використовується для оцінки рівня депресивних проявів, а також для виявлення станів, близьких до депресії. Шкала застосовується у скринінгових дослідженнях, масових обстеженнях і для попередньої психологічної діагностики.

Методика на вивчення резильєнтності CD-RISC-10 (в адаптації З. Кіреєвої, О. Односталко, Б. Бірона) складається з 9 питань. Оцінювання проводилося за такою шкалою: 0 — ніколи, 1 — рідко, 2 — іноді, 3 — часто, 4 — завжди. Високий рівень — від 34,4 бала, низький рівень резильєнтності — до 24,32 бала, середній рівень — від 24,32 до 34,4 бала. Респонденти з низьким рівнем складно долають складні ситуації,  не є активними, наполегливими, винахідливими та є ригідними у поведінці й діях[].

У роботі були використані такі методи математичної статистики: описова статистика, кореляційний аналіз, U- критерій Манна-Вітні.

1. Описова статистика допомагає узагальнити отримані дані. Вона включає підрахунок середніх значень, аналіз розподілу результатів і визначення того, наскільки дані відрізняються між собою.

2. Кореляційний аналіз використовується для визначення зв’язку між показниками — тобто наскільки вони пов’язані між собою. У дослідженні застосовувався коефіцієнт кореляції Пірсона.

Дослідження проводилося з 30 жінками 26-40 років умовно -здоровими, й з 30 жінками 26-40 років, що мають ознаки сердцево-судинних захворювань що проходили  обстеження в клініці ПРОФМЕД, м.Одеса.

## 2.2. Результати дослідження особливостей оптимізму як складової ресурсної сфери людини

На першому етапі емпіричного дослідження вивчався оптимізм, або наявність позитивних очікувань щодо майбутнього в двох групах. Результати дослідження оптимізму – песимізму відображено в таблиці 2.1.

***Таблиця 2.1***

**Результати прояву оптимізму-песимізму у досліджуваних**

| Шкали | **Умовно здорові** | **З ознаками серцево-судинних захворювань** |
|---|---|---|
| | Кількість в % | |
| Оптимізм | 53 | 76,6 |
| Песимізм | 23,3 | 10 |
| Реалізм | 23,3 | 13,6 |

У результатах дослідження (табл. 2.1) спостерігаються відмінності між групою умовно здорових осіб та респондентами з ознаками серцево-судинних захворювань за показниками життєвих орієнтацій. У групі осіб із ССЗ переважає оптимістичний тип життєвої орієнтації (76,6% проти 53% у умовно здорових), що свідчить про більш виражене позитивне очікування майбутнього та загалом позитивне емоційне налаштування. Водночас у цій групі нижчі показники песимізму (10% проти 23,3%) та дещо знижений рівень реалістичної оцінки життєвих подій (13,6% проти 23,3%). У групі умовно здорових осіб показники розподілені більш рівномірно: частка оптимістів становить 53%, тоді як песимістичні та реалістичні установки представлені на однаковому рівні (по 23,3%), що може свідчити про більш збалансоване сприйняття життєвих ситуацій. Отримані результати вказують на те, що особи з ознаками серцево-судинних захворювань демонструють більш виражену оптимістичну життєву

установку, тоді як умовно здорові респонденти характеризуються більш диференційованим та збалансованим сприйняттям реальності.

Статистичні розбіжності встановлено між групами за U - критерієм Манна Вітні за змінними оптимізм (p<,05) на користь досліджуваних з ССЗ й песимізм (p<,038) на користь умовно здорових. Умовно здорові можуть демонструвати трохи вищий песимізм як профілактичну, реалістичну стратегію мислення**:** більш критична оцінка майбутнього, ризиків і подій.

Такі результати (вищий оптимізм у групі з ознаками ССЗ) можуть виглядати парадоксально, але в психології це досить реалістична картина. Є кілька можливих пояснень:

- Оптимізм як психологічна компенсація. У людей із хронічними або потенційно небезпечними захворюваннями часто активуються захисні механізми психіки. Оптимізм може виконувати функцію внутрішньої підтримки, допомагаючи зменшити тривогу, страх і напруження, пов’язані з хворобою.
- Переоцінка позитивного майбутнього (адаптивний оптимізм). Після появи проблем зі здоров’ям люди іноді схильні більш свідомо “утримувати позитивний погляд”, щоб зберегти мотивацію до лікування і життя загалом. Це може підвищувати показники оптимізму в опитувальниках.
- Соціально бажані відповіді. Респонденти можуть відповідати більш позитивно, ніж реально відчувають, особливо якщо питання стосуються майбутнього або життєвих установок.
- Тип А і активна життєва позиція. Як ми говорили в розділі 1, для типу поведінки А характерні активність, орієнтація на досягнення та контроль. Така особистісна структура може підтримувати високий рівень оптимізму навіть за наявності хвороби.
- Психологічна адаптація до хвороби. З часом частина пацієнтів переходить у стадію прийняття і адаптації, де формується більш позитивне або надійне бачення майбутнього як спосіб збереження психічної рівноваги.

- Зміщення цінностей під час війни.У воєнний час часто змінюється система життєвих пріоритетів: люди більше орієнтуються на “тут і зараз”, підтримку життя і надію. Це може штучно підвищувати показники оптимізму в опитувальниках.
- Ефект соціального виживання.Люди, які залишаються активними і беруть участь у дослідженнях під час війни, часто мають вищий рівень психологічної стійкості та адаптивності — тобто вибірка може бути вже “більш оптимістичною”, ніж загальна популяція.

