

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ПРИВАТНА УСТАНОВА ЗАКЛАД ВИЩОЇ ОСВІТИ
МІЖНАРОДНИЙ ГУМАНІТАРНО-ПЕДАГОГІЧНИЙ ІНСТИТУТ
«БЕЙТ-ХАНА»

ВИПУСКНА КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА

на тему:

**Психологічні чинники впливу на розвиток
психосоматичних розладів особистості**

Виконала: студентка групи _ЗПП-22-М
спеціальності 053 053 Психологія

_Лопан Каріна

Керівник:

Величко Вікторія Володимирівна

Дніпро-2023

ЗМІСТ

ВСТУП.....	5
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ФОРМУВАННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ ВПЛИВУ НА РОЗВИТОК ПСИХОСОМАТИЧНИХ РОЗЛАДІВ ОСОБИСТОСТІ.....	9
1.1 Психосоматика як психологічний феномен.....	9
1.2 Психосоматичні розлади особистості: причини, особливості перебігу, наслідки.....	16
1.3 Обґрунтування психологічних чинників впливу на розвиток психосоматичних розладів особистості.....	25
Висновки до розділу 1.....	32
РОЗДІЛ 2. ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ПСИХОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ НА РОЗВИТОК ПСИХОСОМАТИЧНИХ РОЗЛАДІВ ОСОБИСТОСТІ.....	34
2.1 Обґрунтування методик діагностування впливу психологічних чинників на розвиток психосоматичних розладів особистості.....	34
2.2 Результати констатувального експерименту по вивченню психосоматичних розладів особистості.....	42
2.3 Розробка психолого-педагогічних заходів зменшення впливу психологічних чинників на розвиток психосоматичних розладів особистості в межах формувального експерименту.....	59
2.4 Аналіз та узагальнення результатів контрольного експерименту.....	61
Висновки до розділу 2.....	61
ВИСНОВКИ.....	65
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	70
ДОДАТКИ.....	75

ВСТУП

Актуальність дослідження. Повсякденні виклики сучасного суспільства відзначаються істотною кількістю психотравмуючих чинників, які в тій чи іншій мірі негативно впливають на особистість. Тому в умовах сучасного напруженого становища у соціальному оточенні особистості одним з актуальних питань залишається проблема зростання кількості психосоматичних захворювань.

Так, за даними експертів ВООЗ, майже 50% стаціонарних лікарняних ліжок в середньому у лікарнях світу займають пацієнти із психосоматичною патологією. І в останні роки фахівцями відмічається різке зростання кількості хворих на психосоматичні розлади. Це, в першу чергу, пацієнти із захворюваннями серцево-судинної системи, шлунково-кишкового тракту, хронічних неспецифічних захворювань, ендокринних розладів тощо. Вони доволі досить тривалий період часу можуть безрезультатно проходити лікування у різних спеціалістів, але достойно встановити причини їхніх хворобливих станів та покращити їх самопочуття досить складно, оскільки вони сконцентровані у психічному стані пацієнтів. І якщо в розвинених країнах ситуація з психологічною допомогою таким пацієнтам знаходиться на більш кращому рівні, то становище таких хворих в Україні може навіть погіршуватися через брак інститутів психологічної допомоги, які були б спрямовані на підвищення психологічної культури населення, розвиток саморегуляції, підвищення стресостійкості особистості [41, с. 160].

Огляд психологічної літератури засвідчив, що психосоматичні розлади в найбільш загальному розумінні розглядаються дослідниками як результат емоційного реагування особистості на певну стресогенну ситуацію, що чинить негативний вплив на її психосоматику та проявляється у вигляді порушень функціонування органів і систем організму даної особистості. При цьому дослідники в основному сходяться в думці, що, виникаючи ще у ранньому віці, такі розлади можуть виступати причиною цілої низки проблем та порушень у

дорослому віці. Тому дуже важливо їх вчасно виявляти та попереджати можливі їх наслідки.

Психосоматика дає можливість з науково-психологічної точки зору з'ясувати причини деяких захворювань, які викликаються соматичними реакціями особистості. В основі таких захворювань, які прийнято вважати психосоматичними, лежать внутрішньо-особистісні конфлікти, здебільшого, пов'язані з тим, що особистість з самого дитинства може намагатися виправдовувати чужі очікування замість того, щоб домагатися своїх власних цілей. В результаті у особистості з часом втрачається внутрішня рівновагу – їй стає складно проявляти себе, накопичуються невиражені емоції, росте внутрішнє напруження. В такій ситуації постійної напруги та нервовості навіть будь-який незначний стрес може спровокувати порушення та викликати психосоматичне захворювання.

Виходячи з вищенаведеного, тема «Психологічні чинники впливу на розвиток психосоматичних розладів особистості» вважається досить актуальною тому обрана нами для подальшого наукового пошуку в цьому напрямі.

Актуальність даної теми підтверджується також тим, що вона широко представлена на сторінках наукових публікацій.

Питання психосоматичних розладів та їх корекції розглянуто у працях таких фахівців: Я. Василенко, Н. Видолоб, М. Коваленко, В. Прокопов, Н. Старинець, Д. Харченко, Т. Хомуленко, О. Чабан, О. Червинська, Л. Шелег та ін.

Об'єкт дослідження – психосоматичні розлади особистості.

Предмет дослідження – психологічні чинники впливу на розвиток психосоматичних розладів особистості.

Гіпотеза дослідження: на розвиток у особистості психосоматичних розладів можуть впливати її загально-психологічний та психічний стани, тривожність, емоційні перевантаження та наявність духовної кризи.

Мета дослідження – виявлення та експериментальне вивчення

психологічних чинників впливу на розвиток психосоматичних розладів особистості.

Завдання дослідження:

1. Здійснити аналіз психологічної літератури з проблеми сутності психосоматики як психологічного феномену.
2. Визначити особливості психосоматичних розладів: причини, особливості, наслідки перебігу.
3. Охарактеризувати психологічні чинники виникнення психосоматичних розладів особистості.
4. Обґрунтувати методичний інструментарій проведення дослідження впливу психологічних чинників виникнення психосоматичних розладів.
5. Провести емпіричне дослідження впливу зазначених чинників.
6. Зробити аналіз та інтерпретацію отриманих результатів емпіричного дослідження.
7. За результатами дослідження надати рекомендації з психологічної роботи по зменшенню негативного впливу означених чинників.
8. Провести контрольний експеримент та визначити масштаби покращення результатів.

Для розв'язання поставлених завдань у дослідженні було використано такі **методи**:

теоретичні – аналіз, синтез, систематизацію, узагальнення, порівняння, класифікацію матеріалів фахової літератури з окресленої проблематики;

емпіричні – тестування, психологічний експеримент, зокрема:

Для визначення впливу загально-психологічного чинника була обрана «Методика САН (самопочуття, активність, настрої)».

Для визначення впливу чинника психічних станів – Методика (тест) самооцінки психічних станів Г. Айзенка.

Для визначення впливу чинника тривожності – Методика шкалу реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності Спілберґера (State-Trait Anxiety Inventory; STAI).

Для визначення впливу емоційного чинника – Методика *діагностики «перешкод» у встановленні емоційних контактів В. Бойка.*

Для визначення впливу чинника духовної кризи – Методика *«Духовна криза» Л. Шутової та А. Ляшука.*

Наукова новизна дослідження полягає у кількісному визначенні впливу психологічних чинників на розвиток психосоматичних розладів особистості та у встановленні відповідних зв'язків між ними.

Практичне значення результатів дослідження полягає в тому, що отримані результати дослідження впливу психологічних чинників на розвиток психосоматичних розладів можуть бути корисними практикуючим психологам, що працюють із клієнтами, які мають такі розлади, у напяму виявлення відповідних причин їх виникнення та побудови правильної психокорекційної роботи.

Апробація результатів дослідження. Результати дослідження доповідались на IV Всеукраїнській науково-практичній конференції (з міжнародною участю) «Гуманітарно-педагогічна освіта: здобутки, проблеми, перспективи» (18 листопада 2023 р.), м. Дніпро.

Експериментальна база дослідження. Дослідження проводилось нами в умовах ЗВО м. Дніпро. Для дослідження було взято 60 студентів.

Структура та обсяг магістерського дослідження. Робота складається із вступу, двох розділів, висновків до розділів, загальних висновків, списку використаної літератури, що налічує 66 найменувань та 10 додатків. Загальний обсяг роботи становить 74 сторінок. Робота містить 33 таблиці і 15 рисунків.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ФОРМУВАННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ ВПЛИВУ НА РОЗВИТОК ПСИХОСОМАТИЧНИХ РОЗЛАДІВ ОСОБИСТОСТІ

1.1 Психосоматика як психологічний феномен

Звернення до низка наукових публікацій в частині появи вчень про психосоматичні розлади доводить, що дана проблема спочатку носила в основному медичний характер та широко розглядалася фахівцями в галузі медицини, не дивлячись на те, що причини таких розладів мають психічну та психологічну основу.

Психосоматичний підхід в психології розглядається сьогодні як різновид органіцизму та передбачає вивчення у складі предмету психології розвитку особистості не тільки психіки, але і соматики. При чому, як зазначають Т. Хомуленко, Я. Василенко та М. Коваленко, такий підхід не передбачає включення до складу предмета психології проблематики предмета фізіології чи медицини, а вивчення проблем тілесності крізь призму розвивально-психологічного контексту [56, с. 179].

У дослідженнях О. Червинської [58, с. 70] знаходимо, що проблема психосоматичних співвідношень почала вивчатися ще за часів Гіпократата та Арістотеля. У 1818 р. Хайнрот вперше ввів у науковий обіг термін «психосоматичний», а у 1822 р. на противагу йому М. Якобі ввів термін «соматипсихічний» як протилежний по відношенню до психосоматичного. Остаточне закріплення терміну «психосоматичний» в науковому обігу завдячує дослідженням Дойча, Ф. Данбара та Ф. Александера в період близько 40-50 рр. ХХ ст.

В свою чергу, Л. Шелег звертає увагу, що вагомий прорив у вивченні психосоматики відбувся у 1939 р. у США, де в той час було започатковано видання наукового журналу «Психосоматична медицина», а також у 1942 р.,

коли заснувалася «Американська психосоматична спільнота». На той момент психосоматичні розлади пояснювалися в основному з позиції безпосереднього впливу емоційного чинника на фізичне здоров'я людини [62, с. 314].

Вказаним дослідником також здійснене узагальнення основних підходів до наукових досліджень психосоматичних статусів, що сформувались у психологічній науці протягом ХХ ст., що охарактеризовані в табл. 1.1.

Таблиця 1.1 – Основні підходи до формування наукових теорій проблематики психосоматичного статусу особистості за Л. Шелег [62]

Підходи	Характеристика	Основні концепції та представники
ПСИХОАНАЛІТИЧНИЙ	Вивчає взаємодію суперечливих особистісних аспектів (інстинкти, розум, свідомість та ін.)	Концепція конверсії Ф. Дойча; осмисленої діяльності «ID» Г. Гроддека; органних неврозів Г. Хейера та Е. Вітковера; «десоматизації-ресоматизації» М. Шура; двохфазового витіснення А. Мітчерліх та ін.
ПСИХОФІЗІОЛОГІЧНИЙ	Базується на припущенні про єдність мозку, психіки та тілесних проявів.	Теорія умовних рефлексів І. Павлова; концепції «специфічності особистості відповідно до способу функціональної відповіді» Г. Вольфа; «неповноцінності органу та її психічної компенсації» А. Адлера; «вегетативного супроводу емоцій» В. Кеннона; стресу Г. Сельє та ін.
ПСИХОДИНАМІЧНИЙ	Орієнтований на встановлення особистісної специфіки виникнення та протікання психосоматичних розладів.	Концепції «специфічності інтрапсихічного конфлікту» Ф. Александера; «профілю особистості» Ф. Данбар; «акцентуваної особистості» К. Леонгарда; алекситимії П. Сіфні; «готовності» до хвороби В. Єксуелла; життєвих подій Т. Холмса та Р. Раге; втрати «ключової фігури» Г. Енгела; втрати «значимих для індивіда об'єктів» Г. Фрейбергера та ін.

Л. Шелег також виділяє наступні етапи розвитку уявлень про психосоматичний статус особистості, які узагальнено нами в табл. 1.2.

Таблиця 1.2 – Етапи розвитку уявлень про психосоматичний статус особистості (узагальнено за даними [61])

Етапи	Характеристика
I. Стародавні часи	У Стародавніх Китаї та Індії розуміли існування взаємозв'язку між психічним та тілесним. Лікарі того часу були впевнені: негативні переживання – джерело більшості захворювань. В Стародавній Греції (Гіппократ, Сократ, Аристотель) людину розглядали як єдине ціле, тому тілесне лікування могло відбуватися тільки за наявності душевного спокою.
II. XVII ст.	З'являються вчення Р. Декарта про дуалізм душі та тіла, які доповнюють одне одного, але із запереченням зв'язку між ними. Б. Спіноза висунув концепцію цілісного організму, де органічно поєднуються тілесні та духовні процеси. Оскільки душа накладає відбиток на стан тіла, то сформувалося уявлення: «У здоровому тілі – здоровий дух».
III. XIX ст.	І. Хайнрот визначив низку захворювань (епілепсія, туберкульоз та ін.), які спричиняються психогеніями. М. Якобі ввів поняття «соматопсихіка» у доповнення та на противагу до «психосоматики». Ф. Дойч обґрунтував концепцію психосоматичного статусу особистості. Дістало розповсюдження твердження, що схильність до психосоматичних розладів людина отримує з дитинства.
IV. I пол. XXст.	З. Фрейд формулює теорію психоаналізу. Б. Штегман та П. Федерн пояснили психосоматикою появу у людини астми. К. Юнг вивчає соматичні реакції-відповіді тіла на зміни емоційного стану, встановлюючи тісний прямий зв'язок-вектор «здоров'я-емоції». Ш. Ференці вводить поняття «соматична конверсійна істерія». Ф. Дойч вводить поняття «психосоматична медицина». Г. Гроддек пояснює психосоматичні розлади вираженням негативних думок і фантазій. Г. Бергман характеризує стадію «функціонального розладу спонукань», яка передуює появі органічних змін. В. Райх виводить фізичну аналогію душевних травм: м'язова напруга. Ф. Александер доводить, що причина низки захворювань – людські конфлікти, які викликають тривале емоційне напруження. Ф. Данбар пропонує концепцію особистісних профілів, які визначають схильність людини до відповідних захворювань. А. Адлер виводить концепцію неповноцінності окремих людських органів, які пов'язані із психологічною неповноцінністю.
V. 60-ті рр XX ст. і дотепер	І. Павлов виводить теорію «умовних рефлексів». К. Биков та І. Курцин висувають гіпотезу кортико-вісцерального

	<p>походження психосоматичних захворювань.</p> <p>Г. Енгел розробляє концепцію «ключової фігури».</p> <p>Г. Фрейбергер розробляє концепцію «втрати значущих для індивіда об'єктів».</p> <p>В. Єксуелл висуває концепцію «готовності до хвороби» як відображення особливого психофізіологічного стану, коли стресові впливи переходять в хронічне перенапруження, а відповідний орган пошкоджується.</p> <p>Т. Холмс та Р. Раге виводять теорію життєвих подій, що базується на визначенні рівня стресу та відповідної ймовірності появи психосоматичного розладу.</p> <p>А. Мітчерліх вивів модель двох ступенів «лінії психологічної оборони», яка викликає психосоматичні розлади.</p> <p>В. Кеннон пропонує теорію емоцій, за якою стеничні негативні емоції стають реакцією «боротьби чи втечі».</p> <p>М. Франкенхойзер висуває концепцію «вегетативного супроводу емоцій».</p> <p>П. Сіфні вводить поняття «алекситимія», тобто «відсутність або недостатність слів для вираження емоцій».</p>
--	--

Отже, багато дослідників протягом тривалого періоду часу розвитку людства дотримуються позиції єдності тілесного та духовного, що призводить до виникнення різних психосоматичних розладів та захворювань. Н. Видолоб також звертає увагу, що тілесне і психічне в людині – це якісні показники одного цілого. Саме тому вказана авторка вважає, що неможливо говорити про здоров'я людини лише з позиції її фізичного здоров'я і, навпаки, психічне здоров'я особистості не може формуватися без урахування фізіологічних особливостей здоров'я. «Справжній психосоматичний біль має у своїй основі нефізіологічні причини: стрес, тотальний відчай, глибоке переживання втрати, відчуття самотності, страху, ненависті, злоби тощо» [9, с. 10].

Д. Харченко зроблено узагальнення різноманітних психосоматичних теорій, які наведено в табл. 1.3.

Таблиця 1.3 – Характеристика основних психосоматичних теорій за узагальненням Д. Харченко [53]

Психосоматичні теорії	Характеристика
ПСИХОАНАЛІТИЧНІ	Спираються на конверсійну модель, яка базується на тому, що тілесні порушення організму людини виконують функцію символічного вираження «пригнічених інтрапсихічних конфліктів»

ХАРАКТЕРОЛОГІЧНО-ОРІЄНТОВАНІ	Виникнення психосоматичних захворювань відбувається через характерологічні особистісні особливості.
ОСОБИСТІСНО-ОРІЄНТОВАНІ	Причини психосоматичних розладів пояснюються розвитком особистості, її захисних механізмів, появою зрілості, регресією особистості та впливом на все це внутрішніх чинників.
ПСИХОФІЗІОЛОГІЧНІ	Базуються на систематичних психофізіологічних перевітках, які дозволяють прояснити специфічність психосоматичних захворювань.
ГОМЕОСТАТИЧНІ	Засновані на бурхливому у своєму розвитку в останні часи підході, що отримав назву self-психології (теорія патології раннього розвитку та теорія об'єктивних відносин і фізіології), який стверджує, що функціонування людської психіки можна зрозуміти з точки зору міжособистісних зв'язків у процесі їх розвитку та формування порушень.
НЕЙРОГУМОРАЛЬНІ	Засновані на тому, що психосоматична патологія – це прояв загального неспецифічного адаптаційного синдрому, причинами виникнення якого є порушення внутрішнього середовища організму.