Таким чином, високий оптимізм у групі з ознаками ССЗ не обов’язково суперечить їхньому стану — він може відображати адаптаційні механізми, захисні реакції або специфіку особистісного типу (зокрема типу А).

З огляду на виявлені особливості оптимізму у вибірці, наступним етапом дослідження стало вивчення резильєнтності як ключового психологічного ресурсу, що забезпечує здатність особистості ефективно адаптуватися до стресових умов, зокрема в контексті хронічного захворювання та воєнної ситуації. Тому далі ми вивчали рівень резильєнтності, що представлений у досліджуваних двох груп. Результати відображено в таблиці 2.2.

***Таблиця 2.2***

**Рівень резильєнтності у досліджуваних**

| Шкали | **Умовно здорові** | **З ознаками сердцево-судинних захворювань** |
|---|---|---|
| | Кількість в % | |
| Низький | 23,3 | 20,1 |
| Середній | 56,6 | 63,5 |
| Високий | 20,1 | 16,4 |

У результатах дослідження рівня резильєнтності (табл. 2.2) встановлено певні відмінності між групою умовно здорових осіб та респондентами з

ознаками серцево-судинних захворювань. У обох групах переважає середній рівень резильєнтності, який становить 56,6% у умовно здорових та 63,5% у осіб із ССЗ, що свідчить про загалом достатній рівень психологічної здатності до подолання стресових ситуацій. Низький рівень резильєнтності дещо частіше спостерігається в умовно здорових осіб (23,3% проти 20,1%), тоді як високий рівень частіше представлений у групі умовно здорових (20,1% проти 16,4%). Це може вказувати на певні переваги цієї групи у здатності до ефективної адаптації та подолання стресу. У цілому результати свідчать про переважання середнього рівня резильєнтності в обох групах, що може відображати помірну психологічну стійкість досліджуваних, при цьому група умовно здорових демонструє дещо більш сприятливу структуру розподілу показників.

Статистичних розбіжностей за критерієм U - критерія Манна Вітні за змінною резильєнтність не встановлено.

Оскільки оптимізм та резильєнтність відображають окремі аспекти психологічних ресурсів, далі досліджено смисложиттєві орієнтації (СЖО), які дозволяють більш комплексно оцінити життєві цілі, сенс життя та сприйняття власного контролю над подіями.

***Таблиця 2.3***

**Результати за середнім рівнем сенсожиттевих орієнтацій досліджуваних**

| Шкали | Умовно здорові | З ознаками сердцево-судинних захворювань |
|---|---|---|
| | Кількість в % | |
| Цілі у житті | 56,6 | 76,6 |
| Процес життя | 23,3 | 50 |
| Результативність життя | 56,6 | 46,6 |
| Локус контролю - Я | 76, 6 | 56,6 |

| | | |
|---|---|---|
| Локус контролю - Життя | 50 | 46,6 |

Відомо, що субшкали методики СЖО відображають основні складові смислу життя особистості. Вони пов'язані з трьома часовими вимірами людського життя: цілями (майбутнє), процесом (теперішнє) та результатом (минуле). Залежно від індивідуальних особливостей, людина може надавати більшого значення одній із цих складових, або ж знаходити смисл життя у їх поєднанні.У результатах дослідження (табл. 2.3) простежуються відмінності між групою умовно здорових осіб та респондентами з ознаками серцево-судинних захворювань за показниками смисложиттєвих орієнтацій. У групі осіб із ССЗ вищі середні значення спостерігаються за шкалою «Цілі у житті» (76,6% проти 56,6% у умовно здорових), що може свідчити про більш виражену спрямованість на майбутнє та наявність життєвих планів. Також у цієї групи підвищені показники за шкалою «Процес життя» (50% проти 23,3%), що може вказувати на більш емоційно насичене або переосмислене сприйняття теперішнього життя. Водночас у групі умовно здорових осіб вищими є показники за шкалами «Результативність життя» (56,6% проти 46,6%) та «Локус контролю – Я» (76,6% проти 56,6%), що відображає більш виражене відчуття ефективності власного життєвого шляху та внутрішнього контролю над подіями. Показник «Локус контролю – Життя» є відносно близьким у двох групах, однак дещо вищий у умовно здорових (50% проти 46,6%), що може свідчити про трохи більшу віру в керованість життєвих обставин. У цілому результати вказують на відмінності у структурі смисложиттєвих орієнтацій між групами, з переважанням різних компонентів життєвого сприйняття залежно від стану здоров'я.

Статистичні розбіжності встановлено за критерієм U - критерія Манна Вітні за змінними цілі у житті ($p<,05$) на користь досліджуваних з ССЗ резильєнтність й Локус контролю - Я ($p<,05$) на користь умовно - здорових жінок. Статистично значущі відмінності, виявлені за критерієм Манна–Вітні,

свідчать про різну структуру психологічних ресурсів у досліджуваних групах. У респондентів із серцево-судинними захворюваннями більш вираженими є показники за шкалою «Цілі у житті», що може відображати підвищену життєву спрямованість та орієнтацію на майбутнє як компенсаторний механізм подолання хвороби. Водночас у групі умовно здорових жінок значуще вищими є показники резильєнтності та «Локус контролю – Я», що вказує на більш розвинену здатність до психологічної стійкості, внутрішнього контролю та впевненості у власному впливі на життєві події. У цілому отримані результати можуть свідчити про різні стратегії психологічної адаптації: у групі з ССЗ — через посилення життєвих цілей, а у здорових — через внутрішній контроль і вищу резильєнтність