Усі наведені теорії, на думку Д. Харченко, є лише окремими напрямками пояснення психосоматичних розладів і захворювань під одним із різних кутів зору. Але навіть в межах конкретної теорії доцільно враховувати також психофізіологічні особливості самої людини, у якій спостерігаються розлади, оскільки одні і ті ж розлади та захворювання можуть по-різному проявлятися у різних людей та в частині норми чи патології. Також труднощі діагностування полягають в тому, що існують психічні стани, які є проміжними між патологією та нормою (транзиторні, зворотні), які за відсутності вчасної допомоги можуть трансформуватися у більш серйозні проблеми, якщо вчасно не приділити їм належну увагу. Також не завжди можна правильно відрізнити між собою звичайні емоційні риси характеру людини та прояви неврозу, психопатії або ще більш серйозних психічних розладів [53, с. 154-155].

Сьогодні категорія «психосоматика» вживається в різних наукових дослідженнях, тому немає чіткого єдиного підходу до її визначення. При цьому у процесі теоретичного аналізу праць різних науковців нами встановлено, що, по-перше, вона характеризує науковий напрям досліджень, який вивчає взаємовідносини між психічною та тілесною функціями організму, в результаті

якої психологічні переживання особистості можуть викликати різні хвороби. По-друге, психосоматика розглядається як низка феноменів щодо взаємовпливу психічного і тілесного, а також витікаючий з цього комплекс різних патологічних порушень. По-третє, як напрям медичної науки, що вивчає проблематику лікування психосоматичних порушень і розладів (психосоматична медицина).

О. Червинська визначає психосоматику як психологічний та медичний науковий напрям, який досліджує вплив психологічних, перш за все, психогенних, чинників на появу та подальше протікання соматичних захворювань. В основі таких захворювань лежить реакція організму на емоційні переживання, яка проявляється у вигляді функціональних змін та патологічних порушень в певних органах [58, с. 71].

Н. Старинець визначає психосоматику як сучасний клінічний напрям у медичній психології, «предметом якого є вивчення впливу психологічних чинників та їх взаємозв'язок з соматичними процесами» [50, с. 220].

В. Шмаргун та Т. Шмаргун характеризують психосоматику як напрям міждисциплінарних досліджень на межі одразу декількох наук – філософії, фізіології, медицини, психології, педагогіки та ін., який досліджує проблематику співвідношення психіки (душі) та соми (тіла), яке стає психосоматичною проблемою. Іншими словами, психосоматика займається тими проблемами людини, які містить одночасно і психологічні, і тілесні компоненти, які взаємодіють один з одним та впливають один на одного [63, с. 303].

І. Грицюк характеризує досліджувану категорію як «напрямок у медицині (психосоматична медицина) та психології, що займається вивченням впливу психологічних (переважно психогенних) факторів на виникнення і подальшу динаміку соматичних (тілесних) захворювань» [13, с. 4].

О. Бондарчук психосоматикою визначає сукупність всього комплексу проблем особистості, пов'язаних з взаємним впливом її психіки та фізіологічних механізмів життєдіяльності її організму (тобто

психофізіологічних проблем) [6, с. 12].

Н. Старинець виділяє у своєму дослідженні два ключові аспекти впливу соматичного захворювання на психічний стан особистості, які можуть існувати окремо або поєднуватися між собою [50, с. 221]:

- 1) хвороба як соматогенія (чинить прямий негативний вплив на нервову систему особистості);
- 2) хвороба, як психогенія.

Також дослідниками відмічається, що будь-яке хронічне соматичне захворювання (розлад) завжди чинить зворотній вплив на психіку людини, навіть якщо при цьому поки що не діагностується жодний клінічний чинник психічних порушень. Це так звана «внутрішня картина хвороби», яка являє собою поєднання всіх хвилювань особистості з приводу своєї соматичної патології [50, с. 221].

В цілому психосоматику сьогодні вважають важливим міждисциплінарним науковим напрямом, який, на думку О. Червинської, має наступні особливості [58, с. 71]:

- допомагає лікувати різні захворювання в межах медичного напрямку;
- вивчає вплив емоційних станів особистості на фізіологічні процеси організму в межах фізіологічного напрямку;
- досліджує поведінкові реакції організму, пов'язані із перебігом різних захворювань, а також психологічні механізми, які впливають на фізіологічні функції, в межах поведінкового психологічного напрямку;
- вивчає способи психотерапевтичної корекції деструктивних для організму емоційних реакцій в межах психотерапевтичного підходу;
- досліджує статистику розповсюдженості психосоматичних розладів в межах соціального підходу.

Також серед західних науковців, зокрема, американських психосоматичних теорій, в останні роки точаться активні дискусії щодо перегляду терміну «психосоматика» на більш сучасний, оскільки вказаний термін починається вважатися досить архаїчним. Дослідники пропонують

брати до уваги не тільки психологічну природу походження психосоматичних порушень, але і спадковий, соціальний та екологічний. У зв'язку з цим, в західній науці намітилась тенденція до заміни поняття «психосоматика» поняттям «психонейроімунологія», оскільки він більш точно передає зв'язок тілесного і духовного в людини через механізм нейроімуноної регуляції [58, с. 71].

В цілому можемо відмітити, що дослідники єдині в тому, що соматичні захворювання виступають стресовими чинниками для психіки особистості. Протікання одного і того ж психосоматичного захворювання у людей з різними особистісними рисами, а також наслідки для організму людини, можуть відрізнитися. Наприклад, тривожна, емоційно невірноважена та недовірлива людина може отримати психосоматичні ускладнення у вигляді патологічного розвитку неврозу, тривоги, страху, депресії, підвищеної дратівливості, безсоння, емоційної нестійкості, вегетативної дисфункції, нав'язливих думок тощо.

1.2 Психологічні розлади особистості: причини, особливості перебігу, наслідки

Психосоматика сьогодні давно вже вийшла за межі психіатрії та психології здебільшого цим питанням займаються лікарі та науковці, що працюють у сфері психіатрії та психології [50; 43; 57 та ін]. При цьому об'єктом їх наукових досліджень стають саме психосоматичні розлади.

Д. Харченко під такими розладами розуміє «зрушення в роботі функціональних систем організму, що пов'язані передусім з психоемоційними факторами» [53, с. 155]. Це визначення є чітким та повністю відповідає уявленням представників класичної психосоматичної медицини про визначальну роль регуляторних систем організму у поєднанні та взаємовпливі психічних та соматичних процесів.

Л. Шелег психосоматичними розладами вважає «результат негативного

впливу специфічних особливостей емоційного реагування особистості на стресогенну ситуацію, гострої чи хронічної психологічної травми на функціонування органів чи їх систем» [62, с. 320]. До основних ознак таких розладів віднесено: хронічність перебігу; виникнення розладів внаслідок впливу стресу; наявність емоційно-вольових проявів; труднощі в міжособистісній взаємодії; брак навичок самотійного подолання стресу та ін.

Л. Пипа, Ю. Лисиця та Р. Свістільник концепцію соматоформних (психосоматичних) розладів розглядають як окремий відносно самотійний вид невротичних порушень, які проявляються у людини функціональними розладами внутрішніх органів і систем, а також хронічними больовими синдромами [40, с. 123].

С. Мугаль звертає увагу, що в основі психосоматичних розладів особистості знаходиться її емоційна реакція на емоційне переживання. Остання, зазвичай, супроводжується функціональними змінами та патологічними порушеннями в органах людського організму. Така емоційна реакція може набувати форми суму та постійної тривоги, нейровегетативно-ендокринних змін, супроводжуватися відчуттям страху. При цьому захисні фізіологічні механізми організму запобігають повному розвитку відчуття страху. Крім того, саме ця емоційна реакція виступає з'єднувальною ланкою між психологічним та соматичним аспектами життя особистості [33, с. 141].

Іншими словами, психосоматичний розлад виникає тоді, коли емоційне переживання не блокується у людини її психологічним захистом, а переходить у соматизацію, вражаючи відповідну йому систему органів. Наслідком такого ураження стає поява деструктивно-морфологічних змін у соматичній системі організму, в результаті чого здійснюється генералізація психосоматичного захворювання [32, с. 78].

Психосоматичні розлади характеризуються такими порушеннями здоров'я, які передбачають реальну соматизацію переживань без відповідного психологічного захисту. В такій ситуації, через те, що доводиться захищати душевну рівновагу особистості, пошкоджується її тілесне здоров'я. Під час

перебігу психосоматичних захворювань, окрім суто психічної та соматичної сфер організму, в тій чи іншій мірі задіюються також інші сфери та системи: імунна, нервова та ендокринна [33, с. 141].

Як зазначають Г. Мозгова та С. Мугаль, поява симптомів психосоматичних розладів – це не що інше, як захисна психічна реакція організму, дія якої направлена на підтримку інтеграції власного «Я», запобігання його розпаду (фрагменталізації) [32, с. 79].

Л. Колеснікова, О. Дзятковська, Л. Ричкова та В. Поляков також своєму дослідженні звертають увагу на те, що психосоматичний розлад може виступати захворюванням, прояви якого підсилюються проблемою загального психічного здоров'я особистості або проблемою її психічного здоров'я, яка має ознаки фізичних симптомів [66, с. 884].

В свою чергу, В. Прокопов зазначає, що такі розлади, як і конверсійні, виступають тими станами особистості, які одночасно включають фізичні та психологічні складники. Поява та розвиток таких розладів дослідники пояснюють генетичною схильністю особистості до розвитку проблем із психічним здоров'ям. Проте вони також можуть бути спровоковані стресовими життєвими подіями навіть без видимих ознак спадковості. Також вказаний дослідник наголошує, що ці розлади часто спантеличують особистість і при цьому досить важко піддаються медичному лікуванню. Це пояснюється тим, що вони «є результатом негативного впливу специфічних особливостей емоційного реагування особистості на певну стресогенну ситуацію, що виражається в появі порушень функціонування органів і систем організму». Виникаючи в основному саме у дитинстві (у ранньому віці) психосоматичні розлади у дорослому житті стають причиною багатьох проблем та порушень [41, с. 162].

Зазначимо, що різні дослідники дещо по-різному підходили до класифікації психосоматичних розладів.

У дослідженні І. Середи [47, с. 34-35] знаходимо, що першу класифікацію психосоматичних розладів здійснив у своєму дослідженні М. Блейлер (1970 р.),

поділивши їх на три види: 1) органічні соматичні захворювання; 2) психогенні функціональні розлади; 3) психосоматичні розлади, пов'язані із аномаліями та переживаннями особистості, що показано нами в табл. 1.4.

Таблиця 1.4 – Класифікація психосоматичних розладів за М. Блейлером [47, с. 34-35]

Види психосоматичних розладів	Характеристика
1.ОРГАНІЧНІ СОМАТИЧНІ ЗАХВОРЮВАННЯ	Представляють собою класичні психосоматози та психосоматичні хвороби. Вирішальна роль в їх виникненні належить психогенному чиннику. До цієї групи відносяться: гіпертонія, виразка шлунка і дванадцятипалої кишки, інфаркт міокарда, мігрені, бронхіальна астма, ревматоїдний артрит, виразковий коліт і нейродерматит.
2.ПСИХОГЕННІ ФУНКЦІОНАЛЬНІ РОЗЛАДИ	Це короткотривалі та менш виражені, порівняно із попередніми, розлади, які знаходяться на межі норми. Тому їх іноді плутають з невротичними захворюваннями. Сюди належать: кардіореакції, виражена пітливість, заїкання, тіки, блювання, закрепи, енурез, сексуальні розлади.
3.ПСИХОСОМАТИЧНІ РОЗЛАДИ, ЩО ОБУМОВЛЕНІ АНОМАЛЬНИМИ ОСОБЛИВОСТЯМИ ОСОБИСТОСТІ ТА ЇЇ ПЕРЕЖИВАННЯМИ	По-перше, схильність до травм у осіб, які мають порушення ретельності та точності дій. По-друге, проблеми з вагою. По-третє, залежності від токсичних речовин (алкоголь, паління, ліки, інші наркотичні та шкідливі речовини).

У роботі Л. Шелег [62, с. 317] зазначається, що німецькі дослідники Г. Шмітт та І. Йочмус виділили три групи таких розладів:

- 1) психосоматичні функціональні порушення;
- 2) психосоматичні захворювання;
- 3) хронічні хвороби з болісними переживаннями (табл. 1.5).

Таблиця 1.5 – Класифікація психосоматичних порушень за Г. Шмітт та І. Йочмус [62, с. 317]

Види психосоматичних порушень	Характеристика
ПСИХОСОМАТИЧНІ ФУНКЦІОНАЛЬНІ ПОРУШЕННЯ	Являють собою психогенні порушення, характерні для дітей раннього віку: енурез, енкопрез, закрепи та ін., а також конверсійні неврози.
ПСИХОСОМАТИЧНІ ЗАХВОРЮВАННЯ	Характерні в більшій мірі для дорослих: бронхіальна астма, нейродерміти, виразковий коліт, виразка шлунку,

	нервова анорексія, бумілія та ін.
ХРОНІЧНІ ХВОРОБИ З БОЛІСНИМИ ПЕРЕЖИВАННЯМИ	Ниркова недостатність, діабет, злаякісні новоутворення та ін. Такі порушення потребують більш серйозного медикаментозного втручання разом із якісною психотерапевтичною допомогою.

У дослідженнях Л. Шелег [62, с. 317-318] також знаходимо іншу класифікацію психосоматичних розладів, запропоновану Т. Старк та Р. Блум (табл. 1.6).

Таблиця 1.6 – Класифікація психосоматичних розладів за Т. Старк та Р. Блум [62, с. 317-318]

Види психосоматичних розладів	Характеристика
1.КОНВЕРСІЙНІ (ДИСОЦІАТИВНІ) РОЗЛАДИ	Проявляються за допомогою клінічних ознак у вигляді рухових, сенсорних та вегетативних істеричних симптомів (затмарення свідомості, амнезія тощо). Ці розлади характеризуються відсутністю будь-якого фізичного або неврологічного порушення, які б стали причиною появи з часом впливу на них стресових подій або порушених взаємин тілесного і духовного.
2.БОЛЬОВІ СИНДРОМИ	Больові відчуття, які продовжуються більше 3-6 місяців, не мають чіткого больового діагнозу (немає тілесних пошкоджень або причину болю неможливо встановити). Людині ставиться діагноз «синдром хронічного болю». Медикаментозне лікування такого синдрому є низькоефективним. Психотерапевтичний вплив приносить порівняно кращі результати.
3.СОМАТИЗАЦІЯ	Являє собою форму психологічного захисту людини, яка трансформує своє психічне напруження у фізичний дискомфорт (хворобливі стани, нездужання тощо). Цей вид захисту характеризується підвищеною увагою людини до свого здоров'я та самопочуття, а також впливає на відносини з оточуючими шляхом презентування власного настрою, характеру працездатності, рівня товариствості тощо.
4.ПОХОНДРІЯ	Психогенні ознаки даного типу розладів проявляються у: відчутті постійного неспокою та страхах захворіти якоюсь хворобою або кількома хворобами; у постійних скаргах на своє фізичне здоров'я або занепокоєння ним без видимих причин; припущенні, що окрім основного, вже діагностованого, діагнозу є ще невиявлені приховані діагнози та хвороби.
5.СИМУЛЯЦІЯ	Штучно сформований розлад здоров'я шляхом удавання його основних симптомів. Також сюди відносять патологічні самовідчуття, які людина неусвідомлено

	провокує сама та які, частіше за все, виступають проявом у неї психічного захворювання.
--	---

Якщо порівняти між собою дві вищенаведені класифікації психосоматичних розладів, то можна зробити висновок, що друга класифікація більш насичена медичними та психіатричними складниками. У той же час, вона не має у своєму складі психогенних та соматогенних переживань, які дуже важливі для психосоматичних розладів.

Ще одну класифікацію психосоматичних розділів пропонують Б. Любан-Плоци, В. Пельдингер та Ф. Креггер, також описану у роботі Л. Шелег [62, с. 318]. За цією класифікацією психосоматичні розлади поділяють на такі, що наведені в табл. 1.7.

Таблиця 1.7 – Класифікація психосоматичних розладів за Б. Любан-Плоци, В. Пельдингер та Ф. Креггер [62, с. 318]

Види психосоматичних розладів	Характеристика
ПСИХОГЕННІ РОЗЛАДИ БЕЗ ОРГАНІЧНИХ ПРОЯВІВ	До цієї групи належать конверсійні розлади З. Фрейда, соматичні ілюзії, іпохондричні прояви і т.п.
ПСИХОСОМАТИЧНІ ФУНКЦІОНАЛЬНІ СИНДРОМИ	Різного роду соматизовані неврози: кардіоневроз, мігрень, прихована депресія та ін.
ПСИХОСОМАТОЗИ	Органічні захворювання. Їх основою виступає соматична реакція людини на конфліктне переживання, яка спричиняє патологічні зміни в органах та системах людського організму, які мають вроджену спадкову властивість <i>locus minoris</i> (місця найменшого опору)
ПСИХОСОМАТИЧНІ РОЗЛАДИ, СПРИЧИНЕНІ ОСОБЛИВОСТЯМИ ЕМОЦІЙНОГО РЕАГУВАННЯ ТА ПОВЕДІНКИ	Схильність до поведінки, яка спричиняє травми та саморуйнівні вчинки: алкоголізм, наркозалежність, тютюнопаління, екстремальні види спорту та ін.

В свою чергу, О. Червинська класифікує психосоматичні розлади тільки на три наступні види: 1) конверсійні симптоми; 2) функціональні синдроми; 3) психосоматози, як показано в таблиці 1.8.

Таблиця 1.8 – Класифікація психосоматичних розладів за Б. Любан-Плоцци, В. Пельдингер та Ф. Крегер [58, с. 70-71]

Види психосоматичних розладів	Характеристика
КОНВЕРСІЙНІ СИМПТОМИ	Такий симптом носить символічний характер, а його прояв може розцінюватися оточуючими як спроба розв'язати конфлікт. Прояви таких симптомів торкаються в основному довільної моторики та органів чуття. Прикладами розладів цієї групи можна вважати такі: паралічі і парастезії, психогенна сліпота і глухота, больові симптоми, блювота і т.п.
ФУНКЦІОНАЛЬНІ СИНДРОМИ	У людини відмічаються функціональні порушення окремих органів або їх систем. Будь-які органічні зміни, як правило, не діагностуються. Їх ще називають «органними неврозами».
ПСИХОСОМАТОЗИ	В їх основі – первинна тілесна реакція організму на конфліктне переживання, пов'язана з морфологічно встановлюваними змінами і патологічними порушеннями в органах. Основними психосоматозами спочатку вважалися наступні 7 захворювань: бронхіальна астма, виразковий коліт, есенціальна гіпертонія, нейродерміт, ревматоїдний артрит, виразка дванадцятипалої кишки, гіпертиреоз. Згодом до цього переліку науковці додали: туберкульоз, онкологію, інфекційні та інші захворювання. А окремі дослідники почали вважати, що практично всі захворювання можна вважати такими, що мають психосоматичну природу походження, пояснюючи це тим, що емоційні чинники діють на всі соматичні процеси через нервові та гуморальні канали впливу.

Л. Дідковська у своєму дослідженні наводить інформацію стосовно основних ознак психосоматичних розладів, сформульованих англо-американськими психологами (Дж. А. Уінтер, Л. Крейслер, Д. Кеннард, Дж. Робертс), а саме [16]:

- такі розлади носять не патологічний, а функціональний характер, але в майбутньому вони можуть стати причиною негативних фізичних змін в організмі;
- ці розлади викликаються неадекватним стимулом, який слугує свого роду «спусковим гачком» подальших соматичних проблем;
- вони являють собою неадекватну (далеку від норми) реакцію

організму на стимул;

- ці розлади зароджуються під час певної події, яка вже в минулому, але залишила за собою болісні відчуття;
- вони засновані на механізмі фіксованих реакцій (реакція організму на стимул завжди незмінна);
- для них характерні порушення свідомості (людина живе переживаннями з власного минулого).

I. Середя також наголошує, що найпоширенішою на сьогодні є наступна класифікація психосоматичних розладів, яка поділяє їх на три групи [47, с. 35-38]: 1) соматоформні порушення; 2) психосоматичні захворювання органів і психофізіологічні порушення; 3) порушення поведінки із соматичними наслідками (табл. 1.9).

Таблиця 1.9 – Класифікація психосоматичних розладів за I. Середою [47, с. 35-38]

Види психосоматичних розладів	Характеристика
1.СОМАТОФОРМНІ ПОРУШЕННЯ	Являють собою психогенні функціональні порушення органів за умови, що в них не відмічається жодних морфологічних або структурних порушень. Сюди, наприклад, відносять тахікардію при кардіоневрозі (за умов спокою робота серця нормальна, а під час хвилювання – підвищене серцебиття).
2. ПСИХОСОМАТИЧНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ОРГАНІВ І ПСИХОФІЗІОЛОГІЧНІ ПОРУШЕННЯ	Виникають під час органічних змін у хворому органі. При цих розладах психічний чинник виступає лише частиною причини, яка викликає хворобу. До інших чинників їх виникнення належать: генетичні, соматичні, соціальні. До цієї групи належать: виразкова хвороба, неспецифічний виразковий коліт, бронхіальна астма, тиреотоксикоз, есенціальна гіпертонія, ревматоїдний артрит, нейродерміт.
3.ПОРУШЕННЯ ПОВЕДІНКИ ІЗ СОМАТИЧНИМИ НАСЛІДКАМИ	Так, надмірне захоплення дієтами, як порушення нормальної поведінки, може призводити до органічних змін (наприклад, підліткова нервова анорексія).

O. Сегеда пропонує класифікувати психосоматичні розлади на три основні групи: 1) конверсійні симптоми; 2) функціональні синдроми; 3) психосоматичні хвороби, як показано в таблиці 1.10.

Таблиця 1.10 – Класифікація психосоматичних розладів за О. Сегедою [45, с. 159]

Види психосоматичних розладів	Характеристика
1.КОНВЕРСІЙНІ СИМПТОМИ	Являють собою емоційні порушення, з якими людина не може впоратися. Такі симптоми можуть носити символічний характер. Їх демонстрація оточуючим може розцінюватися як спроба вирішення конфлікту. До таких симптомів відносять: конверсійну амнезію, ступор, розлади рухів, судоми та ін.
2.ФУНКЦІОНАЛЬНІ СИНДРОМИ (ОРГАННІ НЕВРОЗИ)	Характеризуються появою фізичних повторюваних симптомів, які наявні за відсутності об'єктивних доказів фізичної хвороби. Супроводжуються наявністю вегетативних або психоемоційних порушень. Приклади таких розладів: соматизований розлад (синдром множинних скарг); іпохондричний розлад; соматоформна вегетативна дисфункція серця або шлунку, дихальної або сечостатевої системи тощо.
3.ПСИХОСОМАТИЧНІ ХВОРОБИ (ОРГАНІЧНІ ПСИХОСОМАТОЗИ)	Соматичні захворювання, в основі появи яких лежить первинна тілесна реакція на конфліктне переживання, яка пов'язана з морфологічно встановлюваними змінами і патологічними порушеннями в органах. Сюди належать хвороби: серцево-судинної системи (артеріальна гіпертензія, аритмія), шлунково-кишкового тракту (гастрит, виразка), органів дихання (риніт, бронхіт), ендокринної системи (гіпертиреоз, діабет), сечостатевої системи (безпліддя, імпотенція), шкіри (псоріаз, екзема) тощо.

Класифікація психосоматичних розладів не вичерпується наведеними вище класифікаціями. Існує безліч інших підходів, але вони в тій чи іншій мірі дублюють вищенаведені, тому немає потреби наводити їх в межах даного дослідження.

Отже, психосоматичні розлади – це група хворобливих станів особистості, які характеризуються виникненням та загостренням соматичних патологій, що виникають при взаємодії соматичних та психічних чинників. Тобто не дивлячись на всю різноманітність таких розладів, їх об'єднує одна спільна ознака: поєднання порушень психічної і соматичної сфери, що вимагає тісного співробітництва лікарів та психологів. Основними характерними рисами таких розладів є: 1) хронічне та рецидивне протікання;

2) невідповідність клінічних проявів даним обстеження; 3) недостатня ефективність медикаментозного лікування; 4) підвищена роль психічного стресу у прояві, розвитку та динаміці; 5) наявність пригнічених емоційних переживань; 6) недостатність навиків подолання стресу; 7) більш позитивний ефект від психотерапії, ніж від медикаментів [45, с. 162].

Загалом же можемо відмітити, що у всіх наведених вище класифікаціях психосоматичних розладів простежується взаємозв'язок психічного і соматичного: при цьому психічний стан особистості чинить вплив на її фізичне здоров'я та самопочуття, призводячи до негативних змін, і навпаки – фізичний стан може викликати психічні переживання, які також призводять до психосоматичних розладів. У відповідності до вищенаведеного Л. Шелег говорить про два пов'язані та зворотні процеси: психосоматичні та соматопсихічні, називаючи таке розмежування до певної міри умовним, оскільки зв'язок може бути однаково прямий та зворотний. Крім того, характер реагування на одні і ті ж подразники у різних людей є відносно різним, що також може викликати у одних людей психосоматичні розлади, а у інших проходити без змін. Причому така індивідуальна реактивність у однієї і тієї ж людини може бути різною в різні життєві періоди та в різних обставинах [62, с. 319].

1.3 Обґрунтування психологічних чинників впливу на розвиток психосоматичних розладів особистості

Дослідження проблематики психосоматичних захворювань передбачає також дослідження чинників їх виникнення. Погоджуємося з думкою більшості дослідників, що основоположними причинами, які сприяють розвитку психосоматичних розладів, вважаються психологічні, зокрема, психотравмуючі події. Крім того, певним чином на виникнення та протікання таких розладів впливають особистісні особливості людини відповідного структурного типу. Також у процесі дослідження нами встановлено, що для

більшості психосоматичних розладів та захворювань, які вони спричиняють, значну роль відіграють чинники спадковості, оточуючого соціального середовища і т.п., які також певним чином впливають на імунні та обмінні процеси в організмі.

Критичний огляд наукових праць свідчить, що у дослідників наявний значний інтерес до вивчення питання чинників, які викликають психосоматичні розлади. Проте також нами відмічено, що їх погляди та підходи дещо відрізняються один від одного, що не дозволяє їм дійти одностайної думки по цьому питанню. Погоджуємося з позицією К. Бондарчук, що науковці подекуди навіть суперечать один одному в цьому питанні, тому досі не сформована єдина класифікація таких чинників, що в певній мірі ускладнює процес лікування психосоматичних захворювань [5, с. 375].

У дослідженнях О. Сегеди здійснене узагальнення дослідження сучасних наукових праць з психосоматики щодо основних концепцій виникнення психосоматичних розладів, які узагальнено нами в табл. 1.11.

Таблиця 1.11 – Характеристика концепцій виникнення психосоматичних розладів за О. Сегедою [45, с. 160-161]

Концепції виникнення психосоматичних розладів	Характеристика
1.КОНЦЕПЦІЯ АЛЕКСИТИМІЇ	Алекситимія в найбільш загальному розумінні розглядається як нездатність людини описати та пояснити свій емоційний стан, свої переживання та пов'язані з цим труднощі. Її ще називають «душевною сліпотою». Накопичення таких емоцій, які не виходять назовні, призводить до появи психосоматичних захворювань.
2.КОНЦЕПЦІЯ ГОСТРОГО (ХРОНІЧНОГО) СТРЕСУ	Такий стрес може бути спричинений розлученням, смертю близької людини, макрокризисними ситуаціями (війна, стихійне лихо). Він носить катастрофічний характер, порушує здатність людини до пристосування. Такий стрес осідає в довгостроковій пам'яті людини, а також стає причиною емоційного вигорання. В подальшому це призводить до емоційного виснаження та розвитку психосоматичних захворювань.
3.КОНЦЕПЦІЯ ВНУТРІШНЬОГО КОНФЛІКТУ	Це конфлікт в свідомості індивіда між двома однаковими за інтенсивністю, але різними за спрямуванням мотивами його діяльності.
4.КОНЦЕПЦІЯ	Базується на тому, що окремі риси особистості є

ОСОБИСТІСНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ	«чинниками ризику», що формують схильність до психосоматичних розладів. Наприклад, поведінка людини може характеризуватися агресивністю, нетерплячістю, постійними хвилюваннями по різних дрібницях, що постійно тримають людину в напруженому стані.
------------------------------	---

Розглядаючи психосоматичні симптоми, серед причин їх появи Т. Хомуленко виділяє істотний вплив психологічної складової на появу негативних тілесних порушень у функціонуванні органів та систем людського організму. У складі такої психологічної складової вказана авторка виділяє наступні компоненти (негативні реакції) [55, с. 239-240]:

- негативні психоемоційні стани – страх, стрес, депресія, фрустрація, заздрість, образи, провина, ворожість, сором, розчарування, залежність, підозрілість тощо;
- внутрішні конфлікти – конфлікт інтересів при виборі варіантів рішення, при формуванні одночасно несумісних бажань, при виборі між бажанням і заборонаю або між бажанням і можливістю;
- труднощі адаптації – у випадку необхідності коригування чи зміни алгоритму звичних дій чи поведінки;
- складні життєві ситуації – зміни в трудовій діяльності, у місці проживання, у складі сім'ї, які є небажаними, несвоєчасними, ненадійними, неочікуваними, неординарними тощо.

Схожими чинниками виникнення психосоматичних розладів оперують у своїх дослідженнях І. Середа [47, с. 27-28] та О. Червинська [58, с. 71]:

- спадковість та вроджені соматичні порушення і дефекти;
- спадкова схильність до психосоматичних розладів;
- порушення діяльності ЦНС (нейродинамічні зрушення в організмі);
- особистісні особливості (поведінка, характер, загальний душевний стан, психоемоційний стан);
- загальний психофізичний стан у момент впливу психотравмуючих подій;
- несприятливі сімейні та інші соціальні впливи;

- особливості психотравмуючих подій.

Їх характеристика подана в табл. 1.12.

Таблиця 1.12 – Чинники виникнення психосоматичних розладів, що пропонуються у дослідженнях І. Середи [47, с. 27-28] та О. Червинської [58, с. 71]

Чинники виникнення психосоматичних розладів	Характеристика
СПАДКОВІСТЬ ТА ВРОДЖЕНІ СОМАТИЧНІ ПОРУШЕННЯ	Проявляється як спадкова обтяженість соматичними порушеннями та дефектами, пов'язана з хромосомними мутаціями.
СПАДКОВА СХИЛЬНІСТЬ ДО ПСИХОСОМАТИЧНИХ РОЗЛІДІВ	Така схильність існує при: артеріальній гіпертензії (22-62%), бронхіальній астмі (65-85%), нейродерміті (66%), виразковій хворобі, ревматоїдному артриті, тиретоксикозі.
ПОРУШЕННЯ ДІЯЛЬНОСТІ ЦНС	Ці порушення ведуть до нейродинамічних змін в організмі людини.
ОСОБИСТІСНІ ОСОБЛИВОСТІ	Зокрема, замкненість, стриманість, недовірливість, тривожність, сенситивність (чутливість), схильність до легкого виникнення фрустрацій (розчарувань), переважання негативних емоцій над позитивними, невисокий рівень інтелектуального функціонування у поєднанні з вираженою нормативністю та установкою на досягнення високих результатів.
ЗАГАЛЬНИЙ ПСИХОФІЗИЧНИЙ СТАН	В момент переживання складних життєвих подій може виникнути почуття безвиході, зневіри у власних силах, відчуження. Це веде до появи захворювання, у той час як енергетична позиція у ставленні до цих подій, здатність брати на себе відповідальність, упевненість у можливості управляти цими подіями також скорочується.
НЕСПРИЯТЛИВІ СІМЕЙНІ ТА ІНШІ СОЦІАЛЬНІ ВПЛИВИ	Якщо кількість подій, що ведуть до серйозних змін у житті, зростає вдвічі і більше порівняно із нормальним протіканням життя, то ймовірність появи психосоматичних розладів зростає на 80%.
ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОТРАВМУЮЧИХ ПОДІЙ	Ці чинники не тільки провокують психосоматичні розлади, але і роблять людину більш вразливою до емоційних стресів, зменшують біологічний захист організму, провокують ускладнення протікання захворювань тощо.

Узагальнення думок цілої когорти науковців дозволяє нам з певною мірою вірогідності визначити два основних психологічних чинника виникнення психосоматичних розладів у особистості: стрес та конфлікт. В

першому випадку психосоматичний розлад виникає як реакція організму на дію різного роду стресових ситуацій. В другому – як вмотивований захист особистості на збереження цілісності власної усвідомленої поведінки.

З приводу другого чинника О. Гура зауважує, що механізми психологічного захисту особистості орієнтовані на збереження цілісності усвідомленої поведінки. Відповідно, особистісний мотив, який суперечить установкам поведінки, не повинен усвідомлюватися особистістю, бо в результаті такого усвідомлення може відбутися дезінтеграція поведінки і виявиться недосяжним цілісне, внутрішньо несуперечливе сприйняття світу. Витіснений мотив стає джерелом невротичної тривоги або психосоматичних захворювань [14, с. 37].

Не дивлячись на те, що психосоматичні розлади можуть виникати ще з дитинства, у дорослому житті особистості також існує ціла низка чинників, що можуть викликати психосоматичні розлади. Її емоційне життя багато в чому визначається частотою та інтенсивністю емоційних навантажень та стресових реакцій. На думку К. Бондарчук, цьому сприяє низка умов: стрімка зміна соціального та фізичного середовища, прискорення темпів життя і підвищення його вартості, соціальні та екологічні катаклізми. Результатом є критичне накопичення страху, тривоги, безпорадності, туги і відчаю [5, с. 374].

В свою чергу, Н. Волошко виокремлює 3 основні чинники виникнення психосоматичних розладів:

- наявність специфічних інтрапсихічних конфліктів, притаманних особам з певними хворобами;
- вразливість певних органів (вроджена або набута в ранньому віці);
- стресова ситуація-прискорювач, яка впливає на хворого [10, с. 126].

Ю. Мартинова та Є. Харчук до основних чинників виникнення таких розладів відносять, перш за все, генетично зумовлену схильність, а також особистісні риси людини, які свідчать про її схильність до депресивності, істероїдності, іпохондрії, наявність тривалих тривожно-фобічних станів тощо. Також вказані дослідники наголошують, що в результаті впливу певних

обставин зовнішнього середовища (наприклад, потрапляння у важкі життєві обставини, коли втрачається контроль над ситуацією), у людини формується відчуття безнадійності та безпорадності, тому психологічна проблема за відсутності можливості її скорішого вирішення трансформується у фізичну. Також немаловажними чинниками виступають психосоціальні. Ще одним чинником появи психосоматичних розладів дослідники називають психоемоційні та психосоціальні стреси [30, с. 62].

С. Мугаль до основних чинників виникнення психосоматичних розладів відносить наступні [33, с. 140-141]:

- спадкова схильність;
- гострі та хронічні стреси;
- соціальні чинники;
- педагогічна занедбаність;
- метаболічні розлади та інфекції TORCH-комплексу (герпес, цитомегалія, токсоплазмоз тощо).

Багатьма дослідниками досить часто відмічається, що психосоматичне захворювання саме по собі є властивістю людського організму як системи: воно не походить окремо ні з психічних, ні з фізіологічних (включаючи спадковість) якостей індивіда. Тобто чинниками виникнення психосоматичних розладів не можуть бути обставини функціонування якоїсь однієї підсистеми – психічної чи соматичної. Лише поєднання та взаємодія цих підсистем особистості із навколишнім середовищем, повним стресогенних та психоемоційних чинників, можуть призвести до нового стану організму, який визначається як психосоматичний розлад, що переростає у психосоматичне захворювання. Отже, тільки чітке розуміння таких зв'язків дозволяє з більшою мірою результативності говорити про можливості лікування психосоматичних захворювань, у т.ч. і засобами психотерапії.

Таким чином, причини психосоматичних розладів криються в психіці людини, тому лікувати їх повинен не лише вузькопрофільний спеціаліст, але і

психотерапевт. Схильність до психосоматичних розладів буває генетичною, а буває набутою через ситуації, що травмують психіку.