Таким чином, отримані результати свідчать про наявність відмінностей у структурі смисложиттєвих орієнтацій між умовно здоровими особами та респондентами з ознаками серцево-судинних захворювань, у яких також простежуються характеристики поведінкового типу А. У групі з ССЗ більш вираженими є показники, пов’язані з орієнтацією на майбутні цілі та емоційно насичене сприйняття життя, що може відображати підвищену напруженість, прагнення до досягнень і внутрішню мобілізацію, характерні для типу А. Водночас у здорових осіб вищими є показники, що відображають відчуття результативності власного життя та внутрішнього локусу контролю, що може свідчити про більш стабільне переживання життєвої ефективності та впевненості у власній здатності впливати на події. У цілому можна припустити, що для осіб із ССЗ характерна більш напружена, орієнтована на досягнення життєва позиція з меншою суб’єктивною оцінкою власної ефективності, тоді як умовно здорові респонденти демонструють більш збалансовану структуру смисложиттєвих орієнтацій і вищу внутрішню керованість життєвих подій.

Незважаючи на те, що у респондентів із ССЗ (та ознаками типу А) виявляються певні напруженість і більш виражена орієнтація на досягнення, високий рівень оптимізму (76%) може виступати компенсаторним

психологічним ресурсом. Оптимістичне життєве налаштування сприяє збереженню високих показників за шкалами «Цілі у житті» та «Процес життя», навіть за наявності хронічного захворювання. Таким чином, можна припустити, що оптимізм у значної частини вибірки пом'якшує негативні прояви, пов'язані з соматичним станом і поведінковими характеристиками типу А, підтримуючи більш позитивне сприйняття майбутнього та загальну смислову насиченість життя. Водночас, при збереженні високого оптимізму, можливі розбіжності між групами за СЖО (нижча результативність життя та локус контролю у частини респондентів із ССЗ) можуть свідчити про те, що оптимізм у них має радше емоційний, ніж повністю поведінково-реалістичний характер.

Дослідження рівня депресивних проявів було включено до роботи з метою комплексної оцінки психологічного стану жінок, оскільки депресія виступає інтегральним показником емоційного благополуччя та дозволяє оцінити ефективність ресурсних характеристик особистості, таких як резильєнтність, оптимізм та смисложиттєві орієнтації. Дослідження депресії дозволяє поєднати когнітивні (СЖО), емоційні (оптимізм/песимізм) та адаптаційні (резильєнтність) компоненти в єдину модель психологічного функціонування. Результати відображено в таблиці 2.4.

***Таблиця 2.4***

**Рівень депресії у досліджуваних**

| Рівень | Умовно здорові | З ознаками сердцево-судинних захворювань |
|---|---|---|
| | Кількість в % | |
| Високий | 16,4 | 6,9 |
| Середній | 56,6 | 73 |
| Низький | 27 | 16,4 |

У результатах дослідження рівня депресії (табл. 2.4.) встановлено певні відмінності між умовно здоровими особами та респондентами з ознаками серцево-судинних захворювань. У обох групах переважає середній рівень депресії, однак його вираженість є вищою у респондентів із ССЗ (73% проти 56,6% у умовно здорових). Це може свідчити про більш виражені емоційні труднощі та психологічну напруженість у даної групи. Високий рівень депресії частіше спостерігається у умовно здорових осіб (16,4% проти 6,9% у групі з ССЗ), тоді як низький рівень депресії також дещо більш характерний для умовно здорових (27% проти 16,4%). В цілому результати вказують на переважання середнього рівня депресивних проявів в обох групах, при цьому респонденти з ознаками серцево-судинних захворювань демонструють більш виражений середній рівень депресії та нижчу частку осіб із низьким рівнем, що може свідчити про більшу емоційну вразливість цієї групи. проте Статистичних розбіжностей за критерієм U - критерія Манна Вітні за змінною депресія встановлено на p<,05.

## 2.3. Взаємозвязок між оптимізмом й іншими психологічними ресурсами

Проведено кореляційний аналіз результатів у умовно здорових жінок і жінок с ССЗ. Встановлено наступні зв’язки, що відображені у кореляційних матрицях (таблиця 2.5 й 2.6.).

***Таблиця 2.5***

**Кореляційна матриця між змінними у умовно-здорових жінок**

| Змінні | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1.Оптимізм | | ,05 | ,05 | | | | | -,05 |
| 2.Резильєнтність | ,05 | | | ,05 | | ,05 | | |
| 3.Цілі в житті | ,05 | | | | | | | |
| 4.Процес життя | | ,05 | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 5.Результативність | | | | | | | | |
| 6.Локус контролю - Я | | ,05 | | | | | | |
| 7.Локус контролю-Життя | | | | | | | | |
| 8.Рівень депресії | -,05 | | | | | | | |

Примітка: в таблиці зазначені статистично значущі кореляції.

Змінна «Оптимізм» позитивно корелює з змінними «Резильєнтність» (p<,05) й «Цілі в житті» (p<,05)та негативно з «Депресією» (p<,05) й навпаки

Змінна «Резильєнтність» позитивно корелює з змінними «Оптимізм» (p<,05) й «Локус контролю - Я» (p<,05) та з «Процес життя» (p<,05) й навпаки..

Змінна «Цілі в житті» позитивно корелює з змінною «Оптимізм» (p<,05) й навпаки.