Переходячи до власного обґрунтування психологічних чинників виникнення психосоматичних розладів, відзначимо, що жодним дослідником не ураховано вплив чинника духовної кризи особистості. На нашу думку, оскільки психосоматика вивчає особливості взаємодії душі і тіла, то логічним є визначення саме наявності та рівня духовної кризи особистості, яка носить екзистенційний характер та наявність якої у особистості також може спричиняти психосоматичні розлади.

З урахуванням вищенаведеного, на основі урахування думок науковців нами визначено авторську позицію на склад психологічних чинників виникнення психосоматичних розладів для цілей проведення емпіричного дослідження, склад яких наведено в табл. 1.13.

Таблиця 1.13 – Авторський підхід до систематизації психологічних чинників виникнення психосоматичних розладів особистості

Чинники	Характеристика
ЗАГАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНИЙ ЧИННИК	Характеризує загальний психічний стан особистості, який визначає її схильність або несхильність (психологічний опір) до впливу різних стресових ситуацій, оцінює загальне психоемоційне самопочуття особистості, її настрої тощо.
ЧИННИК ПСИХІЧНИХ СТАНІВ	Характеризується тим, що різні психічні стани дозволяють людині по різному сприймати різні стресові та конфліктні ситуації, що призводять до виникнення психосоматичних розладів. Тому важливо оцінити, в якому саме стані знаходиться особистість, щоб визначити ймовірність та ризик появи таких розладів.
ЧИННИК ТРИВОЖНОСТІ	Багатьма дослідниками доводиться значний вплив стану тривожності на виникнення таких розладів. Тому нами включено його до складу дослідження.
ЕМОЦІЙНИЙ ЧИННИК	Дослідниками також відзначається руйнівний вплив негативних емоцій на виникнення психосоматичних розладів.
ЧИННИК ДУХОВНОЇ КРИЗИ	Оскільки психосоматика досліджує взаємодію душі і тіла, то логічним вважаємо визначення рівня духовної кризи особистості.

В наступному розділі даного дослідження нами підібрано методики для

визначення впливу кожного чинника та встановлено їх взаємозалежність за результатами кількісно-якісного та статистичного аналізу.

Висновки до розділу 1

Проведене теоретичне дослідження психосоматики як психологічного феномену свідчить, що дана проблема спочатку носила в основному медичний характер та широко розглядалася фахівцями в галузі медицини, не дивлячись на те, що причини таких розладів мають психічну та психологічну основу.

Основними науковими підходами до формування наукових теорій щодо проблематики психосоматичного статусу особистості вважаються: психоаналітичний, психофізіологічний та психодинамічний. При цьому основними психосоматичними теоріями вважаються: психоаналітичні, характерологічно-орієнтовані, особистісно-орієнтовані, психофізіологічні, гомеостатичні, нейрогуморальні.

Установлено, що багато дослідників протягом тривалого періоду часу розвитку людства дотримуються позиції єдності тілесного та духовного, що призводить до виникнення різних психосоматичних розладів та захворювань.

Сьогодні категорія «психосоматика» вживається в різних наукових дослідженнях, тому немає чіткого єдиного підходу до її визначення. При цьому у процесі теоретичного аналізу праць різних науковців нами встановлено, що, по-перше, вона характеризує науковий напрям досліджень, який вивчає взаємовідносини між психічною та тілесною функціями організму, в результаті якої психологічні переживання особистості можуть викликати різні хвороби. По-друге, психосоматика розглядається як низка феноменів щодо взаємовпливу психічного і тілесного, а також витікаючий з цього комплекс різних патологічних порушень. По-третє, як напрям медичної науки, що вивчає проблематику лікування психосоматичних порушень і розладів (психосоматична медицина).

В цілому можемо відмітити, що дослідники єдині в тому, що соматичні

захворювання виступають стресовими чинниками для психіки особистості. Протікання одного і того ж психосоматичного захворювання у людей з різними особистісними рисами, а також наслідки для організму людини, можуть відрізнятися. Наприклад, тривожна, емоційно неврівноважена та недовірлива людина може отримати психосоматичні ускладнення у вигляді патологічного розвитку неврозу, тривоги, страху, депресії, підвищеної дратівливості, безсоння, емоційної нестійкості, вегетативної дисфункції, нав'язливих думок тощо.

В основі психосоматичних розладів особистості знаходиться її емоційна реакція на емоційне переживання. Остання, зазвичай, супроводжується функціональними змінами та патологічними порушеннями в органах людського організму. Така емоційна реакція може набувати форми суму та постійної тривоги, нейровегетативно-ендокринних змін, супроводжуватися відчуттям страху. При цьому захисні фізіологічні механізми організму запобігають повному розвитку відчуття страху. Крім того, саме ця емоційна реакція виступає з'єднувальною ланкою між психологічним та соматичним аспектами життя особистості.

Іншими словами, психосоматичний розлад виникає тоді, коли емоційне переживання не блокується у людини її психологічним захистом, а переходить у соматизацію, вражаючи відповідну йому систему органів. Наслідком такого ураження стає поява деструктивно-морфологічних змін у соматичній системі організму, в результаті чого здійснюється генералізація психосоматичного захворювання.

На основі урахування думок науковців нами визначено авторську позицію на склад психологічних чинників виникнення психосоматичних розладів для цілей проведення емпіричного дослідження: загально-психологічний чинник, чинник психічних станів, чинник тривожності, емоційний чинник, чинник духовної кризи.

РОЗДІЛ 2

ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ПСИХОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ НА РОЗВИТОК ПСИХОСОМАТИЧНИХ РОЗЛАДІВ ОСОБИСТОСТІ

2.1 Обґрунтування методик діагностування впливу психологічних чинників на розвиток психосоматичних розладів особистості

ЗАГАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНИЙ ЧИННИК.

Для реалізації мети даного емпіричного дослідження доцільно визначитися з відповідним методичним інструментарієм. Тому нами було вивчено праці інших дослідників щодо проблематики діагностики загально-психологічних станів особистості різними авторами.

У процесі зазначеного порівняльного аналізу з'ясовано, що найбільш широко розповсюдженим опитувальником в частині оцінювання наявних у людини психоемоційних станів вважається *«Методика САН (самопочуття, активність, настрій)»*. Зокрема, її вважають корисною та рекомендують використовувати такі науковці: В. Баскіна [2], М. Білера [59], О. Валькевич [59], Л. Галаманджук [17], А. Гета [11], Ю. Голенкова [24], С. Дереза [19], О. Дядюра [19], Г. Єдинак [17], Є. Канюка [19], О. Кіосєва [20], Т. Кравчук [24], А. Лукавенко [29], В. Матійчук [59], В. Лозинський [28], А. Магльований [46], В. Мицько [54], Г. Мороз [29], І. Рядинська [24], Н. Санжарова [24], Н. Семенова [46], В. Сюсюка [51], І. Трубочова [19], В. Ходан [54], Р. Черкашин [59], С. Чернігівська [19] та ін.

Методика САН дозволяє діагностувати три основні функціональні психоемоційні стани – самопочуття, активність, настрій. Процес визначення їх рівнів базується на тому, що респондентів просять співвіднести свій поточний внутрішній психічний стан з наведеним у бланку опитувальника переліком (всього 30 ознак). Для цього пропонується застосувати багатоступеневу шкали із семи 7 цифр (-3,-2,-1,0,1,2,3). Респондент має обрати в цій шкалі ту цифру, яка найбільш відповідає його поточному стану на момент проведення

опитування. Діагностика блоку «Самопочуття» виявляє силу здоров'я та самопочуття особистості. В свою чергу, блок «Активність» свідчить про рівень рухливості, швидкості та темпу перебігу її життєвих функцій, а блок «Настрій» – про її загальноемоційний стан.

У ході обробки результатів опитування цифри з бланку відповідей (-3,-2,-1,0,1,2,3) перекоднуються в числа від 1 до 7 балів (самій низькій активності та найбільш поганому самопочуттю і настрою ставиться 1 бал і так по висхідній до 7 балів. Таким чином, більш позитивні самопочуття, емоції та настрої формують для опитуваного більшу кількість балів, а негативні – менше.

Наступним етапом діагностики розраховується середнє арифметичне всіх отриманих респондентом балів (як по опитувальнику у цілому, так і окремо по категоріям активності, самопочуття і настрою). Отримані суми балів діляться на 10.

Підсумкові результати оцінки рівнів психоемоційного стану за методикою САН інтерпретуються з урахуванням отриманих таких середніх балів на основі шкали, наведеної в табл. 2.1.

Таблиця 2.1 – Шкала інтерпретації результатів за методикою САН

Середній бал за методикою	Характер психоемоційного стану	Рівні прояву впливу загально-психологічного чинника
>5,5	Підвищений	Низький
5-5,5	Нормальний	Середній
<5	Занижений	Високий

Опис методики САН, інструкція для її застосування та бланк опитувальника наведено в додатку А.1.

ЧИННИК ПСИХІЧНИХ СТАНІВ

Вивчення методик різних авторів щодо оцінки психоемоційних станів також дозволило зробити висновок, що розповсюдженою для цього є також *Методика (тест) самооцінки психічних станів Г. Айзенка*. Цю методику пропонують використовувати такі дослідники як: М. Балушок [1], О. Божок [3], В. Бондарь [7], О. Возняк [38], Н. Волинець [37], І. Ганжук [7], Н. Глоба [18],

Л. Дейниченко [15], І. Ісаєва [18], І. Кармазіна [18], З. Ковальчук [22], О. Куліш [26], Д. Маракушин [18], Л. Музичко [34], Л. Панчук [37], Г. Пасічник [38], О. Прохорова [42], М. Шпак [64] та ін.

Зміст методики наведено в Додатку А.2.

Методика Г. Айзенка, як видно з Додатку А.2, використовується для оцінювання деяких неадаптивних станів особистості (тривога, фрустрація, агресія), а також пов'язаних із ними властивостей (тривожність, фрустрованість, агресивність і ригідність).

Дана методика може використовуватись як самостійний повноцінний опитувальник для визначення типів психічних станів особистості, так і в комплексі з іншими подібними методиками, що і зроблено в нашому випадку дослідження психологічних чинників розвитку психосоматичних розладів особистості.

40 тверджень методики Г. Айзенка дозволяють охарактеризувати 4 психічні стани: тривожність, фрустрація, агресивність, ригідність. Якщо для опитуваного дане твердження характерно часто, то за нього він отримує 2 бали. Якщо стан із твердження буває рідко, то опитуваному виставляється 1 бал. Якщо стан із твердження взагалі не властивий для опитуваного, і він ніколи в ньому не перебуває – 0 балів.

Наведена методика належить до типу «олівець-папір», тому її можна використовувати як під час групового, так і індивідуального діагностування. Час не фіксується. По завершенню підраховують загальну суму балів по кожній із 4-х груп питань:

I: 1-10 питань – тривожність;

II: 11-20 питань – фрустрація;

III: 21-30 питань – агресивність;

IV: 31-40 питань – ригідність.

Результати діагностики за даною методикою, як видно з Додатку А.2, інтерпретуються на основі шкали, що наведена в табл. 2.2.

Таблиця 2.2 – Шкала інтерпретації результатів оцінювання психічних станів за методикою Г. Айзенка

Кількість набраних балів	Рівні тривожності	Рівні фрустрації	Рівні агресивності	Рівні ригідності	Загальний рівень впливу чинника психічних станів
0-7	Не тривожний	Висока самооцінка, стійкий до невдач	Спокійний, стриманий	Ригідності немає, легке переключення	Низький
8-14	Тривожність середнього, допустимого рівня	Середній рівень, фрустрація має місце	Середній рівень агресивності	Середній рівень ригідності	Середній
15-20	Дуже тривожний	Низька самооцінка, уникає труднощів, боїться невдач, фрустрований	Агресивний, нестриманий, є труднощі у спілкуванні і роботі з людьми	Сильно виражена ригідність, незмінність поведінки, поглядів, переконань, навіть якщо вони розходяться, не відповідають реальній життєвій ситуації	Високий

Дана методика ідеально підходить для використання у контексті теми дослідження, оскільки досліджує саме ті психічні стани, що визначають виникнення психосоматичних розладів, тому нами ураховано її використання.

ЧИННИК ТРИВОЖНОСТІ

У ході теоретичного аналізу також було встановлено, що важливим чинником виникнення психоемоційних розладів вважається тривожність. Тому у доповнення до двох попередніх чинників та відібраних для них методик нами прийнято рішення визначити вплив чинника тривожності та застосувати для цього шкалу реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності Спілбергера (State-Trait Anxiety Inventory; STAI).

Дану методику рекомендують використовувати такі дослідники, як: С. Болтоносів [4], Л. Васякіна [60], О. Коломієць [23], А. Неурова [36], Т. Пасько [49], О. Пашкова [49], В. Петренко [39], О. Ревякіна [44], Р. Слухенська [49], В. Сюсюка [51], В. Чугунов [60] та ін.

Зміст методики оцінювання тривожності Спілбергера наведено в Додатку А.3.

Методика дозволяє опитуваним провести самооцінку двох рівнів тривожності: в даний момент (реактивна тривожність як стан) та загальної особистісної тривожності (тривожність як стійка характеристика особистості).

У межах даної методики, як видно з Додатку А.3, виокремлено 2 підшкали – ситуативної та особистісної тривожності, характеристика яких здійснена в табл. 2.3.

Таблиця 2.3 – Характеристика підшкал оцінювання тривожності за методикою Спілбергера

Шкали тривожності	Характеристика	Що дозволяє оцінити шкала
Ситуативна (реактивна)	Характеризує суб'єктивно пережиті людиною емоції. Проявляється як її емоційна реакція (різна за інтенсивністю та тривалістю в часі) на стресову ситуацію.	Поточний стан тривоги: як людина відчуває себе «прямо зараз». Оцінка стану тривожності здійснюється за суб'єктивними характеристиками: відчуття страху, напруження, невротичність, неспокій, збудження вегетативної нервової системи.
Особистісна	Характеризує схильність людини до тривоги в цілому, а не в поточний момент. Формується як усереднене сприйняття нею багатьох ситуацій як загрозливих та формування на кожну з них певної тривожної реакції.	Відносно стабільні аспекти особистісного стану людини, її схильність до занепокоєння, відчуття (стану) спокою, впевненості та безпеки або навпаки.

Зміст методики Спілбергера свідчить, що якщо у респондента виявлено високий показник особистісної тривожності, то це значить, що стан такої тривожності є в різних його життєвих ситуаціях. Також методика говорить, що дуже висока особистісна тривожність досить часто прямо корелює з емоційними і невротичними зривами та психосоматичними розладами. Саме

тому дуже важливо було включити дану методику до складу методик дослідження впливу психологічних чинників на розвиток психосоматичних розладів особистості.

Опитувальник Спілбергера має 40 питань (по 20 на ситуативну та особистісну тривожність). Загальна сума балів по кожній із підшкал становить 20-80 балів. При цьому, чим більша їх кількість набрана респондентом, тим вищий рівень його тривожності.

Методика Спілбергера передбачає наступні рівні тривожності особистості (табл. 2.4).

Таблиця 2.4 – Шкала оцінювання рівнів тривожності за методикою Спілбергера, балів

Кількість набраних балів	Рівні тривожності за методикою	Рівні впливу чинника тривожності на виникнення психосоматичних розладів
45-80	Високий	Високий
31-44	Середній	Середній
20-30	Низький	Низький

Доцільно також відзначити, що зіставлення результатів за обома підшкалами даної методики дозволяє оцінити індивідуальну значимість стресової ситуації для респондента.

ЕМОЦІЙНИЙ ЧИННИК

Для чинника емоційного стану обрана *методика діагностики «перешкод» у встановленні емоційних контактів В. Бойка* (Додаток А.4).

Методика В. Бойка складається з 25 питань, які дозволяють визначити ступінь того, як людина уміє управляти своїми емоціями у розрізі наступних блоків: невміння управляти емоціями, дозувати їх; неадекватний прояв емоцій; негнучкість, нерозвиненість, невиразність емоцій; домінування негативних емоцій; небажання зблизитися з людьми на емоційній основі.

Дана методика підходить нам тому, що у процесі теоретичного дослідження було визначено важливість для особистості управляти своїми емоціями, контролювати їх прояви, особливо в критичних та стресових ситуаціях, щоб не допускати виникнення психосоматичних розладів та подальших захворювань.

Шкала інтерпретації результатів за даною методикою наведена в таблиці 2.5.

Таблиця 2.5 – Рівні оцінювання емоційного чинника виникнення психосоматичних розладів за методикою В. Бойка

Кількість набраних балів	Характеристика рівня управління емоціями	Рівень впливу емоційного чинника на виникнення психосоматичних розладів
Не більше 5 балів	Емоції не заважають спілкуватися з людьми	Низький
6-8 балів	Є деякі емоційні проблеми в повсякденному спілкуванні	Середній
9-12 балів	Емоції кожного дня ускладнюють взаємодію з людьми	Високий
13 і більше	Емоції в повній мірі заважають встановлювати контакти з людьми	Високий

Отже, чим більше сума балів, тим виразнішою є емоційна проблема особистості у повсякденному спілкуванні. Проте автор методики також говорить, що набірвання малої кількості балів (0-2) може означати не відсутність проблем на емоційному рівні, а те, що респондент міг бути не до кінця щирим або не цілком усвідомлює свою емоційну поведінку.

ЧИННИК ДУХОВНОЇ КРИЗИ

Вивчаючи проблематику оцінки духовності знаходимо, що її можна охарактеризувати станом екзистенційної кризи. При цьому ми побачили, що методичний інструментарій такої оцінки досить обмежений. Так, на сьогоднішній день практично єдиною методикою повноцінної оцінки духовної

кризи особистості виступає опитувальник «Переживання екзистенційної кризи» (автор: Л. Сенкевич). Саме в складі цієї методики оцінюється духовна складова екзистенційної кризи. Вона містить такі шкали: безглуздість справи, професії, кар'єри; обезцінення людського життя; невдоволеність собою; невдоволеність своїм минулим; невдоволеність своїм теперішнім; проблеми свободи та відповідальності; самотність; незахищеність; відчай, страждання та почуття провини. Проте дана методика відсутня у вільному електронному доступі.

Проте нами було встановлено, що максимально наближеною до цієї методики є методика «Духовна криза» Л. Шутової та А. Ляшука (Додаток А.5). Вона являє собою самооцінну психологічну методику, спрямовану на діагностику кризового стану особистості в руслі екзистенційно-гуманістичної психології [31].