Таким чином, у групі умовно здорових жінок встановлено взаємозв'язок між показниками оптимізму, резильєнтності, смисложиттєвих орієнтацій та рівнем депресії. Зокрема, показник «Оптимізм» позитивно корелює з рівнем резильєнтності та шкалою «Цілі в житті», що свідчить про зв'язок позитивного сприйняття майбутнього з психологічною стійкістю та наявністю життєвих цілей. Водночас оптимізм негативно пов'язаний із рівнем депресії, тобто зі зростанням оптимізму знижуються прояви депресивних станів. Показник «Резильєнтність» позитивно корелює з оптимізмом, шкалами «Локус контролю – Я» та «Процес життя», що може свідчити про те, що психологічна стійкість пов'язана з відчуттям особистісного контролю над життям, здатністю отримувати задоволення від процесу життя та позитивним емоційним налаштуванням. Також встановлено позитивний взаємозв'язок між шкалою «Цілі в житті» та оптимізмом, що вказує на те, що наявність життєвих цілей і спрямованість у майбутнє супроводжуються більш позитивним баченням життєвих перспектив.

Узагальнюючи отримані результати, можна зробити висновок, що оптимізм у групі умовно здорових жінок виступає важливим психологічним ресурсом, який пов'язаний із вищим рівнем резильєнтності, наявністю життєвих цілей, відчуттям особистісного контролю та позитивним сприйняттям процесу життя. Водночас зростання оптимізму супроводжується зниженням рівня депресивних проявів. Отримані взаємозв'язки свідчать про те, що оптимістичне ставлення до життя сприяє формуванню більш адаптивної системи психологічного функціонування, підтримує емоційну стійкість та забезпечує більш конструктивне переживання життєвих труднощів. Таким чином, оптимізм можна розглядати як один із ключових чинників психологічного благополуччя та ефективної адаптації особистості.

У жінок з ССЗ. встановлені наступні кореляційні зв'яки (табл.2.6)

***Таблиця 2.6***

**Кореляційна матриця між змінними у жінок з ССЗ**

| Змінні | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1.Оптимізм | | ,05 | ,05 | | | | | -,05 |
| 2.Резильєнтність | ,05 | | | | | | | |
| 3.Цілі в житті | ,05 | | | | | | | |
| 4.Процес життя | | | | | | ,05 | | |
| 5.Результативність | | | | | | | | |
| 6.Локус контролю - Я | | | | ,05 | | | | |
| 7.Локус контролю-Життя | | | | | | | | |
| 8.Рівень депресії | -,05 | | | | | | | |

Примітка: в таблиці зазначені статистично значущі кореляції.

Змінна «Оптимізм» позитивно корелює з змінними «Резильєнтність» (p<,05) й «Цілі в житті» (p<,05)та негативно з «Депресією» (p<,05) й навпаки

Змінна «Резильєнтність» позитивно корелює з змінною «Оптимізм» (p<,05) й навпаки..

Змінна «Процес життя» позитивно корелює з змінною «Локус контролю - Я» (p<,05) й навпаки

Змінна «Депресія» негативно корелює з змінною «Оптимізм» (p<,05) й навпаки.

Таким чином, у групі жінок із ознаками серцево-судинних захворювань встановлено взаємозв'язки між показниками оптимізму, резильєнтності, смисложиттєвих орієнтацій та рівнем депресії. Зокрема, показник «Оптимізм» позитивно корелює з рівнем резильєнтності та шкалою «Цілі в житті», що свідчить про зв'язок позитивного сприйняття майбутнього з психологічною стійкістю та наявністю життєвих цілей. Водночас оптимізм негативно пов'язаний із рівнем депресії, тобто зі зростанням оптимізму знижуються прояви депресивних станів. Показник «Резильєнтність» також позитивно корелює з оптимізмом, що вказує на взаємозалежність психологічної стійкості та позитивного емоційного налаштування особистості. Крім того, встановлено позитивний взаємозв'язок між шкалами «Процес життя» та «Локус контролю – Я», що може свідчити про те, що задоволеність процесом власного життя супроводжується вищим рівнем суб'єктивного контролю над життєвими подіями. У цілому результати свідчать про те, що оптимізм у жінок із ССЗ виступає важливим адаптаційним ресурсом, який підтримує психологічну стійкість, сприяє збереженню життєвих цілей та пов'язаний зі зниженням депресивних проявів.

Основні розбіжності між умовно здоровими жінками та жінками з ознаками ССЗ полягають у структурі психологічних взаємозв'язків і тих ресурсах, які відіграють провідну роль у підтриманні психологічного стану.

У групі умовно здорових жінок система взаємозв'язків є більш розгорнутою: оптимізм пов'язаний не лише з резильєнтністю та життєвими цілями, а й із нижчим рівнем депресії, тоді як резильєнтність додатково

пов’язана з локусом контролю – Я та позитивним сприйняттям процесу життя. Це свідчить про більш цілісну й збалансовану систему психологічної саморегуляції, де важливу роль відіграють внутрішній контроль, емоційна стійкість і задоволеність життям.

Натомість у жінок із ССЗ структура взаємозв’язків є дещо вужчою та більше зосередженою навколо оптимізму як основного адаптаційного ресурсу. У цій групі оптимізм пов’язаний переважно з резильєнтністю, життєвими цілями та зниженням депресії, тоді як зв’язки резильєнтності з локусом контролю та процесом життя виражені слабше або відсутні. Це може свідчити про те, що в умовах хронічного захворювання саме оптимістичне ставлення до майбутнього стає центральним механізмом психологічної адаптації.

Таким чином, у умовно здорових жінок психологічні ресурси складають комплексну систему, тоді як у жінок із ССЗ провідну компенсаторну роль відіграє оптимізм як засіб подолання емоційної напруги та адаптації до захворювання.

## ВИСНОВКИ ДО ДРУГОГО РОЗДІЛУ

1. Констатовано, що дослідження проводилося у три етапи: підготовчий, діагностичний та аналітичний.

2. Зазначено, що методи психологічної діагностики включали наступні методики: CD-RISC-10 (в адаптації З. Кіреєвої, О. Односталко, Б. Бірона), Тест на життєву орієнтацію» (LOT), Шкала самооцінки депресії Зунга (Zung Self-Rating Depression Scale, SDS), тест сенсожиттєвих орієнтацій (СЖО), створений на основі методики «Ціль у житті» (Purpose-in-Life Test, PIL) Дж. Крамбо і Л. Махоліка. У роботі були використані такі методи математичної статистики: описова статистика, кореляційний аналіз, U- критерій Манна-Вітні.

3. Дослідження проводилося з 60 жінками: 30 жіноки 26-40 років є умовно - здоровими, й з 30 жінок 26-40 років, що мають ознаки сердцево-

судинних захворювань. Вони проходили обстеження в клініці ПРОФМЕД, м.Одеса.

4. На першому етапі емпіричного дослідження вивчався оптимізм, або наявність позитивних очікувань щодо майбутнього в двох групах. Встановлено, що 67,6% осіб з ознаками серцево-судинних захворювань демонструють більш виражену оптимістичну життєву установку. Водночас у цій групі нижчі показники песимізму (10% проти 23,3%) та дещо знижений рівень реалістичної оцінки життєвих подій (13,6% проти 23,3%). У групі умовно здорових осіб як песимістичні та реалістичні установки представлені на однаковому рівні (по 23,3%), що може свідчити про більш збалансоване сприйняття реальності.

5. Встановлено статистичні розбіжності між групами за U - критерієм Манна Вітні за змінними оптимізм ($p<,05$) на користь досліджуваних з ССЗ й песимізм ($p<,038$) на користь умовно здорових. Зазначено, що вищий оптимізм у групі з ознаками ССЗ можуть виглядати парадоксально, але в психології це досить реалістична картина. Констатується, що високий оптимізм у групі з ознаками ССЗ не обов'язково суперечить їхньому стану — він може відображати адаптаційні механізми, захисні реакції або специфіку особистісного типу А.

6. Вивчено резильєнтність й встановлено переважання середнього рівня резильєнтності в обох групах. Проте наявні відмінності між групою умовно здорових осіб та респондентами з ознаками серцево-судинних захворювань. Низький рівень резильєнтності дещо частіше спостерігається в умовно здорових осіб (23,3% проти 20,1%), тоді як високий рівень частіше представлений у групі умовно здорових (20,1% проти 16,4%). У цілому результати свідчать про помірну психологічну стійкість досліджуваних, при цьому група умовно здорових демонструє дещо більш сприятливу структуру розподілу показників. Статистичних розбіжностей за критерієм U - критерія Манна Вітні за змінною резильєнтність не встановлено.

7. Досліджено смисложиттєві орієнтації жінок в двох групах. Встановлено наявність відмінностей у структурі смисложиттєвих орієнтацій між умовно здоровими особами та респондентами з ознаками серцево-судинних захворювань. У групі осіб із ССЗ вищі середні значення спостерігаються за шкалою «Цілі у житті» (76,6% проти 56,6% у умовно здорових), що може свідчити про більш виражену спрямованість на майбутнє та наявність життєвих планів. Також у цієї групи підвищені показники за шкалою «Процес життя» (50% проти 23,3%), що може вказувати на більш емоційно насичене або переосмислене сприйняття теперішнього життя. Водночас у групі умовно здорових осіб вищими є показники за шкалами «Результативність життя» (56,6% проти 46,6%) та «Локус контролю – Я» (76,6% проти 56,6%), що відображає більш виражене відчуття ефективності власного життєвого шляху та внутрішнього контролю над подіями. Показник «Локус контролю – Життя» є відносно близьким у двох групах, однак дещо вищий у умовно здорових (50% проти 46,6%), що може свідчити про трохи більшу віру в керованість життєвих обставин.

8. Статистичні розбіжності встановлено за критерієм U - критерія Манна Вітні за змінними цілі у житті ($p<,05$) на користь досліджуваних з ССЗ й Локус контролю - Я ($p<,05$) на користь умовно - здорових жінок.

9. Зазначено, що дослідження рівня депресивних проявів було включено до роботи з метою комплексної оцінки психологічного стану жінок, оскільки рівень депресії дозволяє оцінити ефективність ресурсних характеристик особистості, таких як резильєнтність, оптимізм та смисложиттєві орієнтації. Встановлено переважання середнього рівня депресивних проявів в обох групах, при цьому респонденти з ознаками серцево-судинних захворювань демонструють більш виражений середній рівень депресії(73% проти 56,6% у умовно здорових) та нижчу частку осіб із низьким рівнем, що може свідчити про більшу емоційну вразливість цієї групи певні відмінності між умовно здоровими особами та респондентами з ознаками

серцево-судинних захворювань. Статистичні розбіжності за критерієм U - критерія Манна Вітні за змінною депресія встановлено на p<,05.

10. Проведено кореляційний аналіз результатів у умовно здорових жінок і жінок с ССЗ. Показано, що у групі умовно здорових жінок встановлено взаємозв'язок між показниками оптимізму, резильєнтності, смисложиттєвих орієнтацій та рівнем депресії. Отже, оптимізм у групі умовно здорових жінок виступає важливим психологічним ресурсом, який пов'язаний із вищим рівнем резильєнтності, наявністю життєвих цілей, відчуттям особистісного контролю та позитивним сприйняттям процесу життя. Водночас зростання оптимізму супроводжується зниженням рівня депресивних проявів. Отримані взаємозв'язки свідчать про те, що оптимістичне ставлення до життя сприяє формуванню більш адаптивної системи психологічного функціонування, підтримує емоційну стійкість та забезпечує більш конструктивне переживання життєвих труднощів.