Автори даної методики стверджують, що поняття «духовна криза» за своїм змістовим наповненням є доволі подібним до поняття «екзистенційна криза». В обох випадках, вважають вони, розглядається стан переживання особистістю втрати сенсу існування серед буття. Такий стан, на їх думку, виникає у відповідь на емоційну реакцію щодо певної значущої події або явища, супроводжується порушенням процесу пошуку сакрального. Проявами духовної кризи, як і екзистенційної, є конфліктні стани, спричинені наступними екзистенціями: острах смерті, самотність, безглуздість життя, провини, невдоволеність, страждання тощо.

Отже, дана методика також підходить для нашого дослідження визначення впливу чинників на виникнення психосоматичних розладів особистості в частині саме духовного чинника.

Застосування методики передбачає три етапи взаємодії з респондентами:

1) респонденту потрібно оцінити за допомогою пропонованої на бланку таблиці (див. дод. А.5) прояви восьми категорій екзистенційного наповнення життя по відношенню до свого минулого, теперішнього та майбутнього (всього 24 оцінки);

2) респонденту пропонується на зворотній стороні бланку дати власний опис даних життєвих категорій;

3) з респондентом проводиться рефлексія стосовно перших двох етапів.

У процесі обробки результатів розраховуються два показники:

- ймовірність духовної кризи (у формулі розрахунку враховується сума балів по всім категоріям оцінки);

- напруженість екзистенційного вакууму (враховується сума балів по категоріях «самотність», «свобода», «відповідальність», «страх смерті», «безглуздість»).

Також дана методика передбачає визначення тенденції духовної кризи за допомогою розрахунку трьох часових коефіцієнтів (минуле, теперішнє, майбутнє), на основі чого формується динаміка її перебігу.

Отже, нами обґрунтовано методичний інструментарій дослідження впливу психологічних чинників на розвиток психосоматичних розладів особистості.

Для дослідження нами взято вибірку із 60 осіб. Всі вони є студентами спеціальності «Психологія» різних ЗВО м. Дніпро.

2.2 Результати констатувального експерименту по вивченню психосоматичних розладів особистості

Результати дослідження впливу чинників виявилися наступними.

ЗАГАЛЬНОПСИХОЛОГІЧНИЙ ЧИННИК

Отримані вихідні дані опитування у розрізі всіх респондентів за методикою САН наведені в Додатку Б.1.

На основі наведених у Додатку Б.1 даних щодо отриманих респондентами балів спочатку оцінено рівні їх самопочуття (табл. 2.6).

Таблиця 2.6 – Оцінювання рівнів самопочуття за методикою САН

Характер психоемоційного стану	Отриманий середній бал	Рівень впливу загально-психологічного чинника	Кількість, осіб	Структура, %
Занижений	<5	Високий	42	70,0
Нормальний	5-5,5	Середній	16	26,7
Підвищений	>5,5	Низький	2	3,3
Разом			60	100,0

З наведених даних можна зробити висновок, що переважна більшість студентів (42 особи; 70 %) має занижений рівень самопочуття та відповідно високий рівень впливу даного чинника на момент опитування. Також 16 осіб (26,7 %) продемонстрували нормальний рівень (середній рівень впливу чинника), і тільки 2 студенти – підвищений рівень самопочуття (низький вплив даного чинника на виникнення психоемоційних розладів). Відповідно, менше третини респондентів мають нормальний (середній) рівні самопочуття, а більше, ніж дві третини – занижений рівень, що є високим проявом загально-психологічного чиннику (рис. 2.1).

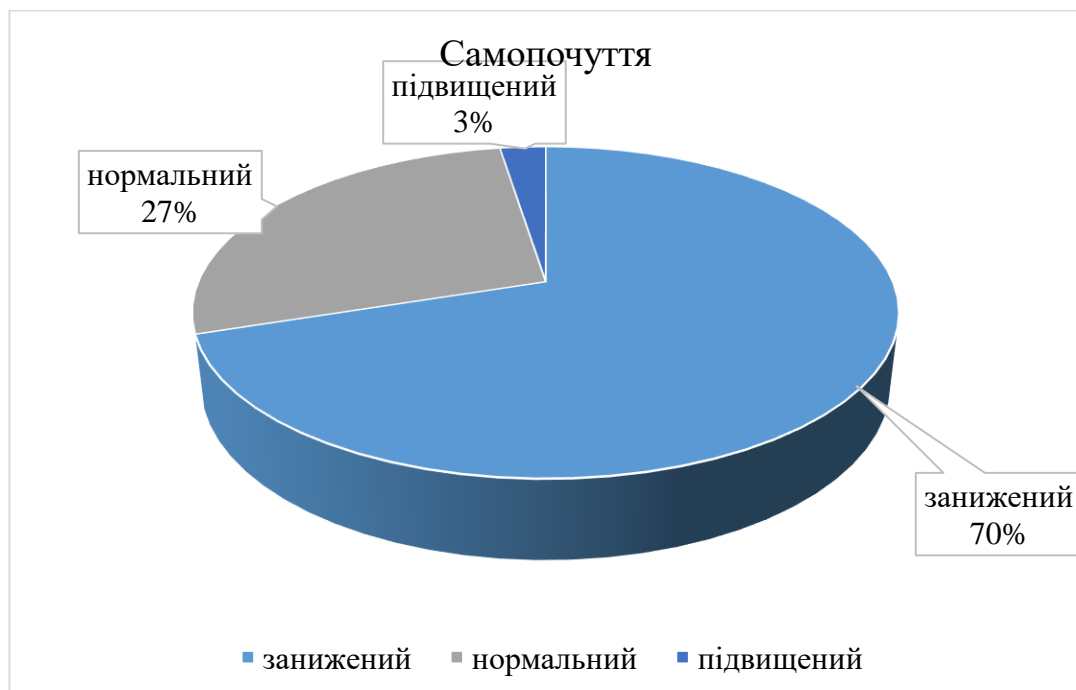


Рисунок 2.1 – Результати оцінювання самопочуття за методикою САН

У табл. 2.7 та на рис. 2.2 наведені аналогічні результати по критерію «активність».

Таблиця 2.7 – Оцінювання рівнів активності за методикою САН

Характер психоемоційного стану	Отриманий середній бал	Рівень впливу загально-психологічного чинника	Кількість, осіб	Структура, %
Занижений	<5	Високий	44	72,5
Нормальний	5-5,5	Середній	11	17,5
Підвищений	>5,5	Низький	5	10,0
Разом			60	100,0

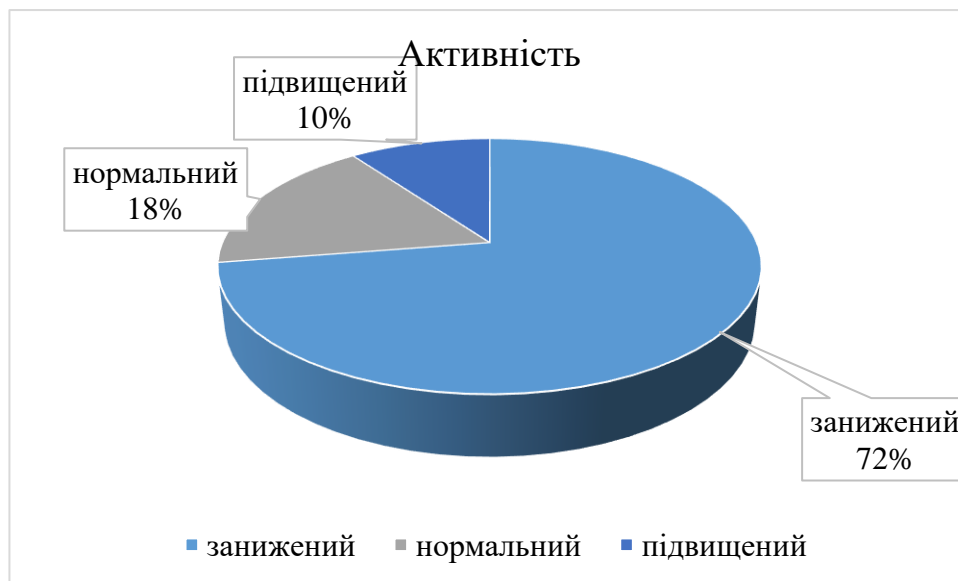


Рисунок 2.2 – Результати оцінювання активності за методикою САН

З отриманих даних видно, що нормальний психоемоційний стан (середній рівень впливу загально-психологічного чинника) у розрізі активності за методикою САН отримано лише у 11 осіб (17,5 %). При цьому кількість осіб із заниженою активністю (високим рівнем впливу загально-психологічного чинника) становить 44 особи (72,5 %), а із підвищеною активністю (низьким рівнем впливу чинника) – 5 осіб або 10%.

Можемо констатувати, що отримані результати у розрізі активності неістотно відрізняються від отриманих результатів у розрізі самопочуття: так само більше, ніж дві третини опитуваних має високий рівень впливу даного чинника.

Результати оцінювання настрою за методикою САН наведені в табл. 2.8 та на рис. 2.3.

Таблиця 2.8 – Оцінювання рівнів настрою за методикою САН

Характер психоемоційного стану	Отриманий середній бал	Рівень впливу загально-психологічного чинника	Кількість, осіб	Структура, %
Занижений	<5	Високий	44	72,5
Нормальний	5-5,5	Середній	12	20,0
Підвищений	>5,5	Низький	4	7,5
Разом			60	100,0

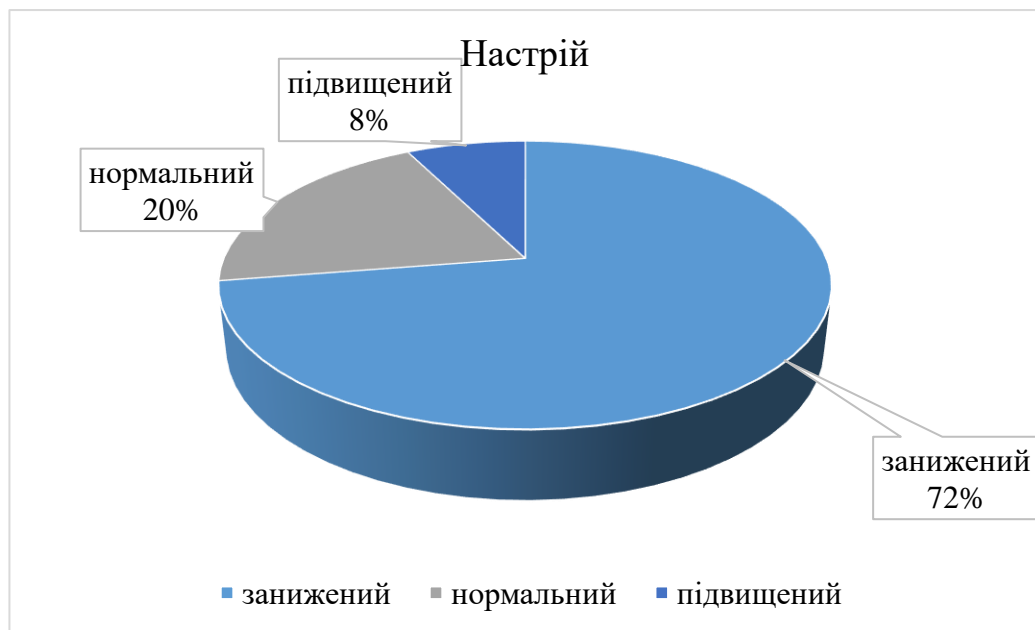


Рисунок 2.3 – Результати оцінювання настрою за методикою САН

З отриманих даних також видно, що у розрізі настрою відмічається схожа ситуація: 44 особи (72,5%) опитаних мають занижений рівень настрою (відповідно, високий рівень впливу загально-психологічного чинника на рівень виникнення психосоматичних розладів), що є досить високим показником. При цьому 12 осіб (20%) мають нормальний рівень настрою (середній рівень впливу даного чинника) та 4 особи (7,5%) – підвищений (низький рівень впливу чинника).

У табл. 2.9 та на рис. 2.4 наведено зведені результати оцінювання за методикою САН по усім трьом критеріям.

Таблиця 2.9 – Оцінювання загального рівня впливу загально-психологічного чинника за методикою САН

Характер психоемоційного стану	Отриманий середній бал	Рівень впливу загально-психологічного чинника	Кількість, осіб	Структура, %
Занижений	<5	Високий	42	70,0
Нормальний	5-5,5	Середній	14	22,5
Підвищений	>5,5	Низький	4	7,5
Разом			60	100,0

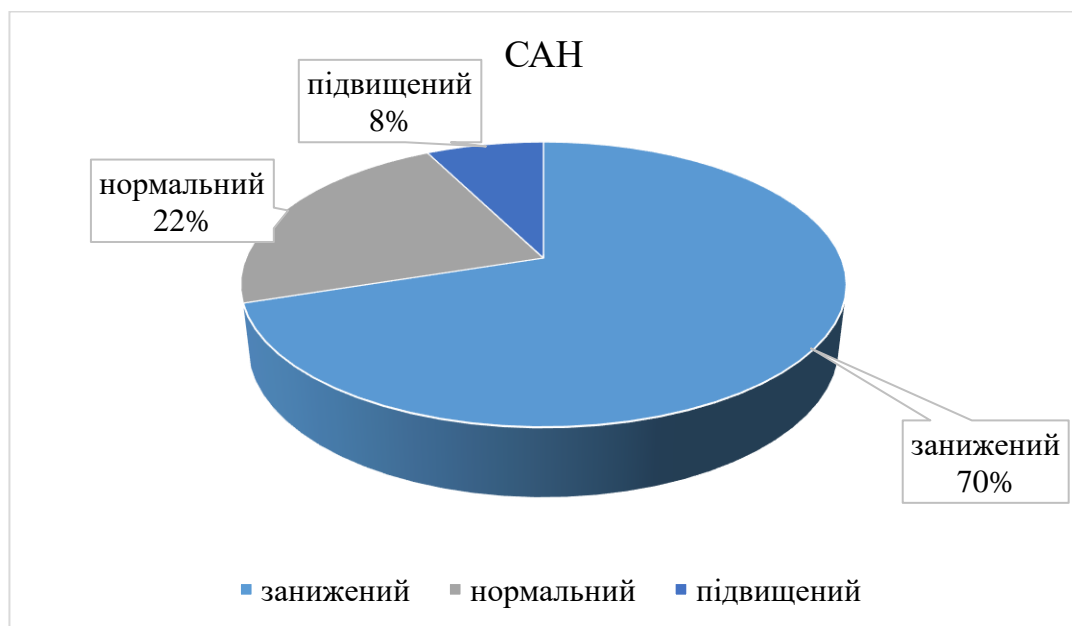


Рисунок 2.4 – Результати оцінювання впливу загально-психологічного чинника на розвиток психосоматичних розладів за методикою САН

За отриманими результатами можна констатувати, що тільки 14 осіб (22,5%) респондентів знаходяться у нормальному психоемоційному стані (мають середній вплив загально-психологічного чинника на розвиток психосоматичних розладів). Проте у 42 осіб (70%) респондентів спостерігається занижений стан самопочуття, активності та настрою, що є проявом високого впливу даного чинника, і тільки у 4 осіб (7,5%) відмічається завищений психоемоційний стан у частині самопочуття, активності та настрою, що є проявом низького впливу даного чинника.

Отже, у 70% опитаних можна діагностувати певну пригніченість настрою та емоційної активності. Саме таке становище формує низку різноманітних

негативних впливів (проблеми в сім'ї, на роботі з колегами, з друзями, низька самооцінка, невиправдані сподівання, інші негативні впливи).

ЧИННИК ПСИХІЧНИХ СТАНІВ

Методикою для оцінювання впливу чинника психічних станів респондентів є Тест самооцінки психічних станів Г. Айзенка.

Зведені результати оцінювання (отримані ними суми балів) наведені в Додатку Б.2.

У табл. 2.10 та на рис. 2.5 наведені узагальнені результати діагностики рівнів тривожності респондентів за методикою Г. Айзенка.

Таблиця 2.10 – Оцінювання рівня тривожності за методикою Г. Айзенка

Рівні тривожності	Кількість балів	Рівень впливу чинника психічних станів	Кількість, осіб	Структура, %
Не тривожний	0-7	Низький	27	45,0
Тривожність середнього, допустимого рівня	8-14	Середній	26	42,5
Дуже тривожний	15-20	Високий	7	12,5
Разом			60	100,0

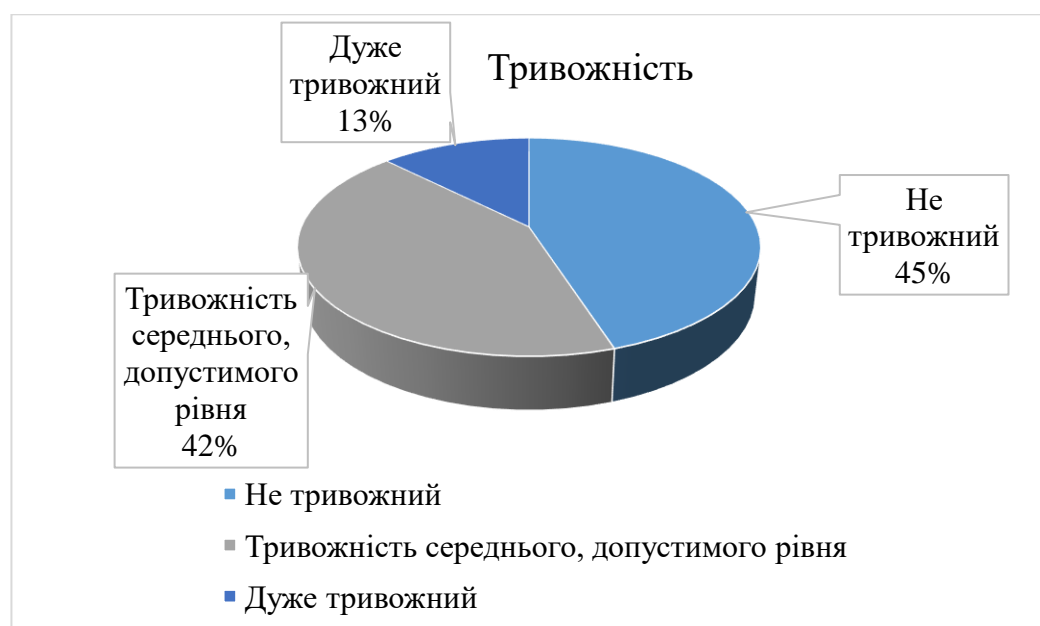


Рисунок 2.5 – Оцінювання рівня тривожності за методикою Г. Айзенка

З наведених результатів можемо зробити висновок, що 26 осіб (42,5%) мають середній (допустимий) рівень тривожності та відповідно середній рівень впливу чинника психічних станів на розвиток психосоматичних розладів. При цьому 27 осіб (45%) мають занижений (не тривожний) рівень, що характеризується низьким впливом досліджуваного чинника. І тільки 7 осіб (12,5%) мають завищений (тривожний) рівень, який свідчить про високий вплив даного чинника на розвиток психоемоційних станів опитуваних.