11. У жінок з із ознаками серцево-судинних захворювань встановлено взаємозв'язки між показниками оптимізму, резильєнтності, смисложиттєвих орієнтацій та рівнем депресії. Результати свідчать про те, що оптимізм у жінок із ССЗ виступає важливим адаптаційним ресурсом, який підтримує психологічну стійкість, сприяє збереженню життєвих цілей та пов'язаний зі зниженням депресивних проявів.

12. Констатовано, що основні розбіжності між умовно здоровими жінками та жінками з ознаками ССЗ полягають у структурі психологічних взаємозв'язків і тих ресурсах, які відіграють провідну роль у підтриманні психологічного стану.

13. Зазначено, що у умовно здорових жінок психологічні ресурси складають комплексну систему, тоді як у жінок із ССЗ провідну компенсаторну роль відіграє оптимізм як засіб подолання емоційної напруги та адаптації до захворювання.

# ВИСНОВКИ

1.Проведено теоретичний аналіз оптимізму, його зв’язку з упередженнями й хворобами. Зазначено, що оптимізм у науковій літературі розглядається як багатовимірний психологічний конструкт, що відображає загальні позитивні очікування щодо майбутнього та включає когнітивні й афективні компоненти. Він тісно пов’язаний із надією, вірою у власні сили, відчуттям контролю над життєвими обставинами та суб’єктивним благополуччям. Продемонстровано, що оптимізм має виражений захисний ефект щодо психічного та фізичного здоров’я, зокрема серцево-судинної системи, оскільки сприяє формуванню здорових поведінкових стратегій, підвищенню стресостійкості та кращій адаптації до труднощів. У наукових підходах оптимізм найчастіше розглядається як відносно стабільна риса особистості, проте сучасні дослідження також підкреслюють його змінність і залежність від ситуаційного контексту та емоційного стану. Важливим є атрибутивний аспект оптимізму, який проявляється у схильності пояснювати негативні події як зовнішні, тимчасові та обмежені за сферою впливу, що дозволяє зберігати психологічну стійкість у складних ситуаціях. Окремо підкреслюється зв’язок оптимізму з когнітивними процесами, зокрема селективною увагою, стилем обробки інформації, локусом контролю та особливостями інтерпретації життєвих подій. Проаналізовано роль оптимістичних і песимістичних упереджень та їхній вплив на формування психологічних розладів, зокрема іпохондрії та депресії. Встановлено, що оптимістичне упередження виконує адаптивну функцію, оскільки допомагає людині справлятися з невизначеністю майбутнього та підтримувати стабільну самооцінку, виступаючи своєрідним психологічним захисним механізмом.

2.Теоретично проаналізовано особливості хворих на серцево - судинні захворювання (ССЗ). Зазначено, що в осіб із серцево-судинними захворюваннями особливого значення набувають психологічні фактори ризику, серед яких у дослідженнях виділяють поведінковий тип А. Він розглядається як один із можливих предикторів розвитку серцево-судинної патології, оскільки пов'язаний із хронічним стресом, підвищеним психоемоційним напруженням та тривалим впливом стресових реакцій на організм. Даний тип поведінки характеризується високою активністю, постійною поспішністю, вираженою орієнтацією на досягнення результату та схильністю до конкуренції. Особи з поведінковим типом А часто переживають дефіцит часу, демонструють нетерплячість, емоційну напруженість і прагнення до контролю над ситуацією та швидкого досягнення цілей. Такі психологічні особливості можуть підсилювати стресову реактивність організму, що в умовах серцево-судинних захворювань має важливе клінічне та прогностичне значення.

3.Досліджено й порівняно особливості прояву оптимізму й його зв'язки з іншими ресурсами у умовно-здорових й жінок з ознаками ССЗ. Показано, що у групі умовно здорових жінок встановлено взаємозв'язок між показниками оптимізму, резильєнтності, смисложиттєвих орієнтацій та рівнем депресії. Оптимізм у групі умовно здорових жінок виступає важливим психологічним ресурсом, який пов'язаний із вищим рівнем резильєнтності, наявністю життєвих цілей, відчуттям особистісного контролю та позитивним сприйняттям процесу життя. Отримані взаємозв'язки свідчать про те, що оптимістичне ставлення до життя сприяє формуванню більш адаптивної системи психологічного функціонування, підтримує емоційну стійкість та забезпечує більш конструктивне переживання життєвих труднощів. У жінок з із ознаками серцево-судинних захворювань встановлено взаємозв'язки між

показниками оптимізму, резильєнтності, смисложиттєвих орієнтацій та рівнем депресії. Результати свідчать про те, що оптимізм у жінок із ССЗ виступає важливим адаптаційним ресурсом, який підтримує психологічну стійкість, сприяє збереженню життєвих цілей та пов’язаний зі зниженням депресивних проявів. Констатовано, що основні розбіжності між умовно здоровими жінками та жінками з ознаками ССЗ полягають у структурі психологічних взаємозв’язків і тих ресурсах, які відіграють провідну роль у підтриманні психологічного стану. Зазначено, що у умовно здорових жінок психологічні ресурси складають комплексну систему, тоді як у жінок із ССЗ провідну компенсаторну роль відіграє оптимізм як засіб подолання емоційної напруги та адаптації до захворювання.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ


1. Борисенко О.М. Оптимізм як показник емоційної зрілості особистості / О.М. Борисенко, В.В. Ріжок // Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ. Серія психологічна. - 2017. - Випуск 1. - С. 162-168.
2. Кіреєва З.О. Швайкін С.А. Балан М.А. Детермінанти й особливості адаптації та психічних ресурсів людини під час повномасштабного вторгнення *Український психологічний журнал.* 2023. № 1(19). С. 60-82 (Фахове видання категорії «Б») https://doi.org/10.17721/upj.2023.1(19).4
3. Коцан І.Я. Психологія здоров'я людини / І.Я. Коцан, Г.В. Ложкін, М.І. Мушкевич. — Луцьк: РВВ-Вежа Волин. нац. ун-ту ім. Лесі Українки, 2011. — 430 с.
4. Кіреєва З. О. Предиктори резильєнтності та оптимізму у осіб різного віку під час проживання пандемії Sars-cov-2. *Вісник ХДУ* Серія Психологічні науки.2022. No. 1.Т.1. С. 5-11
5. Основи практичної психології: Підручник / За заг. ред. В. Панок, Т. Титаренко, Н. Чепелєва та ін. – К.: Либідь, 2003. – 536 с.
6. Онищук В. Функціональні показники кардіо-респіраторної системи студентів, хворих на бронхіальну астму в процесі застосування розробленої програми з фізичної реабілітації / Вікторія Онищук, Наталія Гаврилова // Молода спортивна наука України : зб. наук. пр. з галузі фіз. виховання, спорту і здоров'я людини / за заг. ред. Євгена Приступи. - Л., 2013. - Вип. 17, т. 3. - С. 276 - 282.
7. Одинець Т.Є Особливості варіабельності серцевого ритму в жінок після радикальної мастектомії /Одинець Т.Є.Одинець / Вісник запорізького національного університету: зб. наук. пр.–Запоріжжя, 2010. С.122-126.

8. Особистісні ресурси людини на різних етапах життя: колективна монографія / заг. ред. З. О. Кіреєва – Одеса : Одес. нац. ун-т ім. І. І. Мечникова, 2023. – 256 с.
9. Степура, Є. (2018). Проблема дослідження оптимізму як чинника дій політика у кризовому суспільстві. Особистість у кризових умовах та критичних ситуаціях життя: матеріали IV Міжнародної науково-практичної конференції. СумДПУ імені А. С. Макаренка. Суми. С. 98–100.
10. Чепелєва Н. В. Життєва ситуація особистості // Основи практичної психології / В.Г. Панок, Т.М. Титаренко, Н.В. Чепелєва та ін. – К.: Либідь, 2001. – С. 112-135.
11. Хомуленко Т.Б. Комунікативні особливості особистості з психосоматикою парних органів / Т.Б.Хомуленко // вісник ХНПУ ім. Г.С.Сковороди. Психологія. — Вип. 18. — Х.: ХНПУ, 2006 — С. 181-191.
12. Blonder LX, Langer SL, Pettigrew LC, Garrity TF. The effects of stroke disability on spousal caregivers. NeuroRehabilitation. 2007;22:85–92.
13. Carver CS, Scheier MF, Segerstrom SC. Optimism. Clin Psychol Rev. 2010;30:879–889. doi: 10.1016/j.cpr.2010.01.006
14. Curtis WJ, Cicchetti D. Emotion and resilience: a multilevel investigation of hemispheric electroencephalogram asymmetry and emotion regulation in maltreated and nonmaltreated children. Dev Psychopathol. 2007;19:811–840. doi: 10.1017/S0954579407000405
15. De Brabander B, Hellemans J. Locus of control, latent inhibition and reaction times in a semantic (left-hemisphere) and visuospatial (right-hemisphere) stimulus discrimination task. Percept Mot Skills. 1997;84:239–242. doi: 10.2466/pms.1997.84.1.239
16. Deslandes AC, de Moraes H, Pompeu FA, Ribeiro P, Cagy M, Capitão C, Alves H, Piedade RA, Laks J. Electroencephalographic frontal asymmetry and

depressive symptoms in the elderly. Biol Psychol. 2008;79:317–322. doi: 10.1016/j.biopsycho.2008.07.008

17. Drake RA, Ulrich G. Line bisecting as a predictor of personal optimism and desirability of risky behaviors. Acta Psychol (Amst) 1992;79:219–226. doi: 10.1016/0001-6918(92)90058-l
18. Flor-Henry P, Lind JC, Koles ZJ. A source-imaging (low-resolution electromagnetic tomography) study of the EEGs from unmedicated males with depression. Psychiatry Res. 2004;130:191–207. doi: 10.1016/j.pscychresns.2003.08.006.
19. Fox E. Processing emotional facial expressions: the role of anxiety and awareness. Cogn Affect Behav Neurosci. 2002;2:52–63. doi: 10.3758/cabn.2.1.52.
20. Johnstone T, van Reekum CM, Urry HL, Kalin NH, Davidson RJ. Failure to regulate: counterproductive recruitment of top-down prefrontal-subcortical circuitry in major depression. J Neurosci. 2007;27:8877–8884. doi: 10.1523/JNEUROSCI.2063-07.2007.
21. Judge TA, Hurst C. How the rich (and happy) get richer (and happier): relationship of core self-evaluations to trajectories in attaining work success. J Appl Psychol. 2008;93:849–863. doi: 10.1037/0021-9010.93.4.849
22. Henriques JB, Davidson RJ. Left frontal hypoactivation in depression. J Abnorm Psychol. 1991;100:535–545. doi: 10.1037//0021-843x.100.4.535
23. Hecht D. The neural basis of optimism and pessimism. Exp Neurobiol. 2013 Sep;22(3):173-99. doi: 10.5607/en.2013.22.3.
24. Gianotti LR, Knoch D, Faber PL, Lehmann D, Pascual-Marqui RD, Diezi C, Schoch C, Eisenegger C, Fehr E. Tonic activity level in the right prefrontal cortex predicts individuals' risk taking. Psychol Sci. 2009;20:33–38. doi: 10.1111/j.1467-9280.2008.02260.x
25. Kakolewski KE, Crowson JJ, Jr, Sewell KW, Cromwell RL. Laterality, word valence, and visual attention: a comparison of depressed and non-depressed

individuals. Int J Psychophysiol. 1999;34:283–292. doi: 10.1016/s0167-8760(99)00085-9.