У табл. 2.11 та на рис. 2.6 представлено результати оцінювання фрустрації за методикою Айзенка.

Таблиця 2.11 – Оцінювання рівня фрустрації за методикою Г. Айзенка

Рівні фрустрації	Кількість балів	Рівень впливу чинника психічних станів	Кількість, осіб	Структура, %
Висока самооцінка, стійкий до невдач	0-7	Низький	18	30,0
Середній рівень, фрустрація має місце	8-14	Середній	32	52,5
Низька самооцінка, уникає труднощів, боїться невдач, фрустрований	15-20	Високий	10	17,5
Разом			60	100,0



Рисунок 2.6 – Оцінювання рівня фрустрації за методикою Г. Айзенка

Наведені результати свідчать, що більше половини опитуваних (32 особи, 52,5%) демонструють середній рівень фрустрації, що відповідає середньому впливу чинника психічних станів на розвиток психосоматичних розладів. Крім того, 18 осіб (30%) демонструють низький рівень впливу вказаного чинника, а також 10 осіб (17,5%) показують високий рівень впливу даного чинника, який характеризується низькою самооцінкою респондентів, уникненням ними труднощів, страхом невдач, тобто підвищеним рівнем фрустрованості.

У табл. 2.12 та на рис. 2.7 подано результати діагностики рівнів агресивності.

Таблиця 2.12 – Оцінювання рівня агресивності за методикою Г. Айзенка

Рівні агресивності	Кількість балів	Рівень впливу чинника психічних станів	Кількість, осіб	Структура, %
Спокійний, стриманий	0-7	Низький	30	50,0
Середній рівень агресивності	8-14	Середній	23	37,0
Агресивний, нестриманий, є труднощі у спілкуванні і роботі з людьми	15-20	Високий	7	13,0
Разом			60	100,0



Рисунок 2.7 – Оцінювання рівня агресивності за методикою Г. Айзенка

З отриманих даних бачимо, що половина (30 осіб, 50%) продемонстрували низький рівень агресивності, що свідчить про низький рівень впливу даного чинника на розвиток психосоматичних захворювань. Крім того, 23 особи (37%) показали середній рівень впливу даного чинника. Тільки 7 осіб (13%) мають високий рівень агресивності, що свідчить про високий рівень впливу чинника психічних станів на розвиток психосоматичних захворювань у цих осіб. Тобто в цілому можемо сказати, що серед опитаних нами студентів кожна друга особа – це людина з низькою агресивністю.

У табл. 2.13 та на рис. 2.8 продемонстровано результати оцінювання рівнів ригідності.

Таблиця 2.13 – Оцінювання рівня ригідності за методикою Г. Айзенка

Рівні ригідності	Кількість балів	Рівень впливу чинника психічних станів	Кількість, осіб	Структура, %
Ригідності немає, легке переключення	0-7	Низький	14	24,0
Середній рівень	8-14	Середній	33	54,0
Сильно виражена ригідність	15-20	Високий	13	22,0
Разом			60	100,0



Рисунок 2.8 – Оцінювання агресивності за методикою Г. Айзенка

Отримані дані свідчать, що більше половина опитаних (33 особи, 54%) продемонстрували середній рівень ригідності, що свідчить про середній рівень впливу чинника психічних станів на розвиток психосоматичних розладів. Тобто за даним чинником переважає середній рівень ригідності. Високий вплив чинника продемонструвало 13 осіб (22%), що говорить незмінність поведінки, поглядів, переконань опитуваних, навіть якщо вони розходяться та не відповідають реальній обстановці життя. Це стан сильно вираженої ригідності. Крім того, 14 осіб (24%) показують відсутність ригідності та відповідно низький вплив досліджуваного чинника.

У табл. 2.14 та на рис. 2.9 показані зведені результати оцінювання в цілому за методикою Г. Айзенка.

Таблиця 2.14 – Оцінювання рівня впливу чинника психічних станів за методикою Г. Айзенка

Характер психоемоційного стану	Отриманий середній бал	Рівень впливу чинника психічних станів	Кількість, осіб	Структура, %
Низький	0-7	Низький	27	45,0
Середній	8-14	Середній	26	42,0
Високий	15-20	Високий	7	13,0
Разом			60	100,0

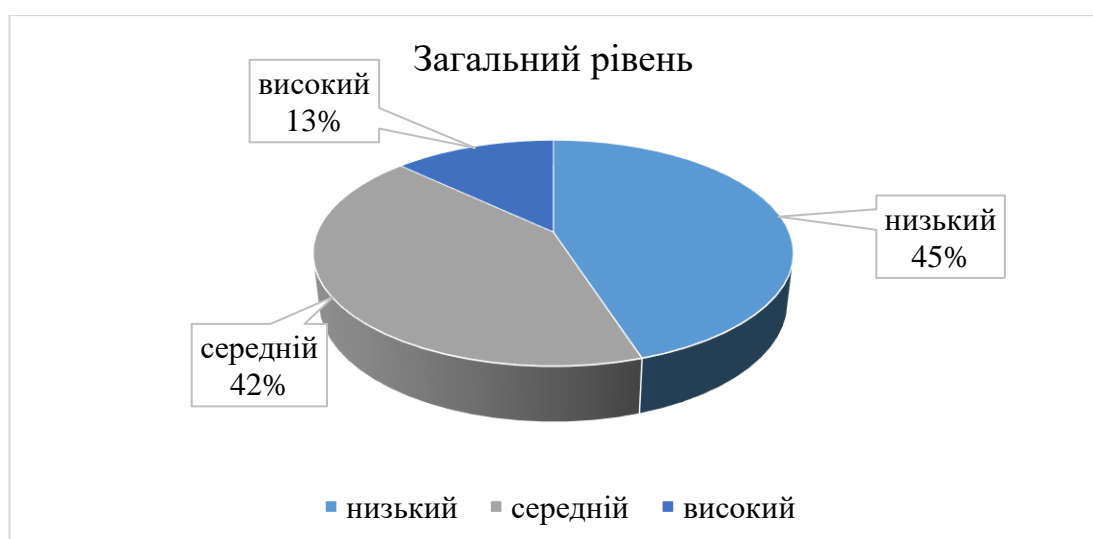


Рисунок 2.9 – Оцінювання рівня впливу чинника психічних станів за методикою Г. Айзенка

Отже, 18 осіб (45%) респондентів мають низький рівень впливу чиннику психічних станів на розвиток психосоматичних розладів. Крім того, 26 осіб (42%) опитуваних продемонстрували середній рівень впливу даного чинника, що характеризується помірними та нечастими проявами емоційності та агресивності. І тільки 7 осіб (13%) показали високий рівень впливу даного чинника, що характеризується високою емоційною напруженістю та агресивністю.

ЧИННИК ТРИВОЖНОСТІ

Вплив даного чинника здійснено за методикою Спілбергера. Вихідні дані опитування респондентів подано в Додатку Б.3. Результати оцінки ситуативної тривожності узагальнені у табл. 2.15 та на рис. 2.10.

Таблиця 2.15 – Оцінювання рівня ситуативної тривожності за методикою Спілбергера

Рівні ситуативної тривожності	Рівні впливу чинника тривожності	Кількість, осіб	Структура, %
Низький	Низький	20	33,0
Середній	Середній	21	35,0
Високий	Високий	19	32,0
Разом	Разом	60	100

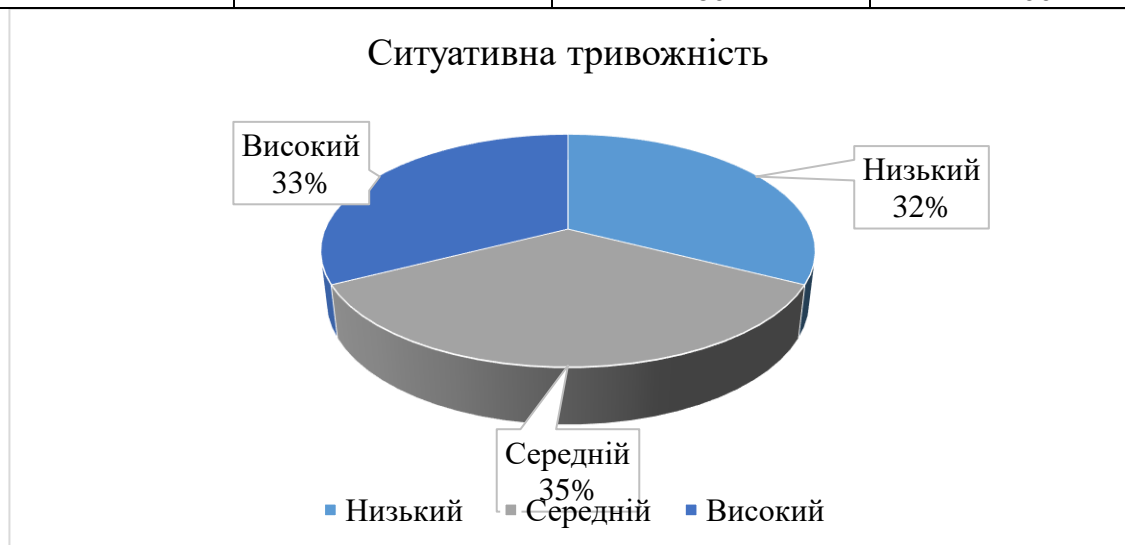


Рисунок 2.10 – Оцінювання ситуативної тривожності за методикою Спілбергера

З наведених даних видно, що у 20 осіб (33%) отримано низький рівень ситуативної тривожності, що говорить про низький вплив даного чинника на розвиток психосоматичних розладів. Також у 19 осіб (32%) отримано навпаки високий рівень ситуативної тривожності, що говорить про високий вплив даного чинника. Середній рівень впливу чинника тривожності отримано у 21 особи (35%).

Результати оцінювання особистісної тривожності продемонстровано в табл. 2.16 та на рис. 2.11.

Таблиця 2.16 – Оцінювання рівня особистісної тривожності за методикою Спілбергера

Рівні	Рівні впливу чинника тривожності	Кількість респондентів	Структура, %
Низький	Низький	13	22,0
Середній	Середній	33	55,0
Високий	Високий	14	23,0
Разом	Разом	60	100



Рисунок 2.11 – Оцінювання особистісної тривожності за методикою Спілбергера

Результати діагностики доводять, що середній рівень особистісної тривожності за даною методикою мають 33 особи (55%). Високий рівень особистісної тривожності та відповідно високий вплив досліджуваного

чинника показали 14 осіб (23%). Він характеризує схильність даних респондентів до тривоги і передбачає наявність у людини тенденції сприймати досить широке «віяло» ситуацій як загрозові, як такі, що відповідають на кожну з них певною реакцією, що можна розглядати як ризик появи психосоматичних розладів. Низький рівень впливу даного чинника показали 13 осіб (22%).

Зведені результати оцінювання загального рівня тривожності за методикою Спілбергера продемонстровано в табл. 2.17 та на рис. 2.12.

Таблиця 2.17 – Оцінювання впливу чинника тривожності за методикою Спілбергера

Рівні	Рівні впливу чинника тривожності	Кількість респондентів	Структура, %
Низький	Низький	16	27,0
Середній	Середній	27	45,0
Високий	Високий	17	28,0
Разом	Разом	60	100

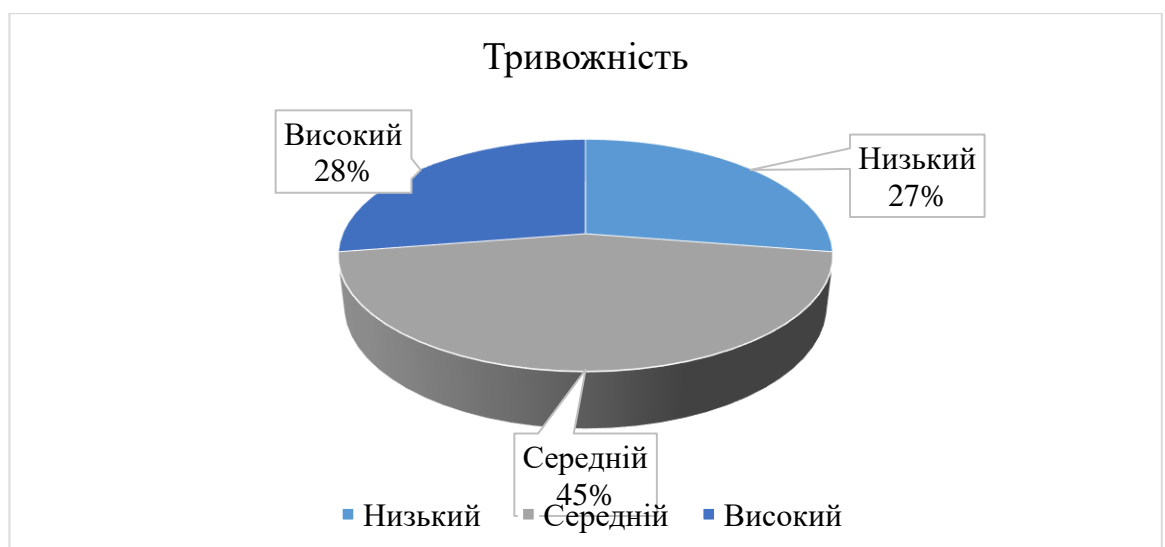


Рисунок 2.12 – Оцінювання впливу чинника тривожності за методикою Спілбергера

Отже, у 16 осіб (27%) продемонстровано низький рівень тривожності та впливу даного чинника на розвиток психосоматичних розладів. У 27 осіб (45%) діагностовано середній рівень. Проте у 17 осіб (28%) виявлено високий рівень

тривожності, що є чинником високого впливу на виникнення психосоматичних розладів у цих опитаних. З отриманих результатів можна зробити висновок, що практично у половини респондентів ситуація з рівнем тривожності є нормальною. Але також майже третина опитаних показала високий рівень впливу даного чинника.

ЕМОЦІЙНИЙ ЧИННИК

Для визначення впливу емоційного чинника використана методика діагностики «перешкод» у встановленні емоційних контактів В. Бойка (Додаток Б.4). Результати діагностики представлені в табл. 2.18 та на рис. 2.13.

Таблиця 2.18 – Узагальнені результати діагностики перешкод у встановленні емоційних контактів за методикою В. Бойка

Ступінь перешкод	Рівні впливу емоційного чинника	Кількість, осіб	Структура, %
Емоції не заважають спілкуватися з людьми (0-5 балів)	Низький	14	23,3
Є деякі емоційні проблеми в повсякденному спілкуванні (6-8 балів)	Середній	15	25,0
Емоції кожного дня ускладнюють взаємодію з людьми (9 і більше балів)	Високий	31	51,7
Разом	Разом	60	100



Рисунок 2.13 – Оцінювання впливу емоційного чинника на розвиток психосоматичних розладів

З отриманих даних видно, що у 31 особи (51,7%) респондентів спостерігаються істотні проблеми у встановленні емоційних контактів при спілкуванні з людьми, оскільки емоції в значній чи повній мірі заважають їм встановлювати контакти. Це говорить про високий вплив емоційного чинника на розвиток психосоматичних розладів у даної групи респондентів. Середній вплив даного чинника продемонструвало 15 осіб (25%), а низький – 14 осіб (23,3%).

ЧИННИК ДУХОВНОЇ КРИЗИ

Результати діагностики даного чинника за методикою «Духовна криза» Л. Шутової та А. Ляшука в балах наведено в Додатку Б.5. Там же подані переведені дані у відсотки для здійснення подальших розрахунків.

Нагадаємо, що глибокий рівень духовної кризи надається особі, у якої отримане значення її ймовірності становить 75% і більше. Значення від 25 до 75% вважається пограничним (опосередкованим між відсутністю кризи та її наявністю). При цьому чим ближче розрахована ймовірність наближається до межі в 75%, тим серйозніші екзистенційні проблеми спостерігаються у особистості. Значення до 25% свідчить про повну відсутність духовної кризи у особистості та задоволеність власним життям.

У табл. 2.19 та на рис. 2.14 наведено зведені результати впливу чинника духовної кризи.

Таблиця 2.19 – Оцінювання рівнів духовної кризи за методикою Л. Шутової та А. Ляшука

Рівні духовної кризи	Рівні впливу чинника духовної кризи	Кількість, осіб	Структура, %
Глибока духовна криза (>75%)	Високий	22	36,7
Опосередковане значення (25-75%)	Середній	26	43,3
Духовна криза відсутня (<25%)	Низький	12	20,0
Разом		60	100



Рисунок 2.14 – Оцінювання рівнів духовної кризи за методикою Л. Шутової та А. Ляшука

З отриманих результатів можемо зробити висновок, що у 22 осіб (36,7%) наявна глибока духовна екзистенційна криза, яка може бути пов'язана із певною втратою у респондентів сенсу життя, а також різного роду депресіями та відчуттям провини.

У 26 осіб (43,3%) відмічається пограничне значення рівня духовної кризи, що характеризується станом, коли особистість бачить безглуздість життя, але намагається позбутися цього відчуття, «втікаючи» в роботу та повсякденні турботи. Відмітимо, що за отриманими нами даними по цьому рівню у двох осіб значення показника ймовірності максимально наближене до верхньої межі (становить більше 70%). Тому можемо умовно приєднати їх до рівня глибокої духовної кризи. Це буде 24 особи.

У 12 осіб (20%) духовна криза повністю відсутня, вони насолоджуються життям та задоволені своїм нинішнім екзистенційним станом.