26. Kim SH, Cornwell B, Kim SE. Individual differences in emotion regulation and hemispheric metabolic asymmetry. Biol Psychol. 2012;89:382–386. doi: 10.1016/j.biopsycho.2011.11.013
27. Knoch D, Gianotti LR, Pascual-Leone A, Treyer V, Regard M, Hohmann M, Brugger P. Disruption of right prefrontal cortex by low-frequency repetitive transcranial magnetic stimulation induces risk-taking behavior. J Neurosci. 2006;26:6469–6472. doi: 10.1523/JNEUROSCI.0804-06.2006
28. Leyman L, De Raedt R, Vanderhasselt MA, Baeken C. Influence of high-frequency repetitive transcranial magnetic stimulation over the dorsolateral prefrontal cortex on the inhibition of emotional information in healthy volunteers. Psychol Med. 2009;39:1019–1028. doi: 10.1017/S0033291708004431
29. Marsolek CJ, DeYoung CG, Domansky WS, Deason RG. Hemispheric asymmetries in motivation neurally dissociate self-description processes. Emotion. 2013;13:462–467. doi: 10.1037/a0030784. [
30. McCormick M, Seta JJ. Lateralized goal framing: how selective presentation impacts message effectiveness. J Health Psychol. 2012;17:1099–1109. doi: 10.1177/1359105311435944.
31. McRae K, Gross JJ, Weber J, Robertson ER, Sokol-Hessner P, Ray RD, Gabrieli JD, Ochsner KN. The development of emotion regulation: an fMRI study of cognitive reappraisal in children, adolescents and young adults. Soc Cogn Affect Neurosci. 2012;7:11–22. doi: 10.1093/scan/nsr093
32. McKay R, Arciuli J, Atkinson A, Bennett E, Pheils E. Lateralisation of self-esteem: an investigation using a dichotically presented auditory adaptation of the Implicit Association Test. Cortex. 2010;46:367–373. doi: 10.1016/j.cortex.2009.05.004

33. Neff KD, Vonk R. Self-compassion versus global self-esteem: two different ways of relating to oneself. J Pers. 2009;77:23–50. doi: 10.1111/j.1467-6494.2008.00537.x.

34. Nusslock R, Shackman AJ, Harmon-Jones E, Alloy LB, Coan JA, Abramson LY. Cognitive vulnerability and frontal brain asymmetry: common predictors of first prospective depressive episode. J Abnorm Psychol. 2011;120:497–503. doi: 10.1037/a0022940.

35. Ochsner KN, Bunge SA, Gross JJ, Gabrieli JD. Rethinking feelings: an fMRI study of the cognitive regulation of emotion. J Cogn Neurosci. 2002;14:1215–1229. doi: 10.1162/089892902760807212.

36. Peña-Gómez C, Vidal-Piñeiro D, Clemente IC, Pascual-Leone Á, Bartrés-Faz D. Down-regulation of negative emotional processing by transcranial direct current stimulation: effects of personality characteristics. PLoS One. 2011;6:e22812

37. Rashid N, Clarke C, Rogish M. Post-stroke depression and expressed emotion. Brain Inj. 2013;27:223–238. doi: 10.3109/02699052.2012.729287.

38. Peterson C, Semmel A, von Baeyer C, Abramson LY, Metalsky GI, Seligman ME. The attributional style questionnaire. Cognit Ther Res. 1982;6:287–299.

39. Rotter JB. Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. Psychol Monogr. 1966;80:1–28.

40. Schmitz TW, Rowley HA, Kawahara TN, Johnson SC. Neural correlates of self-evaluative accuracy after traumatic brain injury. Neuropsychologia. 2006;44:762–773. doi: 10.1016/j.neuropsychologia.2005.07.012.

41. Stewart JL, Bismark AW, Towers DN, Coan JA, Allen JJ. Resting frontal EEG asymmetry as an endophenotype for depression risk: sex-specific patterns of frontal brain asymmetry. J Abnorm Psychol. 2010;119:502–512. doi: 10.1037/a0019196

42. Stewart JL, Coan JA, Towers DN, Allen JJ. Frontal EEG asymmetry during emotional challenge differentiates individuals with and without lifetime major

depressive disorder. J Affect Disord. 2011;129:167–174. doi: 10.1016/j.jad.2010.08.029

43. Tranel D, Bechara A, Denburg NL. Asymmetric functional roles of right and left ventromedial prefrontal cortices in social conduct, decision-making, and emotional processing. Cortex. 2002;38:589–612. doi: 10.1016/s0010-9452(08)70024-8.
44. Vallar G, Bolognini N. Behavioural facilitation following brain stimulation: implications for neurorehabilitation. Neuropsychol Rehabil. 2011;21:618–649. doi: 10.1080/09602011.2011.574050.
45. Vickery CD, Evans CC, Lee JE, Sepehri A, Jabeen LN. Multilevel modeling of self-esteem change during acute inpatient stroke rehabilitation. Rehabil Psychol. 2009;54:372–380. doi: 10.1037/a0017854.
46. Weinstein ND. Unrealistic optimism about future life events. J Pers Soc Psychol. 1980;39:806–820