Для визначення ступеня взаємозв'язку між всіма чинниками нами розраховано коефіцієнти кореляції між вихідними даними всіх методик.

В результаті отримано наступну таблицю парних коефіцієнтів кореляції, наведену на рис. 2.15.

	A	B	C	D	E	F	G
1		Column 1	Column 2	Column 3	Column 4	Column 5	
2	Column 1	1					
3	Column 2	0,669499	1				
4	Column 3	0,061861	0,065587	1			
5	Column 4	0,166815	0,023848	0,143455	1		
6	Column 5	0,043834	0,059413	-0,05509	0,141261	1	
7							
8							

	A	B	C	D	E
1	САН	Айзенка	Спілберге	Бойка	Духовна
2	4,2	8	38	7	112
3	4,5	6	35	10	109
4	5,2	9	28	10	45
5	4,6	8	31	10	97

Рисунок 2.15 – Коефіцієнти парної кореляції між психологічними чинниками розвитку психосоматичних розладів

З отриманих даних видно, що найбільш пов'язаними між собою психологічними чинниками розвитку психосоматичних розладів виявилися:

- загальнопсихологічний чинник (методика САН) та чинник психічних станів (методика Г. Айзенка), між якими коефіцієнт кореляції дорівнює 0,67;
- також помірний взаємовплив виявлено між показниками загальнопсихологічного чинника (методика САН) та емоційного чинника (методика В. Бойка), де коефіцієнт кореляції становить 0,17;
- між чинником тривожності (методика Спілбергера) та емоційним чинником (методика В. Бойка), де коефіцієнт кореляції становить 0,14;
- між емоційним чинником (методика В. Бойка) та чинником духовної кризи, де коефіцієнт кореляції становить 0,14.

Взаємозв'язок решти чинників є незначним між собою.

2.3 Розробка психолого-педагогічних заходів зменшення впливу психологічних чинників на розвиток психосоматичних розладів особистості в межах формувального експерименту

Сучасна психологічна наука має в своєму арсеналі досить широкий спектр засобів та інструментів, методів, способів та прийомів психотерапевтичного впливу на прояви психосоматичних розладів у напрямку зменшення емоційної напруженості, тривожності, знервованості, конфліктності тощо.

Зокрема, на основі дослідження праць таких фахівців, як І. Василенко [8], О. Грицук [12], А. Кічук [21], М. Кузнєцов, К. Фоменко та О. Кузнєцов [25], М. Литвиненко [27], А. Наконечна [35], О. Ситник [48], М. Шпак [65] та ін. встановлено, що з психологічної точки зору найбільш часто застосовуваними на сьогодні вважаються: аутогенне тренування, ментальний тренінг та імаго-тренінг, метод гіпнозу (навіювання, самонавіювання), ідеомоторне тренування, уявна репетиція, психотренінг вольової уваги, медитаційні методи, ментальний відео-тренінг, макетне моделювання (табл. 2.20).

Таблиця 2.20 – Психологічні засоби корекції психоемоційних станів у напрямку зменшення проявів психосоматичних розладів особистості

Психологічні засоби	Характеристика
АУТОГЕННЕ ТРЕНУВАННЯ	Метод самонавіювання, що передбачає навчання людини здатності розслаблятися, а також м'язовій релаксації та самонавіюванню. У такий спосіб здійснюється вплив на психоемоційний стан особистості у напрямку розслаблення нервового збудження та нормалізації бурних емоційних реакцій. Це дозволяє уникнути появи та зменшити наслідки емоційно-тривожних проявів психосоматичних розладів.
МЕНТАЛЬНИЙ ТРЕНІНГ	Комплексна система методів психологічної допомоги при негативних психоемоційних станах. Використовуються такі прийоми саморегуляції як аутогенна, ідеомоторна, сюжетно-рольова розумова підготовка людини до світосприйняття, а також методи розумової репетиції, ауто- та гетеронавіювань, медитація та ін.
МЕНТАЛЬНИЙ ІМАГО-ТРЕНІНГ	Базується на функціях продуктивної (творчої) уяви особистості. Остання створює у своїй свідомості потрібну картину майбутніх дій, уявляє себе в бажаному образі,

	проектуючи цей образ на майбутнє, вживаючись у нього. Різновидами такого тренінгу виступають психодрама та соціодрама.
МЕТОДИ ГІПНОЗУ	Спеціальні методи інтенсивної психологічної роботи, які застосовуються при серйозних проблемах з психоемоційним станом. Їх застосування можливе лише за згоди людини. Досить часто в цій групі методів використовуються методи неформального гіпнозу, розроблені М. Еріксоном.
САМОНАВІЮВАННЯ	Являє собою умову підвищення активності процесів саморегуляції психоемоційних станів. Реалізується за допомогою аутокомунікації між людським «Я» та частинами тіла людини «не-Я», які сприймаються людиною як суб-особистості або елементи внутрішньо-особистісної сфери.
ІДЕОМОТОРНЕ ТРЕНУВАННЯ	Спосіб регуляції психоемоційних станів, що передбачає появу нервових імпульсів, які забезпечують виконання того чи іншого руху в момент розумової уяви про нього. Заснований на ефекті зв'язку думок і рухів людини.
УЯВНА РЕПЕТИЦІЯ	Уявлення людиною майбутніх подій, поетапно та послідовно обміркованих за окремими діями. Успішно використовується для адаптації психіки людини до умов майбутніх подій, які вона має пережити. Часто поєднується з ментальним відеотренінгом (переглядом відеоматеріалів по темі).
МЕДИТАЦІЙНІ МЕТОДИ	Дозволяє людині швидко відновлювати свій біоенергетичний потенціал, легко курувати своєю увагою і психоемоційним станом, досягати ясності мислення у критичних ситуаціях тощо.
МЕНТАЛЬНИЙ ВІДЕОТРЕНІНГ	Техніка ментальної психокорекції з використанням відеозаписів та інших медіа-впливів.
МЕТОД «МАКЕТНЕ МОДЕЛЮВАННЯ ДІЙ»	Полягає в тому, що людиною уявно програються різні тактичні варіанти можливих дій.

Отже, психологічна наука на даний момент накопичила значний арсенал психологічних методів з корекції психосоматичних розладів особистості.

В межах даного дослідження пропонуємо використати наведені у табл. 2.20 психологічні техніки для роботи з опитуваними, у яких було визначено ознаки психоемоційних розладів на основі виявленого високого впливу чинників, що оцінювалися нами в попередньому підрозділі.

2.4 Аналіз та узагальнення результатів контрольного експерименту

З урахуванням проведеної корекційної психотерапевтичної роботи було

здійснене повторне діагностування психологічних чинників розвитку психосоматичних розладів особистості.

Результати повторної діагностики та їх порівняння з попередніми результатами наведено в табл. 2.21.

Таблиця 2.21 – Порівняння результатів корекційної роботи зі зменшення впливу психологічних чинників на розвиток психосоматичних розладів особистості, %

Психологічний чинник	Етапи	Високий	Середній	Низький
ЗАГАЛЬНОПСИХОЛОГІЧНИЙ ЧИННИК	До	70	22,5	7,5
	Після	48,3	41,7	10,0
ЧИННИК ПСИХІЧНИХ СТАНІВ	До	13,0	42,0	45,0
	Після	8,3	40,0	51,7
ЧИННИК ТРИВОЖНОСТІ	До	28,0	45,0	27,0
	Після	23,3	41,7	35,0
ЕМОЦІЙНИЙ ЧИННИК	До	51,7	25,0	23,3
	Після	43,3	18,3	38,4
ЧИННИК ДУХОВНОЇ КРИЗИ	До	36,7	43,3	20,0
	Після	26,7	36,7	36,6

З отриманих даних видно, що ми зменшили вплив високого рівня у розрізі всіх чинників, тому можемо вважати мету даного дослідження досягнутою.

Висновки до розділу 2

Для реалізації мети даного емпіричного дослідження доцільно визначитися з відповідним методичним інструментарієм. Тому нами було вивчено праці інших дослідників щодо проблематики діагностики загально-психологічних станів особистості різними авторами.

Для визначення впливу загально-психологічного чинника була обрана «Методика САН (самопочуття, активність, настрої)».

Для визначення впливу чинника психічних станів – Методика (тест) самооцінки психічних станів Г. Айзенка.

Для визначення впливу чинника тривожності – Методика шкалу реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності Спілбергера (State-

Trait Anxiety Inventory; STAI).

Для визначення впливу емоційного чинника – Методика *діагностики «перешкод» у встановленні емоційних контактів В. Бойка*.

Для визначення впливу чинника духовної кризи – Методика *«Духовна криза» Л. Шутової та А. Ляшука*.

За результатами діагностики впливу загальнопсихологічного чинника встановлено, що тільки 14 осіб (22,5%) респондентів знаходяться у нормальному психоемоційному стані (мають середній вплив загальнопсихологічного чинника на розвиток психосоматичних розладів). Проте у 42 осіб (70%) респондентів спостерігається занижений стан самопочуття, активності та настрою, що є проявом високого впливу даного чинника, і тільки у 4 осіб (7,5%) відмічається завищений психоемоційний стан у частині самопочуття, активності та настрою, що є проявом низького впливу даного чинника.

За результатами діагностики впливу чинника психічних станів встановлено, що 18 осіб (45%) респондентів мають низький рівень впливу чиннику психічних станів на розвиток психосоматичних розладів. Крім того, 26 осіб (42%) опитуваних продемонстрували середній рівень впливу даного чинника, що характеризується помірними та нечастими проявами емоційності та агресивності. І тільки 7 осіб (13%) показали високий рівень впливу даного чинника, що характеризується високою емоційною напруженістю та агресивністю.

За результатами діагностики чинника тривожності встановлено, що у 16 осіб (27%) продемонстровано низький рівень тривожності та впливу даного чинника на розвиток психосоматичних розладів. У 27 осіб (45%) діагностовано середній рівень. Проте у 17 осіб (28%) виявлено високий рівень тривожності, що є чинником високого впливу на виникнення психосоматичних розладів у цих опитаних. З отриманих результатів можна зробити висновок, що практично у половини респондентів ситуація з рівнем тривожності є нормальною. Але також майже третина опитаних показала високий рівень впливу даного

чинника.

За результатами діагностики емоційного чинника встановлено, що у 31 особи (51,7%) респондентів спостерігаються істотні проблеми у встановленні емоційних контактів при спілкуванні з людьми, оскільки емоції в значній чи повній мірі заважають їм встановлювати контакти. Це говорить про високий вплив емоційного чинника на розвиток психосоматичних розладів у даній групі респондентів. Середній вплив даного чинника продемонструвало 15 осіб (25%), а низький – 14 осіб (23,3%).

За результатами діагностики чинника духовної кризи встановлено, що у 22 осіб (36,7%) наявна глибока духовна екзистенційна криза, яка може бути пов'язана із певною втратою у респондентів сенсу життя, а також різного роду депресіями та відчуттям провини.

У 26 осіб (43,3%) відмічається пограничне значення рівня духовної кризи, що характеризується станом, коли особистість бачить безглуздість життя, але намагається позбутися цього відчуття, «втікаючи» в роботу та повсякденні турботи. Відмітимо, що за отриманими нами даними по цьому рівню у двох осіб значення показника ймовірності максимально наближене до верхньої межі (становить більше 70%). Тому можемо умовно приєднати їх до рівня глибокої духовної кризи. Це буде 24 особи. У 12 осіб (20%) духовна криза повністю відсутня, вони насолоджуються життям та задоволені своїм нинішнім екзистенційним станом.

Для визначення ступеня взаємозв'язку між всіма чинниками нами розраховано коефіцієнти кореляції між вихідними даними всіх методик.

З отриманих даних видно, що найбільш пов'язаними між собою психологічними чинниками розвитку психосоматичних розладів виявилися:

- загальнопсихологічний чинник (методика САН) та чинник психічних станів (методика Г. Айзенка), між якими коефіцієнт кореляції дорівнює 0,67;
- також помірний взаємовплив виявлено між показниками загальнопсихологічного чинника (методика САН) та емоційного

- чинника (методика В. Бойка), де коефіцієнт кореляції становить 0,17;
- між чинником тривожності (методика Спілбергера) та емоційним чинником (методика В. Бойка), де коефіцієнт кореляції становить 0,14;
 - між емоційним чинником (методика В. Бойка) та чинником духовної кризи, де коефіцієнт кореляції становить 0,14.

Взаємозв'язок решти чинників є незначним між собою.

З метою покращення загальнопсихологічного стану респондентів у напрямку зменшення впливу означених чинників було запропоновано використання наступних технік: аутогенне тренування, ментальний тренінг та імаго-тренінг, метод гіпнозу (навіювання, самонавіювання), ідеомоторне тренування, уявна репетиція, психотренінг вольової уваги, медитаційні методи, ментальний відео-тренінг, макетне моделювання.

Результати повторної діагностики та їх порівняння з попередніми результатами показали, що ми зменшили вплив високого рівня у розрізі всіх чинників, тому можемо вважати мету даного дослідження досягнутою.

ВИСНОВКИ

Проведене теоретичне дослідження психосоматики як психологічного феномену свідчить, що дана проблема спочатку носила в основному медичний характер та широко розглядалася фахівцями в галузі медицини, не дивлячись на те, що причини таких розладів мають психічну та психологічну основу.

Основними науковими підходами до формування наукових теорій щодо проблематики психосоматичного статусу особистості вважаються: психоаналітичний, психофізіологічний та психодинамічний. При цьому основними психосоматичними теоріями вважаються: психоаналітичні, характерологічно-орієнтовані, особистісно-орієнтовані, психофізіологічні, гомеостатичні, нейрогуморальні.

Установлено, що багато дослідників протягом тривалого періоду часу розвитку людства дотримуються позиції єдності тілесного та духовного, що призводить до виникнення різних психосоматичних розладів та захворювань.

Сьогодні категорія «психосоматика» вживається в різних наукових дослідженнях, тому немає чіткого єдиного підходу до її визначення. При цьому у процесі теоретичного аналізу праць різних науковців нами встановлено, що, по-перше, вона характеризує науковий напрям досліджень, який вивчає взаємовідносини між психічною та тілесною функціями організму, в результаті якої психологічні переживання особистості можуть викликати різні хвороби. По-друге, психосоматика розглядається як низка феноменів щодо взаємовпливу психічного і тілесного, а також витікаючий з цього комплекс різних патологічних порушень. По-третє, як напрям медичної науки, що вивчає проблематику лікування психосоматичних порушень і розладів (психосоматична медицина).

В цілому можемо відмітити, що дослідники єдині в тому, що соматичні захворювання виступають стресовими чинниками для психіки особистості. Протікання одного і того ж психосоматичного захворювання у людей з різними особистісними рисами, а також наслідки для організму людини, можуть

відрізнитися. Наприклад, тривожна, емоційно неврівноважена та недовірлива людина може отримати психосоматичні ускладнення у вигляді патологічного розвитку неврозу, тривоги, страху, депресії, підвищеної дратівливості, безсоння, емоційної нестійкості, вегетативної дисфункції, нав'язливих думок тощо.

В основі психосоматичних розладів особистості знаходиться її емоційна реакція на емоційне переживання. Остання, зазвичай, супроводжується функціональними змінами та патологічними порушеннями в органах людського організму. Така емоційна реакція може набувати форми суму та постійної тривоги, нейровегетативно-ендокринних змін, супроводжуватися відчуттям страху. При цьому захисні фізіологічні механізми організму запобігають повному розвитку відчуття страху. Крім того, саме ця емоційна реакція виступає з'єднувальною ланкою між психологічним та соматичним аспектами життя особистості.

Іншими словами, психосоматичний розлад виникає тоді, коли емоційне переживання не блокується у людини її психологічним захистом, а переходить у соматизацію, вражаючи відповідну йому систему органів. Наслідком такого ураження стає поява деструктивно-морфологічних змін у соматичній системі організму, в результаті чого здійснюється генералізація психосоматичного захворювання.

На основі урахування думок науковців нами визначено авторську позицію на склад психологічних чинників виникнення психосоматичних розладів для цілей проведення емпіричного дослідження: загально-психологічний чинник, чинник психічних станів, чинник тривожності, емоційний чинник, чинник духовної кризи.

Для реалізації мети даного емпіричного дослідження доцільно визначитися з відповідним методичним інструментарієм. Тому нами було вивчено праці інших дослідників щодо проблематики діагностики загально-психологічних станів особистості різними авторами.

Для визначення впливу загально-психологічного чинника була обрана

«Методика САН (самопочуття, активність, настрої)».

Для визначення впливу чинника психічних станів – Методика (*тест*) самооцінки психічних станів Г. Айзенка.

Для визначення впливу чинника тривожності – Методика *шкалу реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності Спілбергера* (State-Trait Anxiety Inventory; STAI).

Для визначення впливу емоційного чинника – Методика *діагностики «перешкод» у встановленні емоційних контактів В. Бойка*.

Для визначення впливу чинника духовної кризи – Методика *«Духовна криза» Л. Шутової та А. Ляшука*.

За результатами діагностики впливу загальнопсихологічного чинника встановлено, що тільки 14 осіб (22,5%) респондентів знаходяться у нормальному психоемоційному стані (мають середній вплив загальнопсихологічного чинника на розвиток психосоматичних розладів). Проте у 42 осіб (70%) респондентів спостерігається занижений стан самопочуття, активності та настрою, що є проявом високого впливу даного чинника, і тільки у 4 осіб (7,5%) відмічається завищений психоемоційний стан у частині самопочуття, активності та настрою, що є проявом низького впливу даного чинника.

За результатами діагностики впливу чинника психічних станів встановлено, що 18 осіб (45%) респондентів мають низький рівень впливу чиннику психічних станів на розвиток психосоматичних розладів. Крім того, 26 осіб (42%) опитуваних продемонстрували середній рівень впливу даного чинника, що характеризується помірними та нечастими проявами емоційності та агресивності. І тільки 7 осіб (13%) показали високий рівень впливу даного чинника, що характеризується високою емоційною напруженістю та агресивністю.

За результатами діагностики чинника тривожності встановлено, що у 16 осіб (27%) продемонстровано низький рівень тривожності та впливу даного чинника на розвиток психосоматичних розладів. У 27 осіб (45%) діагностовано середній

рівень. Проте у 17 осіб (28%) виявлено високий рівень тривожності, що є чинником високого впливу на виникнення психосоматичних розладів у цих опитаних. З отриманих результатів можна зробити висновок, що практично у половини респондентів ситуація з рівнем тривожності є нормальною. Але також майже третина опитаних показала високий рівень впливу даного чинника.

За результатами діагностики емоційного чинника встановлено, що у 31 особи (51,7%) респондентів спостерігаються істотні проблеми у встановленні емоційних контактів при спілкуванні з людьми, оскільки емоції в значній чи повній мірі заважають їм встановлювати контакти. Це говорить про високий вплив емоційного чинника на розвиток психосоматичних розладів у даної групи респондентів. Середній вплив даного чинника продемонструвало 15 осіб (25%), а низький – 14 осіб (23,3%).

За результатами діагностики чинника духовної кризи встановлено, що у 22 осіб (36,7%) наявна глибока духовна екзистенційна криза, яка може бути пов'язана із певною втратою у респондентів сенсу життя, а також різного роду депресіями та відчуттям провини.

У 26 осіб (43,3%) відмічається пограничне значення рівня духовної кризи, що характеризується станом, коли особистість бачить безглуздість життя, але намагається позбутися цього відчуття, «втікаючи» в роботу та повсякденні турботи. Відмітимо, що за отриманими нами даними по цьому рівню у двох осіб значення показника ймовірності максимально наближене до верхньої межі (становить більше 70%). Тому можемо умовно приєднати їх до рівня глибокої духовної кризи. Це буде 24 особи. У 12 осіб (20%) духовна криза повністю відсутня, вони насолоджуються життям та задоволені своїм нинішнім екзистенційним станом.

Для визначення ступеня взаємозв'язку між всіма чинниками нами розраховано коефіцієнти кореляції між вихідними даними всіх методик.

З отриманих даних видно, що найбільш пов'язаними між собою психологічними чинниками розвитку психосоматичних розладів виявилися:

- загальнопсихологічний чинник (методика САН) та чинник психічних станів (методика Г. Айзенка), між якими коефіцієнт кореляції дорівнює 0,67;
- також помірний взаємовплив виявлено між показниками загальнопсихологічного чинника (методика САН) та емоційного чинника (методика В. Бойка), де коефіцієнт кореляції становить 0,17;
- між чинником тривожності (методика Спілбергера) та емоційним чинником (методика В. Бойка), де коефіцієнт кореляції становить 0,14;
- між емоційним чинником (методика В. Бойка) та чинником духовної кризи, де коефіцієнт кореляції становить 0,14.

Взаємозв'язок решти чинників є незначним між собою.

З метою покращення загальнопсихологічного стану респондентів у напрямку зменшення впливу означених чинників було запропоновано використання наступних технік: аутогенне тренування, ментальний тренінг та імаго-тренінг, метод гіпнозу (навіювання, самонавіювання), ідеомоторне тренування, уявна репетиція, психотренінг вольової уваги, медитаційні методи, ментальний відео-тренінг, макетне моделювання.

Результати повторної діагностики та їх порівняння з попередніми результатами показали, що ми зменшили вплив високого рівня у розрізі всіх чинників, тому можемо вважати мету даного дослідження досягнутою.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Балущок М. В. Наукові підходи до діагностики внутрішньоособистісних конфліктів. *Вісник Харківського національного педагогічного університету імені Г. С. Сковороди. Психологія*. 2013. Вип. 46(1). С. 5-13.
2. Баскіна В. В. Дослідження психоемоційних характеристик жінок після перенесеного психотичного епізоду. *Вісник морської медицини*. 2014. № 3-4. С. 13-17.
3. Божок О. О. Дослідження самооцінки психічних станів у підлітковому та юнацькому віці. *Наукові записки Національного університету «Острозька академія». Психологія і педагогіка*. 2010. Вип. 16. С. 3-11.
4. Болтоносів С. В. Психологічна та психіатрична допомога військовослужбовцям і громадському населенню в умовах війни. *Архів психіатрії*. 2018. Т. 24, № 2 (93). С. 77-80.
5. Бондарчук К. П. Психологічні чинники соматичних розладів. Актуальні проблеми безпеки життєдіяльності людини в сучасному суспільстві: матеріали Всеукраїнської науково-практичної інтернет-конференції. (Миколаїв, 24 листопада 2021 р.). м. Миколаїв, Миколаївський національний аграрний університет. 2021. С. 374-377.
6. Бондарчук О.І Психологія сім'ї : курс лекцій. Київ : МАУП, 2001. 96 с.
7. Бондарь В. П., Ганжук І. І. Психологічна допомога та соціальна адаптація військовослужбовців, які беруть участь у антитерористичній операції. *Український вісник медико-соціальної експертизи*. 2017. № 3-4 (25-26). С. 37-44.
8. Василенко І. С. Методи та прийоми саморегуляції психоемоційних станів студентів-спортсменів. *Проблеми екстремальної та кризової психології*. 2013. Вип. 14. Ч. I. С. 41-47.
9. Видолоб Н. О. До питання норми у психосоматиці. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Психологічні науки*. 2017. Вип. 6. Т.1. С. 9-13.

10. Волошко Н.І. Психосоматичні хвороби як результат впливу негативних психологічних факторів. *Проблеми сучасної психології*. 2015. №30. С. 126.

11. Гета А. В. Вплив засобів плавання на психоемоційний стан слабоворих студентів. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Психологічні науки*. 2017. Вип. 1. Т. 1. С. 167-173.

12. Грицук О. В. Емоційні стани здобувачів вищої освіти під час навчальних занять. *Теоретичні і прикладні проблеми психології*. 2020. № 2. С. 288-299.

13. Грицюк І. М. Основи психосоматики: методичні матеріали для студентів спеціальності «Практична психологія». Луцьк : Вежа-Друк, 2016. 27 с.

14. Гура О. С. Теоретичні основи вивчення психосоматичних захворювань, спричинені розладами психосексуальної сфери особистості. *Вісник Дніпропетровського університету*. 2014. №20. С. 36-37.

15. Дейниченко Л. Психологічні особливості соціалізації підлітків, які навчаються в закладах інтернатного типу. *Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка. Психологія*. 2014. № 2(2). С. 24-27.

16. Дідковська Л. І. Психосоматика : основи психодіагностики та психотерапії : навч. посіб. для вищ. навч. закл. Львів : Вид. центр ЛНУ ім. І. Франка. 2010. 264 с.

17. Єдинак Г. А., Галаманжук Л. Л. Особливості вияву показників емоційних процесів у хлопців із різними соматотипами. *Біомеханічні, педагогічні, медико-біологічні та психологічні аспекти фізичного виховання та спорту*. 2017. Вип. 147. Т. 1. С. 101-106.

18. Ісаєва І. М., Кармазіна І. С., Маракушин Д. І., Глоба Н. С. Аналіз психофізіологічного стану осіб молодого віку з артеріальною гіпотензією. *Український журнал медицини, біології та спорту*. 2017. № 3(5). С. 61-64.

19. Канюка Є. В., Чернігівська С. А., Дядюра О. С., Дереза С. М., Трубочова І. В. Методика фізичної реабілітації пацієнтів працездатного віку з проявами остеохондрозу грудного відділу хребта. *Український вісник медико-соціальної експертизи*. 2019. № 1(31). С. 38-43.

20. Кіосєва О. В. Особливості психоемоційної характеристики студентів молодших курсів із розладами адаптації. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2016. № 1 (67). С. 30-35.

21. Кічук А. В. Деякі особливості змін у психоемоційному здоров'ї студентів та факторів, які їх обумовлюють при карантинних обмеженнях. *Теоретичні і прикладні проблеми психології*. 2020. № 3 (53). Т. 3. С. 5-18.

22. Ковальчук З. До питання внутрішньоособистісного конфлікту майбутніх психологів. *Вісник Національної академії Державної прикордонної служби України. Психологія*. 2017. Вип. 4. URL: http://www.irbis-nbuv.gov.ua/cgi-bin/irbis_nbuv/cgiirbis_64.exe?I21DBN=LINK&P21DBN=UJRN&Z21ID=&S21REF=10&S21CNR=20&S21STN=1&S21FMT=ASP_meta&C21COM=S&2_S21P03=FILA=&2_S21STR=Vnadpn_2017_4_9

23. Коломієць О. В. Особливості психоемоційного стану вікових первісток. *Перинатологія і педіатрія*. 2016. № 2(66). С. 35-39.

24. Кравчук Т. М., Санжарова Н. М., Голенкова Ю. В., Рядинська І. А. Особливості функціонального стану студенток у процесі занять оздоровчою аеробікою. *Вісник Чернігівського національного педагогічного університету. Педагогічні науки. Виховання і спорт*. 2013. Вип. 112(1). С. 178-182.

25. Кузнецов М. А., Фоменко К. І., Кузнецов О. І. Психічні стани студентів у процесі навчально-пізнавальної діяльності: монографія. Харків: ХНПУ, 2015. 338 с.

26. Куліш О. В. Особливості формування стресостійкості у студентів-психологів. *Вісник Чернігівського національного педагогічного університету. Серія : Психологічні науки*. 2015. Вип. 126. С. 87-91.

27. Литвиненко М. В. Психоемоційний стан пацієнтів із вугровою хворобою. *Медична психологія*. 2016. № 2. С. 37-41.

28. Лозинський В.С. Техніки збереження здоров'я. Київ: Главник, 2007. 160 с.

29. Лукавенко А., Мороз Г. Динаміка емоційних процесів у дівчат різних соматотипів на етапах першого року навчання у вищому навчальному закладі.

Фізичне виховання, спорт і культура здоров'я у сучасному суспільстві. 2013. № 1(21). С. 185-191.

30. Мартинова Ю. Ю., Харчук Є. В. Особливості психологічної дезадаптації пацієнтів із гастроєзофагеальною рефлюксною хворобою. *Вісник наукових досліджень*. 2019. № 2. С. 62-66.

31. Методика «Духовна криза» (Л. Шутова та А. Лящук). URL: https://psylab.info/index.php?title=%D0%9C%D0%B5%D1%82%D0%BE%D0%B4%D0%B8%D0%BA%D0%B0_%C2%AB%D0%94%D1%83%D1%85%D0%BE%D0%B2%D0%BD%D1%8B%D0%B9_%D0%BA%D1%80%D0%B8%D0%B7%D0%B8%D1%81%C2%BB&mobileaction=toggle_view_desktop

32. Мозгова Г. П., Мугаль С. О. Розповсюдженість психосоматичних розладів серед дитячого населення. Актуальні проблеми формування особистості лікаря у студентів-медиків : матеріали XIII міжн. наук.- практ. конференції. (Київ, 26 березня 2014 р.), Київ : КМУ УАНМ, 2014. 140 с.

33. Мугаль С. О. Чинники, що впливають на розвиток психосоматичних розладів у дітей із затримкою психомовленнєвого розвитку. *Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 19 : Корекційна педагогіка та спеціальна психологія*. 2014. Вип. 27. С. 140-144.

34. Музичко Л. Т. Особливості емоційно-вольової сфери молоді з різним рівнем посттравматичного порушення. *Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова. Серія 19: Корекційна педагогіка та спеціальна психологія*. 2017. Вип. 33. С. 158-164.

35. Наконечна А. Психоемоційний стан жінок другого зрілого віку, які займаються за системою Дж. Пілатеса. *Молода спортивна наука України*. 2014. Вип. 18, т. 4. С. 88-92.

36. Неурова А. Вплив наявних психолого-педагогічних умов на забезпечення емоційної стійкості фахівців державної служби України з надзвичайних ситуацій. *Проблеми гуманітарних наук. психологія*. 2015. Вип. 35. С. 61-72.

37. Панчук Л. І., Волинець Н. В. Особливості психічних станів ВІЛ-

інфікованих осіб. *Збірник наукових праць Хмельницького інституту соціальних технологій Університету «Україна»*. 2016. №12. С. 152-155.

38. Пасічник Г. П., Возняк О. М. Психофізіологічний статус у хворих на аденому гіпофіза у передопераційному періоді та його корекція. *Збірник наукових праць співробітників НМАПО ім. П. Л. Шупика*. 2013. Вип. 22(2). С. 165-169.

39. Петренко В. Є. Психологічні чинники формування тривожності в учнів загальноосвітніх навчальних закладів нового типу. *Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 12 : Психологічні науки*. 2014. Вип. 44. С. 175-180.

40. Пипа Л. В., Лисиця Ю. М., Свістільник Р. В. Соматоформні (психосоматичні) розлади у дітей. Актуальність проблеми в сучасній педіатричній практиці (частина 1). *Сучасна педіатрія*. 2015. № 2(66). С. 123-128.

41. Прокопов В. М. Психологічні особливості психосоматичного розвитку у дітей раннього віку. *Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського. Серія: Психологія*. 2023. № 1. Т. 34(73). С. 160-165.

42. Прохорова О. В. Патопсихологічні особливості афективних розладів у пацієнтів з цереброваскулярними хворобами. *Український вісник психоневрології*. 2015. Том 23, Вип. 3(84). С. 161.

43. Пшук Н. Г. Соматизовані депресії в загальносоматичній мережі: автореф. дис. ... докт. мед. наук. Х., 1995. 17 с.

44. Ревякіна О. В. Вивчення тривожності студентської молоді як чинника, що впливає на особистісне здоров'я. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2021. № 8. С. 290-295.

45. Сегеда О. О. Психосоматичні захворювання як предмет психологічної експертизи. *Вісник Харківського національного педагогічного університету імені Г. С. Сковороди. Психологія*. 2012. Вип. 43(1). С. 156-163.

46. Семенова Н., Магльований А. Рухова активність та психоемоційний стан студенток 15-17 років. *Фізичне виховання, спорт і культура здоров'я у сучасному суспільстві*. 2015. № 2 (30). С. 95-98.

47. Середа І. В. Основи психосоматики : навчально-методичний посібник

для самостійної роботи студентів з курсу за змішаною формою навчання. Миколаїв : Видавець Румянцева Г. В., 2022. 156 с.

48. Ситник О. А. Особливості формування психоемоційного стану учнів під впливом зовнішніх факторів. *Педагогічні науки: теорія, історія, інноваційні технології*. 2014. № 2 (36). С. 99-106.

49. Слухенська Р. В., Пасько Т. В., Пашкова О. С. Роль керованих фізичних навантажень у профілактиці виникнення хронічного стресу. *Педагогіка формування творчої особистості у вищій і загальноосвітній школах*. 2018. Вип. 58-59(111-112). С. 198-206.

50. Старинець Н. Г. Сучасні аспекти психосоматичної медицини. *Вісник морфології*. 2013. № 1. Т. 19. С. 220-225.

51. Сюсюка В. Г. Функціональні аспекти психоемоційних порушень у жінок в період гестації, що зумовлені тривожністю. *Вісник наукових досліджень*. 2017. № 1. С. 95-98.

52. Татьянчиков А. О. Основи психосоматики та психогенетики: навчально-методичні рекомендації (в допомогу до самостійної роботи для здобувачів вищої освіти ступеня магістра факультету психології, політології та соціології). Одеса : Фенікс, 2020. 38 с.

53. Харченко Д. М. Комплексний підхід у дослідженні психосоматичних розладів. *Актуальні проблеми психології*. 2012. Т. 1, Вип. 35. С. 154-157.

54. Ходан В. В., Мицько В. М. Дослідження функціональних психоемоційних станів у дітей із хронічним холецистохолангітом в умовах застосування стандартної і комбінованих схем терапії. *Український науково-медичний молодіжний журнал. Психологія та психіатрія*. 2013. № 1. С. 96-99.

55. Хомуленко Т. Б. Психотерапевтичний ресурс внутрішнього діалогу з тілесним Я при психосоматиці парних (жіночих) органів. *Вісник ХНПУ імені Г.С. Сковороди. Психологія*. 2016. Вип. 54. С. 235-246.

56. Хомуленко Т. Б., Василенко Я. О., Коваленко М. В. Психосоматичний підхід у проблематиці психології розвитку: теоретичні та прикладні аспекти. *Вісник Харківського національного педагогічного університету ім. Г. С.*

Сковороди. Психологія. 2014. Вип. 49. С. 176-192.

57. Чабан О. С., Хаустова О. О. Психосоматична медицина (аспекти діагностики та лікування). Київ, 2004. 96 с.

58. Червинська О. М. Психосоматика. Психосоматичні розлади. Психосоматичний підхід. *Український науково-медичний молодіжний журнал. 2013. № 2. С. 70-72.*

59. Черкашин Р., Валькевич О., Білера М., Матійчук В. Вплив нефармакологічних засобів на тренувальну діяльність студентів вищих навчальних закладів. *Фізичне виховання, спорт і культура здоров'я у сучасному суспільстві. 2018. № 1(41). С. 103-108.*

60. Чугунов В. В., Васякіна Л. О. Динаміка клініко-патопсихологічних розладів у хворих на пневмокіноз залежно від стадії легеневої хвороби. *Актуальні питання фармацевтичної і медичної науки та практики. 2013. №1(11). С. 114-118.*

61. Шелег Л. С. Історичні етапи формування уявлень про психосоматичний статус особистості. *Актуальні проблеми психології. 2015. Т. 10, Вип. 27. С. 663-673.*

62. Шелег Л. С. Класифікація концепцій та основні ознаки психосоматичних розладів. *Актуальні проблеми психології. 2015. Т. 12. Вип. 21. С. 313-321.*

63. Шмаргун В. М., Шмаргун Т. М. Психосоматична проблема в психології. *Науковий вісник Національного університету біоресурсів і природокористування України. Педагогіка, психологія, філософія. 2015. Вип. 230. С. 303-313.*

64. Шпак М. М. Психоемоційний стан студентів в умовах дистанційного навчання. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Психологічні науки. 2021. Вип. 4. С. 115-121.*

65. Шпак М. М. Психоемоційний стан студентів в умовах дистанційного навчання. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Психологічні науки. 2021. Вип. 4. С. 115-121.*

66. Kolesnikova Liubov, Dzyatkovskaya Elena, Rychkova Lubov, Polyakov Vladimir. New Approaches to Identifying Children of Psychosomatic Disorders Risk Group. *Procedia. Social and Behavioral Sciences*. 2015. 214. 882-889.